

ALLEGATO ALLA DELIBERA N. 736 DEL 21 APRILE 2017

CONSOLIDATO PREVENTIVO 2017 – ALLEGATO 1

**PROGRAMMA PREVENTIVO CONSOLIDATO 2017
DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE**

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

INDICE

PREMESSA	pag	3
1. ITER E SCENARIO	"	4
2. LE PROGETTUALITA' ANNUALI		
2.1 Progetti di riorganizzazione delle funzioni	"	8
2.2 Promozione della salute e prevenzione	"	9
2.3 Assistenza Primaria	"	11
2.4 Progetti attinenti le attività clinico assistenziali	"	14
2.5 Assistenza Farmaceutica	"	16
2.6 Progetti attinenti la programmazione degli interventi sociosanitari	"	17
2.7 Rapporti con i cittadini	"	18
2.8 Sistema informativo	"	19
3. LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE	"	21
4. SINTESI DELLA PROGRAMMAZIONE AZIENDALE		
AAS 2 "BASSA FRIULANA-ISONTINA"		
Linee Progettuali	"	29
AAS 3 "ALTO FRIULI-COLLINARE-MEDIO FRIULI"		
Linee Progettuali	"	71
AAS 5 "FRIULI OCCIDENTALE"		
Linee Progettuali	"	115
AS UNIVERSITARIA INTEGRATA DI TRIESTE		
Linee Progettuali	"	176
AS UNIVERSITARIA INTEGRATA DI UDINE		
Linee Progettuali	"	234
IRCCS "BURLO GAROFOLO" DI TRIESTE		
Linee Progettuali	"	279
IRCCS "CRO" DI AVIANO		
Linee Progettuali	"	313
ENTE PER LA GESTIONE ACCENTRATA DEI SERVIZI CONDIVISI		
Linee Progettuali	"	337

PREMESSA

Il presente documento, è il risultato del consolidamento dei programmi annuali per l'anno 2017 degli enti del Servizio sanitario regionale della Regione Friuli Venezia Giulia e costituisce, ai sensi della Legge regionale n. 49/96, il programma preventivo consolidato del Servizio sanitario regionale per l'anno 2017.

E' articolato nei seguenti capitoli:

Capitolo 1 – Iter e scenario.

Descrive il processo che ha guidato la costruzione e approvazione dei piani aziendali ed il loro relativo consolidamento nonché, sinteticamente, gli aspetti formali entro cui è avvenuto il processo di programmazione 2017 e le modalità con cui il monitoraggio del programma annuale dovrà essere effettuato.

Capitolo 2 – Le progettualità annuali.

Illustra sinteticamente la programmazione 2017 in termini di attività e di realizzazione delle progettualità previste dalle linee di gestione.

Capitolo 3 – La gestione delle risorse umane.

Descrive la manovra complessiva prevista per il 2017 in materia di assunzioni del personale.

Capitolo 4 – Schede di sintesi per Ente

Riporta analiticamente per ciascun Ente gli obiettivi ed i risultati attesi afferenti alle linee progettuali assegnate.

Per quanto riguarda gli investimenti si rimanda alla DGR 371/2017 "LR 49/1996, art 16 e art 20. Programmazione annuale 2017 del servizio sanitario regionale - investimenti per l'anno 2017" per il dettaglio degli interventi di investimento edili impiantistici e di acquisizione di beni mobili e tecnologici degli Enti del SSR.

In fase di stesura del programma consolidato, la Direzione centrale salute, integrazione socio sanitaria e politiche sociali e famiglia ha ritenuto in alcuni casi di meglio precisare e talvolta di modificare, esclusivamente per aspetti tecnico-formali, alcuni obiettivi e/o risultati originariamente proposti dagli Enti, e di sottoporre all'approvazione dalla Giunta tali modifiche, così come ulteriormente e dettagliatamente indicato nello specifico documento di cui al punto 1) allegato 6, al decreto di adozione del Direttore centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia ed altresì allegato alla deliberazione di verifica di conformità della Giunta regionale.

1. ITER E SCENARIO

L'ITER DELLA PROGRAMMAZIONE 2017

Le Linee annuali per la gestione costituiscono il principale riferimento di programmazione attuativa del Servizio sanitario regionale. Più specificatamente, per l'anno 2017, i provvedimenti che hanno delineato tale processo sono stati:

- DGR 2275 del 24 novembre 2016 "Lr 49/1996, art 12 - Linee annuali per la gestione del sssr per l'anno 2017: approvazione preliminare";
- DGR 2550 del 23 dicembre 2016 "Lr 49/1996, art 12 - Linee annuali per la gestione del servizio sanitario regionale per l'anno 2017: approvazione definitiva";

Il percorso di predisposizione dei programmi aziendali 2017, così come specificato dalle Linee, si è realizzato attraverso le seguenti fasi:

1. invio agli Enti delle "Indicazioni per la redazione dei documenti contabili preventivi 2017", avvenuto con nota prot. n. 20996/P del 27/12/2016;
2. predisposizione da parte degli Enti delle proposte di Piano Attuativo Locale/Ospedaliero annuale (PAL/PAO) ed invio della proposta alla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia (di seguito denominata Direzione centrale salute) per la negoziazione;
3. negoziazioni della Direzione centrale salute con gli Enti, aventi ad oggetto la verifica della fattibilità tecnica, sostenibilità economica e rispetto delle indicazioni pianificatorie regionali delle proposte di PAL/PAO presentate.

Gli incontri, convocati con note prot. n. 19475 /P del 1/12/2016 e n. 19762/P del 6/12/2016, sono avvenuti nelle giornate del 21-22-23 dicembre 2016.

Gli incontri si sono conclusi con ulteriori precisazioni ed indicazioni finali da parte della Direzione Centrale Salute circa le modifiche da apportare alle proposte di PAL/PAO presentate.

4. adozione dei PAL/PAO 2017 da parte degli Enti, avvenuta entro 31.12.2016, mediante l'approvazione dei seguenti atti:

Ente	PAL/PAO	Parere Collegio Sindacale
Aas 2	Decreto del Direttore generale n. 693 del 30/12/2016	Verbale n. 1 del 9/1/2017
Aas 3	Decreto del Direttore generale n. 412 del 30/12/2016	Verbale n. 21 del 16/1/2017
Aas 5	Decreto del Direttore generale n. 751 del 30/12/2016	Verbale n. 1 del 13/1/2017
AsuiTs	Decreto del Direttore generale n. 862 del 29/12/2016	Verbale n. 33 del 10/1/2017
AsuiUd	Decreto del Direttore generale n. 834 del 29/12/2016	Verbale n. 48 del 11/1/2017
Burlo	Decreto del Direttore generale n. 121 del 29/12/2016	Verbale n. 3 del 12/1/2017
Cro	Deliberazione del Direttore generale n. 375 del 30/12/2016	Verbale n. 4 del 9/1/2017
Egas	Decreto del Commissario straordinario n. 145 del 29/12/2016	Verbale n. 22 del 10/1/2017

5. adozione da parte della Direzione centrale salute del presente programma e del bilancio preventivo consolidato 2017, ai sensi dell'art. 16, comma 3 e art. 20, comma 4 della L.R. n. 49/1996, e della LR n 12/2009 di modifica della governance del Servizio sanitario regionale, da trasmettersi alla Giunta regionale;
6. approvazione successiva, da parte della Giunta regionale, del provvedimento di verifica di coerenza dei predetti atti con i contenuti della pianificazione regionale e con il quadro degli obiettivi, delle risorse e dei criteri di finanziamento di cui all'art. 12 della L.R. 49/96, nonché con le Linee annuali per la gestione.

MONITORAGGIO DEL PROGRAMMA

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

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

*e previsione chiusura III quadrimestre

LO SCENARIO

L'anno 2016 è stato caratterizzato dal completamento dell'assetto istituzionale del Servizio Sanitario Regionale avviato con la legge regionale n. 17 del 16 ottobre 2014 di *"Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria"*. Da un punto di vista organizzativo nel 2016 le Aziende per l'assistenza sanitaria n. 2, 3 e 5 hanno proseguito l'applicazione di quanto previsto dai rispettivi atti aziendali, mentre gli Istituti di ricerca e cura a carattere scientifico e l'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi hanno adottato i propri atti aziendali. E' continuata l'implementazione da parte delle aziende di alcuni importanti provvedimenti di programmazione emanati negli anni scorsi quali *Definizione delle funzioni e degli standard organizzativi per la prevenzione, l'assistenza primaria e l'assistenza ospedaliera (dgr 2673/2014)*, *l'Individuazione delle strutture complesse sanitarie della prevenzione, distrettuali e ospedaliere, nonché dei criteri standard per l'individuazione delle strutture semplici (DGR 929/2015)*, *il Piano regionale della prevenzione (DGR 1243/2015)* ed *il Piano regionale dell'emergenza urgenza (2039/2015)*.

La programmazione 2017, sulla base di quanto previsto dalle Linee di gestione si contraddistingue per la volontà di proseguire il riordino istituzionale, avviato negli anni precedenti, con l'intento di focalizzare l'intera organizzazione rivolta al paziente/cittadino e alla sua famiglia, ponendo al centro ogni loro bisogno nel percorso di cura assistenziale, in ogni fase della vita. La sfida del servizio sanitario regionale per il futuro, sarà quello di avviare nuovi percorsi per prendere in cura il paziente e la famiglia, anche laddove le potenzialità della tecnologia sanitaria si sono esaurite, ma maggiore diventa la necessità dell'assistenza, dell'aiuto, della validità alla persona e alla famiglia nella sua completa dimensione fisica, psichica, relazionale e spirituale.

I principali aspetti che caratterizzano la programmazione 2017 sono i seguenti:

- a. Sviluppo dell'assistenza primaria in coerenza con la Lr 17/2014 e con i dettami dell'Accordo integrativo regionale per la medicina generale 2016-2018. In particolare è previsto l'estensione delle nuove medicine di gruppo integrate, il consolidamento delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) attraverso l'operatività dei medici di medicina generale e lo sviluppo dei Centri di Assistenza Primaria (CAP) in ogni Azienda.
- b. Proseguimento dell'applicazione della DGR 2673/2014 con la quale sono stati definiti gli standard e le funzioni dell'assistenza primaria e dell'assistenza ospedaliera, che individua le dotazioni massime di posti letto per presidio ospedaliero di ciascuna azienda sanitaria.
- c. Proseguimento dell'applicazione della DGR 929/2015 con la quale sono state individuate le strutture complesse sanitarie della prevenzione, distrettuali e ospedaliere, nonché i criteri standard per l'individuazione delle strutture semplici.
- d. Completamento della rete di posti letto di Riabilitazione estensiva extra-ospedalieri come da DGR 2151/2015
- e. 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).
- f. Autorizzazione e accreditamento delle strutture intermedie e sociosanitarie.
- g. Applicazione del DM 70/2015 *Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*, nonché della Legge di stabilità 2016, art.1, commi 524-539 che prevede specifiche azioni per l'efficienza e gli esiti clinici del sistema ospedaliero.

- h. Ulteriore riequilibrio, ai sensi dell'art. 14 della legge n. 17 del 16 ottobre 2014, delle risorse fra i tre livelli organizzativi (LEA), aggiornando gli attuali come già approvato dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 7 settembre u.s..
- i. Armonizzazione degli ambiti sociosanitari con la riforma degli Enti locali.
- j. Trasparenza e accessibilità per rinforzare e riorganizzare i servizi.
- k. Cogenza delle seguenti norme nazionali vincolanti per la Regione e per le Aziende:
 - DL 6-7-2012 n. 95 convertito con Legge n. 135 del 7-8-2012 "spending review"
 - DL 13-9-2012 n. 158 "Decreto Balduzzi", convertito con legge n. 189 del 8-11-2012
 - DL 18-10-2012, n. 179 "Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese"
 - DL n. 78/2015 convertito con legge 125/2015 "spending review 2015"
- l. Consolidamento delle misure di protezione sociale.
- m. Approvazione del Piano Oncologico, del 4° Piano Sangue, del Piano della Salute Mentale ed del Piano della Riabilitazione.

A fronte di quanto delineato le scelte strategiche regionali per il 2017 sono orientate alla governance clinica integrata, intesa come un insieme di processi (strategie, regole, accordi, procedure e comportamenti individuali e collettivi) che le organizzazioni attivano per svolgere la partecipazione dei professionisti ai processi decisionali e di rispondere reciprocamente, management e professionisti, di tali decisioni. In particolare si rende necessario proseguire:

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

2. LE PROGETTUALITA' ANNUALI

2.1 Progetti di riorganizzazione delle funzioni

Nella prima parte dell'anno le Direzioni aziendali delle Aziende sanitarie universitarie integrate di Udine e di Trieste, devono predisporre ed inviare alla Direzione Centrale Salute le proposte dei nuovi **atti aziendali**, redatti secondo i principi e i criteri deliberati dalla Giunta regionale. Al fine di monitorare l'applicazione dei rispettivi atti aziendali tutti gli enti del servizio sanitario regionale devono inviare alla Direzione Centrale Salute una relazione sullo stato di applicazione al 30.9.2017. Analogamente, gli enti del Servizio sanitario regionale, devono anche trasmettere alla Direzione Centrale Salute una relazione su quanto attuato rispetto alle **DGR 2673/2014, DGR 929/2015 e DGR 2015**. In particolare, con riferimento alla programmazione regionale, devono essere illustrati gli scostamenti dei posti letti ospedalieri e dell'assistenza primaria (hospice, SUAP, RSA, riabilitazione, salute mentale, dipendenze), lo stato di attivazione delle funzioni ospedaliere, distrettuali e della prevenzione (compresa veterinaria), lo stato di attivazione delle strutture complesse e semplici e lo stato di implementazione delle figure professionali previste per la reumatologia.

L'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi (**EGAS**) nel corso del 2017 è impegnato a svolgere attività di carattere amministrativo e tecnico (procedure di gara per appalti pubblici, accorpamento della funzione stipendi e previdenza per Aas3, Asuiud ed Egas) e alcune funzioni di carattere sanitario (Centrale operativa 118 regionale, CUP regionale, lavorazione, validazione e produzione degli emocomponenti, gestione dei flussi informativi verso i livelli istituzionali competenti, monitoraggio tempi di attesa). Il Comitato di indirizzo dell'Ente, deve inoltre valutare eventuali ulteriori ambiti di sviluppo/intervento su questioni di interesse strategico.

Nel corso dell'anno è prevista l'adozione di un documento di riorganizzazione dell'**attività chirurgica e delle procedure invasive**. Nel documento si tratteranno le discipline della Chirurgia oncologica programmata, Chirurgia vascolare, Chirurgia bariatrica e Chirurgia Pediatrica. Saranno inoltre essere comprese la protesi ortopedica e il posizionamento di elettrostimolatori ed altre procedure invasive per terapia antalgica in pazienti cronici.

Prosegue l'attuazione del **Piano dell'Emergenza Urgenza** regionale, con il rinnovo del parco ambulanze, l'adeguamento al volo notturno delle piazzole dell'eliambulanza dei presidi ospedalieri hub e spoke, l'avvio dell'eliambulanza notturna e il consolidamento da parte dell'Egas della Centrale operativa 118 regionale integrata con il NUE 112. Continuano le attività mirate ad uniformare i protocolli operativi dei servizi di Pronto soccorso regionali e il CREU nell'ambito delle sue competenze è impegnato nella definizione delle competenze e della formazione necessaria per i volontari soccorritori delle associazioni di volontariato, al fine dell'accreditamento professionale.

Nella prima parte dell'anno si prevede di adottare il **Piano della medicina di Laboratorio** con la realizzazione di 3 centri *hub* presso i presidi ospedalieri *Santa Maria degli Angeli* di Pordenone (integrato con l'IRCCS *Centro di riferimento oncologico* di Aviano), *Cattinara-Maggiore* di Trieste (integrato con l'IRCCS *Burlo Garofolo*) e *Santa Maria della Misericordia* di Udine, con mantenimento di laboratori satellite a risposta rapida presso le sedi dei presidi ospedalieri *spoke*, peraltro già in fase di realizzazione, seppur con stati di avanzamento differenziati per le diverse realtà regionali.

Nel corso del 2017 si ritiene di adottare il nuovo **Piano oncologico, Piano della Riabilitazione, Piano della Salute mentale e il documenti di riorganizzazione dell'attività pediatrica..**

2.2 Promozione della salute e prevenzione

La prevenzione e promozione della salute, coerentemente con la centralità assegnata dalla legge di riforma del Servizio sanitario regionale, sono funzione fondamentale della programmazione della salute regionale. Con DGR 1243/2015 è stato approvato il Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2018 con il quale sono stati individuati dei macro obiettivi e definiti dei programmi, delle azioni e degli indicatori, che coinvolgendo in modo coordinato e trasversale tutte le strutture aziendali mirano al raggiungimento degli stessi.

La programmazione 2017, a fronte di ciascun programma individuato dal Piano, ha identificato degli obiettivi specifici e definito un risultato atteso.

Per la **tutela della salute della donna** deve essere consolidato il ruolo dell'ostetrica nel supporto alla donna di ogni fascia d'età, anche attraverso l'inserimento della figura all'interno dei CAP, insieme ai MMG. Devono essere strutturati i percorsi della gravidanza fisiologica anche con la prescrizione degli esami diagnostici, e quelli successivi al parto, con il ripristino ed il rafforzamento delle visite domiciliari. Nell'ambito dei corsi di preparazione al parto l'ostetrica veicola il messaggio dell'importanza della vaccinazione infantile e dell'adozione di stili di vita sani.

Nell'ambito del **programma I PRP Migliorare la salute nei soggetti a rischio MCNT e malati cronici**, deve proseguire l'impegno per sviluppare ulteriormente il potenziale preventivo legato al ruolo degli operatori sanitari che intercettano in vari contesti i soggetti a rischio di sviluppare malattie croniche, cardiovascolari e non solo, il miglioramento dei percorsi assistenziali per patologie cardiovascolari, la collaborazione tra medicina generale e servizi di salute mentale per l'intercettazione di soggetti con disturbi d'ansia e depressivi.

Proseguono i programmi regionali di **screening oncologico (programma II PRP)** per i quali devono essere mantenuti gli standard qualitativi dei piani nazionali specifici e delle linee guida europee. La programmazione non può prescindere dall'efficace adozione di azioni di miglioramento del sistema di chiamata mantenendo aggiornate le anagrafi sanitarie. Rimangono prioritarie, anche alla luce del rinnovo degli accordi con Medici di Medicina Generale e con Federfarma, l'informazione e la comunicazione rivolte alla popolazione finalizzate al raggiungimento degli obiettivi di adesione previsti dal Piano Regionale Prevenzione 2014-2018. Il controllo di qualità dei servizi offerti dalla regione continua a poggiare sulla corretta e completa compilazione della cartella clinica relativa al secondo livello. Continuano le attività collegate allo **screening audiologico neonatale**, a quello oftalmologico, nonché al programma regionale per lo screening neonatale metabolico esteso, coordinate dall'IRCCS Burlo Garofolo. Nel 2017 saranno attivati i programmi di identificazione precoce della fibrosi cistica e dell'identificazione precoce dei neonati con emoglobinopatia nella popolazione a rischio.

Il **programma III "Salute e sicurezza nelle scuole e benessere dei giovani"** individua nelle scuole il luogo privilegiato dove trasmettere e diffondere una cultura della salute al fine di rendere i giovani responsabili e consapevoli delle scelte di vita. In tema di **Prevenzione delle dipendenze (programma IV PRP)**, la prevenzione primaria e secondaria gioca un ruolo fondamentale. Per quanto attiene, in particolare, al Gioco d'Azzardo Patologico (GAP), a seguito dell'erogazione dei finanziamenti statali vincolati, le aziende devono implementare le azioni previste dalla L.208/2015 e dal Piano regionale.

Le malattie croniche devono essere combattute soprattutto agendo sui fattori di rischio, tra i quali la sedentarietà gioca un ruolo fondamentale. Sono quindi realizzate le condizioni necessarie per **promuovere l'attività fisica (programma V PRP)** sia come fattore di prevenzione delle malattie croniche sia come strumento di miglioramento del benessere in soggetti già affetti da tali patologie.

Continua, mediante iniziative di comunicazione e informazione alla popolazione, il consolidamento, della rete territoriale di interventi e iniziative finalizzati alla prevenzione degli **incidenti stradali (Programma VI PRP)**. Sono adottate le raccomandazioni regionali per l'invio ad approfondimento neuropsicologico dell'idoneità alla guida, individuando l'IMFR Gervasutta di Udine, presidio specializzato nell'area della riabilitazione ai sensi dell'art. 28 LR 17/2014, quale riferimento per le Commissioni Mediche Provinciali del Friuli Venezia Giulia ai fini dello svolgimento dell'attività accertativa. Su istanza della Regione, l'IMFR Gervasutta provvede alla formazione del personale e alla messa in condivisione di software e hardware per l'eventuale estensione dell'offerta presso ulteriori centri di valutazione sul territorio regionale. Rimangono obiettivo prioritario, le azioni di formazione e sensibilizzazione rivolte alla prevenzione gli incidenti domestici **(Programma VII PRP)**.

Il **programma VIII "Miglioramento della qualità nelle attività del dipartimento di prevenzione con particolare riferimento alle attività di vigilanza e controllo"**, è trasversale alle attività di vigilanza e controllo svolte da diversi servizi del Dipartimento di Prevenzione ed è finalizzato a migliorarne la qualità e trasparenza oltre che a incrementare l'utilizzo di strumenti di enforcement quali l'audit. La crisi congiunturale di questi anni ha reso non più realizzabile il programma degli audit limitati al comparto edile ed agricolo così come indicato nel PRP e si ritiene opportuno rimodulare tale obiettivo allargando le attività di audit a tutti i settori produttivi. Nel corso del 2016 sono state elaborate e diffuse ai portatori di interesse procedure di vigilanza nei comparti dell'edilizia e dell'agricoltura. Nel corso del 2017 devono essere messe in atto alcune iniziative di verifica dell'applicazione omogenea di dette procedure in ambito regionale. Sarà infine consolidato il confronto con la Magistratura delle Procure della Repubblica della Regione al fine di garantire maggiore omogeneità nelle attività di Polizia Giudiziaria sul territorio regionale, nel rispetto prioritario della mission degli organi di vigilanza e di prevenzione del sistema sanitario.

La programmazione territoriale degli interventi di vigilanza svolti dalle strutture organizzative di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro privilegerà, in modo coordinato con le diverse funzioni del Dipartimento di Prevenzione e le altre istituzioni competenti, i settori a maggior rischio dell'edilizia e dell'agricoltura, proseguendo nelle azioni sviluppate nel corso degli scorsi anni. Il Piano Nazionale Edilizia in corso di approvazione prevede il raggiungimento dell'obiettivo numerico di 15% di cantieri sottoposti a vigilanza sul numero di cantieri notificati. In tal senso si ritiene opportuno avviare un'azione di progressivo allineamento dell'attività di vigilanza sino ad ora svolta dai Servizi con gli obiettivi nazionali che verranno adottati nel prossimo futuro. Proseguono gli incontri con i portatori di interesse sia nel comparto dell'edilizia che nel comparto dell'agricoltura **(Programma IX PRP Migliorare la salute e la sicurezza nei comparti a maggior rischio)**.

Per quanto riguarda l'**Emergenza e prevenzione delle malattie professionali in Friuli Venezia Giulia e promozione della salute nei luoghi di lavoro (Programma X PRP)**, si dovrà garantire un'omogenea attività di vigilanza e assistenza in materia di salute e sicurezza, come priorità le attività di prevenzione per mitigare i rischi derivanti dalle differenze di genere, quelli individuali legati all'età, allo stress lavoro correlato e quelli legati a rischi emergenti. In particolare nel corso del 2017 deve essere implementata la collaborazione tra INAIL, INPS, Servizio Epidemiologico e Registro regionale dei Tumori per l'avvio dell'applicazione del metodo OCCAM a livello regionale.

Nel corso del 2016 sono stati realizzati a livello regionale momenti formativi rivolti ai MMG ed ai Medici Competenti sui rischi ergonomici e sulle neoplasie di origine professionale. Nel corso del 2017 prosegue l'attività informativa/formativa in tema di malattie professionali nei confronti anche delle altre figure della prevenzione laddove possibile in modo integrato con INAIL.

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

Proseguono le attività previste dal **Programma XII "Ambiente e salute facilitare una migliore qualità dell'ambiente e del territorio secondo il modello della Salute in tutte le politiche"**, con particolare attenzione a quelle relative alla problematica degli inquinanti emergenti nelle acque destinate al consumo umano. Nel corso dell'anno sarà attuato quanto previsto dal Piano della Prevenzione in tema di conoscenza dell'impatto della problematica amianto sulla popolazione, con iniziative di formazione e informazione. Rimangono prioritarie le attività di sostegno alle persone affette da malattie amianto correlate e di contenimento dei rischi da amianto attraverso l'attività di prevenzione, in particolare la sorveglianza ex esposti ad amianto

Per quanto riguarda il **Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive (Programma XIII PRP)**, l'obiettivo è quello di migliorare le attuali coperture vaccinali implementando l'attuale rete anche con i PLS per l'eventuale somministrazione diretta. Saranno potenziate l'informazione e la comunicazione del rischio dando particolare rilevanza della dimensione comunicativo-relazionale nel contesto vaccinale.

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

2.3 Assistenza primaria

Nel 2017 le Aziende continuano con lo sviluppo dell'assistenza primaria in coerenza con la legge regionale 17/2014 e con i dettami dell'**Accordo integrativo regionale** per la medicina generale 2016-2018.

In particolare è previsto:

- l'estensione delle nuove medicine di gruppo integrate in linea con l'AIR 2016-2018 e ss.mm.ii.
- il consolidamento delle AFT attraverso l'operatività dei medici di medicina generale secondo i dettami dell'AIR 2016-18 e della DGR 39/2016
- lo sviluppo dei CAP in ogni Azienda.

La Direzione Centrale Salute procede nel 2017 al completamento del processo di verifica e **accreditamento** delle strutture intermedie pubbliche e private ed in particolare delle RSA, Hospice, SUAP (speciali unità di assistenza protratta), strutture di riabilitazione funzionale per minori con disturbi neuropsichici e ospedali di comunità nonché delle strutture pubbliche e private per le dipendenze. Inoltre per ciascuna tipologia di struttura intermedia sono individuati/validati i criteri di accesso e le tariffe. Le aziende hanno manifestato piena disponibilità a partecipare al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori per i sopralluoghi nelle strutture e la presenza ai lavori dell'Organismo tecnicamente accreditante (OTA).

Nel corso del 2016 con la DGR 1060/2016 e la DGR 1905/2016 si è dato avvio al programma di **odontoiatria sociale** la cui realizzazione è gradualmente attuata in tutte le Aziende Sanitarie e nell'IRCCS Burlo nel 2017 attraverso il perseguimento degli obiettivi individuati nei due provvedimenti giuntali sopra richiamati.

Nel 2016, con la DGR 165/2016, sono state definiti il modello organizzativo e i requisiti della rete regionale e delle reti locali delle **cure palliative** e della terapia del dolore per l'età adulta nonché 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 e la Direzione Centrale Salute ha costituito il coordinamento regionale per le cure palliative e la terapia del dolore. Entro il primo semestre 2017 le Aziende Sanitarie procedono alla costituzione della rete locale per le cure palliative dell'età adulta ed alla nomina formale del suo responsabile nonché alla istituzione/potenziamento dei centri hub e spoke per la terapia del dolore dell'età adulta.

Nel 2016, con DGR 1904/2016 è stata adottata una raccomandazione per il **superamento della contenzione** con la finalità di fornire indicazioni per la prevenzione delle situazioni assistenziali difficili caratterizzate da comportamenti aggressivi, da non adesione al trattamento e da volontà di allontanamento della persona assistita. Alle Aziende Sanitarie è richiesto di costituire una commissione tecnica aziendale multi-professionale e multi-disciplinare per il monitoraggio del fenomeno della contenzione e per assicurare il ricorso a strategie di contesto alternative alla contenzione.

In tema di **riabilitazione**, nel 2016, con DGR 817/2016 sono stati approvati gli standard qualificanti le RSA riabilitative. Alle Aziende Sanitarie è richiesto di completare entro il 2017 il processo di riqualificazione dei posti letto di RSA pubblici e privati che entreranno a far parte della rete di riabilitazione estensiva extra ospedaliera. Nel 2016 sono stati attivati i tavoli tecnici regionali per la definizione della rete delle **malattie neuromuscolari** e per l'individuazione del PDTA per la sclerosi multipla. Alle Aziende Sanitarie è richiesta l'attivazione della rete per le malattie neuromuscolari e la sclerosi laterale amiotrofica, secondo l'emanando piano regionale, e del percorso assistenziale per la sclerosi multipla entro la seconda metà del 2017.

Per quanto riguarda l'**assistenza domiciliare**, l'obiettivo per il 2017 è quello di incrementare il numero di pazienti presi in carico con documentazione completa e accessi ≥ 1 settimana in modo da assicurare la presa in carico superiore o uguale al 3,8% della popolazione con età superiore ai 65 anni.

Nel corso del 2017 è prevista l'approvazione del Piano d'azione regionale per la **salute mentale** elaborato con la collaborazione dei referenti tecnici delle Aziende sanitarie. All'interno di detto Piano saranno trattati tutti i temi che attengono la salute mentale in età adulta, in età evolutiva, con riferimento anche al periodo della transizione delle cure e saranno sviluppati obiettivi specifici di sistema quali la definizione di una metodologia comune per i percorsi di abilitazione e riabilitazione l'offerta di residenzialità e semi-residenzialità e il miglioramento del sistema informativo. Con riferimento all'informatizzazione dei dati relativi alle attività dei servizi di salute mentale (età adulta ed età evolutiva), nel corso del 2017 si svolgeranno le procedure per l'adozione di un nuovo gestionale capace di rendere maggiormente fruibili le informazioni integrate dei soggetti presi in carico. Alle Aziende conseguentemente è richiesta l'adozione e l'implementazione del nuovo gestionale regionale.

Per quanto riguarda i **disturbi del comportamento alimentare** le aziende per l'assistenza sanitaria:

- collaborano alla definizione del percorso assistenziale suddetto per il tramite dei loro referenti al gruppo tecnico regionale e ne favoriscono l'implementazione a livello aziendale;
- l'Irccs Burlo e l'Asuiud attivano la funzione di Osservatorio epidemiologico, rispettivamente per l'età evolutiva e l'età adulta e di indirizzo formativo degli operatori regionali, in collaborazione con la Direzione Centrale Salute, i DSM e i servizi per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza, come definito dal Decreto 1200/2013;
- favoriscono il consolidamento della rete di offerta con l'attività a regime degli ambulatori dedicati e dei centri diurni per l'età adulta e per l'età evolutiva
- promuovono programmi formativi per gli operatori che si occupano di DCA.

In tema di **autismo**, l'obiettivo regionale per l'anno 2017 è quello di garantire la piena partecipazione dei referenti individuati dai NPIA al tavolo tecnico istituito e l'implementazione a livello aziendale del percorso diagnostico assistenziale per il minore affetto da disturbi dello spettro autistico del documento elaborato dal gruppo tecnico regionale nel corso del 2016.

L'attività dei **consultori familiari**, prevede che venga garantito il percorso nascita e l'accompagnamento del bambino e della famiglia nelle prime età della vita e nelle fasi di maggior fragilità ed in particolare, per le gravidanze a basso rischio, è prevista la responsabilizzazione diretta delle ostetriche nella gestione del percorso nascita. E' implementata l'offerta della visita domiciliare ostetrica in puerperio. Nell'ambito della promozione della salute della donna, devono essere previsti dei percorsi per la donna in età post-fertile.

Il Tavolo Tecnico regionale per il recepimento del piano nazionale sulla **malattia diabetica** ha messo a punto un "*Documento di indirizzo regionale sull'Assistenza alla Persona con Diabete*", con lo scopo di fornire un nuovo modello organizzativo per la gestione integrata del diabete in Friuli Venezia Giulia. Al fine di garantire l'applicazione del Documento attraverso la condivisione dei contenuti, l'analisi dei ruoli e la formazione dei diversi attori coinvolti nella cura della persona con diabete, la Direzione Centrale Salute nel corso del 2016 ha organizzato un progetto di "formazione formatori" rivolta a medici diabetologi, infermieri, dietiste, MMG, farmacisti, e altri operatori territoriali. Nel corso del 2017 sono previsti molteplici eventi capillari che ciascuna Azienda deve organizzare sul territorio di propria competenza, sulla base del programma prodotto dalla "formazione formatori".

Nel corso del 2017 continuano gli incontri dell'Osservatorio regionale per la **sanità penitenziaria** al fine di analizzare e monitorare percorsi e interventi dei servizi di sanità penitenziaria regionali, con la partecipazione, altresì, dell'amministrazione penitenziaria e della magistratura di sorveglianza. Le Aziende devono elaborare programmi per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario in carcere. La Regione continua a dare il proprio contributo nell'ambito del programma nazionale di superamento degli **Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG)**, attraverso la partecipazione al gruppo interregionale per la sanità penitenziaria e presso l'Organismo di coordinamento nazionale. Le Aziende devono proseguire nel programma regionale di superamento degli OPG, garantendo il funzionamento delle strutture per l'esecuzione delle misure di sicurezza regionali (REMS) e, più in generale, attivando percorsi per fronteggiare la deriva di internamento e predisponendo i progetti riabilitativi personalizzati per le persone internate.

Deve essere promossa l'applicazione del Piano Regionale **Dipendenze**, con particolare attenzione ai soggetti con problemi correlati a ludopatia patologica e altre dipendenze emergenti. Al fine di supportare una rete di cura rivolta a persone con problemi di alcol dipendenza si intende promuovere degli spazi di confronto, tra servizi e terzo settore, sulle metodologie di trattamento utilizzate. si intende promuovere e aumentare il numero di programmi terapeutico riabilitativi in

misura alternativa alla detenzione per detenuti con dipendenza patologica e di messe alla prova. L'avvalersi di misure alternative favorisce la possibilità di curare e "rieducare" il soggetto condannato affetto da dipendenza nel suo habitat socio-culturale, così da avere maggiori possibilità di reinserimento attivo nel tessuto sociale. Relativamente agli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale si intende avviare un monitoraggio con i servizi per le dipendenze sull'efficacia di tali strumenti. Allo scopo di migliorare il monitoraggio delle azioni messe in capo dal SSR per le problematiche relative alla dipendenza, si intende promuovere l'uso di strumenti per la valutazione dell'outcome.

In materia di **privacy**, per facilitare l'attivazione del fascicolo sanitario elettronico (FSE), previsto per l'anno 2017, le Aziende intensificano la raccolta dei consensi al trattamento dei dati personali, in modo da estenderla a tutti i cittadini. Predispongono inoltre l'organizzazione con risorse infermieristiche, della **continuità assistenziale 116-117** ancorché non sia ancora stata prevista l'apposita attivazione della linea telefonica dedicata da parte dei gestori telefonici, per garantire la continuità assistenziale dei pazienti in cura/assistenza domiciliare, coerentemente con l'Accordo Stato – Regioni.

2.4 Progetti attinenti le attività clinico assistenziali

L'obiettivo prioritario dell'anno 2017 per quanto attiene le attività clinico assistenziali è quello di consolidare le azioni avviate gli anni scorsi. In particolare, rispetto alle reti di patologia già deliberate, è di centrale importanza dare attuazione ai percorsi assistenziali approvati e definirne di nuovi quali strumenti operativi e di facilitazione per la connessione tra i nodi delle reti assistenziali ospedaliere.

A seguito dell'attivazione della Rete regionale per la presa in carico delle **gravi insufficienze d'organo e trapianti**, sono state avviate le filiere Fegato e Rene, mentre sono ancora da formalizzare le filiere Cuore, Pancreas e Polmone. Partendo da contesti diversi a ciascuna filiera d'organo, nell'anno 2017 sono assegnati specifici obiettivi. Dopo la formalizzazione della filiera cuore della rete per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti, devono essere predisposti almeno 2 percorsi assistenziali a valenza regionale (VAD e ECMO). Nell'ambito della filiera rene nel 2016 sono stati approvati il "Percorso assistenziale del paziente candidato al trapianto renale" (decreto 133/2016) e il "Percorso assistenziale del paziente con malattia renale cronica stadi 1-3 e 4-5 KDOQI-KDIGO" (decreto n. 799/2016). Per l'anno 2017 si vuole raggiungere un potenziamento della Dialisi peritoneale e dei trapianti e del programma Trapianti di rene. Per la filiera Fegato nel 2017 si prevede di formalizzare almeno 2 percorsi assistenziali a valenza regionale dei quali almeno uno che riguarda i pazienti trapiantati. In tema di trapianti di fegato si vuole incrementare il numero delle iscrizioni in lista trapianto oltre che procedere con alcune riorganizzazioni strutturali e organizzative del centro trapianti.

Per quanto attiene la donazione nel corso del 2017, verranno formalizzati il protocollo per prelievo d'organi da paziente con accertamento del decesso con criteri cardiologici e il protocollo per la donazione multi-tessuto. E' anche previsto un potenziamento del programma di donazione cornee

Nell'ambito dell'**emergenza urgenza**, in continuità delle azioni intraprese gli anni scorsi sono stati individuati specifici obiettivi. Per quanto riguarda l'ictus rimane l'attività di Trombolisi endovenosa/endoarteriosa con il raggiungimento di almeno 350 trattamenti nel territorio regionale. A seguito della formalizzazione della rete per le emergenze cardiologiche deve essere predisposto almeno un percorso assistenziale con la definizione di specifici indicatori di esito. Dopo la formalizzazione della rete trauma, nel 2017 è necessario definire un sistema di indicatori clinici per il monitoraggio dei tempi e degli esiti. Viene mantenuta l'attenzione verso la frattura di femore,

confermando l'obiettivo a carico di ciascun presidio di trattare la frattura entro 48 ore in almeno il 70% (hub) o 80% (spoke). Si vuole inoltre implementare, all'interno dei presidi ospedalieri di 2° livello, un'organizzazione per l'urgenza traumatologica distinta dalle altre urgenze, in modo da accelerare i tempi di trattamento di tutta la traumatologia. Per quanto riguarda il pronto soccorso e l'urgenza emergenza vengono confermati gli obiettivi posti gli scorsi anni di aumento della percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h e di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore. E' stato inoltre previsto che le aziende attuino una revisione ed un confronto interazionale della gestione clinica per 5 eventi patologici acuti più frequenti.

Nel corso del 2016 è stata rivista la rete delle **Malattie rare** regionale. Nel 2017 devono essere individuati i presidi hub dei singoli gruppi nosologici che dovranno produrre entro la fine dell'anno almeno un percorso assistenziale per ogni gruppo nosologico. La rete delle Malattie reumatiche prosegue attraverso il monitoraggio e l'applicazione dei percorsi assistenziali già formalizzati.

Nell'area **materno-infantile**, dovranno essere perseguiti obiettivi di appropriatezza clinica ed organizzativa al fine di assicurare migliori livelli di qualità e sicurezza sia in ambito ostetrico che pediatrico. Gli obiettivi individuati come prioritari per il 2017, sono la responsabilizzazione diretta delle ostetriche nella gestione del percorso per la gravidanza fisiologica, il mantenimento e/o miglioramento della percentuale dei parti cesarei e dei parti indotti farmacologicamente, e l'individuazione degli interventi pediatrici che, per assicurare adeguati livelli di sicurezza e qualità, è necessario centralizzare in un'unica struttura o essere eseguiti, eventualmente in più sedi, da una sola équipe chirurgica e anestesiologicala. Sul tema del percorso nascita, le Aziende per l'assistenza sanitaria nel corso del 2017 devono verificare l'attuazione a livello aziendale di quanto disposto dai provvedimenti nazionali e regionali, in termini di miglioramento della qualità, sicurezza e appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita. Devono inoltre partecipare, per il tramite dei propri referenti, alle attività del Comitato percorso nascita regionale. Nel 2017 quale supporto ed aiuto alle giovani famiglie dopo il parto, è previsto che, con specifico servizio domiciliare e ambulatoriale, vengano presi in carico almeno il 30% dei nati.

Con riferimento al **Piano sangue**, nel 2017 il sistema trasfusionale regionale continuerà a presidiare l'autosufficienza in emocomponenti ed emoderivati, la sicurezza e la qualità della trasfusione, a contribuire alla compensazione nazionale e a garantire il coordinamento intra-regionale ed interregionale delle attività trasfusionali, dei flussi di scambio e di compensazione emocomponenti ed emoderivati, nonché il monitoraggio degli obiettivi definiti dalla pianificazione nazionale e regionale. E' prevista una riorganizzazione dell'attività di raccolta mobile di sangue e plasma sul territorio, producendo e attuando una specifica progettualità per la raccolta del sangue territoriale a livello regionale, da armonizzare con le previsioni del nuovo Piano Sangue regionale. Alle aziende è richiesto di contribuire all'autosufficienza regionale in maniera appropriata (per la raccolta sia di sangue sia di plasma per l'industria) e ai programmi regionali di appropriatezza e sorveglianza degli eventi avversi alla trasfusione.

Nel 2017 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 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. In particolare sono stati individuati una serie di indicatori

strategici per l'anno (Riduzione del tasso di ospedalizzazione, Riduzione dei numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica, Riduzione della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti ≥ 65 anni, Recupero di almeno il 25% della fuga extra-regionale di ricovero e di specialistica ambulatoriale rispetto ai dati 2015 ed individuazione da parte di ogni AAS/ASUI/IRCCS di almeno 3 pacchetti di prestazioni da eseguire in day service ambulatoriali, con formale trasmissione degli stessi alla Direzione centrale salute per l'autorizzazione.

Le attività sul **rischio clinico** l'anno 2017 saranno caratterizzate dalla messa a regime delle indicazioni e delle raccomandazioni fino ad ora sviluppate nei diversi campi, dalla loro misurazione nonché dalla verifica (anche attraverso visite) della loro adozione nei diversi contesti.

Gli argomenti che verranno approfonditi saranno in particolare: la sicurezza del farmaco, le misure di "antimicrobial stewardship" e l'empowerment del cittadino. Con DGR 1970/2016 è stata adottata la nuova organizzazione della Rete Cure Sicure FVG che troverà attuazione nel corso del 2017 con la formalizzazione del Comitato strategico regionale, del Comitato regionale per la gestione sinistri e dei Comitati aziendali per la gestione sinistri

2.5 Assistenza farmaceutica

Per la programmazione regionale si fa riferimento a quanto riportato nella DGR 2550/2016 "Lr 49/1996, art 12 - linee annuali per la gestione del servizio sanitario e sociosanitario regionale per l'anno 2017: approvazione definitiva".

In particolare gli enti del SSR dovranno porre in essere tutte le misure indicate nella predetta delibera, al fine di rispettare i vincoli di spesa fissati a livello regionale, nonché i nuovi tetti nazionali ridefiniti dalla Legge n. 232/2016 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2017 e bilancio pluriennale per il triennio 2017-2019" ("tetto per la spesa farmaceutica per acquisti diretti" pari al 6,89 % del FSR e "tetto per la spesa farmaceutica convenzionata" pari al 7,96 % del FSN). Vanno pertanto promosse azioni di contenimento volte ad 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), il quale nel corso del 2017 potenzierà la capacità di coordinamento e di stesura di capitolati tecnici in linea con le evidenze scientifiche e con i principi dell'HTA nonché la funzione di aggregatore della domanda. Relativamente ai farmaci bio-similari la legge di Stabilità nazionale per il 2017 (Legge n. 232 del 11 dicembre 2016, articolo 1, comma 407) ha previsto specifiche direttive a cui gli Enti dell'SSR devono fare riferimento.

Inoltre, gli Enti del SSR effettueranno un monitoraggio periodico sull'utilizzo delle categorie di farmaci a maggior impatto di spesa e rischio di inappropriata, promuovendo iniziative di audit e feedback sia in ambito distrettuale con MMG/PLS sia a livello specialistico e ospedaliero e redigendo un report semestrale da inviare alla DCS con evidenza delle azioni più significative intraprese. Gli Enti dovranno assicurare con capillarità l'erogazione del primo ciclo di terapia in dimissione ospedaliera (ordinaria e DH) o dopo visita specialistica e ambulatoriale, anche attraverso accordi interaziendali. Questo sia in un'ottica di efficientamento della spesa farmaceutica che di promozione dell'appropriatezza prescrittiva, anche con riferimento ai criteri per l'erogazione a carico del SSR.

Dovranno essere potenziati anche il monitoraggio e la verifica dell'appropriatezza d'uso dei dispositivi per l'assistenza integrativa, al fine di razionalizzare spesa e consumi nel rispetto delle migliori evidenze, nonché iniziative (a livello aziendale o in collaborazione tra aziende) che prevedano

differenti modalità di erogazione/distribuzione dell'assistenza integrativa più vantaggiose per il SSR. In particolare coerentemente a quanto indicato nelle Linee per la Gestione del SSR 2017 gli Enti del SSR dovranno attivare o rafforzare ogni utile azione volta a favorire: 1) appropriatezza prescrittiva, condividendo protocolli tra le strutture specialistiche ospedaliere e quelle distrettuali nel rispetto delle evidenze scientifiche disponibili e favorendo la prescrizione di prodotti dal miglior profilo costo-efficacia; 2) razionalizzazione dei processi di acquisizione, favorendo il ricorso all'acquisto centralizzato (vedi anche il potenziamento della funzione di aggregazione della domanda da parte di EGAS) e dei processi di erogazione e distribuzione (distribuzione diretta, accordi con fornitori/farmacie).

Nell'ambito delle attività di farmacovigilanza e di promozione all'uso sicuro ed appropriato dei medicinali potranno essere avviati con gli Enti del SSR progetti sulle attività stabilite dalla DGR 1365/2015, volti a favorire un'informazione indipendente sull'impiego sicuro del farmaco, utilizzando i fondi statali dedicati, nonché le iniziative di cui alle DGR 435/2013 e DGR 2199/2014.

Per le specifiche attività si rimanda a quanto stabilito nelle linee per la gestione del SSR per il 2017 di cui alla DGR n. 2550/2016.

Poiché i flussi informativi NSIS relativi ai medicinali e ai dispositivi medici rivestono un ruolo importante non solo dal punto di vista statistico-epidemiologico ma anche amministrativo (vedi pay back), tutti gli enti del SSR dovranno assicurare la puntuale e completa rilevazione dei dati nei tempi e modi fissati nelle disposizioni specifiche.

2.6 Progetti attinenti la programmazione degli interventi sociosanitari

Negli ultimi anni si è cercato di dare risposta ai bisogni della popolazione anziana attraverso l'attuazione di diverse strategie, tra cui la riqualificazione della **rete dei servizi residenziali e semiresidenziali per anziani** attraverso l'adozione e introduzione dello strumento Val.Graf.-FVG quale sistema di valutazione multidimensionale dei bisogni e dei sistemi informativi (GENeSys) per la valutazione del bisogno delle persone anziane e delle loro capacità residue. Sono stati introdotti sistemi per la raccolta di informazioni relative alla gestione dei servizi residenziali (SIRA-FVG), attivati sistemi di monitoraggio e promozione della qualità nelle strutture residenziali per anziani e adottato il D.P.Reg. 144/2015 che disciplina, tra l'altro, il processo di riclassificazione delle residenze per anziani già autorizzate al funzionamento. Per l'anno 2017, le Aziende per l'assistenza sanitaria proseguono le azioni intraprese negli anni scorsi collaborando al processo di riclassificazione delle residenze per anziani già funzionanti, monitorando e promuovendo la qualità all'interno delle residenze per anziani e verificando l'utilizzo presso tutte le strutture degli strumenti di valutazione. La regione ha avviato un processo di riforma del sistema dei servizi sociali e sanitari, al fine di allinearli al mutato panorama dei bisogni della popolazione: in questo contesto, l'area della **disabilità** rappresenta un elemento di sfida cogente, data la specifica evoluzione dei bisogni di questo settore e le rinnovate sensibilità culturali. Al fine di supportare questo processo di riforma per l'anno 2017 tutte le aziende devono realizzare una valutazione di tutti gli utenti dei servizi residenziali e semiresidenziali per persone con disabilità ed individuare un referente aziendale che coordini e monitori tale attività.

In materia di minori con DGR 1115/2015 sono state deliberate le linee guida per l'**affido** familiare avviando in tutto il territorio regionale, un processo di uniformazione degli interventi di sostegno alla genitorialità e di tutela dei minori in situazione di temporaneo allontanamento dalla famiglia. Tutti i servizi socio-sanitari afferenti ai distretti delle aziende per l'assistenza sanitaria (consultorio familiare in primis), in collaborazione con l'associazionismo locale presente sul territorio, attuano

interventi di sensibilizzazione e formazione del territorio, con l'obiettivo di implementare le risorse familiari disponibili all'affido e garantire la massima copertura possibile delle richieste di presa in carico e di intervento.

Per le **adozioni**, 2017 proseguono le attività del Tavolo di lavoro sulla revisione del Protocollo per l'adozione nazionale e internazionale e sull'elaborazione di specifiche Linee Guida, al fine di approfondire le diverse tematiche riguardanti l'adozione nazionale e internazionale, con particolare riferimento alle procedure di idoneità e abbinamento adottivo, sull'iter post adottivo, nonché di prassi condivise sulle prestazioni specialistiche dell'operato servizi sanitari coinvolti e dei diversi Enti autorizzati per l'adozione internazionale.

Per l'anno 2017 infine, vengono confermati gli obiettivi e le azioni previsti per le aree di integrazione socio sanitaria delle Linee guida per la predisposizione dei **Piani di Zona** di cui alle DGR 458/2012 e 132/2016. In particolare viene attuata una tra AAS/ASUI e le Unioni territoriali intercomunali nelle aree di integrazione socio sanitaria attraverso l'elaborazione congiunta di un documento che costituisce il livello di programmazione locale integrata nelle aree di integrazione sociosanitaria in ciascun ambito territoriale per l'anno 2017, la sottoscrizione dell'Atto di intesa che impegna le parti alla realizzazione, dei contenuti della suddetta programmazione e l'elaborazione congiunta del monitoraggio semestrale al 30/06/2017 e al 31/12/2017.

2.7 Rapporti con i cittadini

La gestione del rapporto con i cittadini riveste sempre maggiore importanza e determina, per essere attuata, importanti variazioni dei modelli organizzativi fino ad ora adottati. Con l'anno 2017 si intende avviare alcune modalità innovative di gestione di tale rapporto.

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

- La rilevazione, ai fini del raggiungimento degli obiettivi, viene svolta per differenza tra la data assegnata per l'erogazione della prestazione e la data del contatto con il SSR per la prenotazione, in rapporto alla classe di priorità (per alcune prestazioni di valenza regionale la responsabilità è attribuita ai soli Hub).
- Le AAS/ASUI/IRCCS dovranno proseguire ad organizzare le agende delle prestazioni ambulatoriali specialistiche per consentire la prenotazione online del cittadino dell'offerta.
- Nei riguardi dei cittadini deve essere assicurata la "garanzia" erogativa per le priorità B al > 95%, per la priorità D al > 90% e per le priorità P al > 85%.
- Entro il 31 dicembre 2017 le agende delle prestazioni ambulatoriali individuate dalla DCS devono essere informatizzate ed essere rese disponibili a sistema CUP regionale.
- Le AAS/ASUI/IRCCS dovranno garantire altresì il rispetto dei tempi di attesa per gli interventi indicati, 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. Anche per tali tipologie di attività, il mancato rispetto dei valori soglia indicati determina, per i medici delle strutture interessate, la sospensione della possibilità di svolgere la libera professione specifica.

È dimostrato che la separazione dai propri cari è motivo di sofferenza del paziente e che uno dei bisogni più importanti dei familiari è quello di stare accanto al proprio caro e ricevere informazioni, con il risultato di ridurre l'ansia e facilitare il recupero psicofisico. L'apertura di **di terapia intensiva e semi-intensiva ai care giver** e la presenza dei familiari accanto al malato non sono pertanto una "concessione", ma rappresentano una scelta utile e motivata, nonché una risposta efficace ai

bisogni del malato e della sua famiglia. Per tutte le degenze intensive e semi-intensive nel 2017 l'obiettivo è l'abolizione delle limitazioni non motivatamente necessarie (es. effettiva necessità di isolamento) poste a livello temporale per i care giver indicati dai pazienti, con presenza di uno per volta. Un altro obiettivo per il 2017 è la possibilità dei pazienti di avere accanto a sé il **care giver in corso di visita nei reparti di degenza**. Nella grande maggioranza dei reparti è infatti abitudine far uscire dalla stanza i care giver al momento della visita medica o dell'esecuzione di procedure infermieristiche, impedendo di accedere ad informazioni a coloro che più di altri saranno coinvolti nell'assicurare l'assistenza al domicilio una volta avvenuta la dimissione. Il **contatto telefonico dopo la dimissione da un reparto chirurgico dopo intervento** ha l'obiettivo di far sentire al cittadino la vicinanza della struttura che lo ha curato anche dopo l'avvenuta dimissione. Per tale motivo è necessario che siano attivate modalità di contatto tra il personale, in possesso delle informazioni cliniche e assistenziali che hanno caratterizzato l'episodio di ricovero ed il paziente per verificare, in una logica di continuità assistenziale, che il decorso post ospedaliero proceda regolarmente. Frequentemente l'incertezza e lo stato di spaesamento che caratterizza diversi pazienti ricoverati nei presidi ospedalieri deriva dalla mancata conoscenza dei propri riferimenti professionali. Le aziende devono attivarsi per provvedere a fornire ad ogni paziente l'informazione di chi è il **medico responsabile della gestione del proprio ricovero** e che, pertanto, assicura la coerenza delle diverse azioni che caratterizzano l'intera degenza.

2.8 Sistema informativo

Per quanto riguarda i **sistemi informativi**, nel 2017, si procederà al consolidamento dei servizi on line per i cittadini. In questo ambito le azioni previste sono:

- ulteriore sviluppo dell'infrastruttura del servizio di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali con l'uso della ricetta dematerializzata e l'estensione del servizio referti on line per le prestazioni sottoscritte digitalmente
- consultazione delle liste di attesa di tutte le prestazioni erogate, ivi incluse le liste d'attesa per i principali interventi chirurgici, indicando la prima data utile.
- sviluppo di tecnologie mobility app per i principali servizi on line sviluppati
- prescrizione specialistica dematerializzata
- sviluppo dei temi chiave previsti dalla cd "Sanità digitale" implementando soluzioni informatiche per l'integrazione socio-sanitaria e la continuità della cura.
- implementazione di soluzioni per la gestione del farmaco all'adesione terapeutica.

Proseguono i progetti già avviati, in tema di sicurezza fisica e logica/funzionale, sistemi di governo, avvio del sistema software per la gestione della Centrale operativa 118 regionale, interventi sull'intero sistema ICT del SSR per gli adeguamenti previsti dalla LR 17/2014, avvio della nuova cartella clinica informatizzata e revisione del sistema ASCOT.

In tema di firma digitale, vengono fissate delle percentuali minime di refertazione con firma digitale rispetto al numero complessivo dei referti nelle strutture dove viene utilizzato il G2 clinico (in particolare la lettera di dimissione ospedaliera) e per il Laboratorio e microbiologia, la Medicina trasfusionale, l'Anatomia patologica, la Radiologia e l'ECC.

Nel 2017 si intende anche intervenire su alcune funzioni rivolte al sistema come la gestione dell'attività sanitaria in ambito ospedaliero (cartella integrata clinica assistenziale, potenziamento ed estensione delle integrazioni dei sistemi clinico sanitari), la gestione dell'attività in ambito di assistenza primaria (piattaforma di connessione con la medicina generale, attivazione del Fascicolo

Sanitario Elettronico, avviamento del nuovo sistema di iscrizione ai MMG), il potenziamento dell'infrastruttura per la Continuità Operativa, la gestione dell'attività dei servizi sociali dei comuni (SSC), i sistemi direzionali aziendali e regionali e il completamento della fornitura di hw/sw per i laboratori hub a livello regionale (estensione del Laboratorio hub di Udine a tutta l'AAS3 e avvio del Laboratorio hub di Trieste).

3. LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

CONTESTO NORMATIVO DI RIFERIMENTO

La gestione delle risorse umane per l'anno 2017 prosegue nell'ambito del consolidamento del percorso avviato dalla riforma del Servizio Sanitario Regionale. Nel corso dell'anno passato ha trovato completamento il nuovo assetto istituzionale poiché oltre alle 5 aziende sanitarie territoriali e all'Ente per la gestione integrata dei servizi condivisi operanti dal 1.01.2015, si è, altresì, realizzata l'incorporazione delle Aziende ospedaliero universitarie di Trieste e Udine rispettivamente nelle aziende per l'assistenza sanitaria n. 1 e n. 4 che hanno assunto il nome di "Azienda sanitaria universitaria integrata di Trieste" e di "Azienda sanitaria universitaria integrata di Udine".

Coerentemente al documento recante i Principi e criteri per l'adozione dell'atto aziendale, le aziende ed enti del SSR hanno adottato i propri atti aziendali ed hanno iniziato a darne applicazione; le aziende sanitarie integrate presenteranno, invece, la proposta di atto aziendale nel 2017. In tale contesto le regole della programmazione del personale, per l'anno trascorso, sono state individuate in due momenti: inizialmente sulla scorta del percorso di autorizzazione delineato dalle Linee di Gestione 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.

Nel 2017 la manovra del personale sarà definita alla luce delle progettualità, delle scelte strategiche regionali nonché dei fondamentali provvedimenti di programmazione.

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

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

Rispetto a questo scenario, le regole per la programmazione delle risorse umane nell'anno 2017 dettate dal documento Linee per la gestione del servizio sanitario regionale approvato con DGR n. 2550/2016 sono proseguite sulla scorta di quanto stabilito nel 2016, con la finalità di portare a compimento i fondamentali provvedimenti di programmazione regionale nel rispetto dei vincoli economici stabiliti.

Nel 2017, permane il limite di costo per l'assunzione di personale: il costo del personale dipendente non può superare il valore a consuntivo dell'esercizio 2012 abbattuto dell'1%, limitatamente alle competenze fisse non ricadenti nei fondi contrattuali di ciascun ruolo.

Per le assunzioni di personale nell'anno 2017, le aziende sono svincolate dalla preventiva autorizzazione regionale stante l'opportunità di confermare che per l'anno in corso una tempestiva gestione delle manovre di reclutamento a fronte di criticità inerenti il mantenimento dei livelli assistenziali e di garanzia dell'erogazione di servizi e a fronte della necessità di dare attuazione e/o completamento ad alcune delle progettualità della programmazione regionale, secondo i principi di cui alla DGR n. 1671 del 9.09.2016.

A tal fine, per il 2017 le aziende ed enti del SSR sono autorizzate a procedere alle seguenti assunzioni:

- 1) assunzioni di personale in deroga al rispetto dell'abbattimento dell'1% del costo del personale 2012 (voci fisse) per l'attuazione delle seguenti specifiche progettualità regionali:
 - a. sviluppo dell'assistenza primaria;
 - b. piano dell'odontoiatria sociale;

- c. liste di attesa;
- d. disturbi comportamentali, autismo (nelle loro varie forme) se trattasi di assunzioni da realizzarsi nel 2017.

Tali assunzioni, nell'ambito del finanziamento assegnato per il 2017 potranno realizzarsi esclusivamente nel rispetto dei seguenti vincoli:

- sostenibilità economica della singola assunzione con l'equilibrio economico dell'esercizio 2017 e garanzia dell'assorbimento dei costi sul 2018 (cosiddetto effetto trascinamento);
- realizzazione della singola assunzione in coerenza con le progettualità regionali;

- 2) assunzioni di personale nel rispetto dell'abbattimento dell'1% del costo del personale 2012 (voci fisse);

Al di fuori delle deroghe concesse e sopra descritte, tutte le altre assunzioni devono essere effettuate nel rispetto dell'abbattimento dell'1% del costo del personale 2012 (voci fisse) nell'ambito del rispetto della normativa nazionale riferita al contenimento della spesa del personale. Rientrano nel rispetto di tale limite anche le assunzioni correlate all'attuazione del Piano dell'emergenza.

Per il personale dedicato all'assistenza (personale appartenente al ruolo sanitario e l'operatore socio sanitario del ruolo tecnico) le aziende potranno derogare al tetto dell'1% per motivate esigenze assistenziali da autorizzare da parte della Regione.

Oltre al rispetto dell'abbattimento dell'1% dei costi fissi del 2012, le assunzioni potranno realizzarsi, inoltre, nel rispetto dei seguenti vincoli:

- sostenibilità economica della singola assunzione con l'equilibrio economico dell'esercizio 2017 e garanzia dell'assorbimento dei costi sul 2018 (cosiddetto effetto trascinamento);
- realizzazione della singola acquisizione in coerenza con l'attuazione delle progettualità portate avanti dalla pianificazione regionale, quali in particolare:
 - attuazione sviluppo dei progetti di riorganizzazione delle funzioni dei contenuti delle delibere di Giunta Regionale nn. 2673/2014, 929/2015, 1437/2015, 2151/2015, e 613/2016;
 - graduale attuazione degli atti aziendali approvati;
 - attuazione per gli aspetti riguardanti il personale delle funzioni affidate all'Ente per la Gestione Accentrata dei Servizi Condivisi.
- relativamente alle funzioni amministrative e tecniche oggetto di accorpamenti le aziende prima di procedere a qualsiasi assunzione dovranno porre in essere processi di riorganizzazione al fine assicurare le attività tramite l'utilizzo di risorse interne;
- attuazione delle progettualità regionali per il 2017 come indicate nelle Linee di gestione.

Nel rispetto delle prescrizioni di cui sopra, le aziende definiranno il proprio fabbisogno annuale di personale necessario per il funzionamento delle singole strutture in relazione all'attuazione dell'atto aziendale e alle indicazioni progettuali regionali per il 2017.

Nella determinazione del fabbisogno prosegue anche per il 2017 l'attuazione del Protocollo per la stabilizzazione del personale precario approvato con DGR n. 1384 del 22.07.2016; le aziende dovranno, pertanto, tenere conto delle procedure di stabilizzazione individuando i posti oggetto di selezioni riservate.

La manovra del personale per il 2017 dovrà essere orientata a diminuire la percentuale dei rapporti a tempo determinato a vantaggio di quelli a tempo indeterminato, ferma restando in ogni caso la possibilità di supplire il personale assente.

Nell'ambito degli obiettivi di carattere generale appena descritti, le successive indicazioni metodologiche trasmesse con nota prot. n. 20996 del 27.12.2016 hanno poi specificato i criteri sui quali le aziende e gli enti del SSR dovevano programmare il piano assunzioni 2017. 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;
- a distanza di due anni dalle modifiche apportate all'articolo 9 L. n. 122/2010, dalla Legge n. 190/2014 (legge di stabilità 2015), che hanno prodotto costi ricadenti nelle voci fisse si è stabilito che gli effetti di tali automatismi rientrino anche essi nel rispetto dell'obiettivo di costo dell'1%;
- il valore complessivo di parte dei giustificativi concessi nel 2016 quali in particolare: indennità di esclusività, costo comandati out, superamento funzioni opg, assunzioni personale per garantire orario di lavoro di cui alla DGR n. 952/2016), piano dell'emergenza 2016, costi riferiti all'acquisizione fino a due unità di assistenti sanitari a tempo determinato in relazione agli obiettivi attribuiti ai Dipartimenti di Prevenzione e all'incremento di attività correlata, in particolare, all'assistenza sanitaria ai migranti, sono congelati nel valore indicato a preventivo 2016 (da certificarsi a consuntivo) e in quella misura continuano ad essere considerati giustificativi;
- gli eventuali maggiori oneri per le medesime voci, nel 2017, rientrano nel rispetto dell'obiettivo di costo dell'1%;
- il costo relativo ai rapporti di lavoro trasferiti fra le Aziende in attuazione del processo di riforma del SSR (compreso quello delle unità trasferite all'EGAS), che impatta sul calcolo dell'1%, dovrà risultare da apposita certificazione congiunta delle aziende interessate attestante l'ammontare delle risorse trasferite. I singoli PAL/PAO dovranno quantificare il costo delle voci fisse (ai fini dell'1%) delle unità già trasferite all'EGAS dal 1.01.2015. A livello regionale i predetti trasferimenti di risorse saranno ad impatto economico neutrale.
- la manovra annuale, sulla base degli elementi noti (cessazioni conosciute/programmazione fabbisogno) sarà predisposta nel PAL/PAO secondo le regole di cui sopra; le aziende, partendo dalla dotazione al 31.12.2016 dovranno fornire l'evidenza dettagliata delle figure che intendono assumere rappresentando la dotazione al 31.12.2017, anche sotto forma di tabella.
- dal punto di vista economico, la manovra del personale dovrà essere predisposta nel pieno rispetto delle risorse economiche disponibili.
- nell'ambito di ciascun processo di esternalizzazione di servizi, ferma restando l'autonoma valutazione di costo efficienza dello stesso, dovrà essere rappresentata alla DCSISPSF la corrispondente riduzione della dotazione organica e delle conseguenti ricadute sui fondi contrattuali.

Sono, inoltre state fornite le seguenti specifiche prescrizioni:

- 1% fondo produttività/risultato: nel bilancio di previsione 2017 le aziende non accantonano al fondo incentivazioni del personale dipendente l'incremento fino all'1% (come tetto massimo). Tale cifra sarà eventualmente erogata qualora sia accertato a consuntivo l'avanzo di amministrazione.
- mobilità volontaria: nell'ambito della messa in atto del trasferimento dei rapporti di lavoro, quale conseguenza dei processi di riordino, di riorganizzazione di specifiche funzioni disciplinati e dai documenti di programmazione annuale e stante la complessità dei diversi contesti organizzativi con particolare riguardo alla loro valenza sovra –aziendale, si è condiviso che lo spostamento del personale avvenga prioritariamente su base volontaria .
A tal fine è nell'interesse del sistema che le aziende ed enti del SSR diano attuazione ai processi di mobilità all'interno del SSR concedendo il previsto parere sulle richieste di trasferimento del personale interessato in modo tale da consentire in via prevalente la mobilità volontaria e contribuire al graduale compimento della riforma sanitaria.
Con specifico riferimento al trasferimento del personale del comparto all'EGAS per l'avvio della Centrale Operativa regionale 118, è prevista la possibilità di rientro nell'Amministrazione di provenienza da parte di ciascun dipendente interessato durante il secondo anno di attività della Centrale Operativa.
- Obiettivi di produttività collettiva/risultato: nell'individuazione degli obiettivi correlati al sistema di incentivazione di cui al fondo "della produttività collettiva per il miglioramento dei servizi e per il premio della qualità delle prestazioni individuali" e al fondo "per la retribuzione di risultato e per la qualità della prestazione individuale", le aziende ed enti del SSR dovranno tenere conto degli obiettivi presenti nelle Linee di Gestione.
- Fabbisogno di personale: nel corso del 2017, la Direzione Centrale salute integrazione socio sanitaria politiche sociali e famiglia procederà alla definizione di standard e parametri relativi al personale amministrativo, sanitario e tecnico al fine di individuare i fabbisogni concreti, sulla base delle funzioni effettivamente svolte dalle aziende ed enti del SSR. La definizione degli standard terrà conto della vigente normativa di riferimento nazionale e regionale

Sulla base di questi elementi si è svolta la negoziazione con la Direzione Centrale Salute Integrazione Socio Sanitaria e Politiche Sociali nel corso del mese di dicembre 2017 che ha prodotto il bilancio preventivo 2016 debitamente deliberato da tutte le aziende.

Si deve precisare che la manovra del personale contenuta nei piani è parzialmente rappresentativa poiché tiene conto delle cessazioni che sono note alla data di stesura del PAL/PAO mentre deve rilevarsi che statisticamente il numero di cessazioni definitive registrate poi a consuntivo è sempre maggiore di quanto indicato nel bilancio di previsione.

Inoltre la previsione di personale indicata nei piani va considerata come una previsione di massima poiché le singole assunzioni riferite al 2017 potranno trovare completa e puntuale definizione nel corso dell'anno sulla base dell'andamento dei costi (tenuto che devono essere rispettati i vincoli economici indicati dalle Linee di gestione), sulla base degli esiti del documento sugli standard del personale e in coerenza con le progettualità regionali.

Premesso un tanto, il saldo tra dotazione organica 2016 e previsione di dotazione organica 2017 risultante dai piani aziendali prevedrebbe un aumento del personale di circa 400 unità; se tale dato (ancorché espresso per eccesso in mancanza delle ulteriori cessazioni al momento non conosciute) può ritenersi compatibile con il rispetto del costo del personale 2012 diminuito dell'1% calcolato sui mesi di effettiva presa in servizio delle singole acquisizioni, altrettanto non può dirsi per la ricaduta che il medesimo dato produce a regime. L'impatto economico derivante dall'ipotizzato ingresso di 400 unità in più rispetto al 2016 - laddove il turn over sia riferito al medesimo profilo professionale - produrrebbe una ricaduta a regime che non risulta riassorbibile dal sistema con risorse proprie avuto riguardo al finanziamento complessivamente disponibile per il servizio sanitario regionale.

Diversamente, qualora il turn over favorisse l'ingresso di profili professionali a costi medi più bassi a fronte di uscite di personale con retribuzioni più alte, i costi complessivi potrebbero considerarsi economicamente compatibili nel lungo periodo.

La valutazione della manovra in termini economici è quindi influenzata dalla notevole variabilità dei costi medi dei singoli ruoli.

Da ciò discende che la manovra del personale andrà necessariamente valutata e realizzata in base alle regole contenute nelle linee per la gestione del 2017 secondo una prudente gestione delle risorse umane e delle scelte assunzionali orientata sia al perseguimento dell'obiettivo di riduzione dei costi delle voci fisse di personale 2017, dell'1% rispetto al costo 2012, ma anche a garantire l'equilibrio economico dell'esercizio 2017 e l'assorbimento dei costi sul 2018 (cosiddetto effetto trascinamento);

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

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

- attuazione delle specifiche progettualità regionali già indicate nella DGR n. 1671 del 9.09.2016 e portate avanti anche nel 2017 (sviluppo dell'assistenza primaria, piano dell'odontoiatria sociale, liste di attesa, disturbi comportamentali, autismo);
- sviluppo dei progetti di riorganizzazione delle funzioni dei contenuti delle delibere di Giunta Regionale nn. 2673/2014, 929/2015, 1437/2015, 2151/2015, e 613/2016;
- graduale attuazione degli atti aziendali approvati;
- attuazione per gli aspetti riguardanti il personale delle funzioni affidate all'Ente per la Gestione Accentrate dei Servizi Condivisi;
- relativamente alle funzioni amministrative e tecniche oggetto di accorpamenti le aziende prima di procedere a qualsiasi assunzione dovranno porre in essere processi di riorganizzazione al fine assicurare le attività tramite l'utilizzo di risorse interne;

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

Sono congelati nel valore indicato a preventivo 2016 (da certificarsi a consuntivo) e in quella misura continuano ad essere considerati giustificativi nel 2017 ai fini del rispetto del tetto dell'1%, i seguenti giustificativi concessi nel 2016:

- indennità di esclusività;

- costo comandati out che nel nuovo piano dei conti gravano sui costi fissi;
- superamento funzioni opg;
- assunzioni personale per garantire orario di lavoro di cui alla DGR n. 952/2016;
- piano dell'emergenza 2016;
- costi riferiti all'acquisizione fino a due unità di assistenti sanitari a tempo determinato in relazione agli obiettivi attribuiti ai Dipartimenti di Prevenzione e all'incremento di attività correlata, in particolare, all'assistenza sanitaria ai migranti;
- assunzioni effettuate ai sensi delle progettualità regionali contenute nella DGR n. 1671 del 9.09.2016.

Nel corso del 2017 costituiscono, altresì, giustificativi ai fini del rispetto del tetto dell'1% le assunzioni effettuate per l'attuazione delle seguenti progettualità:

- 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), le aziende sono autorizzate ad acquisire personale: detto personale è reperibile per il 50% mediante processi di reingegnerizzazione delle risorse interne da parte delle aziende, il rimanente con nuove assunzioni che costituiscono giustificativo all'eventuale superamento del vincolo dell'1% del costo del personale 2012;
- b) piano dell'odontoiatria sociale: le aziende sono autorizzate ad assumere il personale necessario al fine di dare attuazione al programma di potenziamento dell'odontoiatria sociale relativamente all'attuazione dei LEA, secondo il programma definito dal responsabile del progetto regionale dell'ASUITS;
- c) liste di attesa: nei limiti delle risorse delle risorse accantonate ai sensi del DL n. 158/2012 convertito nella L. 6 novembre 2012 n. 189 (trattenuta del 5% sul compenso del libero professionista) le aziende ed enti del SSR sono autorizzate ad assumere il personale necessario per la gestione dei tempi di attesa rispetto alle prestazioni individuate come "critiche" secondo gli standard di erogazione per fascia di priorità;
- d) disturbi comportamentali, autismo (nelle loro varie forme): al fine di definire un sistema integrato di interventi coordinati che garantiscano la globalità della presa in carico della persona affetta da disturbi comportamentali, nelle loro varie forme, le aziende ed enti del SSR sono autorizzati ad assumere personale del comparto e della dirigenza nei limiti del finanziamento assegnato per tale finalità e parametrato fino ad un massimo di 3 unità di personale per azienda tra comparto e dirigenza. Si precisa che la deroga al rispetto dell'abbattimento dell'1% del costo del personale 2012 riferita alla predetta lettera d) è concessa esclusivamente per le aziende ed enti del SSR che non hanno ancora provveduto alle relative assunzioni. Il costo a regime delle unità acquisite nel 2016 per la medesima progettualità regionale resta invece soggetto al rispetto dell'abbattimento dell'1% del costo del personale 2012 (voci fisse);

ULTERIORI DEROGHE

Oltre a quanto sopra, costituiscono, ulteriori giustificativi per il 2017, ai fini del rispetto del tetto dell'1%:

- assunzioni di personale effettuate con l'utilizzo dei fondi di cui all'articolo 13, comma 6, d. lgs. n. 81/2008 e s.m.e.i. verso progettualità approvate dalla DCSISPSF;

- assunzioni di personale effettuate per il Comitato Etico Unico Regionale (CERU) stante la natura del Comitato che svolge attività per conto del SSR;
- Piano dell'Emergenza: assunzioni di personale correlate a quanto previsto dal paragrafo 5.2.4. "Nuova Distribuzione territoriale dei mezzi di soccorso" della DGR n. 2039/2015 secondo le modalità organizzative indicate ai paragrafi 5.2.2 e 5.2.3 del citato provvedimento regionale.

MONITORAGGIO

Nel corso dell'anno le Aziende comunicheranno nei report trimestrali lo stato di attuazione della manovra del personale 2017 da realizzarsi in conformità alle indicazioni fornite nel paragrafo precedente ed ogni dato e informazione utile al monitoraggio della gestione delle risorse umane e/o sugli assetti organizzativi sulla base della reportistica che verrà trasmessa dagli uffici della DCSISPS.

In tale sede provvederanno, altresì, a compilare la tabella di monitoraggio dell'1% sulla base della modulistica predisposta dagli uffici della DCSISPSF.

INDICAZIONI PER LA GESTIONE DEI FONDI CONTRATTUALI

In presenza di un andamento economico relativo all'anno 2017 che prevede una stima di chiusura dell'esercizio non in equilibrio, l'azienda, al fine di poter procedere all'incremento del fondo di produttività/risultato dell'1% (come tetto massimo) potrà rappresentare nel corso del 2017 in occasione dei rendiconti infrannuali la predisposizione di un programma con l'evidenza di specifiche azioni di riduzione dei costi finalizzate al rientro della perdita e al raggiungimento del pareggio di bilancio.

Tale programma sarà valutato in sede di chiusura dell'esercizio 2017.

4. SCHEDE DI SINTESI DELLA PROGRAMMAZIONE AZIENDALE

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

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

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

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

.

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

3. LE PROGETTUALITÀ

3.1 PROGETTI DI RIORGANIZZAZIONE DELLE FUNZIONI

3.1.1 Atti aziendali	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Implementazione dell'applicazione dell'Atto Aziendale	Invio, entro il 31.10.2017, di una relazione alla DCS sullo stato di applicazione dell'Atto Aziendale al 30.09.2017.

3.1.2 Applicazione delle DGR 2673/2014, 929/2015 e 2151/2015	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Applicazione delle DGR 2673/2014, 929/2015 e 2151/2015	<p>Invio entro il 30.06.2017 di una relazione sullo stato di applicazione delle DGR 2673/2014, 929/2015, 2151/2015 contenente i seguenti elementi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Scostamento in eccesso o in difetto dei posti letto ospedalieri - Scostamento in eccesso o in difetto dei posti letto dell'assistenza primaria (hospice, SUAP, RSA e riabilitazione estensiva, Salute mentale). - Stato di attivazione o disattivazione delle funzioni ospedaliere, distrettuali e della prevenzione, compresa l'area veterinaria. - Stato di attivazione o disattivazione delle strutture complesse e semplici previste - Stato di implementazione delle figure professionali previste per la reumatologia e le malattie infettive. <p>Graduale adeguamento degli scostamenti rilevati al 30.06.2017 rispetto a quanto previsto dalle DGR 2673/2014, 929/2015, 2151/2015</p>

3.1.3 Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
EGAS	<p>- Nel corso del 2017 l'EGAS acquisirà le funzioni relative al Cefomed e all'Area Welfare attualmente gestite dall'AAS2. L'Azienda garantirà la necessaria collaborazione per favorire il trasferimento in parola.</p> <p>- Attuare quanto stabilito in Comitato di Indirizzo Egas</p>

3.1.4 Chirurgia e procedure invasive	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Partecipazione ai lavori regionali per la definizione della riorganizzazione dell'attività chirurgica e delle procedure invasive	Partecipazione ai lavori regionali, finalizzati alla definizione di un documento di riorganizzazione dell'attività chirurgia e delle procedure invasive
Progressiva riqualificazione delle sedi ospedaliere per quanto riguarda l'area chirurgica	Redazione di uno studio di fattibilità per la concentrazione delle urgenze chirurgiche ed ortopediche in una delle sedi di ciascuno dei due presidi ospedalieri.
Concentrazione attività di chirurgia oncologica	<p>L'azienda deve riorganizzare l'attività di chirurgia oncologica relativamente ai seguenti tumori:</p> <ul style="list-style-type: none"> - esofago: nessun intervento realizzato; - pancreas: nessun intervento realizzato; - ovaio: concentrazione in un'unica struttura e sede; - stomaco: concentrazione in un'unica struttura e sede <p>Presentazione progetto operativo alla Direzione Centrale Salute entro il 30.6.2017</p> <p>Avvio riorganizzazione entro il 1.9.2017.</p>

3.1.5 Urgenza emergenza	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Implementazione del Piano Regionale dell'Emergenza Urgenza	<p>- Partecipazione ai lavori regionali sull'omogeneizzazione dei protocolli operativi dei servizi di Pronto Soccorso</p> <p>- Evidenza della realizzazione dell'implementazione entro il 31.12.2017.</p>

3.1.6 Geriatria	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Geriatria	Entro il 31 dicembre del 2017 la Regione adotterà un documento di riorganizzazione dell'attività geriatrica che ridefinisca l'organizzazione ospedaliera e distrettuale per i pazienti grandi anziani (oltre 85 anni). L'Azienda garantirà la necessaria collaborazione alle attività coordinate dalla Regione.

3.1.7 Medicina di laboratorio	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Dare seguito al documento di riorganizzazione complessiva delle attività di Anatomia Patologica, Patologia Clinica e di Microbiologia e virologia che coinvolge anche le sedi del Presidio Ospedaliero di Gorizia-Monfalcone	<ul style="list-style-type: none"> - Messa a regime del sistema informativo-informatico fra il centro hub e i centri spoke, al fine di realizzare un unico sistema regionale integrato - Evidenza dell'avvio della nuova organizzazione per le sedi di Gorizia e Monfalcone

3.1.8 Oncologia	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Oncologia	<ul style="list-style-type: none"> - Entro il 30 giugno del 2017 la Regione adotterà il nuovo Piano Oncologico. Il piano dovrà fornire gli strumenti operativi per integrarsi con le Reti delle Cure palliative e della Terapia del dolore, nonché con le attività di chirurgia oncologica. - L'Azienda si impegna a realizzare nel secondo semestre le eventuali attività indicate dalla Regione - Collaborazione con la Direzione Centrale Salute per la definizione del nuovo Piano oncologico

3.1.9 Pediatria ospedaliera	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Pediatria ospedaliera	Entro il 31 dicembre del 2017 la Regione adotterà un documento di riorganizzazione dell'attività pediatrica. Lo stesso dovrà contenere anche le seguenti sezioni: <ul style="list-style-type: none"> - Emergenze e urgenze pediatriche (intra ed

	<p>extra ospedaliere)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chirurgia programmata in età pediatrica - Oncologia e onco-ematologia pediatrica <p>L'AAS2 garantirà la necessaria collaborazione ai tavoli regionali finalizzati alla stesura del documento.</p>
--	--

3.1.10 Riabilitazione	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Attuazione del piano della Riabilitazione	<ul style="list-style-type: none"> - Avvio delle attività previste dal Piano della Riabilitazione per il secondo semestre 2017 secondo le indicazioni fornite dalla Regione - Collaborazione con la Direzione Centrale Salute per la definizione del nuovo Piano della Riabilitazione

3.1.11 Salute Mentale	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Salute Mentale	<ul style="list-style-type: none"> - Entro il 31 dicembre del 2017 la Regione adotterà il nuovo Piano della Salute Mentale che comprenderà anche le sezioni riguardanti l'età evolutiva e le strutture psichiatriche per la detenzione - Collaborazione con la Direzione Centrale Salute per la definizione del nuovo Piano della Salute Mentale

3.2 PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

3.2.1 Tutela della salute della donna	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
consolidare il ruolo dell'ostetrica nel supporto della donna in ogni fascia d'età, anche attraverso l'inserimento della figura all'interno degli istituendi CAP, insieme ai MMG	Ostetrica inserita nel 30% dei CAP istituendi nel 2016 e 2017
strutturare i percorsi della gravidanza fisiologica anche con la prescrizione degli esami diagnostici e quelli successivi al parto, con il ripristino ed il rafforzamento, dove già esistenti, delle visite domiciliari.	Percorsi della gravidanza fisiologica: procedura definita in collaborazione tra le Aziende
Nell'ambito dei corsi di preparazione al parto e nei centri nascita: veicolare il messaggio dell'importanza della vaccinazione infantile e dell'adozione di stili di vita sani	Evidenza della promozione delle vaccinazioni da parte delle ostetriche e delle assistenti sanitarie nei corsi di accompagnamento al parto e puerperio e nei centri nascita.

3.2.2 Migliorare la salute nei soggetti a rischio MCNT e malati cronici (Programma I PRP)	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Avvio di un progetto di analisi sulla possibilità di attivazione di uno "screening opportunistico" su stili di vita e rischio cardiovascolare globale nelle Aziende sanitarie della Regione, in coordinamento con l'A.I.R. dei MMGG	- evidenza di avvio della progettazione dello screening opportunistico in collaborazione con i MMGG nel rispetto dell'AIR - avvio operatività nei distretti
Avvio a livello aziendale dei gruppi di lavoro per i Percorsi Assistenziali definiti in coerenza con il documento regionale di indirizzo sullo scompenso cardiaco	evidenza di gruppi di lavoro attivi in seguito alla definizione del documento di indirizzo regionale sulla gestione dello scompenso cardiaco
Prosecuzione della formazione	- Realizzazione di 1 corso residenziale sulla prevenzione cardiovascolare - la partecipazione del personale sanitario ed in percentuale cumulativa con 2016, deve raggiungere almeno il 9% dei MMG e del personale operante nelle Cardiologie nelle medicine e nella riabilitazione
Definizione condivisa di un modello per la presa in carico dei soggetti con disturbi d'ansia depressivi	Evidenza dell'identificazione del modello
Formazione di mmg e pls finalizzata alla presa in carico dei soggetti con disturbi d'ansia depressivi	Evidenza della realizzazione del percorso formativo

3.2.3 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 a: - 65% per la cervice uterina, - 65% per la mammella, - 70% per il carcinoma del colon retto
garantire il rispetto degli 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".	Rispetto dei requisiti previsti dal "sistema regionale di verifica per le unità senologiche" che verrà adottato dalla Regione nel corso del 2017
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
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 - % di early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso"/totale dei casi chiusi dall'unità senologica) < 10%
garantire il rispetto dei requisiti definiti dalla Regione per i centri di secondo livello per lo screening per la cervice uterina	Rispetto dei requisiti previsti dal "sistema regionale di verifica per i centri di secondo livello per lo screening per la cervice uterina" che verrà adottato dalla Regione nel corso del 2017
garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica per gli esami di 2° livello di screening	Percentuale di compilazione dei campi fondamentali $\geq 95\%$
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

3.2.4 Gli screening neonatali (Programma II PRP)

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
diffusione e applicazione in tutti i punti nascita di una procedura regionale per lo screening neonatale audiologico definita dall'IRCCS Burlo.	diffusione e applicazione della procedura per lo screening neonatale audiologico definita dall'IRCCS Burlo
diffusione e applicazione in tutti i punti nascita di una procedura regionale per lo screening neonatale oftalmologico definita dall'IRCCS Burlo.	diffusione e applicazione della procedura per lo screening neonatale oftalmologico definita dall'IRCCS Burlo

assicurare da parte di tutti i punti nascita la regolare comunicazione IRCSS Burlo della rilevazione del TSH neonatale.	Trasmissione dei dati all'IRCSS Burlo secondo i criteri e i modi da loro definiti
Partecipare ai lavori coordinati dall'IRCCS Burlo alla definizione di un programma di identificazione precoce della fibrosi cistica e di un programma per l'identificazione precoce dei neonati con emoglobinopatia nella popolazione a rischio.	- Evidenza della partecipazione ai lavori coordinati dall'IRCCS Burlo - Formale adozione della procedura in tutti i punti nascita

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

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
AAS 2 coordina il perseguimento degli obiettivi previsti dal Piano regionale della prevenzione sul territorio regionale	Report alla DCS
Le aziende sanitarie collaborano e sostengono percorsi ed azioni coerenti a diffondere in tutta la Regione il modello di Scuola che promuove la salute, che ha lo scopo di migliorare il successo scolastico e facilitare l'azione in favore della salute.	Contribuire al seguente obiettivo regionale: almeno il 20% delle 167 scuole della Regione dovranno esser raggiunte dalla proposta di aderire alla rete Scuole che promuovono salute (SHE).
Continua la diffusione e implementazione dei progetti riconducibili alle buone pratiche, quali modello What's up, Unplugged, peer education ecc	Aderiscono alla progettazione almeno il 45% delle scuole della regione (almeno 60 scuole raggiunte).

3.2.6 Prevenzione delle dipendenze (Programma IV PRP)

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Creare un Gruppo di formatori per i docenti delle scuole primarie e secondarie sulle life skills come strumento di prevenzione anche delle dipendenze, attraverso l'organizzazione di un Workshop regionale teorico-pratico	- Partecipazione al workshop formativo Regionale da parte di almeno 4 operatori aziendali (Prevenzione, Dipendenze e altre strutture interessate) - Realizzazione di almeno 1 workshop di "trasferimento LS contesto scuola" per Azienda
Formare gli Assistenti sociali degli ambiti territoriali per diffondere gli strumenti di identificazione precoce delle persone vulnerabili al gioco d'azzardo patologico	Almeno 1 corso per Assistenti sociali degli ambiti su ogni territorio Aziendale;

3.2.7 Promozione dell'attività fisica (Programma V PRP)

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
avvio di un progetto di attività fisica rivolto alla popolazione adulta da realizzare con il	presentazione del progetto alla DCS e avvio realizzazione in seguito ad approvazione

finanziamento dedicato da parte della Regione	
realizzazione progetti di promozione attività fisica adattata	Almeno 1 iniziativa/progetto
diffusione del catalogo aziendale delle offerte e opportunità di attività fisica presenti sul territorio e aggiornamento dello stesso	Catalogo aziendale pubblicato sul sito aziendale e aggiornato

3.2.8 Prevenzione degli incidenti stradali(Programma VI PRP)

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
sensibilizzare alla prevenzione degli incidenti stradali	iniziative di comunicazione e informazione alla popolazione
adottare le raccomandazioni regionali per l'invio ad approfondimento neuropsicologico dell'idoneità alla guida	Adozione delle raccomandazioni regionali

3.2.9 Prevenzione degli incidenti domestici (Programma VII PRP)

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
continuano nell'attività di sensibilizzazione della popolazione nella prevenzione degli incidenti domestici	Report congiunto di monitoraggio relativo alle attività previste dal Programma VII PRP inviato alla DCS
prosegue la rilevazione attraverso la check-list dei rischi nelle abitazioni con analisi dei risultati	Almeno 50 abitazioni valutate
formazione operatori sanitari e dell'assistenza, con particolare riferimento al personale di assistenza dell'anziano	Almeno 1 evento

3.2.10: 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
SPSAL: partecipare ad azioni di verifica della omogeneità dell'applicazione in ambito regionale delle procedure di vigilanza in edilizia e prosecuzione della diffusione delle stesse ai portatori di interesse	<ul style="list-style-type: none"> - Partecipazione ai lavori del GRE - Report elaborato da parte del GRE sulla omogeneità dell'applicazione delle procedure di vigilanza in edilizia in regione. - Realizzazione di almeno un incontro provinciale con i portatori di interesse sulle problematiche connesse all'applicazione delle norme poste a tutela del lavoro in edilizia
SPSAL: partecipare ad azioni di verifica della omogeneità dell'applicazione in ambito regionale	<ul style="list-style-type: none"> - Partecipazione ai lavori del GRA - Report elaborato da parte del GRA sulla

delle procedure di vigilanza in agricoltura e prosecuzione della diffusione delle stesse ai portatori di interesse	omogeneità dell'applicazione delle procedure di vigilanza in agricoltura in regione. - Realizzazione di almeno un incontro provinciale con i portatori di interesse sulle problematiche connesse all'applicazione delle norme poste a tutela del lavoro in edilizia
Partecipare ai lavori coordinati da ASUI UD per sperimentare le linee guida regionali sulla prevenzione di rischi infettivi nelle attività correlate alle pratiche estetiche e di protocolli operativi sulla uniformità dei controlli	effettuare nei primi 6 mesi del 2017 la sperimentazione del protocollo operativo dei controlli in almeno: 2 tatuatori/piercer, 2 estetisti e 2 acconciatori".
SIAN/VET: partecipare alla formazione degli auditor e al programma di mantenimento della qualifica	- Invio alla formazione degli auditor di 3 dirigenti veterinari - Completamento del percorso formativo di 2 tecnici della prevenzione
SPSAL: realizzare un programma di audit mirato alle aziende dei comparti agricolo ed edile con il coinvolgimento dei comitati paritetici e bilaterali	- Partecipazione al corso di formazione realizzato a livello regionale. - Scheda di audit realizzata e programma di audit realizzato secondo le indicazioni regionali
partecipare alla revisione della lista dei controlli sulle imprese e alla diffusione del documento ai portatori di interesse	Partecipazione al Gruppo regionale che provvederà alla revisione ed integrazione della Lista regionale dei controlli sulle imprese disponibile sul sito aziendale

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

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
tutte le Aziende Sanitarie: mantenere un'adeguata vigilanza nei settori edile e agricolo secondo i parametri definiti a livello nazionale	- Realizzare l'attività di vigilanza in almeno il 5% delle unità produttive del territorio. - Agricoltura: mantenimento dell'attività di vigilanza dell'anno precedente: 15 aziende agricole a livello aziendale - Edilizia: vigilare un numero di cantieri pari al 12% dei cantieri notificati nell'anno precedente (Report di attività alla DCS)
tutte le Aziende Sanitarie: realizzare almeno un incontro informativo/formativo rivolto ai soggetti della prevenzione operanti nel settore edile e agricolo	Report di attività alla DCS con descrizione evento formativo, numero di operatori formati suddivisi per categoria

3.2.12 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 tra le Aziende della Regione, 2 corsi accreditati o 2 iniziative di sensibilizzazione, finalizzati ad una maggiore conoscenza della corretta valutazione dei rischi, al reinserimento dei soggetti patologici e all'appropriatezza e qualità delle segnalazioni di malattia professionale.	Realizzare in modo coordinato tra le aziende 2 corsi accreditati o 2 iniziative di sensibilizzazione
Partecipare all'avvio dell'applicazione del metodo OCCAM	Analisi a livello regionale secondo metodologia OCCAM su una neoplasia professionale.
tutte le Aziende Sanitarie: proseguire in ogni azienda il programma integrato di promozione della salute dei dipendenti, che coinvolge i medici competenti, per la declinazione operativa delle azioni dell'obiettivo specifico "Progetto pilota per un programma integrato di salute e benessere dei dipendenti pubblici..." del PRP.	<ul style="list-style-type: none"> - Report sui lavoratori a rischio cardiovascolare globale - Offerta di percorsi per smettere di fumare

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

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
alimentare le banche dati Informo e Malprof e coordinarsi per la stesura di un report regionale	Report congiunto di attività inviato alla DCS
Sviluppo di sistemi informativi rivolta alla dematerializzazione delle comunicazioni obbligatorie	a) Informatizzazione delle notifiche ex art.250 e 256 del D.Lgs. 81/08 b) Avvio delle procedure per l'informatizzazione delle notifiche ex art.99 del D.Lgs 81/08
inviare i dati di attività del servizio di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro alla Regione per trasmissione al comitato interregionale di coordinamento	Dati inviati alla DCS entro i tempi definiti dalla Regione
monitorare le verifiche periodiche delle attrezzature di lavoro con inserimento dei dati in apposito database	il 50% delle verifiche effettuate è inserito a data base

3.2.14 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
stesura delle linee di indirizzo regionali sulla VIS	Partecipazione alla stesura della proposta linee di

(Valutazione di impatto sulla salute per la Pubblica Amministrazione) secondo i contenuti delle "Linee Guida VIS - Tools 4 HIA" attraverso la partecipazione al tavolo tecnico VIS	indirizzo VIS regionali
partecipazione attiva al "Gruppo Tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali" di cui al Decreto n. 630/SPS del 12.08.15 finalizzato alla valutazione delle ricadute sulla salute connesse ai determinanti ambientali, comportamentali e sociali	evidenza di partecipazione al "Gruppo Tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali"
il monitoraggio straordinario delle acque destinate al consumo umano, per le aziende nei cui territorio sono state rilevate criticità	Report sui risultati del monitoraggio
promozione della sostenibilità e della eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, in relazione al rischio radon anche attraverso iniziative di formazione;	Realizzazione di 1 corso per professionisti

3.2.14-bis 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
AAS n. 2 "Bassa friulana - Isontina" - 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.	Campagna informativa realizzata
AAS n. 2 "Bassa friulana - Isontina" - 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.	Report regionale di attività
Raccogliere i dati relativi ai mesoteliomi degli ex esposti e inviare al COR assicurando la trasmissione delle schede ReNaM trasmettere i dati sui soggetti attualmente esposti al CRUA e alla DCS secondo le relazioni annuali compilate dalle ditte di bonifica.	- dati inviati al COR - schede ReNaM trasmesse - i dati sui soggetti attualmente esposti trasmessi al CRUA e alla DCS
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

AAS n.2 "Bassa Friulana-Isontina": realizzare un evento formativo per le imprese quale ricaduta del corso di formazione per formatori realizzato nel corso del 2016 sul rischio chimico nel settore dei fitofarmaci	1 evento formativo
---	--------------------

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

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Adottare e applicare le Linee guida regionali per il controllo della tubercolosi e realizzare la formazione degli operatori	- Assicurare la partecipazione ad un evento regionale - 1 iniziativa formativa/informativa in Azienda
garantire l'offerta attiva e gratuita del test HIV, anche in forma anonima, anche ad utenti in trattamento per problemi alcol correlati.	Report aziendale
Assicurare il proseguimento delle campagne vaccinali già avviate	Miglioramento delle coperture vaccinali
Obiettivo aziendale Adeguare la progressione dell'offerta vaccinale al nuovo PNPV attraverso la - Formazione - Revisione organizzativa - Attività di comunicazione per operatori (MMG, PLS) e utenti	Risultato atteso - Un corso di formazione sul campo in materia di vaccinazioni in Azienda - Formazione degli operatori dei servizi vaccinali al counselling prevaccinale - offerta attiva garantita per meningococco B - offerta garantita per rotavirus - offerta garantita per herpes zoster (ai 65enni) - evidenza di iniziative di comunicazione
Assicurare procedure uniformi per la gestione dei soggetti inadempienti/esitanti alla vaccinazione	Adozione formale protocollo regionale
Offerta vaccinazioni in categorie a rischio	definiti i protocolli aziendali in applicazione ai protocolli regionali
Avvio di un processo di accreditamento dei servizi vaccinali	evidenza di avvio del processo secondo le indicazioni regionali
Garantire la rilevazione delle reazioni avverse a vaccino	Report aziendale inviato alla DCS
tutti gli ospedali partecipano ai programmi di sorveglianza delle ICA, con evidenza di monitoraggio degli indicatori regionali.	indicatori regionali monitorati
effettuare in tutti gli ospedali per acuti la Point Prevalence Survey sulle Infezioni correlate	PPS effettuata

all'assistenza.	
effettuare in tutti gli ospedali per acuti la Point Prevalence Survey sul consumo degli antibiotici.	Report aziendale sul consumo di antibiotici
Formazione degli operatori sull'uso appropriato degli antibiotici in ospedale e nelle strutture residenziali per anziani	Almeno 1 iniziativa di formazione
Formazione degli operatori sull'uso appropriato degli antibiotici negli allevamenti industriali	Risultato atteso Partecipare al corso di formazione organizzato dal livello regionale tramite AAS n. 5

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

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
applicare il protocollo regionale sull'assistenza sanitaria alle persone migranti ed inviare settimanalmente i dati di attività	Report settimanale
realizzare in modo coordinato tra le aziende sanitarie almeno un intervento formativo/informativo per la sensibilizzazione di gruppi specifici (tatuatori, estetisti, piercers..) sui problemi correlati alle malattie trasmissibili	1 intervento formativo/informativo
garantire la formazione dei propri operatori sull'antimicrobial stewardship	In ogni azienda almeno il 25% di medici prescrittori formati
diffondere a tutti gli operatori sanitari la reportistica regionale sulle resistenze batteriche	Report inviato in formato elettronico a tutti gli operatori sanitari coinvolti in prescrizione e somministrazione di farmaci
In applicazione del Piano generale regionale di risposta alle emergenze, definire e formalizzare l'unità di crisi aziendale	Unità di crisi aziendale formalizzata

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

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
sviluppare il piano d'azione elaborato da ogni azienda per i propri punti nascita e garantire la partecipazione degli operatori dedicati, al percorso formativo programmato a livello regionale	40% operatori dei punti nascita dedicati alla promozione dell'allattamento al seno hanno partecipato alla formazione organizzata dall'IRCCS Burlo G.

Monitorare le gare di appalto di PA e Enti già mappate nel 2016 e fornire il proprio contributo nelle gare d'appalto in corso nel 2017 per favorire il maggior consumo di frutta e verdura, la riduzione del consumo di sale, usando quello iodato, l'utilizzo di prodotti preferibilmente tipici e a filiera corta	contributo al 5% delle gare d'appalto di PA e Enti in corso nel 2017 in ogni Azienda
Realizzare corsi di formazione aziendali su stili alimentari salutari per operatori sanitari della prevenzione, delle cure primarie e degli ospedali, anche integrati con le proposte dei programmi I e X	un corso di formazione in ogni Azienda
Realizzare un secondo corso di formazione, a valenza regionale, con la condivisione e il contributo di tutte le Aziende Sanitarie, rivolto a formatori di GDO, Ristorazione Collettiva e Pubblica sui temi del maggior consumo di frutta e verdura, la riduzione del consumo di sale, usando quello iodato, la dovuta attenzione ai soggetti allergici e intolleranti attraverso la corretta applicazione del Reg.CE 1169/2011	<ul style="list-style-type: none"> - partecipazione alla realizzazione del corso regionale - report che evidenzi la diffusione dei contenuti nel territorio aziendale

3.2.18 Sicurezza alimentare, salute e benessere animale

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Effettuare i controlli sulla condizionalità come da convenzione con il MIPAAF/AGEA	Effettuare il 100% dei controlli previsti per gli atti di interesse della condizionalità e inserire le evidenze ed i verbali in BDN.
Ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi contenuti nel Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare anche attraverso l'attività di ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base ai criteri del rischio, delle imprese alimentari; a parità di rischio dovrà essere mantenuto almeno il tasso di copertura 2016	Effettuare il 100% dei controlli ufficiali (interventi ispettivi, audit, campionamenti, e controlli congiunti SIAN e Veterinaria B) previsti dal PRISAN 2017
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>Aumentare l'informazione e la formazione sul territorio, informando le Aziende dell'allargamento del paniere dei prodotti come da DPR Reg 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> <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...
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	100% controlli sierologici sui capi destinati alla riproduzione come da quanto previsto nel decreto Ministeriale, al fine di ottenere un patrimonio ovino regionale indenne da Scrapie.
Attuazione del Piano regionale di monitoraggio e controllo della malattia di Aujeszky dei suini.	n.35 allevamenti della coorte individuati dal Piano regionale da controllare al fine del mantenimento dell'indennità.
Attuazione dei controlli sul benessere animale negli allevamenti e durante il trasporto secondo le linee guida operative dettate dalla Task Force benessere animale, istituita con Decreto 659/SPS del 20/08/2015	Realizzazione del 100% degli interventi di controllo sul rispetto del benessere animale richiesti dal PRISAN 2017
Attuazione dei controlli sull'anagrafe ovi caprina come da indirizzi LEA Ministeriali.	Contribuire al raggiungimento del 3% dei controlli su base Regionale come richiesto da LEA Ministeriali
Applicazione del PRP sull'Igiene Urbana Veterinaria.	Effettuare il 100% dei controlli sulle strutture di ricovero e custodia sia convenzionate che non convenzionate.
Applicazione piano vaccinale blue tongue	100% entro 28 febbraio 2017

3.3 ASSISTENZA PRIMARIA

3.3.1 Attuazione accordo per la medicina generale	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1 - Avvio delle Nuove medicine di Gruppo in ogni Azienda 2- Sviluppo dei CAP in ogni Azienda 3- Attivazione di programmi di medicina d'iniziativa 4- Revisione procedure dimissione protetta	1- Sviluppo delle Nuove medicine di gruppo conforme a quanto previsto dalla DGR 39/2016. 2- Sono presenti nel territorio aziendale almeno 4 CAP 3- Evidenza dell'effettivo avvio dei programmi nell'ambito della gestione delle patologie croniche; miglioramento del livello degli obiettivi raggiunti per quanto riguarda il diabete previsti dall'AIR di cui alla DGR 39/2016 nel 2017 vs 2015 4- Evidenza di aggiornamento della procedura delle dimissioni protette sulla base delle nuove indicazioni regionali

3.3.2 Accreditemento	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Partecipazione attiva al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti. 2. Gli enti del SSR collaborano allo sviluppo dell'organismo tecnicamente accreditante (OTA), costituito da tutti i referenti dell'accREDITamento istituzionale, secondo le direttive dell'Intesa CSR del 19/2/2015 recepita con la DGR 2220/2015	1. L'AAS2 mette a disposizione per i sopralluoghi, secondo le indicazioni della direzione centrale salute, i valutatori per almeno 20 giornate; 2. Partecipazione, dei referenti dell'accREDITamento dell'AAS2, all'organismo tecnicamente accreditante (OTA), per la definizione delle regole di funzionamento interno e la propria politica (mission, vision e obiettivi) secondo le indicazioni della DGR 2220/2015 e successiva trasmissione, per l'approvazione, alla direzione centrale salute entro il 2017.

3.3.3 Odontoiatria sociale	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Aumento delle prestazioni LEA erogate raggiungendo la media aziendale di almeno 1,5 prestazioni/ora per odontoiatra	1. +20% delle prestazioni LEA erogate nel 2015
2. Prestazioni non LEA erogate	2. 1000 protesi totali complessivamente nelle sedi attivate
3. Percentuale aziendale di visite odontostomatologiche	3. Percentuale aziendale di visite odontostomatologiche non superiore al 50% del totale delle prestazioni erogate (sono escluse le

	visite del pronto soccorso odontostomatologico)
4. Razionalizzazione dell'offerta	4. recupero delle risorse dall'ambulatorio di Cormons per il potenziamento delle sedi di Gorizia e Monfalcone

3.3.4 Cure palliative e terapia del dolore	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Attivazione della rete locale per le cure palliative	1. Entro il primo semestre 2017 è attivata la rete locale per le cure palliative ed è nominato formalmente il responsabile della rete locale
2. Istituzione/potenziamento dei centri spoke della rete locale per la terapia del dolore dell'età adulta secondo le indicazioni della DGR 165/2016 che ha definito le caratteristiche e i requisiti	2. Evidenza dell'istituzione/potenziamento dei centri spoke
3. ASSISTENZA H24 7 su 7: sono garantite Cure Palliative domiciliari 7 giorni su 7, dalle 8 alle 20, attraverso l'erogazione diretta degli operatori dell'équipe e per le restanti fasce orarie attraverso una delle seguenti modalità: Pronta disponibilità dedicata (servizio h24 garantito dall'UCP), Consulenza telefonica (agli assistiti e/o ai Medici dei servizi di Continuità assistenziale e al 118)	3. Assistenza garantita h24 7 giorni su 7
4. TEMPISTICA DI PRESA IN CARICO MALATI ONCOLOGICI DECEDUTI: Suddividere il numero di malati oncologici deceduti in base al tempo intercorso tra il momento della segnalazione e la presa in carico. Entro 1 giorno dalla segnalazione/Tra 1 e 2 giorni dalla segnalazione/Tra 2 e 3 giorni dalla segnalazione/Oltre 3 giorni dalla segnalazione/Momento della segnalazione non noto.	4. % dei malati presi in carico entro 3 giorni $\geq 80\%$
5. CIA (coefficiente di intensità assistenziale) dell'assistenza domiciliare a favore dei pazienti terminali presi in carico dalla rete delle cure palliative	5. CIA $\geq 0,5$
6. Percentuale di malati oncologici deceduti non in ospedale	6. Percentuale di malati oncologici deceduti non in ospedale $\geq 50\%$
7. attivazione del monitoraggio dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni di terapia del dolore in tutti i setting assistenziali	7. trasmissione report alla direzione centrale salute
8. Attivazione di almeno una campagna	8. Evidenza della campagna informativa

informativa sulle reti delle cure palliative e della terapia del dolore da realizzarsi con finanziamento della LR 10/2011 in ciascuna Azienda	
9. Attivazione di presa in carico dei malati oncologici in "fase avanzata" con supporto psico-relazionale individuale e della famiglia.	9. Almeno il 50% dei pazienti presi in carico

3.3.5 Superamento della contenzione

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Dare attuazione alla DGR n. 1904/2016	- Produzione di un report di monitoraggio del fenomeno della contenzione in tutte le strutture sanitarie, socio-sanitarie e assistenziali secondo quanto disposto nella DGR 1904/2016

3.3.6 Riabilitazione

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Attivazione a livello aziendale della rete per le malattie neuromuscolari e la sclerosi laterale amiotrofica 2. Attivazione a livello aziendale del PDTA definito a livello regionale per la sclerosi multipla entro la seconda metà del 2017.	1. attivato un gruppo integrato neuromuscolare (GIN) con la finalità della presa in carico della persona con malattia neuromuscolare nell'ambito territoriale di competenza. 2. Entro il 2017 almeno il 50% dei pazienti con sclerosi multipla è preso in carico con le modalità previste dal percorso assistenziale

3.3.7 Assistenza domiciliare

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Presa in carico	≥ 3.8% popolazione > 65 anni (secondo nuova griglia LEA)
Progressiva estensione dell'assistenza infermieristica di comunità, nelle AFT e nei CAP	Evidenza dell'implementazione dell'assistenza infermieristica di comunità nelle AFT e nei CAP tendente ad una copertura di 1 infermiere ogni 3500 abitanti

3.3.8. Salute mentale

Nel corso del 2017 è prevista l'approvazione del Piano d'azione regionale per la salute mentale elaborato con la collaborazione dei referenti tecnici delle Aziende sanitarie. L'Azienda garantirà la partecipazione.

3.3.9 Disturbi del comportamento alimentare

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
<p>1. Partecipazione dei referenti aziendali individuati al Tavolo tecnico salute mentale</p> <p><u>DCA</u></p> <p>1 Partecipazione e collaborazione attiva al Tavolo tecnico regionale DCA</p> <p>2 Consolidamento della rete di offerta con l'attività a regime degli ambulatori dedicati e dei centri diurni per l'età adulta e per l'età evolutiva.</p> <p>3 Formazione specifica degli operatori</p>	<p>1 I referenti regionali individuati hanno partecipato all'80% degli incontri</p> <p><u>DCA</u></p> <p>1. I referenti regionali individuati hanno partecipato all'80% degli incontri</p> <p>2a. -Ogni Azienda ha identificato un Ambulatorio DCA con suo referente</p> <p>2b. Evidenza documentale di un percorso aziendale strutturato per l'intervento semiresidenziale</p> <p>3. Evidenza di corsi formativi</p>

3.3.10. Salute mentale in età evolutiva

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
<p>Nel corso del 2017 sarà individuata con atto formale la rete regionale dei servizi di salute mentale per l'età evolutiva. Verranno individuati i requisiti per l'accreditamento delle strutture residenziali e semiresidenziali per i minori con disturbi neuropsichici. L'Azienda proseguirà nel rinforzo dei servizi di salute mentale per l'età evolutiva come previsto dalla DGR 1671/2016 e in maniera coerente con l'intera programmazione aziendale</p>	

3.3.11 Autismo

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
<p>1. Partecipazione dei referenti individuati delle NPIA al tavolo tecnico regionale in tema di salute mentale</p> <p>2. Implementazione del percorso diagnostico assistenziale per il minore affetto da disturbi dello spettro autistico</p>	<p>1. I referenti individuati hanno partecipato all'80% degli incontri regionali organizzati</p> <p>2. Numero corsi (Early Start Denver Model) e numero operatori formati in tema di gestione del minore con disturbi dello spettro autistico</p>

3.3.12 Consulteri familiari

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
<p>1. Implementazione dell'offerta della visita domiciliare ostetrica in puerperio.</p> <p>2. Promozione della salute della donna in età post-fertile</p>	<p>1.a. Completamento dell'implementazione del servizio nel Distretto Basso Isontino.</p> <p>1.b L'offerta della visita domiciliare in puerperio va implementata anche nei distretti Est ed Ovest</p> <p>2. Evidenza di interventi a favore della salute della donna in età post-fertile</p>

3.3.13 Diabete	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Le Aziende organizzeranno corsi di formazione per garantire l'applicazione del "Documento di indirizzo regionale sull'Assistenza alla Persona con Diabete"	1. Evidenza entro il 31 marzo 2017 dell'attuazione dei corsi a livello aziendale rivolti ai MMG e agli operatori dei distretti che si occupano di diabete nell'assistenza primaria.

3.3.14 Sanità penitenziaria	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
A seguito dei lavori del Gruppo tecnico regionale le Aziende elaborano programmi per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario in carcere.	Evidenza del Programma aziendale per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario in carcere entro il 2017.

3.3.15. Ospedali psichiatrici giudiziari	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
L'AAS2 proseguirà anche nel 2017 nel programma regionale di superamento degli OPG	

3.3.16 Dipendenze	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Collaborazione con l'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze.	1.a Partecipazione dei referenti del gruppo tecnico operativo ad almeno il 70% delle riunioni indette dall'Osservatorio sulle Dipendenze. 1.b Invio e validazione dei dati per i flussi informativi regionali raccolti dell'osservatorio.
2. Partecipazione alla realizzazione di un workshop regionale, in collaborazione con il terzo settore sui trattamenti alcologici.	2. Partecipazione di almeno il 70% del personale dei Servizi per le dipendenze dedicati al trattamento alcologico al workshop regionale.
3. Promuovere e aumentare il numero di programmi terapeutico riabilitativi in misura alternativa alla detenzione per detenuti con dipendenza patologica e di messe alla prova.	3.a. Partecipazione alla realizzazione di una formazione a valenza regionale sulle misure alternative e messe alla prova. 3.b. Aumento delle misure alternative e messe alla prova (2017 vs 2016).
4. Partecipazione ai tavoli di monitoraggio sugli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale.	4. Individuazione di almeno 3 indicatori di outcome relativi agli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale.
5. Produzione di almeno 3 indicatori di outcome.	5. Report con l'esito di almeno 3 indicatori di outcome.

3.3.17. Privacy	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Incrementare il livello di copertura dei consensi raccolti ed inseriti nel sistema GECO rispetto la popolazione assistita	Evidenza di un incremento della copertura della raccolta dei consensi

3.3.18. Continuità assistenziale 116-117	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Predisposizione dell'organizzazione con risorse infermieristiche per garantire la continuità assistenziale dei pazienti in cura/assistenza domiciliare, coerentemente con L'Accordo Stato-Regione	Evidenza del modello definito e dell'organizzazione predisposta

3.4 PROGETTI ATTINENTI LE ATTIVITA' CLINICO ASSISTENZIALI

3.4.1 Insufficienze d'organo e trapianti	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Cuore	
Partecipazione ai lavori regionali per la predisposizione di almeno 2 percorsi assistenziali a valenza regionale (VAD e ECMO)	Evidenza della partecipazione ai lavori regionali
Riduzione del tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti di 50-74 anni, portandolo sotto il valore di 210 (valore medio regionale 2015 di 208,26 – fonte Bersaglio)	tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti di 50-74 anni \leq 210
Rene	
Potenziamento della Dialisi peritoneale e dei trapianti con l'obiettivo di ridurre i pazienti in emodialisi al di sotto del 46% del totale (trapiantati + emodializzati + in dialisi peritoneale).	% dei pazienti in emodialisi sul totale dei pazienti (trapiantati+emodializzati+in dialisi peritoneale) \leq 46%
potenziamento del programma Trapianti di rene con riduzione dei Tempi di iscrizione in lista trapianto e aumento dei casi di trapianto (almeno 70/anno comprensivi di tutte le tipologie di trapianto).	% pazienti che hanno dato il consenso all'iscrizione in lista trapianti inseriti in donor manager T3 entro 10 mesi dal rilascio del consenso \geq 75%
Fegato	
Partecipazione ai lavori regionali per la predisposizione di almeno 2 percorsi assistenziali dei quali uno che riguarda i pazienti trapiantati	Evidenza della partecipazione ai lavori regionali
Attività Centro Trapianti	Iscrizione in lista trapianto presso il Centro Trapianti dell'ASUIUD di almeno 10 pazienti
Pancreas	
Partecipazione ai lavori regionali per la formalizzazione della filiera pancreas per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti	Evidenza della partecipazione ai lavori regionali
Riduzione del tasso di amputazioni maggiori per diabete portandolo per tutte le AAS/ASUI al di sotto di 30 casi per milione di residenti (valore medio regionale 2015 di 29,39 x milione – fonte Bersaglio).	tasso di amputazioni maggiori per diabete \leq 30 casi per milione di residenti
Polmone	
Partecipazione ai lavori regionali per la	Evidenza della partecipazione ai lavori

formalizzazione della filiera polmone per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti	regionali
Riduzione del tasso di ospedalizzazione per BPCO portandolo per tutte le AAS/ASUI al di sotto del 60 per 100.000 residenti di 50-74 anni (valore medio regionale 2015 del 65,84 per 100.000 residenti – fonte Bersaglio).	tasso di ospedalizzazione per BPCO≤60 per 100.000 residenti di 50-74 anni
Formazione di 3 infermieri per ogni distretto sanitario per la gestione integrata con le Pneumologie di riferimento dell'ossigenoterapia domiciliare	Evidenza della formazione di 3 infermieri per distretto
Formazione di 2 fisioterapisti per distretto, da parte delle Pneumologie di riferimento, finalizzata alla riabilitazione respiratoria ambulatoriale e domiciliare	Evidenza della formazione di 2 fisioterapisti per distretto
Occhi	
Potenziamento del programma di donazione cornee	Mantenimento del n° di prelievi di cornee registrato nell'anno 2015
Donazione d'Organi	
Formalizzazione del protocollo per prelievo d'organi da paziente con accertamento del decesso con criteri cardiologici. Formalizzazione del protocollo per la donazione multi-tessuto.	

3.4.2 Urgenza emergenza	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Ictus	
Mantenimento dell'attività di trombolisi endovenosa/endoarterioso con il raggiungimento del 2017 di almeno 350 trattamenti nel territorio regionale	Assicurare il rispetto del protocollo sulla trombolisi endovenosa/endoarteriosa
Misurazione dei tempi intercorrenti fra <i>allertamento-TAC</i> e <i>TAC-trombolisi venosa</i> (relazione di analisi dei dati 2016 e primo semestre 2017).	Trasmissione alla DCS di un report/semestre con i dati di attività
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.	Produzione e trasmissione alla DCS di un report semestrale sulla presenza e compilazione, nella cartella clinica, delle scale Barthel Index e Rankin Scale modificata. I dati dovranno essere raccolti su un campione di cartelle (ricoveri con DRG 14 o codici ICD-9-

437.3, 438.x, 784.3 (afasia) - periodo di misurazione tutto l'anno 2017).	CM indicati) con le seguenti modalità: - periodi di riferimento: 01/01/2017-30/06/2017 e 1/7/2016-31/12/2017; - campione cartelle: ospedali con ricoveri < 500/anno: 30 cartelle per periodo esaminate; ospedali con ricoveri > 500/anno: 50 cartelle per periodo esaminate; - rappresentatività delle diverse unità operative che accolgono e/o dimettono i pazienti, (campione proporzionato al numero dei ricoveri/anno di ciascuna unità operativa); - esclusione dal campione dei pazienti con esito ricovero "deceduto".
Emergenza Cardiologica	
Partecipazione ai lavori regionali per la formalizzazione di almeno 1 percorso assistenziale che definisca anche specifici indicatori di esito	Evidenza della partecipazione ai lavori regionali
Misurazione del tempo intercorrente fra l'effettuazione dell'ECG sul territorio e l'inizio della procedura in emodinamica (relazione di analisi dei dati 2016 e primo semestre 2017).	collaborazione con la Direzione Centrale alla misurazione del tempo intercorrente fra ECG sul territorio e inizio della procedura di emodinamica
Trauma	
Formalizzazione di un sistema di indicatori clinici per il monitoraggio dei tempi e degli esiti	Evidenza della partecipazione ai lavori regionali
Trattamento della Frattura di femore entro 48H in almeno L'80% dei casi trattati dal presidio ospedaliero.	% di pazienti con frattura di femore operati entro 48 ore dall'ingresso in ospedale >= 80%
Pronto Soccorso ed Urgenza Emergenza	
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) o 65% (hub) (media regionale 2015 del 65,89% - fonte Bersaglio)	% pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde >= 80%
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) e 75% (hub) (media regionale 2015 del 78,24% - fonte Bersaglio)	% pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore >= 85%

Revisione e confronto interaziendali della gestione clinica per 5 eventi patologici acuti, più frequenti	Partecipazione ai tavoli tecnici per la revisione e il confronto interaziendali della gestione clinica per 5 eventi patologici acuti, più frequenti
---	--

3.4.3 Reti di patologia	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Malattie Rare	
Malattie Rare	- Produrre entro il 31 dicembre 2017 almeno 1 percorso assistenziale per ogni gruppo nosologico. - Implementare il flusso informativo al registro regionale di cui al DM 279/2001 (aggiornamento dati del registro con inserimento del 100% dei casi in prevalenza al 30 novembre 2017)
Malattie Reumatiche	
L'Azienda è tenuta all'uso dello strumento informatico che sarà messo a disposizione entro il primo trimestre 2017.	Evidenza dell'utilizzo dello strumento informatico messo a disposizione dalla Regione
Evidenza, entro il 30 giugno, nel sito aziendale dei medici reumatologi aggregati alle medicine interne	Evidenza, entro il 30 giugno, nel sito aziendale dei medici reumatologi aggregati alle medicine interne

3.4.4 Materno-infantile	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Responsabilizzazione diretta delle ostetriche nella gestione del percorso per la gravidanza fisiologica	Attivazione degli ambulatori di gravidanza fisiologica a gestione ostetrica nei Distretti Est ed Ovest in relazione alla concentrazione in un'unica sede dell'attività ostetrico-ginecologica dell'ospedale di Latisana-Palmanova
Mantenimento della percentuale dei parti cesarei depurati (NTSV) al di sotto del 20% dei parti totali dei parti depurati (valore medio regionale 2015 pari a 16,38% - fonte Bersaglio).	% dei parti cesarei depurati (NTSV) sul totale dei parti depurati <=20%
I parti indotti farmacologicamente devono essere ridotti al di sotto del 20% (valore medio regionale 2015 pari a 21,44% - fonte Bersaglio).	% parti indotti farmacologicamente <= 20%
Interventi chirurgici pediatrici	Collaborare con il Burlo a stilare 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 da una sola équipe chirurgica ed anestesiologicala del Burlo
--	---

3.4.5 Percorso nascita

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
verificare l'attuazione aziendale di quanto previsto nei provvedimenti nazionali e regionali, in termini di miglioramento della qualità, sicurezza e appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita;	Report sulla verifica effettuata
partecipare, per il tramite dei propri referenti, alle attività del Comitato percorso nascita regionale	Evidenza della partecipazione al Comitato percorso nascita regionale
Supporto ed aiuto alle giovani famiglie dopo il parto con specifico servizio domiciliare e ambulatoriale.	Presenza in carico di almeno il 30% dei nati.

3.4.6. Sangue ed emocomponenti

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Attuazione della DGR 2673/2014 relativamente alla collocazione presso la sede ospedaliera di Palmanova del Centro Unico Regionale di Produzione degli Emocomponenti	Evidenza dell'attivazione del Centro Unico Regionale di Produzione degli Emocomponenti presso la sede ospedaliera di Palmanova

3.4.7. Erogazione dei livelli di assistenza

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Riduzione del tasso di ospedalizzazione dal 128,57 x mille al 125 x mille.	tasso di ospedalizzazione ≤ 125 per 1000 ab.
Riduzione dei numero di ricoveri in DH 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 2015 di 37,37% per gli adulti e 69,57% per i pediatrici - fonte Bersaglio) – obiettivo valido sia per l'età adulta che pediatrica.	% di ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica $\leq 30\%$ (adulti) e $\leq 50\%$ (pediatrici)
Riduzione della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti ≥ 65 anni portandola al di sotto del 4% (valore medio regionale 2015 di 5,23% - fonte Bersaglio).	% di ricoveri medici oltre soglia per pazienti ≥ 65 anni $\leq 4\%$

Recupero di almeno il 25% della fuga extra-regionale di ricovero e di specialistica ambulatoriale rispetto ai dati 2015	Evidenza del recupero di almeno il 25% della fuga extra-regionale di ricovero e di specialistica ambulatoriale rispetto ai dati 2015 (dato cumulativo)
Individuazione di almeno 3 pacchetti di prestazioni da eseguire in day service ambulatoriali, con formale trasmissione degli stessi alla DCS entro il 30 giugno 2017, per l'autorizzazione.	Trasmissione alla DCS entro il 30.06.2017 di una proposta di 3 pacchetti di prestazioni da eseguire in day service ambulatoriale

3.4.8. Rischio clinico, qualità e appropriatezza nell'erogazione delle cure

Obiettivo Aziendale	Risultato aziendale
Rischio Clinico	
<p>Realizzazione del programma rischio clinico regionale, in particolare per quanto riguarda:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sicurezza del farmaco - adozione delle misure di "antimicrobial stewardship" già definite. - partecipazione alla "Point Prevalence Survey" e diffusione capillare dei risultati. - adozione di strumenti per la valutazione dello stato nutrizionale del paziente. - identificazione, il coinvolgimento e la formazione anche attraverso la partecipazione agli eventi formativi organizzati dalla DCSISPS dei referenti e dei <i>link professional</i> aziendali dei progetti regionali. - <i>empowerment</i> dei cittadini e dei pazienti sulle tematiche del rischio 	Realizzazione delle attività previste dal programma rischio clinico regionale
Rischio clinico	Strutturazione della Rete in accordo con la Delibera 1970 del 21.10.2016 "Rete Cure Sicure FVG: modello organizzativo"
Qualità e appropriatezza nell'erogazione delle cure	
Qualità e appropriatezza nell'erogazione delle cure	La strategia che verrà perseguita nella riorganizzazione dell'offerta prestazionale è quella di assicurare una adeguata qualità assistenziale coerentemente con quanto previsto dal Patto per la salute 2014-2016, dal DM n. 70/2015 e dalla legge di stabilità 2016, nel rispetto dei principi enunciati all'art. 25 della L.R. n. 17/2014. La riorganizzazione dovrà inoltre tener conto degli eventuali indicazioni regionali che emergeranno

	dai tavoli tecnici previsti di cui alla linea progettuale 3.14; 3.1.6, 3.1.9 e 3.2.3.
--	---

3.5 ASSISTENZA FARMACEUTICA

Assistenza farmaceutica e AFIR	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Tetti Spesa Farmaceutica	
Spesa farmaceutica	Rispetto dei tetti fissati per la: - Farmaceutica ospedaliera (comprensiva anche della spesa per i farmaci di fascia A erogati direttamente e in distribuzione per conto): 6,89% del FSR - Farmaceutica territoriale (contenente la sola spesa farmaceutica convenzionata): 7,96% del FSN
Prescrittori	
Dovranno essere individuati specifici obiettivi per tutti i prescrittori, correlati ad indicatori di risultato predefiniti, sia a livello territoriale (distrettuale, ambulatoriale, MMG) che ospedaliero. A tal fine gli Enti del SSR effettueranno un monitoraggio periodico sull'utilizzo 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, redigendo un report semestrale con evidenza delle azioni intraprese nel corso del primo e secondo semestre da inviare alla DCS sia con riferimento alle iniziative di audit e feedback che alle iniziative più significative adottate (in particolare oncologici, immunologici, farmaci per l'epatite C, terapie intra-vitreali, farmaci del PHT_DPC, equivalenti, biosimilari).	Invio alla DCS di due report a cadenza semestrale da cui si evincano: - obiettivi per i prescrittori (negoziatori) - azioni intraprese
Distribuzione diretta farmaci alto costo	
Nell'ambito della distribuzione diretta dei farmaci ad alto costo le Aziende eroganti in tale ambito definiscono idonei percorsi che consentano la verifica dell'appropriatezza d'uso anche da parte delle AAS di residenza del paziente.	Trasmissione alla DCS delle evidenze delle attività svolte
Prescrizione medicinali a brevetto scaduto	
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 1, dovranno tendere ai	C09CA - antagonisti dell'angiotensina II, non associati >= 92,20% C09DA - antagonisti dell'angiotensina II e diuretici >= 87,80% C10AA - inibitori della HMG COA reduttasi >=

valori target indicati.	86,10% G04CB - inibitori della testosterone 5-alfa reduzzati >= 49,50% J01MA - fluorochinoloni >= 90,30% M05BA - bifosfonati >= 88,20% N03AX - altri antiepilettici >= 98,10% N02CC - agonisti selettivi dei recettori 5HT1 >= 93,70%
Biosimilari	
Per i biosimilari dovranno essere assicurate azioni di incentivazione. In particolare le prescrizioni di biosimilari, ovvero di farmaci aggiudicatari di gara regionale con il profilo costo-efficacia più favorevole nell'ambito delle categorie in cui è presente l'alternativa biosimile, 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 (*).	Trasmissione alla DCS dei risultati della valutazione campionaria della quota di prescrizione di biosimilare, fornendo eventuale motivazione per il mancato raggiungimento del target fissato.
Percentuali utilizzo medicinali brevetto scaduto e biosimilari	
Oltre alla promozione d'uso di medicinali a brevetto scaduto e biosimilari a livello territoriale, dovranno essere valutate a campione, in tempistiche e reparti che saranno comunicati dalla direzione centrale, le percentuali di utilizzo di queste categorie di medicinali e le % di prescrizioni in dimissione o dopo visita ambulatoriale. I reparti interessati riguarderanno in particolare reumatologie, cardiologie, medicine, centri osteoporosi, nefrologie, oncologie, neurologie con riserva di integrare anche altri reparti nel corso dell'anno.	Evidenza dell'analisi a campione, effettuata sulla base di indicazione della DCS, e trasmissione degli esiti nelle tempistiche indicate dalla DCS stessa.
Medicinali registro AIFA	
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	Evidenza dei monitoraggi / controlli effettuati e delle attività intraprese (incontri, comunicazioni etc.) per sensibilizzare le strutture in cui sono state riscontrate eventuali criticità

termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing. La richiesta del farmaco dovrà sempre essere accompagnata dalla scheda di registrazione paziente nel registro. A tal fine potranno essere programmate analisi a campione da parte della direzione centrale.	
Distribuzione diretta 1° ciclo terapia	
A seguito di dimissione da ricovero e/o di visita specialistica ambulatoriale dovrà essere assicurata l'erogazione del 1° ciclo di terapia in distribuzione diretta. L'attività di distribuzione diretta continua ad essere garantita nell'ambito della residenzialità, della semi-residenzialità e dell'assistenza domiciliare presso tutte le strutture afferenti alle Aziende per l'assistenza sanitaria. Inoltre relativamente ai medicinali di nuova autorizzazione all'immissione in commercio e che sono inseriti nell'elenco dei farmaci erogabili in DPC, le aziende sanitarie attueranno ogni utile percorso per favorire la distribuzione diretta nelle more della effettiva disponibilità di tali medicinali in DPC fornendo anche le opportune informazioni ai prescrittori.	Evidenza del ricorso al 1° ciclo di terapia e alla distribuzione diretta Evidenza delle eventuali comunicazioni ai prescrittori in merito ai nuovi farmaci inseriti in DPC temporaneamente non disponibili sulla piattaforma
Distribuzione per conto	
Per i medicinali in DPC per i quali si rilevi un elevato ricorso alla non sostituibilità da parte del prescrittore, le aziende attuano specifici approfondimenti con i prescrittori, dando evidenza alla direzione centrale dei monitoraggi effettuati e delle azioni adottate.	Evidenza dei monitoraggi effettuati e delle azioni adottate.
Integrazione farmacie	
Promuovere l'attività di integrazione delle farmacie nel SSR nell'ambito della farmacia dei servizi, con particolare riferimento alle farmacie ubicate nelle zone più disagiate, prioritariamente su temi quali le patologie croniche, l'aderenza alle terapie, la prevenzione di interazioni ed eventi avversi.	Evidenza delle specifiche azioni/attività intraprese nell'ambito della farmacia dei servizi.
Farmacovigilanza	
Sul tema della farmacovigilanza continuano le attività già avviate a livello regionale dalla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, quali la	Evidenza della partecipazione alle progettualità avviate dalla DCS e alle attività formative organizzate dalla stessa

<p>segnalazione spontanea in pronto soccorso, la segnalazione nell'ambito della dimissione da ricovero ospedaliero. Verranno inoltre avviati un percorso formativo a distanza (FAD) specifico sull'utilizzo della nuova piattaforma nazionale Vigifarmaco, nonché i progetti di farmacovigilanza attiva approvati dall'Agenzia italiana del farmaco. Su tali iniziative gli Enti del SSR assicurano la partecipazione dei sanitari interessati e per il supporto alle attività organizzative. In tale ambito continua a trovare applicazione la convenzione di cui alle DGR 435/2013 e 2199/2014. In generale, anche tramite convenzione della direzione centrale con gli Enti del SSR potranno essere avviati progetti sulle attività stabilite dalla DGR 1365/2015, volti a favorire un'informazione indipendente sull'impiego sicuro del farmaco, utilizzando i fondi statali dedicati a tali iniziative.</p>	
<p>Appropriatezza uso dispositivi assistenza integrativa</p>	
<p>Le aziende potenziano 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. Dovranno, inoltre, essere avviate a livello aziendale o in collaborazione tra aziende 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 modalità di erogazione vantaggiose per l'SSR (es. diretta, accordi con le farmacie).</p>	<p>Evidenza sui monitoraggi effettuati (es. dispositivi per diabetici) e delle specifiche iniziative intraprese.</p>
<p>Cartella oncologica</p>	
<p>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 (due rilevazioni sulla completezza della compilazione: al 30.06.2017 e al 31.12.2017).</p>	<p>% di completezza della cartella oncologica per i campi diagnosi/sede, protocollo/farmaco, stadiazione \geq 95% (I target sono rilevati dalla DCS)</p>
<p>Aziende con logistica centralizzata</p>	
<p>Per le Aziende servite dalla logistica centralizzata, la copertura delle prescrizioni personalizzate con</p>	<p>% delle confezioni erogate in distribuzione diretta nominale hanno una prescrizione effettuata con il</p>

<p>iter elettronico tramite PSM dovrà essere garantita per l'85% delle confezioni destinate alla distribuzione diretta nominale erogate mediante lo stesso applicativo, anche al fine di consentire un puntuale monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e la promozione dei medicinali acquisiti centralmente da EGAS.</p>	<p>sistema PSM $\geq 85\%$</p>
<p>Prescrizione informatizzata piani terapeutici</p>	
<p>Tutte le Aziende dovranno garantire il ricorso (prima prescrizione e rinnovi) alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici implementati/disponibili a sistema, tramite l'applicativo PSM-PT, in almeno il 50% dei nuovi pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive. Va inoltre assicurato il controllo dei piani terapeutici ed il rispetto delle note limitative AIFA, favorendo l'implementazione di tale sistema informatizzato.</p>	<p>% di ricorso alla prescrizione informatizzata tramite PSM-PT per i nuovi pazienti $\geq 50\%$</p> <p>Evidenza dei controlli effettuati sul rispetto delle modalità prescrittive per i medicinali soggetti a PT/nota AIFA (report)</p>
<p>Flussi informativi</p>	
<p>Le Aziende sanitarie assicurano, per tramite dei responsabili individuati dalle stesse, l'implementazione, le verifiche ed i controlli di congruenza dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese, anche utilizzando la reportistica a disposizione sul portale SISR (mancati invii, prezzi medi, revocati, ecc). 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) per quanto riguarda la distribuzione diretta. In fase di erogazione diretta dei medicinali è inoltre inserito a sistema il codice targatura.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Le verifiche e controlli sui flussi informativi verso le amministrazioni centrali vengono effettuati entro il 10 di ogni mese - Viene garantita l'integrale copertura della fase 3 su fase 2 <p>(I target sono rilevati dalla DCS)</p> <p>Trasmissione alla DCS delle evidenze di eventuali controlli e verifiche effettuate (report)</p>
<p>Sempre con riferimento ai flussi informativi, l'Azienda dà riscontro agli eventuali approfondimenti richiesti dalla Direzione Centrale, anche su istanza Ministero della Salute, entro 15 giorni dalle comunicazioni.</p>	<p>L'Azienda dà riscontro agli eventuali approfondimenti richiesti dalla Direzione Centrale, anche su istanza Ministero della Salute, entro 15 giorni dalle comunicazioni (Indicatore misurato da DCS)</p>

3.6 PROGETTI ATTINENTI LA PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI SOCIOSANITARI

3.6.1. Non autosufficienza e disabilità	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Governare e riqualificare il sistema residenziale e semiresidenziale per anziani	
partecipazione all'attuazione del processo di riclassificazione delle residenze per anziani secondo quanto previsto al titolo X del D.P.Reg. 144/2015	<ul style="list-style-type: none"> - evidenza della verifica del possesso dei requisiti strutturali ed edilizi dichiarati dagli enti gestori delle strutture residenziali nell'ambito del processo di riclassificazione (art. 52, comma 5 del D.P.Reg. 144/2015) nei casi richiesti dalla Regione; - valutazione delle domande di nuova classificazione presentate dagli enti gestori (articolo 56, comma 2), secondo le modalità indicate dalla Regione; - 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), in particolare nelle residenze per anziani non convenzionate.
prosecuzione delle attività di verifica e approfondimento dei percorsi avviati negli anni precedenti e realizzano almeno tre nuove visite di audit approfondite	<ul style="list-style-type: none"> - Evidenza di 3 nuove visite di audit approfondite - Trasmissione alla DCS entro il 30.06.2017 di una relazione illustrativa delle attività di monitoraggio e promozione della qualità svolte nell'anno precedente
Monitoraggio, verifica ed eventuale sollecito dell'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	Evidenza dell'attività di verifica ed eventuale sollecito
Valutazione 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.	Evidenza della valutazione di tutti i pazienti accolti in un servizio semiresidenziale o residenziale convenzionato
Disabilità	
valutazione di tutti gli utenti dei servizi residenziali e semiresidenziali per persone con disabilità	Evidenza delle valutazioni secondo le indicazioni regionali

secondo le modalità approvate dalla Regione;	
individuazione di un referente aziendale che coordini e monitori l'attività di valutazione-	Evidenza dell'identificazione del referente aziendale
Fondo gravissimi	
Partecipazione alla rilevazione del numero di persone con disabilità gravissima secondo le indicazioni regionali	Evidenza della rilevazione secondo le indicazioni regionali
Vigilanza servizi semiresidenziali e residenziali sociosanitari destinati a persone anziane e con disabilità	
Per l'anno 2017, le AAS e ASUI devono effettuare l'attività di vigilanza e controllo su almeno il 30% dei servizi/strutture collocati sul territorio di competenza	Evidenza dell'attività di vigilanza e controllo su almeno il 30% dei servizi/strutture collocati sul territorio di competenza

3.6.2 Minori

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Affido	
Realizzare, in accordo con il servizio sociale e in collaborazione con l'associazionismo locale, interventi di sensibilizzazione e formazione del territorio con l'obiettivo di implementare le risorse familiari disponibili all'affido e garantire la massima copertura possibile delle richieste di presa in carico e di intervento.	Evidenza di almeno un intervento per distretto
Adozioni	
Adozioni	<ul style="list-style-type: none"> - Partecipazione agli incontri del tavolo di lavoro regionale per l'elaborazione delle Linee guida per le adozioni nazionali e internazionali. - all'interno dei Consulenti familiari aziendali, proseguire i lavori di omogeneizzazione e definizione del percorso integrato di assistenza all'adozione, ridefinendo in modo omogeneo gli aspetti metodologici e organizzativi in tutti i distretti.

3.6.3 Piani di Zona

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
attuare la pianificazione locale congiunta tra le AAS e ASUI e le Unioni territoriali intercomunali nelle aree di integrazione socio sanitaria	- Elaborazione congiunta di un documento che costituisce il livello di programmazione locale integrata nelle aree di integrazione sociosanitaria in ciascun ambito territoriale per l'anno 2017, in continuità con il percorso iniziato nel 2013.

	<ul style="list-style-type: none">- Sottoscrizione tra il Direttore generale dell'AAS e il Presidente dell'UTI dell'Atto di intesa che impegna le parti alla realizzazione, per quanto di competenza, dei contenuti della suddetta programmazione.- Elaborazione congiunta del monitoraggio semestrale al 30/06/2017 e al 31/12/2017.
--	--

3.7 RAPPORTO CON I CITTADINI

3.7.1 Tempi di attesa	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Le AAS/ASUI/IRCCS dovranno proseguire ad organizzare le agende delle prestazioni ambulatoriali specialistiche per consentire la prenotazione online del cittadino di tutta l'offerta.	Implementazione della prenotazione on line secondo le indicazioni del coordinamento Regionale dell'Egas
Nei riguardi dei cittadini deve essere assicurata la "garanzia" erogativa per le priorità B al > 95%, per la priorità D al > 90% e per le priorità P al > 85%.	% di prestazioni monitorate prescritte in priorità B ed erogate entro 10 gg >=95% % di prestazioni monitorate prescritte in priorità D ed erogate entro 30 gg se visite oppure 90 gg se diagnostiche >=90% % di prestazioni monitorate prescritte in priorità P ed erogate entro 180 gg >=85%
Entro il 31 dicembre 2017 tutte le agende delle prestazioni ambulatoriali devono essere informatizzate ed essere rese disponibili a sistema CUP regionale.	Tutte le agende di prenotazione della specialistica ambulatoriale sono informatizzate e rese disponibili al sistema CUP
Le AAS/ASUI/IRCCS dovranno garantire altresì il rispetto dei tempi di attesa per gli interventi indicati, 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	% di interventi chirurgici monitorati e prescritti con priorità A che rispettano i tempi d'attesa >=95% % di interventi chirurgici monitorati e prescritti con priorità B, C e D che rispettano i tempi d'attesa >=90%
rispettare il rapporto tra attività libero professionale di cui al CCNNLL e le priorità fissate di "garanzia" per il cittadino assumendo ogni modalità organizzativa necessaria allo scopo, rivedendo l'organizzazione erogativa (rapporto tra offerta e domanda, analisi della tipologia di domanda, calibrazione del sistema di gestione delle code affrontando la contingenza, influenza della domanda, ecc.),	Evidenza del rispetto del rapporto tra attività libero professionale e attività istituzionale di cui al CCNNLL
LR 7/2009: abbattimento liste di attesa	Le AAS/ASUI presentano una relazione alla Direzione Centrale Salute in cui vengono: - rendicontate le modalità di utilizzo del finanziamento attribuito nell'indistinto pro-capite (L.R. 7/2009) - illustrati i risultati ottenuti in termini di contenimento dei tempi di attesa.

3.7.2 Apertura dei reparti di terapia intensiva e semi-intensiva ai care giver

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
In tutte le degenze intensive e semi-intensive sono abolite le limitazioni non motivatamente necessarie (es. effettiva necessità di isolamento) poste a livello temporale per i care giver indicati dai pazienti, con presenza di uno per volta	<ul style="list-style-type: none"> - evidenza del percorso e sua attuazione per garantire l'obiettivo regionale - La misurazione sarà fatta dal call center regionale che telefonerà ad un campione significativo di pazienti/familiari ricoverati in tali degenze. L'obiettivo si ritiene raggiunto in caso di risposta affermativa in almeno il 90% dei pazienti, non raggiunto al di sotto del 40%. Il calcolo sarà effettuato sui dimessi degli ultimi 6 mesi dell'anno 2017.

3.7.3 Presenza del care giver in corso di visita nei reparti di degenza

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
In tutte le degenze è data la possibilità ai pazienti di avere accanto a sé il care giver al momento della visita medica o dell'esecuzione delle procedure assistenziali	<ul style="list-style-type: none"> - evidenza del percorso e sua attuazione per garantire l'obiettivo regionale - La misurazione sarà fatta dal call center regionale che telefonerà ad un campione significativo di pazienti/familiari ricoverati in tali degenze dopo il 1° maggio. Trattandosi dell'anno di avvio del progetto, la misurazione verrà effettuata solo sui pazienti > 70 anni. L'obiettivo si ritiene raggiunto in caso di risposta affermativa in almeno l'90% dei pazienti e non raggiunto al di sotto del 40%. Il calcolo sarà effettuato sui dimessi degli ultimi 6 mesi dell'anno 2017.

3.7.4 Contatto telefonico dopo la dimissione da un intervento chirurgico (recall)

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Accertamento delle condizioni cliniche e assistenziali del paziente dopo la dimissione da un intervento chirurgico	<p>Contatto telefonico entro 5 giorni dalla dimissione per raccogliere informazioni relative al decorso clinico assistenziale.</p> <p>La valutazione sarà effettuata su un campione di pazienti e l'obiettivo sarà:</p> <ul style="list-style-type: none"> - raggiunto: risposta positiva in almeno il 90% dei pazienti campionati - non raggiunto: risposta positiva al di sotto del 40% dei pazienti - parzialmente raggiunto: risposta positiva per percentuali comprese tra 40% ed il 90%

3.7.5 Individuazione del medico responsabile della gestione del ricovero del paziente

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
<p>Dal maggio 2017 ogni paziente ricoverato in ospedale deve ricevere l'informazione di chi è il medico responsabile della gestione del proprio caso e che, pertanto, assicura la coerenza delle diverse azioni che caratterizzano l'intera degenza</p>	<p>- evidenza del percorso e sua attuazione per garantire l'obiettivo regionale</p> <p>- Il call center regionale effettuerà delle chiamate a campione ai pazienti dimessi da un ricovero ospedaliero durato più di 4 giornate. L'obiettivo si considererà completamente raggiunto al superamento del 90% di risposte positive e non raggiunto al di sotto del 40%.</p>

3.7.6 Esperienza nei percorsi assistenziali

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
<p>Per il 2017 verrà valutata l'esperienza dei cittadini dei seguenti percorsi assistenziali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ictus - diabete <p>Verrà inoltre valutata l'esperienza del cittadino nei ricoveri che hanno previsto la gestione del percorso di cura anche presso altre sedi ospedaliere.</p>	<p>- evidenza del percorso e sua attuazione per garantire l'obiettivo regionale</p> <p>- Il call center regionale effettuerà delle chiamate a campione ai pazienti dimessi da un ricovero ospedaliero durato più di 4 giornate. Le valutazioni verranno svolte direttamente dal call center regionale.</p>

4.FLUSSI INFORMATIVI E VALUTAZIONI

Flussi informativi e valutazioni	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Avvio nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)	
avvio della nuova SDO secondo le configurazioni definite dal il Ministero della salute	- Evidenza dell'uso della nuova SDO a partire dai dimessi del mese di gennaio - Partecipare alle attività di monitoraggio e valutazione sull'utilizzo della nuova SDO
Qualità dei dati ai fini amministrativi, epidemiologici e gestionali	
Corretta compilazione delle SDO e delle Schede di Morte	correttezza della compilazione in almeno il 90% delle SDO e in almeno il 90% delle schede di morte. (valutazione effettuata nel periodo successivo al completamento della formazione da parte della Regione)
Flussi ministeriali	
Le aziende sono tenute per quanto di loro competenza alla corretta alimentazione di tutti i flussi ministeriali. Considerato che ritardi o omissioni generano il mancato riconoscimento alla Regione dei fondi ministeriali previsti, una quota del finanziamento corrispondente allo 0,1% di quanto attribuito ad ogni Ente verrà trattenuta a livello centrale e sarà erogata solo ad adempimento completamente espletato.	
Obblighi informativi e indicatori	
Le basi dati gestionali attualmente in uso nella aziende rappresentano uno strumento fondamentale per la pianificazione regionale e per gli adempimenti in termini di flussi informativi che la Regione ha nei confronti delle strutture centrali (Ministero della salute e il Ministero dell'economia e delle finanze) ai fini delle varie attività ministeriali.	L'Azienda, pertanto, si impegna nel 2017 in attività di manutenzione e monitoraggio della congruità delle basi dati con il coordinamento della DCS.
Supporto a progetti di valenza regionale integrati fra assessorati	
Monitoraggio biologico Aree di Monfalcone e Servola	Collaborazione con il Cro al progetto di Monitoraggio biologico Aree di Monfalcone e Servola
Clima interno	
effettuare la seconda valutazione regionale del clima interno secondo un percorso definito dalla DCS	Evidenza della realizzazione della valutazione del clima interno secondo le indicazioni fornite dalla DCS

5. IL SISTEMA INFORMATIVO

Il sistema informativo	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Implementazione della firma digitale	% di referti firmati digitalmente pari a: Referti prodotti da G2 Clinico > 90%, in particolare la lettera di dimissione ospedaliera Laboratorio e microbiologia > 98% Anatomia patologica > 98 % Radiologia > 98% ECC > 80% (successivamente all'avvio della firma digitale)
Ricetta dematerializzata	Farmaceutica e specialistica da estendere a tutti i medici convenzionati, specialisti, MMG e PLS
PACS	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
completamento dell'estensione del sistema PACS nel settore della diagnostica ecografica in ambito ostetrico/ginecologico	Realizzazione del completamento secondo le indicazioni regionali
prosecuzione dell'estensione nel settore dell'endoscopia digestiva ed avvio dell'estensione nell'ambito residuale dell'endoscopia ambulatoriale e in radioterapia	Realizzazione dell'estensione secondo le indicazioni regionali
Messa a regime del caso d'uso relativo alla consultazione /visualizzazione di referti e immagini in situazione emergenziale inter-aziendale nel pieno rispetto dei vincoli e raccomandazioni del Garante della Privacy, previa verifica di disponibilità della rete telematica regionale a larga banda	Supporto all'implementazione del caso secondo le indicazioni regionali
Sviluppo e implementazione del caso d'uso relativo alla consultazione/ visualizzazione di referti e immagini in ambito inter-aziendale per il tramite del fascicolo sanitario, nel pieno rispetto dei vincoli e raccomandazioni del Garante della Privacy, previa verifica di disponibilità della rete telematica regionale a banda larga.	Supporto all'implementazione del caso d'uso secondo le indicazioni regionali

<p>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;</p>	<p>Integrazione secondo le indicazioni regionali</p>
<p>Conduzione dello sviluppo e avvio della fase di test della soluzione di integrazione SIO/PACS per la produzione di un referto multimediale/strutturato in Radiologia, Medicina nucleare e Ecocardiografia</p>	<p>Supporto alla conduzione secondo le indicazioni regionali</p>

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

3. LE PROGETTUALITÀ

3.1 PROGETTI DI RIORGANIZZAZIONE DELLE FUNZIONI

3.1.1 Atto aziendale	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Applicazione Atto aziendale	<ul style="list-style-type: none"> - Nel corso del 2017 si procederà al consolidamento degli assetti e all'implementazione di residue modifiche che si renderanno necessarie, fra cui l'attivazione della funzione di neurologia, in accordo con ASUIUD. - Periodico monitoraggio e valutazione dei flussi di attività derivanti dai nuovi assetti - Invio alla Direzione Centrale Salute di una relazione sullo stato di applicazione dell'Atto aziendale al 30.09.2017 - Sviluppo del proprio modello organizzativo basato sui progetti transmuralesi aziendali, in cui la pianificazione delle attività di una funzione non è circoscritta a specifici setting assistenziali, ma attraversa e aggrega diverse strutture o servizi aziendali, con lo scopo di conseguire la massima efficacia nei processi di cura. I Programmi transmuralesi sono: Percorsi Oncologici, Percorso Nascita, Percorsi Età Evolutiva e Disabilità, Percorsi di continuità assistenziale Territorio-Ospedale-Territorio, Presidio ospedaliero per la salute di Gemona, Percorsi operatori, Percorsi dell'emergenza. I Progetti transmuralesi sono: Medicina d'iniziativa e preventiva, appropriatezza diagnostica, Percorsi delle cure palliative e lotta al dolore, Alimentazione e salute.

3.1.2 Applicazione delle DGR 2673/2014, 929/2015 e 2151/2015	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Applicazione delle DGR 2673/2014, 929/2015 e 2151/2015.	<ul style="list-style-type: none"> - Invio alla Direzione Centrale Salute di una relazione sullo stato di applicazione delle DGR 2673/2014 e 929/2015 entro il 30 giugno. - Motivare e allineare entro il 31.12.2017 gli eventuali scostamenti

3.1.3. Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
EGAS	<ul style="list-style-type: none"> - Collaborare alle iniziative intraprese da EGAS in base alle direttive regionali. - Attuare quanto stabilito in Comitato di Indirizzo Egas

3.1.4 Chirurgia e procedure invasive	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Definizione della funzione chirurgica.	<ul style="list-style-type: none"> - Partecipazione ai lavori regionali, finalizzati alla definizione di un documento di riorganizzazione dell'attività di chirurgia e delle procedure invasive - Adozione del documento di riorganizzazione dell'attività chirurgica entro il 31.12.2017.
Concentrazione attività di chirurgia oncologica	<p>L'azienda deve riorganizzare l'attività di chirurgia oncologica relativamente ai seguenti tumori:</p> <ul style="list-style-type: none"> - esofago: nessun intervento realizzato; - pancreas: nessun intervento realizzato; - ovaio: nessun intervento realizzato; - stomaco: concentrazione in un'unica struttura e sede. <p>Presentazione progetto operativo alla Direzione Centrale Salute entro il 30.6.2017</p> <p>Avvio riorganizzazione entro il 1.9.2017</p>

3.1.4 Piano Emergenza-Urgenza	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Implementazione delle dotazioni, secondo quanto previsto dalla DGR 2039/2015	Evidenza della realizzazione dell'implementazione entro 31.07.2017.

Condivisione ed omogeneizzazione di alcune procedure in essere presso le sedi del PS/PPI (Ad es: Trasmissione dell'ECG dalle ambulanze 118, competenze e formazione dell'equipaggio 118 per i trasferimenti protetti, mantenimento delle competenze per la gestione dell'emergenza-urgenza)	Evidenza della realizzazione dell'implementazione entro 31.12.2017.
Avvio dei lavori di adeguamento al volo notturno delle piazzole di atterraggio dell'eliambulanza dei presidi ospedalieri hub e spoke e del POS di Gemona	Vedi piano triennale preliminare degli investimenti

3.1.6 Geriatria

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Definizione dell'organizzazione dell'attività geriatrica.	<p>- Adozione del documento di riorganizzazione dell'attività geriatrica ospedaliera e distrettuale per i pazienti grandi anziani (oltre 85 anni) entro il 31.12.2017.</p> <p>- Collaborazione con la Direzione Centrale Salute per la definizione dell'organizzazione dell'attività geriatrica</p>

3.1.8 Oncologia

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Definizione dei PTDA Aziendali per pazienti con neoplasia alla mammella e al colon nel 2017, prostata e polmone nel 2018.	<p>Definizione e applicazione dei percorsi</p> <p>Organizzazione Breast Unit</p> <p>Revisione delle convenzioni attive e passive con ASUID (ad es. avviare attività in equipe integrata presso la sede hub per trattamenti chirurgici di alcune casistiche di neoplasie (ORL, pancreas, esofago,...)</p> <p>Revisione del follow up oncologico (inclusa proposta di percorso in day-service)</p>
Oncologia	Collaborazione con la Direzione Centrale Salute per la definizione del nuovo Piano Oncologico

3.1.9 Pediatria ospedaliera

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Riorganizzazione dell'attività pediatrica, con particolare riferimento a:	- Collaborazione ai tavoli finalizzati alla riorganizzazione dell'attività pediatrica

<ul style="list-style-type: none"> - Emergenze e urgenze pediatriche (intra ed extra ospedaliera) - Chirurgia programmata in età pediatrica - Oncologia e onco-ematologia pediatrica - Sviluppare un modello di pediatria di comunità 	<ul style="list-style-type: none"> - Adozione di un documento di riorganizzazione dell'attività pediatrica entro il 31 dicembre del 2017.
---	--

3.1.10 Riabilitazione

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Piano regionale della Riabilitazione	<ul style="list-style-type: none"> - Collaborazione con la Direzione Centrale Salute per la definizione del nuovo Piano della Riabilitazione - A partire dal secondo semestre 2017, dare attuazione al Piano della Riabilitazione

3.1.11 Salute mentale

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Piano regionale della Salute Mentale	<ul style="list-style-type: none"> - Collaborazione con la Direzione Centrale Salute per la definizione del nuovo Piano della Salute Mentale - A partire dal secondo semestre 2017, dare attuazione al Piano della Salute Mentale

3.1.12 Accessibilità alle funzioni aziendali

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Accessibilità alle funzioni aziendali	<p>L'attuale assetto istituzionale dell'Azienda non è più coerente con le direttrici dei trasporti pubblici locali. L'AAS3 si interfacerà, pertanto, con le Direzioni centrali di competenza, affinché valutino l'attivazione di un mezzo di linea tra le 4 sedi principali aziendali, in maniera integrata con le altre linee extraurbane. Ciò garantirebbe una miglior mobilità per l'utenza e le loro famiglie, in attuazione dei percorsi terapeutici, di diagnosi e di cura aziendali, e favorirebbe gli spostamenti dei dipendenti.</p>

3.2 PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

3.2.1 Tutela della salute e della donna	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Consolidare il ruolo dell'ostetrica nel supporto della donna in ogni fascia d'età, anche attraverso l'inserimento della figura all'interno degli istituendi CAP, insieme ai MMG	Ostetrica inserita nel 30% dei CAP istituiti nel 2017
Strutturare i percorsi della gravidanza fisiologica anche con la prescrizione degli esami diagnostici, e quelli successivi al parto, con il ripristino ed il rafforzamento, dove già esistenti, delle visite domiciliari	Percorsi della gravidanza fisiologica: procedura definita in collaborazione tra le aziende
Nell'ambito dei corsi di preparazione al parto e nei centri nascita veicolare il messaggio dell'importanza della vaccinazione infantile e dell'adozione di stili di vita sani	Evidenza della promozione delle vaccinazioni da parte delle ostetriche e delle assistenti sanitarie nei corsi di accompagnamento al parto e puerperio e nei centri nascita

3.2.2 Migliorare la salute nei soggetti a rischio MCNT e malati cronici (programma I PRP)	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Avvio di un progetto di analisi sulla possibilità di attivazione di uno "screening opportunistico" su stili di vita e rischio cardiovascolare globale nelle Aziende sanitarie della Regione, in coordinamento con l'A.I.R. dei MMGG	Evidenza di avvio dell'operatività nei distretti
Avvio dei gruppi di lavoro aziendali per i Percorsi assistenziali definiti in coerenza con il documento regionale di indirizzo	- Evidenza di gruppi di lavoro attivi - Diffusione delle linee guida contenute nel "Manuale per i percorsi assistenziali in prevenzione cardiovascolare"
Prosecuzione della formazione	5 corsi FAD specifici per gruppi omogenei e 5 corsi residenziali (1 per azienda): la partecipazione del personale sanitario, come definito dal PRP ed in percentuale cumulativa con 2016, deve raggiungere almeno il 9%

3.2.3 Screening oncologici (programma II PRP)	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Mantenimento o miglioramento delle performance in termini di adesione della popolazione target, per raggiungere gli standard del programma regionale (adesione screening della cervice >=65%)	Mantenimento adesione screening della cervice al di sopra del 65% Mantenimento adesione screening mammella al di sopra del 65%

adesione screening mammella $\geq 65\%$ adesione screening colon retto $\geq 70\%$)	Adesione screening colon $\geq 70\%$
Garantire il rispetto degli 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".	- Costituzione della breast unit aziendale. - Adozione formale del sistema regionale di verifica dei requisiti dei centri di senologia e rispetto dei requisiti.
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
Garantire la tempestiva refertazione dello screening mammografico e ridurre i richiami intermedi (early recall) dopo approfondimento	% 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) $< 10\%$
Garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopia per gli esami di 2° livello di screening	Percentuale di compilazione dei campi fondamentali $\geq 95\%$
Mantenere aggiornate le anagrafi sanitarie verificando assistiti in base ai dati del monitoraggio delle lettere inesitate fatti pervenire dalla Direzione Centrale Salute.	Anagrafe sanitaria aggiornata

3.2.4 Screening neonatali (programma II PRP)

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Diffusione e applicazione in tutti i punti nascita di una procedura regionale per lo screening neonatale audiologico.	Diffusione e applicazione della procedura nei punti nascita
Diffusione e applicazione in tutti i punti nascita di una procedura regionale per lo screening neonatale oftalmologico.	Diffusione e applicazione della procedura nei punti nascita
Assicurare da parte di tutti i punti nascita la regolare comunicazione all'IRCSS Burlo della rilevazione del TSH neonatale.	Formale adozione della procedura in tutti i punti nascita

3.2.5 Salute e sicurezza nelle scuole e benessere dei giovani (programma III PRP)

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Le aziende sanitarie collaborano e sostengono percorsi ed azioni coerenti a diffondere in tutta la	Almeno il 20% delle 167 scuole della Regione dovranno esser raggiunte dalla proposta di aderire

Regione il modello di Scuola che promuove la salute, che ha lo scopo di migliorare il successo scolastico e facilitare l'azione in favore della salute.	alla rete Scuole che promuovono salute (SHE).
Presentazione e avvio di una progettualità, con il finanziamento dedicato, di peer education nelle scuole della regione. Continua la diffusione e implementazione dei progetti riconducibili alle buone pratiche, quali modello What's up, Unplugged, peer education, ecc	Aderiscono alla progettazione almeno il 45% delle scuole della regione (almeno 60 scuole raggiunte).
Realizzare interventi di promozione della salute nelle scuole compreso il modello <i>what's up</i> , raggiungendo almeno il 45% degli istituti scolastici di competenza.	Evidenza del report di attività alla DCS.

3.2.6 Prevenzione delle dipendenze (programma IV PRP)

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Creare un gruppo di formatori per i docenti delle scuole primarie e secondarie sulle life skills come strumento di prevenzione anche delle dipendenze, attraverso l'organizzazione di un Workshop regionale teorico-pratico.	1 workshop formativo Regionale Almeno 1 workshop di "trasferimento LS contesto scuola" per azienda Almeno 4 operatori formati per Azienda (Prevenzione, Dipendenze e altre strutture interessate)
Formare gli Assistenti sociali degli ambiti territoriali per diffondere gli strumenti di identificazione precoce delle persone vulnerabili al gioco d'azzardo patologico	Almeno 1 corso per Assistenti sociali degli ambiti

3.2.7 Promozione dell'attività fisica (programma V PRP)

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Coordinare le attività relative al perseguimento degli obiettivi del programma	Report di monitoraggio
Avvio di un progetto di attività fisica rivolto alla popolazione adulta da realizzare con il finanziamento dedicato	Presentazione del progetto alla DC e avvio realizzazione
Realizzazione progetti di promozione attività fisica adattata	Almeno 1 iniziativa/progetto
Diffusione del catalogo aziendale delle offerte e opportunità di attività fisica presenti sul territorio e aggiornamento dello stesso	Catalogo aziendale pubblicato sul sito aziendale e aggiornato

3.2.8 Prevenzione incidenti stradali (programma VI PRP)

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Sensibilizzare alla prevenzione degli incidenti stradali	Iniziative di comunicazione e informazione alla popolazione
Adottare le raccomandazioni regionali per l'invio ad approfondimento neuropsicologico dell'idoneità alla guida	Raccomandazioni adottate e accertamenti eseguiti

3.2.9 Prevenzione incidenti domestici (programma VII PRP)

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Attività di sensibilizzazione della popolazione nella prevenzione degli incidenti domestici	Report congiunto con l'Azienda Capofila (AAS1) di monitoraggio relativo alle attività previste dal Programma VII PRP inviato alla DCS
Rilevazione attraverso la check-list dei rischi nelle abitazioni con analisi dei risultati	Almeno 50 abitazioni valutate
Formazione operatori sanitari e dell'assistenza, con particolare riferimento al personale di assistenza dell'anziano	Almeno 1 evento

3.2.10 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
PSAL: partecipare all'elaborazione collaborativa delle procedure di vigilanza in edilizia e in agricoltura e diffondere ai portatori di interesse	<ul style="list-style-type: none"> - Partecipazione ai lavori del GRE - Report elaborato da parte del GRE sulla omogeneità dell'applicazione delle procedure di vigilanza in edilizia in regione. - Realizzazione di almeno un incontro provinciale con i portatori di interesse sulle problematiche connesse all'applicazione delle norme poste a tutela del lavoro in edilizia
SPSAL: partecipare ad azioni di verifica della omogeneità dell'applicazione in ambito regionale delle procedure di vigilanza in agricoltura e prosecuzione della diffusione delle stesse ai portatori di interesse	<ul style="list-style-type: none"> - Partecipazione ai lavori del GRA - Report elaborato da parte del GRA sulla omogeneità dell'applicazione delle procedure di vigilanza in agricoltura in regione. - Realizzazione di almeno un incontro provinciale con i portatori di interesse sulle problematiche connesse all'applicazione delle norme poste a tutela del lavoro in edilizia
Partecipare ai lavori di stesura di linee guida regionali sulla prevenzione di rischi infettivi nelle	- Effettuare nei primi 6 mesi del 2017 la sperimentazione del protocollo operativo dei

attività correlate alle pratiche estetiche e di protocolli operativi sulla uniformità dei controlli	controlli in almeno 6 tatuatori/piercer. - Proposta di linee guida regionali
SIAN/VET: partecipare alla formazione regionale degli auditor e al programma di mantenimento della qualifica	VETERINARIA: - N° di nuovi auditor ufficiali formati >= 2 (36 target regionale complessivo) SIAN: - N° di nuovi auditor ufficiali formati >= 4 (36 target regionale complessivo) Il raggiungimento è vincolato alla presenza di operatori con i requisiti per essere accreditati.
PSAL: realizzare un programma regionale di formazione sull'audit	- Operatori formati secondo le indicazioni del PRP - Scheda di audit realizzata - Programma di audit realizzato
PSAL: Partecipare alla revisione della lista dei controlli sulle imprese e alla diffusione del documento ai portatori di interesse	Partecipazione al Gruppo regionale che provvederà alla revisione ed integrazione della Lista regionale dei controlli sulle imprese disponibile sul sito aziendale

3.2.11 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	- 2% delle aziende vigilate. - Agricoltura mantenimento dell'attività di vigilanza dell'anno precedente 90 aziende agricole a livello regionale (6 per AAS3) - Edilizia vigilare un numero di cantieri pari al 12% dei cantieri notificati nell'anno precedente (Report di attività alla DCS)
Realizzare almeno un incontro informativo/formativo per ciascun comparto Regionale rivolto ai soggetti della prevenzione operanti nel settore edile e agricolo	Report di attività alla DCS con descrizione evento formativo, numero di soggetti formati suddivisi per categoria

3.2.12 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 tra le ASS, 2 corsi accreditati o 2 iniziative di sensibilizzazione, finalizzati ad una maggiore conoscenza della corretta valutazione dei rischi, al reinserimento dei soggetti patologici e all'appropriatezza e qualità	2 corsi accreditati o 2 iniziative di sensibilizzazione a livello regionale

delle segnalazioni di malattia professionale.	
Partecipare all'avvio dell'applicazione del metodo OCCAM (pag.90 PRP)	Analisi OCCAM su una neoplasia professionale
Proseguire il programma integrato di promozione della salute dei dipendenti, che coinvolge i medici competenti, per la declinazione operativa delle azioni dell'obiettivo specifico "Progetto pilota per un programma integrato di salute e benessere dei dipendenti pubblici..." del PRP.	<ul style="list-style-type: none"> - Report sui lavoratori a rischio cardiovascolare globale - Offerta di percorsi per smettere di fumare

3.2.13 Miglioramento dei sistemi informativi e di sorveglianza (programma XI PRP)

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Alimentare le banche dati Informo e Malprof e coordinarsi per la stesura di un report regionale	Report congiunto di attività inviato alla DCS
Sviluppo di sistemi informativi rivolta alla dematerializzazione delle comunicazioni obbligatorie	<ul style="list-style-type: none"> - Informatizzazione delle notifiche ex art.250 e 256 del D.Lgs. 81/08 - Avvio delle procedure per l'informatizzazione delle notifiche ex art.99 del D.Lgs 81/08
Inviare i dati di attività dei servizi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro delle aziende alla regione per trasmissione al comitato interregionale di coordinamento	Dati inviati alla DCS
Monitorare le verifiche periodiche delle attrezzature di lavoro con inserimento dei dati in apposito database	il 50% delle verifiche effettuate da ogni azienda sanitaria è inserito a data base

3.2.14 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
Stesura delle linee di indirizzo regionali sulla VIS (Valutazione di impatto sulla salute per la Pubblica Amministrazione) secondo i contenuti delle "Linee Guida VIS – Tools 4 HIA" attraverso la partecipazione al tavolo tecnico VIS	Proposta linee di indirizzo VIS regionali
partecipazione attiva al "Gruppo Tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali" di cui al Decreto n°630/SPS del 12.08.15 finalizzato alla valutazione delle ricadute sulla salute connesse ai determinanti ambientali, comportamentali e sociali;	evidenza di partecipazione al "Gruppo Tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali"

il monitoraggio straordinario delle acque destinate al consumo umano, per le aziende nei cui territorio sono state rilevate criticità	Report sui risultati del monitoraggio
promozione della sostenibilità e della eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, in relazione al rischio radon anche attraverso iniziative di formazione;	1 corso realizzato a livello regionale per professionisti
promozione del corretto uso della telefonia cellulare attraverso la programmazione di eventi formativi nelle scuole.	realizzare la formazione in almeno il 50% degli istituti comprensivi

Esposti ex amianto	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Raccogliere i dati relativi ai mesoteliomi degli ex esposti e inviare al COR assicurando la trasmissione delle schede ReNaM 2. trasmettere i dati sui soggetti attualmente esposti al CRUA e alla DCS secondo le relazioni annuali compilate dalle ditte di bonifica.	- dati inviati al COR - schede ReNaM trasmesse - i dati sui soggetti attualmente esposti, vanno trasmessi al CRUA e alla DCS
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
Realizzare un evento formativo sui Regolamenti Reach e CLP per operatori dei Dipartimenti di Prevenzione interessati alla vigilanza nei luoghi di lavoro con la finalità di informare e assistere le imprese del settore	1 evento formativo

3.2.15 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive (programma XIII PRP)	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Adottare e applicare le Linee guida regionali per il controllo della tubercolosi e realizzare la formazione degli operatori	Assicurare la partecipazione ad un evento regionale 1 iniziativa formativa/informativa in ogni Azienda
Garantire in tutte le aziende sanitarie l'offerta attiva e gratuita del test HIV, anche in forma anonima, anche ad utenti in trattamento per problemi alcol correlati.	Report aziendale
Assicurare il proseguimento delle campagne vaccinali già avviate	Miglioramento delle coperture vaccinali

Adeguare la progressione dell'offerta vaccinale al nuovo PNPV attraverso la: – Formazione – Revisione organizzativa – Attività di comunicazione per operatori (MMG, PLS) e utenti	- Un corso di formazione sul campo in materia di vaccinazioni in ogni Azienda Sanitaria - Formazione degli operatori dei servizi vaccinali al counselling pre-vaccinale - offerta attiva garantita per meningococco B - offerta garantita (non attiva) per rotavirus - offerta garantita (non attiva) per herpes zoster (ai 65enni) - evidenza di iniziative di comunicazione
Assicurare procedure uniformi per la gestione dei soggetti inadempienti/esitanti alla vaccinazione	Adozione formale protocollo regionale
Offerta vaccinazioni in categorie a rischio	definiti i protocolli aziendali in applicazione ai protocolli regionali
Avvio di un processo di accreditamento dei servizi vaccinali	evidenza di avvio del processo
Garantire la rilevazione delle reazioni avverse a vaccino	Report aziendale inviato alla DCS
tutti gli ospedali partecipano ai programmi di sorveglianza delle ICA, con evidenza di monitoraggio degli indicatori regionali.	indicatori regionali monitorati
effettuare in tutti gli ospedali per acuti la Point Prevalence Survey sulle Infezioni correlate all'assistenza.	PPS effettuata
effettuare in tutti gli ospedali per acuti la Point Prevalence Survey sul consumo degli antibiotici.	Report aziendale sul consumo di antibiotici
Formazione degli operatori sull'uso appropriato degli antibiotici in ospedale e nelle strutture residenziali per anziani	Almeno 1 iniziativa di formazione
Formazione degli operatori sull'uso appropriato degli antibiotici negli allevamenti industriali	1 evento
Garantire la possibilità ai PLS di effettuare la vaccinazione presso i loro studi per i bambini che non hanno risposto all'invito del Dipartimento di Prevenzione.	Offerta attiva presso gli ambulatori

3.2.16 Comunicazione del rischio e gestione delle (programma XIV PRP)

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Applicare il protocollo regionale sull'assistenza sanitaria alle persone migranti ed inviare	Report settimanale

settimanalmente i dati di attività	
realizzare in modo coordinato tra le aziende sanitarie almeno un intervento formativo/informativo per la sensibilizzazione di gruppi specifici (tatuatori, estetisti, piercers..) sui problemi correlati alle malattie trasmissibili	1 intervento formativo/informativo
garantire la formazione dei propri operatori sull'antimicrobial stewardship	In ogni azienda almeno il 25% di medici prescrittori formati
diffondere a tutti gli operatori sanitari la reportistica regionale sulle resistenze batteriche	Report inviato in formato elettronico a tutti gli operatori sanitari coinvolti in prescrizione e somministrazione di farmaci
In applicazione del Piano generale regionale di risposta alle emergenze, definire e formalizzare l'unità di crisi aziendale	Unità di crisi aziendale formalizzata

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Sviluppare il piano d'azione elaborato da ogni azienda per i propri punti nascita e garantire la partecipazione degli operatori dedicati, al percorso formativo programmato a livello regionale	40% operatori dedicati formati in ogni Azienda
Monitorare le gare di appalto di PA e Enti già mappate nel 2016 e fornire il proprio contributo nelle gare d'appalto in corso nel 2017 per favorire il maggior consumo di frutta e verdura, la riduzione del consumo di sale, usando quello iodato, l'utilizzo di prodotti preferibilmente tipici e a filiera corta	Contributo al 5% delle gare d'appalto di PA e Enti in corso nel 2017 in ogni Azienda
Realizzare corsi di formazione in ogni azienda su stili alimentari salutari per operatori sanitari della prevenzione, delle cure primarie e degli ospedali, anche integrati con le proposte dei programmi I e X	un corso di formazione in ogni Azienda
Realizzare un secondo corso di formazione, a valenza regionale con la condivisione e il contributo di tutte le Aziende Sanitarie, rivolto a formatori di GDO, Ristorazione Collettiva e Pubblica sui temi del maggior consumo di frutta e verdura, la riduzione del consumo di sale, usando quello iodato, la dovuta attenzione ai soggetti allergici e intolleranti attraverso la corretta applicazione del Reg.CE 1169/2011	partecipazione alla realizzazione del corso regionale report che evidenzia la diffusione dei contenuti nel territorio aziendale

3.2.17 Sicurezza alimentare e salute e benessere animale	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Effettuare i controlli sulla condizionalità come da convenzione con il MIPAAF/AGE	<ul style="list-style-type: none"> – % dei controlli previsti per gli atti di interesse della condizionalità=100% – Evidenza dell'inserimento dei verbali in BDN.
Effettuare i controlli sulla condizionalità come da convenzione con il MIPAAF/AGEA	Effettuare il 100% dei controlli previsti per gli atti di interesse della condizionalità e inserire le evidenze ed i verbali in BDN.
Ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi contenuti nel Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare anche attraverso l'attività di ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base ai criteri del rischio, delle imprese alimentari; a parità di rischio dovrà essere mantenuto almeno il tasso di copertura 2016	<ul style="list-style-type: none"> - n. interventi ispettivi per settore programmati per il 2017 pari al 100% del numero richiesto dal PRISAN - il n .audit e di valutazioni del rischio programmati per settore programmati per il 2017 pari al 100% del numero richiesto dal PRISAN - 60% dei campionamenti di alimenti e controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni.
Attuazione del quarto anno del Progetto Piccole Produzioni Locali in accordo con la Direzione centrale agricoltura. Applicazione del nuovo Regolamento con coinvolgimento del Servizio SIAN.	<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. Stesura di una relazione finale di verifica Aziendale 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...
Misure di prevenzione su base genetica per l'eradicazione della Scrapie ovina classica, finalizzate all'incremento dell'allele di resistenza della proteina prionica (ARR) nell'intero patrimonio ovino nazionale	Controlli sierologici sui capi destinati alla riproduzione come da quanto previsto nel decreto Ministeriale, al fine di ottenere un patrimonio ovino regionale indenne da Scrapie.
Attuazione del Piano regionale di monitoraggio e controllo della malattia di Aujeszky dei suini.	n. allevamenti della coorte individuati dal Piano regionale da controllare al fine del mantenimento dell'indennità richiesti dal PRISAN 2017
Attuazione dei controlli sul benessere animale negli allevamenti e durante il trasporto secondo le	n. interventi di controllo sul rispetto del benessere animale richiesti dal PRISAN 2017

linee guida operative dettate dalla Task Force benessere animale, istituita con Decreto 659/SPS del 20/08/2015	
Attuazione dei controlli sull'anagrafe ovi caprina come da indirizzi LEA Ministeriali.	Raggiungimento del 3% dei controlli su base Regionale come richiesto da LEA Ministeriali.
Applicazione del PRP sull'Igiene Urbana Veterinaria.	Effettuare il 100% dei controlli sulle strutture di ricovero e custodia della Regione Autonoma FVG sia convenzionate che non convenzionate.
Applicazione piano vaccinale blue tongue	I liberi professionisti dovranno vaccinare il 100% dei capri entro 28 febbraio 2017. L'Azienda supporta e monitora tale intervento.

3.3 ASSISTENZA PRIMARIA**3.3.1 Attuazione accordo per la medicina generale**

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Avvio delle Nuove medicine di Gruppo in ogni Azienda	Sviluppo delle Nuove medicine di gruppo conforme a quanto previsto dalla DGR 39/2016
Sviluppo dei CAP in ogni Azienda	In Azienda sono presenti non meno di 4 CAP
Attivazione di programmi di medicina d'iniziativa	Evidenza di effettivo avvio dei programmi nell'ambito della gestione delle patologie croniche. Miglioramento del livello degli obiettivi raggiunti per quanto riguarda il diabete previsti dall'AIR di cui alla DGR 39/2016 nel 2017 vs 2015.
Revisione procedure dimissione protetta	Evidenza di aggiornamento della procedura delle dimissioni protette sulla base delle nuove indicazioni regionali

3.3.2 Accreditemento

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Partecipazione attiva al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti.	Messa a disposizione per i sopralluoghi, secondo le indicazioni della direzione centrale salute, dei valutatori per almeno 20 giornate complessive.
Collaborare allo sviluppo dell'organismo tecnicamente accreditante (OTA), costituito da tutti i referenti dell'accreditamento istituzionale, secondo le direttive dell'Intesa CSR del 19/2/2015 recepita con la DGR 2220/2015	L'organismo tecnicamente accreditante (OTA) definisce le regole di funzionamento interno e la propria politica (mission, vision e obiettivi) secondo le indicazioni della DGR 2220/2015 e le trasmette per l'approvazione alla direzione centrale salute entro il 2017.

3.3.3 Odontoiatria sociale

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Aumento delle prestazioni LEA erogate raggiungendo la media aziendale di almeno 1,5 prestazioni/ora per odontoiatra	+20% delle prestazioni LEA erogate nel 2015
Prestazioni non LEA erogate	200 casi di terapia ortodontica e 1000 protesi totali, complessivamente nelle sedi attivate
Percentuale aziendale di visite odontostomatologiche	non superiore al 50% del totale delle prestazioni erogate (sono escluse le visite del pronto soccorso odontostomatologico)

3.3.4 Cure palliative e terapie del dolore	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Attivazione della rete locale per le cure palliative	Entro il primo semestre 2017 è attivata la rete locale per le cure palliative ed è nominato formalmente il responsabile della rete locale
Istituzione/potenziamento degli hub e spoke della rete locale per la terapia del dolore dell'età adulta	AAS 3 attiva il centro spoke di terapia del dolore secondo le indicazioni della DGR 165/2016 che ne ha definito le caratteristiche e i requisiti.
ASSISTENZA H24, 7 su 7: sono garantite Cure Palliative domiciliari 7 giorni su 7, dalle 8 alle 20, attraverso l'erogazione diretta degli operatori dell'équipe e per le restanti fasce orarie attraverso una delle seguenti modalità: Pronta disponibilità dedicata (servizio h24 garantito dall'UCP), Consulenza telefonica (agli assistiti e/o ai Medici dei servizi di Continuità assistenziale e al 118)	Assistenza garantita h24 7 giorni su 7
TEMPISTICA DI PRESA IN CARICO MALATI ONCOLOGICI DECEDUTI: Suddividere il numero di malati oncologici deceduti in base al tempo intercorso tra il momento della segnalazione e la presa in carico. Entro 1 giorno dalla segnalazione/Tra 1 e 2 giorni dalla segnalazione/Tra 2 e 3 giorni dalla segnalazione/Oltre 3 giorni dalla segnalazione/Momento della segnalazione non noto.	La sommatoria dei malati presi in carico entro 1 giorno, entro 2 giorni ed entro 3 giorni deve essere superiore o uguale all'80%
CIA (coefficiente di intensità assistenziale) dell'assistenza domiciliare a favore dei pazienti terminali presi in carico dalla rete delle cure palliative	Superiore o uguale a 0,5
Percentuale di malati oncologici deceduti a domicilio	Uguale o superiore al 50%
Attivazione del monitoraggio dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni di terapia del dolore in tutti i setting assistenziali	Trasmissione report alla direzione centrale salute
Attivazione di almeno una campagna informativa sulle reti delle cure palliative e della terapia del dolore da realizzarsi con finanziamento della LR 10/2011 in ciascuna Azienda	Almeno il 20%
Attivazione di presa in carico dei malati oncologici in "fase avanzata" con supporto psico-relazionale individuale e della famiglia.	Almeno il 50% dei pazienti presi in carico

3.3.5 Superamento della contenzione	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Dare attuazione alla DGR n. 1904/2016	Produzione di un report di monitoraggio del fenomeno della contenzione in tutte le strutture sanitarie, socio-sanitarie e assistenziali secondo quanto disposto nella DGR 1904/2016.

3.3.6 Riabilitazione	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Attivazione a livello aziendale della rete per le malattie neuromuscolari e la sclerosi laterale amiotrofica	E' attivato un gruppo integrato neuromuscolare (GIN) con la finalità della presa in carico della persona con malattia neuromuscolare nell'ambito territoriale di competenza.
Obiettivo aziendale: Attivazione a livello aziendale del PDTA per la sclerosi multipla entro la seconda metà del 2017.	Risultato atteso: Entro il 2017 almeno il 50% dei pazienti con sclerosi multipla è preso in carico con le modalità previste dal percorso assistenziale.

3.3.7 Assistenza domiciliare	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Presa in carico	≥ 3,8% popolazione > 65 anni Mantenimento del numero di accessi garantito nel 2016 (stima 27 accessi medi per ciascun utente preso in carico)

3.3.8 Salute mentale	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Partecipazione dei referenti aziendali individuati al Tavolo tecnico salute mentale	I referenti regionali individuati hanno partecipato all'80% degli incontri
Fruire delle informazioni integrate derivanti dall'attività dei servizi per la salute mentale (età adulta e età evolutiva)	Adozione ed implementazione del nuovo gestionale regionale.
Costruire/migliorare relazioni stabili e diffuse tra le cure primarie e il DSM attraverso la prima definizione di rapporti strutturati i CAP (almeno n. 1 per Distretto)	- Realizzazione in almeno un CAP o AFT per Distretto di due incontri finalizzati ad un reciproco approfondimento conoscitivo - Definizione di percorsi condivisi per l'individuazione e l'affrontamento delle aree prioritarie di bisogno: ansia e depressione, precoce

	<p>identificazione del disagio riconciliazione farmacologica, attenzione alla "cura somatica" di utenti in carico al DSM;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificazione di meccanismi e strumenti di collegamento tra i CSM e i CAP o AFT in particolare per utenti condivisi;
<p>Migliorare la qualità di cura offerta dai CSM 24 ore e renderla omogenea a livello regionale</p>	<p>Miglioramento della capacità di presa in carico delle situazioni di crisi da parte dei CSM 24:</p> <ul style="list-style-type: none"> - monitoraggio dei ricoveri e dei TSO ripetuti in SPDC e nei CSM 24h; - audit clinici nei casi di ricovero e TSO ripetuti - Prosecuzione del percorso avviato per il trasferimento del CSM di Codroipo in altra sede - Ridefinizione dei percorsi e dei rapporti di collaborazione tra il CSM 24 ore di Gemona con il Punto di Primo Intervento del POS in particolare per alcune tipologie di utenti e di quadri clinici.

3.3.9 Disturbi del comportamento alimentare

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Collaborazione attiva alla revisione del percorso diagnostico, terapeutico e riabilitativo per i soggetti con Disturbi del comportamento alimentare DCA</p>	<p>Partecipazione ad almeno l'80% degli incontri al Tavolo tecnico regionale DCA</p>
<p>Consolidamento della rete di offerta con l'attività a regime degli ambulatori dedicati e dei centri diurni per l'età adulta e per l'età evolutiva.</p>	<p>Identificazione di un ambulatorio DCA con suo referente</p> <p>Evidenza documentale di un percorso aziendale strutturato per l'intervento semiresidenziale</p>
<p>Formazione specifica degli operatori</p>	<p>Evidenza di corsi formativi</p>

3.3.10 Salute mentale in età evolutiva

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Proseguire il percorso avviato per la costruzione una rete integrata di servizi finalizzato alla identificazione e presa in carico precoce dei disturbi neuro psichici dell'età evolutiva,</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sviluppo di Tavoli di lavoro inter-servizi e inter professionale. - Prosecuzione di attività formative interprofessionali e interservizi per la creazione di culture e di metodi comuni (metodologia della presa a carico in chiave evolutiva) - Consolidamento/Disseminazione di percorsi comuni interservizi per la presa in carico integrata e precoce della situazioni a rischio/di esordio

	- Definizione di meccanismi e strumenti condivisi per assicurare il raccordo tra servizi al passaggio all'età adulta
--	--

3.3.11 Autismo

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Partecipazione dei referenti individuati delle NPIA al tavolo tecnico regionale in tema di salute mentale	I referenti individuati hanno partecipato all'80% degli incontri regionali organizzati
Implementazione del percorso diagnostico assistenziale per il minore affetto da disturbi dello spettro autistico	Numero corsi (Early Start Denver Model) e numero operatori formati in tema di gestione del minore con disturbi dello spettro autistico

3.3.12 Consulitori familiari

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Implementazione dell'offerta della visita domiciliare ostetrica in puerperio.	Attivazione del servizio.
Promozione della salute della donna in età post-fertile	Evidenza di interventi a favore della salute della donna in età post-fertile

3.3.13 Diabete

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Garantire l'applicazione del "Documento di indirizzo regionale sull'Assistenza alla Persona con Diabete"	Evidenza entro il 31.3.2013 dell'attuazione dei corsi a livello aziendale rivolti ai MMG e agli operatori dei distretti che si occupano di diabete nell'assistenza primaria.

3.3.14 Sanità penitenziaria

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Programma aziendale per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario in carcere.	- Programma aziendale per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario in carcere entro il 2017. - Prosecuzione delle attività del DSM e degli specialisti ospedalieri presso il Carcere di Tolmezzo

3.3.15 Ospedali psichiatrici giudiziari

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Superamento degli OPG attraverso le REMS come da modello regionale	Mantenimento della continuità della presa in carico da parte del CSM di competenza e precoce

	elaborazione di Progetti personalizzati alternativi alle misure detentive in stretta integrazione con l'UEPE e la magistratura di sorveglianza per utenti ristretti in REMS
--	---

3.3.16 Dipendenze

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Collaborazione con l'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze.	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.
Partecipazione alla realizzazione di un workshop regionale, in collaborazione con il terzo settore sui trattamenti alcolologici.	Partecipazione dei almeno il 70% del personale dei Servizi per le dipendenze dedicati al trattamento alcolologico al workshop regionale
Promuovere e aumentare il numero di programmi terapeutico riabilitativi in misura alternativa alla detenzione per detenuti con dipendenza patologica e di messe alla prova.	Partecipazione alla realizzazione di una formazione a valenza regionale sulle misure alternative e messe alla prova. Aumento delle misure alternative e messe alla prova (2017 vs 2016).
Partecipazione ai tavoli di monitoraggio sugli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale.	Individuazione di almeno 3 indicatori di outcome relativi agli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale.
Produzione di almeno 3 indicatori di outcome	Report con l'esito di almeno 3 indicatori di outcome.

3.3.17 Privacy

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Aumentare la raccolta del consenso informato, anche con la collaborazione dei MMG.	Riduzione della quota di cittadini che non hanno espresso il consenso

3.3.18 Continuità assistenziale 116-117

Continuità assistenziale 116-117	Le Aziende nel corso del 2017 predisporranno l'organizzazione con risorse infermieristiche, ancorché non sia ancora stata prevista l'apposita attivazione della linea telefonica dedicata da parte dei gestori telefonici, per garantire la continuità assistenziale dei pazienti in cura/assistenza domiciliare, coerentemente con l'Accordo Stato - Regioni.
----------------------------------	--

3.4 PROGETTI ATTINENTI LE ATTIVITA' CLINICO ASSISTENZIALI

3.4.1 Insufficienze d'organo e trapianti	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Cuore	
Partecipazione ai lavori regionali per la predisposizione di almeno 2 percorsi assistenziali a valenza regionale (VAD e ECMO)	Evidenza della partecipazione ai lavori regionali
Obiettivo aziendale: tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco <= 210 per 100000 ab di 50-74 anni	Risultato atteso: tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco <= 210 per 100000 ab di 50-74 anni (modalità calcolo "Bersaglio")
Rene	
<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 46% del totale (trapiantati + emodializzati + dialisi peritoneale) - Potenziamento rete trapianti 	<ul style="list-style-type: none"> - % pazienti in emodialisi sul totale (trapiantati+emodializzati+dialisi peritoneale) <= 46% - Inserire almeno 1 paziente in lista per trapianto da vivente (contributo al raggiungimento obiettivo regionale) - studio di fattibilità per fare dialisi peritoneale a domicilio anche a pazienti/famiglie non completamente autonome, con la supervisione del CAP ed il supporto di volontari/assistenti domiciliari o di tecniche di teleassistenza. - Riduzione dei tempi di immissione in lista di attesa di trapianto (< 10 mesi) in almeno il 75% dei pazienti che hanno dato il consenso
Pancreas	
Formalizzazione della filiera pancreas per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti	Evidenza della partecipazione ai lavori regionali
tasso di amputazioni maggiori per diabete portandolo al di sotto di 30 casi per milione di residenti	tasso di amputazioni maggiori per diabete portandolo <= 30 milioni di residenti (modalità calcolo "Bersaglio")
Fegato	
Formalizzazione di almeno 2 percorsi a valenza regionale dei quali almeno 1 riguarda i pazienti trapiantati	Evidenza della partecipazione ai lavori regionali
Iscrizione in lista trapianto, presso il centro trapianti dell'ASUIUD, di almeno 50 pazienti nell'anno 2017 equamente distribuiti fra le	Iscrizione in lista trapianto di almeno 7 pazienti nell'anno 2017

AAS/ASUI in base alla popolazione residente	
Polmone	
Formalizzazione rete polmone per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti	Evidenza della partecipazione ai lavori regionali
Qualificazione dell'offerta dei servizi a favore dei pazienti con BPCO	<ul style="list-style-type: none"> - Tasso di ospedalizzazione per BPCO <= 60 per 100.000 residenti di 50-74 anni (modalità calcolo "Bersaglio") - Formazione di 3 infermieri per ogni distretto sanitario per la gestione integrata con le Pneumologie di riferimento dell'ossigenoterapia domiciliare - Formazione di 2 fisioterapisti per distretto, da parte delle Pneumologie di riferimento, finalizzata alla riabilitazione respiratoria ambulatoriale e domiciliare
Occhi	
Potenziamento del programma di donazione cornee	+ 20% delle donazioni del 2015 a livello regionale
Aumento del numero di trapianti di cornea	almeno 100 in Regione
Donazioni d'organi	
Donazione d'organi e altri tessuti	Nel 2017 la regione formalizzerà il protocollo per prelievo d'organi da paziente con accertamento del decesso con criteri cardiologici e il protocollo per la donazione multi-tessuto. L'AAS3 aderirà ai protocolli.

3.4.2 Emergenza Urgenza	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Ictus	
Misurazione dei tempi intercorrenti fra allertamento-TAC e TAC-trombolisi venosa (relazione di analisi dei dati 2016 e primo semestre 2017).	Trasmissione alla DCS di un report/semestre con i dati di attività
Valutazione funzionale del paziente con ictus all'ingresso e all'uscita di ogni setting assistenziale	<p>Produzione e trasmissione alla DCS di un report semestrale sulla presenza e compilazione, nella cartella clinica, delle scale Barthel Index e Rankin Scale modificata.</p> <p>I dati dovranno essere raccolti su un campione di cartelle (ricoveri con DRG 14 o codici ICD-9-CM indicati) con le seguenti modalità:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - periodi di riferimento: 01/01/2017-30/06/2017 e 1/7/2016-31/12/2017; - campione cartelle: ospedali con ricoveri < 500/anno: 30 cartelle per periodo esaminate; ospedali con ricoveri > 500/anno: 50 cartelle per periodo esaminate; - rappresentatività delle diverse unità operative che accolgono e/o dimettono i pazienti, (campione proporzionato al numero dei ricoveri/anno di ciascuna unità operativa); - esclusione dal campione dei pazienti con esito ricovero "deceduto".
Emergenze cardiologiche	
Formalizzazione di un percorso assistenziale che definisca anche specifici indicatori di esito	Evidenza della partecipazione ai lavori regionali
Misurazione del tempo intercorrente fra l'effettuazione dell'ECG sul territorio e l'inizio della procedura in emodinamica (relazione di analisi dei dati 2016 e primo semestre 2017).	Collaborazione per l'analisi dei dati e l'attuazione del piano di miglioramento
Trauma	
Formalizzazione di un sistema di indicatori clinici per il monitoraggio dei tempi e degli esiti	Evidenza della partecipazione ai lavori regionali
Trattamento della Frattura di femore entro 48H in almeno il 70% (hub) o 80% (spoke) dei casi trattati dal presidio ospedaliero.	Trattamento della Frattura di femore entro 48H in almeno l'80% dei casi trattati dal presidio ospedaliero.
Pronto soccorso ed urgenza emergenza	
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) o 65% (hub) (media regionale 2015 del 65,89% - fonte Bersaglio) (dato AAS3 agosto 2016 – 86,67%)	% pazienti con tempo di attesa dei codici verdi <=1 ora >= l'80%
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) e 75% (hub) (media regionale 2015 del 78,24% - fonte Bersaglio) dato AAS3 agosto 2016 – 87,74%)	% pazienti con codice verde con permanenza in PS<=4h non inviati a ricovero >85%

Revisione e confronto interaziendali della gestione clinica per 5 eventi patologici acuti, più frequenti.	Almeno 5 percorsi: cardiopatia ischemica, sepsi, urgenze vertebro midollari, eventi acuti da trattare con radiologia interventistica, ustioni.
---	--

3.4.3 Reti di patologie	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Malattie rare	
Produrre almeno 1 percorso assistenziale per ogni gruppo nosologico	Percorsi prodotti entro il 31 dicembre 2017
Implementazione, da parte dei presidi autorizzati, del flusso informativo al registro regionale di cui al DM 279/2011.	Evidenza dell'implementazione del flusso informativo al registro regionale di cui al DM 279/2011.
Malattie reumatiche	
Monitoraggio dell'applicazione dei percorsi assistenziali già formalizzati.	- Monitoraggio dell'applicazione dei 2 percorsi assistenziali - utilizzo dello strumento informatico a partire dalla messa a disposizione
Evidenza nel sito aziendale dei medici reumatologi aggregati alle medicine interne	Evidenza sul sito aziendale dei medici reumatologi entro il 30 giugno.

3.4.4 Materno-infantile	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Responsabilizzazione diretta delle ostetriche nella gestione del percorso per la gravidanza fisiologica	presenza dell'ambulatorio di gravidanza fisiologica a gestione ostetrica
Mantenimento della percentuale dei parti cesarei depurati (NTSV) al di sotto del 20% dei parti totali dei parti depurati (fonte Bersaglio).	% Parti cesarei depurati (NTSV) sui parti totali dei parti depurati < 20%
I parti indotti farmacologicamente devono essere ridotti al di sotto del 20% (fonte Bersaglio escluso i parti pilotati).	Parti indotti farmacologicamente < 20%
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 équipe chirurgica ed anestesiologicala.	Collaborare con il Burlo a stilare 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 da una sola équipe chirurgica ed anestesiologicala del Burlo.

3.4.5 Percorso nascita	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso

Miglioramento della qualità, sicurezza e appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita	Verifica dell'attuazione di quanto previsto nei provvedimenti nazionali e regionali
Partecipazione alle attività del Comitato percorso nascita regionale	Individuazione nuovo referente
Supporto ed aiuto alle giovani famiglie dopo il parto, con specifico servizio domiciliare e ambulatoriale	Presenza in carico di almeno il 30% dei nati

3.4.6. Sangue ed emocomponenti

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Garantire la sicurezza trasfusionale attraverso la partecipazione ai programmi regionali di sorveglianza del rischio trasfusionale.	Evidenza della partecipazione ai programmi regionali

3.4.7 Erogazione dei livelli assistenziali

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Incremento dei livelli di appropriatezza dei ricoveri	<ul style="list-style-type: none"> - tasso di ospedalizzazione <= 125 per mille - % ricoveri in Day Hospital medico per acuti con finalità diagnostica <= 30% per gli adulti e <=50% per i pediatrici (valore medio regionale del 2014 di 37,37% per gli adulti e 69,57% per i pediatrici – fonte Bersaglio) - % ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni <= 4% (valore medio regionale 2014 di 5,23% - fonte Bersaglio)
Recupero della fuga extra-regionale di ricovero e di specialistica ambulatoriale rispetto ai dati 2015.	Recupero di almeno il 25% della fuga extra-regionale per i residenti dell'AAS3 (dato cumulativo) .
Individuazione da parte di pacchetti di prestazioni da eseguire in day service ambulatoriali : <ul style="list-style-type: none"> - Percorso per la fase diagnostica e di follow-up all'interno del PTDA della mammella - Percorso per disabili gravi con necessità di assistenza ad alto contenuto sanitario - Completamento dell'iter diagnostico per pazienti da avviare ad intervento chirurgico - Accesso per lesioni cutanee (piede diabetico, lesioni da pressione, ...) 	Trasmissione delle proposte alla DCS per l'autorizzazione entro il 30 giugno 2017

3.4.8 Rischio clinico, qualità ed appropriatezza nell'erogazione delle cure	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Rischio clinico	
Obiettivo aziendale: Strutturazione della rete in accordo con la delibera n. 1970 del 21.10.2016 "DM 279/2001 – Rete Cure Sicure FVG Della Regione Friuli Venezia Giulia: Modello Organizzativo"	Attivazione dei momenti organizzativi previsti a livello aziendale e collaborazione alla rete regionale. Implementazione del risk management all'interno dei processi aziendale attraverso lo strumento di audit clinici in caso di sinistri o di altre segnalazioni (incident report, near miss,..)
Adozione delle misure di "antimicrobial stewardship" già definite a livello regionale	<ul style="list-style-type: none"> – valutazione dell'aderenza alle linee guida terapeutiche regionali; – implementazione e valutazione dell'impatto delle azioni in essere; – adozione di specifiche misure per il coinvolgimento nel programma regionale di setting clinico-assistenziali extra-ospedalieri (cure intermedie); – adozione e la promozione delle strategie per favorire l'empowerment di pazienti e cittadini sull'uso più razionale e consapevole degli antibiotici.
Garantire la sicurezza del farmaco	<ul style="list-style-type: none"> – mantenimento delle azioni sull'uso prudente dei farmaci (con un ulteriore focus su target di popolazione individuati attraverso le rilevazioni effettuate nel 2016); – sistematica adozione della riconciliazione farmacologica nei diversi contesti assistenziali; – predisposizione e la diffusione della reportistica periodica destinata ai medici di medicina generale.
Empowerment dei cittadini e dei pazienti sulle tematiche del rischio	<ul style="list-style-type: none"> – valutazione dell'utilizzo del modulo di "integrazione della lettera di dimissione"; – predisposizione e la diffusione dei materiali informativi destinati ai cittadini
Partecipazione alla "Point Prevalence Survey" e diffusione capillare dei risultati	Evidenza della diffusione dei risultati della Point Prevalence Survey
Avviare la valutazione dello stato nutrizionale del paziente	Adozione di strumenti per la valutazione dello stato nutrizionale del paziente
Rischio clinico	Strutturazione della Rete in accordo con la Delibera 1970 del 21/10/16 "Rete Cure Sicure FVG: modello organizzativo"

Qualità ed appropriatezza nell'erogazione delle cure	
Analisi delle attività e dei volumi nei settori della <i>chirurgia oncologica</i> e della <i>chirurgia pediatrica</i> , anche fornendo da parte della DCS indicazioni di benchmarking.	- evidenza della convenzione con l'IRCCS Burlo per la chirurgia pediatrica - evidenza dell'attribuzione e valutazione dei privilegi per la chirurgia oncologica
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	evidenza della lista di interventi/esami da prescrivere con maggior prudenza

3.4.10 Struttura intermedia per disabili gravi con necessità di assistenza ad alto contenuto sanitario

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Organizzare una risposta alle necessità delle famiglie e dei disabili quando non sono più caratterizzati dalla fase acuta/diagnostica, ma presentano riacutizzazioni di una malattia ormai stabile e nota.	- Sperimentazione di posti letto in una struttura intermedia per disabili gravi con necessità di assistenza ad alto contenuto sanitario, da sviluppare in stretta sinergia con la SOC Pediatria - Sperimentazione di percorsi in day-service

3.5 ASSISTENZA FARMACEUTICA

Assistenza farmaceutica	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Tetti Spesa Farmaceutica	
Spesa farmaceutica	Rispetto dei tetti fissati per la - Farmaceutica ospedaliera (comprensiva anche della spesa per i farmaci di fascia A erogati direttamente e in distribuzione per conto): 6,89% del FSR - Farmaceutica territoriale (contenente la sola spesa farmaceutica convenzionata): 7,96% del FSN
Prescrittori	
1. Dovranno essere individuati specifici obiettivi per tutti i prescrittori, correlati ad indicatori di risultato predefiniti, sia a livello territoriale (distrettuale, ambulatoriale, MMG) che ospedaliero. A tal fine gli Enti del SSR effettueranno un monitoraggio periodico sull'utilizzo 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, redigendo un report semestrale con evidenza delle azioni intraprese nel corso del primo e secondo semestre da inviare alla DCS sia con riferimento alle iniziative di audit e feedback che alle iniziative più significative adottate (in particolare oncologici, immunologici, farmaci per l'epatite C, terapie intra-vitreali, farmaci del PHT_DPC, equivalenti, biosimilari).	1. Invio di due report a cadenza semestrale da cui si evincano: - obiettivi negoziati con i prescrittori - azioni intraprese.
Distribuzione diretta farmaci ad alto costo	
2. Nell'ambito della distribuzione diretta dei farmaci ad alto costo le Aziende eroganti in tale ambito definiscono idonei percorsi che consentano la verifica dell'appropriatezza d'uso anche da parte delle AAS di residenza del paziente.	2. Invio alla DCS dell'evidenza delle attività svolte
Prescrizione medicinali a brevetto scaduto	

<p>3. 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), dovranno tendere ai valori target indicati.</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>CLASSE</th> <th>% media FVG (gen-ago 2016)</th> <th>% target nazionale a cui tendere†</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>C09CA - antagonisti dell'angiotensina II, non associati</td> <td>81,30%</td> <td>92,20%</td> </tr> <tr> <td>C09DA - antagonisti dell'angiotensina II e diuretici</td> <td>76,53%</td> <td>87,80%</td> </tr> <tr> <td>C10AA - inibitori della HMG COA riduttasi</td> <td>79,25%</td> <td>86,10%</td> </tr> <tr> <td>G04CB - inibitori della testosterone 5-alfa riduttasi</td> <td>39,62%</td> <td>49,50%</td> </tr> <tr> <td>J01MA - fluorochinoloni</td> <td>87,35%</td> <td>90,30%</td> </tr> <tr> <td>M05BA - bifosfonati</td> <td>82,27%</td> <td>88,20%</td> </tr> <tr> <td>N03AX - altri antiepilettici</td> <td>90,99%</td> <td>98,10%</td> </tr> <tr> <td>N02CC - agonisti selettivi dei recettori 5HT1</td> <td>90,23%</td> <td>93,70%</td> </tr> </tbody> </table>	CLASSE	% media FVG (gen-ago 2016)	% target nazionale a cui tendere†	C09CA - antagonisti dell'angiotensina II, non associati	81,30%	92,20%	C09DA - antagonisti dell'angiotensina II e diuretici	76,53%	87,80%	C10AA - inibitori della HMG COA riduttasi	79,25%	86,10%	G04CB - inibitori della testosterone 5-alfa riduttasi	39,62%	49,50%	J01MA - fluorochinoloni	87,35%	90,30%	M05BA - bifosfonati	82,27%	88,20%	N03AX - altri antiepilettici	90,99%	98,10%	N02CC - agonisti selettivi dei recettori 5HT1	90,23%	93,70%
CLASSE	% media FVG (gen-ago 2016)	% target nazionale a cui tendere†																										
C09CA - antagonisti dell'angiotensina II, non associati	81,30%	92,20%																										
C09DA - antagonisti dell'angiotensina II e diuretici	76,53%	87,80%																										
C10AA - inibitori della HMG COA riduttasi	79,25%	86,10%																										
G04CB - inibitori della testosterone 5-alfa riduttasi	39,62%	49,50%																										
J01MA - fluorochinoloni	87,35%	90,30%																										
M05BA - bifosfonati	82,27%	88,20%																										
N03AX - altri antiepilettici	90,99%	98,10%																										
N02CC - agonisti selettivi dei recettori 5HT1	90,23%	93,70%																										
<p>Biosimilari</p>																												
<p>4. Per i biosimilari dovranno essere assicurate azioni di incentivazione. In particolare le prescrizioni di biosimilari, ovvero di farmaci aggiudicatari di gara regionale con il profilo costo-efficacia più favorevole nell'ambito delle categorie in cui è presente l'alternativa biosimile, dovranno attestarsi per i nuovi pazienti, al miglior valore possibile ovvero dovranno rappresentare una quota non inferiore all'80% del totale delle prescrizioni/confezioni erogate, ferma restando comunque la possibilità per il prescrittore di indicare il farmaco più opportuno motivando la scelta effettuata a seconda delle indicazioni d'uso e delle popolazioni interessate, secondo percorsi definiti a livello aziendale.</p>	<p>4. Invio alla DCS dell'evidenza della quota di prescrizione di biosimilare valutata su un'analisi a campione, fornendo eventuale motivazione per il mancato raggiungimento del target fissato.</p>																											
<p>Percentuali utilizzo medicinali a brevetto scaduto e biosimilari</p>																												
<p>5. Oltre alla promozione d'uso di medicinali a brevetto scaduto e biosimilari a livello territoriale, dovranno essere valutate a campione, in tempistiche e reparti che saranno comunicati dalla direzione centrale, le percentuali di utilizzo di queste categorie di medicinali e le % di prescrizioni in dimissione o dopo visita ambulatoriale</p>	<p>5. Analisi a campione su indicazione della DCS e comunicazione degli esiti nelle tempistiche indicate.</p>																											
<p>Medicinali registro Aifa</p>																												
<p>6. 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. La richiesta del farmaco dovrà sempre essere accompagnata dalla scheda di registrazione</p>	<p>6. Evidenza dei monitoraggi / controlli effettuati e delle attività intraprese (incontri, comunicazioni etc.) per sensibilizzare le strutture in cui sono state riscontrate eventuali criticità</p>																											

<p>paziente nel registro. A tal fine potranno essere programmate analisi a campione da parte della direzione centrale.</p>	
<p>Distribuzione diretta 1° ciclo terapia</p>	
<p>7.a A seguito di dimissione da ricovero e/o di visita specialistica ambulatoriale dovrà essere assicurata l'erogazione del 1° ciclo di terapia in distribuzione diretta. L'attività di distribuzione diretta continua ad essere garantita nell'ambito della residenzialità, della semi-residenzialità e dell'assistenza domiciliare presso tutte le strutture afferenti alle Aziende per l'assistenza sanitaria.</p> <p>7.b Inoltre relativamente ai medicinali di nuova autorizzazione all'immissione in commercio e che sono inseriti nell'elenco dei farmaci erogabili in DPC, le aziende sanitarie attueranno ogni utile percorso per favorire la distribuzione diretta nelle more della effettiva disponibilità di tali medicinali in DPC fornendo anche le opportune informazioni ai prescrittori.</p>	<p>7.a Le aziende danno evidenza del ricorso al 1° ciclo di terapia e alla distribuzione diretta</p> <p>7.b Le aziende danno evidenza delle eventuali comunicazioni ai prescrittori in merito ai nuovi farmaci inseriti in DPC temporaneamente non disponibili sulla piattaforma</p>
<p>Distribuzione per conto</p>	
<p>8. Per i medicinali in DPC per i quali si rilevi un elevato ricorso alla non sostituibilità da parte del prescrittore, le aziende attuano specifici approfondimenti con i prescrittori, dando evidenza alla direzione centrale dei monitoraggi effettuati e delle azioni adottate.</p>	<p>8. Le aziende danno evidenza dei monitoraggi effettuati e delle azioni adottate.</p>
<p>Integrazione farmacie</p>	
<p>9. Oltre alla DPC le aziende promuovono l'attività di integrazione delle farmacie nel SSR nell'ambito della farmacia dei servizi, con particolare riferimento alle farmacie ubicate nelle zone più disagiate, prioritariamente su temi quali le patologie croniche, l'aderenza alle terapie, la prevenzione di interazioni ed eventi avversi.</p>	<p>9. Evidenza delle specifiche azioni/attività intraprese nell'ambito della farmacia dei servizi.</p>
<p>Farmacovigilanza</p>	
<p>10. Sul tema della farmacovigilanza continuano le attività già avviate a livello regionale dalla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, quali la segnalazione spontanea in pronto soccorso, la segnalazione nell'ambito della dimissione da ricovero ospedaliero. Verranno inoltre avviati un</p>	<p>10. Riscontro sulla partecipazione da parte degli enti alle progettualità avviate dalla DCS e da parte degli operatori alle attività formative organizzate dalla stessa (report)</p>

<p>percorso formativo a distanza (FAD) specifico sull'utilizzo della nuova piattaforma nazionale Vigifarmaco, nonché i progetti di farmacovigilanza attiva approvati dall'Agenzia italiana del farmaco. Su tali iniziative gli Enti del SSR assicurano la partecipazione dei sanitari interessati e per il supporto alle attività organizzative. In tale ambito continua a trovare applicazione la convenzione di cui alle DGR 435/2013 e 2199/2014. In generale, anche tramite convenzione della direzione centrale con gli Enti del SSR potranno essere avviati progetti sulle attività stabilite dalla DGR 1365/2015, volti a favorire un'informazione indipendente sull'impiego sicuro del farmaco, utilizzando i fondi statali dedicati a tali iniziative.</p>	
<p>Appropriatezza uso dispositivi assistenza integrativa</p>	
<p>11. Le aziende potenziano 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.</p> <p>Dovranno, inoltre, essere avviate a livello aziendale o in collaborazione tra aziende 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 modalità di erogazione vantaggiose per l'SSR (es. diretta, accordi con le farmacie).</p>	<p>11. Invio di evidenze sui monitoraggi effettuati (es. dispositivi per diabetici) e delle specifiche iniziative intraprese.</p> <p>Valutazione/avvio di nuove, più vantaggiose ed efficienti azioni da intraprendere per il SSR in merito alla modalità di erogazione e acquisizione dei dispositivi medici.</p>
<p>Cartella oncologica</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>12. Completezza cartella $\geq 95\%$</p>
<p>Aziende con logistica centralizzata</p>	
<p>13. Garantire la copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM per l'85% delle confezioni destinate alla distribuzione diretta nominale erogate mediante lo stesso applicativo, anche al fine di consentire un</p>	<p>13. Prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM $\geq 85\%$</p>

<p>puntuale monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e la promozione dei medicinali acquisiti centralmente da EGAS.</p>	
<p>Prescrizione informatizzata piano terapeutici</p>	
<p>14. Tutte le Aziende dovranno garantire il ricorso (prima prescrizione e rinnovi) alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici implementati/disponibili a sistema, tramite l'applicativo PSM-PT, in almeno il 50% dei nuovi pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive. Va inoltre assicurato il controllo dei piani terapeutici ed il rispetto delle note limitative AIFA, favorendo l'implementazione di tale sistema informatizzato.</p>	<p>14. % di ricorso alla prescrizione informatizzata tramite PSM-PT per i nuovi pazienti >=50% Effettuazione dei controlli effettuati sul rispetto delle modalità prescrittive per i medicinali soggetti a PT/nota AIFA (report)</p>
<p>Flussi informativi</p>	
<p>15. Le Aziende sanitarie assicurano, per tramite dei responsabili individuati dalle stesse, l'implementazione, le verifiche ed i controlli di congruenza dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese, anche utilizzando la reportistica a disposizione sul portale SISR (mancati invii, prezzi medi, revocati, ecc). 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) per quanto riguarda la distribuzione diretta. In fase di erogazione diretta dei medicinali è inoltre inserito a sistema il codice targatura.</p>	<p>15. E' assicurata l'implementazione e il controllo dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali Il codice targatura è inserito a sistema per la distribuzione diretta in modalità PSM Gli Enti trasmettono le evidenze di eventuali controlli e verifiche effettuate (report)</p>
<p>16. Sempre con riferimento ai flussi informativi, l'Azienda dà riscontro agli eventuali approfondimenti richiesti dalla Direzione Centrale, anche su istanza Ministero della Salute, entro 15 giorni dalle comunicazioni.</p>	<p>16. Eventuali report trasmessi nei tempi richiesti.</p>

3.6 PROGETTI ATTINENTI LA PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI SOCIO SANITARI

3.6.1 Non autosufficienza e disabilità	
Obiettivo aziendale.	Risultato atteso
Processo di riqualificazione delle residenze per anziani già funzionanti	
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.	Evidenza della partecipazione nei tempi e modi previsti dalla Regione
Monitoraggio e promozione delle qualità all'interno delle residenze per anziani	
Tutte le AAS proseguono nelle attività di verifica e approfondimento dei percorsi avviati negli anni precedenti.	Evidenza, entro il primo semestre 2016, della relazione illustrativa dettagliata.
Non autosufficienza e disabilità: sistemi informativi	
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.	Evidenza delle verifiche e degli eventuali solleciti.
Non autosufficienza e disabilità: sistema di VMD VALGRAF-FVG	
Tutte le persone per le quali è previsto l'accoglimento in un servizio semiresidenziale o residenziale convenzionato, sono valutate, mediante l'utilizzo del sistema di VMD Val.Graf.-FVG.	100% ingressi con Valgraf
Disabilità	
Valutazione delle condizioni di vita degli utenti in carico ai servizi residenziali e semiresidenziali, di cui all'art.6 comma 1 della LR 41/96, con particolare riferimento alle tematiche di carattere sanitario.	<ul style="list-style-type: none"> - valutazione di tutti gli utenti dei servizi residenziali e semiresidenziali per persone con disabilità secondo le modalità approvate dalla Regione; - individuazione di un referente aziendale che coordini e monitori l'attività di valutazione
Fondo per l'autonomia possibile – Salute mentale	
Tutte le AAS e ASUI in base alle disposizioni contenute nel regolamento che disciplina il Fondo per l'Autonomia Possibile (FAP), emanato con decreto del Presidente della Regione 8 gennaio 2015, n. 7 (artt. 10, 11 e 12 – progetti sperimentali a favore di persone con problemi di salute mentale), sono tenute a cofinanziare al 50% i progetti (il restante 50% è assicurato dai fondi regionali). Tale quota deve essere aggiuntiva e non sostitutiva di interventi e servizi di competenza istituzionale in materia di prevenzione, cura e riabilitazione.	
Fondo gravissimi	

In base al regolamento emanato con DPRReg 247/2009, tutte le AA e ASUI, in collaborazione con gli Ambiti distrettuali, sono tenute alle attività di accertamento e segnalazione dei casi di gravissima disabilità fornendo alla Direzione Centrale altresì tutta la documentazione necessaria alla valutazione selettiva.

A seguito delle disposizioni contenute nel decreto interministeriale di ripartizione del Fondo nazionale non autosufficienze 2016 (art. 3), tutte le AAS e ASUI saranno altresì attivamente coinvolte nella rilevazione (da effettuarsi entro il primo trimestre 2017) del numero di persone con disabilità gravissima secondo le condizioni individuate nel decreto medesimo.

Autoveicoli privati per il trasporti di persone disabili

A seguito della modifica dell'art. 3, commi 91, 92 della legge regionale 2 febbraio 2005, n. 1, a tutte le AAS e ASUI è stata demandata la competenza in materia di contributi a favore di persone con disabilità per l'acquisto e l'adattamento di autoveicoli per il trasporto personale e per il conseguimento dell'abilitazione alla guida.

Vigilanza servizi semiresidenziali e residenziali sociosanitari destinati a persone anziane e con disabilità

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.

Evidenza della realizzazione dell'attività di vigilanza e controllo su almeno il 30% dei servizi/strutture collocati sul territorio di competenza

3.6.2 Minori

Obiettivo aziendale.

Risultato atteso

Affido

Implementare le risorse familiari disponibili all'affido e garantire la massima copertura possibile delle richieste di presa in carico e di intervento.

Attuazione di appositi interventi di sensibilizzazione e formazione del territorio, anche attraverso protocolli operativi e gruppi di lavoro multi-professionali, anche sovra-distrettuali, in sinergia fra servizio sanitario, servizio sociale, e, al caso, in collaborazione con l'associazionismo locale.

Adozioni

Adozioni

- **Partecipazione agli incontri del tavolo di lavoro regionale per l'elaborazione delle Linee guida per le adozioni nazionali e internazionali.**
 - **all'interno dei Consultori familiari aziendali, proseguire i lavori di omogeneizzazione e definizione del percorso integrato di assistenza all'adozione, ridefinendo in modo omogeneo gli aspetti metodologici e organizzativi in tutti i distretti.**

3.6.3 Piani di zona

Nel corso del 2016 la normativa di riordino del sistema Regione-Autonomie locali nel Friuli Venezia Giulia, di cui alla legge regionale 26/2014, è stata ulteriormente definita e precisata portando all'effettiva costituzione delle Unioni territoriali intercomunali (UTI). A decorrere dal 2017 le funzioni dei Servizi sociali dei Comuni (SSC) sono esercitate dalle UTI e tra queste anche la funzione di programmazione locale del sistema integrato.

Il 2017 si presenta dunque come periodo di transizione nel corso del quale dovrà essere garantita all'utenza la continuità nella fruizione dei servizi e delle prestazioni sociosanitarie, anche attraverso il proseguimento del percorso di pianificazione locale iniziato nel 2013. A tal fine si ritiene opportuno confermare anche per l'anno 2017 gli obiettivi e le azioni previsti per le aree di integrazione socio sanitaria delle Linee guida per la predisposizione dei Piani di Zona di cui alle deliberazioni della Giunta regionale 22 marzo 2012, n. 458 e 29 gennaio 2016, n. 132.

In particolare si prevede di attuare la pianificazione locale congiunta tra le AAS e ASUI e le Unioni territoriali intercomunali nelle aree di integrazione socio sanitaria attraverso i seguenti obiettivi/azioni:

- Elaborazione congiunta di un documento che costituisce il livello di programmazione locale integrata nelle aree di integrazione sociosanitaria in ciascun ambito territoriale per l'anno 2017, in continuità con il percorso iniziato nel 2013.
- Sottoscrizione tra il Direttore generale dell'AAS e ASUI e il Presidente dell'UTI dell'Atto di intesa che impegna le parti alla realizzazione, per quanto di competenza, dei contenuti della suddetta programmazione.
- Elaborazione congiunta del monitoraggio semestrale al 30/06/2017 e al 31/12/2017.

3.7 RAPPORTO CON I CITTADINI

3.7.1 Tempi di attesa	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Per le prestazioni di primo accesso con priorità 'B' o 'D' ogni AAS è tenuta a garantire il rispetto dei tempi previsti con le proprie strutture o altre pubbliche e private accreditate	"garanzia" erogativa per le priorità B al > 95%, per la priorità D al > 90% e per le priorità P al > 85%
Consentire la prenotazione online del cittadino di tutta l'offerta	Entro il 31 dicembre 2017 tutte le agende delle prestazioni ambulatoriali devono essere informatizzate ed essere rese disponibili a sistema CUP regionale
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.	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
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	Le AAS sono tenute a sospendere la libera professione intra-moenia ai medici delle strutture che non rispettano i valori soglia per le prestazioni e per gli interventi e/o che non hanno reso disponibili a CUP regionale tutte le agende di prenotazione delle visite/prestazioni.
Potenziamento dell'offerta aziendale per alcune prestazioni in cui ci sono criticità nei tempi	- Convenzione con ASUIUD per incremento di prestazioni ambulatoriali di neurologia in AAS 3 a fronte del rientro delle degenze in ASUIUD, e di cataratta presso la sede di Gemona. - Implementazione di un ecocardiografo presso la sede di Gemona.
LR 7/2009: abbattimento liste di attesa	Le AAS / ASUI presentano una relazione alla Direzione Centrale Salute in cui vengono: - rendicontate le modalità di utilizzo del finanziamento attribuito nell'indistinto pro-capite (L.R. 7/2009) - illustrati i risultati ottenuti in termini di contenimento dei tempi di attesa.

3.7.2 Apertura dei reparti di terapia intensiva e semi-intensiva ai care giver

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Nelle degenze intensive e semi-intensive sono abolite le limitazioni non motivatamente necessarie (es. effettiva necessità di isolamento) poste a livello temporale per i care giver indicati dai pazienti, con presenza di uno per volta.	<p>- evidenza del percorso e sua attuazione per garantire l'obiettivo regionale</p> <p>- Almeno il 90% dei pazienti ha avuto la possibilità di accedere</p> <p>(il calcolo sarà effettuato sui dimessi degli ultimi 6 mesi dell'anno 2017, tramite un sondaggio telefonico del call center regionale).</p>

3.7.3 Presenza del care giver in corso di visita nei reparti di degenza

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
In tutte le degenze i pazienti possono avere accanto a sé il care giver al momento della visita medica o dell'esecuzione delle procedure assistenziali.	<p>- evidenza del percorso e sua attuazione per garantire l'obiettivo regionale</p> <p>- Almeno il 90% dei pazienti ha avuto la possibilità di accedere</p> <p>(il calcolo sarà effettuato sui ricoverati a partire dal 1° maggio, con >70 aa, tramite un sondaggio telefonico del call center regionale su un campione significativo dei dimessi dell'ultimo semestre 2017).</p>

3.7.4 Contatto telefonico dopo la dimissione da un intervento chirurgico (recall)

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Accertamento delle condizioni cliniche e assistenziali del paziente dopo la dimissione da un intervento chirurgico	<p>Contatto telefonico entro 5 giorni dalla dimissione per raccogliere informazioni relative al decorso clinico assistenziale.</p> <p>La valutazione sarà effettuata su un campione di pazienti e l'obiettivo sarà:</p> <ul style="list-style-type: none"> - raggiunto: risposta positiva in almeno il 90% dei pazienti campionati - non raggiunto: risposta positiva al di sotto del 40% dei pazienti - parzialmente raggiunto: risposta positiva per percentuali comprese tra 40% ed il 90%

3.7.5 Individuazione del medico responsabile della gestione del ricovero del paziente

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Ogni paziente ricoverato in ospedale deve ricevere l'informazione di chi è il medico responsabile della	- evidenza del percorso e sua attuazione per garantire l'obiettivo regionale

<p>gestione del proprio caso e che, pertanto, assicura la coerenza delle diverse azioni che caratterizzano l'intera degenza.</p>	<p>- A partire da maggio 2017 almeno il 90% dei dimessi per un ricovero superiore ai 4 giorni è stato "preso incarico" da un professionista individuato. (valutazione campionaria del call center regionale)</p>
--	--

3.7.6 Esperienza nei percorsi assistenziali

<p>Valutazione dell'esperienza dei cittadini sui seguenti percorsi assistenziali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ictus - diabete 	<p>- evidenza del percorso e sua attuazione per garantire l'obiettivo regionale</p>
--	--

4. FLUSSI INFORMATIVI E VALUTAZIONI

Flussi informativi e valutazione	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Avvio nuova scheda di dimissione ospedaliera (SDO)	
Scheda di dimissione ospedaliera	<p>Nel 2017 è previsto l'avvio della nuova SDO secondo le configurazioni definite dal il Ministero della salute. Nelle more dell'avvio ufficiale legato al DM questa regione intende avviare autonomamente l'uso della nuova SDO a partire dai dimessi del mese di gennaio 2017.</p> <p>La corretta compilazione dei nuovi campi sarà monitorata all'interno di un programma comprendente anche le attività di supporto garantita dalla regione e diventerà oggetto di valutazione a partire dal secondo semestre 2017.</p>
Qualità dei dati ai fini amministrativi, epidemiologici e gestionali	
Aumento della correttezza della compilazione delle SDO e delle schede di morte	Almeno il 90%
Flussi ministeriali	
Flussi ministeriali	<p>Le aziende sono tenute per quanto di loro competenza alla corretta alimentazione di tutti i flussi ministeriali. Considerato che ritardi o omissioni generano il mancato riconoscimento alla Regione dei fondi ministeriali previsti, una quota del finanziamento corrispondente allo 0,1% di quanto attribuito ad ogni Ente verrà trattenuta a livello centrale e sarà erogata solo ad adempimento completamente espletato.</p>
Obblighi informativi e indicatori	
Obblighi informativi e indicatori	<p>Le basi dati gestionali attualmente in uso nella aziende rappresentano uno strumento fondamentale per la pianificazione regionale e per gli adempimenti in termini di flussi informativi che la Regione ha nei confronti delle strutture centrali (Ministero della salute e il Ministero dell'economia e delle finanze) ai fini delle varie attività ministeriali.</p> <p>Le aziende pertanto si impegneranno nel 2017 in attività di manutenzione e monitoraggio della congruità delle basi dati con il coordinamento della DCS.</p> <p>Oltre agli indicatori altrimenti definiti, saranno</p>

	usati come riferimento quelli previsti negli adempimenti LEA, nel Network delle Regioni "Bersaglio" e nel PNE (programma nazionale esiti).
Clima interno	
Clima interno	L'AAS3 effettuerà la seconda valutazione regionale del clima interno con le procedure già espletate nel 2014, secondo un percorso definito dalla DCS.

5. IL SISTEMA INFORMATIVO

Sistema informativo	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Servizi on line per i cittadini	
Diffusione della ricetta dematerializzata per le prescrizioni farmaceutiche e di specialistica in tutti i setting assistenziali aziendali.	I Medici di medicina generale, i Pediatri di libera scelta e gli specialisti convenzionati e dipendenti del SSR prescrivono utilizzando la ricetta dematerializzata.
Utilizzo firma digitale	
Completamento dell'utilizzo della <i>firma digitale</i> per i documenti clinici.	<ul style="list-style-type: none"> - Dove presenti gli applicativi gestionali del G2 Clinico > 90%, in particolare la lettera di dimissione ospedaliera - Radiologia > 98% - ECG > 80%.
PACS	
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	Evidenza dell'implementazione
Messa a regime del caso d'uso relativo alla consultazione /visualizzazione di referti e immagini in situazione emergenziale inter-aziendale nel pieno rispetto dei vincoli e raccomandazioni del Garante della Privacy, previa verifica di disponibilità della rete telematica regionale a larga banda	Evidenza dell'implementazione
Sviluppo e implementazione del caso d'uso relativo alla consultazione/ visualizzazione di referti e immagini in ambito inter-aziendale per il tramite del fascicolo sanitario, nel pieno rispetto dei vincoli e raccomandazioni del Garante della Privacy, previa verifica di disponibilità della rete telematica regionale a banda larga.	Supporto allo sviluppo e implementazione del caso d'uso secondo le 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	Adesione alle progettualità regionali

Conduzione dello sviluppo e avvio della fase di test della soluzione di integrazione SIO/PACS per la produzione di un referto multimediale /strutturato in Radiologia, Medicina nucleare e Ecocardiografia	Supporto alla conduzione secondo le indicazioni regionali
---	--

6. CIRCOLARITA' DELL'INFORMAZIONE

Circolarità dell'informazione	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Aumentare la raccolta del consenso informato, anche con la collaborazione dei MMG.	Riduzione della percentuale aziendale di cittadini che non hanno espresso il consenso

Azienda per l'assistenza sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale"

3. LE PROGETTUALITÀ

3.1 PROGETTI DI RIORGANIZZAZIONE DELLE FUNZIONI

3.1.1 Atto aziendale	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Atto aziendale	- Completamento del percorso attuativo dell'atto aziendale. - Invio entro il 31/10/2017 di una relazione alla Direzione Centrale Salute sullo stato di applicazione del proprio atto aziendale

3.1.2 Applicazione delle DGR 2673/2014, 929/2015 e 2151/2015	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Posti letto	Entro il 30 giugno 2017 l'Azienda predispone la relazione sullo stato di applicazione della DGR 2673/14, con la previsione di correzione dello scostamento dei posti letto ospedalieri.
Funzioni	Entro il 30 giugno 2017 l'Azienda predispone la relazione sullo stato di applicazione della 929/15, con la previsione di attivazione o disattivazione delle funzioni ospedaliere e delle SC o SS, anche in coerenza con quanto stabilito dall'Atto aziendale.
Posti letto assistenza primaria	È avviato il percorso di ridefinizione dei posti letto dell'assistenza primaria (Hospice, SUAP, RSA e riabilitazione estensiva, Presidi ospedalieri per la Salute, Salute mentale, Dipendenze) in coerenza a quanto definito dalla DGR 2673/2014.
Reumatologia e malattie infettive	Stato di implementazione delle figure professionali previste per la reumatologia e le malattie infettive

Riorganizzazione (trasferimento/integrazione) delle funzioni con CRO	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Trasferimento della funzione di ONCOLOGIA	Trasferimento della funzione dal 01.01.17 secondo quanto previsto nell'Accordo quadro in data 30.06.2016 approvato con deliberazione n. 270 in data 09.11.2016.
Trasferimento della funzione di CARDIOLOGIA ONCOLOGICA	Trasferimento della funzione dal 01.01.17 secondo quanto previsto nell'Accordo quadro in data 30.06.2016 approvato con deliberazione n. 270 in data 09.11.2016.
Integrazione della funzione di MEDICINA NUCLEARE	<ul style="list-style-type: none"> • Refertazione condivisa delle indagini PET • Linee guida comuni per indagini di Medicina Nucleare nelle principali indicazioni oncologiche • Definizione di un progetto di sviluppo della medicina nucleare in ambito neurologico
Integrazione della funzione di ANATOMIA PATOLOGICA	<ul style="list-style-type: none"> • Applicare quanto previsto nell'ambito dei PDTAR <p>Definire linee guida comuni di esecuzione e refertazione entro il 2017</p>

DOTAZIONE POSTI LETTO

Presidio Ospedaliero Santa Maria degli Angeli

Presidio Ospedaliero di Pordenone	Posti letto al 31/12/2016			variazione		Posti letto al 31/12/2017		
	Ordinari	D.H.	Totale	ORD	DH	Ordinari	D.H.	Totale
Cardiologia	32	1	33		1	32	2	34
D.H. Dipartimentale	0	1	1		-1	0	0	0
Gastroenterologia	0	1	1	3	1	3	2	5
Medicina interna 1	49	4	53		-1	98	7	105
Medicina interna 2	49	4	53					
Degenza breve internistica	5	0	5			5	0	5
Nefrologia e dialisi	11	4	15		-2	11	2	13
Neurologia	31	2	33			31	2	33
Pneumologia	24	1	25			24	1	25
Psichiatria	15	0	15			15	0	15
TOTALE	216	18	234	3	-2	219	16	235
DGR 2673/ 2014 Dotazione a regime						230	16	246
Pronto Soccorso e Medicina d'urgenza	8	0	8			8	0	8
DGR 2673/ 2014 Dotazione a regime						10		10
Riabilitazione	15	0	15			15	0	15
DGR 2673/ 2014 Dotazione a regime						36	4	40
Ostetricia e ginecologia	40	2	42		1	40	3	43
Pediatria	10	3	13			10	3	13
TOTALE	50	5	55		1	50	6	56
DGR 2673/ 2014 Dotazione a regime						50	6	56
Presidio Ospedaliero di Pordenone	Posti letto al 31/12/2016			variazione		Posti letto al 31/12/2017		
	Ordinari	D.H.	Totale	ORD	DH	Ordinari	D.H.	Totale
Chirurgia della mano	10	1	11	-4	4	6	5	11
Chirurgia maxillo-facciale e odon.	2	1	3			2	1	3
Chirurgia Generale	55	2	57	-5	1	50	3	53
Chirurgia vascolare	0	0	0	8	1	8	1	9
Oculistica	3	2	5			3	2	5
Ortopedia e traumatologia	30	1	31	-2		28	1	29
Otorinolaringoiatria	18	2	20	-3		15	2	17
Urologia	18	1	19			18	1	19
TOTALE	136	10	146	-6	6	130	16	146
DGR 2673/ 2014 Dotazione a regime						130	16	146
Anestesia e rianimazione	10	0	10			10	0	10
DGR 2673/ 2014 Dotazione a regime						10	0	10
TOTALE Presidio	435	33	468	-3	5	432	38	470
DGR 2673/ 2014 Dotazione di presidio a regime						466	42	508

Presidio Ospedaliero di San Vito e Spilimbergo

Presidio Ospedaliero di San Vito e Spilimbergo	Posti letto al 31/12/2016			variazione		Posti letto al 31/12/2017		
	Ordinari	D.H.	Totale	ORD	DH	Ordinari	D.H.	Totale
Ortopedia e traumatologia San Vito	26	1	27	-4		22	1	23
Otorinolaringoiatria San Vito	6	1	7	-2		4	1	5
Chirurgia Generale Spilimbergo	14	2	16	-2	1	12	3	15
Ortopedia e traumatologia Spilimbergo	14	3	17		-1	14	2	16
Chirurgia Generale San Vito	24	2	26	-2		22	2	24
TOTALE	84	9	93	-10	0	74	9	83
DGR 2673/ 2014 Dotazione a regime						66	8	74
Medicina interna San Vito	46	2	48	2		48	2	50
Post Acuti San Vito	6		6			6	0	6
Medicina interna Spilimbergo	34	1	35			34	1	35
TOTALE	86	3	89	2	0	88	3	91
DGR 2673/ 2014 Dotazione a regime						90	8	98
Pronto Soccorso e Med. d'urgenza SV			0	4		4	0	4
DGR 2673/ 2014 Dotazione a regime						4	0	4
Ostetricia e ginecologia San Vito	22	4	26			22	4	26
Pediatria San Vito	6	2	8			6	2	8
TOTALE	28	6	34	0	0	28	6	34
DGR 2673/ 2014 Dotazione a regime						28	4	32
Anestesia e rianimazione San Vito	5	0	5			5	0	5
DGR 2673/ 2014 Dotazione a regime						4	0	4
Riabilitazione Spilimbergo	4	0	4			4	0	4
DGR 2673/ 2014 Dotazione a regime						24	4	28
TOTALE Presidio	207	18	225	-4	0	203	18	221
DGR 2673/ 2014 Dotazione di presidio a regime						216	24	240
TOTALE AAS5	642	51	693	-7	5	635	56	691
DGR 2673/ 2014 Dotazione dell'AAS5 a regime						682	66	748

La differenza fra posti letto attribuiti a regime dalla DGR 2673/14 e quelli previsti al 31/12 è dovuto principalmente alla mancata attivazione dei posti letto di Riabilitazione e di area internistica per ragioni di disponibilità di spazi fisici.

posti letto territorio	Posti letto al 31/12/2016	VARIAZIONI 2017	Posti letto al 31/12/2017	DGR 2673 /14
OSPEDALE DI PROSSIMITA' - MANIAGO	30	-	30	
R.S.A. - AZZANO DECIMO	25	-	25	
R.S.A. - PORDENONE	18	-	18	
R.S.A. - ROVEREDO	24	-	24*	
R.S.A. - S. VITO AL TAGLIAMENTO	26	-	26	
R.S.A. - SACILE	28	-	28	
SIP - SACILE	28	-	28**	
totale RSA e strutture intermedie	179	-	179	223
Hospice San Vito	10	-	10	
totale Hospice	10	-	10	20
CSM H 24	22	-	22	31
alcoologia	0	-	6**	6
SUAP	0	12	12*	14

*P.L. della RSA di Roveredo in Piano (36 pl = 24 RSA + 12 SUAP)

** 6 p.l. di alcoologia ricompresi nei p.l. della SIP di Sacile

3.1.3. Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
EGAS	<ul style="list-style-type: none"> - Collaborare alle iniziative intraprese da EGAS in base alle direttive regionali. - Attuare quanto stabilito in Comitato di Indirizzo Egas

3.1.4 Chirurgia e procedure invasive

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Riorganizzazione dell'attività chirurgica e delle procedure invasive	Entro il 31 dicembre del 2017 sarà adottato un documento di riorganizzazione dell'attività chirurgica e delle procedure invasive con particolare riferimento alle patologie oncologiche del tratto gastro-intestinale e alla patologia urologica, coinvolgendo anche la Casa di Cura San Giorgio
Concentrazione attività di chirurgia oncologica	<p>L'azienda deve riorganizzare l'attività di chirurgia oncologica relativamente ai seguenti tumori:</p> <ul style="list-style-type: none"> - esofago: nessun intervento realizzato; - pancreas: nessun intervento realizzato; - ovaio: nessun intervento realizzato; - stomaco: nessun intervento realizzato. <p>Con le strutture private l'azienda deve concordare la sospensione dell'attività al di</p>

	<p>sotto della soglia minima.</p> <p>Presentazione progetto operativo alla Direzione Centrale Salute entro il 30.6.2017</p> <p>Avvio riorganizzazione entro il 1.9.2017</p>
--	--

3.1.5 Piano Emergenza urgenza

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Proseguimento delle attività previste dal Piano dell'Emergenza Urgenza	<ul style="list-style-type: none"> - Proseguire il percorso di uniformità dei protocolli operativi dei servizi di Pronto soccorso. - Prosecuzione del rinnovo del parco ambulanze. - Ridistribuzione delle distribuzione dei mezzi di soccorso sul territorio - Adeguamento dell'elisuperficie in elevazione al volo notturno del presidio ospedaliero hub di Pordenone. - Avvio dell'eliambulanza notturna

3.1.6 Geriatria

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Riorganizzazione dell'attività geriatrica	<p>Entro il 31 dicembre del 2017 dovrà essere adottato un documento di riorganizzazione dell'attività geriatrica che ridefinisca l'organizzazione ospedaliera e distrettuale per i pazienti grandi anziani (oltre 85 anni).</p> <p>- Collaborazione con la Direzione Centrale Salute per la definizione della riorganizzazione geriatrica</p>

3.1.7 Medicina di Laboratorio

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Laboratori analisi e Microbiologie e virologia	Completamento del Centro <i>hub</i> nel presidio ospedaliero di Pordenone, dei Laboratori satellite presso la sede di San Vito al Tagliamento, Spilimbergo e l'IRCCS <i>Centro di Riferimento Oncologico</i> di Aviano (limitatamente all'attività di base) e dei Point of care presso i Punti di primo intervento di Maniago e Sacile

3.1.8 Oncologia

Obiettivo aziendale	Risultato atteso

Adozione del nuovo Piano Oncologico	Collaborazione con la DCS per la predisposizione del Piano Oncologico. Definizione di una road map aziendale per l'attuazione del Piano.
-------------------------------------	---

3.1.9 Pediatria ospedaliera

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Riorganizzazione dell'attività pediatrica	Adozione di un documento di riorganizzazione dell'attività pediatrica, che prevederà le seguenti sezioni: <ul style="list-style-type: none"> • Emergenze e urgenze pediatriche (intra ed extra ospedaliere) con valutazione dell'appropriatezza dell'accesso al pronto soccorso e delle procedure vigenti • Chirurgia programmata in età pediatrica (vedi punto 3.1.4) • Oncologia e onco-ematologia pediatrica <p>- Collaborazione ai tavoli finalizzati alla riorganizzazione dell'attività pediatrica</p>

3.1.10 Riabilitazione

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Adozione del nuovo Piano della Riabilitazione	Collaborazione con la DCS per la predisposizione del Piano della Riabilitazione. Definizione di una road map aziendale per l'attuazione del Piano.

3.1.11 Salute mentale

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Adozione del nuovo Piano della Salute Mentale	Collaborazione con la DCS per la predisposizione del nuovo Piano della Salute Mentale.

3.2 PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

3.2.1 Tutela della salute della donna	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Consolidare il ruolo dell'ostetrica nel supporto della donna in ogni fascia d'età, anche attraverso l'inserimento della figura all'interno degli istituendi CAP, insieme ai MMG	Ostetrica inserita nel 30% dei CAP istituiti nel 2017
Strutturare i percorsi della gravidanza fisiologica anche con la prescrizione degli esami diagnostici, e quelli successivi al parto, con il ripristino ed il rafforzamento, dove già esistenti, delle visite domiciliari.	Percorsi della gravidanza fisiologica: procedura definita in collaborazione tra le aziende
Nell'ambito dei corsi di preparazione al parto e nei centri nascita veicolare il messaggio dell'importanza della vaccinazione infantile e dell'adozione di stili di vita sani	Evidenza della promozione delle vaccinazioni da parte delle ostetriche e delle assistenti sanitarie nei corsi di accompagnamento al parto e puerperio e nei centri nascita

3.2.2 Migliorare la salute nei soggetti a rischio MCNT e malati cronici (Programma I PRP)	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Partecipazione al progetto Cardio 50	Partecipazione
Avvio di un progetto di analisi sulla possibilità di attivazione di uno "screening opportunistico" su stili di vita e rischio cardiovascolare globale nelle Aziende sanitarie della Regione, in coordinamento con l'A.I.R. dei MMGG	Evidenza di avvio dell'operatività nei distretti
Avvio a livello aziendale dei gruppi di lavoro per i Percorsi Assistenziali definiti in coerenza con il documento regionale di indirizzo	Evidenza di gruppi di lavoro attivi
Prosecuzione della formazione (tutte le aziende)	5 corsi FAD specifici per gruppi omogenei e 5 corsi residenziali (1 per azienda): la partecipazione del personale sanitario, come definito dal PRP ed in percentuale cumulativa con 2016, deve raggiungere almeno il 9%
Programmare e realizzare a livello locale per la presa in carico precoce dei soggetti con disturbi d'ansia/depressivi	
Definizione condivisa di un modello per la presa in carico	Applicazione del modello "stepped care" del percorso di cura del paziente depresso
Formazione di mmg e pls.	Percorso formativo realizzato

3.2.3 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
garantire il rispetto degli 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".	Adozione formale di un sistema regionale di verifica dei requisiti dei centri di senologia. Rispetto dei requisiti da parte della Aziende
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 - centro regionale unico di lettura per lo screening mammografico
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%
garantire il rispetto dei requisiti definiti dalla regione per i centri di secondo livello per il programma di screening per la cervice uterina	Adozione formale di un sistema regionale di verifica dei requisiti dei centri di secondo livello. Rispetto dei requisiti da parte della aziende
garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica per gli esami di 2° livello di screening	Percentuale di compilazione dei campi fondamentali $\geq 95\%$
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

3.2.4 Gli screening neonatali (Programma III PRP)

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
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.	Garantire la partecipazione ai lavori Adozione formale in ogni punto nascita delle procedure di screening neonatale audiologico e oftalmologico
Assicurare da parte di tutti i punti nascita la regolare comunicazione IRCSS Burlo della	Report di monitoraggio del programma regionale Formale adozione della procedura in tutti i punti

rilevazione del TSH neonatale.	nascita
Programma di identificazione precoce della fibrosi cistica e dei neonati con emoglobinopatie	Partecipazione al programma di identificazione precoce della fibrosi cistica e dei neonati con emoglobinopatie Formale adozione della procedura in tutti i punti nascita

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Le aziende sanitarie collaborano e sostengono percorsi ed azioni coerenti a diffondere in tutta la Regione il modello di Scuola che promuove la salute, che ha lo scopo di migliorare il successo scolastico e facilitare l'azione in favore della salute.	Almeno il 20% delle 167 scuole della Regione dovranno esser raggiunte dalla proposta di aderire alla rete Scuole che promuovono salute (SHE).
Presentazione e avvio, da parte di tutte le aziende sanitarie, di una progettualità, con il finanziamento dedicato, di per education nelle scuole della regione. Continua la diffusione e implementazione dei progetti riconducibili alle buone pratiche, quali modello What's up, Unplugged, peer education ecc	Aderiscono alla progettazione almeno il 45% delle scuole della regione (almeno 60 scuole raggiunte).
AAS 5: coordina 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	Report alla DCS

3.2.6 Prevenzione delle dipendenze (Programma IV PRP)

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Creare un Gruppo di formatori per i docenti delle scuole primarie e secondarie sulle life skills come strumento di prevenzione anche delle dipendenze, attraverso l'organizzazione di un Workshop regionale teorico-pratico	- 1 workshop formativo Regionale - almeno 1 workshop di "trasferimento LS contesto scuola" per azienda - almeno 4 operatori formati per Azienda (Prevenzione, Dipendenze e altre strutture interessate)
Formare gli Assistenti sociali degli ambiti territoriali per diffondere gli strumenti di identificazione precoce delle persone vulnerabili al gioco d'azzardo patologico	Almeno 1 corso per Assistenti sociali degli ambiti su ogni territorio Aziendale;

3.2.7 Promozione dell'attività fisica (Programma V PRP)

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

Avvio di un progetto di attività fisica rivolto alla popolazione adulta da realizzare con il finanziamento dedicato	Presentazione del progetto alla DC e avvio realizzazione
Realizzazione progetti di promozione attività fisica adattata Favorire lo sviluppo di attività di promozione della salute attraverso iniziative volte a incrementare corretti stili di vita, in particolare l'attività fisica (gruppi di cammino, ecc.) e la corretta alimentazione	Almeno 2 iniziative/progetti
Diffusione del catalogo aziendale delle offerte e opportunità di attività fisica presenti sul territorio e aggiornamento dello stesso	Catalogo aziendale pubblicato sul sito aziendale e aggiornato

3.2.8 Prevenzione degli incidenti stradali (Programma VI PRP)

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Sensibilizzare alla prevenzione degli incidenti stradali	Iniziative di comunicazione e informazione alla popolazione
Adottare le raccomandazioni regionali per l'invio ad approfondimento neuropsicologico dell'idoneità alla guida	Raccomandazioni adottate e accertamenti eseguiti

3.2.9 Prevenzione degli incidenti domestici (Programma VII PRP)

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Continuare nell'attività di sensibilizzazione della popolazione nella prevenzione degli incidenti domestici	Report congiunto di monitoraggio relativo alle attività previste dal Programma VII PRP inviato alla DCS
Proseguire la rilevazione attraverso la check-list dei rischi nelle abitazioni con analisi dei risultati	Almeno 50 abitazioni valutate
Formazione operatori sanitari e dell'assistenza, con particolare riferimento al personale di assistenza dell'anziano	Almeno 1 evento

3.2.10 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
SPSAL: partecipare ad azioni di verifica della omogeneità dell'applicazione in ambito regionale delle procedure di vigilanza in edilizia e prosecuzione della diffusione delle stesse ai	Partecipazione ai lavori del GRE Report elaborato da parte del GRE sulla omogeneità dell'applicazione delle procedure di vigilanza in edilizia in regione.

portatori di interesse	Realizzazione di almeno un incontro provinciale con i portatori di interesse sulle problematiche connesse all'applicazione delle norme poste a tutela del lavoro in edilizia
SPSAL: partecipare ad azioni di verifica della omogeneità dell'applicazione in ambito regionale delle procedure di vigilanza in agricoltura e prosecuzione della diffusione delle stesse ai portatori di interesse	Partecipazione ai lavori del GRA Report elaborato da parte del GRA sulla omogeneità dell'applicazione delle procedure di vigilanza in agricoltura in regione. Realizzazione di almeno un incontro provinciale con i portatori di interesse sulle problematiche connesse all'applicazione delle norme poste a tutela del lavoro in agricoltura
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	Proposta di linee guida regionali
SIAN/VET: partecipare alla formazione degli auditor e al programma di mantenimento della qualifica	Almeno 36 auditor ufficiali formati (regionale complessivo)
SPSAL: realizzare un programma di audit mirato alle aziende dei comparti agricolo ed edile con il coinvolgimento dei comitati paritetici e bilaterali	Operatori formati secondo le indicazioni del PRP, Scheda di audit realizzata, Programma di audit realizzato
Partecipare alla revisione della lista dei controlli sulle imprese e alla diffusione del documento ai portatori di interesse	Partecipazione al Gruppo regionale che provvederà alla revisione ed integrazione della Lista regionale dei controlli sulle imprese disponibile sul sito aziendale

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Mantenere un'adeguata vigilanza nei settori edile e agricolo secondo i parametri definiti a livello nazionale	5% delle aziende vigilate. <ul style="list-style-type: none"> ○ Agricoltura mantenimento dell'attività di vigilanza dell'anno precedente 90 aziende agricole a livello regionale ○ Edilizia vigilare un numero di cantieri pari al 12% dei cantieri notificati nell'anno precedente (Report di attività alla DCS)
Realizzare almeno un incontro informativo/formativo rivolto ai soggetti della prevenzione operanti nel settore edile e agricolo	Report di attività alla DCS con descrizione evento formativo, numero di operatori formati suddivisi per categoria

3.2.12 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 o 2 iniziative di sensibilizzazione, finalizzati ad una maggiore conoscenza della corretta valutazione dei rischi, al reinserimento dei soggetti patologici e all'appropriatezza e qualità delle segnalazioni di malattia professionale.	2 corsi accreditati o 2 iniziative di sensibilizzazione a livello regionale (1 a Pordenone)
Partecipare all'avvio dell'applicazione del metodo OCCAM (pag.90 PRP)	Analisi OCCAM su una neoplasia professionale
Proseguire in ogni azienda il programma integrato di promozione della salute dei dipendenti, che coinvolge 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 - Offerta di percorsi per smettere di fumare
Realizzazione di un progetto sullo stress lavoro correlato	- Entro dicembre 2017 realizzato il progetto sullo stress lavoro correlato

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Alimentare le banche dati Informo e Malprof e coordinarsi per la stesura di un report regionale	Report congiunto di attività inviato alla DCS
Sviluppo di sistemi informativi rivolta alla dematerializzazione delle comunicazioni obbligatorie	a) Informatizzazione delle notifiche ex art.250 e 256 del D.Lgs. 81/08 b) Avvio delle procedure per l'informatizzazione delle notifiche ex art.99 del D.Lgs 81/08
Inviare i dati di attività dei servizi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro delle aziende alla regione per trasmissione al comitato interregionale di coordinamento	Dati inviati alla DCS
Monitorare le verifiche periodiche delle attrezzature di lavoro con inserimento dei dati in apposito database	il 50% delle verifiche effettuate da ogni azienda sanitaria è inserito a data base

3.2.14 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
---------------------	------------------

Stesura delle linee di indirizzo regionali sulla VIS (Valutazione di impatto sulla salute per la Pubblica Amministrazione) secondo i contenuti delle "Linee Guida VIS - Tools 4 HIA" attraverso la partecipazione al tavolo tecnico VIS	Adozione linee di indirizzo VIS regionali
Partecipazione attiva al "Gruppo Tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali " di cui al Decreto n°630/SPS del 12.08.15 finalizzato alla valutazione delle ricadute sulla salute connesse ai determinanti ambientali, comportamentali e sociali;	Evidenza di partecipazione al "Gruppo Tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali "
Il monitoraggio straordinario delle acque destinate al consumo umano, per le aziende nei cui territorio sono state rilevate criticità	Report sui risultati del monitoraggio
Promozione della sostenibilità e della eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, in relazione al rischio radon anche attraverso iniziative di formazione;	1 corso realizzato a livello regionale per professionisti
Promozione del corretto uso della telefonia cellulare attraverso la programmazione di eventi formativi nelle scuole.	Realizzare la formazione in almeno il 50% degli istituti comprensivi

3.2.14 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
1. Raccogliere i dati relativi ai mesoteliomi degli ex esposti e inviare al COR assicurando la trasmissione delle schede ReNaM 2. trasmettere i dati sui soggetti attualmente esposti al CRUA e alla DCS secondo le relazioni annuali compilate dalle ditte di bonifica.	- dati inviati al COR - schede ReNaM trasmesse - i dati sui soggetti attualmente esposti trasmessi al CRUA e alla DCS
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
Realizzare un evento formativo regionale per le imprese e RSPP del settore del legno arredo mirato alla sensibilizzazione degli "end user", anche produttori di articoli, sugli obblighi che fanno loro capo in materia di REACH	1 evento formativo

3.2.15 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive (Programma XIII PRP)	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Adottare e applicare le Linee guida regionali per il controllo della tubercolosi e realizzare la formazione degli operatori	<ul style="list-style-type: none"> - Assicurare la partecipazione ad un evento regionale - 1 iniziativa formativa/informativa in ogni Azienda
Garantire l'offerta attiva e gratuita del test HIV, anche in forma anonima, anche ad utenti in trattamento per problemi alcol correlati.	Report aziendale
Assicurare il proseguimento delle campagne vaccinali già avviate	Miglioramento delle coperture vaccinali come da tabella LEA
<p>Adeguare la progressione dell'offerta vaccinale al nuovo PNPV attraverso la</p> <ul style="list-style-type: none"> – Formazione – Revisione organizzativa – Attività di comunicazione per operatori (MMG, PLS) e utenti <p>Sviluppare un progetto in collaborazione con la PLS per la promozione delle vaccinazioni.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Un corso di formazione sul campo in materia di vaccinazioni in ogni Azienda Sanitaria - Formazione degli operatori dei servizi vaccinali al counselling prevaccinale - offerta attiva garantita per meningococco B - offerta garantita (non attiva) per rotavirus - offerta garantita (non attiva) per herpes zoster (ai 65enni) - evidenza di iniziative di comunicazione
Assicurare procedure uniformi per la gestione dei soggetti inadempienti/esitanti alla vaccinazione	- Adozione formale di protocollo regionale
Offerta vaccinazioni in categorie a rischio	definiti i protocolli aziendali in applicazione ai protocolli regionali
Avvio di un processo di accreditamento dei servizi vaccinali	evidenza di avvio del processo
Garantire la rilevazione delle reazioni avverse a vaccino	Report aziendale inviato alla DCS
Tutti gli ospedali partecipano ai programmi di sorveglianza delle ICA, con evidenza di monitoraggio degli indicatori regionali.	indicatori regionali monitorati
Effettuare in tutti gli ospedali per acuti la Point Prevalence Survey sulle Infezioni correlate all'assistenza.	PPS effettuata
Effettuare in tutti gli ospedali per acuti la Point Prevalence Survey sul consumo degli antibiotici.	Report aziendale sul consumo di antibiotici
Formazione degli operatori sull'uso appropriato degli antibiotici in ospedale e nelle strutture residenziali per anziani	Almeno 1 iniziativa di formazione

Formazione degli operatori sull'uso appropriato degli antibiotici negli allevamenti industriali	1 evento
---	----------

3.2.16 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 mensile
Realizzare in modo coordinato tra le aziende sanitarie almeno un intervento formativo/informativo per la sensibilizzazione di gruppi specifici (tatuatori, estetisti, piercers..) sui problemi correlati alle malattie trasmissibili	1 intervento formativo/informativo
Garantire la formazione dei propri operatori sull'antimicrobial stewardship	In ogni azienda almeno il 25% di medici prescrittori formati
Diffondere a tutti gli operatori sanitari la reportistica regionale sulle resistenze batteriche	Report inviato in formato elettronico a tutti gli operatori sanitari coinvolti in prescrizione e somministrazione di farmaci
In applicazione del Piano generale regionale di risposta alle emergenze, definire e formalizzare l'unità di crisi aziendale	Unità di crisi aziendale formalizzata

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Sviluppare il piano d'azione elaborato da ogni azienda per i propri punti nascita e garantire la partecipazione degli operatori dedicati, al percorso formativo programmato a livello regionale	40% operatori dedicati formati
Monitorare le gare di appalto di PA e Enti già mappate nel 2016 e fornire il proprio contributo nelle gare d'appalto in corso nel 2017 per favorire il maggior consumo di frutta e verdura, la riduzione del consumo di sale, usando quello iodato, l'utilizzo di prodotti preferibilmente tipici e a filiera corta	Contributo al 5% delle gare d'appalto di PA e Enti in corso nel 2017
Realizzare corsi di formazione in ogni azienda su stili alimentari salutari per operatori sanitari della prevenzione, delle cure primarie e degli ospedali, anche integrati con le proposte dei programmi I e X	Realizzare un corso di formazione
Realizzare un secondo corso di formazione, a valenza regionale con la condivisione e il contributo	Partecipazione alla realizzazione del corso regionale

di tutte le Aziende Sanitarie, rivolto a formatori di GDO, Ristorazione Collettiva e Pubblica sui temi del maggior consumo di frutta e verdura, la riduzione del consumo di sale, usando quello iodato, la dovuta attenzione ai soggetti allergici e intolleranti attraverso la corretta applicazione del Reg.CE 1169/2011	Report che evidenzi la diffusione dei contenuti nel territorio aziendale
--	--

3.2.18 Sicurezza alimentare e di salute e benessere animale	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Effettuare i controlli sulla condizionalità come da convenzione con il MIPAAF/AGEA	Effettuare il 100% dei controlli previsti per gli atti di interesse della condizionalità e inserire le evidenze ed i verbali in BDN.
Ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi contenuti nel Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare anche attraverso l'attività di ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base ai criteri del rischio, delle imprese alimentari; a parità di rischio dovrà essere mantenuto almeno il tasso di copertura 2016	Come da Prisan regionale (VET. Origine Animale): <ul style="list-style-type: none"> - n. 718 interventi ispettivi programmati per il 2017; - n. 18 audit per settore programmati per il 2017 - Campionamento come da PRISAN - n. 55 valutazioni del rischio programmate - n. 10 controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni. SIAN: <ul style="list-style-type: none"> - controlli ufficiali 20% - Campionamento come da PRISAN - Valutazione rischio 100% delle attività controllate - N. 6 Audit - n. 10 controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni Adesione alle indicazioni regionali.
Attuazione del quarto anno del Progetto Piccole Produzioni Locali in accordo con la Direzione centrale agricoltura. Applicazione del nuovo Regolamento con coinvolgimento del Servizio SIAN.	Aumentare l'informazione e la formazione sul territorio, informando le Aziende dell'allargamento del paniere dei prodotti come da DPR 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: <ul style="list-style-type: none"> - carni suine e avicuniole - carni di specie diverse - prodotti lattiero caseari di malga - vegetali, confetture, conserve, prodotti da

	forno, erbe aromatiche, prodotti dell'alveare, vegetali fermentati, lumache, ecc...
Misure di prevenzione su base genetica per l'eradicazione della Scrapie ovina classica, finalizzate all'incremento dell'allele di resistenza della proteina prionica (ARR) nell'intero patrimonio ovino nazionale	Controlli sierologici sui capi destinati alla riproduzione come da quanto previsto nel decreto Ministeriale, al fine di ottenere un patrimonio ovino regionale indenne da Scrapie.
Attuazione del Piano regionale di monitoraggio e controllo della malattia di Aujeszky dei suini.	n. allevamenti della coorte individuati dal Piano regionale da controllare al fine del mantenimento dell'indennità.
Attuazione dei controlli sul benessere animale negli allevamenti e durante il trasporto secondo le linee guida operative dettate dalla Task Force benessere animale, istituita con Decreto 659/SPS del 20/08/2015	n. interventi di controllo sul rispetto del benessere animale richiesti dal PRISAN 2017
Attuazione dei controlli sull'anagrafe ovi caprina come da indirizzi LEA Ministeriali.	Raggiungimento del 3% dei controlli su base Regionale come richiesto da LEA Ministeriali.
Applicazione del PRP sull'Igiene Urbana Veterinaria.	Effettuare il 100% dei controlli sulle strutture di ricovero e custodia della Regione Autonoma FVG sia convenzionate che non convenzionate.
Applicazione piano vaccinale blue tongue	100% entro 28 febbraio 2017

3.3 ASSISTENZA PRIMARIA

3.3.1 Attuazione accordo per la Medicina generale	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1) Avvio delle Nuove medicine di Gruppo in ogni Azienda 2) Sviluppo dei CAP in ogni Azienda 3) Attivazione di programmi di medicina d'iniziativa 4) Revisione procedure dimissione protetta	1. Sviluppo delle Nuove medicine di gruppo conforme a quanto previsto dalla DGR 39/2016. 2. In ogni Azienda sono presenti non meno di 4 CAP. 3. Evidenza in ciascuna Azienda Sanitaria di effettivo avvio dei programmi nell'ambito della gestione delle patologie croniche; miglioramento del livello degli obiettivi raggiunti per quanto riguarda il diabete previsti dall'AIR di cui alla DGR 39/2016 nel 2017 vs 2015. 4. Evidenza di aggiornamento della procedura delle dimissioni protette sulla base delle nuove indicazioni regionali.

3.3.2 Accreditemento	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Partecipazione attiva al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti. 2. Collaborazione allo sviluppo dell'organismo tecnicamente accreditante (OTA), costituito da tutti i referenti dell'accREDITamento istituzionale, secondo le direttive dell'Intesa CSR del 19/2/2015 recepita con la DGR 2220/2015 3. L'AAS5 pianificare e avviare le iniziative di miglioramento per il raggiungimento degli standard dove individuate non conformità	1. Mantenimento della messa a disposizione dei valutatori per i sopralluoghi di accreditamento per almeno 20 giornate; 2. partecipazione alle attività regionali (OTA) 3. Definizione e avvio di un programma pluriennale per il raggiungimento degli standard
Progetto aziendale	
L'AAS5 sperimenta nei servizi per persone con disabilità le norme UNI 11010 per la definizione dei requisiti (standard) dei servizi per l'abitare e i servizi per l'inclusione sociale delle persone con disabilità.	- La norma UNI 11010 viene sperimentata nei servizi per l'abitare dei servizi per la disabilità dell'AAS5

3.3.3 Odontoiatria sociale	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
1. Aumento delle prestazioni LEA erogate raggiungendo la media aziendale di almeno 1,5	1. Incremento del 20% delle prestazioni LEA erogate nel 2015

prestazioni/ora per odontoiatra	2. N. 50 casi di terapia ortodontica e n. 200 protesi totali
2. Prestazioni non LEA erogate	
3. Percentuale aziendale di visite odontostomatologiche	3. Percentuale non superiore al 50% del totale delle prestazioni erogate (sono escluse le visite del pronto soccorso odontostomatologico)
4. Razionalizzazione dell'offerta nel distretto sud	4. Recupero delle risorse dall'ambulatorio distrettuale di Prata per il potenziamento delle altre sedi

3.3.4 Cure palliative e terapia del dolore	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
1. Prosecuzione delle attività della rete locale per le cure palliative.	1. Mantenimento dell'attività
2. Istituzione/potenziamento degli hub e spoke della rete locale per la terapia del dolore dell'età adulta	2. Attivare il centro hub di terapia del dolore e negli altri ospedali attivare i centri spoke secondo le indicazioni della DGR 165/2016 che ne ha definito le caratteristiche e i requisiti.
3. ASSISTENZA H12 7 su 7: sono garantite Cure Palliative domiciliari 5 giorni su 7, dalle 9 alle 17, attraverso l'erogazione diretta degli operatori dell'équipe e con reperibilità medico 7 giorni su 7 dalle 8 alle 20 (consulenza telefonica agli assistiti e/o ai Medici dei servizi di continuità assistenziale)	3. Assistenza garantita h12 7 giorni su 7
4. TEMPISTICA DI PRESA IN CARICO MALATI ONCOLOGICI DECEDUTI: Suddividere il numero di malati oncologici deceduti in base al tempo intercorso tra il momento della segnalazione e la presa in carico. Entro 1 giorno dalla segnalazione/Tra 1 e 2 giorni dalla segnalazione/Tra 2 e 3 giorni dalla segnalazione/Oltre 3 giorni dalla segnalazione/Momento della segnalazione non noto.	4. La sommatoria dei malati presi in carico entro 1 giorno, entro 2 giorni ed entro 3 giorni deve essere superiore o uguale all'80%
5. CIA (coefficiente di intensità assistenziale) dell'assistenza domiciliare a favore dei pazienti terminali presi in carico dalla rete delle cure palliative	5. superiore o uguale a 0,5
6. Percentuale di malati oncologici deceduti fuori dall'ospedale	6. uguale o superiore al 50%
7. attivazione del monitoraggio dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni di terapia del dolore in tutti i setting assistenziali	7. trasmissione report alla direzione centrale salute

8. Attivazione di almeno una campagna informativa sulle reti delle cure palliative e della terapia del dolore da realizzarsi con finanziamento della LR 10/2011 in ciascuna Azienda	8. Campagna informativa realizzata
9. Attivazione di presa in carico dei malati oncologici in "fase avanzata" con supporto psico-relazionale individuale e della famiglia	9. Almeno il 20% dei pazienti presi in carico con supporto psico-relazionale individuale e delle famiglie

3.3.5 Superamento della contenzione

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Dare attuazione alla DGR n. 1904/2016: - Costituzione di una commissione multidisciplinare e multi professionale per l'eliminazione della contenzione. - Prevenzione delle situazioni assistenziali difficili caratterizzate da: - comportamenti aggressivi - non adesione al trattamento - volontà di allontanamento della persona destinataria di cure inderogabili.	- Almeno un incontro del gruppo di lavoro multidisciplinare per l'analisi ed il recepimento del DGR n. 1904/2016 - Costituzione di una commissione tecnica aziendale multi-professionale e multi-disciplinare - Report di mappatura, monitoraggio e analisi del fenomeno della contenzione (primo trimestre 2017 T0; ultimo trimestre 2017 T1) in tutte le strutture sanitarie, socio-sanitarie e assistenziali e tre aree ospedaliere (medicina, chirurgia e ortopedia) almeno nel 30% delle persone ospiti/accolte secondo quanto disposto nella DGR 1904/2016

3.3.6 Riabilitazione

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
1. Attivazione a livello aziendale della rete per le malattie neuromuscolari e la sclerosi laterale amiotrofica 2. Attivazione a livello aziendale del PDTA per la sclerosi multipla entro la seconda metà del 2017. 3. Formazione personale	1. E' attivato un gruppo integrato neuromuscolare (GIN) con la finalità della presa in carico della persona con malattia neuromuscolare nell'ambito territoriale di competenza. 2. Entro il 2017 i pazienti con sclerosi multipla sono presi in carico con le modalità previste dal percorso assistenziale 3. Formazione di 15 IP e 10 FT per riabilitazione cardiopneumologica domiciliare

3.3.7 Assistenza domiciliare

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Incrementare il numero di pazienti presi in carico in Assistenza Domiciliare con documentazione completa e accessi ≥ 1 settimana.	$\geq 3,8\%$ popolazione secondo nuova griglia LEA

3.3.8 Salute mentale	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Adozione del nuovo Piano della Salute Mentale	Collaborazione con la DCS per l'elaborazione del Piano d'azione regionale per la Salute Mentale.
Informatizzazione dei dati relativi alle attività dei servizi di salute mentale (età adulta ed età evolutiva)	Implementazione e adozione del nuovo gestionale regionale (ancora non disponibile)

3.3.9 Disturbi del comportamento alimentare	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
2. Partecipazione dei referenti aziendali individuati al Tavolo tecnico salute mentale	2 I referenti regionali individuati hanno partecipato all'80% degli incontri
<u>DCA</u>	<u>DCA</u>
4 Partecipazione e collaborazione attiva al Tavolo tecnico regionale DCA	1 I referenti regionali individuati hanno partecipato all'80% degli incontri
5 IRCCS Burlo Garofolo e ASUIUD attivano la funzione di osservatorio epidemiologico per i DCA, in collaborazione con la Direzione Centrale Salute, i DSM e i servizi per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza, come definito dal Decreto 1200/2013;	Gli Osservatori epidemiologici DCA predispongono un report sull'attività 2017 della rete sulla base di indicazioni della Direzione.
6 Consolidamento della rete di offerta con l'attività a regime degli ambulatori dedicati e dei centri diurni per l'età adulta e per l'età evolutiva.	3. Riorganizzazione del DCA di S. Vito ed individuazione del responsabile
7 Formazione specifica degli operatori	3 Evidenza documentale di un percorso aziendale strutturato per l'intervento semiresidenziale
	4 Evidenza di corsi formativi

3.3.10 Salute mentale in età evolutiva	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Salute mentale in età evolutiva	- Collaborazione con la DCS per la formazione della rete regionale dei servizi di salute mentale per l'età evolutiva. - Proseguimento nel rinforzo dei servizi di salute mentale per l'età evolutiva come previsto dalla DGR n. 1671/09.09.2016 (assunzioni in deroga)

3.3.11 Autismo	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Partecipazione dei referenti individuati delle NPI	1. I referenti individuati hanno partecipato all'80%

al tavolo tecnico regionale in tema di salute mentale 2. Implementazione del percorso diagnostico assistenziale per il minore affetto da disturbi dello spettro autistico	degli incontri regionali organizzati 2. Numero corsi (Early Start Denver Model) e numero operatori formati in tema di gestione del minore con disturbi dello spettro autistico 3. Costituzione di un'equipe integrata dedicata alle persone affette da disturbi comportamentali in disabilità intellettiva e dello spettro autistico.
--	---

3.3.12 Consulteri familiari

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Implementazione dell'offerta della visita domiciliare ostetrica in puerperio. 2. Promozione della salute della donna in età post-fertile	1. Attivazione del servizio. 2. Evidenza di interventi a favore della salute della donna in età post-fertile

3.3.13 Diabete

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Le Aziende organizzeranno corsi di formazione per garantire l'applicazione del "Documento di indirizzo regionale sull'Assistenza alla Persona con Diabete"	1. Evidenza entro il 31/3/2017 dell'attuazione dei corsi a livello aziendale rivolti ai MMG e agli operatori dei distretti che si occupano di diabete nell'assistenza primaria.

3.3.14 Sanità penitenziaria

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. A seguito dei lavori del Gruppo tecnico regionale le Aziende elaborano programmi per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario in carcere.	1. Programmi aziendali per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario in carcere entro il 2017.

3.3.15 Ospedali psichiatrici giudiziari

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
REMS di Maniago	Attivazione di percorsi personalizzati per gli utenti inseriti nella REMS.

3.3.16 Dipendenze

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. 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. Invio e validazione dei dati per i flussi informativi

	regionali raccolti dell'osservatorio.
2. Partecipazione alla realizzazione di un workshop regionale, in collaborazione con il terzo settore sui trattamenti alcolici.	2. Partecipazione di almeno il 70% del personale dei servizi per le dipendenze dedicati al trattamento alcolico al workshop regionale.
3. Promuovere e aumentare il numero di programmi terapeutico riabilitativi in misura alternativa alla detenzione per detenuti con dipendenza patologica e di messe alla prova.	3. Partecipazione alla realizzazione di una formazione a valenza regionale sulle misure alternative e messe alla prova. Aumento delle misure alternative e messe alla prova (2017 vs 2016).
4. Partecipazione ai tavoli di monitoraggio sugli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale.	4. Individuazione di almeno 3 indicatori di outcome relativi agli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale.
5. Produzione di almeno 3 indicatori di outcome	5. Report con l'esito di almeno 3 indicatori di outcome.

3.3.17 Privacy

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Fascicolo sanitario elettronico (FSE) Attivazione del fascicolo sanitario elettronico (FSE).	Partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale
Privacy	- Incremento della raccolta consenso dei dati al trattamento dei dati personali

3.3.18 Continuità assistenziale 116-117

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Attivazione della linea telefonica dedicata. Sostegno alla continuità assistenziale.	Partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale Organizzazione con risorse infermieristiche della continuità assistenziale dei pazienti in cura/assistenza domiciliare, coerentemente con l'Accordo Stato - Regioni.

3.3.19 Sperimentazione di assistenza infermieristica di comunità in aree urbane

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Migliorare l'accessibilità ai servizi sanitari delle fasce più deboli della popolazione.	Sperimentare in aree urbane l'utilizzo di personale infermieristico per lo svolgimento di attività di salute comunitaria e per favorire una migliore accessibilità ai servizi per le fasce più deboli.

3.4 PROGETTI ATTINENTI LE ATTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALI

3.4.1. Insufficienze d'organo e trapianti	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Cuore	
Cuore	<ol style="list-style-type: none"> 1. Partecipazione al tavolo regionale per la predisposizione di almeno 2 percorsi assistenziali a valenza regionale (VAD e ECMO) 2. Riduzione del tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti di 50-74 anni < 210
Rene	
Rene	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mantenimento dei pazienti in emodialisi al di sotto del 46% del totale (trapiantati + emodializzati + in dialisi peritoneale) 2. Potenziamento del programma Trapianti di rene con riduzione dei Tempi di iscrizione in lista (differenza tra inserimento in donor manager T3 e raccolta del consenso all'avvio dell'iter per l'inserimento in lista T0 < 10 mesi almeno nel 75% dei casi che hanno dato il consenso).
Fegato	
Fegato	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formalizzazione di almeno 2 percorsi assistenziali a valenza regionale dei quali almeno uno che riguarda i pazienti trapiantati 2. Individuazione e segnalazione pazienti per l'iscrizione in lista trapianto, presso il centro trapianti dell'ASUIUD, di almeno 13 pazienti nell'anno 2017
Pancreas	
Pancreas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Partecipazione al tavolo regionale per la formalizzazione della filiera <i>pancreas</i> 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 30 casi per milione di residenti.
Polmone	
Polmone	<ol style="list-style-type: none"> 1. Partecipazione al tavolo regionale per la formalizzazione della filiera <i>polmone</i> della rete per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti 2. Riduzione del tasso di ospedalizzazione per

	<p>BPCO portandolo al di sotto del 60 per 100.000 residenti di 50-74 anni.</p> <p>3. Formazione di 3 infermieri per ogni distretto sanitario per la gestione integrata con le Pneumologie di riferimento dell'ossigenoterapia domiciliare</p> <p>4. Formazione di 2 fisioterapisti per distretto, da parte delle Pneumologie di riferimento, finalizzata alla riabilitazione respiratoria ambulatoriale e domiciliare</p>
Occhi	
Occhi	<p>1. Mantenimento dei volumi di donazione cornee</p> <p>2. Aumento del numero di trapianti di cornea</p>
Donazione d'organi	
Donazione d'organi	<p>1. Partecipazione al tavolo regionale per la formalizzazione del protocollo per prelievo d'organi da paziente con accertamento del decesso con criteri cardiologici</p> <p>2. Partecipazione al tavolo regionale per la formalizzazione del protocollo per la donazione multi-tessuto esistente.</p>

3.4.2. Emergenza urgenza	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Ictus	
Ictus - trombolisi	1. Attività di trombolisi endovenosa/endoarteriosa a 90 casi/anno presso AAS5
Ictus – misurazione	2. Trasmissione alla DCS di un report/semestre con i dati di attività
Ictus – Barthel Index	<p>3. Produzione e trasmissione alla DCS di un report semestrale sulla presenza e compilazione, nella cartella clinica, delle scale Barthel Index e Rankin Scale modificata.</p> <p>I dati dovranno essere raccolti su un campione di cartelle (ricoveri con DRG 14 o codici ICD-9-CM indicati) con le seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> - periodi di riferimento: 01/01/2017-30/06/2017 e 1/7/2016-31/12/2017; - campione cartelle: <p>ospedali con ricoveri < 500/anno: 30 cartelle per periodo esaminate;</p>

	<p>ospedali con ricoveri > 500/anno: 50 cartelle per periodo esaminate;</p> <ul style="list-style-type: none"> - rappresentatività delle diverse unità operative che accolgono e/o dimettono i pazienti, (campione proporzionato al numero dei ricoveri/anno di ciascuna unità operativa); - esclusione dal campione dei pazienti con esito ricovero "deceduto".
Emergenze cardiologiche	
Emergenze cardiologiche	<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 2. Misurazione del tempo intercorrente fra l'effettuazione dell'ECG sul territorio e l'inizio della procedura in emodinamica (relazione di analisi dei dati 2016 e primo semestre 2017).
Trauma	
Trauma	<ol style="list-style-type: none"> 1. Partecipazione al tavolo regionale per la formalizzazione di un sistema di indicatori clinici per il monitoraggio dei tempi e degli esiti. 2. Trattamento della Frattura di femore entro 48H in almeno il 70% (hub) o 80% (spoke) dei casi trattati dal presidio ospedaliero. 3. Implementazione, all'interno del PO di Pordenone, di un'organizzazione per l'urgenza traumatologica distinta dalle altre urgenze, in modo da accelerare i tempi di trattamento di tutta la traumatologia. 4. Sviluppare le competenze di trauma center presso l'ospedale di Pordenone.
Pronto soccorso ed emergenza urgenza	
Pronto soccorso ed emergenza urgenza	<ol style="list-style-type: none"> 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 2015 del 65,89% - 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%

	<p>(hub) (media regionale 2015 del 78,24% - fonte Bersaglio)</p> <p>3. Partecipazione ai tavoli tecnici per la revisione e il confronto interaziendali per la gestione clinica per 5 eventi patologici acuti, più frequenti.</p>
--	--

3.4.3 Reti di patologia

Obiettivo aziendale	Risultati attesi
Malattie rare	<ol style="list-style-type: none"> 1. Produzione entro il 31 dicembre 2017 di almeno 1 percorso assistenziale per eventuali gruppi nosologici attribuiti al PO di Pordenone. 2. Implementazione del flusso informativo al registro regionale di cui al DM 279/2001 (aggiornamento dati del registro con inserimento del 100% dei casi in prevalenza al 30 novembre 2017)
Malattie reumatiche	<ol style="list-style-type: none"> 1. Utilizzo dello strumento informatico che sarà messo a disposizione per il monitoraggio dell'applicazione dei percorsi assistenziali già formalizzati. 2. Evidenza, entro il 30 giugno, nel sito aziendale dei medici reumatologi aggregati alle medicine interne e di quelli appartenenti ai servizi.

3.4.4 Materno-infantile

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Gestione gravidanza fisiologica	Responsabilizzazione diretta delle ostetriche nella gestione del percorso per la gravidanza fisiologica (previa definizione di un protocollo regionale). Monitoraggio del 50% delle gravidanze fisiologiche che accedono al consultorio a partire dalla data di avvio e dalla disponibilità di personale
Riduzione parti cesarei depurati (NTSV)	Mantenimento della percentuale dei parti cesarei depurati (NTSV) al di sotto del 20% dei parti totali dei parti depurati (valore medio regionale 2015 pari a 16,38% - fonte Bersaglio).
Riduzione parti indotti farmacologicamente	I parti indotti farmacologicamente devono essere ridotti al di sotto del 20% (valore medio regionale 2015 pari a 21,44% - fonte Bersaglio)
Chirurgia pediatrica	Collaborare con il Burlo a stilare 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 da una sola équipe chirurgica ed anestesiologicala del Burlo
--	---

3.4.5. Percorso nascita	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Sicurezza e appropriatezza percorso nascita	<ol style="list-style-type: none"> 1. Attuazione aziendale di quanto previsto nei provvedimenti nazionali e regionali, in termini di miglioramento della qualità, sicurezza e appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita. 2. Partecipazione alle attività del Comitato percorso nascita regionale. 3. Definizione di un documento per la gestione del percorso nascita nella provincia di Pordenone presso erogatori pubblici e privati accreditati.
Supporto alle giovani famiglie dopo il parto	Presenza in carico ambulatoriale o domiciliare di almeno il 30% dei nati.

3.4.6 Sangue ed emocomponenti	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Contributo all'autosufficienza regionale e nazionale	Partecipazione alle attività di raccolta sangue e plasma destinato al frazionamento industriale.
Sicurezza ed appropriatezza trasfusionale	<ul style="list-style-type: none"> - Partecipazione ai programmi regionali di sorveglianza trasfusionale. - Mantenimento della attività del Cobus
Partecipazione al centro unico regionale di produzione degli emocomponenti	- Trasferimento al centro regionale delle funzioni previste

3.4.7. Erogazione livelli di assistenza	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Monitoraggio coordinato degli indicatori per valutare efficienza ed efficacia della cure	<ol style="list-style-type: none"> 1. Riduzione del tasso di ospedalizzazione dal 128,57 ‰ al 125 ‰. 2. Riduzione del numero di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica: < 30% per gli adulti e < 50% per i pediatrici. 3. Mantenimento della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni: < 4%. 4. Recupero di almeno il 25% della fuga extra-

	regionale di ricovero e di specialistica ambulatoriale rispetto ai dati 2015 (dato cumulativo) . 5. Trasmissione alla DCS entro il 30 giugno 2017 dei 3 pacchetti di prestazioni da eseguire in day service ambulatoriali (proposte: scompenso cardiaco, diagnostica e follow up del paziente candidato al trapianto renale, iniezioni intravitreali con farmaci anti VEGF).
--	--

3.4.8 Rischio clinico, qualità e appropriatezza nell'erogazione delle cure	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso:
Rischio clinico	
<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 	<ul style="list-style-type: none"> Evidenza delle attività di rischio clinico nei diversi setting aziendali in coerenza con il Programma Regionale di Rischio Clinico Partecipazione ai programmi regionali con particolare attenzione alle seguenti linee: <ol style="list-style-type: none"> sicurezza del farmaco; adozione delle misure di "antimicrobial stewardship" già definite; partecipazione alla "Point Prevalence Survey" e diffusione capillare dei risultati; adozione di strumenti per la valutazione dello stato nutrizionale del paziente; identificazione, coinvolgimento e formazione anche attraverso la partecipazione agli eventi formativi organizzati dalla DCSISPS dei referenti e dei <i>link professional</i> aziendali dei progetti regionali; empowerment dei cittadini e dei pazienti sulle tematiche del rischio.
Rischio clinico	Strutturazione della Rete in accordo con la Delibera 1970 del 21.10.2016 "Rete Cure Sicure FVG: modello organizzativo"
Qualità e appropriatezza nell'erogazione delle cure	
Riorganizzazione dell'offerta prestazionale	Rispetto dei volumi previsti dal DM 70/2015 Evidenza di un piano di azioni nei settori della chirurgia oncologica e della chirurgia pediatrica
Contrasto all'inappropriatezza ed alla sovra-diagnosi (choosing wisely)	Partecipazione alla redazione di una lista di interventi a prescrizione potenzialmente inappropriata, con particolare riferimento a: <ul style="list-style-type: none"> diagnostica per immagini per lombalgie e mal di testa

	<ul style="list-style-type: none">• diagnostica per immagini cardiaca in pazienti a basso rischio• antibiotici per infezioni delle vie aeree superiori• densitometria ossea• esami preoperatori in pazienti a basso rischio• antipsicotici in pazienti anziani• nutrizione artificiale in pazienti con demenza avanzata o tumore in fase terminale• inibitori di pompa protonica nel reflusso esofageo• posizionamento del catetere urinario• induzione del parto in coerenza alle indicazioni regionali.
--	---

3.5 ASSISTENZA FARMACEUTICA

Assistenza farmaceutica	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Tetti Spesa Farmaceutica	
Spesa farmaceutica	Rispetto dei tetti fissati per la - Farmaceutica ospedaliera (comprensiva anche della spesa per i farmaci di fascia A erogati direttamente e in distribuzione per conto): 6,89% del FSR - Farmaceutica territoriale (contenente la sola spesa farmaceutica convenzionata): 7,96% del FSN
Prescrittori	
1. Individuazione di specifici obiettivi per i prescrittori sia a livello territoriale (distrettuale, ambulatoriale, MMG) che ospedaliero correlati ad indicatori di risultato da collegare alla programmazione per budget. Effettuazione di un monitoraggio periodico sull'utilizzo 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, redigendo un report semestrale con evidenza delle azioni intraprese nel corso del primo e secondo semestre da inviare alla DCS sia con riferimento alle iniziative di audit e feedback che alle iniziative più significative adottate (in particolare oncologici, immunologici, farmaci per l'epatite C, terapie intravitreali, farmaci del PHT_DPC, equivalenti, biosimilari).	1. a. Definizione di indicatori di budget specifici per i diversi prescrittori in collaborazione con la SOC Programmazione e Controllo. b. Predisposizione e definizione dei report definiti per le diverse categorie di prescrittori
Distribuzione diretta farmaci alto costo	
2. Nell'ambito della distribuzione diretta dei farmaci ad alto costo, definizione di idonei percorsi che consentano la verifica dell'appropriatezza d'uso anche da parte delle AAS e ASUI di residenza del paziente.	2. Richiesta di dati ai centri prescrittori extra-aziendali per i trattamenti con farmaci ad alto costo avviati agli assistiti dell'AAS5.
Prescrizione medicinali a brevetto scaduto	
3. 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	3. Promozione dell'utilizzo di farmaci a brevetto scaduto nell'ambito della medicina generale e nell'ambito della medicina specialistica/ospedaliera tramite riunioni di approfondimento e/o invio di reportistica di

delle Linee per la gestione del SSR – anno 2017, dovranno tendere ai valori target indicati.	monitoraggio.
Biosimilari	
4. Evidenza della prescrizione di bio-similari (ovvero di farmaci aggiudicatari di gara regionale con il profilo di costo-efficacia più favorevole nell'ambito delle categorie in cui è presente l'alternativa bio-simile) per i nuovi pazienti, al miglior valore possibile ovvero dovranno rappresentare una quota non inferiore all'80% del totale delle prescrizioni/confezioni erogate (resta comunque la possibilità per il prescrittore di indicare il farmaco più opportuno motivando la scelta effettuata secondo percorsi definiti a livello aziendale).	4. Monitoraggio delle prescrizioni di biosimilari sui nuovi pazienti in particolare per quanto riguarda epoetine e fattori di crescita granulocitaria. Monitoraggio generale dell'utilizzo di farmaci biosimilari in ambito reumatologico e gastroenterologico e in tutti gli altri ambiti in cui è prevista l'introduzione di nuovi biosimilari.
Percentuali utilizzo medicinali brevetto scaduto e biosimilari	
5. Oltre alla promozione d'uso di medicinali a brevetto scaduto e biosimilari a livello territoriale, dovranno essere valutate a campione, in tempistiche e reparti che saranno comunicati dalla direzione centrale, le % percentuali di utilizzo di queste categorie di medicinali e le % di prescrizioni in dimissione o dopo visita ambulatoriale. I reparti interessati riguarderanno in particolare reumatologie, cardiologie, medicine, centri osteoporosi, nefrologie, oncologie, neurologie con riserva di integrare anche altri reparti nel corso dell'anno.	5. Esecuzione delle analisi a campione secondo le indicazioni della DCS.
Medicinali registro AIFA	
6. 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. La richiesta del farmaco dovrà sempre essere accompagnata dalla scheda di registrazione paziente nel registro. A tal fine potranno essere programmata analisi a campione da parte della direzione centrale.	6. Analisi delle eventuali criticità nella gestione dei registri e attività di sensibilizzazione alla risoluzione dei problemi.
Distribuzione diretta 1° ciclo terapia	
7. A seguito di dimissione da ricovero e/o di visita specialistica ambulatoriale dovrà essere assicurata	7.a. Prosecuzione dell'attività di distribuzione diretta in primo ciclo e nelle strutture territoriali.

<p>l'erogazione del I ciclo di terapia in distribuzione diretta. L'attività di distribuzione diretta continua ad essere garantita nell'ambito della residenzialità, della semi-residenzialità e dell'assistenza domiciliare presso tutte le strutture. Inoltre relativamente ai medicinali di nuova autorizzazione all'immissione in commercio e che sono inseriti nell'elenco dei farmaci erogabili in DPC, attuazione di ogni utile percorso per favorire la distribuzione diretta nelle more della effettiva disponibilità di tali medicinali in DPC fornendo anche le opportune informazioni ai prescrittori.</p>	<p>7.b. Attività informativa ai prescrittori in merito alle tempistiche di distribuzione dei nuovi farmaci inseriti in DPC.</p>
<p>Distribuzione per conto</p>	
<p>8. Per i medicinali DPC per i quali si rilevi un elevato ricorso alla non sostituibilità da parte del prescrittore, attuare specifici approfondimenti con i prescrittori, dando evidenza alla direzione centrale dei monitoraggi effettuati e delle azioni adottate.</p>	<p>8. Monitoraggio del ricorso alla non sostituibilità per i farmaci in DPC e adozione di azioni di approfondimento con i prescrittori in caso di particolari criticità.</p>
<p>Integrazione farmacie</p>	
<p>9. Oltre alla DPC promuovere l'attività di integrazione delle farmacie nel SSR nell'ambito della farmacia dei servizi, con particolare riferimento alle farmacie ubicate nelle zone più disagiate, prioritariamente su temi quali le patologie croniche, l'aderenza alle terapie, la prevenzione di interazioni ed eventi avversi.</p>	<p>9. Valutazione su eventuali implementazioni delle attività attualmente avviate nell'ambito della farmacia dei servizi.</p>
<p>Farmacovigilanza</p>	
<p>10. Sul tema della farmacovigilanza continuano le attività già avviate a livello regionale dalla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, quali la segnalazione spontanea in pronto soccorso, la segnalazione nell'ambito della dimissione da ricovero ospedaliero. Verranno inoltre avviati un percorso formativo a distanza (FAD) specifico sull'utilizzo della nuova piattaforma nazionale Vigifarmaco, nonché i progetti di farmacovigilanza attiva approvati dall'Agenzia italiana del farmaco. Su tali iniziative assicurare la partecipazione dei sanitari interessati e il supporto alle attività organizzative. In tale ambito continua a trovare applicazione la convenzione di cui alle DGR</p>	<p>10. Partecipazione alle progettualità e alle attività formative organizzate dalla DCS.</p>

<p>435/2013 e 2199/2014. In generale, anche tramite convenzione della direzione centrale con gli Enti del SSR potranno essere avviati progetti sulle attività stabilite dalla DGR 1365/2015, volti a favorire un'informazione indipendente sull'impiego sicuro del farmaco, utilizzando i fondi statali dedicati a tali iniziative.</p>	
<p>Appropriatezza uso dispositivi assistenza integrativa</p>	
<p>11. Potenziare 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. Dovranno, inoltre, essere avviate a livello aziendale o in collaborazione tra aziende iniziative che prevedano differenti modalità di erogazione/distribuzione dell'assistenza integrativa. In particolare, per quanto riguarda l'erogazione di ausili di assistenza protesica, favorire la distribuzione diretta e prevedere, relativamente agli ausili per diabetici modalità di erogazione vantaggiose per l'SSR (es. diretta, accordi con le farmacie).</p>	<p>11. Monitoraggio periodico dell'utilizzo di dispositivi per l'assistenza integrativa e valutazione di modalità di erogazione alternative ed economicamente vantaggiose per gli ausili per diabetici.</p>
<p>Cartella oncologica</p>	
<p>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.</p>	<p>12. Monitoraggio periodico della completezza della cartella oncologica.</p>
<p>Aziende con logistica centralizzata</p>	
<p>13. Garantire la copertura delle prescrizioni personalizzate da parte dei medici dipendenti da AAS5 con iter elettronico tramite PSM per l'85% 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.</p>	<p>13. Prosecuzione dell'attività di promozione/assistenza nell'utilizzo delle prescrizioni informatizzate in particolare negli ambiti di scarso utilizzo.</p>
<p>Prescrizione informatizzata piani terapeutici</p>	
<p>14. Dovrà essere garantito il ricorso (prima prescrizione e rinnovi) alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici implementati/disponibili a sistema, tramite l'applicativo PSM-PT, in almeno il 50% dei nuovi</p>	<p>14. Monitoraggio del ricorso alla prescrizione informatizzata tramite PSM-PT per i nuovi pazienti e implementazione progressiva del sistema informatizzato.</p>

pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive.	
Flussi informativi	
15. 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.	15. Mantenimento dell'implementazione e controllo dei flussi informativi.
16. Sempre con riferimento ai flussi informativi, dare riscontro agli eventuali approfondimenti richiesti dalla Direzione Centrale, anche su istanza Ministero della Salute, entro 15 giorni dalle comunicazioni.	16. Effettuazione di approfondimenti eventualmente richiesti dalla DCS

3.6 PROGETTI ATTINENTI LA PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI SOCIOSANITARI

3.6.1 Non autosufficienza e disabilità	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Governare e riqualificare il sistema residenziale e semiresidenziale per anziani	
1. Processo di riclassificazione delle residenze per anziani	<p>1. Vengono assicurati i livelli di collaborazione richiesti dall'Amministrazione Regionale in attuazione a quanto previsto al titolo X del D.P.Reg. 144/2015 attraverso:</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) nei casi richiesti dalla Regione; ○ il supporto alla valutazione delle domande di nuova classificazione presentate dagli enti gestori (articolo 56, comma 2), secondo le modalità indicate dalla Regione; ○ 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), nelle residenze per anziani non convenzionate.
2. Monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani	<p>1. Mantenimento delle attività di verifica e promozione della qualità</p> <p>2. Realizzazione di almeno tre audit (a livello aziendale).</p> <p>3. Redigere e trasmettere alla DCS, entro il primo semestre 2017, una dettagliata relazione illustrativa delle attività di monitoraggio e promozione della qualità realizzate.</p>
3. Sistemi informativi L'Azienda monitora, verifica ed eventualmente sollecita, l'utilizzo sistematico dello strumento di VMD Val.Graf.-FVG e dei sistemi informativi e-GENeSys e SIRA-FVG nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati del proprio territorio	<p>1. Mantenere il monitoraggio degli aggiornamenti delle Val. Graf._FVG secondo le tempistiche previste dalla norma e trasmettere alle strutture formale comunicazione della situazione rilevata.</p> <p>2. Effettuare verifica trimestrale nel sistema SIRA-FVG dei report relativi alle presenze, ai movimenti degli ospiti e alle liste d'attesa prodotti delle strutture residenziali convenzionate.</p>

<p>4. 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>1. Per tutti gli utenti accolti nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani è presente nel sistema informativo e-GENeSys una valutazione con lo strumento di VMD Val.Graf.-FVG effettuata dall'UVD.</p> <p>2. La VMD deve essere effettuata da un'equipe multi-professionale sanitaria e sociale del distretto e dell'ambito di riferimento dell'utente.</p>
Fondo Autonomia Possibile – salute mentale	
Fondo per l'Autonomia Possibile – salute mentale	– 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 .
Fondo gravissimi	
Fondo gravissimi	<p>– In base al regolamento emanato con DPRReg 247/2009, in collaborazione con gli Ambiti distrettuali, svolgimento delle attività di accertamento e segnalazione dei casi di gravissima disabilità fornendo alla Direzione Centrale altresì tutta la documentazione necessaria alla valutazione selettiva.</p> <p>– A seguito delle disposizioni contenute nel decreto interministeriale di ripartizione del Fondo nazionale non autosufficienze 2016 (art. 3), partecipazione alla rilevazione (da effettuarsi entro il primo trimestre 2017) del numero di persone con disabilità gravissima secondo le condizioni individuate nel decreto medesimo.</p>
Autoveicoli privati per il trasporto di persone disabili	
Autoveicoli privati per il trasporto di persone disabili	A seguito della modifica dell'art. 3, commi 91, 92 della legge regionale 2 febbraio 2005, n. 1, erogazione di contributi a favore di persone con disabilità per l'acquisto e l'adattamento di autoveicoli per il trasporto personale e per il conseguimento dell'abilitazione alla guida.
Vigilanza dei servizi semiresidenziali e residenziali sociosanitari destinati a persone anziane e con disabilità	
<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, le AAS esercitano la funzione di vigilanza e controllo dei</p>	Effettuare l'attività di vigilanza e controllo su almeno 12 strutture dei servizi/strutture collocati sul territorio di competenza.

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.	
--	--

3.6.2 Minori	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Applicazione delle Linee guida regionali per l'affido familiare approvate con delibera n. 1115 del 12 giugno 2015.	- 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)
Presa in carico minore	- Garantire una presa in carico tempestiva del minore, della famiglia, garantendo interventi specialistici continuativi e mirati ai singoli individui, attivando azioni e interventi specialistici, per favorire il recupero delle potenzialità genitoriali, il sostegno psicologico del minore e il suo possibile rientro nella famiglia di origine.
Il Tavolo di lavoro regionale, con il coinvolgimento dei consultori familiari, assumerà la valenza di organismo tecnico specialistico di approfondimento delle diverse tematiche riguardanti l'adozione nazionale e internazionale, con particolare riferimento alle singole procedure di idoneità e abbinamento adottivo, sull'iter post adottivo, nonché di prassi condivise sulle prestazioni specialistiche dell'operato servizi sanitari coinvolti, in primis i consultori familiari e dei diversi Enti autorizzati per l'adozione internazionale.	- Partecipazione ad almeno l'80% degli incontri del tavolo di lavoro regionale per l'elaborazione delle Linee guida per le adozioni nazionali e internazionali.

3.6.3 Piano di Zona	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Piano di Zona	- Evidenza dell'Atto di Intesa sottoscritto tra AAS5 e i Servizi sociali dei Comuni della provincia di Pordenone associati nelle UTI - Trasmissione dei documenti di programmazione integrata locale nelle modalità e termini indicati dalla Regione

	<ul style="list-style-type: none">- Sviluppo e completamento degli obiettivi di integrazione sociosanitaria <p>Indicatori:</p> <ul style="list-style-type: none">- Numero incontri della Cabina di Regia dell'AAS5- Evidenza dell'Atto di Intesa
--	---

3.7 RAPPORTO CON I CITTADINI

3.7.1 Tempi di attesa	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Rispettare i tempi d'attesa per la specialistica ambulatoriale e i ricoveri per interventi chirurgici programmati (allegato: <i>Elenco delle prestazioni oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa</i>).	1. Specialistica ambulatoriale - Nei riguardi dei cittadini deve essere assicurata la garanzia erogativa per le priorità B al > 95%, per la priorità D al > 90% e per le priorità P al > 85% Interventi chirurgici - Garantire il rispetto dei tempi secondo i codici di priorità A (almeno 95% della casistica), B, C e D (almeno 90% della casistica)
2. Monitorare i tempi d'attesa.	2. L'Azienda rispetta i tempi per la trasmissione dei monitoraggi ministeriali (ALPI e attività istituzionale).
3. Configurare le agende dell'AAS5 e delle strutture private accreditate presenti sul suo territorio per la prenotazioni on line.	3. Le agende sono adeguate alla prenotazione on line secondo le indicazioni dell'EGAS.
4. Rispettare il rapporto tra attività libero professionale e istituzionale	4. Il rapporto tra i volumi erogati sono costantemente monitorato in relazione al rispetto dei tempi d'attesa garantiti per l'attività istituzionale.
5. informatizzare e rendere disponibili a sistema CUP regionale le agende delle prestazioni ambulatoriali.	5. Entro il 31/12/2017 le agende delle prestazioni ambulatoriali sono visibili a CUP regionale
LR 7/2009: abbattimento liste di attesa	Le AAS/ASUI presentano una relazione alla Direzione Centrale Salute in cui vengono: - rendicontate le modalità di utilizzo del finanziamento attribuito nell'indistinto pro-capite (L.R. 7/2009) - illustrati i risultati ottenuti in termini di contenimento dei tempi di attesa.

3.7.2 Apertura dei reparti di terapia intensiva e semi-intensiva ai care giver	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Abolizione delle limitazioni non motivatamente necessarie (es. effettiva necessità di isolamento) per i care giver indicati dai pazienti degenti presso le degenze intensive e semi-intensive	- evidenza del percorso e sua attuazione per garantire l'obiettivo regionale - I degenti presso le TI e TSI intervistati dopo la dimissione dichiarano la presenza dei care giver durante il ricovero nel 90% dei casi

3.7.3 Presenza del care giver in corso di visita nei reparti di degenza

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Possibilità dei pazienti di avere accanto il caregiver al momento della visita medica o dell'esecuzione delle procedure assistenziali.	<ul style="list-style-type: none"> - evidenza del percorso e sua attuazione per garantire l'obiettivo regionale - I degenti presso le degenze ordinarie intervistati dopo la dimissione dichiarano la presenza dei caregiver durante la visita medica o l'esecuzione delle procedure assistenziali nel 90% dei casi

3.7.4 Contatto telefonico dopo la dimissione da un intervento chirurgico (recall)

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Accertamento delle condizioni cliniche e assistenziali del paziente dopo la dimissione da un intervento chirurgico	<p>Contatto telefonico entro 5 giorni dalla dimissione per raccogliere informazioni relative al decorso clinico assistenziale.</p> <p>La valutazione sarà effettuata su un campione di pazienti e l'obiettivo sarà:</p> <ul style="list-style-type: none"> - raggiunto: risposta positiva in almeno il 90% dei pazienti campionati - non raggiunto: risposta positiva al di sotto del 40% dei pazienti - parzialmente raggiunto: risposta positiva per percentuali comprese tra 40% ed il 90%

3.7.5 Individuazione del medico responsabile della gestione del ricovero del paziente

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Informazione del paziente sul medico che ha la responsabilità della gestione del suo ricovero	<ul style="list-style-type: none"> - evidenza del percorso e sua attuazione per garantire l'obiettivo regionale - Il 90% dei pazienti dimessi dopo ricovero di durata superiore alle 4 giornate afferma di essere stato informato sul nominativo del medico responsabile della gestione del suo caso

3.7.6 Esperienza nei percorsi assistenziali

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Attuare le indicazioni delle Linee di gestione 2017 attraverso l'individuazione di metodi di condivisione dell'esperienza dei cittadini nei percorsi assistenziali. Prosecuzione dell'attività di coinvolgimento e collaborazione con le Associazioni di utenti e di	<ul style="list-style-type: none"> - evidenza del percorso e sua attuazione per garantire l'obiettivo regionale - Condividere con le Associazioni sul metodo di somministrazione del questionario ai cittadini da parte degli operatori di call center. - Coinvolgimento da parte dei Distretti delle

volontariato nella valutazione dell'esito delle cure.	Associazioni presenti nei rispettivi territori per la condivisione di proposte di miglioramento sulla qualità delle cure.
---	---

4. FLUSSI INFORMATIVI E VALUTAZIONI

Flussi informativi e valutazioni	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Avvio nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)	- Corretta compilazione dei nuovi campi in almeno il 90% delle SDO - Partecipare alle attività di monitoraggio e valutazione sull'utilizzo della nuova SDO
Qualità dei dati ai fini amministrativi, epidemiologici e gestionali	Partecipazione al programma di formazione regionale. A conclusione della formazione è attesa la corretta compilazione di almeno il 90% delle schede di morte e il 90% delle SDO.
Flussi Ministeriali	Corretta alimentazione e rispetto dei tempi di invio di tutti i flussi ministeriali di competenza aziendale
Obblighi informativi e indicatori	Manutenzione e monitoraggio della congruità delle basi dati con il coordinamento della DCS
Clima interno	Valutazione del clima interno secondo un percorso definito dalla DCS
Servizi on line per i cittadini	
Servizi on line per i cittadini	<p>Procedere al consolidamento dei servizi on line per i cittadini con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'ulteriore sviluppo dell'infrastruttura del servizio di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali con l'uso della ricetta dematerializzata, nell'ottica della riduzione del tempo di accesso e degli spostamenti dei cittadini; - l'ulteriore estensione del servizio referti on line per le prestazioni sottoscritte digitalmente; - la consultazione liste d'attesa di tutte le prestazioni erogate, ivi incluse le liste d'attesa per i principali interventi chirurgici, indicando la prima data utile; - lo sviluppo di tecnologie mobility app per i principali servizi on line sviluppati; - la collaborazione per l'avvio della dematerializzazione della prescrizione specialistica; - la collaborazione allo sviluppo dei temi della sanità digitale attraverso l'implementazione di soluzioni informatiche per l'integrazione socio-sanitaria e la continuità della cura; - la collaborazione all'implementazione di soluzioni per la gestione del farmaco all'adesione

	terapeutica.
Prosecuzione delle attività già avviate	<p>Proseguire nelle attività già avviate:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sicurezza fisica e logica/funzionale - sistemi di governo, in particolare con lo sviluppo ed il miglioramento degli strumenti di governo dei fattori produttivi ospedalieri - 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 - avvio del sistema software per la gestione della Centrale operativa 118 regionale - Interventi sull'intero sistema ICT del SSR per gli adeguamenti previsti dalla L.R. 17/2014 - avvio della nuova cartella clinica informatizzata con immediata sospensione delle iniziative autonome di implementazione e/o sviluppo delle attuali - revisione del sistema ASCOT e software collegati per la gestione delle attività amministrative
Obbligo dell'utilizzo della firma digitale	<p>Percentuale minima di refertazione con l'utilizzo della firma digitale rispetto al totale dei referti per:</p> <ul style="list-style-type: none"> - gli applicativi gestionali del G2 Clinico > 90%, in particolare la lettera di dimissione ospedaliera - Laboratorio e microbiologia > 98% - Medicina trasfusionale > 98 % - Anatomia patologica > 98 % - Radiologia > 98%
Funzioni rivolte al sistema informativo regionale	
<p>a. Sistema di gestione dell'attività sanitaria in ambito ospedaliero</p> <p>1. cartella integrata clinico assistenziale: aggiudicazione gara e avviamento del sito pilota.</p> <p>2. potenziamento ed estensione delle integrazioni dei sistemi clinico sanitari.</p> <p>Normalizzazione della gestione delle credenziali e attivazione sistema Single Sign on</p>	Partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale
b. Sistema di gestione dell'attività sanitaria in ambito di assistenza primaria	Partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale

<p>1. Piattaforma di connessione con la medicina generale</p> <p>2. Attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico secondo quanto previsto dalla normativa privacy.</p> <p>3. Avviamento del nuovo sistema di iscrizione ai MMG</p> <p>Pianificazione delle attività d rinnovamento del sistema SIASI</p>	
<p>c. Rivisitazione delle procedure gestionali ed amministrative al fine dell'adeguamento alla normativa vigente</p>	<p>Partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale</p>
<p>d. Potenziamento dell'infrastruttura per la Continuità Operativa</p> <p>1. Potenziamento delle reti geografiche e locali</p> <p>Razionalizzazione dei data center aziendali</p>	<p>Partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale</p>
<p>e. Sistema direzione aziendale</p> <p>1. Governo del personale</p> <p>Governo logistico</p>	<p>Partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale</p>
<p>f. Sistema direzionale regionale</p> <p>1. Data Warehouse gestionale</p> <p>2. Sviluppo del registro regionale dei dispositivi medici impiantabili.</p>	<p>Partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale</p>
<p>Sistema PACS regionale</p>	
<p>Sistema PACS regionale</p>	<p>a. completamento dell'estensione del sistema PACS nel settore dell'endoscopia digestiva ed avvio dell'estensione all'intero ambito dell'endoscopia ambulatoriale (broncoscopia, cistoscopia, colposcopia.);</p> <p>b. 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;</p> <p>c. sviluppo e implementazione del caso d'uso relativo alla consultazione/visualizzazione di referti e immagini in ambito inter-aziendale per il tramite del fascicolo sanitario, nel pieno rispetto dei vincoli e raccomandazioni del Garante della Privacy, previa verifica di disponibilità della rete telematica regionale a larga banda;</p> <p>d. integrazione delle potenzialità elaborative del</p>

	<p>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 e in risposta a specifiche e motivate richieste da parte dei gruppi di utilizzatori clinici già interessati dal sistema PACS;</p> <p>e. conduzione dello sviluppo e avvio della fase di test della soluzione di integrazione SIO/PACS per la produzione di un referto multimediale/strutturato in Radiologia, Medicina nucleare e Ecocardiografia .</p>
--	---

6. PROGETTUALITA' AZIENDALI

3.1.4 Chirurgia e procedure invasive

Definizione dei PDTA per la Chirurgia Oncologica in Ambito Ginecologico

OBIETTIVI

- Ridefinire i PDTA per la chirurgia oncologica ginecologica per superare la frammentazione delle casistiche tra le due sedi di Pordenone e San Vito, in considerazione della complessità degli interventi e della presenza di specialisti diversi (urologo, chirurgo oncologo) nella stessa sede ospedaliera.
- Definizione di protocolli comuni per la gestione preoperatoria e il follow up

INDICATORI DI ESITO

- Interventi di chirurgia oncologica eseguiti per sede ospedaliera: > 90% presso il PO di Pordenone

3.1.9 Pediatria ospedaliera

Assistenza Ostetrica e Neonatologica nella Provincia di Pordenone

OBIETTIVI

Fornire risposte adeguate alle gravide e ai neonati nei limiti del possibile vicino alla residenza, garantendo un alto livello di sicurezza e di efficienza del sistema.

La revisione dei processi organizzativi prevede che i tre punti nascita attivi della Provincia di Pordenone:

- forniscano la migliore assistenza integrata alla gravida e al neonato attraverso la definizione di percorsi diagnostici assistenziali condivisi e sostenibili nel tempo
- strutturino equipe mediche in grado di integrare al meglio le attività delle singole unità operative, eliminando i "processi competitivi"
- definiscano in modo puntuale percorsi condivisi con i centri di riferimento di secondo livello per la parte ostetrica e per la parte neonatologica applicando le disposizioni di cui all'Accordo Stato-Regioni n° 137 del 16.12.2010 e della DGR 1083 del 15.06.2012 che approva gli "Standard per la riorganizzazione delle strutture di Ostetricia e di Pediatria/Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale" in Regione FVG.

- Condivisione di protocolli comuni per la gestione dei principali problemi materni (ipertensione, diabete etc) e neonatali (ipoglicemia, iperbilirubinemia etc)
- Gestione delle gravidanze a rischio preferenzialmente presso il P.O. di Pordenone, dove è attivo un ambulatorio specifico. Rimane comunque attiva l'offerta anche presso la sede di S Vito al T. Il servizio potrà avvalersi della consulenza di specialisti interni per quanto riguarda la patologia nefrourologica, cardiologica, infettivologica.

Trasporto del neonato:

- Il trasporto del neonato critico viene svolto come da protocollo regionale dal servizio di trasporto neonatale d'urgenza (STEN) in atto

Trasporto della gravida:

- Il trasporto assistito materno (STAM) critico viene svolto come da protocollo regionale in atto

INDICATORI DI ESITO

- Nati secondo i criteri stabiliti nelle tre sedi
- Neonati trasferiti dalle tre sedi secondo protocolli regionali verso le TIN

- GAR trasferite dalle tre sedi secondo protocollo regionale

3.2.1 Tutela della salute della donna

PDTA della donna in età fertile con endometriosi

OBIETTIVO

Promuovere la prevenzione, la diagnosi precoce e il miglioramento della qualità delle cure dell'endometriosi attraverso la realizzazione di un percorso di prevenzione, diagnosi e cura della donna in età fertile con endometriosi

INDICATORI DI ESITO

Pazienti seguiti nell'anno in corso e negli anni successivi

Codice rosa

OBIETTIVI

Presenza in carico completa, coordinata e con modalità uniformi sul territorio aziendale della persona oggetto di violenza nelle fasi immediatamente successive all'evento

Presenza in carico della persona nelle fasi successive all'evento acuto, garantendo supporto sanitario e psicologico

INDICATORI DI ESITO

Numero di casi di violenza gestiti con le nuove modalità/sul totale di casi di violenza in PS

3.2.3 Gli screening oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia (Programma II PRP)

Riorganizzazione delle attività di Diagnostica Senologica

OBIETTIVI

Promuovere la prevenzione, la diagnosi precoce e il miglioramento della qualità delle cure garantendo l'uniformità e l'applicazione degli standard di qualità delle Unità Senologiche aziendali

Revisione degli attuali modelli organizzativi per un uso efficiente delle risorse

Formazione di un pool di professionisti dedicati

Accreditamento EUSOMA per l'Unità di Senologia di Pordenone

Possibilità di sviluppare il II livello dello screening oncologico anche a Spilimbergo

INDICATORI DI ESITO

n. prestazioni per operatore

n. prestazioni centralizzate

3.3.2 Accreditamento

Obiettivo aziendale

Risultati attesi

L'AAS5 sperimenta nei servizi per persone con disabilità le norme UNI 11010 per la definizione dei requisiti (standard) dei servizi per l'abitare e i servizi per l'inclusione sociale delle persone con disabilità.

La norma UNI 11010 viene sperimentata nei servizi per l'abitare dei servizi per la disabilità dell'AAS5

3.3.4 Cure palliative e terapia del dolore

Percorso multidisciplinare per la neurostimolazione nervosa periferica (PNS) e per il trattamento della cefalea cronica refrattaria

OBIETTIVI

Appropriata presa in carico e trattamento dei pazienti con cefalea refrattaria

Consolidare la collaborazione con la SOC di CHIRURGIA e l'Ambulatorio Cefalee del PO di San Vito

Formalizzazione dell'ambulatorio per la neurostimolazione nervosa periferica e per il trattamento della cefalea refrattaria

INDICATORI DI ESITO

N° trial

N° impianti definitivi

N° pazienti inviati a centro terapia del dolore da centro cefalee

Organizzazione della rete provinciale cure palliative (CP) e terapia del dolore (TD) pediatriche

OBIETTIVI

Implementare la risposta appropriata alla domanda di CP e TD pediatriche, favorendo la domiciliarità, dando piena attuazione ai contenuti del decreto istitutivo della Rete Provinciale Aziendale delle Cure Palliative Pediatriche, consentendo di:

- migliorare l'integrazione ospedale-territorio
- evitare ricoveri inappropriati e garantire decessi a domicilio
- migliorare l'integrazione e la comunicazione tra gli operatori e la sicurezza delle prestazioni e delle procedure eseguite a domicilio, implementando il progetto di Telemedicina (già completamente finanziato)
- erogare formazione ai Pediatri di Libera Scelta e al personale del territorio per coinvolgerlo nella presa in carico di bambini in CPP.

Favorire la realizzazione della Rete Regionale di CPP e TD anche per la parte di competenza pediatrica.

INDICATORI DI ESITO

1. segnalazione di almeno il 90% dei pazienti eleggibili alle CPP residenti in Provincia di Pordenone con realizzazione di almeno una UVD/UVO/EMDH nel corso del 2017

2. aumento di almeno il 25% delle prestazioni erogate dal personale ADI a pazienti pediatrici

3. garantire almeno l'80% dei decessi a domicilio richiesti dalla famiglia

4. realizzare almeno un corso di formazione per PLS, MMG e ADI, anche in collaborazione con l'Ordine dei Medici di Pordenone

gestione con la Telemedicina di almeno il 25% dei pazienti in carico

3.3.9 Disturbi del comportamento alimentare

Percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale multidisciplinare per i disturbi del comportamento alimentare

Obiettivo aziendale

Risultati attesi

Definizione di PDTA differenziati a seconda dell'età

Evidenza di un protocollo diagnostico terapeutico

dei pazienti, della tipologia e dell'intensità dei disturbi	adeguato ai bisogni delle differenti età.
---	---

3.4.1. Insufficienze d'organo e trapianti

ventilazione invasiva e non-invasiva nel paziente con insufficienza respiratoria cronica riacutizzata (COPD e/o scompenso cardiaco) - S.C. Anestesia e rianimazione S. Vito

OBIETTIVI

Migliorare la gestione dei pazienti con COPD riacutizzata mediante ventilazione invasiva/non invasiva, FKT respiratoria, riduzione dei tempi di degenza e ottimizzazione dei percorsi riabilitativi territoriali, in collaborazione con la SC di Pneumologia del PO di Pordenone

Riduzione dei tempi di degenza

Individuazione di un team multidisciplinare aziendale

Riduzione dei ricoveri per patologia in Terapia Intensiva

INDICATORI DI ESITO

Numero di pazienti ricoverati con diagnosi di COPD riacutizzata, giorni di degenza totale, giorni di degenza in TI, giorni di ventilazione invasiva

PDTA scompenso cardiaco, gestione integrata multidisciplinare ospedale-territorio: progetto pilota

OBIETTIVI

Verificare la possibilità di una gestione integrata dello scompenso cardiaco cronico fra ospedale e territorio

Condividere stratificazione e modelli di presa in carico

INDICATORI DI ESITO

Applicazione del PDTA

Gestione integrata ospedale-territorio e multidisciplinare dello scompenso cardiaco: progetto pilota

OBIETTIVI

- verifica della fattibilità di una gestione integrata e multidisciplinare dello scompenso cardiaco/cronicità fra ospedale e territorio

- condivisione dei criteri di stratificazione e dei modelli di presa in carico dei pazienti

INDICATORI DI ESITO

Riduzione del numero dei ricoveri successivi in medicina per la problematica scompenso cardiaco al di sotto del 10%

PDTA per le persone con "piede diabetico"

OBIETTIVI

- Definire la gestione interdisciplinare del percorso del piede diabetico.
- Definire le modalità ed i criteri di accesso del paziente con piede diabetico alle prestazioni ambulatoriali dedicate.
- Strutturare un protocollo condiviso per le amputazioni maggiori.

INDICATORI DI ESITO

N° pazienti con lesioni afferenti all'ambulatorio del piede

N° amputazioni maggiori evitate
 N° procedure di rivascularizzazione (endoluminari e chirurgiche)

3.4.2. Emergenza urgenza

Gestione della patologia coronarica acuta (in particolare NSTEMI)

OBIETTIVI

Gestione della patologia coronarica acuta, in particolare NSTEMI, secondo definizione, criteri ed approccio terapeutico condivisi

INDICATORI DI ESITO

Esecuzione dei corsi con sintesi finale delle istanze e criticità emerse, al fine di ottenere gli elementi per la strutturazione di un PDTA condiviso

Day service vascolare per un percorso multidisciplinare di presa in carico e follow-up del paziente con arteriopatia severa degli arti inferiori

OBIETTIVI

Rendere operativo un modello organizzativo ambulatoriale (day service), alternativo al ricovero ordinario/Day H, per la presa in carico del paziente con arteriopatia severa degli arti inferiori, per la gestione di situazioni cliniche che necessitano di un insieme complesso di prestazioni ambulatoriali e l'attivazione di interventi, articolati e multidisciplinari

INDICATORI DI ESITO

N° pazienti afferenti all'ambulatorio dedicato

Ricognizione risorse umane e tecniche disponibili per la defibrillazione precoce sul territorio provinciale di Pordenone

Obiettivo aziendale

Risultati attesi

Conoscere la distribuzione dei defibrillatori semiautomatici presenti nelle varie realtà locali di proprietà di vari Enti.

Mappa con geolocalizzazione di tutti i defibrillatori nel territorio della provincia.

Conoscere i nominativi dei volontari che hanno effettuato una formazione specifica sul tema del BLS attraverso varie organizzazioni.

Il 118 ha la disponibilità di un database con i riferimenti di tutti i volontari che hanno effettuato formazione BLS.

3.4.3 Reti di patologia

Riorganizzazione della rete di cardio-oncologia

OBIETTIVI

Garantire l'uniformità dell'approccio diagnostico terapeutico per la ricerca del danno miocardico da terapia oncologica in tutte le SOC/SSD del Dipartimento

Migliorare l'appropriatezza nella prescrizione degli esami di screening per la ricerca di danno cardiaco secondo le linee guida e l'evidenza scientifica

INDICATORI DI ESITO

Applicazione del PDTA

Gestione della malattia tromboembolica venosa (MTEV) Implementazione delle linee guida sulla gestione dei nuovi anticoagulanti orali (NAO).
OBIETTIVI Strutturare i PDTA della MTEV in AAS5
INDICATORI DI ESITO Numero pazienti arruolati nel PDTA
Terapia antibiotica a medio-lungo termine in infusione continua mediante pompa elastomerica in pazienti affetti da patologie infettive a decorso protratto
OBIETTIVI Esecuzione di trattamenti antibiotici mediante pompa elastomerica in ricovero diurno e in prospettiva a domicilio - ridurre significativamente i tempi di degenza presso le strutture ospedaliere per acuti e quelli presso strutture intermedie per il completamento del ciclo terapeutico - migliorare l'aderenza terapeutica del paziente anche in condizioni di disagio sociale.
INDICATORI DI ESITO Entro il 31/12/17, il 30% dei pazienti con terapia antibiotica protratta è gestito con elastomero in ricovero diurno
Realizzazione di una rete ematologica provinciale per la gestione delle urgenze cliniche ematologiche
OBIETTIVI Istituzione di una reperibilità Ematologica sulle 24 ore per la gestione specialistica dell'Urgenza Ematologica del bacino provinciale Elaborazione di percorsi assistenziali per le emo-linfopatie acute
INDICATORI DI ESITO Esiste una pronta disponibilità interaziendale di specialisti ematologi per la gestione dell'urgenza
Supporto trasfusionale domiciliare per i pazienti non autosufficienti con emopatie croniche
OBIETTIVI Esecuzione di emotrasfusioni a domicilio per pazienti con emopatie croniche - ridurre il ricorso inappropriato al ricovero diurno - limitare il ricorso ai trasporti sanitari secondari
INDICATORI DI ESITO Il 30% dei pazienti eleggibili alla trasfusione a domicilio riceve la terapia in tale setting
La salute dell'occhio
OBIETTIVI Adeguare la risposta ai bisogni di salute delle persone con patologia dell'occhio, attraverso la riorganizzazione delle attività di prevenzione, diagnosi e cura, la individuazione delle attività che devono essere garantite sul territorio e in ambito ospedaliero e, per quest'ultimo, la definizione delle prestazioni eseguite presso le sedi di Pordenone, S. Vito e Sacile. Definizione dei percorsi di diagnosi e cura delle principali patologie dell'occhio, con esplicitazione delle prestazioni, dei setting e dei tempi di erogazione.

Revisione dell'offerta e sua gestione attraverso agende informatizzate costruite sulla base di regole comuni e condivise fra professionisti
<p>AZIONI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mappature delle attività eseguite in ambito ospedaliero e territoriale • Identificazione delle prestazioni che devono essere eseguite nei diversi ambiti, con definizione della numerosità e tempi di esecuzione • Adeguamento delle agende informatizzate per l'applicazione del nuovo assetto • Descrizione e applicazione dei percorsi di diagnosi e cura per le principali patologie dell'occhio, con esplicitazione delle prestazioni ad essi associate e dei setting e dei tempi di erogazione <p>Identificazione delle modalità con le quali garantire l'accesso dell'assistito e la comunicazione fra i professionisti</p>
Centro di Neuro-Urologia e malattie rare dell'apparato urinario
<p>OBIETTIVI</p> <p>Garantire diagnosi, terapia ed assistenza specializzata con approccio multidisciplinare alle persone con patologie disfunzionali del basso apparato urinario e sindromi pelviche rare</p> <p>Istituzione di un osservatorio sulle condizioni neurologiche complesse e idiopatiche dell'area pelvica e sacrale e sulle ripercussioni viscerali di malattie a carattere neuropatico, dismetabolico, traumatico e jatrogeno.</p>
<p>INDICATORI DI ESITO</p> <p>Applicazione del PDTA</p>
Costituire un centro Hub per la valutazione e trattamento di linfedema primario e secondario
<p>OBIETTIVI</p> <p>Razionalizzazione dell'offerta e dell'effettiva copertura alla popolazione delle prestazioni di evidente e dimostrata efficacia e reinvestendo le risorse e le competenze recuperate in pratiche o interventi sanitari o organizzativi efficaci.</p>
<p>AZIONE</p> <p>Costituire a Spilimbergo un centro di riferimento Hub per la presa in carico dei pazienti con linfedemi primari e secondari ad interventi chirurgici</p> <p>Definire i criteri per il trattamento ambulatoriale</p> <p>Definire i criteri per il ricovero</p>
Omogeneizzazione inter-ospedali della diagnostica e del trattamento dei difetti della parete addominale
<p>OBIETTIVI</p> <p>Fornire uniformità di trattamento secondo indicazioni scientifiche approvate da linee guida internazionali per la migliore qualità dell'offerta sanitaria con centralizzazione della chirurgia dei difetti maggiori di parete in un unico centro.</p> <p>Razionalizzazione dei percorsi con il migliore rapporto costo/efficacia.</p>
<p>INDICATORI DI ESITO</p> <p>Aderenza alle linee guida >90%</p>

3.4.6 Sangue ed emocomponenti

Progetto aziendale: implementazione del PBM (*patient blood management*) da applicare in chirurgia ortopedica maggiore elettiva dell'adulto

OBIETTIVI

La recente pubblicazione del Decreto Ministeriale del 2 Novembre 2015 sulla Gazzetta Ufficiale riferito alle "Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti" dispone che:

- siano definiti e implementati specifici programmi per la gestione del paziente candidato a trattamenti chirurgici programmati
- siano avviati da parte delle strutture ospedaliere modelli organizzativi rivolti a questo tipo di attività allo scopo di prevenire la trasfusione evitabile

Ridurre il ricorso alla trasfusione omologa; eliminare o ridurre l'anemia pre-operatoria che rappresenta un moltiplicatore di morbosità e mortalità, anche costituendo una controindicazione all'effettuazione di interventi chirurgici in elezione che prevedano un significativo rischio di sanguinamento.

INDICATORI DI ESITO

Valutazione di almeno il 20% dei candidati anemici a interventi elettivi di ortopedia maggiore

3.4.8. Qualità e appropriatezza nell'erogazione delle cure

Progetto aziendale: La riorganizzazione del percorso postoperatorio nell'ambito della Recovery Room

OBIETTIVI

Portare gradualmente l'attività della Recovery Room del P.O. di Pordenone sulle 24 ore, 7 giorni su 7.

(Attualmente la Recovery Room è attiva 5 giorni/settimana, dal lunedì al venerdì, dalle ore 8.00 alle 20.00. Il limitato funzionamento della Recovery Room comporta una gestione perioperatoria differenziata del paziente chirurgico, a seconda del giorno e dell'orario in cui è effettuato l'intervento chirurgico)

Migliorare la sorveglianza del paziente chirurgico nel perioperatorio.

Migliorare l'appropriatezza del ricorso alla Terapia Intensiva nel perioperatorio.

INDICATORI DI ESITO

Pazienti accolti e trattati in RR vs Pazienti accolti trattati in TI. Aderenza ai criteri

Progetto aziendale: redazione e applicazione di PDTA integrato ospedale-territorio per la gestione delle persone affette da lesioni ulcerative degli arti inferiori

OBIETTIVI

Rendere omogenei i trattamenti delle persone affette da lesioni ulcerative degli arti inferiori che afferiscono alle Strutture Ospedaliere e ai Servizi Territoriali aziendali

Migliorare la collaborazione e il flusso di informazioni tra personale delle Strutture Ospedaliere e i Servizi Territoriali

AZIONI

Redazione e applicazione del PDTA

Titolo del progetto: Percorso per paziente con ulcera cronica sovrainfetta

OBIETTIVO PRINCIPALE

Fornire ai pazienti affetti da ulcera cronica di qualsiasi eziopatogenesi con sovrainfezione, provenienti soprattutto dall'ambito territoriale (MMG e Distretti), adeguato trattamento anche al fine di ridurre la probabilità di selezione di ceppi batteri multi-resistenti, evenienza molto frequente in tale tipologia di pazienti con sovraccarichi in termini di:

- morbosità per il paziente
- carico assistenziale ed economico per il Sistema Sanitario
- carico epidemiologico

Ridurre le peregrinazioni dei pazienti da diversi specialisti senza una visione e gestione multidisciplinare d'insieme con un percorso il più lineare possibile

Ridurre il sovrautilizzo/malutilizzo della terapia antibiotica in ambito domiciliare/distrettuale con particolare riferimento alla pratica di somministrare antibiotica per via intramuscolare a basso dosaggio

INDICATORI DI ESITO

Numero di pazienti affetti da tale patologia che verranno proposti per ricovero dopo valutazione congiunta dermatologico-infettivologica rispetto al numero di pazienti affetti da tale patologia che verranno ricoverati senza preliminare valutazione congiunta.

Definizione di linee guida operative di terapia antibiotica in terapia intensiva e nei percorsi dell'urgenza/emergenza

OBIETTIVO PRINCIPALE

Definire dei protocolli operativi di terapia antibiotica per i più frequenti quadri infettivi che consentano ai singoli medici prescrittori di agire in maniera ragionata ed omogenea in linea con l'epidemiologia locale attesa riducendo al minimo il rischio di avvio di terapia antibiotica inappropriata (per scelta/posologia/modalità di somministrazione ecc. ecc.) scongiurando però il ricorso ad un sovrautilizzo di terapia antibiotica rischioso dal punto di vista di antimicrobial stewardship.

- Incrementare le conoscenze in termini di antibioticotераpia complessiva dal punto di vista farmacodinamico/farmacocinetico
- Incrementare le conoscenze da parte dei singoli medici dell'epidemiologia microbiologica locale
- Ridurre la necessità di richiesta di consulenza infettivologica in urgenza a fronte dell'impossibilità attuale di garantire una copertura 24/24h e 7/7gg

Ridurre il consumo di antibiotico-terapia complessivo

INDICATORI DI ESITO

Numero di prescrizioni in accordo con le linee guida definite.

Attivazione di programma di *antimicrobial stewardship* sul territorio con coinvolgimento dei medici di medicina generale

OBIETTIVO PRINCIPALE

Coinvolgere in maniera attiva i Medici di Medicina Generale sul tema dell'*antimicrobial stewardship* introducendo principi generali, ma anche pratici specifici, in merito ai più frequenti quadri infettivologici (infezione delle vie urinarie, infezione delle vie respiratorie e infezione di cute e tessuti molli).

- Incrementare le conoscenze dei MMG in termini di antibioticotераpia complessiva dal punto di vista farmacodinamico/farmacocinetico
- Incrementare le conoscenze dei MMG dell'epidemiologia microbiologica locale

Ridurre il consumo di antibiotico-terapia complessivo in ambito territoriale
INDICATORI DI ESITO Numero di partecipanti agli eventi organizzati.
<i>Critical real time warnings</i> : comunicazione in tempo reale di <i>alert organisms</i> , ceppi <i>multidrug resistant</i> ed emocolture positive
OBIETTIVI Migliorare la comunicazione di eventi infettivi critici nel territorio/strutture dell'Azienda
AZIONI Definizione delle linee di progetto Verifica disponibilità e implementazione rete informatica e telefonica a supporto del progetto Attivazione <i>warnings</i> via <i>email</i> e <i>sms</i>
Riorganizzazione della attività di riabilitazione logopedica presso I presidi ospedalieri aziendali
OBIETTIVI Armonizzazione della offerta di riabilitazione logopedica nei presidi ospedalieri aziendali Revisione dei modelli organizzativi orientati al migliore e più equo utilizzo delle risorse umane disponibili
AZIONI Attivazione della consulenza logopedica presso le degenze del P.O. di San Vito al Tagliamento-Spilimbergo

5. Progetti di implementazione dei sistemi informatici

Informatizzazione della cartella clinica della emodialisi

OBIETTIVI

Aderire allo standard richiesto per la produzione dei dati indispensabili al mantenimento dell'accreditamento istituzionale

Migliorare l'operatività della struttura di nefrologia e dialisi

INDICATORI DI ESITO

Gestione paperless della funzione di emodialisi

3.4 Progetti attinenti le attività clinico assistenziali

6. Investimenti (sistemi robotizzati per chirurgia endoscopica)

Introduzione della chirurgia robotica presso il P.O. di Pordenone

OBIETTIVO PRINCIPALE

Introduzione e utilizzo del robot chirurgico in sala operatoria dedicata per il trattamento delle patologie eleggibili di competenza multispecialistica

Recupero della fuga per patologia neoplastica urologica

Individuazione del team leader per l'attività chirurgica robotica

Composizione di equipe chirurgiche specialistiche dedicate

INDICATORI DI ESITO

N° di interventi eseguiti nell'arco temporale di un anno
Valutazione degli esiti

3.6.1 Disabilità

Obiettivo aziendale:	Risultati attesi
L'AAS5 sperimenta dei sistemi innovativi per la residenzialità delle persone con disabilità che invecchiano in diretta collaborazione con le strutture residenziali per anziani del proprio territorio	Tra il Coordinamento sociosanitario e le strutture residenziali per anziani si mettono a punto, tramite convenzione, dei percorsi dedicati alle persone con disabilità che invecchiano.
Valutazione degli utenti dei servizi residenziali e semiresidenziali per persone con disabilità secondo lo strumento di valutazione nella formula definitivamente approvata Individuazione di un referente aziendale che coordini e monitori l'attività di valutazione	Tutti gli utenti dei servizi semiresidenziali e residenziali dei Servizi in Delega dell'AAS5 sono valutati con il nuovo strumento. (se strumento approvato nei primi 6 mesi dell'anno)

3.6.2 Minori

Obiettivo aziendale	Risultati attesi
La Cabina di Regia dell'AAS5, come da Atto aziendale, è sede di concertazione e <i>governance</i> delle attività finalizzate a realizzare gli obiettivi del Piano di Zona e del Programma Attuativo Annuale. Definisce quale modalità di lavoro per alcuni settori specifici dei Tavoli, in linea anche con le situazioni di bisogno emergenti.	Nel corso del 2017 il Tavolo Minori esamina i principali temi specifici per quest'area di intervento, tra cui, ad esempio: <ul style="list-style-type: none"> - Visite protette - Inserimenti in comunità - La rete territoriale dei servizi per i minori - Il sistema complessivo della presa in carico

3.7.1. Tempi di attesa

Riorganizzazione percorso diagnostico-terapeutico per pazienti con Patologia vascolare

OBIETTIVI

- Ridurre i tempi di attesa della diagnostica vascolare per pazienti esterni con richieste in priorità B e D
- Offrire un percorso dedicato di diagnosi, follow-up ambulatoriale e/o ricovero/DH per la terapia medica delle vasculopatie
- Impostare uno "screening opportunistico" su stili di vita e rischio cardiovascolare globale nell'ottica della prevenzione cardiovascolare
- Offrire una via preferenziale di accesso ambulatoriale a paziente ad alto rischio vascolare

INDICATORI DI ESITO

- Stilare un protocollo /PDTA condiviso con Chirurgia Vascolare e Radiologia Interventistica entro fine 2017
- Garantire una offerta di prestazioni di diagnostica vascolare in priorità B e D per almeno il 60% delle

richieste
Attivazione della refertazione on line degli esami di laboratorio per i pazienti ambulatoriali dell'AAS5
OBIETTIVI Riduzione dei tempi di risposta e dei tempi di attesa degli esami di laboratorio Semplificazione dei percorsi dei pazienti
INDICATORI DI ESITO Primi referti on line ritirati al 31.10.2017

5 Sistema informativo	
RADIOLOGIA DOMICILIARE	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Sviluppo di percorsi diagnostici che assicurino l'integrazione e la continuità della presa in carico del problema di salute del cittadino	Estensione delle attività di radiologia domiciliare a tutte le case di riposo
SISTEMA INFORMATIVO NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Sviluppo gestionale per la neuropsichiatria infantile	Applicazione del nuovo gestionale al servizio di neuropsichiatria infantile
Progetto di revisione del percorso accettazione richieste/campioni di laboratorio per i servizi territoriali (con riferimento al servizio ADI)	
Sperimentare in alcune sedi territoriali ADI la decentralizzazione della produzione delle etichette che comporta la gestione della richiesta in fase di accettazione per tramite del sistema CUP-WEB	
Referto on-line	
proporsi entro i primi mesi del 2017 per l'avvio della consegna dei referti on-line, occorre pianificare un'opportuna campagna pubblicitaria, i servizi on-line in questa Regione nell'ambito della sanità vengono poco pubblicizzati e pertanto utilizzati. Il referto on-line potrebbe aiutare l'azienda a risparmiare in risorse per la consegna allo sportello.	
Prenotazione on-line e Pagamento on-line	
A partire da inizio anno 2017 sarà possibile prenotare on-line in modalità semplificata, anche in questo caso la ricetta dematerializzata gioca un ruolo fondamentale, prenotare e pagare on-line dovrà essere maggiormente pubblicizzato. Il servizio pagamento on-line da anni attivo viene poco utilizzato, occorre sensibilizzare la cittadinanza. Si potrebbe ridurre l'esigenza da parte del cittadino di utilizzare la farmacia per prenotare e pagare.	

PROGETTO TRASVERSALE ANZIANI	
Applicare strategie integrate nel percorso di gestione della persona anziana	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
3.1.6 Geriatria	Definire ed attuare una strategia aziendale omogenea e condivisa, di supporto alle

3.2.2 Migliorare la salute nei soggetti a rischio MCNT e malati cronici	problematiche degli anziani
3.2.7 Attività fisica rivolta alla popolazione adulta Avvio/consolidamento AFA	Avvio di progetti AFA in almeno due distretti
3.2.9. Prevenzione incidenti domestici	
3.2.15. Miglioramento coperture vaccinali (Vaccinazione antinfluenzale e pneumococco; Offerta vaccinazione per Herpes Zoster)	Aumento copertura vaccino antipneumococco
3.3.3. Odontoiatria sociale (inserimento di protesi rimovibili in persone >65)	Avvio interventi di odontoiatria sociali
3.3.5. Superamento della contenzione	Realizzazione di un'indagine sulla contenzione
3.3.7. Assistenza domiciliare.	Miglioramento indicatori di Assistenza Domiciliare
3.3.12 (punto 2). Promozione della salute della donna in età post fertile.	Avvio attività promozione salute
3.3.13. Diabete	Avvio attività promozione salute
3.4.1. Insufficienza d'organo e trapianti Cuore. Riduzione tasso per ricovero per scompenso cardiaco (50-74 anni) <210 Avvio progetto Telecardiologia-scompenso cardiaco Pancreas. Riduzione tasso amputazioni maggiori per diabete Polmone. Riduzione tasso di ospedalizzazione per BPCO (50-74 anni) < 60 Formazione in ogni distretto di 3 IP per O domiciliare Formazione in ogni distretto di 2 FT per riabilitazione respiratoria	Azioni di contrasto alle MCNT
3.4.2 Emergenza urgenza (Ictus, Cuore, Trauma)	
3.4.7 Erogazione livelli di assistenza Riduzione della percentuale dei ricoveri medici oltre soglia per pazienti >65 portandola al di sotto del 4% (valore medio regionale 5,23)	Riduzione ricoveri medici oltre soglia
3.6.1 Non autosufficienza e disabilità Riclassificazione delle residenze per anziani Monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani	Riclassificazione residenze per anziani
Avvio del progetto "radiologia domiciliare" nella CdR e RSA	Almeno 10 RX effettuate in Casa di Riposo

Oculistica Interventi Cataratta e maculopatia deg.	
Demenza Continuità ospedale territorio	Definizione di corsie preferenziali in H per Anziani in ADI o CdR
Terapia farmacologiche Ridurre uso antipsicotici Ridurre nutrizione artificiale in demenza avanzata (e nei tumori in fase terminale) Facilitare percorsi esenzione ticket Referti on line Coinvolgimento del volontariato (Accompagnamento, Contrasto alla solitudine-isolamento, UTE, ecc.) Piani di Zona e Cabina di regia socio-sanitaria AAS5	Approvazione attività 2017 (Discussione in Cabina di Regia e Piano di Zona)
PROGETTO TRASVERSALE GIOVANI	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
3.2.5 Salute e sicurezza nelle scuole e benessere dei giovani 3.3.9. Disturbi del comportamento alimentare 3.2.6 Prevenzione delle dipendenze 3.3.10. Salute mentale in età evolutiva 3.3.16 Dipendenze Tematica delle fattorie sociali e dello sviluppo dell'autonomia possibile. Inserimenti lavorativi Interventi coordinati e con strategie condivise nelle scuole Affidi ed adozioni	Definire ed avviare una strategia aziendale omogenea e condivisa, di supporto alle problematiche degli adolescenti. Piano di intervento nelle scuole Definizione di strategie condivise

LA MISURAZIONE DELLE PERFORMANCE E DEGLI OUTCOME

La valutazione di esito, qualità e della performance degli interventi sanitari

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso
Sviluppo di un programma aziendale diffuso, partecipato e costante per la valutazione degli esiti assistenziali e dell'impatto sulla salute	Entro la fine 2017 evidenza della diffusione dei dati all'interno dell'Azienda e del loro utilizzo per sviluppare e implementare piani di miglioramento

Azienda sanitaria universitaria integrata di Trieste

3. LE PROGETTUALITÀ

3.1 PROGETTI DI RIORGANIZZAZIONE DELLE FUNZIONI

3.1.1. Atti aziendali	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso
Atto aziendale	<ul style="list-style-type: none"> - Entro il 28 febbraio 2017 la ASUI di Trieste trasmetterà alla DCS la proposta di Atto aziendale. In tal modo potrà essere dato avvio all'applicazione dello stesso, una volta approvato. - Nel corso del mese di ottobre ASUITs invierà alla DCS una relazione sullo stato di applicazione del proprio Atto aziendale al 30.09.2017.
3.1.2. Applicazione delle DGR 2673/2014, 929/2015 e 2151/2015	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso
Applicazione delle DGR 2673/2014, 929/2015 e 2151/2015	<ul style="list-style-type: none"> - Entro il 30 giugno 2017 ASUITs trasmetterà una relazione sullo stato di applicazione delle DGR 2673/2014 e 929/2015. - Ove la relazione presentasse degli scostamenti, questi dovranno essere motivati e corretti entro l'anno 2017
3.1.3. Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso
EGAS	<ul style="list-style-type: none"> - Collaborare alle iniziative intraprese da EGAS in base alle direttive regionali. - Attuare quanto stabilito in Comitato di Indirizzo Egas

3.1.4 Chirurgia e procedure invasive	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso
Definizione della funzione chirurgica.	Partecipazione ai lavori regionali, finalizzati alla definizione di un documento di riorganizzazione dell'attività di chirurgia e delle procedure invasive
Concentrazione attività di chirurgia oncologica	<p>L'azienda deve riorganizzare l'attività di chirurgia oncologica relativamente ai seguenti tumori:</p> <ul style="list-style-type: none"> - esofago: nessun intervento realizzato; - pancreas: concentrazione in un'unica struttura e sede; - ovaio: nessun intervento realizzato; - stomaco: concentrazione in un'unica struttura e sede. <p>Con le strutture private l'azienda deve concordare la sospensione dell'attività al di sotto della soglia minima.</p> <p>Presentazione progetto operativo alla Direzione Centrale Salute entro il 30.6.2017.</p> <p>Avvio di riorganizzazione entro il 1.9.2017</p>

3.1.5 Urgenza emergenza	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Implementazione del Piano Regionale dell'Emergenza Urgenza	- Partecipazione ai lavori regionali sull'omogeneizzazione dei protocolli operativi dei servizi di Pronto Soccorso

3.1.6 Geriatria	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso
Geriatria	- Garantirà la necessaria collaborazione alle attività coordinate dalla Regione.

3.1.7. Medicina di laboratorio	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso
Medicina di laboratorio	- Nel 2016 si è avviata la fase di predisposizione del programma di riorganizzazione delle funzioni per l'AAS2 che comprende l'analisi organizzativa attuale, un piano di transizione ed un programma di realizzazione (to be) che sarà avviato nel corso del

	<p>2017.</p> <p>- Per il 2017 si prevede per il presidio ospedaliero Cattinara-Maggiore di Trieste di dare seguito al documento di riorganizzazione complessiva delle attività di Laboratorio analisi, Anatomia Patologica e Microbiologia e virologia che coinvolge le sedi del presidio ospedaliero di Gorizia-Monfalcone.</p> <p>Il programma di riorganizzazione partirà dalla fase di valutazione <i>as-is</i> descritto nel documento che sarà congiunto.</p> <p>- Messa a regime del sistema informatico/informativo fra i centri hub e spoke con adozione delle procedure informatiche già scelte, al fine di realizzare un unico sistema regionale integrato</p>
Cell Factory	Definizione con CRO e ASUI-Ud di un progetto di organizzazione per la Cell Factory regionale

3.1.8 Oncologia

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Oncologia	- Collaborazione con la Direzione Centrale Salute per la definizione del nuovo Piano oncologico

3.1.10 Riabilitazione

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Riabilitazione	- Collaborazione con la Direzione Centrale Salute per la definizione del nuovo Piano della Riabilitazione

3.2. PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

3.2.1. Tutela della salute della donna	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Consolidare il ruolo dell'ostetrica nel supporto della donna in ogni fascia d'età, anche attraverso l'inserimento della figura all'interno degli istituendi CAP, insieme ai MMG	Ostetrica inserita nel 30% dei CAP istituiti nel 2017
Strutturare i percorsi della gravidanza fisiologica anche con la prescrizione degli esami diagnostici, e quelli successivi al parto, con il ripristino ed il rafforzamento, dove già esistenti, delle visite domiciliari.	Percorsi della gravidanza fisiologica: procedura definita in collaborazione tra le aziende
Nell'ambito dei corsi di preparazione al parto e nei centri nascita veicolare il messaggio dell'importanza della vaccinazione infantile e dell'adozione di stili di vita sani	Evidenza della promozione delle vaccinazioni da parte delle ostetriche e delle assistenti sanitarie nei corsi di accompagnamento al parto e puerperio e nei centri nascita
Tutela della salute della donna (progettualità aziendali)	<ul style="list-style-type: none"> - Prosecuzione dei lavori del gruppo interistituzionale con percorsi di armonizzazione dell'offerta ospedale territorio, miglioramento delle attività di continuità di cura, in particolare dopo la dimissione dalla maternità di mamma e bambino. - Studio di fattibilità e definizione di procedure per la maggior responsabilizzazione dell'ostetrica nei percorsi di gravidanza fisiologica-

3.2.2. Migliorare la salute nei soggetti a rischio MCNT e malati cronici (Programma I PRP)	
Obiettivo azienda	Risultato atteso
Conclusione del Progetto Cardio 50 con l'analisi dei risultati al fine di valutarne l'estensione a tutta la regione come screening a chiamata attiva (ASUIUD)	Il progetto Cardio 50 ASUIUD si è concluso con una buona adesione allo screening (75% dei 50enni chiamati) ed il riscontro di almeno un fattore di rischio nel 40% degli screenati sani (40% in classe C - nuovi ipertesi, iperglicemici, ipercolesterolemici). Il progetto potrebbe essere esteso in ASUITs come screening opportunistico dei MMG e delle strutture aziendali (ambulatori specialistici e/o internistici, Distretti, Dipartimento di Prevenzione, Banca del Sangue) del rischio CV sulla popolazione dei 35-69enni.
Avvio di un progetto di analisi sulla possibilità di attivazione di uno "screening opportunistico" su stili di vita e rischio cardiovascolare globale nelle Aziende sanitarie della Regione, in coordinamento	Le persone intercettate dal personale medico-infermieristico delle AFT e/o delle strutture aziendali coinvolte avvieranno una fase di screening opportunistico del rischio CV utilizzando la cartella

con l'A.I.R. dei MMGG	informatizzata del MMG o il Portale per la raccolta dati e per definire il Rischio CV acquisito da ASUITs impostare immediatamente un counselling breve sul rischio CV ed avviare, ove indicato sulla base del "Manuale di Prevenzione CV" regionale, il PDTA appropriato che potrà giovare di percorsi facilitati (ad es. per visita cardio/angiologica, refertazione ECG on line, posti dedicati per ECO TSA, ABI ed ecocardiogramma) e della esenzione del ticket per "Screening Cardiovascolare".
Avvio a livello aziendale dei gruppi di lavoro per i Percorsi Assistenziali definiti in coerenza con il documento regionale di indirizzo	A livello aziendale ASUITs viene identificato e designato dalla Direzione un gruppo aziendale multidisciplinare per l'applicazione dei Percorsi Assistenziali in Prevenzione Cardiovascolare composto dai componenti del Gruppo Regionale per il Piano di Prevenzione Regionale, il/i referenti Aziendali per la Prevenzione Cardiovascolare, rappresentanti della Direzione Strategica, del Dipartimento di Prevenzione, dei Distretti, della Medicina Generale. Il gruppo di lavoro promuoverà la diffusione in tutta l'Azienda di brochure informative/educative sull'importanza e le modalità aziendali di raccolta dei dati per la classificazione del rischio CV, sui principi cardine della promozione della salute CV e sui percorsi clinico-assistenziali attivati a livello aziendale.
Prosecuzione della formazione (tutte le aziende)	La formazione aziendale è fondamentale per il successo delle iniziative del Piano Regionale Prevenzione a livello aziendale. Nel 2017 verranno aggiornate le 5 FAD previste dal Piano Regionale Prevenzione specifici per gruppi omogenei regionali e verrà organizzato 1 corso residenziali aziendale per varie categorie professionali sulla sorveglianza delle MCNT, sulla promozione della salute e sui principi della prevenzione cardiovascolare (prevista dal PRP la partecipazione di personale sanitario in una percentuale cumulativa con il 2016 di almeno il 9%).
Presenza precoce dei soggetti con disturbi d'ansia/depressivi	
Definizione condivisa di un modello per la presa in carico	modello individuato
Formazione di MMG e PLS	percorso formativo realizzato

3.2.3. Gli screening oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia (Programma II PRP)	
Obiettivo azienda	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
garantire il rispetto degli 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".	Adozione formale di un sistema regionale di verifica dei requisiti dei centri di senologia. Rispetto dei requisiti da parte delle Aziende
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
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%
garantire il rispetto dei requisiti definiti dalla regione per i centri di secondo livello.	- Adozione formale di un sistema regionale di verifica dei requisiti dei centri di secondo livello. - Rispetto dei requisiti da parte della aziende
garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica per gli esami di 2° livello di screening	Percentuale di compilazione dei campi fondamentali $\geq 95\%$
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

3.2.5. Salute e sicurezza nelle scuole e benessere dei giovani (Programma III PRP)	
Obiettivo azienda	Risultato atteso
Salute e sicurezza nelle scuole e benessere dei giovani (Programma III PRP)	- mantenimento delle attività di Peer Education negli Istituti superiori Statali del territorio di Trieste (reclutamento dei Peer, formazione/ laboratorio per i Peer Educator, interventi di sensibilizzazione/ rinforzo nelle classi 2e, formazione degli insegnanti) - attuazione del percorso di Peer Education nelle scuole di Formazione Professionale (reclutamento

	dei Peer, formazione/ laboratorio per i Peer Educator, interventi di sensibilizzazione) - valutazione dell'impatto degli interventi di Peer education nelle scuole statali coinvolte (in collaborazione con l'Unità di Psicologia del Dipartimento di Scienze della Vita dell'Università degli Studi di Trieste)
Le aziende sanitarie collaborano e sostengono percorsi ed azioni coerenti a diffondere in tutta la Regione il modello di Scuola che promuove la salute, che ha lo scopo di migliorare il successo scolastico e facilitare l'azione in favore della salute.	almeno il 20% delle 167 scuole della Regione dovranno esser raggiunte dalla proposta di aderire alla rete Scuole che promuovono salute (SHE).
Presentazione e avvio, da parte di tutte le aziende sanitarie, di una progettualità, con il finanziamento dedicato, di peer educaion nelle scuole della regione. Continua la diffusione e implementazione dei progetti riconducibili alle buone pratiche, quali modello What's up, Unplugged, peer education ecc	Aderiscono alla progettazione almeno il 45% delle scuole della regione (almeno 60 scuole raggiunte).

3.2.6. Prevenzione delle dipendenze (Programma IV PRP)

Obiettivo azienda	Risultato atteso
Creare un Gruppo di formatori per i docenti delle scuole primarie e secondarie sulle life skills come strumento di prevenzione anche delle dipendenze, attraverso l'organizzazione di un Workshop regionale teorico-pratico	- 1 workshop formativo Regionale - almeno 4 operatori formati per Azienda (Prevenzione, Dipendenze e altre strutture interessate) - almeno n. 1 workshop di "trasferimento LS contesto scuola" per azienda
Formare gli Assistenti sociali degli ambiti territoriali per diffondere gli strumenti di identificazione precoce delle persone vulnerabili al gioco d'azzardo patologico	Almeno 1 corso per Assistenti sociali degli ambiti su ogni territorio Aziendale;

3.2.7. Promozione dell'attività fisica (Programma V PRP)

Obiettivo azienda	Risultato atteso
Promozione dell'attività fisica (Programma V PRP)	Proseguimento forme di attività fisica che sono state reputate funzionali all'obiettivo quali: - muoviamoci insieme - attività benessere - attività fisica nei ricreatori
avvio di un progetto di attività fisica rivolto alla popolazione adulta da realizzare con il	presentazione del progetto alla DC e avvio

finanziamento dedicato	realizzazione
realizzazione progetti di promozione attività fisica adattata	Almeno 1 iniziativa/progetto
diffusione del catalogo aziendale delle offerte e opportunità di attività fisica presenti sul territorio e aggiornamento dello stesso	Catalogo aziendale pubblicato sul sito aziendale e aggiornato auspicando la possibilità di utilizzo di strumenti adeguati di pubblicazione.

3.2.8. Prevenzione degli incidenti stradali (Programma VI PRP)

Obiettivo azienda	Risultato atteso
Prevenzione degli incidenti stradali (Programma VI PRP)	<p>Proseguimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - progettualità per la prevenzione e riduzione dei rischi nei giovani nei luoghi del divertimento, con azioni mirate anche alla prevenzione degli incidenti stradali all'interno del Progetto Overnight quali: utilizzo di mezzi di trasporto alternativo (es. buoni taxi); campagne per il guidatore designato; esecuzione dell'etiltest. - coinvolgimento i cittadini in una campagna strutturata di sensibilizzazione sulle problematiche alcol correlate <p>Implementazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - progetto "Overnight 2017" - campagna "Aprile mese di prevenzione alcolologica"
Sensibilizzazione alla prevenzione degli incidenti stradali	- Partecipazione ad una iniziativa regionale di comunicazione e informazione nell'ambito scolastico, in collaborazione con l'Assessorato ai Trasporti e le Istituzioni locali
<ul style="list-style-type: none"> - ASUI UD: effettuare presso IMFR Gervasutta attività di approfondimento neuropsicologico dell'idoneità alla guida in qualità di centro di riferimento regionale - fungere da riferimento regionale (formazione, acquisizione hardware e software...) per l'eventuale estensione dell'offerta presso ulteriori centri di valutazione sul territorio regionale. 	Condivisione dei risultati dell'attività svolta presso IMFR Gervasutta attività di approfondimento neuropsicologico dell'idoneità alla guida in qualità di centro di riferimento regionale ed adozione delle raccomandazioni
ASUITs: adottare le raccomandazioni regionali per l'invio ad approfondimento neuropsicologico dell'idoneità alla guida	Raccomandazioni adottate e accertamenti eseguiti

3.2.9. Prevenzione degli incidenti domestici (Programma VII PRP)

Obiettivo azienda	Risultato atteso
-------------------	------------------

<p>1. coordinare le attività relative al perseguimento degli obiettivi del programma VII PRP prevenzione degli incidenti domestici.</p> <p>2. continuare nell'attività di sensibilizzazione della popolazione nella prevenzione degli incidenti domestici</p>	<p>1. Report congiunto di monitoraggio relativo alle attività previste dal Programma VII PRP inviato alla DCS</p> <p>2.a Nel corso del 2017, utilizzando i fondi ex art. 13, verrà diffuso almeno 1 spot televisivo.</p> <p>2.b Il materiale informativo esistente per la popolazione verrà aggiornato, in collaborazione con le aziende sanitarie della regione e con l'IRCCS Burlo Garofolo.</p> <p>2.c Al fine di raggiungere anche gli stranieri stanziali sul territorio, in particolare le famiglie con figli, verrà tradotto nelle lingue delle etnie minoritarie più rappresentate (cinese, turco). Gli opuscoli in italiano e nelle lingue identificate saranno stampati e diffusi.</p>
proseguire la rilevazione attraverso la check-list dei rischi nelle abitazioni con analisi dei risultati	Almeno 50 abitazioni valutate
formare operatori sanitari e dell'assistenza, con particolare riferimento al personale di assistenza dell'anziano	Almeno 1 evento

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

Obiettivo azienda	Risultato atteso
SPSAL: partecipare ad azioni di verifica della omogeneità dell'applicazione in ambito regionale delle procedure di vigilanza in edilizia e prosecuzione della diffusione delle stesse ai portatori di interesse	<p>Partecipazione ai lavori del GRE</p> <p>Report elaborato da parte del GRE sulla omogeneità dell'applicazione delle procedure di vigilanza in edilizia in regione.</p> <p>Realizzazione di almeno un incontro provinciale con i portatori di interesse sulle problematiche connesse all'applicazione delle norme poste a tutela del lavoro in edilizia</p>
SPSAL: partecipare ad azioni di verifica della omogeneità dell'applicazione in ambito regionale delle procedure di vigilanza in agricoltura e prosecuzione della diffusione delle stesse ai portatori di interesse	<p>Partecipazione ai lavori del GRA</p> <p>Report elaborato da parte del GRA sulla omogeneità dell'applicazione delle procedure di vigilanza in agricoltura in regione.</p> <p>Realizzazione di almeno un incontro provinciale con i portatori di interesse sulle problematiche connesse all'applicazione delle norme poste a tutela del lavoro in edilizia</p>

ASUI UD: coordinare 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 ASUITs: partecipare ai lavori	Partecipazione ai lavori per la stesura delle linee guida regionali sulla prevenzione di rischi infettivi nelle attività correlate alle pratiche estetiche e di protocolli operativi sulla uniformità dei controlli
SIAN/VET: partecipare alla formazione degli auditor e al programma di mantenimento della qualifica	Partecipazione alla formazione di almeno 36 auditor ufficiali su scala regionale
SPSAL: realizzare un programma di audit mirato alle aziende dei comparti agricolo ed edile con il coinvolgimento dei comitati paritetici e bilaterali	Formazione di 4 operatori SCPSAL Scheda di audit realizzata, programma di audit realizzato
ASUITs: partecipare alla revisione della lista dei controlli sulle imprese e alla diffusione del documento ai portatori di interesse	Partecipazione al Gruppo regionale che provvederà alla revisione ed integrazione della Lista regionale dei controlli sulle imprese disponibile sul sito aziendale

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

Obiettivo azienda	Risultato atteso
mantenere un'adeguata vigilanza nei settori edile e agricolo secondo i parametri definiti a livello nazionale	5% delle aziende vigilate. - Agricoltura: mantenimento dell'attività di vigilanza dell'anno precedente. - Edilizia: vigilanza su almeno il 12% dei cantieri notificati nell'anno precedente
realizzare almeno un incontro informativo/formativo rivolto ai soggetti della prevenzione operanti nel settore edile e agricolo	Realizzare l'incontro informativo/formativo ed inviare il report di attività alla DCS (descrizione dell'evento, numero di operatori formati suddivisi per categoria).

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

Obiettivo azienda	Risultato atteso
realizzare in modo coordinato, 2 corsi accreditati o 2 iniziative di sensibilizzazione, finalizzati ad una maggiore conoscenza della corretta valutazione dei rischi, al reinserimento dei soggetti patologici e all'appropriatezza e qualità delle segnalazioni di malattia professionale.	Collaborazione alla realizzazione su scala regionale di 2 corsi accreditati o 2 iniziative di sensibilizzazione
Partecipare all'avvio dell'applicazione del metodo OCCAM (pag. 90 PRP)	Analisi OCCAM sulle neoplasie naso-faringee e naso-sinusalì
proseguire in ogni azienda il programma integrato di promozione della salute dei dipendenti, che	- produzione di un report sui lavoratori a rischio cardiovascolare globale

coinvolge 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.	- offerta di percorsi per smettere di fumare ai fumatori soggetti a sorveglianza sanitaria
---	--

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

Obiettivo azienda	Risultato atteso
alimentare le banche dati Informo e Malprof e coordinarsi per la stesura di un report regionale	Collaborazione alla predisposizione di un report congiunto di attività tra tutte le SPSAL regionali, report che verrà inviato alla DCS
Sviluppo di sistemi informativi rivolta alla dematerializzazione delle comunicazioni obbligatorie	a. Informatizzazione delle notifiche ex art. 250 e 256 del D.Lgs. 81/08 b. Avvio delle procedure per l'informatizzazione delle notifiche ex art. 99 del D.Lgs 81/08
inviare i dati di attività dei servizi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro delle aziende alla regione per trasmissione al comitato interregionale di coordinamento	Dati inviati alla DCS
monitorare le verifiche periodiche delle attrezzature di lavoro con inserimento dei dati in apposito database	il 50% delle verifiche effettuate inserito nello specifico database

3.2.14. 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 azienda	Risultato atteso
stesura delle linee di indirizzo regionali sulla VIS (Valutazione di impatto sulla salute per la Pubblica Amministrazione) secondo i contenuti delle "Linee Guida VIS - Tools 4 HIA" attraverso la partecipazione al tavolo tecnico VIS	Partecipazione al tavolo regionale per la stesura delle linee di indirizzo regionali sulla VIS
partecipazione attiva al "Gruppo Tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali" di cui al Decreto n° 630/SPS del 12.08.15 finalizzato alla valutazione delle ricadute sulla salute connesse ai determinanti ambientali, comportamentali e sociali;	Partecipazione, al "Gruppo Tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali"
il monitoraggio straordinario delle acque destinate al consumo umano, per le aziende nei cui territorio sono state rilevate criticità	Non rilevate criticità nel 2016 nel territorio dell'ASUITs

promozione della sostenibilità e della eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, in relazione al rischio radon anche attraverso iniziative di formazione;	Collaborazione nella realizzazione del corso per professionisti realizzato a livello regionale
promozione del corretto uso della telefonia cellulare attraverso la programmazione di eventi formativi nelle scuole.	Proposta della formazione ad almeno il 50% degli istituti comprensivi
Esposti ex amianto	
ASUITs 3. Raccogliere i dati relativi ai mesoteliomi degli ex esposti e inviare al COR assicurando la trasmissione delle schede ReNaM 4. trasmettere i dati sui soggetti attualmente esposti al CRUA e alla DCS secondo le relazioni annuali compilate dalle ditte di bonifica.	<ul style="list-style-type: none"> - i dati relativi ai mesoteliomi degli ex esposti verranno inviati al COR - Le schede ReNaM verranno trasmesse al COR - i dati sui soggetti attualmente esposti verranno trasmessi al CRUA e alla DCS
ASUITs garantisce 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

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

Obiettivo azienda	Risultato atteso
Adottare e applicare le Linee guida regionali per il controllo della tubercolosi e realizzare la formazione degli operatori	<ul style="list-style-type: none"> - partecipazione ad un evento regionale - Organizzazione di un'iniziativa di informazione/formazione degli operatori
ASUITs garantisce l'offerta attiva e gratuita del test HIV, anche in forma anonima, anche ad utenti in trattamento per problemi alcol correlati.	Report testing anno 2017
Assicurare il proseguimento delle campagne vaccinali già avviate	Attuazione di una collaborazione tra IRCCS Burlo Garofolo, Distretti, PLS, Pediatri Sumaisti e Dipartimento di Prevenzione al fine di migliorare le coperture vaccinali
Adeguare la progressione dell'offerta vaccinale al nuovo PNPV attraverso la <ul style="list-style-type: none"> - Formazione - Revisione organizzativa - Attività di comunicazione per operatori (MMG, PLS) e utenti 	<ul style="list-style-type: none"> - Effettuazione di un corso di formazione sul campo in materia di vaccinazioni - Effettuazione di un corso di formazione degli operatori dei servizi vaccinali al counselling prevaccinale (il corso deve essere svolto anche se già effettuato nel 2014). - Attivazione dell'offerta attiva garantita per meningococco B

	<ul style="list-style-type: none"> - offerta garantita (non attiva) per rotavirus - offerta garantita (non attiva) per herpes zoster (ai 65enni) - Effettuazione di almeno un'iniziativa di comunicazione nei confronti di operatori ed utenti, anche con la collaborazione dell'OMCEO
Assicurare procedure uniformi per la gestione dei soggetti inadempienti/esitanti alla vaccinazione	Adozione formale protocollo regionale
Offerta vaccinazioni in categorie a rischio	<ul style="list-style-type: none"> - Predisposizione di una procedura aziendale in applicazione ai protocolli regionali relativi all'offerta delle vaccinazioni in categorie a rischio. - Applicazione del Protocollo Operativo per la vaccinazione HPV alle categorie a rischio (soggetti Hiv+, omosessuali maschi) presso il Centro MST.
Avvio di un processo di accreditamento dei servizi vaccinali	Revisione delle procedure adottate al fine di iniziare un processo di accreditamento dei servizi vaccinali
Garantire la rilevazione delle reazioni avverse a vaccino	Report aziendale inviato alla DCS
ASUITs partecipa ai programmi di sorveglianza delle ICA, con evidenza di monitoraggio degli indicatori regionali.	indicatori regionali monitorati
ASUITs effettua la Point Prevalence Survey sulle Infezioni correlate all'assistenza.	PPS effettuata
ASUITs effettua la Point Prevalence Survey sul consumo degli antibiotici.	Report aziendale sul consumo di antibiotici
Formazione degli operatori sull'uso appropriato degli antibiotici in ospedale e nelle strutture residenziali per anziani	Almeno 1 iniziativa di formazione
Formazione degli operatori sull'uso appropriato degli antibiotici negli allevamenti industriali	Organizzazione di evento formativo

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

Obiettivo azienda	Risultato atteso
applicare il protocollo regionale sull'assistenza sanitaria alle persone migranti ed inviare settimanalmente i dati di attività	Report settimanale sugli interventi di assistenza a migranti
realizzare in modo coordinato tra le aziende sanitarie almeno un intervento formativo/informativo per la sensibilizzazione di	Effettuazione di un intervento formativo/informativo

gruppi specifici (tatuatori, estetisti, piercers..) sui problemi correlati alle malattie trasmissibili	
garantire la formazione dei propri operatori sull'antimicrobial stewardship	In ogni azienda almeno il 25% di medici prescrittori formati
diffondere a tutti gli operatori sanitari la reportistica regionale sulle resistenze batteriche	Report inviato in formato elettronico a tutti gli operatori sanitari coinvolti in prescrizione e somministrazione di farmaci
In applicazione del Piano generale regionale di risposta alle emergenze, definire e formalizzare l'unità di crisi aziendale	Unità di crisi aziendale formalizzata

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

Obiettivo azienda	Risultato atteso
sviluppare il piano d'azione elaborato da ogni azienda per i propri punti nascita e garantire la partecipazione degli operatori dedicati, al percorso formativo programmato a livello regionale	40% operatori dedicati formati
tutela della salute della donna e maternità responsabile	<ul style="list-style-type: none"> - dovranno essere attivati i percorsi formativi sull'allattamento al seno, organizzati dall' IRCCS "Burlo Garofolo" e diretti agli operatori dedicati. - valutazione dell'allineamento agli Standard Nazionali (7 Passi e Codice Internazionale) con audit degli operatori e delle madri che hanno accesso ai servizi di ASUITs - mantenimento della formazione degli operatori sanitari secondo le responsabilità (dedicati >40%) - avvio delle pratiche di rivalutazione di ASUITs con UNICEF nazionale.
Monitorare le gare di appalto di PA e Enti già mappate nel 2016 e fornire il proprio contributo nelle gare d'appalto in corso nel 2017 per favorire il maggior consumo di frutta e verdura, la riduzione del consumo di sale, usando quello iodato, l'utilizzo di prodotti preferibilmente tipici e a filiera corta	<ul style="list-style-type: none"> - contributo al 5% delle gare d'appalto di PA e Enti in corso nel 2017 in ogni Azienda - Monitoraggio dell'offerta, nelle gare d'appalto, di frutta e verdura e di prodotti preferibilmente tipici e a filiera corta, della riduzione del consumo di sale, usando quello iodato (50% delle RC di PA e Enti)
Realizzare corsi di formazione in ogni azienda su stili alimentari salutari per operatori sanitari della prevenzione, delle cure primarie e degli ospedali, anche integrati con le proposte dei programmi I e X	Realizzazione di un corso di formazione ogni Azienda
Realizzare un secondo corso di formazione, a valenza regionale con la condivisione e il contributo	partecipazione alla realizzazione del corso regionale

di tutte le Aziende Sanitarie, rivolto a formatori di GDO, Ristorazione Collettiva e Pubblica sui temi del maggior consumo di frutta e verdura, la riduzione del consumo di sale, usando quello iodato, la dovuta attenzione ai soggetti allergici e intolleranti attraverso la corretta applicazione del Reg.CE 1169/2011	report che evidenzi la diffusione dei contenuti nel territorio aziendale
--	--

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

Obiettivo azienda	Risultato atteso
Effettuare i controlli sulla condizionalità come da convenzione con il MIPAAF/AGEA	Effettuare il 100% dei controlli previsti per gli atti di interesse della condizionalità e inserire le evidenze ed i verbali in BDN.
Ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi contenuti nel Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare anche attraverso l'attività di ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base ai criteri del rischio, delle imprese alimentari; a parità di rischio dovrà essere mantenuto almeno il tasso di copertura 2016	<p><i>Effettuazione delle seguenti attività di ispezione, audit, campionamento e classificazione:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - n. 370 interventi ispettivi per settore (Veterinaria) - n. 4 audit per settore (Veterinaria) - 6 audit (SIAN) - n. 100 controlli ufficiali dei campionamenti di alimenti e 25 valutazioni del rischio (Veterinaria) - n. 480 interventi di controllo ufficiale e 250 valutazioni del rischio (SIAN) - 100% di campioni ufficiali programmati (SIAN) - n. 6 controlli congiunti tra Servizio veterinario e SIAN, come da Accordo in Conferenza Stato Regioni.
Attuazione del quarto anno del Progetto Piccole Produzioni Locali in accordo con la Direzione centrale agricoltura. Applicazione del nuovo Regolamento con coinvolgimento del Servizio SIAN.	<p>Aumentare l'informazione e la formazione sul territorio, informando le Aziende dell'allargamento del paniere dei prodotti come da DPR 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:</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... <p>Nel corso di tutte le verifiche programmate (PRISAN) presso le Aziende agricole verrà data</p>

	informazione del Progetto Piccole Produzioni Locali e dei corsi di formazione regionali. Redazione report annuale
Misure di prevenzione su base genetica per l'eradicazione della Scrapie ovina classica, finalizzate all'incremento dell'allele di resistenza della proteina prionica (ARR) nell'intero patrimonio ovino nazionale	Controlli sierologici sui capi destinati alla riproduzione in funzione di quanto previsto nel decreto Ministeriale, al fine di ottenere un patrimonio ovino regionale indenne da Scrapie.
Attuazione del Piano regionale di monitoraggio e controllo della malattia di Aujeszky dei suini.	Controllo degli allevamenti della coorte individuati dal Piano regionale al fine del mantenimento dell'indennità.
Attuazione dei controlli sul benessere animale negli allevamenti e durante il trasporto secondo le linee guida operative dettate dalla Task Force benessere animale, istituita con Decreto 659/SPS del 20/08/2015	Effettuazione degli interventi di controllo sul rispetto del benessere animale richiesti dal PRISAN 2017
Attuazione dei controlli sull'anagrafe ovi caprina come da indirizzi LEA Ministeriali.	Raggiungimento del 3% dei controlli su base Regionale come richiesto da LEA Ministeriali.
Applicazione del PRP sull'Igiene Urbana Veterinaria.	Effettuare il 100% dei controlli sulle strutture di ricovero e custodia della Regione Autonoma FVG sia convenzionate che non convenzionate.
Applicazione piano vaccinale blue tongue	100% entro 28 febbraio 2017

3.3. ASSISTENZA PRIMARIA**3.3.1. Attuazione accordo per la Medicina generale**

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
<ol style="list-style-type: none"> 1. Avvio delle Nuove medicine di Gruppo in ogni Azienda 2. Sviluppo dei CAP in ogni Azienda 3. Attivazione di programmi di medicina d'iniziativa 4. Revisione procedure dimissione protetta 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sviluppo delle Nuove medicine di gruppo conforme a quanto previsto dalla DGR 39/2016. 2. In ogni Azienda sono presenti non meno di 4 CAP 3. Evidenza in ciascuna Azienda Sanitaria di effettivo avvio dei programmi nell'ambito della gestione delle patologie croniche; miglioramento del livello degli obiettivi raggiunti per quanto riguarda il diabete previsti dall'AIR di cui alla DGR 39/2016 nel 2017 vs 2015. 4. Evidenza di aggiornamento della procedura delle dimissioni protette sulla base delle nuove indicazioni regionali

3.3.2. Accreditamento

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
<ol style="list-style-type: none"> 1. Partecipazione attiva al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti. 2. Gli enti del SSR collaborano allo sviluppo dell'organismo tecnicamente accreditante (OTA), costituito da tutti i referenti dell'accREDITamento istituzionale, secondo le direttive dell'Intesa CSR del 19/2/2015 recepita con la DGR 2220/2015 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ASUITs mette a disposizione per i sopralluoghi, secondo le indicazioni della direzione centrale salute, i valutatori per almeno 20 giornate; ogni IRCCS per almeno dieci giornate. 2. L'organismo tecnicamente accreditante (OTA), con il coordinamento dei referenti dell'accREDITamento di ASUITs, AAS 2 e EGAS che hanno partecipato al corso di formazione organizzato dall'AGENAS, definisce le regole di funzionamento interno e la propria politica (mission, vision e obiettivi) secondo le indicazioni della DGR 2220/2015 e le trasmette per l'approvazione alla direzione centrale salute entro il 2017.

3.3.3. Odontoiatria sociale

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
<ol style="list-style-type: none"> 1. Aumento delle prestazioni LEA erogate raggiungendo la media aziendale di almeno 1,5 prestazioni/ora per odontoiatra 2. Prestazioni non LEA erogate 3. Percentuale aziendale di visite odontostomatologiche 4. predisposizione di un progetto per l'attivazione 	<ol style="list-style-type: none"> 1. +20% delle prestazioni LEA erogate nel 2015 2. 200 casi di terapia ortodontica e 1000 protesi totali, complessivamente nelle sedi attivate 3. non superiore al 50% del totale delle prestazioni erogate (sono escluse le visite del pronto soccorso odontostomatologico) 4. formalizzazione del progetto

di un percorso specifico di odontoiatria sociale dedicato ad utenti in carico ai servizi per le dipendenze	
Odontoiatria (coordinamento regionale)	- configurazione e implementazione della cartella clinica odontoiatrica che dovrà essere attiva in tutti i centri erogatori entro il 31.12.2017, al controllo dell'apertura degli ambulatori per la prestazione NON LEA di protesi e ortodonzia, e la razionalizzazione dell'offerta in AAS 5 e 2, nonché l'aumento di efficacia per raggiungere il target di prestazioni di +20% rispetto al 2015 e 200 casi di terapia ortodontica e 1000 protesi totali nel 2017. ASUITs ha già provveduto all'acquisizione della <u>cartella clinica informatizzata</u> e, come da piani, intende avviarla a regime entro il primo semestre in modo che entro l'anno possa essere avviata nelle altre aziende della regione. Si auspica a tal proposito che Insiel realizzi le integrazioni previste nonché si renda disponibile a integrare anche il CUP.

3.3.4. Cure palliative e terapia del dolore	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Attivazione della rete locale per le cure palliative	1. Entro il primo semestre 2017 in ogni AAS e ASUI è attivata la rete locale per le cure palliative ed è nominato formalmente il responsabile della rete locale
2. Istituzione/potenziamento degli hub e spoke della rete locale per la terapia del dolore dell'età adulta	2. ASUITs, ASUIUD e AAS 5 attivano il centro hub di terapia del dolore e negli altri ospedali sono attivati i centri spoke secondo le indicazioni della DGR 165/2016 che ne ha definito le caratteristiche e i requisiti.
3. ASSISTENZA H24 7 su 7: sono garantite Cure Palliative domiciliari 7 giorni su 7, dalle 8 alle 20, attraverso l'erogazione diretta degli operatori dell'équipe e per le restanti fasce orarie attraverso una delle seguenti modalità: Pronta disponibilità dedicata (servizio h24 garantito dall'UCP), Consulenza telefonica (agli assistiti e/o ai Medici dei servizi di Continuità assistenziale e al 118)	3. Assistenza garantita h24 7 giorni su 7 in ogni AAS e ASUI
4. TEMPISTICA DI PRESA IN CARICO MALATI ONCOLOGICI DECEDUTI: Suddividere il numero di malati oncologici deceduti in base al tempo	4. La sommatoria dei malati presi in carico entro 1 giorno, entro 2 giorni ed entro 3 giorni deve essere superiore o uguale all'80%

intercorso tra il momento della segnalazione e la presa in carico. Entro 1 giorno dalla segnalazione/Tra 1 e 2 giorni dalla segnalazione/Tra 2 e 3 giorni dalla segnalazione/Oltre 3 giorni dalla segnalazione/Momento della segnalazione non noto.	
5. CIA (coefficiente di intensità assistenziale) dell'assistenza domiciliare a favore dei pazienti terminali presi in carico dalla rete delle cure palliative	5. superiore o uguale a 0,5
6. Percentuale di malati oncologici deceduti a domicilio	6. uguale o superiore al 50%
7. attivazione del monitoraggio dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni di terapia del dolore in tutti i setting assistenziali	7. trasmissione report alla direzione centrale salute
8. Attivazione di almeno una campagna informativa sulle reti delle cure palliative e della terapia del dolore da realizzarsi con finanziamento della LR 10/2011 in ciascuna Azienda	8. Almeno il 20%
9. Attivazione di presa in carico dei malati oncologici in "fase avanzata" con supporto psico-relazionale individuale e della famiglia.	9. Almeno il 50% dei pazienti presi in carico

3.3.5. Superamento della contenzione

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Dare attuazione alla DGR n. 1904/2016	1. Produzione di un report di monitoraggio del fenomeno della contenzione in tutte le strutture sanitarie, socio-sanitarie e assistenziali secondo quanto disposto nella DGR 1904/2016

3.3.6. Riabilitazione

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Attivazione a livello aziendale della rete per le malattie neuromuscolari e la sclerosi laterale amiotrofica	1. In ASUITs è attivato un gruppo integrato neuromuscolare (GIN) con la finalità della presa in carico della persona con malattia neuromuscolare nell'ambito territoriale di competenza.
2. Attivazione a livello aziendale del PDTA per la sclerosi multipla entro la seconda metà del 2017.	2. Entro il 2017 almeno il 50% dei pazienti con sclerosi multipla è preso in carico con le modalità previste dal percorso assistenziale

<p>Riabilitazione Progettualità aziendali</p>	<p>AsuiTs si impegna a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Attivare il percorso riabilitazione in fase acuta e cronica delle Sclerosi multipla (entro il 31.12.2017): esiste già un percorso aziendale a coinvolgimento multi professionale sia con la riabilitazione ospedaliera che territoriale. - Formalizzare il PDTA Sclerosi Multipla (entro il 31.12.2017) - Formalizzare un percorso locale dedicato per le malattie neuromuscolari (SLA, Miopatie e Neuropatie) sia con la riabilitazione ospedaliera che territoriale. - Formalizzare di un percorso locale dedicato per la malattia di Parkinson sia con la riabilitazione ospedaliera che territoriale <p>Elaborare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - un percorso condiviso per le malattie demielinizzanti, (sclerosi multipla) dalla fase acuta alla riabilitazione alla gestione del dolore e della spasticità - un percorso per la riduzione della disabilità e del dolore e della spasticità nei pazienti con Stroke - un percorso dedicato malattie neuromuscolari
---	--

3.3.7. Assistenza domiciliare	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Presa in carico	<ul style="list-style-type: none"> - > 3.8% popolazione > 65 anni (secondo nuova griglia LEA) - incremento delle attività di sostegno alla fast track chirurgica e alla peritoneale

3.3.8 Salute mentale	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Adozione del nuovo Piano della Salute Mentale	Collaborazione con la DCS per l'elaborazione del Piano d'azione regionale per la Salute Mentale.
Salute mentale	<ul style="list-style-type: none"> - Implementazione delle attività previste dal programma "Mens sana in corpore sano" <p>Il DSM di ASUITs individua la necessità di qualificare ulteriormente gli interventi relativi a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Miglioramento della qualità delle cure per le

	<p>persone in trattamento presso il DSM.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ottimizzazione della collaborazione del DSM con le agenzie di confine. - Manualizzazione dell'attività dei servizi del DSM in vista dell'accreditamento istituzionale. - Per quanto riguarda il miglioramento della risposta alle emergenze psichiatriche, in collaborazione con le forze dell'ordine, il 118 ed il Pronto Soccorso, vi è la necessità della condivisione, con le agenzie citate, dei contenuti operativi di linee guida e raccomandazioni per la gestione delle emergenze psichiatriche. - Contestualmente si concluderà il percorso formativo relativo a crisi ed urgenza e lo studio di fattibilità per la realizzazione di un team funzionale a ponte tra SPDC e CSM che lavori specificatamente con le agenzie dell'emergenza ed il Pronto Soccorso. - sarà realizzato una proposta di manuale con l'indicazione dei requisiti e dei criteri che indirizzano l'operatività dei CSM 24 ore. Sarà necessario l'inserimento nel regolamento del DSM, dei principi e delle metodologie che orientano gli interventi di integrazione sociosanitaria quali ad es. i tirocini socio-formativi e/o socio-lavorativi. - Con l'entrata in funzione del nuovo sistema l'Azienda metterà a disposizione i dati recuperati dall'applicativo PSM nei formati definiti a livello regionale. Attualmente l'applicativo PSM è a regime in modo consolidato in tutto il DSM con più di 200 utenti ti abilitati e formati, e una continua attività di configurazione, perfezione e adattamento
--	--

3.3.9. Disturbi del comportamento alimentare	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
4. Partecipazione dei referenti aziendali individuati al Tavolo tecnico salute mentale <u>DCA</u>	3 I referenti regionali individuati hanno partecipato all'80% degli incontri <u>DCA</u>
8 Partecipazione e collaborazione attiva al Tavolo tecnico regionale DCA.	2 I referenti regionali individuati hanno partecipato all'80% degli incontri.
9 IRCCS Burlo Garofolo e ASUIUD attivano la	Gli Osservatori epidemiologici DCA

<p>funzione di osservatorio epidemiologico per i DCA, in collaborazione con la Direzione Centrale Salute, i DSM e i servizi per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza, come definito dal Decreto 1200/2013.</p> <p>10 Consolidamento della rete di offerta con l'attività a regime degli ambulatori dedicati e dei centri diurni per l'età adulta e per l'età evolutiva.</p> <p>11 Formazione specifica degli operatori.</p>	<p>predispongono un report sull'attività 2017 della rete sulla base di indicazioni della Direzione.</p> <p>3 Ogni Azienda ha identificato un Ambulatorio DCA con suo referente.</p> <p>4 Evidenza documentale di un percorso aziendale strutturato per l'intervento semiresidenziale.</p> <p>5 Evidenza di corsi formativi</p>
<p>Disturbi comportamento alimentare</p>	<p>Il DSM di ASUI di Trieste, nonché Centro Collaboratore dell'OMS, intende procedere alla formalizzazione del gruppo di lavoro multiprofessionale dedicato e dei percorsi di cura e protocolli connessi alla presa in carico delle persone con DCA finalizzati sia alla gestione degli aspetti internistici - nel caso di accertamenti medici e/o di acuzie in regime di ricovero- che alla presa in carico congiunta tra servizi competenti (CSM, SC BADO, NPI) e durante la transizione.</p>

3.3.10. Salute mentale in età evolutiva

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
<p>Salute mentale in età evolutiva</p>	<p>- Nel corso del 2017 sarà individuata con atto formale la rete regionale dei servizi di salute mentale per l'età evolutiva. Verranno individuati i requisiti per l'accreditamento delle strutture residenziali e semiresidenziali per i minori con disturbi neuropsichici.</p> <p>- ASUITs proseguirà nel rinforzo dei servizi di salute mentale per l'età evolutiva come previsto dalla DGR n.1671/09.09.2016</p>

3.3.11. Autismo

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
<p>1. Partecipazione dei referenti individuati delle NPJA al tavolo tecnico regionale in tema di salute mentale</p> <p>2. Implementazione del percorso diagnostico assistenziale per il minore affetto da disturbi dello spettro autistico</p>	<p>1. I referenti individuati hanno partecipato all'80% degli incontri regionali organizzati</p> <p>2. Numero corsi (Early Start Denver Model) e numero operatori formati in tema di gestione del minore con disturbi dello spettro autistico</p>
<p>Disturbi comportamenti spettro autistico nell'adulto</p>	<p>1. Mettere a fuoco un percorso autismo che utilizzi in modo razionale e sinergico tutte le risorse presenti nella provincia di Trieste; tale</p>

	<p>percorso deve essere monitorabile in tempo “quasi reale” grazie ad una cartella clinica informatizzata e condivisa da tutti i nodi della rete (pSM).</p> <p>2. Individuare un Protocollo di valutazione diagnostica condiviso tra IRCS Burlo, Ospedali Riuniti e SC BADOE.</p> <p>3. Definire i percorsi di continuità, diagnostica e presa in carico e trattamento tra NPI e servizi di salute mentale territoriali.</p> <p>4. Collegare la valutazione diagnostica ai Progetti Terapeutico Riabilitativi Individuali definendo modalità condivise tra i servizi che accertano il disturbo per garantire la continuità informativa alle famiglie nel periodo della transizione.</p>
--	---

3.3.12. Consulteri familiari	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
<p>1. Implementazione dell'offerta della visita domiciliare ostetrica in puerperio.</p> <p>2. Promozione della salute della donna in età post-fertile</p>	<p>1. Attivazione del servizio.</p> <p>2. Evidenza di interventi a favore della salute della donna in età post-fertile</p>
Consulteri familiari	<p>- messa a sistema dell'offerta dei CAN alle donne in gravidanza con particolare attenzione ai gruppi più vulnerabili e a scarso accesso</p> <p>- analisi di fattibilità per avvio dell'implementazione più estensiva della visita domiciliare in puerperio.</p>

3.3.13. Diabete	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
<p>1 L'ASUITs organizzerà nel primo trimestre del 2017 i corsi di formazione per garantire l'applicazione del “Documento di indirizzo regionale sull'Assistenza alla Persona con Diabete”</p>	<p>2. Evidenza entro il 31.3.2017 dell'attuazione dei corsi a livello aziendale rivolti ai MMG e agli operatori dei distretti che si occupano di diabete nell'assistenza primaria.</p>
Diabete	<p>- applicazione della rete aziendale clinico assistenziale sulle problematiche connesse alla patologia diabetica redatta nel 2016</p> <p>- attuazione dei PDTA clinico assistenziali con definizione dei ruoli e responsabilità dei numerosi professionisti che sono attivi nel settore</p>

3.3.14. Sanità penitenziaria	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. A seguito dei lavori del Gruppo tecnico regionale le Aziende elaborano programmi per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario in carcere.	1. Programmi aziendali per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario in carcere entro il 2017.
Sanità penitenziaria	<ul style="list-style-type: none"> - adesione al Gruppo Tecnico Regionale per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario in carcere individuando il personale dedicato, che a seguito dei lavori del Gruppo Tecnico redigerà un protocollo operativo locale in collaborazione con la Direzione della Casa Circondariale di Trieste. - Il DSM dell'ASUI di Trieste, nonché Centro Collaboratore dell'OMS, a suo tempo, ha tradotto e pubblicato anche su supporto cartaceo il manuale "Prevenire il suicidio in carcere. Le linee guida OMS e la realtà italiana. Manuale per operatori penitenziari e sanitari" la cui distribuzione potrebbe essere ipotizzata nell'ambito dei programmi aziendali per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario in carcere

3.3.15. Ospedali psichiatrici giudiziari	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Ospedali psichiatrici giudiziari	<ul style="list-style-type: none"> - ASUITs proseguirà nel programma regionale di superamento degli OPG, garantendo il funzionamento delle strutture per l'esecuzione delle misure di sicurezza regionali (REMS) e, più in generale, attivando percorsi di fronteggiamento della deriva di internamento e predisponendo i progetti riabilitativi personalizzati per le persone internate. - In caso di mancato utilizzo della REMS di Aurisina per persone residenti in regione, grazie al lavoro di prevenzione, secondaria e terziaria, svolto dai DSM regionali, sia sul piano operativo che nel rapporto con la magistratura, verranno sperimentate modalità di reimpiego del personale REMS nel supporto ai programmi personalizzati di persone a rischio di misure di sicurezza, di detenzione e deriva sociale

3.3.16. Dipendenze	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. 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. Invio e validazione dei dati per i flussi informativi regionali raccolti dell'osservatorio.
2. Partecipazione alla realizzazione di un workshop regionale, in collaborazione con il terzo settore sui trattamenti alcolici.	2. Partecipazione dei almeno il 70% del personale dei Servizi per le dipendenze dedicati al trattamento alcolico al workshop regionale.
3. Promuovere e aumentare il numero di programmi terapeutico riabilitativi in misura alternativa alla detenzione per detenuti con dipendenza patologica e di messe alla prova..	3. Partecipazione alla realizzazione di una formazione a valenza regionale sulle misure alternative e messe alla prova. Aumento delle misure alternative e messe alla prova (2017 vs 2016).
4. Partecipazione ai tavoli di monitoraggio sugli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale.	4. Individuazione di almeno 3 indicatori di outcome relativi agli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale.
5. Produzione di almeno 3 indicatori di outcome	5. Report con l'esito di almeno 3 indicatori di outcome.

3.3.17. Privacy	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Privacy	Intensificare la raccolta dei consensi a trattamento dei dati personali, in modo da estenderla a tutti i cittadini

3.3.18. Continuità assistenziale 116-117	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Continuità assistenziale 116-117	Predisporre un'ipotesi di un'organizzazione con risorse infermieristiche ancorché non sia ancora prevista l'apposita attivazione della linea telefonica dedicata da parte dei gestori telefonici, per garantire la continuità assistenziale dei pazienti in cura/assistenza domiciliare, coerentemente con l'Accordo Stato-Regioni

3.4. PROGETTI ATTINENTI LE ATTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALI

3.4.1 Insufficienze d'organo e trapianti	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Cuore	
Cuore	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dopo la formalizzazione della filiera <i>cuore</i> della rete per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti, predisposizione di almeno 2 percorsi assistenziali a valenza regionale (VAD e ECMO). 2. Utilizzo presso il Centro trapianti di almeno l'85% degli organi prelevati in regione (diretti o in scambio con altre regioni). 3. Riduzione del tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti di 50-74 anni, portandolo per ogni AAS/ASUI sotto il valore di 210 (valore medio regionale 2015 di 208,26 – fonte Bersaglio)
Cuore – scompenso cardiaco	<p>Mantenimento e miglioramento dei seguenti interventi in favore dei pazienti con scompenso cardiaco di 50-74 anni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presa in carico medico-infermieristica (ambulatoriale o telemonitoraggio remoto) entro 30 giorni dalla dimissione ospedaliera di almeno 1/3 dei pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco (1° diagnosi), selezionati tra quelli a maggiore rischio di reospedalizzazione - Mantenimento in carico medico-infermieristico presso l'ambulatorio dedicato della SC Centro Cardiovascolare e Cardiologia di almeno il 50% dei pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco selezionati tra quelli a maggior rischio di ospedalizzazione - Condivisione con le AFT aziendali e con i Distretti di percorsi facilitati di presa in carico dei pazienti con scompenso cardiaco. - Condivisione con il Pronto Soccorso e 118 di percorsi facilitati di presa in carico urgente senza necessità di ricovero presso l'ambulatorio dedicato della SC Centro Cardiovascolare o Cardiologia dei pazienti con scompenso cardiaco selezionati tra quelli a minore rischio
Rene	

Rene	<ol style="list-style-type: none"> 1. Potenziamento della Dialisi peritoneale e dei trapianti con l'obiettivo di ridurre i pazienti in emodialisi al di sotto del 46% del totale (trapiantati + emodializzati + in dialisi peritoneale). 2. Ulteriore potenziamento del programma Trapianti di rene con riduzione dei Tempi di iscrizione in lista trapianto di almeno il 75% dei nuovi dializzati entro 6 mesi dall'inizio della dialisi e aumento dei casi di trapianto (almeno 70/anno comprensivi di tutte le tipologie di trapianto).
Rene - pdta	<ol style="list-style-type: none"> 1. Effettuazione di un audit di monitoraggio congiunto dei nefrologi entro marzo '17 ed un secondo fra ottobre e dicembre '17. 2. proseguire con la formazione teorico pratica (circa 18 ore presso il reparto) degli infermieri dei servizi territoriali (Distretti RSA Strutture Protette) per arrivare a circa 200 formati. Al momento sono formati 130; 3. promuovere in primis il trattamento domiciliare. Si utilizzeranno tutti gli strumenti per favorire il trattamento domiciliare peritoneale (con i diversi livelli di assistenza fornibili: dalle visite periodiche alle medicazioni etc.), fino alla forma di gestione infermieristica domiciliare della metodica nel paziente non autosufficiente senza sostegni (care givers) familiari.
Fegato	
Fegato	<ul style="list-style-type: none"> - Partecipazione ai lavori regionali per la formalizzazione di almeno 2 percorsi assistenziali a valenza regionale di cui almeno uno che riguarda i pazienti trapiantati - . ASUITs si impegna, per il 2017, all'iscrizione in lista trapianto, presso il centro trapianti dell'ASUIUd, di almeno 10 pazienti
Pancreas	
Pancreas	<ul style="list-style-type: none"> - partecipazione dei propri professionisti, alla costruzione della rete dedicata alle patologie del pancreas e diabete - ridurre il tasso di amputazioni maggiori in pazienti diabetici (tasso atteso: <30 casi/1.000.000 residenti in Provincia di Trieste; valore medio regionale 2015 di 29,39/1.000.000 – fonte bersaglio).

Polmone	
Polmone	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formalizzazione della filiera polmone della rete per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti 2. Riduzione del tasso di ospedalizzazione per BPCO portandolo per tutte le AAS/ASUI al di sotto del 60 per 100.000 residenti di 50-74 anni (valore medio regionale 2015 del 65,84 per 100.000 residenti – fonte Bersaglio). 3. Formazione di 3 infermieri per ogni distretto sanitario per la gestione integrata con le Pneumologie di riferimento dell'ossigenoterapia domiciliare 4. Formazione di 2 fisioterapisti per distretto, da parte delle Pneumologie di riferimento, finalizzata alla riabilitazione respiratoria ambulatoriale e domiciliare
Polmone	<p>ASIUTs si impegna ad attivare un modello organizzativo innovativo che preveda:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. vari incontri per coinvolgere i professionisti ospedalieri, distrettuali e MMG nonché il personale infermieristico ed i fisioterapisti 2. Un insieme di interventi coordinati tra loro (bundle) riguardanti: <ol style="list-style-type: none"> a. la prevenzione delle riacutizzazioni della BPCO/IRA e degli accessi al PS, attraverso l'incremento della vaccinazione antinfluenzale e antipneumococcica, anche in regime di ricovero, le pratiche di self management, comprendenti anche il corretto uso dei farmaci, una maggiore facilitazione per l'accesso alle strutture pneumologiche e alla riabilitazione respiratoria, un coordinamento tra il sistema 118 e pneumologi b. la dimissione dal PS, attraverso l'attivazione dello pneumologo territoriale e del SID c. la riduzione della durata della degenza, attraverso la valutazione pneumologica dei ricoverati per un corretto PDTA e, alla dimissione, riferimento clinico per i punti a e b.3. 3. Formazione del personale di cui al punto 3 e 4 delle Filiera Polmone delle Linee di gestione 2017
Tessuti oculari	
Tessuti oculari	1. Potenziamento del programma di donazione

	cornee (+20% delle donazioni del 2015) 2. Aumento del numero di trapianti (almeno 100 in Regione)
--	--

3.4.2 Emergenza Urgenza	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Ictus	
Ictus - trombolisi	1. <i>Aumento/Mantenimento numero trombolisi:</i> 120 interventi di Trombolisi venosa eseguita nei confronti di pazienti con Ictus acuto riferiti dal territorio giuliano-isontino
Ictus – tempi intercorrenti	2. <i>Misurazione dei tempi intercorrenti fra allertamento-TAC e TAC-trombolisi venosa</i> (relazione di analisi dei dati 2016 e primo semestre 2017). ASUITs si impegna nel 2017 a rendere disponibili le relazioni di analisi dei tempi intercorrenti tra “allertamento-TAC” e tra “TAC-rTPa” per gli anni 2017 ed il I semestre 2017, rispettivamente entro il 30 giugno 2017 ed entro il 31 dicembre 2017. Trasmissione alla DCS di un report/semestre con i dati di attività
Ictus – utilizzo scale	3. Produzione e trasmissione alla DCS di un report semestrale sulla presenza e compilazione, nella cartella clinica, delle scale Barthel Index e Rankin Scale modificata. I dati dovranno essere raccolti su un campione di cartelle (ricoveri con DRG 14 o codici ICD-9-CM indicati) con le seguenti modalità: <ul style="list-style-type: none"> - periodi di riferimento: 01/01/2017-30/06/2017 e 1/7/2016-31/12/2017; - campione cartelle: ospedali con ricoveri < 500/anno: 30 cartelle per periodo esaminate; ospedali con ricoveri > 500/anno: 50 cartelle per periodo esaminate; - rappresentatività delle diverse unità operative che accolgono e/o dimettono i pazienti, (campione proporzionato al numero dei ricoveri/anno di ciascuna unità operativa); - esclusione dal campione dei pazienti con esito ricovero “deceduto”.

Emergenze cardiologiche	
Emergenze cardiologiche	<ul style="list-style-type: none"> - Formalizzazione di almeno 1 percorso assistenziale che definisca anche specifici indicatori di esito - ASUITs si impegna inoltre, sul tema delle emergenze cardiologiche, a formulare un progetto per verificare la possibilità di inserire la formazione BLS-D nelle Scuole superiori ed i Corsi Universitari extra sanitari.
Misurazione del tempo intercorrente fra l'effettuazione dell'ECG sul territorio e l'inizio della procedura in emodinamica (relazione di analisi dei dati 2016 e primo semestre 2017)	Presentazione dei dati relativi al tempo intercorrente tra ECG sul territorio e inizio della procedura emodinamica per il 2016 e primo semestre 2017
Rivascolarizzazione dell'Infarto Miocardico Acuto STEMI (progettualità aziendale)	
Aderenza al percorso assistenziale	<p>Criteria di inclusione: Tutti i pazienti di età compresa tra 18 e 85 anni che si presentano all'attenzione del sistema regionale dell'emergenza (sia sul territorio che nei pronto soccorso ospedalieri) per "dolore toracico insorto da meno di 12 ore" ed all'elettrocardiogramma iniziale (CON DEFINIZIONE DI ORA DI ESECUZIONE) dimostrano elevazione del segmento ST (superiore a 0.1 mV in almeno due derivazioni contigue) oppure Blocco di Branca Sinistro di quasi certa nuova insorgenza</p> <p>ESIT: Mortalità a 30 gg (ottenuta da sistema informativo sanitario regionale)</p> <p>Mortalità a 1 anno (idem)</p> <p>Degenza media dell'episodio iniziale di ricovero per STEMI trattato con PPCI (da SDO)</p> <p>Percentuale di pazienti in follow up a 3 mesi presso riabilitazione cardiologica</p> <p>- Trasmissione alla DCS di un report/semestre con i dati di attività</p>
Trauma	
Trauma	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formalizzazione di un sistema di indicatori clinici per il monitoraggio dei tempi e degli esiti. 2. Trattamento della Frattura di femore entro 48H in almeno il 70% (hub) o 80% (spoke) dei casi trattati dal presidio ospedaliero. 3. Implementazione, all'interno dei presidi ospedalieri di 2° livello, di un'organizzazione per

	<p>l'urgenza traumatologica distinta dalle altre urgenze, in modo da accelerare i tempi di trattamento di tutta la traumatologia.</p> <p>4. è in corso riorganizzazione dell'attività chirurgica nel complesso operatorio per aprire una sala operatoria dedicata ai traumi dal lunedì al venerdì fino alle 18.30 e, in una seconda fase, il sabato dalle 8 alle 18.30.</p>
Pronto soccorso	
Pronto soccorso	<ul style="list-style-type: none"> - impegno a migliorare l'attività della Struttura di Cattinara e investire nel potenziamento di quella potenziamento di quella dell'Ospedale Maggiore fino a portarla a pieno regime - 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 65% (hub) - Aumentare la percentuale dei pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto Soccorso meno di 4 ore, portandola a valori superiori al 75% (hub) - Revisione e confronto interaziendali della gestione clinica per 5 eventi patologici acuti, più frequenti

3.4.3. Reti di patologia	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Malattie rare	
Produrre almeno 1 percorso assistenziale per ogni gruppo nosologico	Percorsi prodotti entro il 31 dicembre 2017
Implementazione, da parte dei presidi autorizzati, del flusso informativo al registro regionale di cui al DM 279/2011.	Evidenza dell'implementazione del flusso informativo al registro regionale di cui al DM 279/2011.
Malattie reumatiche	
Malattie reumatiche	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoraggio dell'applicazione dei percorsi assistenziali già formalizzati. ASUITs applicherà lo strumento informatico del miglioramento del percorso 2. Evidenza, entro il 30 giugno, nel sito aziendale dei medici reumatologi aggregati alle medicine interne e di quelli appartenenti ai servizi ASUITs.

3.4.4. Materno-infantile	
Obiettivo	Risultato atteso
Responsabilizzazione ostetriche	<p>Nel 2017 si proseguirà con il consolidamento dell'offerta dei percorsi di cura per le donne con gravidanze fisiologiche da parte dell'ostetrica, valutando la fattibilità della responsabilizzazione diretta ulteriore delle ostetriche e dell'ampliamento dell'offerta</p> <p>- Trasmissione alla DCS dell'analisi di fattibilità entro il 31.12.2017</p>

3.4.5 Percorso nascita	
Obiettivo	Risultato atteso
Percorso nascita	<ul style="list-style-type: none"> - prosecuzione della partecipazione del referente ASUITs ai lavori del Comitato Regionale (almeno 80 % delle sedute) - mantenimento delle attività di accoglienza ambulatoriale per Mamma Bambino dopo la dimissione dalla maternità - supporto e aiuto alle giovani famiglie dopo il parto, con specifico servizio domiciliare e ambulatoriale. Presa in carico di almeno il 30% dei nati.

3.4.6. Sangue ed emocomponenti	
Obiettivo	Risultato atteso
Raccolta plasma	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 (valore 2016 +/- 2 %), con adeguamento della produzione agli standard qualitativi concordati in sede di coordinamento interregionale con il fornitore del servizio di plasma-derivazione.
Centro Unico di Donazione	completamento del Centro Unico di Donazione presso l'Ospedale Maggiore, attualmente in fase di progettazione esecutiva con fondi Regionali deliberati, comporterà un accentramento su unica

	sede con chiusura del centro dell'IRCCS Burlo Garofolo e conseguente miglioramento del rapporto costi/efficacia.
Mantenimento quota di compensazione	Mantenimento della quota di compensazione interregionale assegnata dalla pianificazione nazionale (Centro nazionale Sangue) ed interregionale (Nuovo Accordo Interregionale Plasma)
Riorganizzazione attività raccolta	Riorganizzazione dell'attività di raccolta mobile di sangue e plasma sul territorio da parte di EGAS, producendo ed attuando, con il coordinamento della Direzione Centrale Salute, una progettualità specifica per la raccolta sangue territoriale a livello regionale.
Garanzia della sicurezza e dell'appropriatezza trasfusionale attraverso la partecipazione ai programmi regionali di sorveglianza trasfusionale.	<p>Proseguiranno gli Audit sull'appropriatezza delle richieste trasfusionali i cui risultati verranno restituiti ai reparti e discussi nelle riunioni del Comitato per il Buon Uso del Sangue.</p> <p>Per ciò che attiene alla sicurezza trasfusionale, si continuerà la raccolta e monitoraggio degli eventi avversi inerenti sia la donazione che la trasfusione. Parteciperemo al gruppo di lavoro Regionale dell'Emovigilanza e valuteremo l'impatto dell'applicazione del nuovo DM (nuova check-list, filtrazione in linea) sulla sicurezza trasfusionale.</p> <p>Ai fini di migliorare la sicurezza trasfusionale, si aumenterà il ricorso alla richiesta trasfusionale informatizzata (Emonet Web), come previsto dal nuovo decreto.</p>

3.4.7. Erogazione dei livelli di assistenza

Obiettivo	Risultato atteso
Erogazione dei livelli di assistenza	<ul style="list-style-type: none"> - Riduzione del tasso di ospedalizzazione al 125 x mille - Riduzione dei numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica portando la percentuale al di sotto del 30% per gli adulti (valore medio regionale del 2015 di 37,37% per gli adulti - fonte Bersaglio). - Riduzione della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti ≥ 65 anni portandola al di sotto del 4% (valore medio regionale 2015 di

	<p>5,23% - fonte Bersaglio).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Individuazione da parte di ogni AAS/ASUI/IRCCS di almeno 3 pacchetti di prestazioni da eseguire in day service ambulatoriali, con formale trasmissione degli stessi alla DCS entro il 30 giugno 2017, per l'autorizzazione. - Le AAS e le ASUI proseguono ad effettuare i controlli di appropriatezza delle prestazioni effettuate dagli erogatori pubblici e privati, secondo il piano dei controlli programmato dallo specifico gruppo di coordinamento regionale. - verrà riformulata la proposta di pacchetto relativo alle prestazioni ambulatoriali onnicomprensive per l'osservazione geriatrica breve. <p>- Recupero di almeno il 25% della fuga extra-regionale di ricovero e specialistica ambulatoriale (dato cumulativo) rispetto al 2015</p>
--	---

3.4.8 Rischio clinico, qualità e appropriatezza nell'erogazione delle cure

Obiettivo	Risultato atteso
Rischio clinico	
<ul style="list-style-type: none"> - definire al proprio interno e a strutturare la Rete Cure Sicure in conformità alla DGR nr 1970 dd. 21.10.2016 e a identificare i referenti dei progetti e i link professional da coinvolgere anche con la necessaria formazione (incluso quella a livello regionale). - predisporre un piano annuale del rischio clinico e garantisce il monitoraggio degli indicatori concordati a livello regionale. Inoltre, diffonde e mette a regime le raccomandazioni ministeriali e dei programmi specifici. <ul style="list-style-type: none"> - sicurezza del farmaco: <ul style="list-style-type: none"> ✓ il mantenimento delle azioni sull'uso prudente dei farmaci (con un ulteriore focus su target di popolazione individuati attraverso le rilevazioni effettuate nel 2016); ✓ la sistematica adozione della riconciliazione farmacologica nei diversi contesti assistenziali; ✓ la predisposizione e la diffusione della reportistica periodica destinata ai medici di medicina generale. - adozione delle misure di "antimicrobial stewardship", incluse: <ul style="list-style-type: none"> ✓ la valutazione dell'aderenza alle linee guida terapeutiche regionali; ✓ l'implementazione e la valutazione dell'impatto delle azioni in essere; ✓ l'adozione di specifiche misure per il coinvolgimento nel programma regionale di setting clinico-assistenziali extraospedalieri (cure intermedie); ✓ l'adozione e la promozione delle strategie per favorire l'empowerment di pazienti e cittadini sull'uso più razionale e consapevole degli antibiotici. 	

- partecipazione alla "Point Prevalence Survey" e diffusione capillare dei risultati.
- adozione di strumenti per la valutazione dello stato nutrizionale del paziente.
- empowerment dei cittadini e dei pazienti sulle tematiche del rischio mediante:
 - ✓ la valutazione dell'utilizzo del modulo di "integrazione della lettera di dimissione";
 - ✓ la predisposizione e la diffusione dei materiali informativi destinati ai cittadini.

Qualità e appropriatezza nell'erogazione delle cure

nel corso del 2017 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*. In particolare ci si riferisce ai seguenti:

- diagnostica per immagini per lombalgie e mal di testa
- diagnostica per immagini cardiaca in pazienti a basso rischio
- antibiotici per infezioni delle vie aeree superiori
- densitometria ossea
- esami preoperatori in pazienti a basso rischio
- antipsicotici in pazienti anziani
- nutrizione artificiale in pazienti con demenza avanzata o tumore in fase terminale
- inibitori di pompa protonica nel reflusso esofageo
- posizionamento del catetere urinario
- induzione del parto
- altri individuati dai professionisti

Una particolare attenzione all'appropriatezza verrà, inoltre, prestata alle prescrizioni di prestazioni di medicina di laboratorio, per la quale verrà adottato, in via sperimentale presso la AAS4, un supporto informatico ad uso dei prescrittori, sia ospedalieri che della medicina generale

ASUITs approfondirà i temi dell'inappropriatezza prescrittiva in tema di sovra diagnosi, tenendo presente le indicazioni provenienti dai professionisti clinici. Un'azione di monitoraggio e benchmarking appare possibile su setting limitati di prestazioni già oggetto di analisi e preventivamente concordati/indicati da DCS.

3.5. ASSISTENZA FARMACEUTICA

ASSISTENZA FARMACEUTICA	
Obiettivo	Risultato atteso
Tetti spesa farmaceutica	
la bozza di legge di stabilità 2017 prevede invece ai commi 2 e 3 dell'articolo 59 che i tetti per l'assistenza farmaceutica siano così ridefiniti: un tetto per l'assistenza farmaceutica ospedaliera comprensiva anche della spesa per i farmaci di fascia A erogati direttamente e in distribuzione per conto denominato "tetto per la spesa farmaceutica per acquisti diretti" pari al 6,89 % del FSR e un tetto per l'assistenza farmaceutica territoriale, contenente la sola spesa farmaceutica convenzionata denominato "tetto per la spesa farmaceutica convenzionata" pari al 7,96 % del FSN.	
Assicurerà ogni utile misura per rispettare i vincoli fissati a livello nazionale, sia sulla componente convenzionata della spesa che su quella ospedaliera, impegnandosi a privilegiare in esclusiva l'acquisto di farmaci aggiudicati in gara EGAS, qualora espletata, rispettando l'ordine di aggiudicazione, salvo shortage della specialità vincitrice.	Numero di acquisti extra gara EGAS/ numero acquisti totali
Prescrittori	
Dovranno essere individuati specifici obiettivi per tutti i prescrittori, correlati ad indicatori di risultato predefiniti, sia a livello territoriale (distrettuale, ambulatoriale, MMG) che ospedaliero. A tal fine gli Enti del SSR effettueranno un monitoraggio periodico sull'utilizzo 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, redigendo un report semestrale con evidenza delle azioni intraprese nel corso del primo e secondo semestre da inviare alla DCS sia con riferimento alle iniziative di audit e feedback che alle iniziative più significative adottate (in particolare oncologici, immunologici, farmaci per l'epatite C, terapie intra-vitreali, farmaci del PHT_DPC, equivalenti, biosimilari).	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 <u>Indicatore:</u> Evidenza quali e quantitativa di comunicazioni trasmesse dalla SC Farmacia ai decisori di spesa farmaceutica (dossier, report, segnalazioni, comunicazioni, conteggi, email, solleciti, riunioni di audit-feedback, presentazioni, verifica richieste con modello apposito, dossier per farmaci da inserire nel PTA, relazioni per la DS in caso di richieste di farmaci extra PTA, istruttoria impiego farmaci off label ecc) - è necessario prevedere specifici obiettivi da assegnare ai prescrittori nonché l'invio del report
Al fine di perseguire un governo sulle politiche regionali di acquisto dei farmaci e dei dispositivi medici, l'EGAS, avvalendosi delle competenze interne e di quelle delle aziende sanitarie, nel corso del 2017 (compresa la gara farmaci in fase di	Collaborazione fattiva dei dirigenti farmacisti di ASUITs alla identificazioni quali e quantitative del fabbisogni dei farmaci, stesura dei capitoli tecnici e partecipazione in qualità dei componenti

<p>predisposizione) dovrà potenziare la capacità di coordinamento e di stesura di capitolati tecnici, assumendo a pieno la funzione di aggregatore della domanda, soprattutto al fine di contribuire alla realizzazione di un sistema regionale più regolato e in linea con le evidenze scientifiche e con i principi dell'HTA.</p>	<p>delle commissioni aggiudicatrici. <u>Indicatore:</u> Partecipazioni dirigenti farmacisti ASUITs per allestimento, aggiudicazioni gare/Totale gare EGAS</p>
<p>Distribuzione diretta farmaci alto costo</p>	
<p>Nell'ambito della distribuzione diretta dei farmaci ad alto costo le Aziende eroganti in tale ambito definiscono idonei percorsi che consentano la verifica dell'appropriatezza d'uso anche da parte delle AAS e le ASUI di residenza del paziente.</p>	<p>Farmacisti di ASUITs si rendono disponibili a fornire tutte le documentazioni riguardanti i processi decisionali che hanno portato a concedere i farmaci a pazienti residenti extra azienda, inclusa la volontà a partecipare ad eventuali iniziative di audit richieste. Devono inoltre farsi parte attiva per il controllo della prescrizione. <u>Indicatore:</u> Numero di risposte fornite/istanze di chiarimento avanzate da altre Aziende Sanitarie</p>
<p>Prescrizione medicinali a brevetto scaduto</p>	
<p>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, dovranno tendere ai valori target indicati</p>	<p>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 2017. ASUITs valuterà inoltre l'appropriatezza d'uso delle categorie di farmaci a maggior impatto di spesa e rischio di inapproprietezza favorendo l'impiego di medicinali con il miglior rapporto di costo-efficacia, con l'invio di report ai prescrittori.</p>

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

CLASSE	% media FVG (gen-ago 2016)	% target nazionale a cui tendere†
C09CA - antagonisti dell'angiotensina II, non associati	81,30%	92,2%
C09DA - antagonisti dell'angiotensina II e diuretici	76,53%	87,8%
C10AA - inibitori della HMG COA reduttasi	79,25%	86,1%
G04CB - inibitori della testosterone 5-alfa reduttasi	39,62%	49,5%
J01MA - fluorochinoloni	87,35%	90,3%
M05BA - bifosfonati	82,27%	88,2%
N03AX - altri antiepilettici	90,99%	98,1%
N02CC - agonisti selettivi dei recettori 5HT1	90,23%	93,7%

†basato sul report nazionale gennaio-agosto 2016.

Biosimilari

Percentuali utilizzo medicinali a brevetto scaduto e biosimilari

Per i biosimilari dovranno essere assicurate azioni di incentivazione. In particolare le prescrizioni di biosimilari, ovvero di farmaci aggiudicatari di gara regionale con il profilo costo-efficacia più favorevole nell'ambito delle categorie in cui è presente l'alternativa biosimile, 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.

Oltre alla promozione d'uso di medicinali a brevetto scaduto e biosimilari a livello territoriale, dovranno essere valutate a campione, in tempistiche e reparti che saranno comunicati dalla direzione centrale, le % percentuali di utilizzo di queste categorie di medicinali e le % di prescrizioni in dimissione o dopo visita ambulatoriale. I reparti interessati riguarderanno in particolare reumatologie, cardiologie, medicine, centri osteoporosi, nefrologie, oncologie, neurologie con riserva di integrare anche altri reparti nel corso dell'anno.

Rimanendo in attesa delle indicazioni della Direzione Centrale **in merito all'analisi a campione**, si riafferma la disponibilità assoluta a collaborare rafforzando le iniziative già messe in opera per la promozione dei farmaci biosimilari.

Indicatori:

In attesa degli indicatori che saranno fornite della Regione, quello individuati da ASUITs sono di tipo descrittivo (A) e numerico (B)

A) descrizione delle iniziative messe in opera dalla SC Farmacia per la promozione e sviluppo dei biosimilari di epoetina, filgrastim, infliximab, etanercept, insulina glargine

B) la prescrizione di farmaci biosimilari per i principi attivi sopra indicati è pari almeno all' 80% del totale nei pz naive

Medicinali registro Aifa

La prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA dovrà avvenire nel rispetto delle indicazioni

I farmacisti evadono le richieste di farmaci su registro web based, soltanto se correttamente

<p>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. La richiesta del farmaco dovrà sempre essere accompagnata dalla scheda di registrazione paziente nel registro. A tal fine potranno essere programmata analisi a campione da parte della direzione centrale. L'EGAS, nell'ambito della centralizzazione della logistica d'acquisto consolida le modalità con cui assicurare, per tutti i farmaci per i quali 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>compilata dal medico richiedente. Posizioni divergenti andranno sanate con i compilatori richiedenti prima della fornitura.</p> <p><u>Indicatore:</u> Il 100% delle richieste vengono evase dopo la compilazione della richiesta web-based.</p>
<p>Distribuzione diretta 1° ciclo terapia</p>	
<p>A seguito di dimissione da ricovero e/o di visita specialistica ambulatoriale dovrà essere assicurata l'erogazione del 1° ciclo di terapia in distribuzione diretta. L'attività di distribuzione diretta continua ad essere garantita nell'ambito della residenzialità, della semi-residenzialità e dell'assistenza domiciliare presso tutte le strutture afferenti alle Aziende per l'assistenza sanitaria. Inoltre relativamente ai medicinali di nuova autorizzazione all'immissione in commercio e che sono inseriti nell'elenco dei farmaci erogabili in DPC, le aziende sanitarie attueranno ogni utile percorso per favorire la distribuzione diretta nelle more della effettiva disponibilità di tali medicinali in DPC fornendo anche le opportune informazioni ai prescrittori.</p>	<p><u>Indicatore:</u> Viene assicurata l'erogazione del 1° ciclo di terapia in distribuzione diretta dopo visita specialistica ambulatoriale.</p> <p>Relativamente ai medicinali di nuova autorizzazione all'immissione in commercio e che sono inseriti nell'elenco dei farmaci erogabili in DPC, si attuerà ogni utile percorso per favorire la distribuzione diretta nelle more della effettiva disponibilità di tali medicinali in DPC fornendo anche le opportune informazioni ai prescrittori.</p>
<p>Distribuzione per conto</p>	
<p>L'EGAS, al fine di favorire l'impiego dei medicinali acquistati centralmente, rende disponibile a tutte le Aziende con frequenza di aggiornamento mensile la lista dei farmaci aggiudicati a gara con particolare riferimento a quelli della DPC. A questo proposito EGAS assicura un monitoraggio puntuale delle politiche di acquisto dei medicinali in DPC, e adotta ogni misura conseguente, al fine di garantire la maggiore economicità per l'SSR rispetto ai costi della convenzionata.</p>	<p>L'azienda monitora l'andamento della DPC informando i prescrittori nel caso in cui si evidenzia un elevato ricorso alla non sostituibilità, dando evidenza alla Direzione Centrale dei monitoraggi effettuati e delle azioni adottate.</p>

<p>Per i medicinali DPC per i quali si rilevi un elevato ricorso alla non sostituibilità da parte del prescrittore, le aziende attuano specifici approfondimenti con i prescrittori, dando evidenza alla direzione centrale dei monitoraggi effettuati e delle azioni adottate.</p>	
Integrazione farmacie	
<p>Oltre alla DPC le aziende promuovono l'attività di integrazione delle farmacie nel SSR nell'ambito della farmacia dei servizi, con particolare riferimento alle farmacie ubicate nelle zone più disagiate, prioritariamente su temi quali le patologie croniche, l'aderenza alle terapie, la prevenzione di interazioni ed eventi avversi.</p>	<p>Promozione dell'attività di integrazione delle farmacie del SSR nell'ambito della farmacia dei servizi: evidenza di specifiche azioni/attività intraprese</p>
Farmacovigilanza	
<p>Sul tema della farmacovigilanza continuano le attività già avviate a livello regionale dalla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, quali la segnalazione spontanea in pronto soccorso, la segnalazione nell'ambito della dimissione da ricovero ospedaliero. Verranno inoltre avviati un percorso formativo a distanza (FAD) specifico sull'utilizzo della nuova piattaforma nazionale Vigifarmaco, nonché i progetti di farmacovigilanza attiva approvati dall'Agenzia italiana del farmaco. Su tali iniziative gli Enti del SSR assicurano la partecipazione dei sanitari interessati e per il supporto alle attività organizzative. In tale ambito continua a trovare applicazione la convenzione di cui alle DGR 435/2013 e 2199/2014. In generale, anche tramite convenzione della direzione centrale con gli Enti del SSR potranno essere avviati progetti sulle attività stabilite dalla DGR 1365/2015, volti a favorire un'informazione indipendente sull'impiego sicuro del farmaco, utilizzando i fondi statali dedicati a tali iniziative.</p>	<p>ASUITs assicurerà la partecipazione di tutti i sanitari interessati alle progettualità regionali definite dalla Direzione Centrale Salute integrazione sociosanitaria politiche sociali e famiglia in termini di farmacovigilanza, oltre ad adottare in proprio iniziative per accrescere la sensibilità alle segnalazione di reazioni avverse come strumento di protezione per i pazienti e di miglioramento delle evidenze dei farmaci in termini di sicurezza.</p> <p>- l'obiettivo va integrato anche con la partecipazione alle attività formative</p> <p><u>Indicatore:</u> Il numero di segnalazioni per ASUITs di ADR è in linea o >al valore regionale.</p> <p>In generale, ASUITs che da tempo promuove l'attività di informazione indipendente sull'impiego sicuro dei farmaci (es. newsletter periodiche, bollettino "Così è se vi pare", schede "Principi attivi in pillole") è interessata ad implementare tale attività anche tramite convenzione con la Direzione Centrale per avviare progetti sulle attività stabilite dalla DGR 1365/2015, utilizzando i fondi statali dedicati a tali iniziative.</p>
Appropriatezza uso dispositivi assistenza integrativa	
<p>Le aziende potenziano il monitoraggio e la verifica dell'appropriatezza d'uso dei dispositivi per l'assistenza integrativa al fine di porre in essere</p>	<p>ASUITs assicurerà il monitoraggio e la verifica dell'appropriatezza d'uso dei dispositivi per l'assistenza integrativa al fine di porre in essere</p>

<p>ogni azione utile ad una razionalizzazione della spesa e dei consumi di tali prodotti. Dovranno, inoltre, essere avviate a livello aziendale o in collaborazione tra aziende 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 modalità di erogazione vantaggiose per l'SSR (es. diretta, accordi con le farmacie).</p>	<p>ogni azione utile ad una razionalizzazione della spesa e dei consumi di tali prodotti. Si consoliderà la distribuzione diretta degli ausili di assistenza protesica e verranno favorite modalità di distribuzione dei prodotti AFIR, anche ausili per i pazienti diabetici, economicamente vantaggiose per il SSR (es. accordi le farmacie, distribuzione diretta).</p>
<p>Cartella oncologica</p>	
<p>Implementazione cartella oncologica 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 (due rilevazioni sulla completezza della compilazione: al 30.06.2017 e al 31.12.2017).</p>	<p>Completezza dei dati in cartella oncologica, pari ad almeno il 95% dei pazienti, per i campi: diagnosi/sede, protocollo/farmaco, stadiazione (due rilevazioni annue)</p>
<p>Aziende con logistica centralizzata</p>	
<p>Aziende servite dalla logistica centralizzata, la</p>	<p>Copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM dovrà essere garantita per l'85% delle confezioni destinate alla distribuzione diretta nominale erogate mediante lo stesso applicativo, anche al fine di consentire un puntuale monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e la promozione dei medicinali acquisiti centralmente da EGAS.</p>
<p>Prescrizione informatizzata piani terapeutici</p>	
<p>Tutte le Aziende dovranno garantire il ricorso (prima prescrizione e rinnovi) alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici implementati/disponibili a sistema, tramite l'applicativo PSM-PT, in almeno il 50% dei nuovi pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive. Va inoltre assicurato il controllo dei piani terapeutici ed il rispetto delle note limitative AIFA, favorendo l'implementazione di tale sistema informatizzato.</p>	<p><u>Indicatore</u>: ASUITs, che non si serve ancora della logistica centralizzata, persegue la prescrizione informatizzata dei piani terapeutici in almeno il 50% dei nuovi pazienti che necessitano di tali medicinali</p>
<p>Flussi informativi</p>	
<p>Le Aziende sanitarie assicurano, per tramite dei responsabili individuati dalle stesse,</p>	<p><u>Indicatore</u>: Saranno assicurati il monitoraggio e informatizzazione dei piani terapeutici ed il</p>

<p>l'implementazione, le verifiche ed i controlli di congruenza dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese, anche utilizzando la reportistica a disposizione sul portale SISR (mancati invii, prezzi medi, revocati, ecc). 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) per quanto riguarda la distribuzione diretta. In fase di erogazione diretta dei medicinali è inoltre inserito a sistema il codice targatura.</p> <p>Sempre con riferimento ai flussi informativi, l'EGAS e le singole Aziende danno riscontro agli eventuali approfondimenti richiesti dalla Direzione Centrale, anche su istanza Ministero della Salute, entro 15 giorni dalle comunicazioni.</p>	<p>rispetto delle note limitative AIFA.</p> <p>Rispetto della tempistica di invio entro il 10 di ogni mese alla Amministrazione centrale dei flussi della farmaceutica, previa verifica e controllo della loro congruenza</p> <p>Garantire riscontro alle eventuali richieste da parte della Direzione Central Salute entro 15 giorni</p>
Indicatori	
<p>Allegato B.</p> <p>19. Specialistica ambulatoriale</p> <p>Consumo pro-capite di farmaci inibitori di pompa protonica</p>	<p>25 up pro capite</p>

3.6. PROGETTI ATTINENTI LA PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI SOCIOSANITARI

3.6.1 Non autosufficienza e disabilità	
Obiettivo	Risultato atteso
Governo e riqualificazione del sistema residenziale e semiresidenziale per anziani	
1. Processo di riclassificazione delle residenze per anziani già funzionanti	<p>Sarà garantita la partecipazione all'attuazione del processo di riclassificazione delle residenze per anziani secondo le modalità e i termini previsti al titolo X 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:</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) nei casi richiesti dalla Regione; - il supporto alla valutazione delle domande di nuova classificazione presentate dagli enti gestori (articolo 56, comma 2), secondo le modalità indicate dalla Regione; - 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), in particolare nelle residenze per anziani non convenzionate.
2. Monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani	<p>ASUITs proseguirà nelle attività di verifica e approfondimento dei percorsi avviati negli anni precedenti realizzando almeno tre nuove visite di audit approfondite. Si provvederà, inoltre, a redigere e trasmettere alla Direzione Centrale Salute entro il primo semestre 2017, una dettagliata relazione illustrativa delle attività di monitoraggio e promozione della qualità svolte nell'anno precedente</p>
3. Sistemi informativi:	<p>ASUITs garantirà il monitoraggio, la verifica e l'eventualmente sollecito 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>

4. Sistema di VMD Val.Graf.-FVG	ASUITs 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 sarà 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.
Disabilità	
ASUITs effettuerà un'attività di valutazione delle condizione di vita degli utenti in carico ai servizi residenziali e semiresidenziali, di cui all'art.6 comma 1 della LR 41/96, nello specifico si evidenzia la necessità di approfondire le tematiche di carattere sanitario	<ul style="list-style-type: none"> - valutazione di tutti gli utenti dei servizi residenziali e semiresidenziali per persone con disabilità secondo le modalità approvate dalla Regione; - individuazione di un referente aziendale che coordini e monitori l'attività di valutazione
Fondo per l'autonomia possibile – salute mentale	
Fondo per l'Autonomia Possibile – salute mentale	<ul style="list-style-type: none"> - ASUITs in base alle disposizioni contenute nel regolamento che disciplina il Fondo per l'Autonomia Possibile (FAP), cofinanzia al 50% i progetti (il restante 50% è assicurato dai fondi regionali). Tale quota sarà aggiuntiva e non sostitutiva di interventi e servizi di competenza istituzionale in materia di prevenzione, cura e riabilitazione. - Il DSM dell'ASUI di Trieste continuerà, nel corso del 2017, gli incontri trimestrali con i servizi sociali dei comuni di Trieste, Duino Aurisina e Muggia per il monitoraggio dei progetti sostenuti con il FAP - salute mentale e l'attività rendicontativa per l'ambito del comune di Trieste. - il DSM si propone di promuovere, nell'ambito dei programmi finalizzati all'individuazione di forme di abitare supportato e domiciliarità, con particolare attenzione alle persone over 65 e con disabilità, tutte le attività rivolte a garantire la necessaria integrazione con le Aree di competenza per sostenere percorsi qualitativamente rispondenti ai bisogni nonché contrastare nuove forme di istituzionalizzazione.
Fondo gravissimi	
Fondo gravissimi	- tutte le AA e ASUI, in collaborazione con gli Ambiti distrettuali, sono tenute alle attività di

	<p>accertamento e segnalazione dei casi di gravissima disabilità fornendo alla Direzione Centrale altresì tutta la documentazione necessaria alla valutazione selettiva.</p> <p>- A seguito delle disposizioni contenute nel decreto interministeriale di ripartizione del Fondo nazionale non autosufficienze 2016 (art. 3), ASUITs si rende disponibile alla rilevazione (da effettuarsi entro il primo trimestre 2017) del numero di persone con disabilità gravissima secondo le condizioni individuate nel decreto medesimo.</p>
Autoveicoli privati per il trasporto di persone disabili	
Autoveicoli privati per il trasporto di persone disabili	a tutte le AAS e ASUI è stata demandata la competenza in materia di contributi a favore di persone con disabilità per l'acquisto e l'adattamento di autoveicoli per il trasporto personale e per il conseguimento dell'abilitazione alla guida.
Vigilanza servizi semiresidenziali e residenziali sociosanitari destinati a persone anziane e con disabilità	
	<p>Per l'anno 2017, ASUITs effettuerà l'attività di vigilanza e controllo dei servizi/strutture collocati sul territorio di competenza. Appare di difficile raggiungimento la percentuale indicata del 30% (nell'anno) per la provincia di Trieste caratterizzata da un numero elevatissimo di residenze polifunzionali. ASUITs si impegnerà, compatibilmente con le risorse a disposizione, ad effettuare il maggior numero possibile di controlli. Per implementare questa attività, affinché risulti esaustiva in tutte le sue caratteristiche, con visione/gestione completa da parte di tutte le strutture interessate dal progetto, è fondamentale venga sviluppato uno specifico software gestionale, omogeneo a livello regionale, software che vada a garantire, al pari del gestionale MeLa-INSIEL per le SCPSAL l'attività delle Strutture SCISPPA e SCIAN dei Dipartimenti di Prevenzione.</p>

3.6.2 Minori

Obiettivo	Risultato atteso
Affido	
Affido	E' già vigente tra ASUITs e Ambiti della provincia

	<p>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 Consulenti 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.</p>
Adozioni	
Adozioni	<p>Per il 2017 si conferma la partecipazione di ASUITs con un proprio rappresentante al tavolo di lavoro regionale. Continuerà parallelamente, all'interno dei Consulenti Familiari di ASUITs, 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.</p>

3.6.3 Piani di Zona

Obiettivo	Risultato atteso
<p>Pianificazione locale congiunta tra le AAS e ASUI e le Unioni territoriali intercomunali nelle aree di integrazione socio sanitaria</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborazione congiunta di un documento che costituisce il livello di programmazione locale integrata nelle aree di integrazione sociosanitaria in ciascun ambito territoriale per l'anno 2017, in continuità con il percorso iniziato nel 2013. - Sottoscrizione tra il Direttore generale dell'AAS e ASUI e il Presidente dell'UTI dell'Atto di intesa che impegna le parti alla realizzazione, per quanto di competenza, dei contenuti della suddetta programmazione. - Elaborazione congiunta del monitoraggio semestrale al 30/06/2017 e al 31/12/2017.

3.7 RAPPORTO CON I CITTADINI

3.7.1. Tempi d'attesa	
Obiettivo	Risultato atteso
Garanzia erogativa	<p>L'ASUITs è tenuta a garantire per le priorità Brevi e Differite il rispetto dei tempi previsti, per i propri residenti, con le proprie strutture o altre pubbliche e private accreditate.</p> <p>L'ASUITs, nell'erogazione delle prestazioni oggetto di monitoraggio regionale di cui al presente Piano, è tenuta al rispetto della classe di priorità definita dal prescrittore assicurando la "garanzia" erogativa per la priorità B al 95%, per la priorità D al 90 % e per la priorità P al 85 % dei volumi delle prenotazioni di ogni singola prestazione.</p>
Informatizzazione agende	<p>Le agende devono rimanere aperte per 12 mesi continuativi.</p> <p>Secondo le indicazioni dell'EGAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ASUITs proseguirà ad organizzare le agende delle prestazioni ambulatoriali specialistiche per consentire la prenotazione on line del cittadino per tutta l'offerta: - entro il 31 dicembre 2017 tutte le agende delle prestazioni ambulatoriali saranno informatizzate e rese disponibili a sistema CUP regionale.
LR 7/2009: abbattimento liste di attesa	<p>rendicontare alla DCS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - le modalità di utilizzo, i risultati ottenuti e finanziamento attribuito nell'indistinto procapite, individuato con la legge 7/2009, tenendo conto che una quota di almeno il 25 % è da utilizzare, in extra tetto, per l'acquisto di prestazioni dagli erogatori privati convenzionati. Di tale accordo si darà comunicazione alla Direzione Centrale Salute
Rimodulazione dell'offerta CUP	

Branca / prestazione	Azioni correttive
Cardiologia	Visita cardiologica e holter: rimodulazione dell'offerta
Elettromiografia	Rimodulazione dell'offerta
Endoscopie digestive	Gli esami endoscopici B e D sono a quasi completo carico di ASUITs. Le agende dei privati accreditati non sono aperte in modo continuativo. Aumentare l'offerta dei privati accreditati.
Oculistica	Rimodulare l'offerta del fondo oculare con priorità B. Implementare l'offerta di visite P.
Otorinolaringoiatria	<u>Visita ORL</u> : implementare l'offerta di P
Spirometria	Rimodulare l'offerta.
Visita endocrinologica	Presente un'unica struttura erogante.
Visita gastroenterologica	Presente un'unica struttura erogante
Visita ortopedica	Rimodulazione dell'offerta
Visita dermatologica	Rimodulazione e coordinamento dell'offerta tra ospedale, territorio e privati accreditati per agende chiuse non compensate dalla disponibilità dell'altra azienda.
Visita neurologica	L'offerta attuale non è sufficiente a garantire i tempi massimi: aumentare l'offerta.
Radiologia	Rimodulazione e coordinamento dell'offerta tra ospedale e accreditati esterni (per esempio agende chiuse e non compensate con aumento dei posti nell'altra Azienda).
- Risonanze Magnetiche	Rimodulazione dell'offerta, soprattutto per indagini con mdc
- TAC	Rimodulazione dell'offerta, soprattutto per indagini con mdc
- Ecografie	Rimodulazione dell'offerta, al momento settorializzata
- Ecografia ghiandole salivari	Prenotabili solo per ASUITs, estendere anche a accreditati

Interventi chirurgici	L'Azienda si impegna a garantire il rispetto dei tempi di attesa per gli interventi indicati, per almeno il 95% dei casi con priorità A e per almeno il 90 % dei casi con priorità B, C e D.
Diritti in caso di superamento dei limiti di tempo	L'Azienda, in conformità a quanto previsto dall'art. 13 della L.R. 7/2009 e dalla DGR n. 1439/2011 Parte VIII n. 22, garantisce idonee ed omogenee modalità di informazione ai cittadini prevalentemente attraverso l'uso dei siti aziendali, dei social network (twitter e facebook), delle comunicazioni mediate dai Medici di Medicina generale e dai Pediatri di libera scelta, oltre che attraverso un'adeguata cartellonistica da apporre nelle varie sedi aziendali.
Sorveglianza sull'attività erogata in regime di libera professione	L'azienda, al fine di far rispettare il rapporto tra attività libero professionale di cui al CCNNLL e le priorità fissate in "garanzia" per il cittadino, procede con il monitoraggio periodico dei tempi di attesa e dei volumi di attività. Sarà esplicitato il rapporto tra i volumi di prestazioni erogate nell'ambito delle attività istituzionali e quelli nell'attività di libera professione intramuraria ambulatoriale e di ricovero. Tale rapporto dovrà

	essere in linea con le indicazioni regionali. Qualora dovessero emergere delle criticità, l'azienda si impegna a mettere in moto gli strumenti e le azioni previste dalla normativa vigente e previste dalle stesse Linee Guida del 2017.
Monitoraggio	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorare l'andamento delle prenotazioni e definire gli strumenti che consentono, per ogni struttura erogante, di rimodulare l'offerta in relazione all'andamento della domanda e dei tempi di attesa - definire con gli erogatori di prestazioni della provincia di Trieste, le misure di intervento per situazioni improvvise di forza maggiore (scioperi, guasti, ecc.), concordando le soluzioni da intraprendere e le modalità di informazione all'utenza (mediante incontri specifici, sentiti anche gli specialisti coinvolti compresi i privati accreditati) - produrre mensilmente, ed eventualmente al bisogno, un report sulla percentuale di prestazioni garantite nel limite dei tempi massimi stabiliti - produrre mensilmente la rilevazione dei tempi di attesa effettuata il primo giorno del mese, da pubblicare sul sito aziendale - effettuare il monitoraggio nazionale dei tempi di attesa <p>monitoraggio dei tempi di attesa e dei volumi di attività della Libera Professione</p>

3.7.2. Apertura dei reparti di terapia intensiva e semi-intensiva ai care giver

Obiettivo	Risultato atteso
Apertura dei reparti di terapia intensiva e semi-intensiva ai care giver	<p>- evidenza del percorso e sua attuazione per garantire l'obiettivo regionale</p> <p>- ASUITs si impegnerà affinché uno degli obiettivi dell'équipe dei reparti di Terapia intensiva e semi-intensiva sia "una <u>razionale riduzione o abolizione di tutte le limitazioni non motivatamente necessarie</u> poste a livello temporale, fisico e relazionale". Vi sono una serie di situazioni che fanno riferimento alla logistica concreta dei luoghi di cura intensiva, allo stato clinico del malato e dei malati con lui confinanti, alle procedure approntate o da approntare ed alla loro</p>

	concentrazione oraria, all'impiego di radiazioni ionizzanti in certe fasce orarie, alle priorità assistenziali nei confronti del malato e dei malati, che però vanno tenute nel debito conto dalle realtà assistenziali e da chi le governa
--	---

3.7.3. Presenza del care giver in corso di visita nei reparti di degenza

Obiettivo	Risultato atteso
Presenza del care giver in corso di visita nei reparti di degenza	<p>- evidenza del percorso e sua attuazione per garantire l'obiettivo regionale</p> <p>- Al momento in ASUITs tutte le Medicine (ma anche altri reparti) hanno tolto l'orario di visita consentendo ai care giver di accedere in qualunque orario (h 24) Ciò avviene da alcuni mesi con soddisfazione dei familiari ed anche del personale che vede diluire in un arco temporale più esteso un'affluenza che prima era concentrata in poche ore: si inizia a pensare al care giver come a una risorsa affettiva e assistenziale.</p> <p>Nel corso del 2017 si ritiene di incoraggiare la presenza del care-giver durante la visita medica.</p>

3.7.4. Contatto telefonico dopo la dimissione da un intervento chirurgico (recall)

Obiettivo	Risultato atteso
Accertamento delle condizioni cliniche e assistenziali del paziente dopo la dimissione da un intervento chirurgico	<p>Contatto telefonico entro 5 giorni dalla dimissione per raccogliere informazioni relative al decorso clinico assistenziale.</p> <p>La valutazione sarà effettuata su un campione di pazienti e l'obiettivo sarà:</p> <ul style="list-style-type: none"> - raggiunto: risposta positiva in almeno il 90% dei pazienti campionati - non raggiunto: risposta positiva al di sotto del 40% dei pazienti - parzialmente raggiunto: risposta positiva per percentuali comprese tra 40% ed il 90%

3.7.5. Individuazione del medico responsabile della gestione del ricovero del paziente

Obiettivo	Risultato atteso
Individuazione del medico responsabile della gestione del ricovero del paziente	<p>- evidenza del percorso e sua attuazione per garantire l'obiettivo regionale</p> <p>- Ciascun paziente ricoverato in ospedale deve</p>

	<p>ricevere l'informazione di chi è il medico responsabile della gestione del proprio caso e che assicura la coerenza delle diverse azioni che caratterizzano l'intera degenza.</p> <p>Il call center regionale effettuerà delle chiamate a campione ai pazienti dimessi da un ricovero ospedaliero durato più di 4 giornate. L'obiettivo si considererà completamente raggiunto al superamento del 90% di risposte positive e non raggiunto al di sotto del 40%.</p> <p>Per procedura aziendale di ASUITs il medico referente delle cure è chiaramente individuato e il suo nominativo è riportato in cartella clinica.</p> <p>Nel corso del 2017, ASUITs fornirà collaborazione alla DCS per lo svolgimento dell'indagine telefonica.</p>
--	---

3.7.6 Esperienza nei percorsi assistenziali

<p>Valutazione dell'esperienza dei cittadini sui seguenti percorsi assistenziali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ictus - diabete 	<p>- evidenza del percorso e sua attuazione per garantire l'obiettivo regionale</p>
---	--

4. FLUSSI INFORMATIVI E VALUTAZIONI

Flussi informativi e valutazioni	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Avvio nuova scheda di dimissione ospedaliera (SDO)	
avvio della nuova SDO secondo le configurazioni definite dal il Ministero della salute	Evidenza dell'uso della nuova SDO a partire dai dimessi del mese di gennaio
Qualità dei dati ai fini amministrativi, epidemiologici e gestionali	
Corretta compilazione delle SDO e delle Schede di Morte	correttezza della compilazione in almeno il 90% delle SDO e in almeno il 90% delle schede di morte. (valutazione effettuata nel periodo successivo al completamento della formazione da parte della Regione)
Flussi ministeriali	
Alimentazione flussi ministeriali	Le aziende sono tenute per quanto di loro competenza alla corretta alimentazione di tutti i flussi ministeriali. Considerato che ritardi o omissioni generano il mancato riconoscimento alla Regione dei fondi ministeriali previsti, una quota del finanziamento corrispondente allo 0,1% di quanto attribuito ad ogni Ente verrà trattenuta a livello centrale e sarà erogata solo ad adempimento completamente espletato.
Obblighi informativi e indicatori	
Le basi dati gestionali attualmente in uso nella aziende rappresentano uno strumento fondamentale per la pianificazione regionale e per gli adempimenti in termini di flussi informativi che la Regione ha nei confronti delle strutture centrali (Ministero della salute e il Ministero dell'economia e delle finanze) ai fini delle varie attività ministeriali.	- manutenzione e monitoraggio della congruità delle basi dati con il coordinamento della DCS.
Supporto a progetti di valenza regionale integrati tra assessorati	
Monitoraggio biologico Aree di Monfalcone e Servola	Collaborazione con il Cro al progetto di Monitoraggio biologico Aree di Monfalcone e Servola
Clima interno	
effettuare la seconda valutazione regionale del clima interno secondo un percorso definito	Evidenza della realizzazione della valutazione del clima interno secondo le indicazioni fornite

dalla DCS

dalla DCS

5. IL SISTEMA INFORMATIVO

Il sistema informativo	
Obiettivo	Risultato atteso
Ricetta dematerializzata	Farmaceutica e specialistica da estendere a tutti i medici convenzionati, specialisti, MMG e PLS
Sistema informativo	Proseguire il percorso di miglioramento e mantenimento degli standard di qualità, sicurezza e continuità di servizio caratteristici della infrastruttura IT (ex AOUTs)
Servizi on line per i cittadini	Collaborare man mano con i servizi e le indicazioni di utilizzo che verranno messi a disposizione.
Pubblicazione dei tempi di attesa per i principali interventi chirurgici	<p>Difficoltà nella gestione delle liste di attesa per tutti gli interventi erogati in regime ambulatoriale, poiché non previsti nel modulo software Insiel dedicato allo scopo. Questo limite, purtroppo, impedisce di gestire in maniera coordinata interventi eseguiti in regime ambulatoriale ed in regime di ricovero (ordinario/DH) da cui deriva una difficoltà ad avere un'unica pianificazione di sala ma soprattutto rende parziale l'elenco degli interventi in lista e, di conseguenza, costruire l'indicatore.</p> <p>Si richiede inoltre un adeguamento del modulo liste di attesa tale da consentirne l'utilizzo per gli tutti gli interventi chirurgici, a prescindere dal regime di erogazione degli stessi, prima che i dati in esso inseriti vengano resi pubblici.</p>
Riduzione del tempo di consegna del referto	Risulta indispensabile un potenziamento del sistema di stampa massiva per escludere i referti a maggior tutela privacy indicandone la presenza, se del caso, e verificare l'eventuale pagamento prima di rendere disponibile il referto per la consegna.
Interventi sul sistema ICT del SISR	Si auspica che gli stessi vengano attuati da parte di Insiel con l'utilizzo di automatismi ad hoc tali da non richiedere pesanti attività di data entry agli operatori ASUITs e sempre in linea con quanto previsto dalla normativa sulla privacy.
Nuova cartella clinica informatizzata	Si auspica che i tempi di diffusione siano brevi e, considerato che sono sospese le iniziative di sviluppo, si chiede che le risorse Insiel possano rendersi disponibili per garantire la messa a norma per i moduli non direttamente afferenti alla stessa,

	relativamente alla marcatura CE DM per il modulo prescrizioni del SEI e relativamente al nuovo DM dd. 01.07.2016 sulla regolamentazione dell'attività trasfusionale per Emonet.
Utilizzo della firma digitale	<p>Mantenimento utilizzo della firma digitale a livelli tali da garantire le percentuali indicate dalla Regione su tutti i sistemi in cui tale strumento è già stato implementato (referti G2 Clinico, referti Cardionet, SEI, DNLAB, APSYS).</p> <p>A tal proposito si richiede che, per conseguire una completa dematerializzazione, sostenibile dal punto di vista organizzativo, è necessario disporre di uno strumento informatico facilitatore per garantire la dovuta completezza della cartella clinica con il "link" all'originale.</p> <p>Si fa presente, altresì, che la firma digitale della lettera di dimissione risulterà operativa non appena verrà garantito il sistema di conservazione che verifica, nel suo complesso, la validità del processo di firma.</p> <p>Per quanto riguarda gli ECG inoltre, l'azienda si impegna ad introdurre la firma digitale dal momento in cui verrà messo a disposizione uno strumento a ciò atto.</p> <p>Per quanto riguarda le performance aziendali richieste, ASUITs garantirà la firma digitale su:</p> <ul style="list-style-type: none"> - G2 Clinico referti ambulatoriali, compresi quelli della Medicina Trasfusionale > 90% - Laboratorio, Microbiologia e Medicina Trasfusionale su DNLAB > 98% - Anatomia patologica su APSYS > 98 % - Radiologia su G2 Clinico > 98 <p>Si fa presente, tuttavia, che nel primo quadrimestre 2017 scadranno in maniera massiva le firme digitali e non si ha ad oggi indicazione delle modalità e dei tempi di distribuzione dei loro rinnovi.</p>
Funzioni rivolte al sistema	si auspica di poter avere al più presto a disposizione una suite di software organica e rinnovata, sia tecnologicamente che dal punto di vista della capacità di risposta ai bisogni organizzativi e clinici, tale da non introdurre rischi per il paziente (attenzione alla privacy, requisiti minimi ed adeguati di sicurezza dei dati e dei

	sistemi). Il tutto integrato ed integrabile in modo semplice ed efficace con i software specialistici in uso e che verranno acquisiti e con gli apparecchi medicali di moderna concezione.
Normalizzazione della gestione delle credenziali	ASUITs già da anni integra nel directory service aziendale i sistemi di autorizzazione di applicativi, sistemi e servizi di terze parti utilizzando di conseguenza MS AD come unico sistema di autenticazione per mezzo di protocolli sicuri, standard (kerberos ed SLDAP) e proposti dal mercato, garantendo credenziali unificate e certezza per l'operatore di non impersonificazione da parte di altri. Si auspica quindi l'estensione ad ogni altro sistema possibile.
Condivisione dei tracciati ECG	nell'ambito degli accordi tra Regione e Slovenia per il trattamento IMA-Stemi, ASUITs intende fornire la massima collaborazione per il raggiungimento degli obiettivi previsti in tema di sanità transfrontaliera.
Assistenza primaria	Si auspica di poter avere a disposizione al più presto una suite di software che risponda ai bisogni anche delle nuove aggregazioni emergenti quali i CAP, e che sia integrata con la cartella ospedaliera sempre senza introdurre rischi per il paziente e con particolare attenzione alla privacy, con requisiti minimi ed adeguati di sicurezza dei dati e dei sistemi.
Servizio telefonico 116117	Avvio numero per l'emergenza secondaria Si precisa che ad oggi nessun provider telefonico ha dato disponibilità per l'avvio di tale servizio verso una singola azienda, né risulta che tale numerazione sia stata resa disponibile da parte del Ministero per lo Sviluppo Economico. L'intervento regionale si auspica possa risolvere la cosa.

PACS	
Programmazione regionale	<ul style="list-style-type: none"> – perseguire l'avvio e la messa a regime della migrazione del sistema PACS ASUITs al PACS Regionale, secondo quanto già previsto nel progetto redatto con i fornitori Insiel e Ebit e a valle della messa a disposizione, da parte di quest'ultimi, delle soluzioni e delle risorse in esso previste; – valutare l'impatto sui propri sistemi e secondariamente predisporre un piano per l'implementazione degli ulteriori casi d'uso previsti in ambito regionale (ad esempio per l'emergenza interaziendale, per la visibilità interaziendale e l'espansione nel settore dell'endoscopia)
Sviluppo e implementazione del caso d'uso relativo alla consultazione/ visualizzazione di referti e immagini in ambito inter-aziendale per il tramite del fascicolo sanitario, nel pieno rispetto dei vincoli e raccomandazioni del Garante della Privacy, previa verifica di disponibilità della rete telematica regionale a banda larga.	Supporto all'implementazione del caso d'uso secondo le indicazioni regionali
Conservazione legale immagini	Per quanto riguarda la conservazione legale delle immagini PACS, ASUITs auspica che la stessa venga fatta rientrare al più presto nel sistema IT di conservazione regionale, anche in considerazione del fatto che lo strumento attualmente in uso dal conservatore (per tramite di Insiel ed Ebit) a partire da marzo non sarà più rispondente alla norma. Fin da marzo quindi, comunque, la conservazione delle immagini PACS dovrà essere espletata con strumenti diversi dall'attuale.
Conduzione dello sviluppo e avvio della fase di test della soluzione di integrazione SIO/PACS per la produzione di un referto multimediale /strutturato in Radiologia, Medicina nucleare e Ecocardiografia	Supporto alla conduzione secondo le indicazioni regionali

6. PROGETTUALITA' AZIENDALI

Progettualità proposte per l'anno 2017 a favore dell'integrazione territorio/ospedale/territorio	
Obiettivo	Risultato atteso
PROGETTO DRIN: DIAGNOSI RAPIDA E INTEGRATA DI NEOPLASIA	
Creare un percorso facilitato per il paziente con elevato sospetto clinico di neoplasia per consentire di ridurre i tempi di inquadramento diagnostico.	Sviluppo di un progetto per verificare la fattibilità, l'efficienza ed il gradimento di un ambulatorio che si metta a disposizione del MMG per ottenere una diagnosi precoce di neoplasia o la sua esclusione. Trasmissione risultato progetto alla direzione centrale salute
Progetto valutazione del rischio, prevenzione, monitoraggio e trattamento della malnutrizione degli anziani	
formulazione di un protocollo che coinvolga ospedale e territorio (DIP, Distretti, Cure primarie Team Nutrizionale Territoriale), finalizzato alla valutazione del rischio, alla prevenzione, al monitoraggio ed al trattamento della malnutrizione degli anziani nei diversi setting di residenza e di cura (domicilio, strutture residenziali ed assistenziali).	Stesura e condivisione del protocollo entro il 31.12.2017.
prevenzione, al monitoraggio ed al trattamento della malnutrizione degli anziani	diffusione nella popolazione bersaglio della preparazione domiciliare di integratori, che sarà condotta in collaborazione fra i team nutrizionale ospedaliero e territoriale.
Sistema di gestione della comunicazione per il cittadino	
Governance della comunicazione: come una buona comunicazione interna può facilitare l'accesso ai Servizi da parte dei cittadini.	Attualmente il numero verde rappresenta uno dei principali punti di informazione del cittadino e fa maggior riferimento ai Servizi ex AAS1. ASUITs si impegna pertanto per il suo potenziamento nell'ottica di concretizzare l'integrazione di tutti i Servizi informativi di Asuits coordinati dal numero verde. La riorganizzazione del Servizio permetterà di coinvolgere la parte ospedaliera (CUP, PS, Centro Prime Cure), i CAP, le Farmacie, il call center regionale, gli MMG e i PLS, oltre al numero 116.117.

Azienda sanitaria universitaria integrata di Udine

3. LE PROGETTUALITÀ

3.1 PROGETTI DI RIORGANIZZAZIONE DELLE FUNZIONI

3.1.1 Atti aziendali	
Obiettivo	Risultato atteso
Definire la proposta di atto aziendale della nuova Azienda sanitaria universitaria integrata	<ul style="list-style-type: none"> - Proposta definita ed inviata alla DCS entro il 30.4.2017 - Relazione sullo stato di attuazione al 30.9.2017 entro il 31.10.2017

3.1.2 Applicazione delle DGR 2673/14, 929/15 e 2151/15	
Obiettivo	Risultato atteso
Definire lo stato di applicazione delle DGR 2673/14, 929/15 e 2151/15	<ul style="list-style-type: none"> - Relazione sullo stato di applicazione trasmessa entro il 30.6.2017 - Allineamento entro il 31.12.2017 degli eventuali scostamenti riscontrati

3.1.3. Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi	
Obiettivo	Risultato atteso
EGAS	<ul style="list-style-type: none"> - ASUI – UD collabora alle iniziative intraprese da EGAS in base alle direttive regionali. - Attuare quanto stabilito in Comitato di Indirizzo Egas

3.1.4. Chirurgia e procedure invasive	
Obiettivo	Risultato atteso
Chirurgia e procedure invasive	<ul style="list-style-type: none"> - ASUI –UD adotta un programma di riorganizzazione dell'attività chirurgica e delle procedure invasive con particolare riferimento alla chirurgia oncologica, vascolare, bariatrica, protesica

	ortopedica, posizionamento di elettrostimolatori e altre procedure mini-invasive anche per terapia antalgica in pazienti cronici ed acuti, compresi i pediatrici.
Concentrazione attività di chirurgia oncologica	<p>L'azienda deve riorganizzare l'attività di chirurgia oncologica relativamente ai seguenti tumori:</p> <ul style="list-style-type: none"> - mammella: concentrazione in un'unica struttura e sede; - esofago: concentrazione in un'unica struttura e sede; - pancreas: concentrazione in un'unica struttura e sede; - colon retto: almeno 50 interventi x unità operativa o in alternativa concentrazione della casistica su una sola struttura; - ovaio: assorbire attività cdc Città di Udine - prostata: concentrazione in un'unica struttura e sede; - stomaco: concentrazione in un'unica struttura e sede. <p>Con le strutture private l'azienda deve concordare la sospensione dell'attività al di sotto della soglia minima.</p> <p>Presentazione progetto operativo alla Direzione Centrale Salute entro il 30.6.2017</p> <p>Avvio riorganizzazione entro il 1.9.2017</p>

3.1.5 Piano Emergenza Urgenza

Obiettivo	Risultato atteso
Prosecuzione del rinnovo del parco ambulanze	progressivo rinnovo dei mezzi secondo il fabbisogno identificato nella ricognizione 2015/16
Adeguare al volo notturno la piazzola dell'eliambulanza	E' disponibile un'eliperficie aziendale per le esigenze del volo notturno

3.1.6. Geriatria

Obiettivo	Risultato atteso
Geriatria	Sviluppo del progetto anziano fragile già avviato nella sede di Cividale e attivazione di una collaborazione sperimentale con la Scuola di specializzazione di geriatria

	- Collaborazione con la Direzione Centrale Salute per la definizione dell'organizzazione dell'attività geriatrica
--	--

3.1.7 Medicina di Laboratorio	
Obiettivo	Risultato atteso
Completare l'organizzazione del LUI	Sono attivi i laboratori satellite di San Daniele del Friuli e Tolmezzo Sono attivi i Point of care presso i Punti di primo intervento di Cividale del Friuli e di Gemona del Friuli
Definire il progetto di organizzazione della Cell Factory regionale	Progetto definito entro il 30.4.2017 in accordo con gli IRCCS e ASUITS

3.1.8. Oncologia	
Obiettivo	Risultato atteso
Oncologia	- ASUI-UD promuoverà modelli strutturati di integrazione con le strutture oncologiche ospedaliere dei presidi dell'ex Area Vasta udinese - Collaborazione con la Direzione Centrale Salute per la definizione del nuovo Piano Oncologico

3.1.9. Pediatria ospedaliera	
Obiettivo	Risultato atteso
Pediatria ospedaliera	- ASUI-UD sta riorganizzando il percorso del bambino chirurgico all'interno del presidio ospedaliero SMM ed entro il primo semestre 2017 è prevista l'adozione dei relativi protocolli. - Collaborazione ai tavoli finalizzati alla riorganizzazione dell'attività pediatrica

3.1.10. Riabilitazione	
Obiettivo	Risultato atteso
Riabilitazione	Nel 2017 verrà ulteriormente sviluppata la funzione di riabilitazione dell'età evolutiva presente presso l'IMFR al fine di rispondere al ruolo di Centro di Riferimento sovra aziendale in questo specifico settore. Collaborazione con la Direzione Centrale Salute

	per la predisposizione del Piano della Riabilitazione.
--	---

3.1.11. Salute mentale	
Obiettivo	Risultato atteso
Salute mentale	<ul style="list-style-type: none"> - L'offerta di accoglienza presso la REMS sarà adeguata alla programmazione regionale. - Sarà definito un percorso unico per la cura dei disturbi del comportamento alimentare, superando l'attuale frammentazione, nel rispetto della necessità di prendere in carico in modo appropriato i soggetti appartenenti all'età evolutiva e all'età adulta. <p>Collaborazione con la Direzione Centrale Salute per la predisposizione del nuovo Piano della Salute Mentale.</p>

3.2 PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

3.2.1. Tutela della salute della donna	
Obiettivo	Risultato atteso
Consolidare il ruolo dell'ostetrica nel supporto della donna in ogni fascia d'età, anche attraverso l'inserimento della figura all'interno degli istituendi CAP, insieme ai MMG	Nel 2017 la funzione ostetrica nei CAP è garantita in coerenza con i fabbisogni definiti dai Distretti di appartenenza.
Strutturare i percorsi della gravidanza fisiologica anche con la prescrizione degli esami diagnostici, e quelli successivi al parto, con il ripristino ed il rafforzamento, dove già esistenti, delle visite domiciliari.	E' definito il percorso della gravidanza fisiologica all'interno del "Percorso nascita aziendale"
Nell'ambito dei corsi di preparazione al parto e nei centri nascita veicolare il messaggio dell'importanza della vaccinazione infantile e dell'adozione di stili di vita sani	Evidenza della promozione delle vaccinazioni da parte delle ostetriche e delle assistenti sanitarie nei corsi di accompagnamento al parto e puerperio e nei centri nascita

3.2.2. Migliorare la salute nei soggetti a rischio MCNT e malati cronici (Programma I PRP)	
Obiettivo	Risultato atteso
Concludere il Progetto Cardio 50 con l'analisi dei risultati al fine di valutarne l'estensione a tutta la regione come screening a chiamata attiva (ASUIUD)	Il report di analisi è prodotto entro il primo semestre 2017
Avviare un progetto di analisi sulla possibilità di attivazione di uno "screening opportunistico" su stili di vita e rischio cardiovascolare globale nelle Aziende sanitarie della Regione, in coordinamento con l'A.I.R. dei MMGG	Adeguamento dei regolamenti dei CAP ed evidenza di avvio dell'operatività nei Distretti.
Avviare a livello aziendale i gruppi di lavoro per i Percorsi Assistenziali definiti in coerenza con il documento regionale di indirizzo	Evidenza di gruppi di lavoro attivi
Proseguire la formazione	Almeno 1 corso FAD specifico per gruppi omogenei e almeno 1 corso residenziale: la partecipazione del personale sanitario, come definito dal PRP ed in percentuale cumulativa con 2016, deve raggiungere almeno il 9% del personale interessato.
Presa in carico soggetti con disturbi d'ansia/depressivi	
Definire in maniera condivisa di un modello per la presa in carico precoce dei soggetti con disturbi d'ansia/depressivi	Modello individuato

Formazione di mmg e pls per la presa in carico precoce dei soggetti con disturbi d'ansia/depressivi	Percorso formativo realizzato
---	-------------------------------

3.2.3. Gli screening oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia (Programma II PRP)

Obiettivo	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
Garantire il rispetto degli 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".	A seguito dell'avvio del programma aziendale Senologia, finalizzato alla costituzione dell'Unità Funzionale Senologica, l'organizzazione delle attività è adeguata agli 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"
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
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%
Tutte le aziende con centro di secondo livello per il programma di screening per la cervice uterina: garantire il rispetto dei requisiti definiti dalla Regione per i centri di secondo livello.	ASUI rispetta i requisiti definiti dalla DCS per i centri di 2° livello.
Garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica per gli esami di 2° livello di screening	La percentuale di compilazione dei campi fondamentali $\geq 95\%$
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.	L'anagrafe sanitaria aggiornata

3.2.4. Gli screening neonatali (Programma II PRP)

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

Diffusione e applicazione in tutti i punti nascita di una procedura regionale per lo screening neonatale audiologico	La procedura regionale di screening audiologico neonatale è operativa presso il punto nascita.
Diffusione e applicazione in tutti i punti nascita di una procedura regionale per lo screening neonatale oftalmologico.	La procedura regionale di screening oftalmologico neonatale è operativa presso il punto nascita.
Assicurare da parte di tutti i punti nascita la regolare comunicazione IRCSS Burlo della rilevazione del TSH neonatale.	Garantita la regolare comunicazione IRCSS Burlo della rilevazione del TSH neonatale.
Adozione di un programma di identificazione precoce della fibrosi cistica e di un programma per l'identificazione precoce dei neonati con emoglobinopatia nella popolazione a rischio	Adozione dei programmi di identificazione precoce della fibrosi cistica e di identificazione precoce dei neonati con emoglobinopatia nella popolazione a rischio in accordo con l'I.R.C.C.S. Burlo Garofolo Assicurare regolare comunicazione al Burlo.

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

Obiettivo	Risultato atteso
Le aziende sanitarie collaborano e sostengono percorsi ed azioni coerenti a diffondere in tutta la Regione il modello di Scuola che promuove la salute, che ha lo scopo di migliorare il successo scolastico e facilitare l'azione in favore della salute.	Almeno il 20% delle scuole presenti nel territorio dell'Azienda* dovranno esser raggiunte dalla proposta di aderire alla rete Scuole che promuovono salute (SHE). * Nota: Nell' Azienda sono presenti 36 tra Istituti comprensivi e Scuole secondarie di 2° grado
Presentazione e avvio, da parte di tutte le aziende sanitarie, di una progettualità, con il finanziamento dedicato, di "peer education" nelle scuole della regione. Continua la diffusione e implementazione dei progetti riconducibili alle buone pratiche, quali modello What's up, Unplugged, "peer education" ecc	Aderiscono alla progettazione almeno il 45% delle scuole presenti nel territorio aziendale*.

3.2.6. Prevenzione delle dipendenze (Programma IV PRP)

Obiettivo	Risultato atteso
Creare un Gruppo di formatori per i docenti delle scuole primarie e secondarie sulle life skills come strumento di prevenzione anche delle dipendenze	Almeno 1 workshop di "trasferimento LS contesto scuola" Almeno 4 operatori formati in Azienda (Prevenzione, Dipendenze e altre strutture interessate)
Formare gli Assistenti sociali degli ambiti territoriali per diffondere gli strumenti di identificazione precoce delle persone vulnerabili al gioco d'azzardo	Almeno 1 corso per Assistenti sociali degli ambiti territoriali aziendali.

patologico	
------------	--

3.2.7. Promozione dell'attività fisica (Programma V PRP)

Obiettivo	Risultato atteso
Avviare un progetto di attività fisica rivolto alla popolazione adulta da realizzare con il finanziamento dedicato	Presentazione del progetto alla DCS e, ottenuta l'approvazione, avvio della sua realizzazione.
Realizzare progetti di promozione attività fisica adattata	E' avviato almeno 1 iniziativa/progetto.
Diffondere del catalogo aziendale delle offerte e opportunità di attività fisica presenti sul territorio e aggiornamento dello stesso	Catalogo aziendale pubblicato sul sito aziendale e aggiornato

3.2.8. Prevenzione degli incidenti stradali(Programma VI PRP)

Obiettivo	Risultato atteso
Sensibilizzare alla prevenzione degli incidenti stradali	Iniziative di comunicazione e informazione alla popolazione
Effettuare presso IMFR Gervasutta attività di approfondimento neuropsicologico dell'idoneità alla guida in qualità di centro di riferimento regionale fungere da riferimento regionale (formazione, acquisizione hardware e software...) per l'eventuale estensione dell'offerta presso ulteriori centri di valutazione sul territorio regionale.	Definire le modalità per l'accesso al test, in coerenza con la DGR 2187/2016. Avvio dell'attività istituzionale

3.2.9. Prevenzione degli incidenti domestici (Programma VII PRP)

Obiettivo	Risultato atteso
Proseguire dell'attività di sensibilizzazione della popolazione nella prevenzione degli incidenti domestici	Collaborazione alla redazione di un report congiunto di tutte le Aziende di monitoraggio relativo alle attività previste dal Programma VII PRP inviato alla DCS.
Prosegue la rilevazione attraverso la check-list dei rischi nelle abitazioni con analisi dei risultati	Almeno 50 abitazioni valutate
Formazione operatori sanitari e dell'assistenza, con particolare riferimento al personale di assistenza dell'anziano	Organizzato almeno 1 evento

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

Obiettivo	Risultato atteso
SPSAL: partecipare ad azioni di verifica della omogeneità dell'applicazione in ambito regionale delle procedure di vigilanza in edilizia e prosecuzione della diffusione delle stesse ai portatori di interesse	Partecipazione ai lavori del GRE Report elaborato da parte del GRE sulla omogeneità dell'applicazione delle procedure di vigilanza in edilizia in regione. Realizzazione di almeno un incontro provinciale con i portatori di interesse sulle problematiche connesse all'applicazione delle norme poste a tutela del lavoro in agricoltura
SPSAL: partecipare ad azioni di verifica della omogeneità dell'applicazione in ambito regionale delle procedure di vigilanza in agricoltura e prosecuzione della diffusione delle stesse ai portatori di interesse	Partecipazione ai lavori del GRA Report elaborato da parte del GRA sulla omogeneità dell'applicazione delle procedure di vigilanza in agricoltura in regione. Realizzazione di almeno un incontro provinciale con i portatori di interesse sulle problematiche connesse all'applicazione delle norme poste a tutela del lavoro in edilizia
Coordinare 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	E' stata elaborata una proposta di linee guida regionali E' effettuata, nei primi 6 mesi del 2017, la sperimentazione del protocollo operativo dei controlli in almeno: 2 tatuatori/piercer, 2 estetisti e 2 acconciatori.
SIAN/VET: partecipare alla formazione degli auditor e al programma di mantenimento della qualifica	Raddoppiare il numero di personale formato come auditor ufficiale nel 2017
SPSAL: realizzare un programma di audit mirato alle aziende dei comparti agricolo ed edile con il coinvolgimento dei comitati paritetici e bilaterali	Operatori formati secondo le indicazioni del PRP, Scheda di audit realizzata, Programma di audit realizzato
Partecipare alla revisione della lista dei controlli sulle imprese e alla diffusione del documento ai portatori di interesse	Partecipazione al Gruppo regionale che provvederà alla revisione ed integrazione della Lista regionale dei controlli sulle imprese disponibile sul sito aziendale

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

Obiettivo	Risultato atteso
Mantenere un'adeguata vigilanza nei settori edile e agricolo secondo i parametri definiti a livello nazionale	5% delle aziende vigilate. ○ Agricoltura: mantenimento dell'attività di vigilanza dell'anno precedente: 90 aziende agricole a livello regionale

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Edilizia: vigilare un numero di cantieri pari al 12% dei cantieri notificati nell'anno precedente (cantieri notificati nel 2016: 1475; stima cantieri da vigilare nel 2017: 177)
Realizzare almeno un incontro informativo/formativo rivolto ai soggetti della prevenzione operanti nel settore edile e agricolo	Report di attività alla DCS con descrizione evento formativo, numero di operatori formati suddivisi per categoria

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

Obiettivo	Risultato atteso
Realizzare in modo coordinato, 2 corsi accreditati o 2 iniziative di sensibilizzazione, finalizzati ad una maggiore conoscenza della corretta valutazione dei rischi, al reinserimento dei soggetti patologici e all'appropriatezza e qualità delle segnalazioni di malattia professionale.	2 corsi accreditati o 2 iniziative di sensibilizzazione a livello regionale
Partecipare all'avvio dell'applicazione del metodo OCCAM (pag.90 PRP)	Analisi OCCAM su una neoplasia professionale
Proseguire in ogni azienda il programma integrato di promozione della salute dei dipendenti, che coinvolge i medici competenti, per la declinazione operativa delle azioni dell'obiettivo specifico "Progetto pilota per un programma integrato di salute e benessere dei dipendenti pubblici..." del PRP.	<ul style="list-style-type: none"> - Report sui lavoratori a rischio cardiovascolare globale - Offerta di percorsi per smettere di fumare

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

Obiettivo	Risultato atteso
Alimentare le banche dati Informo e Malprof e coordinarsi per la stesura di un report regionale	Report congiunto di attività inviato alla DCS
Sviluppo di sistemi informativi rivolta alla dematerializzazione delle comunicazioni obbligatorie	<ul style="list-style-type: none"> - Informatizzazione delle notifiche ex art.250 e 256 del D.Lgs. 81/08 - Avvio delle procedure per l'informatizzazione delle notifiche ex art.99 del D.Lgs 81/08
Inviare i dati di attività dei servizi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro delle aziende alla regione per trasmissione al comitato interregionale di coordinamento	Dati inviati alla DCS
Monitorare le verifiche periodiche delle attrezzature di lavoro con inserimento dei dati in apposito	il 50% delle verifiche effettuate da ASUIUD è inserito a data base

database	
----------	--

3.2.14. 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	Risultato atteso
Stesura delle linee di indirizzo regionali sulla VIS (Valutazione di impatto sulla salute per la Pubblica Amministrazione) secondo i contenuti delle "Linee Guida VIS - Tools 4 HIA" attraverso la partecipazione al tavolo tecnico VIS	Collaborazione alla proposta linee di indirizzo VIS regionali
Partecipazione attiva al "Gruppo Tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali "di cui al Decreto n°630/SPS del 12.08.15 finalizzato alla valutazione delle ricadute sulla salute connesse ai determinanti ambientali, comportamentali e sociali;	Evidenza di partecipazione al "Gruppo Tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali "
Il monitoraggio straordinario delle acque destinate al consumo umano, per le aziende nei cui territorio sono state rilevate criticità	Effettuato il report sui risultati del monitoraggio
Promozione della sostenibilità e della eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, in relazione al rischio radon anche attraverso iniziative di formazione;	1 corso realizzato a livello regionale per professionisti
Promozione del corretto uso della telefonia cellulare attraverso la programmazione di eventi formativi nelle scuole.	Realizzare la formazione in almeno il 50% degli istituti comprensivi

3.2.14. Esposti ex amianto

Obiettivo	Risultato atteso
1. Raccogliere i dati relativi ai mesoteliomi degli ex esposti e inviare al COR assicurando la trasmissione delle schede ReNaM 2. trasmettere i dati sui soggetti attualmente esposti al CRUA e alla DCS secondo le relazioni annuali compilate dalle ditte di bonifica.	- dati inviati al COR - schede ReNaM trasmesse - i dati sui soggetti attualmente esposti trasmessi al CRUA e alla DCS
Ogni Azienda Sanitaria garantisce 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	Effettuato almeno 1 controllo

3.2.15. Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive (Programma XIII PRP)	
Obiettivo	Risultato atteso
Adottare e applicare le Linee guida regionali per il controllo della tubercolosi e realizzare la formazione degli operatori	- Assicurare la partecipazione ad un evento regionale - 1 iniziativa formativa/informativa in ASUI
Garantire in tutte le aziende sanitarie l'offerta attiva e gratuita del test HIV, anche in forma anonima, anche ad utenti in trattamento per problemi alcol correlati.	Report aziendale
Assicurare il proseguimento delle campagne vaccinali già avviate	Miglioramento delle coperture vaccinali
Adeguare la progressione dell'offerta vaccinale al nuovo PNPV attraverso la <ul style="list-style-type: none"> - Formazione - Revisione organizzativa - Attività di comunicazione per operatori (MMG, PLS) e utenti (counselling) - Monitoraggio nelle scuole di infanzia e nei nidi, pubblici e privati - Intensificazione del counselling per i genitori non aderenti alle proposte vaccinali 	- Un corso di formazione sul campo in materia di vaccinazioni in Azienda - Formazione degli operatori dei servizi vaccinali al counselling prevaccinale - offerta attiva garantita per meningococco B - offerta garantita (non attiva) per rotavirus - offerta garantita (non attiva) per herpes zoster (ai 65enni) - evidenza di iniziative di comunicazione / counselling per operatori e utenti
Assicurare procedure uniformi per la gestione dei soggetti inadempienti/esitanti alla vaccinazione	Adozione formale di protocollo regionale
Offerta vaccinazioni in categorie a rischio	definiti i protocolli aziendali in applicazione ai protocolli regionali
Avvio di un processo di accreditamento dei servizi vaccinali	evidenza di avvio del processo
Garantire la rilevazione delle reazioni avverse a vaccino	Report aziendale inviato alla DCS
Partecipare ai programmi di sorveglianza delle ICA, con evidenza di monitoraggio degli indicatori regionali.	Indicatori regionali monitorati
Effettuare in tutti gli ospedali per acuti la Point Prevalence Survey sulle Infezioni correlate all'assistenza.	La PPS è completata
Effettuare in tutti gli ospedali per acuti la Point Prevalence Survey sul consumo degli antibiotici.	Report aziendale sul consumo di antibiotici
Formazione degli operatori sull'uso appropriato	Almeno 1 iniziativa di formazione

degli antibiotici in ospedale e nelle strutture residenziali per anziani	
Formazione degli operatori sull'uso appropriato degli antibiotici negli allevamenti industriali	Realizzato almeno 1 evento

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

Obiettivo	Risultato atteso
Applicare il protocollo regionale sull'assistenza sanitaria alle persone migranti ed inviare settimanalmente i dati di attività	Report settimanale
Realizzare in modo coordinato tra le aziende sanitarie almeno un intervento formativo/informativo per la sensibilizzazione di gruppi specifici (tatuatori, estetisti, piercers..) sui problemi correlati alle malattie trasmissibili	E' effettuato almeno 1 intervento formativo/informativo
Garantire la formazione dei propri operatori sull'antimicrobial stewardship	In ASUI almeno il 25% di medici prescrittori è formato
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
In applicazione del Piano generale regionale di risposta alle emergenze, definire e formalizzare l'unità di crisi aziendale	Unità di crisi aziendale formalizzata

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

Obiettivo	Risultato atteso
Sviluppare il piano d'azione elaborato da ogni azienda per i propri punti nascita e garantire la partecipazione degli operatori dedicati, al percorso formativo programmato a livello regionale	40% operatori dedicati è formato in ASUI
Monitorare le gare di appalto di PA e Enti già mappate nel 2016 e fornire il proprio contributo nelle gare d'appalto in corso nel 2017 per favorire il maggior consumo di frutta e verdura, la riduzione del consumo di sale, usando quello iodato, l'utilizzo di prodotti preferibilmente tipici e a filiera corta	ASUI ha garantito il proprio contributo al 5% delle gare d'appalto di PA e Enti in corso nel 2017 in ogni Azienda
Realizzare corsi di formazione in ogni azienda su stili alimentari salutari per operatori sanitari della prevenzione, delle cure primarie e degli ospedali, anche integrati con le proposte dei programmi I e X	Un corso di formazione in ASUI

Realizzare un secondo corso di formazione, a valenza regionale con la condivisione e il contributo di tutte le Aziende Sanitarie, rivolto a formatori di GDO, Ristorazione Collettiva e Pubblica sui temi del maggior consumo di frutta e verdura, la riduzione del consumo di sale, usando quello iodato, la dovuta attenzione ai soggetti allergici e intolleranti attraverso la corretta applicazione del Reg.CE 1169/2011	Partecipazione alla realizzazione del corso regionale Report che evidenzi la diffusione dei contenuti nel territorio aziendale
---	---

3.2.18. Sicurezza alimentare, salute e benessere animale

Obiettivo	Risultato atteso
Effettuare i controlli sulla condizionalità come da convenzione con il MIPAAF/AGEA	Effettuare il 100% dei controlli previsti per gli atti di interesse della condizionalità e inserire le evidenze ed i verbali in BDN.
Ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi contenuti nel Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare anche attraverso l'attività di ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base a criteri del rischio, delle imprese alimentari; a parità di rischio dovrà essere mantenuto almeno il tasso di copertura 2016	Numero di interventi programmati per il 2017 che costituiscono il risultato atteso aziendale: <ul style="list-style-type: none"> - n. interventi ispettivi per settore programmati per il 2017: 620 - il n .audit programmati per il 2017: 6 - n. dei controlli ufficiali dei campionamenti di alimenti e di valutazioni del rischio: 90 - n. dei controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni.: 6
Attuazione del quarto anno del Progetto Piccole Produzioni Locali in accordo con la Direzione centrale agricoltura. Applicazione del nuovo Regolamento con coinvolgimento del Servizio SIAN.	Aumentare l'informazione e la formazione sul territorio, informando le Aziende dell'allargamento del paniere dei prodotti come da DPRReg 0179-2015 del 01/09/2015. Stesura di una relazione finale di verifica Aziendale indicante il numero di PPL registrate ed il numero di ispezioni eseguite su: <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...
Misure di prevenzione su base genetica per l'eradicazione della Scrapie ovina classica, finalizzate all'incremento dell'allele di resistenza della proteina prionica (ARR) nell'intero patrimonio ovino nazionale	Controlli sierologici sui capi destinati alla riproduzione come da quanto previsto nel decreto Ministeriale, al fine di ottenere un patrimonio ovino regionale indenne da Scrapie.

Attuazione del Piano regionale di monitoraggio e controllo della malattia di Aujeszky dei suini.	n. allevamenti della coorte individuati dal Piano regionale da controllare al fine del mantenimento dell'indennità.
Attuazione dei controlli sul benessere animale negli allevamenti e durante il trasporto secondo le linee guida operative dettate dalla Task Force benessere animale, istituita con Decreto 659/SPS del 20/08/2015	n. interventi di controllo sul rispetto del benessere animale richiesti dal PRISAN 2017
Attuazione dei controlli sull'anagrafe ovi caprina come da indirizzi LEA Ministeriali.	Raggiungimento del 3% dei controlli su base Regionale come richiesto da LEA Ministeriali.
Applicazione del PRP sull'Igiene Urbana Veterinaria.	Effettuare il 100% dei controlli sulle strutture di ricovero e custodia della Regione Autonoma FVG sia convenzionate che non convenzionate.
Applicazione piano vaccinale blue tongue	100% entro 28 febbraio 2017

3.3 ASSISTENZA PRIMARIA

3.3.1. Attuazione accordo per la Medicina generale

Obiettivo	Risultato atteso
1. Avvio delle Nuove medicine di Gruppo in ogni Azienda	1. Sviluppo delle Nuove medicine di gruppo conforme a quanto previsto dalla DGR 39/2016. Si ipotizza, dopo l'attivazione di Manzano, Cividale e Zugliano, nel 2017 l'avvio di almeno altre 2 nuove MGI.
2. Sviluppo dei CAP in ogni Azienda	2. Entro il 2017 sono attivi 4 CAP aziendali.
3. Attivazione di programmi di medicina d'iniziativa	3. Miglioramento del livello degli obiettivi raggiunti per quanto riguarda il <u>diabete</u> previsti dall'AIR di cui alla DGR 39/2016 nel 2017 vs 2015. Nel 2017 è richiesto un incremento dei livelli raggiunti nel 2016 non inferiore all'incremento registrato nel 2016 rispetto al 2015; in caso di peggioramento a consuntivo 2016, l'obiettivo è pari ad un incremento non inferiore al 15% per ogni indicatore rispetto al valore osservato nel 2015 (rif.: nota interpretativa autentica della DGR 39/2016 sottoscritta dal Comitato Regionale ex art.24 in data 3 maggio 2016)
4. Revisione procedure dimissione protetta	4. L'ASUI ha aggiornato la procedura delle dimissioni protette sulla base delle nuove indicazioni regionali e dei protocolli già sviluppati per il Punto Unico Integrato.

3.3.2 Accredimento

Obiettivo	Risultato atteso
Partecipare attivamente al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti.	Messa a disposizione di valutatori interni per i sopralluoghi in almeno 20 giornate secondo le indicazioni della direzione centrale salute.
Gli enti del SSR collaborano allo sviluppo dell'organismo tecnicamente accreditante (OTA), costituito da tutti i referenti dell'accREDITamento istituzionale, secondo le direttive dell'Intesa CSR del 19/2/2015 recepita con la DGR 2220/2015.	Partecipazione ai lavori dell'organismo tecnicamente accreditante (OTA) per la definizione delle regole di funzionamento interno e della propria politica (mission, vision e obiettivi) secondo le indicazioni della DGR 2220/2015.
Nel 2017, in coerenza con quanto previsto dalla legge di riordino del SSR n. 17/2014, si procederà al completamento del processo di verifica e accreditamento delle strutture intermedie pubbliche e private ed in particolare delle RSA, Hospice, SUAP (speciali unità di assistenza	Raggiungimento dell'accREDITamento istituzionale delle strutture pubbliche attualmente attive

protratta), strutture di riabilitazione funzionale per minori con disturbi neuropsichici e ospedali di comunità.	
--	--

3.3.3. Odontoiatria sociale	
Obiettivo	Risultato atteso
Aumento delle prestazioni LEA erogate raggiungendo la media aziendale di almeno 1,5 prestazioni/ora per odontoiatra.	+20% delle prestazioni LEA erogate rispetto al 2015
Prestazioni non LEA erogate	80 casi di terapia ortodontica
Percentuale aziendale di visite odontostomatologiche	Non superiore al 50% del totale delle prestazioni erogate (sono escluse le visite del pronto soccorso odontostomatologico)

3.3.4. Cure palliative e terapia del dolore	
Obiettivo	Risultato atteso
1. Attivazione della rete locale per le cure palliative.	1. Dopo l'istituzione della rete e la nomina del responsabile, avvenute nel dicembre 2016, entro il primo semestre 2017 in ASUIUD è attivata ed operativa la rete locale per le cure palliative.
2. Istituzione/potenziamento degli hub e spoke della rete locale per la terapia del dolore dell'età adulta.	2. Entro il primo semestre è attivato il centro hub di terapia del dolore secondo le indicazioni della DGR 165/2016 che ne ha definito le caratteristiche e i requisiti.
3. ASSISTENZA H24 7 su 7: sono garantite Cure Palliative domiciliari 7 giorni su 7, dalle 8 alle 20, attraverso l'erogazione diretta degli operatori dell'équipe e per le restanti fasce orarie attraverso una delle seguenti modalità: Pronta disponibilità dedicata (servizio h24 garantito dall'UCP), Consulenza telefonica (agli assistiti e/o ai Medici dei servizi di Continuità assistenziale e al 118)	3. Assistenza garantita h24 7 giorni su 7 in ASUIUD .
4. TEMPISTICA DI PRESA IN CARICO MALATI ONCOLOGICI DECEDUTI: Suddividere il numero di malati oncologici deceduti in base al tempo intercorso tra il momento della segnalazione e la presa in carico: Entro 1 giorno dalla segnalazione/Tra 1 e 2 giorni dalla segnalazione/Tra 2 e 3 giorni dalla segnalazione/Oltre 3 giorni dalla segnalazione/Momento della segnalazione non noto.	4. Attivazione del sistema di monitoraggio (Attualmente il dato non è noto)

5. CIA (coefficiente di intensità assistenziale) dell'assistenza domiciliare a favore dei pazienti terminali presi in carico dalla rete delle cure palliative.	5. Attivazione del sistema di monitoraggio (Attualmente il dato non è noto)
6. Percentuale di malati oncologici deceduti a domicilio.	6. Aumento del 20% rispetto al valore 2016 (stima 2016 pari al 44,5%)
7. attivazione del monitoraggio dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni di terapia del dolore in tutti i setting assistenziali.	7. Trasmissione report alla direzione centrale salute
8. Attivazione di almeno una campagna informativa sulle reti delle cure palliative e della terapia del dolore da realizzarsi con finanziamento della LR 10/2011 in ciascuna Azienda.	8. Effettuata almeno una campagna informativa.
9. Attivazione di presa in carico dei malati oncologici in "fase avanzata" con supporto psico-relazionale individuale e della famiglia.	9. Ad almeno il 50% dei pazienti presi in carico viene garantito il supporto psico-relazionale dopo la messa a regime della rete delle cure palliative.

3.3.5. Superamento della contenzione.

Obiettivo	Risultato atteso
Dare attuazione alla DGR n. 1904/2016	- La commissione tecnica per il monitoraggio è operativa - Produzione di un report di monitoraggio del fenomeno della contenzione in tutte le strutture sanitarie, socio-sanitarie e assistenziali secondo quanto disposto nella DGR 1904/2016.

3.3.6. Riabilitazione

Obiettivo	Risultato atteso
1. Completare il processo di riqualificazione dei posti letto di RSA pubblici e privati che entreranno a far parte della rete di riabilitazione estensiva extra ospedaliera.	1. Processo concluso entro il 2017.
2. Attivare a livello aziendale la rete per le malattie neuromuscolari e la sclerosi laterale amiotrofica	2. E' attivato un gruppo integrato neuromuscolare (GIN) con la finalità della presa in carico della persona con malattia neuromuscolare nell'ambito territoriale di competenza.
3. Attivare a livello aziendale il PDTA per la sclerosi multipla entro la seconda metà del 2017.	3. Entro il 2017 almeno il 50% dei pazienti con sclerosi multipla è preso in carico con le modalità previste dal percorso assistenziale.

3.3.7. Assistenza domiciliare	
Obiettivo	Risultato atteso
Presa in carico in ADI popolazione >65 anni. Flusso SIAD (con PAI, ValGraf, CIA>0,13 e GdC >0)	<p>≥ 3.8% popolazione > 65 anni (secondo nuova griglia LEA).</p> <p>Dato stimato 2016 = 2,45% della popolazione >65 anni.</p>

3.3.8. Salute mentale	
Obiettivo	Risultato atteso
Adottare ed implementare il nuovo gestionale regionale.	Il nuovo gestionale è adottato ed implementato in base alle indicazioni regionali.

3.3.9. Disturbi del comportamento alimentare	
Obiettivo	Risultato atteso
1. Attivare la funzione di osservatorio epidemiologico per i DCA, in collaborazione con la Direzione Centrale Salute, i DSM e i servizi per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza, come definito dal Decreto 1200/2013;	1. Gli Osservatori epidemiologici DCA predispongono un report sull'attività 2017 della rete sulla base di indicazioni della Direzione.
2. Consolidare la rete di offerta con l'attività a regime degli ambulatori dedicati e dei centri diurni per l'età adulta e per l'età evolutiva.	<p>2. L'Azienda ha identificato un Ambulatorio DCA con suo referente per l'età adulta ed un Ambulatorio DCA con suo referente per l'età evolutiva.</p> <p>L'Azienda ha strutturato percorsi di cura per i disturbi del comportamento alimentare nell'età evolutiva e nell'età adulta, con la possibilità di erogare prestazioni multiple nello stesso setting assistenziale in particolare in centro semiresidenziale.</p>
3. Formazione specifica degli operatori	3. Effettuazione di corsi formativi specifici per gli operatori

3.3.10. Salute mentale in età evolutiva	
Obiettivo	Risultato atteso
Rinforzare i servizi di salute mentale per l'età evolutiva come previsto dalla DGR n.1671/09.09.2016.	Istituzione équipe territoriale disabilità età evolutiva prevista dal livello regionale.

3.3.11. Autismo	
Obiettivo	Risultato atteso
Partecipazione dei referenti ai tavoli regionali	Partecipazione all'80% degli incontri regionali dei referenti individuati delle NPIA al tavolo tecnico regionale in tema di salute mentale
Implementazione del percorso diagnostico assistenziale per il minore affetto da disturbi dello spettro autistico	Sono attivati corsi (Early Start Denver Model) per la formazione degli operatori in tema di gestione del minore con disturbi dello spettro autistico Convenzione con "Progetto autismo FVG-Onlus"

3.3.12. Consulteri familiari	
Obiettivo	Risultato atteso
1. Implementare l'offerta della visita domiciliare ostetrica in puerperio.	1. Revisione dell'offerta nell'ambito del dipartimento aziendale materno infantile che comprenderà anche i consultori familiari: attivazione del Percorso nascita aziendale 2. Attivazione del servizio dell'offerta domiciliare ostetrica in puerperio
2. Promuovere la salute della donna in età post-fertile	2. Evidenza di interventi a favore della salute della donna in età post-fertile.

3.3.13. Diabete	
Obiettivo	Risultato atteso
Garantire l'applicazione del "Documento di indirizzo regionale sull'Assistenza alla Persona con Diabete"	Evidenza dell'attuazione entro il 31/3/2017 dei corsi a livello aziendale rivolti ai MMG e agli operatori dei distretti che si occupano di diabete nell'assistenza primaria sulla base del programma prodotto dalla "formazione formatori"

3.3.14. Sanità penitenziaria	
Obiettivo	Risultato atteso
Prevenire il rischio autolesivo e suicidario in carcere.	Elaborazione di un programma aziendale per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario in carcere entro il 2017 sulla base delle indicazioni del Gruppo tecnico regionale.

3.3.15. Ospedali psichiatrici giudiziari	
Obiettivo	Risultato atteso
Attuazione del programma regionale di	E' garantito il funzionamento delle strutture per

superamento degli OPG	l'esecuzione delle misure di sicurezza alternative alla detenzione (REMS)
-----------------------	---

3.3.16. Dipendenze

Obiettivo	Risultato atteso
1. 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. Invio e validazione dei dati per i flussi informativi regionali raccolti dell'osservatorio.
2. Partecipazione alla realizzazione di un workshop regionale, in collaborazione con il terzo settore sui trattamenti alcolologici	2. Partecipazione di almeno il 70% del personale dei Servizi per le dipendenze dedicati al trattamento alcolologico al workshop regionale.
3. Promuovere e aumentare il numero di programmi terapeutico riabilitativi in misura alternativa alla detenzione per detenuti con dipendenza patologica e di messe alla prova	3. Partecipazione alla realizzazione di una formazione a valenza regionale sulle misure alternative e di "messa alla prova". Aumento delle misure alternative e di "messa alla prova" (2017 vs 2016).
3. Monitorare i risultati degli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale	3. Individuazione di almeno 3 indicatori di <i>outcome</i> relativi agli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale e produzione di un report semestrale con evidenza degli esiti.

3.3.17. Privacy

Obiettivo	Risultato atteso
Estensione della raccolta dei consensi al trattamento dei dati personali a tutti i cittadini	Miglioramento della quota di consensi raccolti

3.3.17. Continuità assistenziale 116-117

Obiettivo	Risultato atteso
Garantire la continuità assistenziale dei pazienti in assistenza domiciliare	Predisposta un'ipotesi di organizzazione dell'attività

3.4 PROGETTI ATTINENTI LE ATTIVITA' CLINICO-ASSISTENZIALI

3.4.1 Insufficienze d'organo e trapianti	
Obiettivo	Risultato atteso
Cuore	
1. Utilizzare presso il Centro trapianti gli organi prelevati in regione (diretti o in scambio con altre regioni) 2. Ridurre il tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti di 50-74 anni	1. Almeno l'85% (valore 2016: 100%) 2. ≤ 210 per 100.000 residenti di 50-74 anni (valore medio regionale 2015 di 208,26 – fonte Bersaglio)
Partecipazione ai lavori regionali per la predisposizione di almeno 2 percorsi assistenziali a valenza regionale (VAD e ECMO)	Evidenza della partecipazione ai lavori regionali
Rene	
1. Migliorare i tempi di immissione in lista trapianto 2. Aumentare i casi di trapianto 3. Ridurre i pazienti in emodialisi con il potenziamento della Dialisi peritoneale e dei trapianti	1. Almeno il 75% dei nuovi dializzati entro 6 mesi dall'inizio della dialisi (valori 2016 non disponibili) 2. ≥ 70 /anno comprensivi di tutte le tipologie di trapianto (nel 2016 59 al 7-12) 3. Pazienti in emodialisi al di sotto del 46% del totale (trapiantati+emodializzati+in dialisi peritoneale) (valore 2016= 27% al 7-12-2016)
Fegato	
1. Aumentare l'iscrizione in lista trapianto, presso il centro trapianti dell'ASUIUD 2. Adeguare a livello strutturale ed organizzativo il centro trapianti alle prescrizioni del Centro Nazionale Trapianti effettuate nel corso dell'ispezione dell'estate 2016 3. Utilizzare presso il Centro trapianti gli organi prelevati in regione (diretti o in scambio con altre regioni)	1. Almeno 10 pazienti dell'ASUIUD in lista nell'anno 2017 reclutati attraverso l'apposita rete regionale e attraverso confronti attivi promossi dagli specialisti dell'ASUIUD nelle sedi delle Aziende regionali. (Valore 2016: 25 trapianti e 18 pazienti in lista al 2-12) 2. Attivazione posti letto dedicati per la funzione trapianti, comprese le fasi precedenti e successive all'intervento chirurgico 3. Almeno l'85% (Valore 2016: 81% al 31-10)
Formalizzazione di almeno 2 percorsi a valenza regionale dei quali almeno 1 riguarda i pazienti trapiantati	Evidenza della partecipazione ai lavori regionali
Pancreas	
Ridurre il tasso di amputazioni maggiori per diabete	≤ 30 casi per milione di residenti (valore medio regionale 2015 di 29,39 x milione – fonte Bersaglio)
Formalizzazione della filiera pancreas per la presa in carico delle gravi insufficienze	Evidenza della partecipazione ai lavori regionali

d'organo e trapianti	
Polmone	
Ridurre il tasso di ospedalizzazione per BPCO	<= 60 per 100.000 residenti di 50-74 anni (valore medio regionale 2015 del 65,84 per 100.000 residenti – fonte Bersaglio)
Formazione per la gestione integrata con le Pneumologie di riferimento dell'ossigenoterapia domiciliare	Formazione di almeno 3 infermieri per ogni distretto sanitario
Formazione, da parte delle Pneumologie di riferimento, finalizzata alla gestione integrata della riabilitazione respiratoria ambulatoriale e domiciliare	Formazione di almeno 2 fisioterapisti per distretto sanitario
Formalizzazione rete polmone per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti	Evidenza della partecipazione ai lavori regionali
Tessuti oculari	
1. Potenziare il programma di donazione cornee 2. Aumentare il numero di trapianti di cornea	1. + 20% delle donazioni del 2015 (valore 2015: 48) 2. Dato 2016 + 30% (nel 2016 al 31.10 effettuati 25 trapianti di cornea).
Donazione d'organi e altri tessuti	
Donazioni d'organo e trapianti	1. Formalizzazione del protocollo per prelievo d'organi da paziente con accertamento del decesso con criteri cardiologici 2. Formalizzazione del protocollo per la donazione multi-tessuto

3.4.2 EMERGENZA URGENZA	
Obiettivo	Risultato atteso
Ictus	
Aumentare l'attività di Trombolisi endovenosa	Almeno 160 trattamenti (dato 2016: 160)
Misurazione dei tempi intercorrenti fra allertamento-TAC e TAC-trombolisi venosa (relazione di analisi dei dati 2016 e primo semestre 2017)	Trasmissione alla DCS di un report/semestre con i dati di attività
Presenza nella documentazione clinica informatizzata della scala di Barthel Index e della Rankin Scale modificata all'ingresso e all'uscita di ogni setting assistenziale	Produzione e trasmissione alla DCS di un report semestrale sulla presenza e compilazione, nella cartella clinica, delle scale Barthel Index e Rankin Scale modificata. I dati dovranno essere raccolti su un campione di cartelle (ricoveri con DRG 14 o codici ICD-9-

	<p>CM indicati) con le seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> - periodi di riferimento: 01/01/2017-30/06/2017 e 1/7/2016-31/12/2017; - campione cartelle: ospedali con ricoveri < 500/anno: 30 cartelle per periodo esaminate; ospedali con ricoveri > 500/anno: 50 cartelle per periodo esaminate; - rappresentatività delle diverse unità operative che accolgono e/o dimettono i pazienti, (campione proporzionato al numero dei ricoveri/anno di ciascuna unità operativa); - esclusione dal campione dei pazienti con esito ricovero "deceduto".
Emergenze cardiologiche	
Emergenze cardiologiche	<ul style="list-style-type: none"> - Evidenza della partecipazione ai lavori regionali per la formalizzazione di un percorso assistenziale che definisca anche specifici indicatori di esito - Misurazione del tempo intercorrente fra l'effettuazione dell'ECG sul territorio e l'inizio della procedura in emodinamica (relazione di analisi dei dati 2016 e primo semestre 2017)
Trauma	
<ul style="list-style-type: none"> - Trattare la Frattura di femore entro 48H - Implementare, all'interno dei presidi ospedalieri di 2° livello, un'organizzazione per l'urgenza traumatologica distinta dalle altre urgenze, in modo da accelerare i tempi di trattamento di tutta la traumatologia 	<ul style="list-style-type: none"> - Evidenza della partecipazione ai lavori regionali per la formalizzazione di un sistema di indicatori clinici per il monitoraggio dei tempi e degli esiti - Almeno il 70% - Entro il 30/6 analisi del percorso per migliorare i tempi di trattamento e stesura di un progetto di riorganizzazione. Entro l'anno implementazione dell'organizzazione.
Pronto soccorso ed emergenza urgenza	
<ul style="list-style-type: none"> - Aumentare la percentuale di pazienti con codice verde visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde - Aumentare la percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore - Eventi patologici acuti più frequenti 	<ul style="list-style-type: none"> - Almeno 65% dei casi (media regionale 2015 del 65,89% - fonte Bersaglio) - >= 75% (media regionale 2015 del 78,24% - fonte Bersaglio) - Revisione e confronto interaziendali della gestione clinica per 5 eventi patologici acuti, più frequenti

3.4.3 Reti di patologia	
Obiettivo	Risultato atteso
Malattie rare	
- Produrre almeno 1 percorso assistenziale per ogni gruppo nosologico	- Entro il 31 dicembre 2017
- Implementare il flusso informativo al registro regionale di cui al DM 279/2001	- Inserimento del 100% dei casi in prevalenza al 30 novembre 2017
Malattie reumatiche	
- Utilizzare lo strumento informatico che sarà messo a disposizione dalla DCS entro il primo trimestre 2017	- Lo strumento informatico è utilizzato
- Evidenza nel sito aziendale dei medici reumatologi appartenenti alla struttura complessa	- Entro il 30 giugno

3.4.4 Materno Infantile	
Obiettivo	Risultato atteso
Responsabilizzazione diretta delle ostetriche nella gestione del percorso per la gravidanza fisiologica	Vedi linee 3.4.5 e 3.2.1
Ridurre la percentuale dei parti cesarei depurati (NTSV)	<= 20% dei parti totali (Stima valore 2016: 21%)
Ridurre i parti indotti farmacologicamente	<= 25% (Stima valore 2016: 28,74%)
Parto analgesia	E' garantita l'offerta per il parto indolore
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 équipe chirurgica ed anestesologica.	Collaborare con il Burlo a stilare 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 da una sola équipe chirurgica ed anestesologica del Burlo.

3.4.5 Percorso nascita	
Obiettivo	Risultato atteso
Verificare l'attuazione aziendale di quanto previsto nei provvedimenti nazionali e regionali, in termini di miglioramento della qualità, sicurezza e appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita	Revisione complessiva dell'adeguatezza del percorso nascita all'interno del Dipartimento Materno Infantile aziendale. E' prodotto un Percorso nascita aziendale strutturato che coinvolge tutta la filiera degli operatori aziendali che partecipano al percorso.

Comitato percorso nascita regionale	Partecipare alle attività del Comitato percorso nascita regionale
<p>Produrre e trasmettere alla Direzione centrale salute un report annuale sulle attività di trasporto che fornisca elementi utili al monitoraggio dei seguenti indicatori:</p> <ul style="list-style-type: none"> o N. neonati per i quali è attivato un trasporto primario nell'anno / N. totale nati nell'anno o N. trasporti primari nell'anno attivati entro 30 minuti dalla richiesta / N. totale trasporti primari nell'anno o N. neonati < 34 settimane trattenuti nella Struttura di I livello con scheda compilata dal centro TIN/ N. totale neonati < 34 settimane trattenuti nella Struttura di I livello o N. STAM attivati nell'anno / N. totale parti nell'anno o N. STAM attivati con documentazione clinica completa / N. totale STAM attivati. 	Report trasmesso entro il 31.12.2017
Supportare ed aiutare le giovani famiglie dopo il parto, con specifico servizio domiciliare e ambulatoriale	Definito entro il 30.6.2017 protocollo, nell'ambito del dipartimento aziendale materno infantile, per la presa in carico delle situazioni a rischio in almeno il 30% dei nati nell'ultimo trimestre.

3.4.6 Sangue ed emocomponenti	
Obiettivo	Risultato atteso
Unificare presso la sede ospedaliera di Palmanova delle attività di produzione degli emocomponenti, della raccolta sangue territoriale mediante mezzi mobili e della funzione di Centro di Coordinamento delle attività trasfusionali della regione	Contributo, per quanto di competenza, alla cessione dei filoni di attività attualmente affidati ad ASUIUD
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 2016 +/- 2 % Plasma da aferesi: valore 2016 + 1%
Garantire la sicurezza e l'appropriatezza trasfusionale	Partecipazione ai programmi regionali di sorveglianza trasfusionale

3.4.7 Erogazione dei livelli di assistenza	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso

Ridurre il tasso di ospedalizzazione	<= 125 x mille (stima 2016: 127,5 x 1000)
Ridurre il numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica (valore medio regionale del 2015 di 37,37% per gli adulti e 69,57% per i pediatrici - fonte Bersaglio)	Al di sotto del 30% per gli adulti e del 50% per i pediatrici (stima 2016: 45,0% età adulta e 49,4% età pediatrica)
Ridurre la percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni (valore medio regionale 2015 di 5,23% - fonte Bersaglio)	Al di sotto del 4% (Stima 2016. 5,6%)
Recupero della fuga extra regionale di ricovero e di specialistica ambulatoriale	Recupero del 25% della fuga rispetto al dato 2015. (dato cumulativo)
Individuare almeno 3 pacchetti di prestazioni da eseguire in day service ambulatoriali, con formale trasmissione degli stessi alla DCS, per l'autorizzazione	Invio documenti alla DCS entro il 30.6.2017

3.4.8 Rischio clinico, qualità e appropriatezza nell'erogazione delle cure

Obiettivo	Risultato atteso
Rischio clinico	Strutturazione della Rete in accordo con la Delibera 1970 del 21.10.2016 "Rete Cure Sicure FVG: modello organizzativo"
Sicurezza del farmaco	
Mantenere le 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, effettuando almeno una rilevazione a livello aziendale
Sistematica adozione della riconciliazione farmacologica nei diversi contesti assistenziali	Estensione della mappatura effettuata nel 2016 sulle modalità di effettuazione della riconciliazione nei contesti ospedaliero e territoriale
Predisporre e diffondere la reportistica periodica destinata ai MMG	Predisposizione ed invio (a cura della Farmacia aziendale sulla base delle indicazioni regionali) dei report per MMG a cadenza almeno annuale
Adozione delle misure di "antimicrobial stewardship"	
Valutare l'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. Effettuazione di 1 rilevazione a livello aziendale
Implementazione e valutazione dell'impatto delle azioni in essere.	Valutazione dei dati emersi dalle rilevazioni 2016 e definizione di un eventuale piano di intervento e di formazione mirata

Adottare specifiche misure per il coinvolgimento nel programma regionale di setting clinico-assistenziali extraospedalieri (cure intermedie)	Partecipazione dei setting clinico assistenziali extraospedalieri all'implementazione e al monitoraggio del programma per l'antimicrobial stewardship
Adozione e promozione di strategie per favorire l'empowerment di pazienti e cittadini sull'uso più razionale e consapevole degli antibiotici.	Inserimento delle strutture territoriali (es. CAP e case di Riposo) nelle azioni previste dal programma regionale.
Point prevalence survey	
Partecipazione alla "Point Prevalence Survey" e diffusione capillare dei risultati	Analisi e presentazione dei risultati dell'indagine effettuata a fine 2016. Effettuazione della PPS pianificata per il 2017.
Adozione di strumenti per la valutazione dello stato nutrizionale del paziente	
Disporre di dati sulla valutazione dello stato nutrizionale del paziente	Monitoraggio di indicatori relativi allo screening dello stato nutrizionale e alla valutazione approfondita del paziente a rischio
Identificazione, coinvolgimento e formazione anche dalla Direzione Centrale Salute dei referenti e dei link	attraverso la partecipazione agli eventi organizzati professionali aziendali dei progetti regionali
Messa a regime della articolazione rete cure sicure in azienda.	Formazione link professionals in accordo con i programmi regionali.
Empowerment dei cittadini e dei pazienti sulle tematiche del rischio	
Valutazione dell'utilizzo del modulo "integrazione della lettera di dimissione"	Monitoraggio aziendale sull'adozione del modulo. Analisi e valutazione del grado di aderenza ed eventuale predisposizione di piano di miglioramento.
Predisposizione e diffusione dei materiali informativi destinati ai cittadini	Definizione di un progetto aziendale per la diffusione di materiale informativo regionale negli ambiti individuati, tra cui i Medici di Medicina Generale.
Qualità ed appropriatezza delle cure	
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	evidenza della lista di interventi/esami da prescrivere con maggior prudenza

3.5 ASSISTENZA FARMACEUTICA

Assistenza farmaceutica	
Obiettivo	Risultato atteso
Tetti spesa farmaceutica	
Spesa farmaceutica	Rispetto dei tetti fissati per la - Farmaceutica ospedaliera (comprensiva anche della spesa per i farmaci di fascia A erogati direttamente e in distribuzione per conto): 6,89% del FSR - Farmaceutica territoriale (contenente la sola spesa farmaceutica convenzionata): 7,96% del FSN
Monitoraggio spesa	
Monitorare periodicamente l'utilizzo delle categorie di farmaci a maggior impatto di spesa e rischio di inappropriatazza, favorendo l'impiego di medicinali con il miglior rapporto di costo-efficacia	Invio alla DCS di due Report semestrali con evidenza delle azioni intraprese nel corso del primo e secondo semestre, con riferimento agli obiettivi per i prescrittori e le azioni intraprese (audit e feedback in particolare per oncologici, immunologici, farmaci per l'epatite C, terapie intra-vitreali, farmaci del PHT_DPC, equivalenti, biosimilari)
Prescrittori	
Individuare 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
Distribuzione diretta farmaci ad alto costo	
Per i farmaci ad alto costo in distribuzione diretta viene definito un percorso che consenta la verifica dell'appropriatezza d'uso da parte delle aziende di residenza.	Invio alla DCS delle modalità adottate per le verifiche congiunte.
Biosimilari	
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.	<ul style="list-style-type: none"> - Quota sul totale delle prescrizioni/confezioni erogate non inferiore all'80%. - Affettuata analisi a campione sulle prescrizioni di farmaci con alternative biosimilari
Percentuali utilizzo medicinali brevetto scaduto e biosimilari	

<p>Oltre alla promozione d'uso di medicinali a brevetto scaduto e biosimilari a livello territoriale dovranno essere valutate a campione le percentuali di utilizzo di queste categorie di medicinali e le % di prescrizioni in dimissione o dopo visita ambulatoriale. I reparti interessati riguarderanno in particolare reumatologie, cardiologie, medicine, centri osteoporosi, nefrologie, oncologie, neurologie con riserva di integrare anche altri reparti nel corso dell'anno.</p>	<p>- Valutazioni effettuate nelle tempistiche comunicate dalla Regione. in tempistiche e reparti che saranno comunicati dalla direzione centrale</p> <p>- Promozione di specifiche attività (es. assegnazione ai prescrittori di obiettivi specifici per branca specialistica)</p>																																													
<p>Medicinali registro Aifa</p>																																														
<p>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.</p>	<p>Sono individuati specifici obiettivi per i prescrittori aziendali nel documento di budget-piano della prestazione</p>																																													
<p>Tabella n. 1 - Obiettivi target per la prescrizione di medicinali a brevetto scaduto come da indicatori AIFA-MEF presenti sul portale Tessera Sanitaria (TS).</p>																																														
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>% media FVG (gen-ago 2016)</th> <th>Target nazionale a cui tendere %</th> <th>Valore ASUIUD 2016 *</th> <th>Target aziendale 2017</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>C09CA - antagonisti dell'angiotensina II, non associati</td> <td>81,30%</td> <td>92,20%</td> <td>76,3%</td> <td>Miglioramento</td> </tr> <tr> <td>C09DA - antagonisti dell'angiotensina II e diuretici</td> <td>76,53%</td> <td>87,80%</td> <td>72,6%</td> <td>Miglioramento</td> </tr> <tr> <td>C10AA - inibitori della HMG COA reductasi</td> <td>79,25%</td> <td>86,10%</td> <td>78,0%</td> <td>Miglioramento</td> </tr> <tr> <td>G04CB - inibitori della testosterone 5-alfa reductasi</td> <td>39,62%</td> <td>49,50%</td> <td>46,4%</td> <td>Miglioramento</td> </tr> <tr> <td>J01MA - fluorochinoloni</td> <td>87,35%</td> <td>90,30%</td> <td>NUOVO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>M05BA - bifosfonati</td> <td>82,27%</td> <td>88,20%</td> <td>76,2%</td> <td>Miglioramento</td> </tr> <tr> <td>N03AX - altri antiepilettici</td> <td>90,99%</td> <td>98,10%</td> <td>92,7%</td> <td>Miglioramento</td> </tr> <tr> <td>N02CC - agonisti selettivi dei recettori 5HT1</td> <td>90,23%</td> <td>93,70%</td> <td>94,7%</td> <td>Mantenimento</td> </tr> </tbody> </table> <p>* Periodo gennaio – ottobre 2016</p>			% media FVG (gen-ago 2016)	Target nazionale a cui tendere %	Valore ASUIUD 2016 *	Target aziendale 2017	C09CA - antagonisti dell'angiotensina II, non associati	81,30%	92,20%	76,3%	Miglioramento	C09DA - antagonisti dell'angiotensina II e diuretici	76,53%	87,80%	72,6%	Miglioramento	C10AA - inibitori della HMG COA reductasi	79,25%	86,10%	78,0%	Miglioramento	G04CB - inibitori della testosterone 5-alfa reductasi	39,62%	49,50%	46,4%	Miglioramento	J01MA - fluorochinoloni	87,35%	90,30%	NUOVO		M05BA - bifosfonati	82,27%	88,20%	76,2%	Miglioramento	N03AX - altri antiepilettici	90,99%	98,10%	92,7%	Miglioramento	N02CC - agonisti selettivi dei recettori 5HT1	90,23%	93,70%	94,7%	Mantenimento
	% media FVG (gen-ago 2016)	Target nazionale a cui tendere %	Valore ASUIUD 2016 *	Target aziendale 2017																																										
C09CA - antagonisti dell'angiotensina II, non associati	81,30%	92,20%	76,3%	Miglioramento																																										
C09DA - antagonisti dell'angiotensina II e diuretici	76,53%	87,80%	72,6%	Miglioramento																																										
C10AA - inibitori della HMG COA reductasi	79,25%	86,10%	78,0%	Miglioramento																																										
G04CB - inibitori della testosterone 5-alfa reductasi	39,62%	49,50%	46,4%	Miglioramento																																										
J01MA - fluorochinoloni	87,35%	90,30%	NUOVO																																											
M05BA - bifosfonati	82,27%	88,20%	76,2%	Miglioramento																																										
N03AX - altri antiepilettici	90,99%	98,10%	92,7%	Miglioramento																																										
N02CC - agonisti selettivi dei recettori 5HT1	90,23%	93,70%	94,7%	Mantenimento																																										
<p>Distribuzione diretta 1° ciclo terapia</p>																																														
<p>Garantire l'erogazione del I ciclo di terapia in distribuzione diretta, a seguito di dimissione da ricovero e/o visita specialistica ambulatoriale e nell'ambito della residenzialità, della semi-residenzialità e dell'assistenza domiciliare, presso tutte le strutture afferenti all'Azienda per l'assistenza sanitaria</p>	<p>Si da evidenza</p> <p>- attività di distribuzione diretta dei medicinali alla dimissione da ricovero e/o visita specialistica ambulatoriale e presso tutte le strutture afferenti all'Azienda.</p> <p>- eventuali comunicazioni ai prescrittori in merito ai nuovi farmaci inseriti in DPC temporaneamente non disponibili sulla piattaforma</p>																																													
<p>Distribuzione per conto</p>																																														
<p>Ridurre un elevato ricorso alla non sostituibilità da parte del prescrittore per i medicinali DPC</p>	<p>Attuazione di specifici approfondimenti con i prescrittori, per i quali si rilevi un elevato ricorso alla</p>																																													

	non sostituibilità da parte del prescrittore. Evidenza alla Direzione Centrale dei monitoraggi effettuati e delle azioni adottate
Integrazione farmacie	
Promuovere l'attività di integrazione delle farmacie nel SSR nell'ambito della farmacia dei servizi, con particolare riferimento alle farmacie ubicate nelle zone più disagiate.	Evidenza delle specifiche azioni/attività intraprese nell'ambito della farmacia dei servizi.
Farmacovigilanza	
Proseguono le attività di farmacovigilanza quali la segnalazione spontanea in pronto soccorso, la segnalazione nell'ambito della dimissione da ricovero ospedaliero. Verranno avviati un percorso formativo a distanza (FAD) sull'utilizzo della nuova piattaforma nazionale Vigifarma, nonché i progetti di farmacovigilanza attiva approvati dall'Aifa.	Si assicurano le attività, il sostegno del percorso formativo, il feedback sulla partecipazione del personale ai corsi FAD e la partecipazione alle attività regionali di farmacovigilanza.
Appropriatezza uso dispositivi assistenza integrativa	
Potenziare 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. Avviare, inoltre, a livello aziendale o in collaborazione tra aziende iniziative che prevedano differenti modalità di erogazione/distribuzione dell'assistenza integrativa. In particolare, per quanto riguarda l'erogazione di ausili di assistenza protesica, favorire la distribuzione diretta come pure, relativamente agli ausili per diabetici modalità prevedere modalità di erogazione vantaggiose per il SSR (es. diretta, accordi con le farmacie).	Invio di evidenze sui monitoraggi effettuati (es. dispositivi per diabetici) e delle specifiche iniziative intraprese. Valutazione/avvio di nuove, più vantaggiose ed efficienti azioni da intraprendere per il SSR in merito alla modalità di erogazione e acquisizione dei dispositivi medici.
Prescrizione informatizzata piani terapeutici	
Assicurare la copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM.	Si assicura la copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM per l'85% delle confezioni destinate alla distribuzione diretta nominale erogate mediante lo stesso applicativo, anche al fine di consentire un puntuale monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e la promozione dei medicinali acquisiti centralmente da EGAS.
Garantire il ricorso (prima prescrizione e rinnovi) alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici implementati/disponibili a sistema, tramite	In almeno il 50% dei nuovi pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive.

<p>l'applicativo PSM-PT . Assicurare il controllo dei piani terapeutici ed il rispetto delle note limitative AIFA, favorendo l'implementazione di tale sistema informatizzato.</p>	<p>Viene data evidenza dei controlli effettuati sul rispetto delle modalità prescrittive per i medicinali soggetti a PT/nota AIFA (report)</p>			
<p>La prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA dovrà avvenire nel rispetto delle indicazioni prefissate, assicurando la registrazione di tutti i dati richiesti. La richiesta del farmaco dovrà sempre essere accompagnata dalla scheda di registrazione paziente nel registro</p>	<p>Si assicura l'erogazione dei farmaci soggetti a registro AIFA nel rispetto delle indicazioni prefissate e con compilazione di registro. Si assicura il controllo dei Piani Terapeutici e il rispetto delle note AIFA per tali medicinali.</p>			
<p>Cartella oncologica</p>				
<p>Assicurare l'implementazione della cartella oncologia informatizzata relativamente ai campi: diagnosi/sede, protocollo/farmaco, stadiazione</p>	<p>E' assicurata l'implementazione dei campi della cartella oncologica con un grado di completezza pari ad almeno il 95% dei pazienti</p>			
<p>Flussi informativi</p>				
<p>Assicurare l'implementazione e il controllo dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali Garantire, per il corretto calcolo del rispetto dei tetti di spesa, l'integrale copertura della fase 3 su fase 2 (100% della spesa negli ambiti previsti). In fase di erogazione dei medicinali è inserito a sistema il codice targatura</p>	<p>E' assicurata l'implementazione e il controllo dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali. Il codice targatura è inserito a sistema per la distribuzione diretta in modalità PSM Si da evidenza di eventuali controlli e verifiche effettuate (report)</p>			
<p>Con riferimento ai flussi informativi dare riscontro agli eventuali approfondimenti richiesti dalla Direzione Centrale, anche su istanza Ministero della Salute.</p>	<p>Entro 15 giorni dalla comunicazione</p>			
<p>Rispetto degli standard pro-capite della spesa farmaceutica convenzionata (tabella 2)</p>				
<p>Vincoli operativi 2017 Farmaceutica convenzionata: € pro capite</p>	<p>Standard 2017 125</p>	<p>Proiezione 2016: per residente ASUIUD 123,4</p>	<p>Proiezione 2016 per farmacia 130,15</p>	<p>Pro capite 2016 da addebitare a residenti extra ASUIUD 6,77</p>

3.6 PROGETTI ATTINENTI LA PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI SOCIOSANITARI

3.6.1 Non autosufficienza e disabilità	
Obiettivo	Risultato atteso
Governo e riqualificazione del sistema residenziale e semiresidenziale per anziani	
1. Partecipare al processo di riclassificazione delle residenze per anziani già funzionanti	<p>Sono garantiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la partecipazione alla 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) nei casi richiesti dalla Regione; - il supporto alla valutazione delle domande di nuova classificazione presentate dagli enti gestori (articolo 56, comma 2), secondo le modalità indicate dalla Regione; - 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).
2. Promuovere e monitorare la promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani	<p>Sono realizzate almeno tre nuove visite di audit approfondite.</p> <p>E' redatta e trasmessa alla Direzione Centrale Salute entro il primo semestre 2017, una dettagliata relazione illustrativa delle attività di monitoraggio e promozione della qualità svolte nell'anno precedente</p>
3. Sistemi informativi	E' verificato ed eventualmente sollecitato 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
4. Sistema di VMD Val.Graf.-FVG	Tutte le persone per le quali è previsto l'accoglimento in un servizio semiresidenziale o residenziale convenzionato sono valutate mediante l'utilizzo del sistema di VMD Val.Graf.-FVG.
5. Stipula nuove Convenzioni con le residenze per anziani	Viene verificata la congruenza dei testi delle Convenzioni in essere con l'evoluzione normativa e con i principi di omogeneità ed equità, con l'obiettivo di pervenire ad una nuova formulazione delle Convenzioni stesse e alla loro approvazione per l'anno 2017.
Disabilità	
Valutare le condizioni di vita degli utenti in carico ai	Valutazione di tutti gli utenti dei servizi residenziali

servizi residenziali e semiresidenziali, di cui all'art.6 comma 1 della LR 41/96	e semiresidenziali per persone con disabilità secondo le modalità approvate dalla Regione
Partecipazione al Gruppo aziendale integrato sul tema della disabilità (obiettivo aziendale)	Consolidare l'attività del Gruppo costituito nel 2016 per armonizzare gli interventi tra i vari Servizi che valutano e prendono in carico persone con disabilità. Pervenire alla definizione di: 1. un sistema condiviso di valutazione dei bisogni, pianificazione degli interventi, realizzazione dei progetti individualizzati; 2. un sistema di "tracciabilità" dei processi di lavoro interni
Sviluppo progettazioni integrate con fattorie sociali (obiettivo aziendale)	Consolidare l'esperienza e le sperimentazioni in materia di fattorie sociali orientate all'inclusione socio-lavorativa dei soggetti svantaggiati, intraprese da Ambito socioassistenziale, Distretto e Centro di salute mentale di Cividale, attuando nuovi interventi con il contributo previsto dalla L.R. 17/2008, commi 81-83
Convenzione con Progettoautismo FVG-Onlus (obiettivo aziendale)	Andrà stipulata una nuova Convenzione, rispettosa delle nuove modalità, che inserisca a pieno titolo il Centro nella rete dei Servizi già presenti sul territorio aziendale.
Costituzione equipe territoriale disabilità adulta (obiettivo aziendale)	Inserimento della nuova articolazione organizzativa nell'Atto aziendale
Stipulare Accordo di programma con la Direzione territoriale del lavoro per l'assunzione da parte dell'ASUIUD di lavoratori appartenenti alle categorie protette (obiettivo aziendale)	Il tema del collocamento mirato costituisce una criticità nel rapporto tra cittadino con disabilità e datori di lavoro. In particolare, gli Enti pubblici sono stati anche recentemente richiamati al rispetto delle norme per l'inserimento lavorativo di persone appartenenti alle categorie protette. L'ASUIUD, costituita in seguito alla fusione di due Aziende per l'Assistenza Sanitaria, rappresenta un nuovo interlocutore per la Direzione territoriale del lavoro, con la quale intende rapportarsi per una programmazione innovativa degli inserimenti lavorativi
Fondo per l'autonomia possibile – salute mentale	
Cofinanziare al 50% i progetti del Fondo per l'Autonomia Possibile (FAP)	I progetti sono finanziati con una quota aggiuntiva e non sostitutiva di interventi e servizi di competenza istituzionale in materia di prevenzione, cura e riabilitazione

Omogeneizzare le procedure per la definizione e il finanziamento dei progetti nei singoli Ambiti/Distretti (obiettivo aziendale)	Attraverso un confronto con gli Ambiti socioassistenziali, favorire l'omogeneità - sul territorio aziendale - tra le modalità di attivazione dei progetti del Fondo per l'Autonomia Possibile - salute mentale. Ove possibile, sottoscrivere protocolli di lavoro (come già avvenuto nel 2016 con l'Ambito socioassistenziale di Udine).
Fondo gravissimi	
Accertare e segnalare i casi di gravissima disabilità	E' garantito l'attivo coinvolgimento nella rilevazione del numero di persone con disabilità gravissima secondo le condizioni dalla Regione da effettuarsi entro il primo trimestre 2017
Autoveicoli per il trasporto persone disabili	
Acquisire la competenza in materia di contributi a favore di persone con disabilità per l'acquisto e l'adattamento di autoveicoli per il trasporto personale e per il conseguimento dell'abilitazione alla guida	Viene garantita la competenza per la gestione dei contributi regionali già stanziati e finalizzati entro i termini previsti dal regolamento regionale (60gg) ovvero al finanziamento successivo
Vigilanza 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	Effettuare l'attività di vigilanza e controllo su almeno il 30% dei servizi/strutture collocati sul territorio di competenza.
Definizione livelli di assistenza sanitaria nei Servizi semiresidenziali e residenziali destinati all'accoglimento di persone con disabilità (obiettivo aziendale)	Pervenire ad una definizione precisa dei livelli di assistenza sanitaria necessari nei Servizi semiresidenziali e residenziali per le persone con disabilità, e garantire la loro erogazione in forma diretta o esternalizzata.

3.6.2 Minori

Obiettivo	Risultato atteso
Affido	
Attuazione delle Linee guida per l'affido familiare, approvate con delibera n 1115 dd 12 giugno 2015	Sono attuati interventi di sensibilizzazione e formazione del territorio, anche attraverso protocolli operativi e gruppi di lavoro multi-professionali, anche sovra-distrettuali, con l'obiettivo di implementare le risorse familiari disponibili all'affido e garantire la massima copertura possibile delle richieste di presa in carico e di intervento

Adozioni	
Adozioni	<ul style="list-style-type: none"> - Partecipazione agli incontri del tavolo di lavoro regionale per l'elaborazione delle Linee guida per le adozioni nazionali e internazionali. - all'interno dei Consulenti familiari aziendali, proseguire i lavori di omogeneizzazione e definizione del percorso integrato di assistenza all'adozione, ridefinendo in modo omogeneo gli aspetti metodologici e organizzativi in tutti i distretti.

3.6.3 Piani di Zona	
Obiettivo	Risultato atteso
Attuare la pianificazione locale congiunta tra l'ASUI e le Unioni territoriali intercomunali nelle aree di integrazione socio sanitaria.	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborazione congiunta di un documento che costituisce il livello di programmazione locale integrata nelle aree di integrazione sociosanitaria in ciascun ambito territoriale per l'anno 2017, in continuità con il percorso iniziato nel 2013. -Sottoscrizione tra il Direttore generale dell'ASUI e il Presidente dell'UTI dell'Atto di intesa che impegna le parti alla realizzazione, per quanto di competenza, dei contenuti della suddetta programmazione. -Elaborazione congiunta del monitoraggio semestrale al 30/06/2017 e al 31/12/2017.

3.7 RAPPORTO CON I CITTADINI

3.7.1 Tempi d'attesa	
Obiettivo	Risultato atteso
Rispettare i tempi d'attesa per la specialistica ambulatoriale e i ricoveri per interventi chirurgici programmati	Rispetto dei tempi di attesa. Specialistica ambulatoriale: priorità B > 95% priorità D > 90% priorità P > 85% Ricoveri per interventi programmati: priorità A: > 95% priorità B, C, D >=90%
Monitorare i tempi d'attesa	L'Azienda rispetta i tempi per la trasmissione dei monitoraggi ministeriali (ALPI e attività istituzionale)
Le agende dell'ASUIUD e delle strutture private accreditate presenti sul suo territorio sono configurate per la prenotazioni on line	3. Le agende verranno progressivamente adeguate alla prenotazione on line secondo le indicazioni dell'EGAS
Rispettare il rapporto tra attività libero professionale e istituzionale	Il rapporto tra i volumi erogati sarà costantemente monitorato in relazione al rispetto dei tempi d'attesa garantiti per l'attività istituzionale. NOTA BENE: L'Azienda è tenuta a sospendere la libera professione intramoenia alle strutture che non rispettano i valori soglia sopra riportati e/o che non hanno reso disponibili a CUP regionale tutte le agende di prenotazione delle visite/prestazioni.
Interventi per il contenimento delle liste d'attesa	Sviluppo di meccanismi operativi per il governo dell'offerta
LR 7/2009: abbattimento liste di attesa	Le AAS / ASUI presentano una relazione alla Direzione Centrale Salute in cui vengono: - rendicontate le modalità di utilizzo del finanziamento attribuito nell'indistinto pro-capite (L.R. 7/2009) - illustrati i risultati ottenuti in termini di contenimento dei tempi di attesa.

3.7.2 Apertura dei reparti di terapia intensiva e semi-intensiva ai care giver	
Obiettivo	Risultato atteso
Abolire, per tutte le degenze intensive e semi-intensive, le limitazioni non motivatamente necessarie (es. effettiva necessità di isolamento) poste a livello temporale per i care giver indicati	- evidenza del percorso e sua attuazione per garantire l'obiettivo regionale - Risposta affermativa all'indagine campionaria in almeno il 90% dei pazienti dimessi degli ultimi 6 mesi

dai pazienti, con presenza di uno per volta.	dell'anno 2017 in almeno la metà delle strutture intensive e semi-intensive.
--	--

3.7.3 Presenza del care giver in corso di visita nei reparti di degenza

Obiettivo	Risultato atteso
Per tutte le degenze dare la possibilità ai pazienti di avere accanto a sé il care giver al momento della visita medica o dell'esecuzione delle procedure assistenziali	<ul style="list-style-type: none"> - evidenza del percorso e sua attuazione per garantire l'obiettivo regionale - Risposta affermativa all'indagine campionaria in almeno il 90% dei pazienti > 70 anni e dimessi degli ultimi 6 mesi dell'anno 2017.

3.7.4 Contatto telefonico dopo la dimissione da un intervento chirurgico (recall)

Obiettivo	Risultato atteso
Accertamento delle condizioni cliniche e assistenziali del paziente dopo la dimissione da un intervento chirurgico	<p>Contatto telefonico entro 5 giorni dalla dimissione per raccogliere informazioni relative al decorso clinico assistenziale.</p> <p>La valutazione sarà effettuata su un campione di pazienti e l'obiettivo sarà:</p> <ul style="list-style-type: none"> - raggiunto: risposta positiva in almeno il 90% dei pazienti campionati - non raggiunto: risposta positiva al di sotto del 40% dei pazienti - parzialmente raggiunto: risposta positiva per percentuali comprese tra 40% ed il 90%

3.7.5 Individuazione del medico responsabile della gestione del ricovero del paziente

Obiettivo	Risultato atteso
Ogni paziente ricoverato in ospedale deve ricevere l'informazione di chi è il medico responsabile della gestione del proprio caso che, pertanto, assicura la coerenza delle diverse azioni che caratterizzano l'intera degenza	<ul style="list-style-type: none"> - evidenza del percorso e sua attuazione per garantire l'obiettivo regionale - Risposta affermativa all'indagine campionaria in almeno il 90% dei dimessi da un ricovero ospedaliero durato più di 4 giornate

3.7.6 Esperienza nei percorsi assistenziali

Obiettivo	Risultato atteso
Esperienza nei percorsi assistenziali di ictus e diabete	- evidenza del percorso e sua attuazione per garantire l'obiettivo regionale

4. FLUSSI INFORMATIVI E VALUTAZIONI

Flussi informativi e valutazioni	
Obiettivo	Risultato atteso
Avvio nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)	
avvio della nuova SDO secondo le configurazioni definite dal il Ministero della salute	Evidenza dell'uso della nuova SDO a partire dai dimessi del mese di gennaio
Qualità dei dati ai fini amministrativi, epidemiologici e gestionali	
Garantire la correttezza della compilazione delle SDO e delle schede di morte	>= 90% SDO compilate correttamente >= 90% schede di morte correttamente compilate
Flussi ministeriali	
Garantire la corretta alimentazione di tutti i flussi ministeriali	E' garantita la corretta alimentazione di tutti i flussi ministeriali (elenco fornito dalla DCS)
Obblighi informativi e indicatori	
Le basi dati gestionali attualmente in uso nella aziende rappresentano uno strumento fondamentale per la pianificazione regionale e per gli adempimenti in termini di flussi informativi che la Regione ha nei confronti delle strutture centrali (Ministero della salute e il Ministero dell'economia e delle finanze) ai fini delle varie attività ministeriali.	L'Azienda, pertanto, si impegna nel 2017 in attività di manutenzione e monitoraggio della congruità delle basi dati con il coordinamento della DCS.
Supporto a progetti di valenza regionale integrati fra assessorati	
Supporto a progetti di valenza regionale integrati fra assessorati	Contribuire alle attività dell'Osservatorio Ambiente Salute (DGR 532/2014) attraverso la propria struttura di Epidemiologia e Accreditamento, gestione dle rischio clinico e valutazione delle performance sanitarie
Clima interno	
Effettuare la seconda valutazione regionale del clima interno con le procedure già espletate nel 2014	Secondo il percorso definito dalla DCS

5. IL SISTEMA INFORMATIVO

Il sistema informativo	
Sistema informativo	
Obiettivo	Risultato atteso
Utilizzare la firma digitale	<ul style="list-style-type: none"> - Applicativi gestionali ambulatoriali del G2 Clinico > 90% - Laboratorio e microbiologia >98% - Medicina trasfusionale > 98%, se viene attivata la firma digitale su EMONET - Anatomia patologica > 98% - Radiologia > 98%
Ricetta dematerializzata	Farmaceutica e specialistica da estendere a tutti i medici convenzionati, specialisti, MMG e PLS
PACS	
proseguimento dell'estensione nel settore dell'endoscopia digestiva ed avvio dell'estensione nell'ambito residuale dell'endoscopia ambulatoriale e in radioterapia	Realizzazione dell'estensione secondo le indicazioni regionali
Messa a regime del caso d'uso relativo alla consultazione /visualizzazione di referti e immagini in situazione emergenziale inter-aziendale nel pieno rispetto dei vincoli e raccomandazioni del Garante della Privacy, previa verifica di disponibilità della rete telematica regionale a larga banda	Supporto all'implementazione del caso del caso secondo le indicazioni regionali
Sviluppo e implementazione del caso d'uso relativo alla consultazione/ visualizzazione di referti e immagini in ambito inter-aziendale per il tramite del fascicolo sanitario, nel pieno rispetto dei vincoli e raccomandazioni del Garante della Privacy, previa verifica di disponibilità della rete telematica regionale a banda larga.	Supporto all'implementazione del caso d'uso secondo le indicazioni regionali
Conduzione dello sviluppo e avvio della fase di test della soluzione di integrazione SIO/PACS per la produzione di un referto multimediale/strutturato in Radiologia, Medicina nucleare e Ecocardiografia	Supporto alla conduzione secondo le indicazioni regionali

LA DIDATTICA E LA RICERCA

DIDATTICA E RICERCA	
Obiettivo	Indicatori
DIDATTICA	
<p>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:</p> <p>a. risorse umane (sia tra il personale Dirigente che del Comparto secondo gli standard richiesti dalle normative nazionali MIUR e JCI);</p> <p>b. materiali (spazi, spogliatoi, attrezzature, etc.) al supporto della didattica e accesso a strumentazioni e casistiche e spazi di supporto;</p> <p>c. formazione sulla qualità e sicurezza per gli studenti frequentanti l'ASUI ed in particolare per i medici in formazione specialistica.</p> <p>d. integrazione con quelle strutture territoriali utili ad apprendere competenze ed abilità tipiche di tali realtà.</p> <p>Particolare attenzione sarà posta allo sviluppo delle attività del centro di simulazione avendo cura di aprirlo alla collaborazione con altre aziende compatibilmente con quanto definito dai regolamenti.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • aumento del numero di tutor di estrazione aziendale; • estensione del processo di selezione e valutazione ad un maggior numero di strutture aziendali • aumento numero di persone formate presso il centro di simulazione; • aumento delle tipologie di offerta formativa del centro di simulazione • definizione, in collaborazione con il gruppo di lavoro della conferenza permanente dei presidenti dei corsi di laurea in medicina e chirurgia, delle specifiche Attività Didattiche (Formative) Professionalizzanti (ADP o AFP); • inserimento di strutture territoriali appropriate nei percorsi didattici e formativi professionalizzanti; • incrementare le modalità dipartimentali di integrazione delle attività assistenziali a scopo formativo per altre scuole di specializzazione.
RICERCA	
<p>mettere a punto un modello tecnico amministrativo per:</p> <p>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;</p> <p>b. promuovere il coinvolgimento di tutte le strutture aziendali, comprese quelle territoriali, e del maggior numero di professionisti in attività di ricerca nei diversi campi di interesse;</p> <p>c. supportare le fasi preparatorie per lo svolgimento delle attività di ricerca clinica al fine di incrementare significativamente la competitività dell'ASUI e quindi il numero di trials e sperimentazioni, la gestione sinergica dei</p>	<ul style="list-style-type: none"> • il numero di domande di partecipazione a bandi di ricerca competitivi (superiore all'anno precedente); • 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 (superiore all'anno precedente); • il numero di sperimentazioni cliniche sponsorizzate e spontanee rispetto al 2016 (superiore all'anno precedente); • il coinvolgimento di strutture territoriali nei percorsi di ricerca.

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'ASUI 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.

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

ALTRE PROGETTUALITA' AZIENDALI

3.11.1 Integrazione Ospedale - Territorio	
Obiettivo	Risultato atteso
Implementare le funzioni governate dal Punto Unico Integrato per la continuità Ospedale Territorio	Estensione delle attività del P.U.I. a tutte le funzioni del Presidio Ospedaliero S.M.M. di Udine e agli altri Distretti dell'ASUIUD.

3.11.2 Incremento dell'attività specialistica territoriale	
Obiettivo	Risultato atteso
Rafforzare la funzione di riferimento del SMM in ambito oculistico decentrando attività di primo livello sul territorio.	Aumento dell'offerta oculistica territoriale e avvio delle attività di interventi per cataratta a Cividale

3.11.3 Competenze neuroradiologiche	
Obiettivo	Risultato atteso
Aumento delle competenze neuroradiologiche da parte dei radiologi di guardia per meglio fronteggiare le urgenze cliniche definendo il livello di complessità che richiede la chiamata del neuroradiologo in pronta disponibilità	<ol style="list-style-type: none"> 1. presenza del documento che definisce il livello di complessità che richiede la chiamata; 2. documento di valutazione degli esiti del refresh da parte del Direttore di dipartimento; 3. diminuzione del numero di chiamate in p.d. dei neuroradiologi

3.11.4 Presidio ospedaliero per la salute di Cividale	
Obiettivo	Risultato atteso
Attuare quanto previsto dalla programmazione regionale sul presidio ospedaliero per la salute di Cividale (funzioni proprie previste da DGR n. 2673/2014)	Avvio della degenza intermedia e del punto di primo intervento

3.11.5 Recovery Room Apertura 8 -20	
Obiettivo	Risultato atteso
Valutazione fattibilità in relazione al modello organizzativi e successiva attivazione di una recovery room	Stesura di un piano di fattibilità entro aprile; attivazione della recovery room entro ottobre

3.11.6 Realizzazione - attivazione nuova stroke	
Obiettivo	Risultato atteso
Attivazione nuova stroke-unit	Inoltro del progetto definitivo al NVISS entro

	31.12.2017
--	------------

3.11.7 Ricollocazione della R.I.P.

Obiettivo	Risultato atteso
Riallocazione degli spazi della Riabilitazione Intensiva Precoce	Messa a disposizione spazi riqualificati entro il 31.05.2017

3.11.8 Completamento del progetto ricerca azioni stress lavoro correlato

Obiettivo	Risultato atteso
Migliorare la qualità della vita organizzativa attraverso un metodo condiviso di identificazione del livello di rischio stress lavoro correlato e pianificazione delle misure di contenimento e/o riduzione del rischio	Realizzazione della valutazione del rischio stress lavoro correlato come richiesto dal d.lgs. 81/2008 e suo recepimento nel DVR unitamente alla pianificazione delle misure di miglioramento e/o approfondimento valutativo.

3.11.9 Adozione di interventi per la gestione dell'invecchiamento della popolazione assistenziale (infermieri e operatori Socio sanitari in azienda) – Progetto Age Management

Obiettivo	Risultato atteso
Integrare il modello "Fornire supporto emotivo nelle aree a maggior rischio di impatto emotivo" nel catalogo dell'offerta formativa 2017	Risultano realizzati meeting per operatori delle aree a maggior rischio di impatto emotivo
Attivare la richiesta informatizzata e la refertazione in applicativo G2 di ulteriori 3 tipologie di consulenza infermieristica	Risultano strutturate le richieste informatizzate di consulenza e risultano refertate in applicativo G2
Strutturazione di un documento/regolamento per l'affidamento e la revoca degli incarichi degli specialisti per le 5 aree identificate	Il documento risulta strutturato
Valutare la sostenibilità dei carichi di lavoro in relazione ai dati di range di prestazioni/volumi di attività/risorse disponibili, misurati nel 2016 nelle aree dei laboratori	Sperimentazione in aree pilota identificate (PTF Spec. Centro Servizi e Laboratori) per valutare la sostenibilità dei carichi di lavoro
Garantire competenze negli avvicendamenti dei quadri intermedi	Esiste una procedura formalizzata con esplicitate le competenze/metodologie per gli avvicendamenti dei quadri intermedi
Formalizzare i percorsi di addestramento sull'uso dei presidi per la gestione dei carichi animati/inanimati attraverso iniziative di FSC certificate	I percorsi risultano formalizzati e la formazione effettuata risulta certificata per singolo dipendente

LA GESTIONE DELEGATA DEI SERVIZI, ATTIVITA' E INTERVENTI A FAVORE DELLE PERSONE DISABILI

Riorganizzazione dell'offerta residenziale	
Obiettivo	Risultato atteso
Ridefinizione progettualità dei diversi contesti residenziali	Attivazione a regime della Comunità di via Palestro entro il 31/12/2017

Sviluppo offerta diurna	
Obiettivo	Risultato atteso
Attivazione servizi per situazioni di complessità clinico flessibili e la realizzazione d'interventi abilitativi a matrice comportamentale (ABA)	Attivazione del Centro diurno via Massaua I piano

Ridefinizione rapporti con privato sociale	
Obiettivo	Risultato atteso
Diversificazione rapporti di collaborazione per attività esterne (anche con soggetti del privato sociale)	Strutturazione nuove convenzioni e attivazione di servizi innovativi (ad esempio Progetto So.la.re.)

Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico "Burlo Garofolo" di Trieste

3. LE PROGETTUALITÀ

3.1 PROGETTI DI RIORGANIZZAZIONE DELLE FUNZIONI

3.1.1. Atti aziendali	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Nel corso del mese di ottobre tutti gli Enti invieranno alla DCS una relazione sullo stato di applicazione del proprio Atto aziendale al 30.09.2017.	Predisposizione di una relazione sullo stato di applicazione del proprio Atto aziendale al 30.09.2017, ed invio alla DCS entro il 31.10.2017.

3.1.2. Applicazione delle DGR 2673/2014, 929/2015 e 2151/2015	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Entro il 30 giugno 2017 ogni Ente trasmetterà una relazione sullo stato di applicazione delle DGR 2673/2014 e 929/2015. In particolare, rispetto alla previsione delle DGR, la relazione dovrà contenere:	Predisposizione entro il 30/06/2017 di una relazione sullo stato di applicazione delle DGR 2673/2014 e 929/2015, contenente:
Scostamento in eccesso o in difetto dei posti letto ospedalieri Scostamento in eccesso o in difetto dei posti letto dell'assistenza primaria (hospice, SUAP, RSA e riabilitazione estensiva, Salute mentale, Dipendenze, presidi ospedalieri per la salute).	Scostamento in eccesso o in difetto dei posti letto ospedalieri
Stato di attivazione o disattivazione delle funzioni ospedaliere, distrettuali e della prevenzione, compresa l'area veterinaria.	
Stato di attivazione o disattivazione delle strutture complesse e semplici previste Stato di implementazione delle figure professionali previste per la reumatologia e le malattie infettive. Le attivazioni o disattivazioni di posti letto, funzioni e strutture devono essere oggetto di atti formali	Stato di attivazione o disattivazione delle strutture complesse e semplici previste

dell'azienda.	
Ove la relazione individuasse scostamenti rispetto alle previsioni, questi dovranno essere motivati e corretti entro l'anno 2017.	Motivare e correggere gli eventuali scostamenti entro il 2017

3.1.3. Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Per quanto riguarda le funzioni amministrative e tecniche, si prevede di affidare all'EGAS le seguenti funzioni:</p> <p>Concorsi del personale del comparto, secondo le priorità individuate dal Comitato d'indirizzo dell'Ente;</p> <p>Consolidamento del provveditorato unico, avviato da quello di AAS3 e ASUIUD.</p> <p>Realizzazione di un progetto annuale volto a razionalizzare la gestione amministrativa dei beni e a costituire una banca dati regionale di farmaci e di dispositivi medici in grado di fornire agli operatori informazioni aggiuntive rispetto a quelle già presenti nelle banche dati esistenti, anche in collaborazione con le Fondazioni CRUP (Cassa di Risparmio di Udine e Pordenone) e CREF (Centro Ricerche Economiche e Formazione) che si sono rese disponibili a partecipare e a finanziare il progetto.</p> <p>Nel corso del 2017, in particolare, avvalendosi delle competenze interne e delle aziende sanitarie, l'EGAS dovrà potenziare la capacità di coordinamento e di stesura di capitolati tecnici, per l'acquisto di beni e servizi, nonché di tecnologie, assumendo a pieno la funzione di aggregatore della domanda, soprattutto al fine di contribuire alla realizzazione di un sistema regionale più regolato e uniforme per qualità ed efficienza.</p> <p>Dal 1° gennaio 2017, il Servizio Epidemiologico curerà per conto della Direzione Centrale Salute la gestione dei flussi informativi verso i livelli istituzionali competenti.</p> <p>Nel corso del 2017, il Comitato di indirizzo dell'Ente, valuterà ulteriori ambiti di sviluppo/intervento inerenti questioni di interesse strategico.</p>	<p>- Adesione alle indicazioni regionali ed alle richieste di EGAS</p> <p>- Attuare quanto stabilito in Comitato di Indirizzo EGAS</p> <p>Adesione alle indicazioni regionali ed alle richieste di EGAS</p>

3.1.4. Chirurgia e procedure invasive	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Entro il 31 dicembre del 2017 dovrà essere adottato un documento di riorganizzazione dell'attività chirurgica e delle procedure invasive. Lo stesso dovrà contenere almeno le seguenti sezioni: Chirurgia vascolare Chirurgia bariatrica Protesica ortopedica Posizionamento di elettrostimolatori ed altre procedure invasive per terapia antalgica in pazienti cronici. Chirurgia pediatrica	Collaborazione con la DCS alla stesura del documento di riorganizzazione dell'attività chirurgica per quanto concerne la chirurgia pediatrica sulla base della relazione già predisposta nel corso del 2016.
Concentrazione attività di chirurgia oncologica	L'azienda deve riorganizzare l'attività di chirurgia oncologica relativamente al seguente tumore: - ovaio: assorbire attività di AsuiTs e privati. Presentazione progetto operativo alla Direzione Centrale Salute entro il 30.6.2017 Avvio riorganizzazione entro il 1.9.2017

3.1.5. Urgenza emergenza	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Con la DGR n. 2.039 del 16 ottobre 2015 è stato approvato il nuovo Piano dell'Emergenza Urgenza della Regione Friuli Venezia Giulia. Nel corso dell'anno 2016, è stato dato avvio all'implementazione e/o alla redistribuzione dei mezzi di soccorso nel territorio, ma ancora numerose funzioni previste dal piano sono ancora da attuare. Ne consegue che nel 2017: Consolidamento, da parte dell'EGAS, della Centrale operativa 118 regionale, integrata con il NUE 112. Proseguire il percorso di uniformità dei protocolli operativi dei servizi di Pronto soccorso. Monitoraggio, da parte del CREU, dello stato di attuazione del piano. Definizione da parte del CREU delle competenze e della formazione necessaria per i volontari soccorritori delle associazioni di volontariato, al fine dell'accreditamento professionale.	Adesione per quel che concerne STAM e STEM.

<p>Prosecuzione del rinnovo del parco ambulanze.</p> <p>Adeguamento al volo notturno delle piazzole dell'eliambulanza dei presidi ospedalieri hub e spoke.</p> <p>Avvio dell'eliambulanza notturna.</p>	
---	--

3.1.6. Geriatria: non di pertinenza

3.1.7. Medicina di laboratorio

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Messa a regime del sistema informatico/informativo fra i centri hub e spoke con adozione delle procedure informatiche già scelte, al fine di realizzare un unico sistema regionale integrato	Messa a regime del sistema informativo con ASUI TS, a seguito dello spostamento dell'attività avvenuto in data 14/12/2016.
Consolidamento della nuova organizzazione avviata nel 2016 per l'IRCCS Burlo Garofolo presso il quale permangono alcune attività di diagnostica avanzata di ricerca.	Consolidamento della nuova organizzazione, in particolare delle attività HUB svolte presso l'IRCCS di Diagnostica avanzata e Genetica Medica
Avvio della nuova organizzazione per le sedi di Gorizia e Monfalcone.	Elaborazione di un progetto di unificazione anche per le sedi di Gorizia e Monfalcone e avvio della nuova organizzazione presso tali sedi per le attività HUB del Burlo.
Nel corso del primo quadrimestre del 2017, gli IRCCS e le ASUI definiranno il progetto di organizzazione per la Cell Factory regionale.	Partecipazione alle attività di definizione con CRO e le altre ASUI di un progetto di organizzazione per la Cell Factory regionale

3.1.8. Oncologia

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Entro il 30 giugno del 2017 dovrà essere adottato il nuovo Piano Oncologico. Il piano dovrà fornire gli strumenti operativi per integrarsi con le Reti delle Cure palliative e della Terapia del dolore, nonché con le attività di chirurgia oncologica. Nel corso del secondo semestre si dovrà iniziare a darne attuazione.	Vedi Linea 3.1.9. Pediatria ospedaliera

3.1.9. Pediatria ospedaliera

Obiettivo aziendale	Risultato atteso

Entro il 31 dicembre del 2017 dovrà essere adottato un documento di riorganizzazione dell'attività pediatrica. Lo stesso dovrà contenere anche le seguenti sezioni: Emergenze e urgenze pediatriche (intra ed extra ospedaliere) Chirurgia programmata in età pediatrica Oncologia e oncoematologia pediatrica Cure palliative pediatriche e terapia del dolore	- Coordinamento delle attività e stesura, in accordo con la DCS, del documento di riorganizzazione della rete pediatrica regionale. - Formalizzazione della costituzione assieme ad AAS n. 5 del Dipartimento interaziendale materno infantile
---	---

3.1.10. Riabilitazione	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Entro il 30 giugno del 2017 dovrà essere adottato il nuovo Piano della Riabilitazione. Il piano dovrà tener conto anche dell'offerta privata accreditata presente in Regione. Nel corso del secondo semestre si dovrà iniziare a darne attuazione.	Partecipazione, per quanto di competenza, alla stesura del Piano della Riabilitazione. Attuazione di quanto in esso previsto secondo la programmazione regionale, per la parte di competenza

3.1.11. Salute Mentale	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Entro il 31 dicembre del 2017 dovrà essere adottato il nuovo Piano della Salute mentale. Lo stesso dovrà comprendere anche le seguenti sezioni: Età evolutiva Strutture psichiatriche per la detenzione	Collaborazione e partecipazione, per quanto di competenza, alla stesura del Piano della Salute Mentale per l'età evolutiva.

3.2. PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

3.2.1. Tutela della salute della donna	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Strutturare i percorsi della gravidanza fisiologica anche con la prescrizione degli esami diagnostici, e quelli successivi al parto, con il ripristino ed il rafforzamento, dove già esistenti, delle visite domiciliari.	Consolidamento dei percorsi della gravidanza fisiologica con ASUI Trieste.
Nell'ambito dei corsi di preparazione al parto e nei centri nascita veicolare il messaggio dell'importanza della vaccinazione infantile e dell'adozione di stili di vita sani	Evidenza della promozione delle vaccinazioni da parte delle ostetriche e degli operatori sanitari presso il Nido e la Neonatologia dell'IRCCS.

3.2.2. Migliorare la salute nei soggetti a rischio MCNT e malati cronici (Programma I PRP) non di pertinenza

3.2.3. Gli screening oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia (Programma II PRP)	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Tutte le aziende con centro di secondo livello per il programma di screening per la cervice uterina: garantire il rispetto dei requisiti definiti dalla regione per i centri di secondo livello.	Partecipazione ai tavoli convocati per l'adozione formale di un sistema regionale di verifica dei requisiti dei centri di secondo livello. Rispetto dei requisiti da parte della aziende
Screening oncologici	Partecipazione alle attività della breast unit e alle attività del gruppo tumori ginecologici con ASUI TS, nell'ambito del proseguimento dei Programmi integrati di patologia già avviati.

3.2.4. Gli screening neonatali (Programma II PRP)	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
IRCSS Burlo: coordinare i lavori finalizzati alla diffusione e applicazione in tutti i punti nascita di una procedura regionale per lo screening neonatale audiologico.	Sarà perfezionato in collaborazione con tutte le aziende della regione il percorso di registrazione, monitoraggio ed eventuale trattamento dell'esito dello screening audiologico come avviene per lo screening metabolico
IRCSS Burlo: coordinare i lavori finalizzati alla diffusione e applicazione in tutti i punti nascita di una procedura regionale per lo screening neonatale oftalmologico.	Sarà perfezionato in collaborazione con tutte le aziende della regione il percorso di registrazione, monitoraggio ed eventuale trattamento dell'esito dello screening oftalmologico come avviene per lo screening metabolico.

<p>IRCCS Burlo: coordinare il programma regionale per lo screening neonatale metabolico esteso</p> <p>Tutte le Aziende: assicurare da parte di tutti i punti nascita la regolare comunicazione IRCSS Burlo della rilevazione del TSH neonatale.</p>	<p>Report di monitoraggio del programma regionale. Sarà inoltre perfezionato in collaborazione con tutte le aziende della regione il percorso di identificazione, registrazione e monitoraggio dei casi di ipotiroidismo, con successivo regolare invio dei dati al registro nazionale presso l'ISS.</p>
<p>IRCCS Burlo: coordinare l'attività di adozione di un programma di identificazione precoce della fibrosi cistica e di un programma per l'identificazione precoce dei neonati con emoglobinopatia nella popolazione a rischio.</p> <p>Tutte le Aziende: assicurare da parte di tutti i punti nascita la regolare comunicazione IRCSS Burlo della rilevazione del TSH neonatale.</p>	<p>Fibrosi Cistica: L'IRCSS provvederà a rivedere in collaborazione con gli Uffici regionali preposti il programma regionale che indica il percorso operativo di prevenzione, trattamento e riabilitazione della fibrosi cistica.</p> <p>Del percorso operativo farà parte il programma regionale di identificazione precoce della malattia che sarà condiviso con tutte le Aziende regionali.</p> <p>Emoglobinopatie: in collaborazione con l'AAS 5 sarà identificato ed istituzionalizzato un percorso condiviso di identificazione precoce e trattamento</p>

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

non di pertinenza

3.2.6. Prevenzione delle dipendenze (Programma IV PRP)

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>La prevenzione primaria e secondaria gioca un ruolo cruciale nell'arginare il fenomeno della dipendenza da sostanze d'abuso e delle dipendenze comportamentali.</p>	<p>Minori: l'IRCCS Burlo Garofolo nel corso del 2016 ha elaborato e condiviso con Dipartimento delle Dipendenze e Distretti di ASUITS un protocollo operativo per l'identificazione precoce e la presa in carico dei minorenni con problemi di salute e comportamentali connessi alle sostanze d'abuso.</p> <p>Tale protocollo sarà ulteriormente implementato nel corso del 2017 e proposto alle altre Aziende sanitarie della Regione.</p> <p>Donne in gravidanza: nel corso del 2016 è stato dato avvio in collaborazione con ASUITS e la LILT alla formazione degli operatori sui danni correlati al fumo in gravidanza riproponendo il progetto "Mamme libere dal fumo" che sarà ulteriormente implementato e diffuso nel corso del 2017.</p>
<p>Formare gli Assistenti sociali degli ambiti territoriali per diffondere gli strumenti di identificazione precoce delle persone vulnerabili al gioco d'azzardo patologico</p>	<p>L'assistente sociale in servizio presso l'IRCCS Burlo Garofolo parteciperà alle attività di formazione per consolidare l'attività di continuità assistenziale tra Territorio e Ospedale.</p>

	Almeno 1 corso per Assistenti sociali degli ambiti su ogni territorio Aziendale;
--	--

3.2.7. Promozione dell'attività fisica (Programma V PRP)

non di pertinenza

3.2.8. Prevenzione degli incidenti stradali(Programma VI PRP)

non di pertinenza

3.2.9. Prevenzione degli incidenti domestici (Programma VII PRP)

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
ASUI TS: coordinare le attività relative al perseguimento degli obiettivi del programma VII PRP prevenzione degli incidenti domestici.	Registrazione degli eventi infortunistici in ambiente domestico effettuata dal PS - report congiunto di monitoraggio.
Tutte le Aziende Sanitarie: continuano nell'attività di sensibilizzazione della popolazione nella prevenzione degli incidenti domestici	Divulgazione di materiale informativo di sensibilizzazione, anche attraverso il sito web, nella prevenzione degli incidenti domestici.

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

non di pertinenza

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

non di pertinenza

3.2.12. 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
Tutte le Aziende Sanitarie: Proseguire in ogni azienda il programma integrato di promozione della salute dei dipendenti, che coinvolge 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	- Presentazione di un Report sui lavoratori a rischio cardiovascolare con i dati elaborati a livello regionale dall'UCO Medicina del Lavoro dell'Università di Trieste - Offerta attiva di percorsi per smettere di fumare in collaborazione con ASUITS

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
IRCCS Burlo Garofolo: mantenere il registro regionale endometriosi ex art. 3 LR n. 18/2012	Stima di incidenza e prevalenza di endometriosi nella popolazione residente in regione
Mantenimento dei programmi di sorveglianza: OKkio alla salute, HBSC ed il programma Obesità in gravidanza.	- Okkio alla salute e Obesità in gravidanza le attività previste sono: 1. produzione di un report con i risultati della rilevazione condotta nel 2016 2. restituzione dei risultati e loro disseminazione - Prosecuzione delle attività di sorveglianza relative al progetto HBSC
Tutte le Aziende Sanitarie: Sviluppo di sistemi informativi rivolta alla dematerializzazione delle comunicazioni obbligatorie	Verrà mantenuto l'invio tramite pec delle notifiche ex art.250 e 256 del D.Lgs. 81/08 Avvio delle procedure per l'informatizzazione delle notifiche ex art.99 del D.Lgs 81/08

3.2.14. 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

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Adottare e applicare le Linee guida regionali per il controllo della tubercolosi e realizzare la formazione degli operatori	Assicurare la partecipazione ad un evento regionale (Vedi allegato Piano per la sicurezza del paziente 2017) 1 iniziativa formativa/informativa in ogni Azienda (Vedi allegato Piano per la sicurezza del paziente 2017)
Assicurare il proseguimento delle campagne vaccinali già avviate	Partecipazione al tavolo interaziendale sulle vaccinazioni. Attività di comunicazione sul tema delle vaccinazioni in gravidanza ed in età pediatrica.
Tutti gli ospedali partecipano ai programmi di sorveglianza delle ICA, con evidenza di monitoraggio degli indicatori regionali.	Indicatori regionali monitorati (vedi allegato Piano per la sicurezza del Paziente 2017)
Effettuare in tutti gli ospedali per acuti la Point Prevalence Survey (PPS) sulle Infezioni correlate all'assistenza.	PPS effettuata (vedi allegato Piano per la sicurezza del Paziente 2017)
Effettuare in tutti gli ospedali per acuti la Point Prevalence Survey sul consumo degli antibiotici.	Report aziendale sul consumo di antibiotici (vedi allegato Piano per la sicurezza del Paziente 2017)

Formazione degli operatori sull'uso appropriato degli antibiotici in ospedale e nelle strutture residenziali per anziani	Almeno 1 iniziativa di formazione (vedi allegato Piano per la sicurezza del Paziente 2017)
--	--

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Garantire la formazione dei propri operatori sull'antimicrobial stewardship	In ogni azienda almeno il 25% di medici prescrittori formati (vedi allegato Piano per la sicurezza del Paziente 2017)
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 (vedi allegato Piano per la sicurezza del Paziente 2017)
In applicazione del Piano generale regionale di risposta alle emergenze, definire e formalizzare l'unità di crisi aziendale	Unità di crisi aziendale formalizzata entro il 30/06/2017

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Sviluppare il piano d'azione elaborato da ogni azienda per i propri punti nascita e garantire la partecipazione degli operatori dedicati, al percorso formativo programmato a livello regionale	Organizzazione di un evento formativo regionale (come da PFR 2016-2018) dedicato all'allattamento al seno e diretto agli operatori dedicati provenienti dalle diverse AAS regionali Viene formato il 40% degli operatori dedicati dell'IRCCS
Realizzare corsi di formazione in ogni azienda su stili alimentari salutari per operatori sanitari della prevenzione, delle cure primarie e degli ospedali, anche integrati con le proposte dei programmi I e X	Partecipazione ai corsi, in collaborazione con ASUI Trieste

3.2.18. Sicurezza alimentare, salute e benessere animale

non di pertinenza

3.3. ASSISTENZA PRIMARIA**3.3.1. Attuazione accordo per la Medicina generale**

non di pertinenza

3.3.2. Accredimento

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Partecipazione attiva al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti.	Messa a disposizione dei propri valutatori per almeno 10 giornate
Gli enti del SSR collaborano allo sviluppo dell'organismo tecnicamente accreditante (OTA), costituito da tutti i referenti dell'accREDITAMENTO istituzionale, secondo le direttive dell'Intesa CSR del 19/2/2015 recepita con la DGR 2220/2015	Partecipazione alle attività dell'OTA.

3.3.3. Odontoiatria sociale

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Aumento delle prestazioni LEA erogate raggiungendo la media aziendale di almeno 1,5 prestazioni/ora per odontoiatra	+20% delle prestazioni LEA erogate nel 2015
Prestazioni non LEA erogate	Continuazione dell'attività ortodontica e specialistica rivolta ai disabili
Percentuale aziendale di visite odontostomatologiche	Non superiore al 50% del totale delle prestazioni erogate (sono escluse le visite del pronto soccorso odontostomatologico)

3.3.4 Cure palliative e terapia del dolore

non di pertinenza

3.3.5. Superamento della contenzione

non di pertinenza

3.3.6. Riabilitazione

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Attivazione a livello aziendale della rete per le malattie neuromuscolari e la sclerosi laterale amiotrofica	1. Partecipazione alle reti locali quale riferimento pediatrico.

2. Attivazione a livello aziendale del PDTA per la sclerosi multipla entro la seconda metà del 2017.	2. Entro il 2017 almeno il 50% dei pazienti con sclerosi multipla è preso in carico con le modalità previste dal percorso assistenziale, per la parte di competenza pediatrica
--	--

3.3.7. Assistenza domiciliare

non di pertinenza

3.3.8. Salute mentale

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Nel corso del 2017 è prevista l'approvazione del Piano d'azione regionale per la salute mentale elaborato con la collaborazione dei referenti tecnici delle Aziende sanitarie.</p> <p>Con riferimento all'informatizzazione dei dati relativi alle attività dei servizi di salute mentale (età adulta ed età evolutiva), nel corso del 2017 si svolgeranno le procedure per l'adozione di un nuovo gestionale capace di rendere maggiormente fruibili le informazioni integrate dei soggetti presi in carico. Le Aziende conseguentemente adotteranno ed implementeranno il nuovo gestionale regionale.</p>	<p>Partecipazione del proprio referente agli incontri regionali.</p> <p>Adozione del nuovo gestionale regionale come da indicazioni della DCS</p>

3.3.9. Disturbi del comportamento alimentare

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
DCA: Partecipazione e collaborazione attiva al Tavolo tecnico regionale DCA.	DCA: I referenti regionali individuati hanno partecipato all'80% degli incontri Gli Osservatori epidemiologici DCA predispongono un report sull'attività 2017 della rete sulla base di indicazioni della Direzione
IRCCS Burlo Garofolo e ASUIUD attivano la funzione di osservatorio epidemiologico per i DCA, in collaborazione con la Direzione Centrale Salute, i DSM e i servizi per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza, come definito dal Decreto 1200/2013	Attivazione della funzione di osservatorio epidemiologico per i DCA, relativamente all'età evolutiva, in collaborazione con la DCS e predisposizione di un report sull'attività 2017 della rete
Consolidamento della rete di offerta con l'attività a regime degli ambulatori dedicati e dei centri diurni per l'età adulta e per l'età evolutiva	Partecipazione alla stesura di un'evidenza documentale di un percorso aziendale strutturato per l'intervento semiresidenziale Continuazione dell'attività di ricovero ed

	ambulatoriale
Formazione specifica degli operatori	Evidenza di corsi formativi

3.3.10. Salute mentale in età evolutiva	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Nel corso del 2017 sarà individuata con atto formale la rete regionale dei servizi di salute mentale per l'età evolutiva. Verranno individuati i requisiti per l'accreditamento delle strutture residenziali e semiresidenziali per i minori con disturbi neuropsichici. Le aziende proseguiranno nel rinforzo dei servizi di salute mentale per l'età evolutiva come previsto dalla DGR n.1671/09.09.2016.	Partecipazione alla rete

3.3.11. Autismo	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Nel corso del 2017 è prevista a livello aziendale l'applicazione del documento sul percorso assistenziale per il minore affetto da disturbi dello spettro autistico.	Evidenza dell'applicazione del percorso per quanto di competenza.
Partecipazione dei referenti individuati delle NPIA al tavolo tecnico regionale in tema di salute mentale.	I referenti individuati hanno partecipato all'80% degli incontri regionali organizzati.
Implementazione del percorso diagnostico assistenziale per il minore affetto da disturbi dello spettro autistico.	Organizzazione di corsi (Early Start Denver Model) in tema di gestione del minore con disturbi dello spettro autistico.

3.3.12. Consultori familiari
non di pertinenza

3.3.13. Diabete
non di pertinenza

3.3.14. Sanità penitenziaria
non di pertinenza

3.3.15. Ospedali psichiatrici giudiziari
non di pertinenza

3.3.16. Dipendenze

non di pertinenza

3.3.17. Privacy

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Attivazione fascicolo sanitario elettronico (FSE)	L'IRCCS intensificherà la raccolta dei consensi al trattamento dei dati personali, in modo da estenderla a tutti i cittadini

3.3.18. Continuità assistenziale 116-117

non di pertinenza

3.4. PROGETTI ATTINENTI LE ATTIVITA' CLINICO ASSISTENZIALI

3.4.1. Insufficienze d'organo e trapianti

non di pertinenza

3.4.2. Urgenza emergenza

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Pronto soccorso ed urgenza emergenza	
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) o 65% (hub) (media regionale 2015 del 65,89% - fonte Bersaglio)	Aumentare la percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde 65% hub, compreso l'IRCCS Burlo Garofolo in qualità di hub pediatrico (media regionale 2015 del 65,89% - fonte Bersaglio)
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) e 75% (hub) (media regionale 2015 del 78,24% - fonte Bersaglio)	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 al 75% hub, compreso l'IRCCS Burlo Garofolo in qualità di hub pediatrico (media regionale 2015 del 78,24% /fonte Bersaglio)
Revisione e confronto interaziendali della gestione clinica per 5 eventi patologici acuti, più frequenti.	Revisione e confronto interaziendali della gestione clinica per 5 eventi patologici acuti, più frequenti.

3.4.3. Reti di patologia

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Malattie rare	
Con la DGR 1968/2016 è stata rivista la rete delle Malattie rare della Regione. La DGR prevede una serie di funzione a carico del coordinamento della rete per le quali con le linee annuali per la gestione del SSR si finanzia all'ASUIUD un medico con competenze epidemiologiche e di organizzazione per la conduzione del registro malattie rare e la conduzione di gruppi di lavoro finalizzati alla produzione dei percorsi assistenziali delle patologie, un infermiere per la gestione delle attività correlate agli aspetti assistenziali delle funzioni attribuite ed una figura amministrativa per la gestione degli aspetti burocratico amministrativi. Entro marzo 2017 verranno individuati i presidi hub dei singoli gruppi nosologici che dovranno:	IRCCS Burlo Garofolo parteciperà alla rete regionale secondo le scadenze previste e continuerà l'attività di identificazione, presa in carico e eventuale trattamento delle malattie rare sia in ambito neonatale riconosciute anche attraverso il programma regionale degli screening, che in ambito pediatrico.

Prodotto entro il 31 dicembre 2017 almeno 1 percorso assistenziale per ogni gruppo nosologico.	Nel corso del 2015 e del 2016 sono stati elaborati numerosi PDTA già in uso all'interno dell'Ospedale, entro il 31 dicembre 2017 tali PDTA saranno condivisi con le altre Pediatrie regionali.
Implementare il flusso informativo al registro regionale di cui al DM 279/2001 (aggiornamento dati del registro con inserimento del 100% dei casi in prevalenza al 30 novembre 2017)	Il flusso informativo al registro regionale di cui al DM 279/2001 sarà implementato (aggiornamento dati del registro con inserimento del 100% dei casi in prevalenza al 30 novembre 2017)
Malattie reumatiche	
Nel 2017 prosegue il lavoro della rete con: Monitoraggio dell'applicazione dei percorsi assistenziali già formalizzati. Le AAS/ASUI sono tenute all'uso dello strumento informatico che sarà messo a disposizione entro il primo trimestre 2017. Evidenza, entro il 30 giugno, nel sito aziendale di ogni AAS/ASUI dei medici reumatologi aggregati alle medicine interne e di quelli appartenenti ai servizi (AAS5 e ASUITS) o alla struttura complessa (ASUIUD)	L'IRCCS Burlo Garofolo parteciperà alla rete regionale per quanto di competenza ed utilizzerà lo strumento informatico (che sarà messo a disposizione entro il primo trimestre 2017), qualora previsto

3.4.4. Materno-infantile	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Responsabilizzazione diretta delle ostetriche nella gestione del percorso per la gravidanza fisiologica	Consolidamento della responsabilizzazione diretta delle ostetriche nella gestione del percorso per la gravidanza fisiologica, secondo le indicazioni della DCS.
Mantenimento della percentuale dei parti cesarei depurati (NTSV) al di sotto del 20% dei parti totali dei parti depurati (valore medio regionale 2015 pari a 16,38% - fonte Bersaglio).	Mantenimento della percentuale dei parti cesarei depurati (NTSV) al di sotto del 20% dei parti totali dei parti depurati (valore medio regionale 2015 pari a 16,38% - fonte Bersaglio).
I parti indotti farmacologicamente devono essere ridotti al di sotto del 20% (valore medio regionale 2015 pari a 21,44% - fonte Bersaglio).	I parti indotti farmacologicamente devono essere ridotti al di sotto del 20% (valore medio regionale 2015 pari a 21,44% - fonte Bersaglio).
Viene stilato l'elenco degli interventi chirurgici pediatrici che, per assicurare adeguati livelli di sicurezza e qualità, è necessario centralizzare l'attività in un'unica struttura o essere eseguiti, eventualmente in più sedi, da una sola équipe chirurgica ed anestesiologicala del IRCCS "Burlo Garofolo"	Obiettivo già assegnato nel 2016 – la proposta è stata inviata alla DCS con nota prot. 7971/2016. Nel 2017 verrà implementato operativamente.

3.4.5 Percorso nascita	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>verificare l'attuazione aziendale di quanto previsto nei provvedimenti nazionali e regionali, in termini di miglioramento della qualità, sicurezza e appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita;</p> <p>partecipare, per il tramite dei propri referenti, alle attività del Comitato percorso nascita regionale;</p>	<p>- Attuazione di quanto previsto nei provvedimenti nazionali e regionali, in termini di miglioramento della qualità, sicurezza e appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita</p> <p>- supporto alla DCS per le attività del Comitato del Percorso nascita</p>
<p>l'IRCCS Burlo Garofolo e l'ASUIUD, in qualità di centri di II livello per il trasporto in emergenza perinatale (Terapie intensive neonatali e SOC Ginecologia ed Ostetricia) producono e trasmettono alla Direzione centrale salute un report annuale sulle attività di trasporto che fornisca elementi utili al monitoraggio dei seguenti indicatori:</p> <p>N. neonati per i quali è attivato un trasporto primario nell'anno / N. totale nati nell'anno</p> <p>N. trasporti primari nell'anno attivati entro 30 minuti dalla richiesta / N. totale trasporti primari nell'anno</p> <p>N. neonati < 34 settimane trattenuti nella Struttura di I livello con scheda compilata dal centro TIN/ N. totale neonati < 34 settimane trattenuti nella Struttura di I livello</p> <p>N. STAM attivati nell'anno / N. totale parti nell'anno</p> <p>N. STAM attivati con documentazione clinica completa / N. totale STAM attivati.</p> <p>Supporto ed aiuto alle giovani famiglie dopo il parto, con specifico servizio domiciliare e ambulatoriale.</p> <p>Presenza in carico di almeno il 30% dei nati.</p>	<p>Relazione dell'attività di trasporto perinatale, trasmessa annualmente alla DCS, corredata dal monitoraggio dei seguenti indicatori:</p> <p>N. neonati per i quali è attivato un trasporto primario nell'anno / N. totale nati nell'anno</p> <p>N. trasporti primari nell'anno attivati entro 30 minuti dalla richiesta / N. totale trasporti primari nell'anno</p> <p>N. neonati < 34 settimane trattenuti nella Struttura di I livello con scheda compilata dal centro TIN/ N. totale neonati < 34 settimane trattenuti nella Struttura di I livello</p> <p>N. STAM attivati nell'anno / N. totale parti nell'anno</p> <p>N. STAM attivati con documentazione clinica completa / N. totale STAM attivati.</p>

3.4.6. Sangue ed emocomponenti

non di pertinenza

3.4.7. Erogazione dei livelli di assistenza

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Riduzione del tasso di ospedalizzazione dal 128,57 x mille al 125 x mille	Per quanto concerne il tasso di ospedalizzazione, che non deve superare il 125 per mille, si ribadisce che, considerato il mandato dell'Istituto, l'IRCCS contribuisce alla riduzione esclusivamente

	garantendo l'appropriatezza dei ricoveri erogati
Riduzione dei numero di ricoveri in DH 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 2015 di 37,37% per gli adulti e 69,57% per i pediatri - fonte Bersaglio) – obiettivo valido sia per l'età adulta che pediatrica	Riduzione dei numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica portando la percentuale al di sotto del 50% per i pediatri (valore medio regionale del 2015 di 69,57% per i pediatri - fonte Bersaglio)
Riduzione della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni portandola al di sotto del 4% (valore medio regionale 2015 di 5,23% - fonte Bersaglio)	Obiettivo già stralciato per l'ircs come da DGR 2186/2016
Recupero di almeno il 25% della fuga extra-regionale di ricovero e specialistica ambulatoriale rispetto ai dati 2015 di ogni AAS /ASUI	L'Istituto supporterà la DCS relativamente all'analisi del fenomeno della fuga extraregionale in ambito pediatrico e formulerà proposte per il recupero di almeno il 25% della fuga rispetto ai dati Regione FVG
Individuazione da parte di ogni AAS/ASUI/IRCCS di almeno 3 pacchetti di prestazioni da eseguire in day service ambulatoriali, con formale trasmissione degli stessi alla DCS entro il 30 giugno 2017, per l'autorizzazione	Individuazione da parte di ogni AAS/ASUI/IRCCS di almeno 3 pacchetti di prestazioni da eseguire in day service ambulatoriali, con formale trasmissione degli stessi alla DCS entro il 30 giugno 2017, per l'autorizzazione
Le AAS e le ASUI proseguono ad effettuare i controlli di appropriatezza delle prestazioni effettuate dagli erogatori pubblici e privati, secondo il piano dei controlli programmato dallo specifico gruppo di coordinamento regionale	Controlli di appropriatezza delle prestazioni effettuate secondo il piano dei controlli programmato dallo specifico gruppo di coordinamento regionale

3.4.8. Rischio clinico, qualità e appropriatezza nell'erogazione delle cure	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Rischio clinico	Vedi allegato Piano per la sicurezza del paziente 2017
Rischio clinico	<ul style="list-style-type: none"> - Identificazione, il coinvolgimento e la formazione anche attraverso la partecipazione agli eventi della direzione Centrale Salute dei referenti e dei link professional aziendali dei progetti regionali - Partecipazione alla "Point Prevalence Survey" e diffusione capillare dei risultati
Qualità e appropriatezza nell'erogazione delle cure	Vedi allegato Piano per la sicurezza del paziente 2017

3.5. ASSISTENZA FARMACEUTICA

Assistenza farmaceutica	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Tetti Spesa Farmaceutica	
Spesa farmaceutica	Rispetto dei tetti fissati per la - Farmaceutica ospedaliera (comprensiva anche della spesa per i farmaci di fascia A erogati direttamente e in distribuzione per conto): 6,89% del FSR - Farmaceutica territoriale (contenente la sola spesa farmaceutica convenzionata): 7,96% del FSN
Prescrittori	
Dovranno essere individuati specifici obiettivi per tutti i prescrittori, correlati ad indicatori di risultato predefiniti, sia a livello territoriale (distrettuale, ambulatoriale, MMG) che ospedaliero. A tal fine gli Enti del SSR effettueranno un monitoraggio periodico sull'utilizzo delle categorie di farmaci a maggior impatto di spesa e rischio di inapproprietezza favorendo l'impiego di medicinali con il miglior rapporto di costo-efficacia, redigendo un report semestrale con evidenza delle azioni intraprese nel corso del primo e secondo semestre da inviare alla DCS sia con riferimento alle iniziative di audit e feedback che alle iniziative più significative adottate (in particolare oncologici, immunologici, farmaci per l'epatite C, terapie intra-vitreali, farmaci del PHT_DPC, equivalenti, biosimilari)	Invio di due report a cadenza semestrale da cui si evincano: Obiettivi Azioni intraprese Verranno condivisi in sede di negoziazione con le strutture di oncologia e clinica pediatrica, in particolare per la funzione reumatologia e gastroenterologia, almeno 2 classi di farmaci a maggior impatto di spesa e rischio di inapproprietezza da monitorare
Al fine di perseguire un governo sulle politiche regionali di acquisto dei farmaci e dei dispositivi medici, l'EGAS, avvalendosi delle competenze interne e di quelle delle aziende sanitarie, nel corso del 2017 (compresa la gara farmaci in fase di predisposizione) dovrà potenziare la capacità di coordinamento e di stesura di capitolati tecnici, assumendo a pieno la funzione di aggregatore della domanda, soprattutto al fine di contribuire alla realizzazione di un sistema regionale più regolato e in linea con le evidenze scientifiche e con i principi dell'HTA	Evidenza di partecipazione ai lavori di predisposizione gara farmaci con particolare attenzione all'introduzione dei fabbisogni e su richiesta di EGAS
Biosimilari	

<p>Per i biosimilari dovranno essere assicurate azioni di incentivazione. In particolare le prescrizioni di biosimilari, ovvero di farmaci aggiudicatari di gara regionale con il profilo costo-efficacia più favorevole nell'ambito delle categorie in cui è presente l'alternativa biosimile, dovranno attestarsi per i nuovi pazienti, al miglior valore possibile ovvero dovranno rappresentare una quota non inferiore all'80% del totale delle prescrizioni/confezioni erogate, ferma restando comunque la possibilità per il prescrittore di indicare il farmaco più opportuno motivando la scelta effettuata a seconda delle indicazioni d'uso e delle popolazioni interessate, secondo percorsi definiti a livello aziendale</p>	<p>80% delle nuove prescrizioni per farmaci biosimilari in uso presso la clinica pediatrica Verifica in accordo con ASUITS delle prescrizioni di somatotropina con il profilo più favorevole in termini di appropriatezza e costo</p>
<p>Medicinali registro Aifa</p>	
<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. La richiesta del farmaco dovrà sempre essere accompagnata dalla scheda di registrazione paziente nel registro. A tal fine potranno essere programmate analisi a campione da parte della direzione centrale. L'EGAS, nell'ambito della centralizzazione della logistica d'acquisto consolida le modalità con cui assicurare, per tutti i farmaci per i quali 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>La prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA verrà monitorata attraverso la verifica con il prescrittore dei criteri di monitoraggio indicati dal registro</p>
<p>Distribuzione diretta farmaci alto costo</p>	
<p>Nell'ambito della distribuzione diretta dei farmaci ad alto costo le Aziende eroganti in tale ambito definiscono idonei percorsi che consentano la verifica dell'appropriatezza d'uso anche da parte delle AAS e le ASUI di residenza del paziente.</p>	<p>Evidenza del percorso di verifica da parte della Farmacia ospedaliera delle prescrizioni dirette ad altre aziende, con particolare riferimento agli off label e prescrizioni galeniche magistrali.</p>
<p>Prescrizione medicinali a brevetto scaduto</p>	
<p>Oltre alla promozione d'uso di medicinali a brevetto scaduto e biosimilari a livello territoriale, dovranno essere valutate a campione, in tempistiche e reparti che saranno comunicati dalla direzione centrale, le %</p>	<p>Analisi a campione su indicazione della DCS sulle prescrizioni riportate in lettera di dimissione della Clinica Pediatrica e dell'Oncologia.</p>

<p>percentuali di utilizzo di queste categorie di medicinali e le % di prescrizioni in dimissione o dopo visita ambulatoriale. I reparti interessati riguarderanno in particolare reumatologie, cardiologie, medicine, centri osteoporosi, nefrologie, oncologie, neurologie con riserva di integrare anche altri reparti nel corso dell'anno.</p>	
<p>Distribuzione diretta 1° ciclo terapia</p>	
<p>A seguito di dimissione da ricovero e/o di visita specialistica ambulatoriale dovrà essere assicurata l'erogazione del 1° ciclo di terapia in distribuzione diretta. L'attività di distribuzione diretta continua ad essere garantita nell'ambito della residenzialità, della semi-residenzialità e dell'assistenza domiciliare presso tutte le strutture afferenti alle Aziende per l'assistenza sanitaria. Inoltre relativamente ai medicinali di nuova autorizzazione all'immissione in commercio e che sono inseriti nell'elenco dei farmaci erogabili in DPC, le aziende sanitarie attueranno ogni utile percorso per favorire la distribuzione diretta nelle more della effettiva disponibilità di tali medicinali in DPC fornendo anche le opportune informazioni ai prescrittori</p>	<p>Assicurare la continuità terapeutica dopo ricovero e visita ambulatoriale. Revisione della procedura distribuzione diretta. Invio ai prescrittori dell'inserimento di nuovi farmaci in DPC, dopo approvazione e comunicazione da parte della Commissione regionale sulla DPC / EGAS</p>
<p>Farmacovigilanza</p>	
<p>Sul tema della farmacovigilanza continuano le attività già avviate a livello regionale dalla Direzione centrale salute, integrazione socio-sanitaria, politiche sociali e famiglia, quali la segnalazione spontanea in pronto soccorso, la segnalazione nell'ambito della dimissione da ricovero ospedaliero. Verranno inoltre avviati un percorso formativo a distanza (FAD) specifico sull'utilizzo della nuova piattaforma nazionale Vigifarmaco, nonché i progetti di farmacovigilanza attiva approvati dall'Agenzia italiana del farmaco. Su tali iniziative gli Enti del SSR assicurano la partecipazione dei sanitari interessati e per il supporto alle attività organizzative. In tale ambito continua a trovare applicazione la convenzione di cui alle DGR 435/2013 e 2199/2014. In generale, anche tramite convenzione della direzione centrale con gli Enti del SSR potranno essere avviati progetti sulle attività stabilite dalla DGR 1365/2015, volti a favorire un'informazione indipendente sull'impiego sicuro del farmaco,</p>	<p>Partecipazione da parte dei referenti per la farmacovigilanza, individuati nel corso del 2016, al percorso formativo sulla piattaforma Vigifarmaco e ai progetti approvati dall'AIFA. Evidenza di un progetto formativo relativo alla informazione indipendente sull'impiego sicuro del farmaco in ambito materno infantile</p>

utilizzando i fondi statali dedicati a tali iniziative	
Aziende con logistica centralizzata	
Per le Aziende servite dalla logistica centralizzata, la copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM dovrà essere garantita per l'85% lo stesso applicativo, anche al fine di consentire un puntuale monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e la promozione dei medicinali acquisiti centralmente da EGAS	L'85% delle confezioni destinate alla distribuzione diretta nominale erogate mediante PSM
Prescrizione informatizzata piani terapeutici	
Tutte le Aziende dovranno garantire il ricorso (prima prescrizione e rinnovi) alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici implementati/disponibili a sistema, tramite l'applicativo PSM-PT, in almeno il 50% dei nuovi pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive. Va inoltre assicurato il controllo dei piani terapeutici ed il rispetto delle note limitative AIFA, favorendo l'implementazione di tale sistema informatizzato	Tutti i prescrittori saranno formati all'utilizzo del PSM-PT. La Farmacia invierà gli aggiornamenti relativi a farmaci soggetti a PT e limitazioni AIFA. Il ricorso alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici tramite l'applicativo PSM piani sarà garantito il almeno il 50% dei nuovi pazienti.
Flussi informativi	
Le Aziende sanitarie assicurano, per tramite dei responsabili individuati dalle stesse, l'implementazione, le verifiche ed i controlli di congruenza dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese, anche utilizzando la reportistica a disposizione sul portale SSSR (mancati invii, prezzi medi, revocati, ecc). 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) per quanto riguarda la distribuzione diretta. In fase di erogazione diretta dei medicinali è inoltre inserito a sistema il codice targatura	Le verifiche sui flussi informativi vengono periodicamente effettuate
Sempre con riferimento ai flussi informativi, l'EGAS e le singole Aziende danno riscontro agli eventuali approfondimenti richiesti dalla Direzione Centrale, anche su istanza Ministero della Salute, entro 15 giorni dalle comunicazioni	Riscontro agli eventuali approfondimenti richiesti dalla DCS
Produzione centralizzata della galenica pediatrica	
Produzione centralizzata della galenica pediatrica	Avvio delle attività propedeutiche per la

	centralizzazione delle preparazioni galeniche presso l'IRCCS per conto di tutti gli enti del SSR
--	--

3.6. PROGETTI ATTINENTI LA PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI SOCIOSANITARI

3.6.1 Non autosufficienza e disabilità	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Disabilità	L'IRCCS Burlo Garofolo partecipa attivamente in collaborazione con ASUITS al progetto di identificazione precoce e presa in carico già alla nascita o nella prima infanzia dei bambini con disabilità avviato dal Comune di Trieste. In particolare ha già avviato un progetto biennale di ricerca per l'identificazione di modelli organizzativi per la presa in carico dei bambini con bisogni speciali e per la gestione del passaggio di cura dall'età pediatrica a quella adulta

3.6.2 Minori	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Affido	Supporto alle attività di ASUI TS, per quanto di competenza.
Adozioni	Partecipazione, se richiesta, ai tavoli regionali.

3.6.3 Piani di Zona	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Piani di zona	Dal 2016 l'IRCCS Burlo Garofolo partecipa nuovamente ai tavoli dei Piani di Zona riguardanti i Minori, la famiglia e le Donne. Ha già condiviso le schede di segnalazione dei minori con disagio che nel corso del 2017 saranno utilizzate da tutti i servizi dell'Istituto. Nel corso del 2017 si continuerà con l'attività di integrazione sui tempi di competenza

3.7 RAPPORTI CON I CITTADINI

3.7.1 Tempi d'attesa	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Contestualmente al monitoraggio regionale le Aziende sono tenute a mantenere anche il monitoraggio ministeriale	Mantenimento del monitoraggio regionale e ministeriale
Le AAS/ASUI/IRCCS dovranno proseguire ad organizzare le agende delle prestazioni ambulatoriali specialistiche per consentire la prenotazione online del cittadino di tutta l'offerta	Organizzazione delle agende delle prestazioni ambulatoriali specialistiche coerente con la prenotazione online del cittadino di tutta l'offerta
Nei riguardi dei cittadini deve essere assicurata la "garanzia" erogativa per le priorità B al > 95%, per la priorità D al > 90% e per le priorità P al > 85%. Entro il 31 dicembre 2017 tutte le agende delle prestazioni ambulatoriali devono essere informatizzate ed essere rese disponibili a sistema CUP regionale	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%. Si assicura la garanzia per le prestazioni specialistiche pediatriche per le priorità D al > 90% e per le priorità P al > 85%
Le AAS/ASUI/IRCCS sono tenute a sospendere la libera professione intra-moenia ai medici delle strutture che non rispettano i valori soglia sopra riportati e/o che non hanno reso disponibili a CUP regionale tutte le agende di prenotazione delle visite/prestazioni	Sospensione della libera professione intra-moenia ai medici che non rispettano i valori soglia sopra riportati e/o non hanno reso disponibili a CUP regionale tutte le agende di prenotazione delle visite/prestazioni
Le AAS/ASUI/IRCCS dovranno garantire altresì il rispetto dei tempi di attesa per gli interventi indicati, 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. Anche per tali tipologie di attività, il mancato rispetto dei valori soglia indicati determina, per i medici delle strutture interessate, la sospensione della possibilità di svolgere la libera professione specifica	Vengono garantiti i tempi d'attesa, secondo i codici di priorità degli interventi previsti all'allegato A, per la parte di competenza
Le aziende dovranno inoltre far rispettare il rapporto tra attività libero professionale di cui al CCNLL e le priorità fissate di "garanzia" per il cittadino assumendo ogni modalità organizzativa necessaria allo scopo, rivedendo l'organizzazione erogativa (rapporto tra offerta e domanda, analisi della tipologia di domanda, calibrazione del sistema di gestione delle code affrontando la contingenza, influenza della domanda, ecc.), e ricorrendo alla finalizzazione delle risorse contrattuali di risultato	Rispetto del rapporto tra attività libero professionale e le priorità di garanzia per il cittadino

del personale, nonché delle RAR allo scopo stanziato, oltre che delle risorse previste dalla L.R. n.7/2009	
--	--

3.7.2 Apertura dei reparti di terapia intensiva e semi-intensiva ai care giver

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
L'obiettivo per il 2017, per tutte le degenze intensive e semi-intensive della Regione, è l'abolizione delle limitazioni non motivatamente necessarie (es. effettiva necessità d'isolamento) poste a livello temporale per i care giver indicati dai pazienti, con presenza di uno per volta. La misurazione sarà fatta dal call-center regionale che telefonerà ad un campione significativo di pazienti/familiari ricoverati in tali degenze. L'obiettivo si ritiene raggiunto in caso di risposta affermativa in almeno il 90% dei pazienti, non raggiunto al di sotto del 40%. Il calcolo sarà effettuato sui dimessi degli ultimi 6 mesi dell'anno 2017	<p>- evidenza del percorso e sua attuazione per garantire l'obiettivo regionale</p> <p>- L'apertura dei reparti in terapia intensiva e semi-intensiva ai care giver è già una prassi presso l'IRCCS Burlo Garofolo in quanto la presenza del genitore fa parte del percorso riabilitativo e terapeutico del bambino (tecnica Kangaroo)</p>

3.7.3 Presenza del care giver in corso di visita nei reparti di degenza

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
L'obiettivo per il 2017, per tutte le degenze della Regione è la possibilità dei pazienti di avere accanto a sé il care giver al momento della visita medica o dell'esecuzione delle procedure assistenziali. La misurazione sarà fatta dal call-center regionale che telefonerà ad un campione significativo di pazienti/familiari ricoverati in tali degenze dopo il 1° maggio. Trattandosi dell'anno di avvio del progetto, la misurazione verrà effettuata solo sui pazienti > 70 anni. L'obiettivo si ritiene raggiunto in caso di risposta affermativa in almeno l'90% dei pazienti e non raggiunto al di sotto del 40%. Il calcolo sarà effettuato sui dimessi degli ultimi 6 mesi dell'anno 2017	Per i pazienti minorenni è sempre richiesta la presenza del genitore o di un tutore

3.7.4 Contatto telefonico dopo la dimissione da un intervento chirurgico (recall)

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Accertamento delle condizioni cliniche e assistenziali del paziente dopo la dimissione da	Contatto telefonico entro 5 giorni dalla dimissione per raccogliere informazioni relative

un intervento chirurgico	al decorso clinico assistenziale. La valutazione sarà effettuata su un campione di pazienti e l'obiettivo sarà: - raggiunto: risposta positiva in almeno il 90% dei pazienti campionati - non raggiunto: risposta positiva al di sotto del 40% dei pazienti - parzialmente raggiunto: risposta positiva per percentuali comprese tra 40% ed il 90%
---------------------------------	--

3.7.5 Individuazione del medico responsabile della gestione del ricovero del paziente	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Frequentemente l'incertezza e lo stato di spaesamento che caratterizza diversi pazienti ricoverati nei presidi ospedalieri deriva dalla mancata conoscenza dei propri riferimenti professionali. L'esigenza è di essere certi che i professionisti che ruotano attorno al proprio caso, e si succedono nei turni e nelle giornate, lo facciano secondo una logica coordinata determinata dalle scelte di un solo medico individuato come responsabile di quel determinato episodio di ricovero.</p> <p>Dal maggio 2017, pertanto, ogni paziente ricoverato in ospedale deve ricevere l'informazione di chi è il medico responsabile della gestione del proprio caso e che, pertanto, assicura la coerenza delle diverse azioni che caratterizzano l'intera degenza.</p> <p>Il call center regionale effettuerà delle chiamate a campione ai pazienti dimessi da un ricovero ospedaliero durato più di 4 giornate. L'obiettivo si considererà completamente raggiunto al superamento del 90% di risposte positive e non raggiunto al di sotto del 40%.</p>	<p>- evidenza del percorso e sua attuazione per garantire l'obiettivo regionale</p> <p>- Dal maggio 2017, pertanto, ogni paziente ricoverato in ospedale deve ricevere l'informazione di chi è il medico responsabile della gestione del proprio caso e che, pertanto, assicura la coerenza delle diverse azioni che caratterizzano l'intera degenza.</p> <p>Il call center regionale effettuerà delle chiamate a campione ai pazienti dimessi da un ricovero ospedaliero durato più di 4 giornate. L'obiettivo si considererà completamente raggiunto al superamento del 90% di risposte positive e non raggiunto al di sotto del 40%.</p>

3.7.6. Esperienza nei percorsi assistenziali

non di pertinenza

4. FLUSSI INFORMATIVI E VALUTAZIONI

Flussi informativi e valutazioni	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Avvio nuova scheda di dimissione ospedaliera (SDO)	
<p>Nel 2017 è previsto l'avvio della nuova SDO secondo le configurazioni definite dal Ministero della salute. Nelle more dell'avvio ufficiale legato al DM questa regione intende avviare autonomamente l'uso della nuova SDO a partire dai dimessi del mese di gennaio 2017.</p> <p>La corretta compilazione dei nuovi campi sarà monitorata all'interno di un programma comprendente anche le attività di supporto garantita dalla regione e diventerà oggetto di valutazione a partire dal secondo semestre 2017</p>	Avvio della nuova SDO secondo la tempistica regionale
Qualità dei dati ai fini amministrativi, epidemiologici e gestionali	
<p>Per il 2017, è previsto un piano di formazione per il personale delle aziende sanitarie coinvolto nella compilazione delle SDO e delle Schede di morte. A conclusione del programma, le aziende garantiranno la correttezza della compilazione in almeno il 90% delle SDO e in almeno il 90% delle schede di morte</p>	<p>Adesione ai programmi di formazione regionali relativi alla corretta compilazione delle SDO e delle schede di morte</p> <p>Garanzia della corretta compilazione del 90% di SDO e 90% schede di morte</p>
Flussi ministeriali	
<p>Le aziende sono tenute per quanto di loro competenza alla corretta alimentazione di tutti i flussi ministeriali. Considerato che ritardi o omissioni generano il mancato riconoscimento alla Regione dei fondi ministeriali previsti, una quota del finanziamento corrispondente allo 0,1% di quanto attribuito ad ogni Ente verrà trattenuta a livello centrale e sarà erogata solo ad adempimento completamente espletato</p>	Compilazione dei flussi secondo le scadenze
Obblighi informativi e indicatori	
<p>Le basi dati gestionali attualmente in uso nella aziende rappresentano uno strumento fondamentale per la pianificazione regionale e per gli adempimenti in termini di flussi informativi che la Regione ha nei confronti delle strutture centrali (Ministero della salute e il Ministero dell'economia e delle finanze) ai fini delle varie attività ministeriali. Le aziende pertanto si impegneranno nel 2017 in</p>	Manutenzione e monitoraggio della congruità delle basi dati garantiti secondo il coordinamento della DCS

<p>attività di manutenzione e monitoraggio della congruità delle basi dati con il coordinamento della DCS</p> <p>Oltre agli indicatori altrimenti definiti, saranno usati come riferimento quelli previsti negli adempimenti LEA, nel Network delle Regioni "Bersaglio" e nel PNE (programma nazionale esiti).</p>	
Supporto a progetti di valenza integrati fra assessorati	
<p>Nello specifico l'AOUUD, attraverso la Struttura di Epidemiologia e Accreditamento, gestione del rischio clinico e valutazione delle performance sanitarie, l'IRCCS Burlo Garofolo, attraverso la struttura di Epidemiologia clinica e ricerca dei servizi sanitari, e l'IRCCS Centro di riferimento oncologico, attraverso la struttura di Epidemiologia e biostatistica, contribuiscono alle attività previste nel piano di lavoro dell'Osservatorio</p>	<p>Partecipazione attraverso la struttura di Epidemiologia clinica e ricerca dei servizi sanitari alle attività dell'Osservatorio Salute</p>
Clima interno	
<p>Le AAS/ASUI/IRCCS sono tenute a effettuare la seconda valutazione regionale del clima interno con le procedure già espletate nel 2014, secondo un percorso definito dalla DCS</p>	<p>Adesione alla rilevazione del clima interno, secondo il percorso definito dalla DCS</p>

5. IL SISTEMA INFORMATIVO

Il sistema informativo	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Sistema informativo	
<p>Dal 2017 sarà avviata la riorganizzazione dei servizi ICT AAS/ASUI/IRCCSS e la definizione delle rispettive competenze:</p> <p>Insiel: servizi core obbligatori erogati centralmente a tutte le Aziende, connettività geografica, fornitura e gestione "centri stella" e cablaggio strutturato verticale LAN negli Enti SSR; acquisizione software per l'attività clinico-sanitaria e gestionale-amministrativa</p> <p>Enti SSR: servizi sulle periferiche in generale, servizi di manutenzione VOIP e LAN per tutta la componente orizzontale, interventi di 1° livello di assistenza agli operatori</p>	<p>Verrà completata presso il Burlo la realizzazione fisica e l'avvio della rete geografica Ermes aumentando la banda verso i sistemi e i servizi del SSR</p> <p>A livello di LAN aziendale si andrà a predisporre l'installazione e l'avvio di un nuovo firewall perimetrale e lo sviluppo e la riorganizzazione delle reti Wireless LAN già presenti</p>
<p>Nel corso del 2017 si procederà al consolidamento dei servizi on line per i cittadini: in questo ambito è previsto: l'ulteriore sviluppo dell'infrastruttura del servizio di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali con l'uso della ricetta dematerializzata, nell'ottica della riduzione del tempo di accesso e degli spostamenti dei cittadini.</p>	<p>La ricetta dematerializzata è stata avviata ed attiva in tutte le strutture del Burlo. Verrà consolidato l'utilizzo e verranno consolidati tutti i servizi on line ad essa correlati.</p>
<p>l'ulteriore estensione del servizio referti on line per le prestazioni sottoscritte digitalmente</p>	<p>Per i referti on-line (firmati digitalmente) l'avvio a regime per il Burlo avverrà secondo il crono programma di INSIEL</p>
<p>la consultazione liste di attesa di tutte le prestazioni erogate, ivi incluse le liste d'attesa per i principali interventi chirurgici, indicando la prima data utile.</p> <p>lo sviluppo di tecnologie mobility app per i principali servizi on line sviluppati</p> <p>la prescrizione specialistica dematerializzata</p> <p>lo sviluppo dei temi chiave previsti dalla cd "Sanità digitale" implementando soluzioni informatiche per l'integrazione socio-sanitaria e la continuità della cura.</p> <p>implementazione di soluzioni per la gestione del farmaco all'adesione terapeutica</p>	<p>Per quanto riguarda gli altri servizi on line il Burlo parteciperà attivamente e attiverà i servizi secondo quanto sarà previsto dalla programmazione regionale.</p>

<p>Proseguono le attività presenti nella pianificazione in essere:</p> <p>sicurezza fisica e logica/funzionale</p> <p>sistemi di governo, in particolare con lo sviluppo ed il miglioramento degli strumenti di governo dei fattori produttivi ospedalieri</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>Nel 2017 si prevede di proseguire tutte le attività pianificate relative alle tematiche previste secondo la programmazione attuativa regionale. In particolare si prevede un rilevante impegno per l'avvio della nuova cartella clinica informatizzata che coinvolgerà trasversalmente tutte le figure professionali interessate dai processi clinico assistenziale, nonché dei servizi di supporto.</p>
<p>avvio del sistema software per la gestione della Centrale operativa 118 regionale</p> <p>Interventi sull'intero sistema ICT del SSR per gli adeguamenti previsti dalla L.R. 17/2014</p> <p>avvio della nuova cartella clinica informatizzata con immediata sospensione delle iniziative autonome di implementazione e/o sviluppo delle attuali</p>	<p>Per quanto riguarda il tema della sicurezza fisica, logica e funzionale dei sistemi e delle applicazioni il contesto operativo del Burlo è dettagliato nel DPS 2016, in fase di completamento entro la fine dell'anno. In particolare si intende sviluppare un sistema per la gestione della sicurezza dei dispositivi medici collegati alle reti IT.</p>
<p>revisione del sistema ASCOT e software collegati per la gestione delle attività amministrative</p>	<p>Durante il 2017 verrà inoltre implementato un upgrade dell'infrastruttura di virtualizzazione interna del Burlo, ormai divenuta obsoleta e che necessita di essere aggiornata agli ultimi standard tecnologici.</p>
<p>Nel 2017 è completato l'utilizzo della firma digitale per i seguenti documenti, per i quali viene fissata la percentuale minima di refertazione con firma digitale rispetto al totale dei referti:</p> <p>Dove presenti gli applicativi gestionali del G2 Clinico > 90%, in particolare la lettera di dimissione ospedaliera</p> <p>Laboratorio e microbiologia > 98%</p> <p>Medicina trasfusionale > 98 %</p> <p>Anatomia patologica > 98 %</p> <p>Radiologia > 98%</p> <p>ECG > 80%</p>	<p>Tutti gli obiettivi sulla firma digitale possono essere raggiunti durante il 2017 sia sulle prestazioni ambulatoriali, sia sulla lettera di dimissioni:</p> <p>G2 clinico ambulatoriale > 90%</p> <p>G2 clinico lettera dimissione > 90%</p> <p>Laboratorio > 98% (dopo l'avvio)</p> <p>Radiologia >98%</p> <p>ECG > 80%</p>
<p>Per quanto riguarda le funzioni rivolte al sistema, nel 2017 s'interrverrà su:</p> <p>sistema di gestione dell'attività sanitaria in ambito ospedaliero</p> <p>cartella integrata clinico assistenziale: aggiudicazione</p>	<p>Il Burlo parteciperà attivamente a tutte le attività programmate dalla Direzione Centrale Salute e da Insiel in merito alla preparazione del nuovo sistema di cartella integrata clinico-assistenziale, al potenziamento ed estensione</p>

gara e avviamento del sito pilota. potenziamento ed estensione delle integrazioni dei sistemi clinico sanitari. normalizzazione della gestione delle credenziali e attivazione sistema Single Sign on	delle integrazioni dei sistemi clinico sanitari e alla normalizzazione della gestione delle credenziali (Single Sign On)
Sistema di gestione dell'attività sanitaria in ambito di assistenza primaria Piattaforma di connessione con la medicina generale Attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico secondo quanto previsto dalla normativa privacy. Avviamento del nuovo sistema di iscrizione ai MMG Pianificazione delle attività di rinnovamento del sistema SIASI	Il Burlo parteciperà secondo quanto previsto dalla programmazione regionale alle attività previste: Piattaforma di connessione con la medicina generale Attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico secondo quanto previsto dalla normativa privacy. Avviamento del nuovo sistema di iscrizione ai MMG/PLS Pianificazione delle attività di rinnovamento del sistema SIASI
Rivisitazione delle procedure gestionali ed amministrative al fine dell'adeguamento alla normativa vigente	Partecipazione ai tavoli di lavoro
Potenziamento dell'infrastruttura per la Continuità Operativa: Potenziamento delle reti geografiche e locali Razionalizzazione dei data center aziendali	Partecipazione ai tavoli di lavoro
Sistema direzione aziendale Governo del personale Governo logistico	Partecipazione ai tavoli di lavoro
Sistema direzionale regionale Data Warehouse gestionale Sviluppo del registro regionale dei dispositivi medici impiantabili	Partecipazione ai tavoli di lavoro
Completamento della fornitura di hw/sw (unica piattaforma tecnologica di riferimento) per i laboratori hub a livello regionale: estensione del Laboratorio hub di Udine a tutta l'AAS3 e avvio del Laboratorio hub di Trieste	Partecipazione ai tavoli di lavoro
PACS	

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	Alla fine del 2016 è stata avviata l'attività di integrazione delle immagini di ecografia per diagnostica prenatale nel sistema PACS aziendale (per il quale è stato previsto l'aumento di spazio di altri 3 TB ridonati) ed è stata progettata l'interazione dell'endoscopia. Nel corso del 2017 si proseguirà con queste attività per il loro completamento
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;	In linea con gli sviluppi regionali una volta in atto
Sviluppo e implementazione del caso d'uso relativo alla consultazione/ visualizzazione di referti e immagini in ambito inter-aziendale per il tramite del fascicolo sanitario, nel pieno rispetto dei vincoli e raccomandazioni del Garante della Privacy, previa verifica di disponibilità della rete telematica regionale a banda larga.	Supporto all'implementazione del caso d'uso secondo le 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	In linea con gli sviluppi regionali una volta in atto
Completamento del percorso di integrazione dei sistemi PACS dell'ASUITS nell'impianto del sistema PACS regionale	E' di prossimo avvio la gara per la manutenzione degli impianti PACS di Burlo e ASUITS. In tale contesto il Burlo proseguirà il percorso, già iniziato alcuni anni fa, di integrazione del proprio sistema PACS nell'impianto regionale
Conduzione dello sviluppo e avvio della fase di test della soluzione di integrazione SIO/PACS per la produzione di un referto multimediale/strutturato in Radiologia, Medicina nucleare e Ecocardiografia	Supporto alla conduzione secondo le indicazioni regionali

RAPPORTI CON L'UNIVERSITA'

Il sistema informativo	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Definire ed approvare il protocollo attuativo IRCSS Burlo Garofolo – Università degli Studi di Trieste, a seguito della DGR n° 612 del 13/4/2016	Protocollo attuativo siglato entro il 30/06/2017
Avviare in maniera coordinata e integrata progetti di ricerca internazionali	Almeno 2 progetti di ricerca avviati entro il 31/12/2017
Collaborare alla realizzazione di progetti formativi nell'ambito materno infantile	Almeno 2 progetti formativi effettuati entro il 31/12/2017

Istituto di ricerca e cura a carattere scientifico "Centro di Riferimento Oncologico" di Aviano

3. LE PROGETTUALITÀ

3.1 PROGETTI DI RIORGANIZZAZIONE DELLE FUNZIONI

3.1.1 Atto Aziendale	
Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso
Applicazione Atto Aziendale e Riorganizzazione delle Funzioni in Integrazione con AAS5	<ul style="list-style-type: none"> - Attuazione del Piano Aziendale e Piano di Trasferimento/Integrazione delle Funzioni con AAS5 con relazione al 30-09-17 - Invio della relazione alla Direzione Centrale Salute entro il 31.10.2017

3.1.2 Applicazione Allegato 2 della DGR 2673/2014 Posti Letto	
Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso
Assegnazione Posti Letto Prevalenti alle SOC e SOSD e gestione integrata degli stessi in Piattaforme Omogenee per Intensità di Cura	<ul style="list-style-type: none"> in coerenza a quanto definito dalla DGR 2673/2014 in merito alla dotazione di posti letto per acuti - Inviare alla Direzione Centrale entro il 30.6.2017 una relazione sullo stato id applicazione delle DGR 2673/2014 e 929/2015 - Nel caso in cui nella relazione vengono evidenziati degli scostamenti, questi dovranno essere motivati e corretti entro il 31.12.2017

Riorganizzazione (trasferimento/integrazione) delle funzioni con AAS5	
Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso
Trasferimento della funzione di ONCOLOGIA	Trasferimento della funzione dal 01.01.17 secondo quanto previsto nell'Accordo quadro in data 30.06.2016 approvato con deliberazione n. 270 in data 09.11.2016.

Trasferimento della funzione di CARDIOLOGIA ONCOLOGICA	Trasferimento della funzione dal 01.01.17 secondo quanto previsto nell'Accordo quadro in data 30.06.2016 approvato con deliberazione n. 270 in data 09.11.2016.
Integrazione della funzione di MEDICINA NUCLEARE	- Refertazione condivisa delle indagini PET - Linee guida comuni per indagini di Medicina Nucleare nelle principali indicazioni oncologiche - Definizione di un progetto di sviluppo della medicina nucleare in ambito neurologico
Integrazione della funzione di ANATOMIA PATOLOGICA	- Applicare quanto previsto nell'ambito dei PDTAR - Definire linee guida comuni di esecuzione e refertazione entro il 2017

3.1.3. Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi

Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso
EGAS	<ul style="list-style-type: none"> - Collaborare alle iniziative intraprese da EGAS in base alle direttive regionali. - Attuare quanto stabilito in Comitato di Indirizzo Egas

3.1.4 Chirurgia e procedure invasive

Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso
Chirurgia Oncologica Programmata	<ul style="list-style-type: none"> • Adozione di un documento di riorganizzazione dell'attività di chirurgia oncologica programmata entro il 31 dicembre 2017 • Implementazione delle indicazioni previste per almeno 5 PDTAR entro il 2017
Concentrazione attività di chirurgia oncologica	<p>L'azienda deve riorganizzare l'attività di chirurgia oncologica relativamente ai seguenti tumori:</p> <ul style="list-style-type: none"> - esofago: nessun intervento realizzato; - pancreas: nessun intervento realizzato; - ovaio: assorbire attività AAS5 e privati; - stomaco: assorbire attività AAS5 e privati. <p>- presentazione progetto operativo alla Direzione Centrale Salute entro il 30.6.2017</p> <p>- avvio riorganizzazione entro il 1.9.2017.</p>

3.1.7 Medicina di Laboratorio	
Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso
Integrazione delle attività di MEDICINA DI LABORATORIO (PATOLOGIA CLINICA, MICROBIOLOGIA, VIROLOGIA, ALLERGOLOGIA, IMMUNOLOGIA, GENETICA MEDICA, CITOGNETICA) secondo quanto previsto nell'Accordo quadro in data 30.06.2016 approvato con deliberazione n. 270 in data 09.11.2016.	<ul style="list-style-type: none"> • Piena attuazione di quanto previsto nel piano operativo conseguente all'accordo quadro e denominato "Piano di integrazione Medicina di Laboratorio" in via di approvazione con AAS5 e in particolare: • prestazioni erogate solo presso i laboratori di AAS5: n. 536 (74%) • prestazioni erogate solo presso i laboratori di CRO: n. 77 (11%) • prestazioni erogate in doppia sede, sia in AAS5 che in CRO: n.112 (15%) di cui 44 temporaneamente erogate in doppia sede in attesa di definire modalità e sede nell'ambito dei PDTAR oncologici interaziendali • Relazione quali-quantitativa di impatto della integrazione delle funzioni entro il 2017
Cell factory	
Coordinamento, predisposizione documento congiunto e definizione cronogramma per l'avvio della Cell Factory Regionale	- presentazione documento operativo alla Direzione Centrale Salute entro il 31.12.2017
Bio banca	
Coordinamento e predisposizione progetto operativo ai fini della realizzazione di un'unica Bio-Banca regionale	presentazione progetto operativo alla Direzione Centrale Salute entro il 31.12.2017

3.1.8 Oncologia

Oncologia	
Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso
Piano Oncologico	Partecipazione ai tavoli regionali per la definizione del nuovo Piano oncologico

3.2 PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

3.2.3 Gli screening oncologici in Regione FVG (Programma II PRP)

Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso
Tutte le Aziende Sanitarie: 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
Tutte le aziende con unità senologica: garantire il rispetto degli 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".	Adozione formale di un sistema regionale di verifica dei requisiti dei centri di senologia. Rispetto dei requisiti da parte della Azienda
Tutte le aziende con unità senologica: 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. EGAS: estende il modello organizzativo del centro di lettura di Udine a tutta la regione, creando un centro unico di lettura regionale, che mantenendo le attuali sedi di refertazione favorisca, di concerto con la Direzione Salute, composizioni di terne arbitrali atte a migliorare la performance di refertazione.	- lettura del primo livello e gestione del percorso di approfondimento diagnostico da parte di radiologi certificati - centro regionale unico di lettura per lo screening mammografico
Tutte le aziende con unità senologica: 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%)
Tutte le aziende con centro di secondo livello per il programma di screening per la cervice uterina: garantire il rispetto dei requisiti definiti dalla regione per i centri di secondo livello.	Adozione formale di un sistema regionale di verifica dei requisiti dei centri di secondo livello. Rispetto dei requisiti da parte della azienda
Tutte le aziende con servizio di endoscopia: garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica per gli esami di 2° livello di screening	Percentuale di compilazione dei campi fondamentali $\geq 95\%$

3.2.7 Promozione dell'attività fisica (Programma V PRP)

Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso
Tutte le Aziende Sanitarie: diffusione del catalogo aziendale delle offerte e opportunità di attività	Catalogo aziendale pubblicato sul sito aziendale e aggiornato

fisica presenti sul territorio e aggiornamento dello stesso	
---	--

3.2.12 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
Tutte le Aziende Sanitarie: realizzare in modo coordinato, 2 corsi accreditati o 2 iniziative di sensibilizzazione, finalizzati ad una maggiore conoscenza della corretta valutazione dei rischi, al reinserimento dei soggetti patologici e all'appropriatezza e qualità delle segnalazioni di malattia professionale.	2 corsi accreditati o 2 iniziative di sensibilizzazione a livello regionale

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

Esposti ex amianto

Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso
Tutte le Aziende Sanitarie: 1. Raccogliere i dati relativi ai mesoteliomi degli ex esposti e inviare al COR assicurando la trasmissione delle schede ReNaM 2. trasmettere i dati sui soggetti attualmente esposti al CRUA e alla DCS secondo le relazioni annuali compilate dalle ditte di bonifica.	<ul style="list-style-type: none"> - dati inviati al COR - schede ReNaM trasmesse - i dati sui soggetti attualmente esposti trasmessi al CRUA e alla DCS

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

Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso
Adottare e applicare le Linee guida regionali per il controllo della tubercolosi e realizzare la formazione degli operatori	<ul style="list-style-type: none"> - Assicurare la partecipazione ad un evento regionale - 1 iniziativa/informativa in ogni Azienda
Dare continuità all'ambulatorio HIV dell'Istituto focalizzato sulla diagnosi, gestione e terapia dei pazienti con infezione da HIV (con o senza Tumori associati) o a rischio di HIV per stili di vita o esposizione professionale	<ul style="list-style-type: none"> - Test sierologico per HIV, counselling e visita medica per tutti i soggetti a rischio di HIV, entro massimo 7 gg dalla prenotazione per le esposizioni croniche, entro massimo 24 h per le esposizioni acute (professionali e non professionali). - In caso di esposizioni acute, test sierologico rapido sulla potenziale sorgente di infezione. - Profilassi antiretrovirale post-esposizione o pre-

	esposizione, secondo le Linee Guida Nazionali
Potenziare/riattivare la collaborazione con i SERT, Carceri, Consulitori	<ul style="list-style-type: none"> - Test sierologici per HIV e patogeni associati, counselling e visita medica presso il Nostro Istituto o con interventi programmati in loco nelle varie Istituzioni. - Coinvolgimento degli Operatori Sanitari extra-CRO nella discussione settimanale dei casi clinici.
Dare continuità alla Formazione della Popolazione Generale e degli Operatori Sanitari	<ul style="list-style-type: none"> - Conferenze destinate alla Popolazione Generale e agli Studenti (meeting scolastici) sulle modalità di contagio e storia naturale dell'HIV. - Corsi sull'esposizione professionale e non-professionale per Medici dei PS Ospedalieri ed MMG.
Tutti gli ospedali partecipanti ai programmi di sorveglianza delle ICA, con evidenza di monitoraggio degli indicatori regionali	Indicatori regionali monitorati
Effettuare in tutti gli ospedali per acuti la Point Prevalence Survey sulle infezioni correlate all'assistenza	PPS effettuata
Effettuare in tutti gli ospedali per acuti la Point Prevalence Survey sul consumo degli antibiotici.	Report aziendale sul consumo di antibiotici
Formazione degli operatori sull'uso appropriato degli antibiotici in ospedale e nelle strutture residenziali per anziani	Almeno 1 iniziativa di formazione con coinvolgimento del 25% degli operatori CRO

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

Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso
Garantire la formazione dei propri operatori sull'antimicrobial stewardship	<p>In ogni azienda almeno il 25% di medici prescrittori formati</p> <p>Organizzazione di una o più iniziative formative sull'antimicrobial stewardship fino al raggiungimento di almeno il 25% di medici prescrittori, tenendo conto anche delle indicazioni della Regione e del Gruppo Regionale Rischio Clinico (in particolare del Corso Regionale organizzato da quest'ultimo nel 2016 sullo stesso argomento)</p>
Diffondere a tutti gli operatori sanitari la reportistica regionale sulle resistenze batteriche	<p>Report inviato in formato elettronico a tutti gli operatori sanitari coinvolti in prescrizione e somministrazione di farmaci</p> <p>Invio in formato elettronico dei report regionali disponibili sulle resistenze batteriche a tutti gli</p>

	operatori sanitari coinvolti in prescrizione e somministrazione di farmaci e loro presentazione in appositi Corsi sull'uso appropriato degli antibiotici.
In applicazione del Piano generale regionale di risposta alle emergenze, definire formalizzare l'unità di crisi aziendale	Unità di crisi aziendale formalizzata

3.3 ASSISTENZA PRIMARIA

3.3.2 Accreditamento	
Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso
Partecipazione attiva al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti.	Ogni AAS e ASUI mette a disposizione per i sopralluoghi, secondo le indicazioni della direzione centrale salute, i valutatori per almeno 20 giornate; ogni IRCCS per almeno dieci giornate.
Gli enti del SSR collaborano allo sviluppo dell'organismo tecnicamente accreditante (OTA), costituito da tutti i referenti dell'accREDITAMENTO istituzionale, secondo le direttive dell'Intesa CSR del 19/2/2015 recepita con la DGR 2220/2015	L'organismo tecnicamente accreditante (OTA), con il coordinamento dei referenti dell'accREDITAMENTO di ASUITS, AAS 2 e EGAS che hanno partecipato al corso di formazione organizzato dall'AGENAS, definisce le regole di funzionamento interno e la propria politica (mission, vision e obiettivi) secondo le indicazioni della DGR 2220/2015 e le trasmette per l'approvazione alla direzione centrale salute entro il 2017.

3.3.17 Privacy	
Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso
Per facilitare l'attivazione del fascicolo sanitario elettronico (FSE), previsto per l'anno 2017, le Aziende intensificheranno la raccolta dei consensi al trattamento dei dati personali, in modo da estenderla a tutti i cittadini.	

3.4 PROGETTI ATTINENTI ATTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALI.

3.4.3 Malattie rare	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Malattie rare	<ul style="list-style-type: none"> - Produrre entro il 31.12.2017 almeno 1 percorso assistenziale per ogni gruppo nosologico - Implementare il flusso informativo al registro regionale di cui al DM 279/2001

3.4.7 Erogazione dei livelli di assistenza	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Erogazione dei livelli di assistenza	<ul style="list-style-type: none"> - Riduzione del tasso di ospedalizzazione al 125 x mille - Riduzione del numero dei ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica portandolo al di sotto del 30% per gli adulti - Riduzione della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti ≥ 65 anni, portandola al di sotto del 4%
Recupero di almeno il 25% della fuga extraregionale di ricovero e di specialistica ambulatoriale rispetto ai dati 2015 di ogni AAS/ASUI Aderenza alle raccomandazioni delle Linee con verifica preventiva della fuga di prestazioni di oncologia	Recupero della fuga delle prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale di almeno il 25% (Analisi congiunta con AAS5 della fuga di prestazioni relativamente all'oncologica)
Individuazione da parte di ogni AAS/ASUI/IRCCS di almeno 3 pacchetti di prestazioni da eseguire in day service ambulatoriali, con formale trasmissione degli stessi alla DCS entro il 30 giugno 2017, per l'autorizzazione.	Ottimizzazione dei percorsi ed attenzione al pazienti in termini di semplificazione di accesso ed equità (Interventi di Chirurgia Ambulatoriale per Biopsie di neoformazioni pigmentate della cute, Trattamenti di chemioterapia di breve durata e/o per os, Percorsi diagnostici in caso di sospetto di patologia neoplastica)

3.4.8 Rischio clinico, qualità e appropriatezza nell'erogazione delle cure	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Rischio clinico	
Messa a regime delle indicazioni e delle raccomandazioni fino ad ora sviluppate nei diversi campi e misurazione e verifica della loro adozione.	Monitoraggio della adozione delle indicazioni e raccomandazioni regionali secondo quanto previsto dal gruppo di coordinamento regionale sul rischio clinico.

Strutturazione della rete in accordo con al delibera n. 1970 del 21.10.2016 "DM 279 – Rete Cure Sicure FVG della Regione Friuli Venezia Giulia: modello organizzativo"	Implementazione di quanto previsto dalla DGR n. 1970 del 21.10.2016 "DM 279 – Rete Cure Sicure FVG della Regione Friuli Venezia Giulia: modello organizzativo"
Sicurezza del farmaco	Sistematica adozione della riconciliazione farmacologica nei diversi contesti assistenziali
Adozione delle misure di "antimicrobial stewardship"	<ol style="list-style-type: none"> 1. valutazione dell'aderenza alle linee guida terapeutiche regionali; 2. implementazione e valutazione dell'impatto delle azioni in essere; 3. adozione e promozione delle strategie per favorire l'empowerment di pazienti e cittadini sull'uso più razionale e consapevole degli antibiotici.
Partecipazione alla "Point Prevalence Survey" e diffusione capillare dei risultati.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Invio al gruppo di coordinamento regionale dei dati di prevalenza sulle infezioni ospedaliere e sull'uso degli antibiotici, secondo la tempistica concordata 2. Diffusione capillare dei risultati all'interno dell'istituto
Adozione di strumenti per la valutazione dello stato nutrizionale del paziente	<ol style="list-style-type: none"> 1. partecipazione con proprio esperto al tavolo di lavoro regionale 2. adozione degli strumenti condivisi
Identificazione, coinvolgimento e formazione anche attraverso la partecipazione agli eventi formativi organizzati dalla DCSISPS dei referenti e dei <i>link professional</i> aziendali dei progetti regionali.	Partecipazione ai progetti regionali attraverso la messa a disposizione degli operatori del CRO individuati come referenti e <i>link professional</i> aziendali
Empowerment dei cittadini e dei pazienti sulle tematiche del rischio	<ol style="list-style-type: none"> 1. valutazione dell'utilizzo del modulo di "integrazione della lettera di dimissione"; 2. predisposizione e diffusione dei materiali informativi destinati ai cittadini.
Qualità ed appropriatezza nell'erogazione delle cure	
Esami preoperatori in pazienti a basso rischio.	Riduzione indagini preoperatorie inappropriate
Nutrizione artificiale in pazienti con <i>tumore in fase terminale</i>	Definizione contenuti e avvio attività del Programma aziendale della Nutrizione Oncologica
Posizionamento del catetere urinario	<ol style="list-style-type: none"> 1. Applicazione della procedura aziendale per la prevenzione delle infezioni delle vie urinarie catetere-correlate 2. Applicazione del bundle per la gestione del catetere vescicale per la prevenzione delle infezioni delle vie urinarie

Posizionamento del catetere urinario	<ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="794 197 1394 309">1. Applicazione della procedura aziendale per la prevenzione delle infezioni delle vie urinarie catetere-correlate<li data-bbox="794 320 1394 432">2. Applicazione del bundle per la gestione del catetere vescicale per la prevenzione delle infezioni delle vie urinarie
--------------------------------------	--

3.5 ASSISTENZA FARMACEUTICA

Assistenza farmaceutica	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Tetti Spesa Farmaceutica	
Spesa farmaceutica	Rispetto dei tetti fissati per la - Farmaceutica ospedaliera (comprensiva anche della spesa per i farmaci di fascia A erogati direttamente e in distribuzione per conto): 6,89% del FSR - Farmaceutica territoriale (contenente la sola spesa farmaceutica convenzionata): 7,96% del FSN
Prescrittori	
<p>Al fine di verificare appropriatezza delle prescrizioni e di favorire la scelta dei principi attivi col miglior rapporto costo-beneficio, la direzione dispone che:</p> <ul style="list-style-type: none"> - i prescrittori registrino tutte le terapie con farmaci dotati di obbligo di registrazione (piattaforma AIFA, RPM) per i nuovi pazienti con tre gg lavorativi di anticipo su somministrazione - i prescrittori prescrivano per principio attivo e il farmacista gestisca scelta e approvvigionamento del prodotto -- siano predisposti report mensili/trimestrali dei consumi secondo schema * e con analisi degli scostamenti tra previsione e dati di consumo in corso d'anno - siano organizzati incontri mensili coi direttori e responsabili delle oncologie di verifica sull'andamento dei consumi, con invio dei report a tutti i prescrittori - siano organizzati incontri mensili delle singole equipe di audit clinico per la valutazione della appropriatezza 	<ul style="list-style-type: none"> - <3% pazienti off-label rispetto ai criteri del registro oncoAIFA; - monitoraggio mensile degli off-label autorizzati dalla Direzione Sanitaria; - esistenza report mensili secondo schema concordato - almeno 10 incontri di audit anno per confronto sui consumi e verifica appropriatezza indicazioni rispetto ai PDTAR e alle linee-guida - definizione numero cartelle da sottoporre ad audit per specifica patologia
Distribuzione diretta farmaci ad alto costo	
Nell'ambito della distribuzione diretta dei farmaci ad alto costo le Aziende eroganti in tale ambito definiscono idonei percorsi che consentano la verifica dell'appropriatezza d'uso anche da parte delle AAS di residenza del paziente.	Trasmissione alla DCS delle evidenze delle attività svolte

Biosimilari	
<p>Al fine di favorire la scelta dei principi attivi col miglior rapporto costo-beneficio, la direzione dispone che:</p> <ul style="list-style-type: none"> • i prescrittori prescrivano per principio attivo e il farmacista gestisca scelta e approvvigionamento del prodotto • salvo specifiche e motivate indicazioni del prescrittore potrà esservi schift di pazienti già in trattamento con un prodotto verso il biosimilare disponibile in gara e con il miglior rapporto di costo per dose 	<p>90% pazienti sono trattati con farmaco meno costoso tra medesimo principio attivo biosimilare disponibile in gara EGAS</p>
Distribuzione diretta 1° ciclo terapia Percentuali utilizzo medicinali brevetto scaduto e biosimilari	
<p>Al fine di favorire la scelta dei principi attivi col miglior rapporto costo-beneficio, la direzione dispone che:</p> <ul style="list-style-type: none"> • In dimissione da visita ambulatoriale o da ricovero (DO e DH) siano prescritti i farmaci per principio attivo e sia favorita la scelta dei farmaci a brevetto scaduto con il miglior rapporto costo-beneficio sia oncologici sia di supporto (antidolorifici, ace-inibitori versus sartani,..) <p>Quando appropriato siano prescritti i PPI in dosaggio previsto per la prevenzione del danno gastrico da FANS e non terapeutico sulla base del Choosing Wisely allegato **</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 90% delle dosi prescritte sono distribuite su prescrizione PSM e prevedono l'impiego di principi attivi biosimilari e generici individuati tramite gara EGAS • Audit su almeno 200 lettere di dimissione e 500 referti ambulatoriali di verifica delle indicazioni di prescrizione date e valutazione della % di equivalenti o biosimilari su genericabili • 80% pazienti dimessi da visita e ricovero con DD farmaci • Trasmissione dei risultati della valutazione campionaria svolta su indicazione della Direzione Centrale Salute
Medicinali registro Aifa	
<p>Al fine di ottimizzare le potenzialità di recupero di quanto dovuto sulla base delle regole di COST, RISK SHARING E PAY BACK dei farmaci ad alto costo sottoposti a specifico registro AIFA, la direzione aziendale dispone che:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tutti i prescrittori registrino individualmente e in tempo reale su registro AIFA le informazioni necessarie al fine di procedere con le eventuali procedure di rimborso <p>Le registrazioni dei nuovi trattamenti avvengano con almeno 3 giorni di anticipo su inizio trattamenti</p>	<p>100% schede AIFA compilate nei modi e tempi previsti dalla norma</p>
Farmacovigilanza	
Sul tema della farmacovigilanza continuano le	Evidenza della partecipazione alle

<p>attività già avviate a livello regionale dalla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, quali la segnalazione spontanea in pronto soccorso, la segnalazione nell'ambito della dimissione da ricovero ospedaliero. Verranno inoltre avviati un percorso formativo a distanza (FAD) specifico sull'utilizzo della nuova piattaforma nazionale Vigifarmaco, nonché i progetti di farmacovigilanza attiva approvati dall'Agenzia italiana del farmaco. Su tali iniziative gli Enti del SSR assicurano la partecipazione dei sanitari interessati e per il supporto alle attività organizzative. In tale ambito continua a trovare applicazione la convenzione di cui alle DGR 435/2013 e 2199/2014. In generale, anche tramite convenzione della direzione centrale con gli Enti del SSR potranno essere avviati progetti sulle attività stabilite dalla DGR 1365/2015, volti a favorire un'informazione indipendente sull'impiego sicuro del farmaco, utilizzando i fondi statali dedicati a tali iniziative.</p>	<p>progettualità avviate dalla DCS e alle attività formative organizzate dalla stessa</p>
<p>Cartella oncologica</p>	
<p>Al fine di promuovere la corretta e completa compilazione della cartella elettronica, la direzione aziendale dispone che:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sia assegnato a tutte le equipe obiettivo di budget coerente col risultato atteso - Siano predisposti report mensili di verifica del livello di raggiungimento 	<p>100% compilazione campi obbligatori</p>
<p>Aziende con logistica centralizzata Prescrizione informatizzata piano terapeutici</p>	
<p>Promuovere la completa informatizzazione dei Piani Terapeutici e della Distribuzione Diretta</p>	<p>100% PSM elettroniche</p>
<p>Flussi informativi</p>	
<p>Le Aziende sanitarie assicurano, per tramite dei responsabili individuati dalle stesse, l'implementazione, le verifiche ed i controlli di congruenza dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese, anche utilizzando la reportistica a disposizione sul portale SISR (mancati invii,</p>	<p>- Le verifiche e controlli sui flussi informativi verso le amministrazioni centrali vengono effettuati entro il 10 di ogni mese - Viene garantita l'integrale copertura della fase 3 su fase 2 (I target sono rilevati dalla DCS)</p>

<p>prezzi medi, revocati, ecc). 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) per quanto riguarda la distribuzione diretta. In fase di erogazione diretta dei medicinali è inoltre inserito a sistema il codice targatura.</p>	<p>Trasmissione alla DCS delle evidenze di eventuali controlli e verifiche effettuate (report)</p>
<p>Sempre con riferimento ai flussi informativi, l'Azienda dà riscontro agli eventuali approfondimenti richiesti dalla Direzione Centrale, anche su istanza Ministero della Salute, entro 15 giorni dalle comunicazioni.</p>	<p>L'Azienda dà riscontro agli eventuali approfondimenti richiesti dalla Direzione Centrale, anche su istanza Ministero della Salute, entro 15 giorni dalle comunicazioni (Indicatore misurato da DCS)</p>

3.7 RAPPORTI CON I CITTADINI

3.7.1 Tempi di Attesa							
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso						
Garanzia erogativa							
Assicurare la "garanzia" erogativa per tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale dell'allegato 1	"garanzia" erogativa per le priorità B al > 95%, per la priorità D al > 90% e per le priorità P al > 85%.						
<table border="1"> <tr> <td>44</td> <td>Brachiterapia</td> </tr> <tr> <td>45</td> <td>Teleterapia con acceleratore lineare</td> </tr> <tr> <td>46</td> <td>Tomoterapia</td> </tr> </table>	44	Brachiterapia	45	Teleterapia con acceleratore lineare	46	Tomoterapia	
44	Brachiterapia						
45	Teleterapia con acceleratore lineare						
46	Tomoterapia						
<p>Per le prestazioni 44, 45 e 46 la clausola di garanzia è l'Erogazione della prima seduta entro 30 giorni dalla visita radioterapica. Data la rilevanza e complessità dell'argomento, anche alla luce della riorganizzazione regionale, la Direzione Centrale Salute attiverà un tavolo di analisi e monitoraggio per questo specifico tema.</p>							
Implementazione sistema Cup							
Implementazione del sistema CUP regionale	<ul style="list-style-type: none"> - Messa a disposizione del CUP regionale entro il 31.12.2017 di tutte le agende di prestazioni ambulatoriali che non richiedano una valutazione da parte dello specialista propedeutica alla loro prenotazione - Organizzazione delle agende di specialistica ambulatoriale che consenta la prenotazione online del cittadino di tutta l'offerta disponibile a call center 						
Rispetto tempi di attesa							
<p>Rispetto dei tempi di attesa per gli interventi indicati</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verifica del rispetto dei valori soglia indicati determina, per i medici delle strutture interessate, con eventuale sospensione della possibilità di svolgere la libera professione specifica 	<ul style="list-style-type: none"> • Allineamento ai dati del PNE • Interventi per 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. 						
Libera professione							
Libera professione	Le AAS/ASUI/IRCCS sono tenute a sospendere la libera professione intra-moenia ai medici delle strutture che non rispettano i valori soglia e/o che non hanno reso disponibile a CUP regionale tutte le agende di prenotazione delle visite/prestazioni						
Monitoraggi							

Monitoraggi tempi d'attesa	Contestualmente al monitoraggio le aziende sono tenute a mantenere anche il monitoraggio nazionale
-----------------------------------	---

3.7.2 Apertura dei reparti di terapia intensiva e semi-intensiva ai care givers

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
<p>L'abolizione delle limitazioni non motivatamente necessarie (es. effettiva necessità di isolamento) poste a livello temporale per i care giver indicati dai pazienti, con presenza di uno per volta. La misurazione sarà fatta dal call center regionale che telefonerà ad un campione significativo di pazienti/familiari ricoverati in tali degenze. L'obiettivo si ritiene raggiunto in caso di risposta affermativa in almeno il 90% dei pazienti, non raggiunto al di sotto del 40%.</p> <p>Il calcolo sarà effettuato sui dimessi degli ultimi 6 mesi dell'anno 2017</p>	<p>- evidenza del percorso e sua attuazione per garantire l'obiettivo regionale</p> <p>Libero accesso dei care-givers ai degenti ricoverati in TI e semi-TI. Entro giugno 2017 per permettere alla regione la rilevazione del dato</p>

3.7.3 Presenza del care giver in corso di visita nei reparti di degenza

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
<p>L'obiettivo per il 2017, per tutte le degenze della Regione è la possibilità dei pazienti di avere accanto a sé il care giver al momento della visita medica o dell'esecuzione delle procedure assistenziali. La misurazione sarà fatta dal call center regionale che telefonerà ad un campione significativo di pazienti/familiari ricoverati in tali degenze dopo il 1° maggio. Trattandosi dell'anno di avvio del progetto, la misurazione verrà effettuata <u>solo sui pazienti > 70 anni</u>.</p> <p>L'obiettivo si ritiene raggiunto in caso di risposta affermativa in almeno l'90% dei pazienti e non raggiunto al di sotto del 40%. Il calcolo sarà effettuato sui dimessi degli ultimi 6 mesi dell'anno 2017.</p>	<p>- evidenza del percorso e sua attuazione per garantire l'obiettivo regionale</p> <p>Libero accesso dei care-givers alle degenze durante la visita medica entro giugno 2017 per permettere alla regione la rilevazione del dato</p>

3.7.4 Contatto telefonico dopo la dimissione da un intervento chirurgico (recall)

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Accertamento delle condizioni cliniche e assistenziali del paziente dopo la dimissione	Contatto telefonico entro 5 giorni dalla dimissione per raccogliere informazioni

<p>da un intervento chirurgico</p>	<p>relative al decorso clinico assistenziale. La valutazione sarà effettuata su un campione di pazienti e l'obiettivo sarà: – raggiunto: risposta positiva in almeno il 90% dei pazienti campionati - non raggiunto: risposta positiva al di sotto del 40% dei pazienti - parzialmente raggiunto: risposta positiva per percentuali comprese tra 40% ed il 90%</p>
---	---

<p>3.7.5 Individuazione del medico responsabile della gestione del paziente</p>	
<p>Obiettivo Aziendale</p>	<p>Risultato atteso</p>
<p>Da maggio 2017 ogni paziente ricoverato in ospedale in regime di ricovero ordinario > a 4 gg. deve ricevere l'informazione di chi è il medico responsabile della gestione del proprio caso e che, pertanto, assicura la coerenza delle diverse azioni che caratterizzano l'intera degenza</p>	<p>- evidenza del percorso e sua attuazione per garantire l'obiettivo regionale Almeno il 90 % dei pazienti ricoverati in regime ordinario con una degenza di almeno 4 gg deve ricevere l'informazione del medico responsabile che lo ha in cura.</p>

4. FLUSSI INFORMATIVI

Flussi informativi	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Avvio nuova scheda di dimissione ospedaliera (SDO)	
La corretta compilazione dei nuovi campi sarà monitorata all'interno di un programma comprendente anche le attività di supporto garantita dalla regione e diventerà oggetto di valutazione a partire dal secondo semestre 2017.	Adozione della nuova SDO entro il primo semestre 2017
Qualità dei dati ai fini amministrativi, epidemiologici e gestionali	
Qualità dei dati ai fini amministrativi, epidemiologici e gestionali	Partecipazione al programma di formazione regionale. A conclusione della formazione è attesa la corretta compilazione di almeno il 90% delle schede di morte e il 90% delle SDO.
Flussi informativi	
Flussi Ministeriali	Corretta alimentazione e rispetto dei tempi di invio di tutti i flussi ministeriali di competenza aziendale
Obblighi informativi e indicatori	
Obblighi informativi e indicatori	Manutenzione e monitoraggio della congruità delle basi dati con il coordinamento della DCS
Supporto a progetti di valenza regionale integrati fra assessorati	
Proseguimento dell'attività di monitoraggio biologico umano delle popolazioni residenti in prossimità della Ferriera di Servola (Trieste) e della centrale A2A di Monfalcone	Entro febbraio 2017 sarà completato lo studio pilota iniziato nel novembre 2016 sul monitoraggio biologico umano dei cittadini di Monfalcone residenti in prossimità della centrale A2A. Il monitoraggio biologico umano dei cittadini residenti nel quartiere di Servola in prossimità della Ferriera verrà completato entro il mese di aprile 2017. In base ai risultati dei due studi pilota, verranno definite – con tutti i portatori di interesse locali e regionali - le modalità di attivazione su larga scala del monitoraggio biologico umano dei cittadini residenti in prossimità sia della centrale A2A di Monfalcone che della Ferriera di Servola (Trieste).
Proseguimento della partecipazione alle attività dell'Osservatorio Ambiente e Salute della regione Friuli Venezia Giulia	Come nel 2016, anche per l'anno 2017 il direttore della SOC Epidemiologia e Biostatistica e direttore del Registro Tumori del Friuli Venezia Giulia prenderà parte attiva alle riunioni del Comitato Tecnico Scientifico dell'Osservatorio Ambiente e

	Salute della regione Friuli Venezia Giulia e alle attività che verranno di volta in volta definite in tale sede. Tale partecipazione riguarda, in particolar modo, la valutazione del rischio oncologico nelle aree regionali di crisi ambientale.
Clima interno	
Nel 2017 verrà completata la seconda parte della valutazione del clima interno come da piano definito dalla DCS (prima parte eseguita nel 2015)	

5.SISTEMA INFORMATIVO

FIRMA DIGITALE	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Implementazione della firma digitale nei documenti indicati	Raggiungimento dei valori indicati: <ul style="list-style-type: none"> - Dove presenti gli applicativi gestionali del G2 Clinico > 90%, in particolare la lettera di dimissione ospedaliera - Laboratorio e microbiologia > 98% - Medicina trasfusionale > 98 % - Anatomia patologica > 98 % - Radiologia > 98%
Ricetta dematerializzata	Farmaceutica e specialistica da estendere a tutti i medici convenzionati, specialisti, MMG e PLS
PACS	
prosecuzione dell'estensione nel settore dell'endoscopia digestiva ed avvio dell'estensione nell'ambito residuale dell'endoscopia ambulatoriale e in radioterapia	Realizzazione dell'estensione secondo le indicazioni regionali
Messa a regime del caso d'uso relativo alla consultazione /visualizzazione di referti e immagini in situazione emergenziale inter-aziendale nel pieno rispetto dei vincoli e raccomandazioni del Garante della Privacy, previa verifica di disponibilità della rete telematica regionale a larga banda	Supporto all'implementazione del caso secondo le indicazioni regionali
Sviluppo e implementazione del caso d'uso relativo alla consultazione/ visualizzazione di referti e immagini in ambito inter-aziendale per il tramite del fascicolo sanitario, nel pieno rispetto dei vincoli e raccomandazioni del Garante della Privacy, previa verifica di disponibilità della rete telematica regionale a banda larga.	Supporto all'implementazione del caso d'uso secondo le indicazioni regionali
Conduzione dello sviluppo e avvio della fase di test della soluzione di integrazione SIO/PACS per la produzione di un referto multimediale/strutturato in Radiologia, Medicina nucleare e Ecocardiografia	Supporto alla conduzione secondo le indicazioni regionali

PROGETTUALITA' AZIENDALI**Sviluppare la partecipazione alla ricerca ed ai trials clinici**

Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso
<ul style="list-style-type: none"> • Potenziamento delle attività di ricerca sia clinica che traslazionale dell'Istituto. • Potenziamento degli ambulatori clinico-sperimentali • Potenziamento del nucleo di supporto ai clinical trials • Sviluppo della collaborazione coi professionisti di AAS5 per promuovere il loro coinvolgimento nelle attività di ricerca promosse dall'istituto 	<ul style="list-style-type: none"> • Incremento pazienti in prima visita valutati come candidati ed eventualmente arruolati in Clinical Trials • Incremento partecipazione ricercatori ai team multidisciplinari di patologia • Organizzazione di corsi di formazione per consolidare competenze di metodologia della ricerca con coinvolgimento anche di equipes di AAS5

Sviluppare nuovo sistema di gestione delle Risorse Umane per la valorizzazione e valutazione dei collaboratori

Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso
<ul style="list-style-type: none"> • Conseguire un miglioramento del clima nell'ambiente di lavoro e un miglioramento della quantità e qualità del lavoro in un contesto caratterizzato da ridotto turn-over (età media elevata, anche a causa di limitazione nell'accesso alla pensione), da limitati spazi di espansione della spesa per acquisizione di nuove R.U. e da un'estesa platea di professionisti che operano nella ricerca mediante rapporti atipici. • Riduzione numero operatori con situazioni di isolamento lavorativo, da intendersi come maggiore coinvolgimento e motivazione, fenomeno comunque non allarmante. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adozione di un nuovo modello strutturato di valutazione dei collaboratori e di analisi e sviluppo delle competenze • Incremento del numero di schede di valutazione condivise tra valutatore e valutato

Sviluppare sistemi di allocazione ottimale della dotazione organica e analisi dei carichi di lavoro

Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso
<p>La finalità del progetto è di fornire dei parametri di riferimento per il calcolo delle dotazioni organiche da parte delle Strutture Dipartimentali, in modo da ottenere omogenei livelli di assistenza, all'interno dell'Istituto, nel rispetto dei diritti e dei doveri contrattuali degli operatori. Il progetto tiene conto anche delle varie attività di ricognizione, registrazione e rendicontazione per portare ad un miglioramento continuo delle condizioni di lavoro</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Parametri omogenei di composizione degli organici aziendali per le diverse figure professionali. (N° di SOC/S che hanno adottato il nuovo sistema) - Bench-marking con altre strutture con caratteristiche simile (IRCCS Oncologici) - Adozione dei nuovi standard come strumento di budgeting - Sviluppo di un sistema strutturato di calcolo dei

e del clima interno, fattore fondamentale per la crescita professionale dei dipendenti e della reputazione esterna (fattore attraente) dell'IRCCS-CRO.	carichi di lavoro correlati alla produzione attesa
--	--

Sviluppare l'empowerment della comunità: programmi di collaborazione multi livello con istituzioni e associazioni del volontariato

Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso
Il Centro di Riferimento Oncologico con questo progetto si pone l'obiettivo di entrare in rete con le associazioni di volontariato e le istituzioni politiche, laiche e religiose del territorio per realizzare con esse una reciproca collaborazione necessaria alla creazione di iniziative volte all'interesse pubblico in campo oncologico. Entrare in rete implica comunicare, attivamente con le associazioni e le istituzioni per la creazione di un canale dialogico (formato da contatti, collaborazioni, richieste e offerte) che ha come principale finalità la cura del paziente oncologico.	<ul style="list-style-type: none"> • Inseadimento di un coordinamento di operatori e associazioni in staff alla direzione generale • Organizzazione di corsi di formazione e incontri presso tutte le sedi del CRO e presso sedi del territorio su temi pertinenti di educazione alla salute e informazione • Adozione di indicatori e report di presentazione dei risultati, livello di coinvolgimento dei professionisti e delle istituzioni

Sviluppare percorsi di comunicazione privilegiata per mmg e associazioni dei pazienti

Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso
Il CRO, in quanto struttura di ricovero e cura a carattere scientifico, ha una tradizione in tema di umanizzazione della cura e dell'assistenza e di soluzioni innovative su questi argomenti. Da indagini interne strutturate emerge la necessità di migliorare due aspetti: <ul style="list-style-type: none"> • Comunicazione con i MMG • Accoglienza/comunicazione con/e per i pazienti (che include la collaborazione strutturata con le associazioni di volontariato) 	<ul style="list-style-type: none"> • Incremento dell'appropriatezza delle richieste di prestazioni per pz oncologici che provengono dal territorio • Incremento del numero di pazienti inseriti in PDTA con accoglienza affidata al case manager • Accorpamento delle attività di accettazione, prenotazione, consegna referti, pagamento ticket

Sviluppare progetti trasversali su fasi 1

Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso
<ul style="list-style-type: none"> • Attivare l'Unità di Fase 1 • Attivare la formazione degli operatori sanitari per soddisfare i requisiti AIFA, • Attivare strategie per potenziare la partecipazione a progetti di fase 1 	Incrementare la capacità attrattiva del CRO nei confronti dell'industria farmaceutica e promuovere l'inserimento attivo del gruppo di studio Fasi 1 nelle reti nazionali ed internazionali. Avviare progetti di fase 1 in radioterapia e

	chirurgia
--	-----------

Sviluppare progetti trasversali di terapie cellulari

Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso
Avviare protocolli sperimentali in diversi ambiti clinici che prevedono somministrazione di terapie cellulari avanzate	Estensione accreditamento JACIE alle terapie cellulari avanzate e alla conservazione e distribuzione dei prodotti cellulari autologhi Definizione di una proposta di codici DRG specifici per le terapie cellulari avanzate Incremento protocolli attivi di TCA

Sviluppare progetti trasversali sulle terapie chirurgiche innovative

Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso
Sviluppo di tecnologie applicate di tipo chirurgico innovativo con respiro multidisciplinare.	Incremento della mobilità attiva su interventi di chirurgia oncologica innovativa Aumento della capacità collaborativa multidisciplinare dei professionisti

Implementare PDTAR interaziendali sulle principali patologie oncologiche

Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso
Implementazione dei Programmi di Presa in Carico multi professionale e multidimensionale delle principali patologie oncologiche: prevenzione, cura, riabilitazione, follow-up e ricerca	<ol style="list-style-type: none"> Formalizzazione e implementazione dei PDTA relativi a: <ul style="list-style-type: none"> - Melanoma - Neoplasie della mammella - Neoplasie dell'ovaio - Neoplasie dello stomaco Avvio di gruppi di lavoro per la definizione dei PDTA relativi a: <ul style="list-style-type: none"> - Neoplasie dell'apparato urogenitale (vescica, rene, prostata) - Sarcomi - Neoplasie di testa-collo - Neoplasie del polmone - Neoplasie del tenue - Neoplasie del colon-retto - Neoplasie epatobiliari - Patologie oncoematologiche

Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi

“EGAS”

3.1 PROGETTI DI RIORGANIZZAZIONE DELLE FUNZIONI

3.1 PROGETTI DI RIORGANIZZAZIONE DELLE FUNZIONI

3.1.1 Atto aziendale	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Atto aziendale	- Invio entro il 31/10/2017 di una relazione alla Direzione Centrale Salute sullo stato di applicazione del proprio atto aziendale

3.1.3. Riorganizzazione delle funzioni	
Obiettivo	Risultato atteso
ATTIVAZIONE E/O ACQUISIZIONE FUNZIONI	
Acquisizione funzione CeForMed	Acquisizione della funzione entro il 31.12.2017 secondo le indicazioni operative della DCSISPS
Acquisizione Area Welfare	Acquisizione della funzione entro il 31.12.2017 secondo le indicazioni operative della DCSISPS
Attivazione Health Technology Assessment	Attivazione del servizio entro il 31.10.2017
Attivazione Epidemiologia	Gestione dei flussi informativi verso i livelli istituzionali competenti per conto della DCSISPS
SVILUPPO PROGETTUALITA'	
Gestione unitaria servizio ristorazione	Predisposizione bando e avvio delle procedure di gara entro il 31.12.2017
Gare centralizzate	Espellimento delle gare secondo i fabbisogni rappresentati dalle Aziende e le priorità definite in sede di Comitato di Indirizzo, previa coordinazione e stesura capitolati tecnici
Gestione centralizzata assicurazioni RC	Garantire l'attivazione della funzione come da cronoprogramma di applicazione della DGR 1970/2016
Centralizzazione funzione stipendi - previdenza	Sviluppo progetto centralizzazione funzione

AAS3-ASUI UD in EGAS	avviato nel IV trimestre 2016
FUNZIONI AMMINISTRATIVE E TECNICHE	
Concorsi centralizzati area comparto	Avviare e/o espletare le procedure secondo le priorità individuate dal Comitato di Indirizzo
Consolidamento provveditorato unico AAS3 e ASUI UD	Le funzioni di provveditorato individuate dal Comitato di Indirizzo sono assicurate al 100% dal provveditorato EGAS compatibilmente con l'acquisizione delle necessarie informazioni dalle Aziende confluite
Razionalizzazione della gestione amministrativa dei beni e costituzione banca dati regionale dei farmaci e dei dispositivi medici in grado di fornire agli operatori informazioni aggiuntive rispetto a quelle già presenti nelle banche dati esistenti	Evidenza progetto elaborato in collaborazione con Fondazione CRUP e Centro Ricerche Economiche e Formazione (CREF)

3.1.5. Urgenza emergenza

Obiettivo	Risultato atteso
Attuazione DGR 2039/2015	<p>a) Attivazione della nuova Centrale operativa 118 regionale</p> <p>b) consolidamento Centrale Operativa 118 regionale integrata con NUE 112;</p> <p>c) rinnovo parco ambulanze ove necessario;</p> <p>d) avvio piano per l'accreditamento della centrale.</p>

3.2 PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

3.2.3 Screening oncologici (Programma Il PRP)

Obiettivo	Risultato atteso
Estendere il modello organizzativo del centro di lettura di Udine a tutta la Regione, creando un centro unico di lettura regionale, che mantenendo le attuali sedi di refertazione favorisca, di concerto con la DCSISPS, la composizione di terne arbitrali atte a migliorare la performance di refertazione	Centro regionale unico di lettura per lo screening mammografico, attivato entro il 31.12.2017

3.3 ASSISTENZA PRIMARIA**3.3.2. Accredimento**

Obiettivo	Risultato atteso
Gli enti del SSR collaborano allo sviluppo dell'organismo tecnicamente accreditante (OTA), costituito da tutti i referenti dell'accREDITAMENTO istituzionale, secondo le direttive dell'intesa CSR del 19/2/2015 recepita dalla DGR 2220/2015	L'OTA, con il coordinamento dei referenti dell'accREDITAMENTO di ASUI TS, AAS2 e EGAS che hanno partecipato al corso di formazione organizzato da AGENAS, definisce le regole di funzionamento interno e la propria politica (mission, vision e obiettivi) secondo le indicazioni della DGR 2220/2015 e le trasmette per l'approvazione alla DCS entro il 2017

3.4 PROGETTI ATTINENTI LE ATTIVITA' CLINICO ASSISTENZIALI**3.4.6. Sangue ed emocomponenti**

Obiettivo	Risultato atteso
Riorganizzazione dell'attività di raccolta mobile di sangue e plasma sul territorio regionale	Evidenza del progetto e sua attuazione, con il coordinamento della DCSISPS

3.4.8. Rischio clinico

Obiettivo	Risultato atteso
Adeguamento alle disposizioni di cui alla DGR 1970 del 21.10.2016	Gestione del sito internet Stesura report sull'attività legata alla gestione assicurativa nell'ottica del rischio clinico

3.5 ASSISTENZA FARMACEUTICA**3.5. Assistenza farmaceutica**

Obiettivo	Risultato atteso
Consolidamento funzione aggregazione domanda farmaci e monitoraggio	<ul style="list-style-type: none"> a) potenziamento attività di coordinamento e stesura capitolati tecnici per acquisto di farmaci in linea con le evidenze scientifiche ed i principi dell'HTA; b) evidenza mensile lista farmaci aggiudicati a gara con particolare riferimento a DPC; c) evidenza monitoraggio puntuale politiche di acquisto dei medicinali in DPC; d) ristoro somme spettanti a ciascun ente del SSR per Risk sharing, cost sharing e payment by results; e) assicurare i flussi informativi periodici di competenza e garantire il riscontro alle eventuali richieste da parte della Direzione Centrale Salute

entro 15 giorni.

3.7 RAPPORTI CON IL CITTADINO**3.7.1 Tempi d'attesa**

Obiettivo	Risultato atteso
Definizione regole prenotazione CUP	Nuova strutturazione delle informazioni per la prenotazione su CUP web
Monitoraggio tempi d'attesa	<p>Predisposizione ed invio alla Direzione Centrale Salute dei monitoraggi dei tempi di attesa regionali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 12 report mensili - 2 report semestrale - 1 report annuale <p>Evidenza della partecipazione ai monitoraggi nazionali</p>
Agende di prenotazione	<p>Predisposizione ed invio alla Direzione Centrale Salute di 2 report di monitoraggio (uno per ciascun semestre) sull'apertura delle agende e quindi sulla prenotabilità costante di tutte le prestazioni oggetto del monitoraggio dei Tempi di Attesa</p>

3.7.4 Contatto telefonico dopo la dimissione ospedaliera

Obiettivo	Risultato atteso
Verifica dell'avvenuto contatto telefonico da parte della struttura sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> - invio entro il mese di maggio a ciascuna Azienda/Ircss il numero di pazienti da campionare - verifica tramite il call center dell'avvenuto contatto telefonico da parte della struttura sanitaria - invio alla Direzione Centrale Salute entro il 31.12.2017 di una relazione con i risultati dei contatti effettuati.

5. IL SISTEMA INFORMATIVO**5 Sistema informativo**

Obiettivo	Risultato atteso
Supporto alla DCSISPS per attività di	a) completamento dell'estensione del sistema PACS

coordinamento PACS	<p>nel settore dell'endoscopia digestiva ed avvio dell'estensione all'intero ambito dell'endoscopia ambulatoriale (broncoscopia, cisto e colposcopia, ...);</p> <p>b) messa a regime del caso d'uso relativo alla consultazione/visualizzazione di referti e immagini in situazione emergenziale inter-aziendale, nel pieno rispetto dei vincoli e raccomandazioni del Garante della Privacy, previa verifica di disponibilità della rete telematica regionale a larga banda;</p> <p>c) sviluppo e implementazione del caso d'uso relativo alla consultazione/visualizzazione di referti e immagini in ambito inter-aziendale per il tramite del fascicolo sanitario - nel pieno rispetto dei vincoli e raccomandazioni del Garante della Privacy - previa verifica di disponibilità della rete telematica regionale a larga banda;</p> <p>d) 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 e in risposta a specifiche e motivate richieste da parte dei gruppi di utilizzatori clinici già interessati dal sistema PACS;</p> <p>e) conduzione a regime e perfezionamento dell'integrazione dei sistemi PACS dell'ASUI TS nell'impianto PACS regionale;</p> <p>f) conduzione dello sviluppo e avvio della fase di test della soluzione di integrazione SIO/PACS per la produzione di un referto multimediale/strutturato in Radiologia, Medicina nucleare e Ecocardiografia.</p>
Avvio del nuovo sistema software per la gestione della Centrale Operativa 118 regionale	Utilizzo del gestionale CUS di Insiel Mercato presso la Centrale Operativa regionale

ALTRE PROGETTUALITA'**8.3.4 Gestione attività finalizzate delegate**

Obiettivo	Risultato atteso
Gestione pagamenti attività sovra-aziendali delegate	Pagamenti attività finalizzate e/o delegate dalla Regione di cui a tabella 2 "Sovra-aziendali" Linee di gestione 2017

8.3.7. Formazione

Obiettivo	Risultato atteso
Predisposizione piano formativo aziendale (PFA) entro il 30.3.2017 e realizzazione direttamente o tramite altro provider convenzionato delle iniziative formative indicate dalla DCSISPS in coerenza con il piano formativo regionale (PFR)	a) evidenza PFA adottato entro il 31.3.2017; b) realizzazione corsi a valenza aziendale(PFA) e da PFR in forma diretta o convenzionata con altri provider

IL SEGRETARIO GENERALE

IL VICEPRESIDENTE