

CONSOLIDATO PREVENTIVO 2018 – ALLEGATO 1

**PROGRAMMA PREVENTIVO CONSOLIDATO 2018
DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE**

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

INDICE

PREMESSA	pag	3
1. ITER E SCENARIO	"	6
2. LE PROGETTUALITA' ANNUALI		
2.1 Progetti di riorganizzazione delle funzioni	"	11
2.2 Promozione della salute e prevenzione	"	11
2.3 Assistenza distrettuale	"	16
2.4 Assistenza farmaceutica e assistenza integrativa	"	19
2.5 Assistenza sociosanitaria	"	20
2.6 Progetti clinico assistenziali	"	24
2.7 Rapporto con i cittadini	"	26
2.8 Flussi informativi e valutazioni	"	28
2.9 Sistema informativo	"	28
3. LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE	"	30
4. SINTESI DELLA PROGRAMMAZIONE AZIENDALE		
AAS 2 "BASSA FRIULANA-ISONTINA"		
Linee Progettuali	"	35
AAS 3 "ALTO FRIULI-COLLINARE-MEDIO FRIULI"		
Linee Progettuali	"	88
AAS 5 "FRIULI OCCIDENTALE"		
Linee Progettuali	"	134
AS UNIVERSITARIA INTEGRATA DI TRIESTE		
Linee Progettuali	"	181
AS UNIVERSITARIA INTEGRATA DI UDINE		
Linee Progettuali	"	239
IRCCS "BURLO GAROFOLO" DI TRIESTE		
Linee Progettuali	"	283
IRCCS "CRO" DI AVIANO		
Linee Progettuali	"	322
ENTE PER LA GESTIONE ACCENTRATA DEI SERVIZI CONDIVISI		
Linee Progettuali	"	343

PREMESSA

Il presente documento, è il risultato del consolidamento dei programmi annuali per l'anno 2018 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 2018.

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 2018 e le modalità con cui il monitoraggio del programma annuale dovrà essere effettuato.

Capitolo 2 – Le progettualità annuali.

Illustra sinteticamente la programmazione 2018 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 2018 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 alle DGR 561/2018 "LR 49/1996, art 16 e art 20. Programmazione degli investimenti per gli anni 2018/2020 e riforma della DGR 185/2018", DGR 735/2018 "LR 49/1996, art 16 e art 20. Programmazione degli investimenti per gli anni 2018/2020", DGR 790/2018 "LR 49/1996, art 16 e art 20. Programmazione degli investimenti per gli anni 2018/2020 in attuazione alla DGR 561/2018" e DGR 791/2018 "LR 49/1996, art 16 e art 20. Programmazione degli investimenti per gli anni 2018/2020: riforma della DGR 561/2018".

Le sopracitate deliberazioni hanno stabilito il riparto tra gli Enti del SSR delle risorse in conto capitale per il triennio 2018-2020 come di seguito riportato:

Ente del SSR	Finalità	Importo concesso
AAS2	Cervignano - CAP e sede territoriale 1° lotto	4.000.000,00
	Interventi di adeguamento edile impiantistico e tecnologico dei presidi ospedalieri aziendali	17.000.000,00
	Interventi di investimento edili-impiantistici e/o acquisizioni di beni e tecnologici per CAP/Medicina di gruppo e servizi territoriali	800.000,00
	Programma odontoiatria sociale - acquisizione beni	50.000,00
	Quota da ripartire, ai sensi dell'art. 33 comma 10 della LR 26/2015, tra gli enti del Servizio sanitario regionale in misura proporzionale al valore del patrimonio di ciascuno per interventi emergenti e non previsti programmazione degli Enti del SSR	1.252.165,89
	Quota elisuperficie per il PO di Latisana, Gorizia e Lignano	665.000,00
	Quota integrativa CUV-CUPRO - PO Palmanova	150.000,00

Ente del SSR	Finalità	Importo concesso
Totale AAS2		23.917.165,89
AAS3	Gemonà– Interventi di adeguamento edile impiantistico	4.000.000,00
	Interventi di investimento edili-impiantistici e/o acquisizioni di beni e tecnologici per CAP/Medicina di gruppo e servizi territoriali	800.000,00
	PO Tolmezzo IV e V lotto	6.480.000,00
	Programma odontoiatria sociale - acquisizione beni	50.000,00
	Quota da ripartire, ai sensi dell'art. 33 comma 10 della LR 26/2015, tra gli enti del Servizio sanitario regionale in misura proporzionale al valore del patrimonio di ciascuno per interventi emergenti e non previsti programmazione degli Enti del SSR	554.066,87
	Rinnovo tecnologico	500.000,00
	San Daniele– Interventi di adeguamento edile impiantistico	4.168.000,00
Totale AAS3		16.552.066,87
AAS5	Interventi di investimento edili-impiantistici e/o acquisizioni di beni e tecnologici per CAP/Medicina di gruppo e servizi territoriali	800.000,00
	Programma odontoiatria sociale - acquisizione beni	50.000,00
	Quota da ripartire, ai sensi dell'art. 33 comma 10 della LR 26/2015, tra gli enti del Servizio sanitario regionale in misura proporzionale al valore del patrimonio di ciascuno per interventi emergenti e non previsti programmazione degli Enti del SSR	939.548,86
	Quota elisuperficie Pordenone e Spilimbergo	140.000,00
	Rinnovo tecnologico	2.900.000,00
	Rinnovo tecnologico del Nuovo ospedale di Pordenone - quota confermata con decreto n. 396SPS dd. 28.02.2018	7.684.335,26
	Sacile– Interventi di adeguamento edile impiantistico	4.000.000,00
Totale AAS5		16.513.884,12
ASUI TS	CT PET	2.200.000,00
	Interventi di investimento edili impiantistici	12.000.000,00
	Interventi di investimento edili-impiantistici e/o acquisizioni di beni e tecnologici per CAP/Medicina di gruppo e servizi territoriali	800.000,00
	Programma odontoiatria sociale - acquisizione beni	50.000,00
	Quota da ripartire, ai sensi dell'art. 33 comma 10 della LR 26/2015, tra gli enti del Servizio sanitario regionale in misura proporzionale al valore del patrimonio di ciascuno per interventi emergenti e non previsti programmazione degli Enti del SSR	1.606.126,68
	Rinnovo tecnologico	2.900.000,00
Totale ASUI TS		19.556.126,68
ASUI UD	Interventi di investimento edili-impiantistici e/o acquisizioni di beni e tecnologici per CAP/Medicina di gruppo e servizi territoriali	800.000,00
	Interventi di investimento in tecnologie e edilizia	10.000.000,00
	Interventi di rinnovo tecnologico	2.600.000,00
	Programma odontoiatria sociale - acquisizione beni	50.000,00
	Quota da ripartire, ai sensi dell'art. 33 comma 10 della LR 26/2015, tra gli enti del Servizio sanitario regionale in misura proporzionale al valore del patrimonio di ciascuno per interventi emergenti e non previsti programmazione degli Enti del SSR	1.584.670,59
Totale ASUI UD		15.034.670,59
EGAS	Acquisizioni e rinnovo beni mobili e tecnologici	440.000,00
Totale EGAS		440.000,00
IRCCS BURLO	Interventi di investimento in tecnologie e edilizia	1.200.000,00
	Programma odontoiatria sociale - acquisizione beni	50.000,00
	Quota da ripartire, ai sensi dell'art. 33 comma 10 della LR 26/2015, tra gli enti del Servizio sanitario regionale in misura proporzionale al valore del patrimonio di ciascuno per interventi emergenti e non previsti programmazione degli Enti del SSR	111.483,25
Totale IRCCS BURLO		1.361.483,25

Ente del SSR	Finalità	Importo concesso
IRCCS CRO	Quota da ripartire, ai sensi dell'art. 33 comma 10 della LR 26/2015, tra gli enti del Servizio sanitario regionale in misura proporzionale al valore del patrimonio di ciascuno per interventi emergenti e non previsti programmazione degli Enti del SSR	351.937,86
Totale IRCCS CRO		351.937,86
SSR	Interventi di investimento e adeguamento sistemi informativi (sistema amministrativo, infrastrutture ICT e dotazioni strumentali, ecc.) - prima quota e realizzazione elisuperfici per il servizio di elisoccorso notturno	7.557.052,27
SSR	Quota a riserva da destinare alla realizzazione dell'hospice Udine o altri interventi di investimento	2.044.514,23
Totale complessivo		103.328.901,76

Si rimanda ad un successivo provvedimento la definizione del programma degli investimenti presentato dagli enti del Servizio Sanitario Regionale nei rispettivi PAL/PAO.

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 2018

Le Linee annuali per la gestione costituiscono il principale riferimento di programmazione attuativa del Servizio sanitario regionale. Più specificatamente, per l'anno 2018, i provvedimenti che hanno delineato tale processo sono stati:

- DGR 2667 del 28 dicembre 2017 "Lr 49/1996, art 12 - Linee annuali per la gestione del SSR per l'anno 2018: approvazione preliminare";
- DGR 185 del 2 febbraio 2018 "Lr 49/1996, art 12 - Linee annuali per la gestione del servizio sanitario regionale per l'anno 2018: approvazione definitiva";
- DGR 725 del 21 marzo 2018 "Dgr 185/2018 'Lr 49/1996, art 12- linee annuali per la gestione del servizio sanitario e sociosanitario regionale per l'anno 2018: approvazione definitiva'. integrazioni e modifiche".

Il percorso di predisposizione dei programmi aziendali 2018, così come specificato dalle Linee, si è realizzato attraverso le seguenti fasi:

1. Trasmissione alla Direzione Centrale Salute da parte delle AAS/ASUI della proposta di PAL 2018 e, integrato con il PAL delle rispettive AAS/ASUI, del PAO 2018 da parte degli IRCCS di Aviano e di Trieste. Le proposte sono pervenute entro il 26.01.2018 per la negoziazione. Entro la stessa data anche l'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi (EGAS) ha predisposto la propria proposta di piano annuale, corredato dal bilancio preventivo e dalla relazione del Direttore generale
2. 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 nota prot. n. 794/P del 16 gennaio 2018, sono avvenuti nelle giornate del 30-31 gennaio 2018 e 1 febbraio 2018. Nelle date del 12-13-14 febbraio sono avvenuti ulteriori incontri tecnici convocati dalla Direzione Centrale Salute con nota prot. 2843/P del 7.2.2018. 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.
3. Con nota prot. 6405/P del 23/3/2018 la Direzione Centrale Salute ha trasmesso le indicazioni per la redazione dei documenti contabili preventivi 2018
4. Acquisizione da parte delle Aziende dei previsti pareri ex L.R. n. 23/2004 della Conferenza dei Sindaci o della Conferenza permanente per la programmazione e delle Università;
5. Approvazione del PAL/PAO 2018, da parte di ogni Ente, nonché del piano annuale dell'EGAS, entro il 31.03.2018 ai fini dell'approvazione del bilancio preventivo coerentemente con la programmazione delineata e successiva trasmissione dello stesso alla Direzione Centrale Salute, alla Conferenza dei sindaci o alla Conferenza permanente e al proprio Collegio sindacale. L'adozione dei PAL/PAO 2018 da parte degli Enti, avvenuta entro 31.3.2018, mediante l'approvazione dei seguenti atti:

Ente	PAL/PAO	Parere Collegio Sindacale
Aas 2	Decreto del Direttore generale n. 206 del 29/3/2018	Verbale n. 4 del 4.4.2018
Aas 3	Decreto del Direttore generale n. 72 del 29/3/2018	Verbale n. 1 del 16.4.2018
Aas 5	Decreto del Direttore generale n. 276 del 29/3/2018	Verbale n. 4 del 23.5.2018
AsuiTs	Decreto del Direttore generale n. 253 del 29/3/2018	Verbale n. 4 del 21.5.2018
AsuiUd	Decreto del Direttore generale n. 296 del 30/3/2018 Decreto del Direttore generale n. 346 del 13/4/2018	Verbale n. 73 del 10.4.2018
Burlo	Decreto del Direttore generale n. 34 del 30/3/2018	Verbale n. 18 del 11.4.2018
Cro	Deliberazione del Direttore generale n. 151 del 30/3/2018	Verbale n. 21 del 5.4.2018
Egas	Decreto del Commissario straordinario n. 30 del 28/3/2018	Verbale n. 33 del 12.4.2018

5. adozione da parte della Direzione centrale salute del presente programma e del bilancio preventivo consolidato 2018, 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

Il 2017 per il Servizio Sanitario Regionale, è stato il primo anno ad essere interamente organizzato secondo l'assetto istituzionale previsto dalla 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"*. Tutti gli Enti, ad eccezione dell'Azienda sanitaria universitaria integrata di Udine, hanno approvato i rispettivi atti aziendali e nel corso dell'anno ne hanno proseguito l'applicazione.

E' proseguita, pur con diversi livelli di avanzamento, l'implementazione da parte degli enti di importanti provvedimenti di programmazione emanati negli anni precedenti quali la *"Definizione delle funzioni e degli standard organizzativi per la prevenzione, l'assistenza primaria e l'assistenza ospedaliera"* (Dgr 2673/2014), *"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) e il *Piano regionale dell'emergenza urgenza* (Dgr 2039/2015).

Nel corso del 2017 è stato definitivamente approvato il *Piano regionale della Medicina di Laboratorio* (Dgr 599/2017) con il quale si è voluto realizzare a livello regionale un'omogenea distribuzione delle attività sul territorio, per assicurare equità per l'intera popolazione regionale, nonché l'utilizzo di tutte le opportunità tecnologiche finalizzato ad aumentare l'efficienza complessiva del sistema. Il Piano prevede la realizzazione di tre centri hub presso i presidi ospedalieri di Santa Maria degli Angeli di Pordenone (integrato con Cro), Cattinara-Maggiore di Trieste (integrato con Burlo) e Santa Maria della Misericordia di Udine, con mantenimento di laboratori satelliti a risposta rapida presso le sedi dei presidi spoke.

Per quanto riguarda i progetti attinenti le attività clinico assistenziali, nel 2017 sono state approvate, con DGR 735/2017, la Rete delle Emergenze Cardiologiche che assicura la presa in carico delle persone colpite da patologie tempo-dipendenti che necessitano di intervento immediato in termini di soccorso, diagnosi e cura, la Rete per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti: filiera cuore, destinata a pazienti portatori di cardiopatia severa, per i quali è necessario evitare o quantomeno ritardare il danno d'organo e la grave compromissione emodinamica e la Rete per la presa in carico dei pazienti con insufficienza cardiaca cronica mirata allo sviluppo di percorsi assistenziali e protocolli operativi sulle patologie che possono potenzialmente portare all'insorgenza dell'insufficienza cardiaca cronica.

Con Dgr 1002/2017 è stata inoltre aggiornata la *Rete regionale per le Malattie rare* con l'adeguamento delle reti dei gruppi di malattie rare e l'individuazione dei relativi centri coordinatori che già nel corso della seconda parte dell'anno hanno avviato la stesura di alcuni percorsi assistenziali per specifiche patologie.

Sono infine proseguiti i lavori delle altre reti approvate nel corso degli anni precedenti (*Rete, Fegato delle gravi insufficienze d'organo e trapianti, Malattie reumatiche, Ictus.*) con la produzione e l'implementazione di percorsi assistenziali condivisi.

La gestione del rapporto con i cittadini riveste sempre maggiore importanza e determina per essere attuata, un rinnovamento dei modelli organizzativi finora adottati. Nel 2017 sono stati introdotti dei progetti aventi l'obiettivo di focalizzare l'organizzazione dei percorsi di cura sulle esigenze del paziente/cittadino e della sua famiglia, ponendo al centro ogni loro bisogno di ogni fase della vita. Sono stati così avviati i progetti di *Apertura dei reparti di terapia intensiva e semi-intensiva ai care giver*, di *Presenza del care giver in corso di visita nei reparti di degenza*, di *Contatto telefonico dopo la dimissione da un intervento chirurgico (recall)*, di *Individuazione del medico responsabile della gestione*

del ricovero del paziente e di Esperienza nei percorsi assistenziali. Tali progetti, pur nella consapevolezza che possono creare alcune resistenze fra gli operatori, anche in conseguenza di problemi di natura logistica, che necessitano di alcuni correttivi e che sono di difficile monitoraggio, proseguono anche nel 2018 in quanto di sicuro interesse per il positivo impatto nel rapporto con i cittadini.

I principali aspetti che caratterizzano la programmazione 2018 sono:

- a. Sviluppo dell'assistenza primaria con attuazione dell'accordo della medicina generale:
 - Rinforzo dell'assistenza primaria, in particolare per consolidare setting assistenziali che privilegino l'assistenza delle malattie croniche fuori dall'ospedale, con percorsi integrati, presa in carico attraverso il MMG, gli specialisti, gli infermieri e altri operatori socio-sanitari.
 - Completamento della rete di posti letto di Riabilitazione estensiva extra-ospedalieri come da DGR 2151/2015.
- b. 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.
- c. Autorizzazione e accreditamento delle strutture intermedie e sociosanitarie
- d. Implementazione di quanto previsto dal DPCM del 12 gennaio 2017, (pubblicato nel supplemento ordinario n. 15 della GU n. 65 del 18 marzo 2017), con il quale sono stati definiti e aggiornati i nuovi *Livelli Essenziali di Assistenza*
- e. Perfezionamento delle modalità di finanziamento del SSR, secondo criteri standard., con ulteriore riequilibrio, ai sensi dell'art. 14 della legge n. 17 del 16 ottobre 2014, delle risorse fra i tre livelli organizzativi (LEA).
- f. Armonizzazione degli ambiti sociosanitari con la riforma degli Enti locali.
- g. Trasparenza e accessibilità per rinforzare e riorganizzare i servizi.
- h. 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"
- i. Consolidamento delle misure di protezione sociale.

A fronte di quanto delineato le scelte strategiche regionali per il 2018 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. Promozione della salute e assistenza integrata.
- b. Revisione dei setting assistenziali per le principali malattie croniche e di maggiore criticità, definendo anche le modalità di collaborazione multi-disciplinare e multi-professionale.
- 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. Revisione degli attuali modelli organizzativi per renderli sempre più rivolti alle esigenze del paziente e dei suoi familiari.

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 organizzazione delle funzioni

Con Dgr 2039/2015 è stato approvato il nuovo **Piano dell'Emergenza Urgenza** della Regione Friuli Venezia Giulia. Nel corso degli anni 2016 e 2017 sono stati implementati e/o ridistribuiti i mezzi di soccorso nel territorio, ma alcune azioni/funzioni previste dal piano sono ancora da attuare.

Per il 2018 è previsto che tutte le Aas e Asui completino l'assetto previsto per tutti i mezzi di terra.

Per quanto riguarda l'elisoccorso, nel 2018 verrà avviata l'attività dell'eliambulanza notturna presso l'eliporto di Campofornido e il presidio ospedaliero hub di Pordenone dovrà provvedere ad individuare e adeguare al volo notturno di una piazzola al servizio del presidio. Parimenti Aas2, Aas3 e Aas5 dovranno individuare e adeguare almeno una piazzola per ogni presidio ospedaliero spoke.

Prosegue l'attuazione di quanto previsto dal **Piano Regionale della Medicina di Laboratorio**. Nel corso del 2018 il Comitato Regionale per la Medicina di Laboratorio dovrà inoltre approvare i documenti di Aggiornamento del catalogo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di Organizzazione della fase pre-analitica (centri prelievo, trasporti, ecc.) e di Organizzazione della Bio-banca regionale.

Per quanto riguarda i progetti inerenti il sangue e gli emocomponenti, nel 2018 è prevista la sistemazione dei locali di Palmanova dove avrà sede il nuovo **Centro unico regionale di produzione degli emocomponenti**, in linea con quanto previsto dalla DGR 2673/2014. Tale struttura assorbirà anche la funzione di raccolta sangue territoriale mediante i mezzi mobili e svolgerà la funzione di Centro di Coordinamento delle attività trasfusionali della regione. Sempre nel 2018 è previsto il transito presso la Aas2 della funzione di raccolta sangue territoriale svolta con le unità di raccolta mobile attualmente in comodato d'uso presso AsuiUd e AsuiTs. Entro la fine del 2018 infine, deve essere riverificato e rinnovato l'accreditamento istituzionale di tutte le strutture trasfusionali della Regione.

A tal scopo nel 2018 sono previsti l'approvazione e la sottoscrizione dei documenti di scorporo di personale, attrezzature, beni e contratti e convenzioni tra Aas2 e Aas5 e Aas2 e Asuiud. Sono anche previsti l'avvio dell'organizzazione separata fra laboratorio satellite e produzione degli emocomponenti e l'avvio della centralizzazione a regime della produzione degli emocomponenti.

Nel corso degli ultimi anni sono state attivate numerose **reti di patologia** per le quali si prevede una stretta e sistematica collaborazione tra professionisti di strutture e enti diversi che può avvenire solo attraverso supporti di telemedicina. È pertanto necessario sviluppare strumenti che favoriscano il lavoro multi-disciplinare fra strutture Hub & Spoke che consentano di mettere in comunicazione fra loro i diversi interlocutori. Nel 2018 gli enti dovranno attrezzarsi al fine di attivare almeno una sala attrezzata per gestire teleconferenze cliniche e riunioni operative a distanza, nonché permettere la visione contemporanea di documentazione ed immagini diagnostiche di alta qualità.

Nel 2018 devono essere formalmente approvati da parte della Giunta regionali la **Rete oncologia regionale**, il **Piano della Riabilitazione** e il **Piano della Salute Mentale**. Successivamente all'adozione si deve dare avvio alla loro progressiva applicazione.

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 2018, 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, nel percorso della gravidanza fisiologica e nel puerperio. Devono essere implementati i percorsi della gravidanza fisiologica a gestione ostetrica e rafforzata l'offerta della visita domiciliare ostetrica nel puerperio. Nell'ambito dei corsi di preparazione al parto e nei centri nascita, 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**, è previsto l'avvio di uno screening di uno screening opportunistico su stili di vita e rischio cardiovascolare globale nelle Aziende sanitarie della regione in coordinamento con i medici di medicina generale.

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.

Il Piano Regionale Prevenzione prevede la transizione ad HPV-DNA del programma di screening per il cancro della cervice entro il 2018. Il nuovo screening si basa su un prelievo della cervice del tutto analogo al pap-test; questo prelievo sarà utilizzato sia per l'analisi del DNA sia per l'esecuzione del pap-test senza dover quindi richiamare la donna. La parte più delicata del processo rimane la lettura del pap-test che richiede un volume di esami tale da garantire il mantenimento delle competenze di citotecnici e patologi rendendo di fatto ineluttabile la concentrazione dei residui pap-test di screening e di tutti i test di analisi del DNA in un laboratorio unico regionale per lo screening della cervice, individuando a tal fine l'Anatomia Patologica di ASUITS. Ad ASUITS è quindi assegnato il mandato di gestire la transizione in collaborazione con AAS2 per gli aspetti di logistica e di preanalitica. Per quanto concerne la transizione del programma, sono assegnati da subito ad ASUITS tutti gli esami di HPV-DNA primari; le letture dei pap-test secondari permarranno in capo alle sedi che già refertano pap-test, nonché le letture dei test primari fino a transizione completata. L'adozione di un controllo di qualità partecipato (es. doppia lettura mediante strumenti di telepatologia come avviene oggi per le mammografie, revisione collaborativa dei processi...) garantirà livelli di qualità elevati per il programma, senza eccessiva dispersione di competenze per i patologi che potranno continuare a mantenere expertise sulla cervico-patologia e a metterla al servizio del programma riconvertito.

Il raggiungimento dell'obiettivo del 70% di adesione previsto dello screening mammografico, prevede il mantenimento dell'attuale assetto organizzativo di erogazione basato su Unità mobili,

L'EGAS, relativamente alle immagini del primo livello dello screening mammografico, coordinerà l'assegnazione della lettura e ne monitorerà l'effettuazione per tutta la regione, andando verso la realizzazione di un centro unico di lettura regionale che, mantenendo le attuali sedi di refertazione, favorisca le composizioni di terne arbitrali atte a migliorare la performance di refertazione. Al fine di rendere operativo il centro unico è adottato un meccanismo di assegnazione delle letture che consenta ai radiologi l'attività di lettura non solo per le donne residenti nell'azienda di appartenenza, ma anche per le donne del resto della regione.

L'ASUIUD, realizzerà inoltre un percorso regionale di accreditamento per ulteriori radiologi di screening, secondo il fabbisogno comunicato dalla Direzione Centrale Salute. Il controllo di qualità

dei servizi offerti dalla regione continua a poggiare sulla corretta, completa e tempestiva compilazione della cartella clinica relativa al secondo livello.

Proseguono 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. Tutti le aziende devono collaborare ai programmi per l'identificazione precoce dei neonati con emoglobinopatia nella popolazione a rischio e con fibrosi cistica, nonché per la rilevazione del TSH neonatale.

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. Le aziende sanitarie devono sviluppare e sostenere dei programmi e delle iniziative che partendo dagli istituti scolastici permettano di promuovere una cultura della salute e della sicurezza tra i giovani.

Per il trattamento e la cura delle **dipendenze (programma IV PRP)**, deve essere rinnovato il Piano Regionale Dipendenze, con particolare attenzione ai soggetti con problemi correlati a ludopatia patologica e altre dipendenze emergenti. Nello specifico si deve dare seguito al Piano operativo regionale gioco d'azzardo patologico (GAP) 2017 e condividere le azioni da programmare per il Piano GAP 2018

Al fine di supportare le persone con alcoldipendenza è necessario promuovere un confronto tra servizi e terzo settore, sulle metodologie di trattamento utilizzate e sui percorsi di trattamento disponibili. A sostegno del Protocollo tra Ministero della Giustizia, Regione Friuli Venezia Giulia e Tribunale di Sorveglianza di Trieste sottoscritto il 29 maggio 2014, 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 infatti 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.

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)**. Le aziende devono partecipare alle attività che verranno adottate nel 2018 e dovranno promuovere iniziative a livello locale di sensibilizzazione e informazione sugli incidenti stradali. 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. Nel corso del 2017 sono stati organizzati 2 corsi teorici per auditor, rivolti al personale che opera negli Organi di Vigilanza sui temi della Salute e della Sicurezza del lavoro, il cui percorso formativo, però, si completerà solo nel 2018 con la parte pratica. La crisi congiunturale di questi anni ha reso non più realizzabile degli audit limitati al comparto edile ed agricolo così come indicato nel

PRP, ed è perciò necessario rimodulare l'obiettivo allargando le attività di audit a tutti i settori produttivi, incentrando sulle specificità territoriali la scelta del comparto. E' necessario che venga istituito un team regionale di auditor, in modo che le attività di auditing non entrino in conflitto con i compiti di vigilanza degli operatori aziendali. Le aziende sanitarie devono identificare gli operatori che hanno conseguito la qualifica di auditor BS OHSAS 18001, costituire un Gruppo di lavoro Regionale e affidare ad esso l'attività di assistenza alle imprese attraverso l'analisi dei Sistemi di Gestione della Sicurezza del Lavoro. Sul fronte della vigilanza, anche nel corso del 2018 devono proseguire le iniziative di verifica dell'applicazione omogenea delle procedure di vigilanza in edilizia e in agricoltura in ambito regionale. In data 14 dicembre è stata deliberata la modifica al Regolamento sui servizi residenziali e semi-residenziali per anziani (c.d. riclassificazione delle case di riposo). Le Aziende sono chiamate a rilasciare gli atti autorizzativi conseguenti.

La programmazione territoriale degli interventi di vigilanza svolti dalle strutture di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro deve interessare, 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 negli scorsi anni. Durante il 2017 sono stati realizzati degli incontri con i rappresentanti della prevenzione sia nel comparto dell'edilizia che nel comparto dell'agricoltura. Tale attività prosegue anche nel corso del 2018 **(Programma IX PRP Migliorare la salute e la sicurezza nei comparti a maggior rischio)**.

Per quanto riguarda l'**Emerione e prevenzione delle malattie professionali in Friuli Venezia Giulia e promozione della salute nei luoghi di lavoro (Programma X PRP)**, l'obiettivo è garantire un'omogenea attività di informazione e assistenza in materia di salute e sicurezza, nei diversi comparti produttivi o di servizio con particolare attenzione ai rischi derivanti dalle differenze di genere e quelli individuali legati all'età. Nel 2017 sono stati realizzati a livello regionale degli incontri formativi rivolti ai medici di medicina generale ed ai medici competenti sui rischi ergonomici e sulle neoplasie di origine professionale. Nel 2018 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)** anche nel 2018 devono essere sviluppati e mantenuti i sistemi di sorveglianza nella rete della sanità pubblica regionale. Deve inoltre essere assicurata l'attività prevista dai programmi di sorveglianza nazionali PASSI, PASSI d'Argento, Okkio alla salute e HBSC (Health Behaviour in School-aged Children), che supportano la valutazione dei risultati dei programmi di prevenzione e che sono indispensabile strumento per il Piano Prevenzione.

Nell'ambito del **Programma XII "Ambiente e salute facilitare una migliore qualità dell'ambiente e del territorio secondo il modello della Salute in tutte le politiche"**, nel corso del 2018 sono prioritarie le attività connesse alla valutazione dell'incidenza dei rischi ambientali sullo stato di salute della popolazione residente in prossimità delle aree regionali soggette a maggiore pressione ambientale. Tale attività è garantita dalla "Cabina di Regia", istituita nell'ambito dell'Accordo ex articolo 15 della legge 241/1990 stipulato il 19 aprile 2017 tra la regione Friuli Venezia Giulia e l'ISS, con l'obiettivo di coordinare tutte le attività e armonizzare i gruppi tecnici già operativi in Regione. Tramite la Cabina di Regia è possibile ottimizzare i contributi delle diverse parti evitando sovrapposizioni di competenze e contribuendo ad una ridefinizione dei compiti che consente di affrontare le criticità connesse alla tematica ambiente e salute con maggiore competenza tecnico-scientifiche e chiarezza di intenti. Nel 2018 inoltre, in ottemperanza alle "Indicazioni operative a carattere tecnico-scientifico" di cui all'art. 8 D.lgs. 28/2016, la Direzione

Salute avvalendosi della collaborazione delle Aziende Sanitarie e dell'Agenzia per la protezione dell'ambiente del Friuli Venezia Giulia deve elaborare un programma di controllo relativo a tutte le acque destinate al consumo umano utilizzate nel territorio. Tale programma di controllo, che dovrà essere trasmesso al Ministero della Salute, riguarderà sia i controlli interni, effettuati dagli Enti Gestori; che quelli esterni, dovrà contenere i dati relativi a tutte le misure di radioattività già effettuate nelle acque potabili della Regione oltre che informazioni dettagliate relativamente al numero di campionamenti previsti ed ai punti di prelievo selezionati al fine di assicurare che la qualità delle acque destinate al consumo umano soddisfi i requisiti del d.lgs. 28/2016.

Prosegue nel 2018 quanto previsto in tema di conoscenza dell'impatto della problematica amianto sulla popolazione, con gli obiettivi specifici di programmare iniziative di formazione e informazione, mantenere il sistema di monitoraggio al COR e rendere disponibili i dati sui soggetti attualmente esposti. Rimangono prioritarie le attività di sostegno alle persone affette da malattie amianto correlate e di contenimento dei rischi da amianto, attraverso l'attività di sorveglianza sugli esposti ad amianto e sul territorio. Nel 2018, inoltre, deve essere deliberato il Piano Regionale Amianto in cui saranno definite le azioni volte a tutelare la salute dei lavoratori e della popolazione.

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 anche attraverso la rete con i PLS per l'eventuale somministrazione diretta di alcune vaccinazioni.. Negli ultimi anni si è registrato un progressivo e inesorabile trend in diminuzione del ricorso alle vaccinazioni, sia obbligatorie che raccomandate, che ha determinato una copertura vaccinale ben al di sotto del 95% con la riaccensione di focolai epidemici come quello di morbillo in Italia. Tale valutazione epidemiologica ha portato nel corso del 2017 all'introduzione dell'obbligo vaccinale ai fini scolastici da parte del Ministero della Salute.

Nel campo delle malattie infettive non prevenibili da vaccino la tubercolosi rimane concentrata nella maggior parte dei casi in alcuni gruppi a rischio e in alcune classi di età, pertanto è necessario completare, diffondere e formare gli operatori in merito alle linee guida regionali sul controllo della tubercolosi. Sempre nel campo delle malattie infettive non prevenibili da vaccino il 2017 ha visto la comparsa di focolai di malaria autoctona e di arbovirosi in alcune regioni italiane che hanno riportato l'attenzione oltre sulle misure di protezione personale necessarie per prevenire i morsi di zanzara ed alle misure preventive da adottare a livello nazionale per le donazioni di sangue e di organi anche sulla prevenzione ambientale al fine di ridurre la diffusione delle zanzare responsabili di tali patologie. Devono proseguire le iniziative finalizzate all'informazione e alla comunicazione del rischio dando particolare rilevanza della dimensione comunicativo-relazionale nel contesto vaccinale.

In tema di **"Alimentazione e salute: promozione di un'alimentazione sana, sicura e sostenibile (Programma XV PRP)"**, prosegue l'impegno nel favorire il mantenimento di un buono stato di salute per tutte le persone lungo tutto il corso dell'esistenza, prevenendo l'insorgenza di MCNT attraverso la protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno, migliorando le abitudini alimentari di piccoli, giovani, adulti e anziani, con particolare attenzione alle fasce più vulnerabili e ai soggetti intolleranti e allergici. Nell'ambito delle attività che le aziende sanitarie devono sviluppare, proseguono i percorsi formativi sull'allattamento al seno programmati dalla regione, organizzati dal Burlo e diretti agli operatori dedicati. La strategia di "salute in tutte le politiche" promossa dalla comunità europea si concretizza in azioni rivolte a migliorare le competenze e l'integrazione in materia di alimentazione sana, sicura e sostenibile tanto negli operatori sanitari della prevenzione,

delle cure primarie e degli ospedali quanto negli operatori del settore alimentare, attraverso lo sviluppo d'intese e accordi anche con soggetti non sanitari.

In materia di **sicurezza alimentare e di salute e benessere animale**, le aziende sanitarie dovranno infine ottemperare ed attuare quanto previsto dalle diverse disposizioni regionali in materia di sicurezza alimentare, benessere animali negli allevamenti e nel trasporto, obblighi vaccinali e di controllo degli allevamenti.

2.3 Assistenza distrettuale

Nel corso del 2017 le Aziende hanno provveduto alla ridefinizione dell'organizzazione dell'assistenza medica primaria attraverso lo sviluppo delle Aggregazioni funzionali territoriali (AFT), l'implementazione delle nuove medicine di gruppo integrate e dei Centri per l'assistenza primaria (CAP), al fine del raggiungimento di importanti risultati di salute sul versante della presa in carico integrata delle malattie croniche e della medicina di iniziativa. Al termine del 2018 ogni AAS/ASUI dovrà aver attivato almeno un CAP ogni 40-60.000 abitanti.

Nel 2018 è previsto il completamento dell'attuazione di quanto previsto dalla legge 17/2014 per l'assistenza medica primaria, in coerenza con l'Accordo Integrativo Regionale 2016-2018 (DGR 39/2016).

Troveranno applicazione il recepimento dell'Accordo Collettivo nazionale del 21.12.2015 per la specialistica ambulatoriale e una estensione dell'Accordo Integrativo Regionale con la Pediatria di libera scelta.

Nel corso del 2018 le Aziende continueranno le attività sperimentali, finanziate con fondi regionali, relative all'introduzione della figura dello psicologo all'interno di un Centro di assistenza primaria.

Nell'ambito del percorso di informatizzazione della Medicina Generale sarà avviata la sperimentazione del Fascicolo sanitario elettronico in tutte le AAS/ASUI. Inoltre, sia a livello aziendale che distrettuale, le AAS/ASUI realizzeranno una campagna informativa, per la popolazione, sulla nuova organizzazione della medicina generale.

In materia di **accreditamento**, nel 2017 la Direzione centrale salute ha concluso i procedimenti di autorizzazione/accreditamento delle strutture intermedie pubbliche ed in particolare delle RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali) e degli Hospice e ha attivato i procedimenti di accreditamento delle strutture private di riabilitazione funzionale.

Gli enti del SSR che collaborano allo sviluppo dell'organismo tecnicamente accreditante (OTA) hanno definito le regole di funzionamento interno e la propria politica (mission, vision e obiettivi) secondo le indicazioni della DGR 2220/2015 e le hanno trasmesse alla direzione centrale salute per l'approvazione.

Nel 2018 la Regione parteciperà al programma di accreditamento nazionale degli organismi tecnicamente accreditanti, come previsto dal Ministero della Salute quale presupposto di garanzia della qualità delle cure per l'applicazione della direttiva 24/UE sulla mobilità sanitaria transfrontaliera. Tale attività coinvolgerà sia la direzione centrale salute sia i referenti degli enti del SSR che fanno parte dell'OTA.

Nel 2018 la Direzione centrale salute completerà la definizione dei requisiti di autorizzazione ed accreditamento e dei relativi procedimenti delle strutture territoriali.

Agli enti del SSR è richiesta la partecipazione attiva al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti e l'autorizzazione alla frequenza ai corsi di formazione in materia di accreditamento organizzati dalla direzione centrale salute.

Nel corso del 2016 si è dato avvio al programma di **odontoatria sociale** che nel 2017 si è ulteriormente sviluppato e troverà piena applicazione nel 2018. In particolare con la DGR 1060/2016, la DGR 1905/2016 e la successiva DGR 1681/2017 e con il decreto del direttore centrale n. 1259/2016 sono stati definiti le caratteristiche e il modello organizzativo della rete regionale delle strutture e degli ambulatori odontoiatrici e sono state approvate le disposizioni attuative del programma di odontoatria sociale per gli enti del SSR.

Nel 2017 sono stati compiutamente attivati i Pronto Soccorsi Odontoiatrici e gli ambulatori di Patologia e Medicina Orale in ciascuna delle Aziende del SSR. Nell'ambito delle prestazioni EXTRA-Lea riservate ai residenti nel FVG sono stati attivati i primi ambulatori di protesi totale ed ortognatodonzia ed estese le fasce di accessibilità per la riabilitazione protesica e le terapie ortodontiche.

Nel triennio sarà implementata la rete odontoiatrica regionale finalizzata al miglioramento qualitativo delle prestazioni odontoiatriche e della loro appropriatezza, alla garanzia dell'uniformità di accesso e di trattamento in tutto il territorio regionale e all'omogeneizzazione delle procedure cliniche ed amministrative.

Per il 2018, alle 5 Aziende Sanitarie e all'IRCCS Burlo Garofolo che collabora con ASUITS è richiesta l'attivazione/rinforzo di un percorso preferenziale per gli utenti con gravi disabilità. Nel 2018 alle Aziende viene inoltre richiesto il supporto all'esecuzione di un programma di odontoatria scolastica che prevede la visita presso gli istituti scolastici di tutti i bambini iscritti alla prima elementare ed un intervento di educazione alla prevenzione orale per tutti i bambini dalla prima alla quinta elementare. Viene altresì chiesto di effettuare un analogo progetto attraverso la visita nelle strutture ove sono accolti di tutti i pazienti afferenti ai centri per disabili per la presa in carico assistenziale. Nel 2018 si prevede l'apertura a regime dei 5 ambulatori di protesi totale (Trieste, Cervignano, San Daniele, Udine, Azzano) e dei 5 ambulatori di ortognatodonzia (Trieste, Cervignano, San Daniele, Udine, San Vito al Tagliamento).

Alle 5 Aziende Sanitarie è altresì richiesta la piena collaborazione al Coordinatore della rete odontoiatrica regionale per l'attivazione e la messa a regime della cartella clinica elettronica condivisa, per la semplificazione a partire dalla programmazione degli acquisti per il 2018 dei materiali utilizzati, per l'ulteriore reale coordinamento dell'offerta odontoiatrica aziendale e regionale anche mediante l'uniformazione delle regole degli ambulatori distrettuali ed ospedalieri e per l'adeguamento ed armonizzazione dei protocolli clinici ed amministrativi.

Alle Aziende viene richiesto il rispetto di quanto previsto nella convenzione con ASUITS anche in relazione all'attività di reportistica richiesta.

Alle Aziende è richiesta la stabilizzazione dell'offerta di odontoatria penitenziaria in tutti gli istituti penitenziari della regione (Trieste, sezione maschile e femminile, Gorizia, Udine, Tolmezzo, sezione maschile e 41 bis, Pordenone).

Alle AAS/ASUI è richiesta l'attivazione di procedure per assicurare alle strutture odontoiatriche personale odontoiatrico e di assistenza e supporto assegnato stabilmente, a garanzia della qualità del servizio.

Con l'applicazione degli standard previsti dalla nuova riforma è previsto un aumento dei posti letto di **riabilitazione**, sia ospedalieri che territoriali. Con la DGR n. 817/2016 sono stati approvati gli standard qualificanti le RSA riabilitative. Alle Aziende Sanitarie è richiesto di completare entro il 2018 il processo di riqualificazione dei posti letto di RSA pubblici e privati che entreranno a far parte della rete di riabilitazione estensiva extra ospedaliera.

Con la DGR n. 817/2017 è stata approvata l'organizzazione della rete delle malattie neuromuscolari e della sclerosi laterale amiotrofica; alle Aziende Sanitarie è richiesto di consolidare la rete per le malattie neuromuscolari.

Con decreto n. 632/2017 del direttore centrale salute è stata attivata la Consulta con le associazioni dei familiari di cui all'Accordo CSR Rep. n. 44 del 5/5/2011; nel 2018 proseguono i lavori della Consulta con la partecipazione dei rappresentanti delle Aziende Sanitarie.

Nel 2017 sono proseguiti i lavori per la redazione del percorso diagnostico terapeutico e assistenziale, di seguito PDTA, regionale per la sclerosi multipla, con il coinvolgimento anche dei referenti per l'età evolutiva. Entro il primo semestre 2018, tutte le AAS e ASUI adottano il PDTA per la presa in carico delle persone con sclerosi multipla.

Con la D.G.R. n. 1904/2016 è stata approvata 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.

Nel 2017 era stato richiesto ai Direttori Generali degli enti del SSR, di adottare gli atti volti all'attuazione di quanto previsto dalla raccomandazione per il superamento della contenzione e di provvedere a 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 un'ottica di superamento effettivo della stessa nelle realtà sanitarie e socio-assistenziali della Regione FVG.

Nel 2018 glie enti del SSR proseguono l'attività di monitoraggio del fenomeno della contenzione in tutte le strutture sanitarie, socio-sanitarie e assistenziali secondo quanto disposto nella DGR 1904/2016.

Nell'ambito della gestione integrata del **diabete** proseguiranno i programmi di cui alla DGR 1676/2015 "*Documento di indirizzo regionale sull'Assistenza alla Persona con Diabete*". Verranno, inoltre, implementati i programmi regionali relativi alla gestione del diabete in ospedale, di cui alla DGR 1572/2017, nell'ottica di superamento dei modelli assistenziali tradizionali, organizzando un lavoro di team ospedaliero. Propedeutici saranno i programmi formativi regionali destinati al personale ospedaliero.

Con riferimento all'approvazione del "**Piano nazionale della cronicità**" (Accordo Conferenza Stato-Regioni Rep. atti 160/CSR) la Regione si è impegnata a recepire con propri provvedimenti e a dare attuazione ai contenuti del Piano nei rispettivi ambiti territoriali, ferma restando l'autonomia nell'adottare le soluzioni organizzative più idonee in relazione alle esigenze di programmazione regionale.

Il recepimento dei principi e dei contenuti del Piano suddetto prevede l'identificazione delle malattie croniche oggetto di intervento, l'individuazione delle principali criticità dell'assistenza erogata e la definizione di obiettivi generali e specifici di intervento e di indicatori per il monitoraggio.

Nel 2018 la Regione interverrà in particolare nell'ambito dello scompenso cardiaco, attraverso l'implementazione del PDTA specifico in tutte le Aziende.

Con decreto 14/9/2017, n. 1211 è stato costituito un gruppo tecnico regionale con funzioni di indirizzo e coordinamento per la revisione dei percorsi di **assistenza protesica** di cui alla DGR 2190/2012 e l'attuazione delle modalità di erogazione dell'assistenza protesica e di individuazione degli erogatori stabilite dai nuovi livelli essenziali di assistenza. Alle Aziende Sanitarie sono richieste la messa a disposizione dei professionisti esperti per la partecipazione ai gruppi di lavoro finalizzati alla revisione dei percorsi di assistenza protesica e la collaborazione alle attività formative per la diffusione delle nuove linee guida regionali.

2.4 Assistenza farmaceutica e assistenza integrativa

Per la programmazione regionale si fa riferimento a quanto riportato nella DGR 185/2018 “Lr 49/1996, art 12 - linee annuali per la gestione del servizio sanitario e sociosanitario regionale per l'anno 2018: approvazione definitiva”.

Nel corso del 2018 gli enti del SSR dovranno porre in essere tutte le misure indicate nella suddetta delibera, per il rispetto dei vincoli di spesa fissati a livello regionale, nonché i 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). A tal fine vanno promosse azioni di contenimento che assicurino l’appropriatezza delle prescrizioni, incentivando l’impiego delle molecole dal miglior rapporto di costo-efficacia e prevedendo un monitoraggio periodico sull’utilizzo delle categorie dei farmaci a maggior impatto di spesa e rischio di inappropriatezza, mediante l’invio di un report semestrale alla DCS che evidenzia sia le iniziative di audit e feedback adottate, sia le azioni più significative messe in atto. Le aziende favoriranno, inoltre, l’impiego dei medicinali a brevetto scaduto e dei biosimilari, nel rispetto della normativa vigente di settore e delle specifiche direttive di riferimento, assicurando nel contempo azioni di incentivazione e appropriatezza, nonché dei medicinali acquistati centralmente dall’Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi (EGAS). L’EGAS, al fine di perseguire un governo sulle politiche regionali di acquisto dei farmaci e dei dispositivi medici, potenzierà la capacità di coordinamento e di stesura di capitolati tecnici e, in linea con le evidenze scientifiche e con i principi dell’HTA, sarà di supporto alla DCS al fine di contribuire alla realizzazione di un sistema regionale più regolato.

Gli Enti del SSR dovranno inoltre assicurare l’erogazione del primo ciclo di terapia in dimissione ospedaliera (ordinaria e DH) o dopo visita specialistica e ambulatoriale, in linea con le direttive previste dalla DGR n. 12/2018, sia attraverso le strutture pubbliche che private accreditate, in un’ottica di efficientamento della spesa farmaceutica e di promozione dell’appropriatezza prescrittiva, anche con riferimento ai criteri per l’erogazione a carico del SSR.

Le Aziende daranno attuazione a quanto stabilito nell’ambito del nuovo accordo sulla DPC, ratificato con DGR n. 12/2018. Per i medicinali in DPC le Aziende adottano specifici monitoraggi e approfondimenti con i prescrittori in caso di elevato ricorso alla non sostituibilità, e assicurano le opportune informazioni sui medicinali di nuova autorizzazione all’immissione in commercio inseriti nell’elenco dei farmaci erogabili in DPC, temporaneamente non disponibili sulla piattaforma. Nel contempo l’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.

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 2018 gli Enti del SSR dovranno attivare o rafforzare ogni utile azione volta a favorire l’appropriatezza prescrittiva (condividendo protocolli tra le strutture specialistiche ospedaliere e quelle distrettuali nel rispetto delle evidenze scientifiche disponibili), nonché la razionalizzazione dei processi di acquisizione (es. processi di acquisto centralizzato mediati dall’EGAS) e dei processi di erogazione e

distribuzione (distribuzione diretta, accordi con fornitori/farmacie), anche con riferimento a quanto previsto dalle DGR n. 12/2018 e DGR n. 1783/2017.

Nell'ambito delle attività di farmacovigilanza e di promozione all'uso sicuro ed appropriato dei medicinali gli Enti assicurano la partecipazione alle iniziative già in corso a livello regionale (progettualità finanziate da AIFA), nonché alla specifica progettualità pluriennale che verrà avviata nel corso del 2018 nell'ambito delle aree tematiche stabilite dalla DGR 1365/2015, volta a favorire un uso sicuro appropriato dei farmaci a livello ospedaliero e nella continuità ospedale-territorio, utilizzando i fondi statali dedicati, e potenziando la collaborazione in essere con le Aziende sanitarie universitarie integrate di Udine e Trieste (DGR 435/2013 e DGR 2199/2014).

Poiché i flussi informativi NSIS relativi ai medicinali 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, garantendo il riscontro agli eventuali approfondimenti richiesti nei tempi indicati dalla DCS.

Per le specifiche attività si rimanda a quanto stabilito nelle linee per la gestione del SSR per il 2018 di cui alla DGR n. 185/2018.

2.5 Assistenza sociosanitaria

L'ambito degli interventi sociosanitari sta attraversando una fase di importante trasformazione legata alla significativa estensione e all'emergere di nuove forme di bisogno della popolazione. Il processo di innovazione del sistema di welfare si orienta sempre di più verso una sempre maggiore personalizzazione dei percorsi di cura e inclusione e verso un riordino e riorientamento del sistema di offerta, per differenziare e flessibilizzare quanto più possibile la risposta ai bisogni di anziani, disabili, minori, persone con problemi di salute mentale e di dipendenza. In quest'ottica la Regione intende organizzare la propria attività di programmazione, al fine di garantire uniformità sul proprio territorio nelle modalità, nelle procedure e negli strumenti di valutazione multidimensionale in tutte le fasi del progetto di assistenza alla persona, definendo in particolare nuovi criteri di accreditamento e finanziamento delle strutture residenziali e semiresidenziali, così come stabilito dai nuovi LEA. In questo senso la Regione ha intrapreso percorsi di riforma che si propongono di innovare e sviluppare la rete dei servizi a favore delle persone con bisogni afferenti alle aree ad elevata integrazione sociosanitaria e di rafforzare l'integrazione tra i servizi sociali e sanitari, in conformità ai nuovi LEA sociosanitari recentemente approvati con DPCM 12 gennaio 2017. Anche a questo scopo la LR 17/2014 ha previsto la presenza nella Direzione strategica delle AAS del Direttore sociosanitario al quale è affidato il mandato di programmazione e indirizzo delle attività sociosanitarie, esercitando funzioni di promozione, raccordo e relazione inter-distrettuale nelle medesime materie.

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. L'attuazione del processo di riclassificazione delle

strutture residenziali per anziani rappresenta solo una delle tappe di un percorso mirato alla riqualificazione dell'offerta residenziale che prevede anche la definizione di un sistema di accreditamento dei servizi, nonché una revisione complessiva dei sistemi di finanziamento della non autosufficienza, per riorientare la spesa sostenuta dalle istituzioni pubbliche da un approccio centrato prevalentemente sul finanziamento alle strutture ad un sistema focalizzato sul profilo individuale di assorbimento di risorse (profilo di bisogno). Accanto al processo di riqualificazione della rete dei servizi residenziali e semiresidenziali per anziani, è necessario proseguire nell'attuazione di politiche volte a favorire la permanenza del cittadino nel proprio contesto di vita, la riduzione dell'istituzionalizzazione degli anziani e la ricerca di forme di domiciliarità innovativa. Si segnalano le sperimentazioni di forme abitative innovative per anziani in condizione di fragilità, denominate "Abitare possibile" e "Domiciliarità innovativa", i cui principi e modalità di attuazione sono stati aggiornati con D.G.R. 2089/2017.

Per l'anno 2018, le Aziende sanitarie collaborano con la Direzione salute all'attuazione dei percorsi definiti a livello centrale in materia di autorizzazioni all'esercizio, utilizzo del sistema Val.Graf.-FVG e nuovi convenzionamenti.

In materia di **Monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani**, tutte le aziende proseguono nelle attività di verifica e approfondimento dei percorsi avviati negli anni precedenti e realizzano almeno due visite di audit approfondite. Ciascuna Azienda provvede a redigere e trasmettere alla Direzione Centrale Salute, una dettagliata relazione illustrativa delle attività di monitoraggio e promozione della qualità svolte nell'anno precedente.

I servizi e gli interventi rivolti alla **disabilità**, anche se rappresentano una componente considerevole del sistema di welfare regionale, evidenziano delle criticità. Da un lato, il sistema di presa in carico risulta ancora troppo frammentato, non uniforme e definito nella attribuzione delle responsabilità, nelle modalità operative e negli strumenti organizzativi e professionali; dall'altro, l'impostazione dei servizi e degli interventi appare ancora rigida e standardizzata, non sempre capace di dare risposte adeguate alla complessità dei bisogni delle persone con disabilità. E' necessario avviare un percorso di maggior responsabilizzazione dei servizi sanitari nella presa in carico delle persone accolte nei servizi residenziali e semiresidenziali e in particolare è necessaria una maggior attenzione al problema delle comorbidità psichiatriche per quanto riguarda la disabilità intellettiva. Inoltre, le potenzialità e le risorse della persona con disabilità, della famiglia e della comunità di appartenenza non sono sempre presenti nelle prassi operative di molti servizi. L'assetto istituzionale, infine, non risulta essere più coerente con i nuovi riferimenti normativi (DPCM 12 gennaio 2017). Al fine di supportare il processo di riforma del settore della disabilità, è necessario compiere alcune azioni tra cui ultimare l'attività di valutazione delle condizioni di vita (in particolare per le problematiche di tipo sanitario) già avviata nel 2017 per gli utenti in carico ai servizi residenziali e semiresidenziali, avviare la sperimentazione per alcuni setting residenziali specifici delle disposizioni ministeriali in materia di finanziamento e compartecipazione alla spesa e infine realizzare un maggior coinvolgimento dei Dsm e dei servizi territoriali nella valutazione e presa in carico delle persone adulte con disabilità intellettive o disturbi dello spettro dell'autismo.

In particolare per l'anno 2018, le aziende devono provvedere alla valutazione per gli aspetti sanitari di almeno il 60% degli utenti dei servizi residenziali e semiresidenziali per persone con disabilità, secondo le modalità definite dalla Regione. Deve essere avviata la sperimentazione tariffaria nelle strutture individuate e deve infine essere formalizzato l'accordo con Enti gestori dei servizi sulle modalità di coinvolgimento dei DSM nella valutazione e presa in carico delle persone adulte con disabilità intellettiva o disturbi dello spettro dell'autismo.

Per quanto riguarda la salute mentale nel 2018 si avvierà l'attuazione del obiettivi previsti per l'età adulta dal **Piano regionale salute mentale**. Tra gli obiettivi prioritari di intervento si evidenziano:

- l'integrazione tra cure primarie e specialistiche e relativi percorsi di cura, con particolare riferimento alla presa in carico dei disturbi mentali comuni;
- la formalizzazione di un percorso aziendale congiunto (NPIA, DSM, PLS e MMG) per la definizione della fase di transizione delle cure, che specifichi, altresì, le modalità di interazione e trasmissione dei dati e delle informazioni;
- l'avvio del percorso per l' autorizzazione e l'accreditamento dei servizi di salute mentale
- la definizione di indirizzi regionali per l'abitare inclusivo;
- avvio del gruppo tecnico per l'accompagnamento delle procedure Budget di salute (BIS).

Per quanto riguarda l'età evolutiva, nell'ambito delle strategie previste dal Piano di settore sopra citato si evidenziano i seguenti obiettivi da raggiungere nel corso del 2018:

- l'implementazione della rete della neuropsichiatria infanzia e adolescenza secondo quanto previsto dai provvedimenti regionali (LR 17/2014, DGR 929/2015, DGR 1437/2015, DGR 443/2016, DGR 668/2017) e in coerenza con i contenuti dell'approvando Piano in questione dove detta rete troverà definizione. In particolare dovranno essere avviate le attività dei Centri diurni NPIA;
- predisposizione di percorsi codificati e concordati tra le varie strutture coinvolte (Servizi NPIA, PS/Medicina d'Urgenza, reparti di Pediatria, DSM, servizi per le dipendenze, servizi di Emergenza Urgenza con indicazione di: reparto di accoglienza, percorso diagnostico terapeutico e di continuità assistenziale con le NPIA territoriali, responsabilità di presa in carico, modalità di interazione tra DSM e NPIA nel caso di minori in età adolescenziale.

Inoltre, nell'ambito della salute mentale in età evolutiva, nel 2018 le Aziende possono utilizzare i finanziamenti sovraziendali di cui alla DGR 725/2018, Allegato 2, linea 44 nell'ambito dei Programmi di abilitazione/riabilitazione a favore di minori.

Nel corso del 2018, a seguito della gara per l'acquisizione del nuovo gestionale per la salute mentale età adulta ed età evolutiva, le Aziende avvieranno l'implementazione dello stesso. L'avvio in tutte le Aziende è subordinato alla validazione delle funzionalità del gestionale da parte di una Azienda pilota.

Nel corso del 2018 si attuerà quanto definito nella DGR 668/2017 relativamente ai percorsi diagnostici terapeutici assistenziali per i **disturbi del comportamento alimentare**. In particolare ogni Azienda provvederà alla messa a regime degli ambulatori DCA con la disponibilità di un'equipe funzionale. Presso ASUITS, AAS2, IRCCS Burlo Garofolo, tramite accordo e presso ASUIUD e AAS5 saranno operativi i Centri Diurni per l'età evolutiva e per l'età adulta. In coerenza con la DGR 668/2017 l'IRCC Burlo Garofolo per i minori e l'ASUIUD per gli adulti garantiranno la funzione di Osservatorio epidemiologico per i DCA.

Nel 2017 è stata data applicazione alla DGR 165/2016 e in ciascuna Azienda sanitaria è stata istituita la rete locale per le **cure palliative** dell'età adulta ed è stato formalmente nominato il responsabile della rete locale, individuato tra i medici in possesso di specializzazione in cure palliative o titolo equipollente. Inoltre con decreto del direttore centrale n. 462/2017 il coordinamento regionale per le cure palliative e la terapia del dolore, di seguito coordinamento, è stato integrato con ulteriori professionisti degli Enti del SSR, tra i quali anche i referenti regionali per le cure palliative e la terapia del dolore dell'età evolutiva. Il coordinamento nella seduta del

24/10/2017 ha approvato i criteri di accesso alla rete delle cure palliative che saranno utilizzati dalle Aziende Sanitarie nel 2018.

Per quanto riguarda la terapia antalgica, in ogni Azienda Sanitaria sono istituiti/potenziati i centri hub e spoke per la terapia del dolore dell'età adulta, individuati dalla DGR 165/2016.

A tutti gli enti del SSR è richiesto di continuare l'attività di formazione in materia di cure palliative e terapia del dolore con le modalità individuate nel progetto formativo regionale.

Per quanto riguarda i **Consultori familiari**, nel 2018 verrà consolidato il ruolo dell'ostetrica nel supporto della donna in ogni fascia d'età, auspicabilmente anche attraverso l'inserimento della figura dell'ostetrica all'interno dei CAP, nel percorso della gravidanza fisiologica e nel puerperio. Saranno implementati i percorsi della gravidanza fisiologica a gestione ostetrica e rafforzata l'offerta della visita domiciliare ostetrica nel puerperio. Saranno previsti percorsi per la donna in età post-fertile. E' prevista la valorizzazione dell'offerta consultoriale in linea con quanto previsto dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, 12 gennaio 2017, recante "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502".

Nel corso del 2018 proseguiranno gli incontri dell'Osservatorio regionale per la **sanità penitenziaria**, al fine di analizzare e monitorare percorsi e interventi, in collaborazione con l'amministrazione penitenziaria e il Tribunale di Sorveglianza. In particolare verranno trattati i temi dei percorsi clinici dei detenuti con attenzione ai percorsi di ospedalizzazione e l'ambito degli interventi di prevenzione. Nel corso del 2017 è stato definito il Piano regionale per la prevenzione del suicidio in carcere con le indicazioni per i Piani operativi locali tra Aziende sanitarie ed Istituti penitenziari, cui sarà data attuazione nel corso del 2018, anche con interventi formativi specifici su iniziativa regionale.

Le Aziende proseguono nel programma di superamento degli **Ospedali Psichiatrici Giudiziari (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.

Per il trattamento e la cura delle **dipendenze** dovrà essere rinnovato il Piano Regionale Dipendenze, con particolare attenzione ai soggetti con problemi correlati a ludopatia patologica e altre dipendenze emergenti.

Nello specifico delle risposte che si intendono mettere in atto per dare risposta al problema emergente del gioco d'azzardo patologico si dovrà dare seguito al Piano operativo regionale gioco d'azzardo patologico (GAP) 2017 e si dovrà condividere le azioni da programmare per il Piano GAP 2018.

Al fine di supportare una rete di cura rivolta a persone con problemi di alcoldipendenza si intende promuovere degli spazi di confronto, tra servizi e terzo settore, sulle metodologie di trattamento utilizzate e sui percorsi di trattamento disponibili.

A sostegno del Protocollo tra Ministero della Giustizia, Regione Friuli Venezia Giulia e Tribunale di Sorveglianza di Trieste sottoscritto il 29 maggio 2014, 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. In quanto 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.

2.6 Progetti clinico assistenziali

In continuità con l'attività realizzata nel corso del 2017, obiettivo prioritario 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, Rene e Cuore, mentre sono ancora da formalizzare le filiere Pancreas e Polmone. Partendo da contesti diversi a ciascuna filiera d'organo, nell'anno 2018 sono assegnati specifici obiettivi.

Tra le attività della filiera cuore è prevista formalizzazione nel 2018 di almeno un percorso assistenziale che definisca anche specifici indicatori di esito. Nell'ambito della filiera rene viene mantenuta l'attenzione verso il potenziamento della dialisi peritoneale e del programma Trapianti di rene. Per la filiera Fegato nel 2018 si prevede di formalizzare almeno un percorsi assistenziali a valenza regionale. In tema di trapianti di fegato si vuole incrementare il numero delle iscrizioni in lista trapianto. E' previsto l'avvio delle degenze di Epatologia presso AsuiUd con lo scopo di garantire un percorso assistenziale specialistico per i pazienti epatopatici acuti, a prescindere dal loro invio al trapianto.

Per quanto attiene la donazione nel corso del 2018, 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 prioritaria l'attività di Trombolisi endovenosa/endoarteriosa con il raggiungimento di almeno 350 trattamenti nel territorio regionale. E' inoltre prevista la preparazione e produzione di un opuscolo/volantino da mettere a disposizione nelle sale d'attesa dei medici di medicina generale degli ambulatori specialistici con lo scopi di informare la popolazione sui segni/sintomi da non sottovalutare per anticipare la chiamata di soccorso e rendere tempestivi gli interventi terapeutici in caso di ictus.

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. Anche per l'emergenza cardiologica è prevista la preparazione e produzione di un opuscolo/volantino da mettere a disposizione nelle sale d'attesa dei medici di medicina generale degli ambulatori specialistici con lo scopi di informare la popolazione sui segni/sintomi da non sottovalutare per anticipare la chiamata di soccorso e rendere tempestivi gli interventi terapeutici in caso di infarto.

Per il trauma, l'attenzione viene focalizzata sia 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) sia su altri aspetti della traumatologia con l'introduzione di due indicatori che misurano la Degenza media pre-operatoria per fratture diverse dal femore (ricoveri urgenti) e Attesa media pre-operatoria per fratture diverse dal femore (accessi in PS e ricoveri programmati).

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.

Con DGR 1002/2017, la rete delle **Malattie rare** regionale è stata integrata con l'individuazione delle singole reti per gruppi nosologici e dei relativi centri coordinatori. A seguito dell'adozione degli atti programmatici, il coordinamento regionale e le singole reti per gruppi nosologici sono nelle condizioni di assicurare la corretta implementazione del registro malattie rare e la produzione dei percorsi assistenziali delle patologie. Nel corso del 2018 pertanto ogni rete di gruppo nosologico deve produrre almeno 1 percorso assistenziale, oltre a quello previsto per il 2017 nonché alimentare il registro regionale di cui al DM 279/2001.

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 2018, sono l'implementazione del percorso della gravidanza fisiologica con la responsabilizzazione diretta delle ostetriche, il mantenimento e/o miglioramento della percentuale dei parti cesarei e dei parti indotti farmacologicamente.

In ambito pediatrico è necessario, perseguire obiettivi di appropriatezza clinica ed organizzativa che assicurino i migliori livelli di qualità e sicurezza. In particolare, per il 2018, dovranno essere individuati gli interventi chirurgici pediatrici che, devono essere assicurati dal Burlo attraverso la centralizzazione presso la sede ospedaliera dell'istituto e/o la circolazione in più sedi di un'equipe chirurgica ed anestesiologicala dell'istituto. Deve inoltre essere sviluppato un sistema di tele-refertazione per second opinion in radiologia pediatrica. Sempre presso il Burlo deve essere centralizzata la produzione dei farmaci galenici pediatrici.

Con riferimento al **Piano sangue**, nel 2018 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 2018 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 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 2016. Le aziende proseguono ad effettuare i controlli di appropriatezza delle prestazioni effettuate dagli erogatori pubblici e privati, secondo il piano dei controlli programmato dal gruppo di coordinamento regionale.

L'attuazione di quanto previsto dalla L.24/2017 "*Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*" è realizzata in regione attraverso la **Rete Cure Sicure** FVG istituita con DGR 1970/2016.

In particolare nel 2018 l'attenzione è posta su:

- prosecuzione della strutturazione della Rete Cure Sicure con particolare riferimento al completamento della formazione dei *link professionali*;
- valutazione semestrale, tramite indicatori clinici ed organizzativi definiti dal *Tavolo tecnico regionale dei risk manager aziendali*;
- pubblicazione delle informazioni, come previsto dalla legge 24/2017 e concordato dai tavoli tecnici della conferenza Stato-Regioni; in particolare, relativamente alla relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto; pubblicazione nel sito internet aziendale dei dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (verificati nell'ambito dell'esercizio della funzione di monitoraggio, gestione e prevenzione del rischio sanitario);
- prosecuzione delle linee di lavoro per garantire la sicurezza ed appropriatezza nell'uso del farmaco;
- prosecuzione delle attività atte al controllo e prevenzione delle infezioni e progetto regionale di *antimicrobial stewardship*;
- diffusione dei dati sullo stato nutrizionale emersi dalla *survey* 2017 e implementazione di strategie condivise sulla nutrizione e sull'idratazione dei pazienti;
- effettuazione dell'autovalutazione CARMINA e miglioramento di un'area attraverso l'implementazione di un almeno uno standard minimo;
- prosecuzione delle attività di *empowerment* dei pazienti sulle tematiche del rischio mediante la valutazione dell'utilizzo del modulo di "*integrazione della lettera di dimissione*" e avvio di azioni di miglioramento.

La **rete degli ospedali e servizi sanitari che promuovono salute (HPH)** è stata avviata dall'Ufficio Regionale Europeo dell'OMS come esempio di approccio basato sul setting dedicato alle organizzazioni sanitarie per migliorare la qualità dell'assistenza, le relazioni fra ospedali/servizi sanitari, la comunità, l'ambiente e la soddisfazione sia del personale che ci lavora, che dei cittadini e dei loro familiari che usufruiscono del servizio. Al fine di realizzare concretamente le potenzialità della rete HPH, finalizzata al guadagno di salute dei pazienti e dei loro familiari, del personale, della comunità e dell'ambiente, l'approccio deve essere comprensivo e globale, integrato nei sistemi gestionali e di qualità dell'ospedale e dei servizi sanitari. Nel corso del 2018 è necessario ristrutturare l'assetto organizzativo della rete regionale HPH, al fine di definire le linee strategiche da implementare negli anni a venire.

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. Nel 2017, oltre al consueto programma sul contenimento dei tempi d'attesa, sono state avviate alcune progettualità che hanno previsto modalità innovative di gestione di tale rapporto. Nel 2018 si intende proseguire

con i progetti avviati e focalizzare l'attenzione sui benefici determinati dall'implementazione di nuove modalità di gestione delle terapie.

Per i **tempi di attesa** proseguono le attività 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. Le valutazioni di rispetto dei tempi vengono eseguite rispetto all'elenco delle prestazioni ministeriali e regionali soggette a monitoraggio.

Per quanto riguarda il monitoraggio dei tempi di attesa le indicazioni regionali sono:

- le aziende / irccs devono garantire per le prestazioni ambulatoriali il rispetto dei tempi in percentuale diversa a seconda della priorità definita: priorità B al > 95%, per la priorità D al > 90% e per le priorità P al > 85%;

- le aziende / irccs devono garantire per gli interventi chirurgici il rispetto dei tempi secondo i codici di priorità A (per almeno il 95% della casistica), B, C e D (per almeno il 90% della casistica)

- 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 aziende / irccs devono proseguire ad organizzare le agende delle prestazioni ambulatoriali specialistiche per consentire la prenotazione online del cittadino dell'offerta.

- Le agende delle prestazioni ambulatoriali individuate dalla DCS devono essere informatizzate ed essere rese disponibili a sistema CUP regionale.

- le aziende / irccs devono essere tenute a sospendere la libera professione intra-moenia ai medici delle strutture che non hanno reso disponibili a CUP regionale tutte le agende di prenotazione delle visite/prestazioni.

- le aziende / irccs devono far rispettare il rapporto tra attività libero professionale e le priorità fissate di "garanzia" per il cittadino assumendo ogni modalità organizzativa necessaria allo scopo, rivedendo l'organizzazione erogativa (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 del personale, nonché delle RAR allo scopo stanziate, oltre che delle risorse previste dalla L.R. n.7/2009.

- le aziende rendicontano alla Direzione salute le modalità di utilizzo del finanziamento attribuito con la legge 7/2009, tenendo conto che una quota di almeno il 40% è da utilizzare per l'acquisto di prestazioni dagli erogatori privati convenzionati, in aggiunta al budget assegnato per il periodo 2017-2019 con la stipula degli accordi adottati con la DGR n. 42/2017.

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 **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 2018 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 2018 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. Nel corso del 2017 è stato implementato il contatto telefonico ai pazienti dimessi dopo un intervento di chirurgia programmata, entro 5 giorni dalla dimissione. L'obiettivo è stato duplice: da un lato far sentire al cittadino la vicinanza della struttura che lo ha curato, dall'altro acquisire utili informazioni per cogliere opportunità di miglioramento dei servizi offerti. Anche per il 2018 si prevede di proseguire con tale progetto, lasciando alle aziende l'opportunità di estendere tale servizio anche ad altre tipologie di trattamento. 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 Flussi informativi e valutazioni

Nel 2017 è stata avviata la nuova **Scheda di Dimissione Ospedaliera** (SDO) secondo le configurazioni definite dal Ministero della salute. Per il 2018 alle aziende dovranno raggiungere degli obiettivi qualitativi legati alla compilazione delle schede.

Con riferimento agli **Obblighi informativi e qualità dei dati ai fini amministrativi, epidemiologici e gestionali**, le basi dati gestionali attualmente in uso nelle aziende rappresentano lo 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 sono pertanto impegnate nel costante processo di miglioramento della qualità dei dati in esse contenuti e nelle attività di manutenzione e monitoraggio della congruità delle basi dati con il coordinamento della DCS. 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). 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 0,01% di quanto attribuito ad ogni Ente verrà trattenuta a livello centrale e sarà erogata solo ad adempimento completamente espletato.

2.9 Sistema informativo

Dal 2018, proseguirà la riorganizzazione dei servizi ICT e la definizione delle competenze fra INSIEL e Enti del SSR. Inoltre, si procederà al consolidamento dei seguenti servizi on line per i cittadini:

- potenziamento dell'infrastruttura del servizio di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali con l'uso della ricetta dematerializzata e MIR (medici in rete), 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 di attesa di tutte le prestazioni erogate, indicando la prima data utile.

- lo sviluppo di tecnologie mobility app per i principali servizi on line sviluppati
- l'estensione della prescrizione specialistica dematerializzata
- lo sviluppo dei temi chiave previsti dalla cd "Sanità digitale" implementando soluzioni informatiche per l'integrazione socio-sanitaria e la continuità della cura.
- l'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, ricetta dematerializzata, interventi sull'intero sistema ICT del SSR per gli adeguamenti previsti dalla LR 17/2014, avvio della nuova cartella clinica informatizzata e acquisizione di ulteriori licenze con completamento in tutte le aziende dell'implementazione del sistema per la gestione della farmacoterapia

Nel 2018 tutti i medici devono utilizzare sistematicamente la firma digitale per le attività informatizzate nelle quali è disponibile. Le aziende individuano specifici obiettivi in tal senso.

In tema di firma digitale, vengono mantenute le 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.

Il 20 dicembre 2017 è partita la fase pilota di sperimentazione del **Fascicolo sanitario elettronico** in ambiente reale con alcuni medici di medicina generale. Nel corso dell'anno 2018 si prevede l'implementazione del FSE al 15% della popolazione con un programma da definirsi operativamente entro marzo 2018.

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, avviamento del nuovo sistema di iscrizione ai MMG), rivisitazione delle procedure gestionali ed amministrative al fine dell'adeguamento alla normativa vigente, potenziamento dell'infrastruttura per la Continuità Operativa e i sistemi direzionali aziendali e regionali

3. LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

CONTESTO NORMATIVO DI RIFERIMENTO

La gestione delle risorse umane per l'anno 2018 prosegue nell'ambito del nuovo assetto istituzionale del Servizio Sanitario Regionale definitivamente delineatosi a seguito della riforma avviata con LR n. 17/2014.

Conseguentemente la manovra del personale sarà, prioritariamente impostata in coerenza con l'evoluzione degli assetti organizzativi e istituzionali delineatisi in attuazione della legge di riforma sanitaria 17/2014 e nel rispetto della vigente normativa nazionale sul personale che, sostanzialmente, impone una gestione delle risorse umane efficiente che valorizzi le competenze in modo adeguato alle missioni aziendali e garantisca la tutela e la salvaguardia della salute dei lavoratori, realizzando conseguentemente l'ottimizzazione delle risorse finanziarie assorbite.

Rispetto a questo scenario, le regole per la programmazione delle risorse umane nell'anno 2018 dettate dal documento Linee per la gestione del servizio sanitario regionale approvato nella versione definitiva con DGR n. 185 del 2.02.2018 sono proseguite in continuità con gli indirizzi dati nel corso dei precedenti esercizi.

Anche nel 2018 gli enti del SSR definiranno, in via previsionale e in termini quali-quantitativi, il fabbisogno di personale necessario al funzionamento delle strutture e alla realizzazione delle progettualità stabilite a livello regionale.

Nell'ambito dell'autonoma responsabilità gestione resta in capo alle singole direzioni aziendali la facoltà di scostarsi, in corso d'anno, dal dato previsionale per far fronte con tempestività a criticità operative inerenti il mantenimento dei livelli assistenziali e/o la garanzia dell'erogazione di servizi all'utenza o indispensabili al funzionamento dell'azienda/ente.

Resta inteso che tali eventuali variazioni sulla manovra del personale possono essere realizzate esclusivamente nel rispetto dell'equilibrio di bilancio 2018 ed in proiezione negli anni successivi.

Nel dar corso alla manovra sul personale le Aziende ed Enti daranno priorità all'attuazione delle disposizioni di cui alla DGR 1384/2016 e all'art. 20 del D. Lgs. 75/2017 in materia di stabilizzazioni del personale precario. In proposito in 15 febbraio 2018 e in data 07 marzo 2018, le parti hanno sottoscritto i Protocolli Regionali rispettivamente del comparto e delle dirigenza recanti gli obiettivi e delle prime indicazioni alle aziende ed enti del SSR della Regione FVG sull'applicazione delle disposizioni in tema di stabilizzazione del personale precario di cui al D. Lgs n. 75/2017 per il triennio 2018-2020. Tali documenti sono stati approvati con DGR n. 430 del 2.03.2018 e DGR nn. 562 e 563 del 15.03.2018.

Al fine di rendere la manovra chiara e monitorabile, sulla scorta di quanto previsto dalle Linee, gli enti del SSR dovevano evidenziare la dotazione organica, espressa in termini quali-quantitativi esistente alla data del 31.12.2017 e quella prevista al 31.12.2018. Le variazioni di organico dovevano motivarsi dettagliatamente ed devono essere rispettose della normativa nazionale in materia di contenimento dei costi del personale dipendente e di blocco delle risorse destinate al trattamento accessorio dello stesso, fatti salvi gli effetti dei trasferimenti di funzioni tra enti regionali.

Inoltre, in presenza di un andamento dei costi del personale che proietti un valore eccedente quanto programmato, gli enti devono predisporre contemporaneamente i correttivi e le azioni necessarie finalizzate al rientro di tale quota.

Parimenti, in presenza di un andamento economico relativo all'anno 2018 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) dovrà rappresentare nei singoli PAL/PAO/PA

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 di riferimento.

Con l'intento di valutare la necessità di introdurre eventuali tempestivi correttivi all'andamento della spesa per personale, anche in proiezione sugli esercizi successivi, la Direzione Centrale Salute predisporrà, nel corso dell'anno, monitoraggi o richieste aggiuntive, per le valutazioni di competenza. Sono, inoltre state fornite le seguenti specifiche prescrizioni:

- 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, lo spostamento del personale avviene prioritariamente su base volontaria. A tal fine è nell'interesse del sistema che gli 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. Un tanto con specifico riferimento al trasferimento, in particolare, del personale degli Enti del SSR all'EGAS per le attività connesse alla Centrale Operativa regionale 118;
- prestazioni aggiuntive: nel 2018, le aziende potranno acquisire prestazioni aggiuntive nei confronti degli infermieri e dei tecnici sanitari di radiologia medica, nei limiti e alle condizioni stabilite dall'articolo 1, comma 2 e ss. del DL 402/2001 convertito con L. 8.01.2002 e s.m.e.i. e, per quanto riguarda la dirigenza medica nel rispetto dell'art. 55 del CCNL 8.6.2000 e dell'art. 18 del CCNL 3.11.2005. Trattandosi di eventualità non programmabile, qualora ne ricorrano le condizioni, l'Ente dovrà richiedere apposita autorizzazione regionale. La richiesta di autorizzazione dovrà essere dimostrata il preventivo ricorso all'istituto del lavoro straordinario e l'utilizzo degli altri fondi contrattuali, attraverso l'invio dei relativi accordi integrativi aziendali, nella considerazione che l'acquisto di prestazioni aggiuntive deve collocarsi in modo coerente con le più ampie esigenze derivanti dalle disposizioni di contenimento della spesa del personale.
- rinnovi contrattuali: in presenza di eventuali rinnovi dei contratti collettivi nazionali di lavoro ricadenti sull'anno 2018, i relativi oneri verranno finanziati dalla Regione che ha previsto un'apposita linea di finanziamento sulle spese sovra-aziendali.

Sulla base di questi elementi si è svolta la negoziazione con la Direzione Centrale Salute Integrazione Socio Sanitaria e Politiche Sociali che ha prodotto il bilancio preventivo 2018 debitamente deliberato da tutte le aziende.

LA PROGRAMMAZIONE DEL PERSONALE DIPENDENTE

Le Aziende, sulla base della metodologia indicata dalle Linee di gestione e dalle indicazioni metodologiche hanno, quindi, esplicitato la programmazione del personale per l'anno 2018.

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.

Tuttavia la manovra di assunzioni presentata produce, in previsione di chiusura al 31.12.2018, un significativo aumento dei costi fissi del personale 2018 rispetto alla chiusura 2017: se teniamo

conto dei dati del preconsuntivo 2017 si stima che la manovra del personale programmata a livello regionale, qualora realizzata, produrrebbe un aumento di costi nel 2018 di circa 12 milioni di euro rispetto al 2017.

Ne deriva che la manovra del personale andrà necessariamente valutata secondo una prudente gestione delle risorse umane e delle scelte assunzionali con la conseguenza che la singola assunzione potrà realizzarsi esclusivamente in presenza di un equilibrio economico dell'esercizio 2018 nonché a garanzia dell'assorbimento dei costi sul 2019 (cosiddetto effetto trascinamento).

Si richiama, in proposito, la necessità che la compatibilità economica deve sussistere non solo nel momento temporale in cui viene disposta l'assunzione ma anche in previsione dell'impatto che l'assunzione medesima produce in chiusura di esercizio e del suo trascinamento, avuto riguardo al finanziamento complessivamente disponibile per il servizio sanitario regionale.

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 e contrattuali. A ciò si deve aggiungere che in data 8 maggio 2018 sono state emanate le "Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale da parte delle amministrazioni pubbliche" ai sensi dell'articolo 6-ter, comma 1, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, come inserito dall'articolo 4, comma 3, del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75. Le predette Linee di indirizzo entreranno in vigore dal giorno della pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale.

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 indicate nelle Linee di Gestione;
- 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;

In relazione alle diverse funzioni sia di natura amministrativa e tecnica che di natura sanitaria che devono essere gestite progressivamente in modo centralizzato dall'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi, si richiama la mission affidata all'Egas con la LR n. 17/2014 di migliorare l'efficienza e l'efficacia del Servizio sanitario regionale attraverso strumenti di accentramento e ottimizzazione dei processi amministrativi, tecnici e gestionali ribadendo la necessità che ciò vada garantito e confermato in un'ottica di efficienza i servizi e razionalizzazione dei costi a livello di sistema, con modalità e procedure di neutralità economica per il SSR. A tal fine, il trasferimento delle quote dei fondi contrattuali da parte delle aziende del SSR all'Egas va realizzato affinché il saldo tra l'azienda/ente cedente e l'azienda/ente acquirente rimanga inalterato a livello regionale. Ciò vale anche nell'ipotesi di trasferimento di funzioni tra aziende/enti del SSR.

MOBILITA' VOLONTARIA

Nell'ambito della messa in atto del trasferimento dei rapporti di lavoro, quale conseguenza dei processi di riordino, di riorganizzazione di specifiche funzioni disciplinate e dai documenti di programmazione annuale e stante la complessità dei diversi contesti organizzativi con particolare riguardo alla loro valenza sovra –aziendale, lo spostamento del personale avviene prioritariamente su base volontaria.

A tal fine è nell'interesse del sistema che gli 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. Un tanto con specifico riferimento al trasferimento, in particolare, del personale degli Enti del SSR all'EGAS per le attività connesse alla Centrale Operativa regionale 118.

PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

Nel 2018, le aziende potranno acquisire prestazioni aggiuntive nei confronti degli infermieri e dei tecnici sanitari di radiologia medica, nei limiti e alle condizioni stabilite dall'articolo 1, comma 2 e ss. del DL 402/2001 convertito con L. 8.01.2002 e s.m.e.i. e, per quanto riguarda la dirigenza medica nel rispetto dell'art. 55 del CCNL 8.6.2000 e dell'art. 18 del CCNL 3.11.2005. Trattandosi di eventualità non programmabile, qualora ne ricorrano le condizioni, l'Ente dovrà richiedere apposita autorizzazione regionale. La richiesta di autorizzazione dovrà essere dimostrata il preventivo ricorso all'istituto del lavoro straordinario e l'utilizzo degli altri fondi contrattuali, attraverso l'invio dei relativi accordi integrativi aziendali, nella considerazione che l'acquisto di prestazioni aggiuntive deve collocarsi in modo coerente con le più ampie esigenze derivanti dalle disposizioni di contenimento della spesa del personale.

MONITORAGGIO

Nel corso dell'anno le Aziende comunicheranno nei report trimestrali lo stato di attuazione della manovra del personale 2018 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 presenza di un andamento dei costi del personale che proietti un valore eccedente quanto programmato, gli enti predispongono contemporaneamente i correttivi e le azioni necessarie finalizzate al rientro di tale quota.

Parimenti, in presenza di un andamento economico relativo all'anno 2018 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) dovrà rappresentare nei singoli PAL/PAO/PA 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 di riferimento.

Con l'intento di valutare la necessità di introdurre eventuali tempestivi correttivi all'andamento della spesa per personale, anche in proiezione sugli esercizi successivi, la Direzione Centrale Salute predisporrà, nel corso dell'anno, monitoraggi o richieste aggiuntive, per le valutazioni di competenza.

FONDI CONTRATTUALI

Si richiama il rispetto della disposizione di cui all'articolo 23, comma 2, del d. lgs. n. 75/2017.

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 2018.

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 185/2018 con la quale sono state approvate in via definitiva le Linee di gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2018.

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.

Eventuali progettualità di rilievo aziendale sono inserite con numerazione aggiuntiva.

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

3. LE PROGETTUALITÀ

3.1 PROGETTI DI RIORGANIZZAZIONE DELLE FUNZIONI

3.1.1 Degenze	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Implementazione del numero dei posti letto previsto dall'allegato 2 della DGR 2673/2014.	Evidenza dell'implementazione del numero di posti letto di assistenza ospedaliera previsti dall'allegato 2 della DGR 2673/2014 in coerenza con le reali necessità e i tassi di occupazione che si rileveranno nel corso dell'anno, con la considerazione che il valore riportato nella DGR 2673/2014 è il valore massimo a cui tendere.

3.1.2 Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Cessione ad EGAS della funzione Ceformed	Evidenza della cessione della funzione Ceformed ad EGAS entro il 30 giugno 2018

3.1.3 Urgenza emergenza	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Completamento dell'assetto previsto dal Piano Regionale dell'Emergenza Urgenza per tutti i mezzi di terra	Evidenza dello stato di implementazione dell'assetto previsto dal Piano regionale dell'emergenza-urgenza
Potenziamento per un anno di un'ambulanza ALS dalle 7.00 alle 21.00 nella zona di San Giorgio di Nogaro.	L'AAS2 attiva, entro il 31 marzo 2018, il mezzo di soccorso ALS per un anno in zona San Giorgio di Nogaro.
Adeguamento al volo notturno delle elipiazzole	<ul style="list-style-type: none"> – Abilitazione ENAC al volo notturno dell'elipiazzola di Gorizia in modalità delivery – Definizione cronoprogramma relativa all'acquisizione dell'area propedeutica alla

	<p>predisposizione della nuova elisuperficie di Latisana</p> <p>- valutazione complessiva sull'elisuperficie annessa al punto di primo soccorso di Lignano</p>
--	---

3.1.4 Medicina di laboratorio	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Trasferimento della funzione di laboratorio di Gorizia e Monfalcone ad ASUI TS	Completamento del trasferimento della funzione di laboratorio al centro Hub di ASUI TS secondo i tempi da loro definiti

3.1.5 Sangue ed emocomponenti	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Sistemazione dei locali presso la sede di Palmanova, secondo il progetto già definito	Evidenza sistemazione locali presso la sede di Palmanova entro il 15 febbraio 2018
Approvazione e sottoscrizione con ASUIUD del documento di scorporo di personale, attrezzature, beni, dei contratti e convenzioni	Evidenza, entro il 31 marzo 2018, del documento approvato e sottoscritto fra ASUIUD e AAS2 per lo scorporo di personale, attrezzature, beni, contratti e convenzioni
Approvazione e sottoscrizione con AAS5 del documento di scorporo di personale, attrezzature, beni, dei contratti e convenzioni	Evidenza, entro 31 marzo 2018, del documento approvato e sottoscritto fra AAS5 e AAS2 per lo scorporo di personale, attrezzature, beni, contratti e convenzioni
Avvio dell'organizzazione separata fra il Centro Unico Regionale di Produzione degli Emocomponenti e i laboratorio satellite; avvio di ASUIUD e AAS5 entro il 31 marzo 2018	Evidenza dell'avvio della nuova organizzazione tra il Centro Unico Regionale di Produzione degli Emocomponenti di Palmanova e ASUIUD e AAS5 entro il 31 marzo 2018.
Avvio della centralizzazione a regime della produzione degli emocomponenti	Centralizzazione a regime della produzione degli emocomponenti nel CURPE di Palmanova entro il 30 aprile 2018.
Trasferimento della funzione (con acquisizione del personale, attrezzature, beni, contratti, ecc.) CUVB-CUPRE da ASUIUD e da AAS5 all'AAS2.	Evidenza del trasferimento della funzione CUVB-CUPRE da ASUIUD e da AAS5 all'AAS2 a partire dal 1 maggio 2018.
Trasferimento delle attività residuali della produzione da ASUIUD a AAS2 con trasferimento delle risorse.	Evidenza del trasferimento delle attività residuali della produzione da ASUIUD a AAS2 entro il 1 giugno 2018.
Raccolta sangue territoriale	Trasferimento della funzione di raccolta di sangue territoriale da AsuiTs e AsuiUd dal 1 agosto 2018

Accreditamento istituzionale	Entro la fine del 2018 verifica e rinnovo dell'accreditamento istituzionale di tutte le strutture trasfusionali della Regione
-------------------------------------	--

3.1.6 Reti di patologia	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Realizzare un sistema per gestire teleconferenze tra clinici e riunioni operative a distanza per ogni sede ospedaliera	Attivazione entro il 30.9.2018 di almeno 4 sale (1 per ogni sede di presidio ospedaliero) attrezzate per gestire teleconferenze cliniche e riunioni operative a distanza, nonché permettere la visione contemporanea di documentazione e immagini diagnostiche di alta qualità.
collaborare con EGAS per l'implementazione di un sistema informatico/informativo in grado di mettere in comunicazione operativa i mezzi di soccorso (ambulanze, automediche ed eliambulanza) fra loro e con i servizi di pronto soccorso e la centrale operativa 118, per la registrazione e la trasmissione contestuale di informazioni cliniche.	Evidenza della collaborazione con EGAS, secondo le indicazioni ricevute.
definire percorsi integrati facilitanti per la presa in carico del paziente oncologico, in ciascuna area geografica, nelle more dell'attivazione della rete oncologica regionale	Evidenza, entro il 30 giugno 2018, di 2 percorsi integrati per la presa in carico del paziente oncologico

3.1.7 Modifiche/integrazioni delle DGR 2673/2014, 929/2015 e 1437/2015	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Applicazione delle DGR 2673/2014, 929/2015 e 1437/2015 e successive modifiche e integrazioni	Trasmissione alla DCS del decreto di revisione dell'atto aziendale al fine di recepire le modifiche ed integrazioni delle DGR 2673/2014, 929/2015 e 1437/2015.

3.1.8 Modifiche/integrazioni alla DGR 42/2017	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Modifiche/integrazioni alla DGR 42/2017	In applicazione alla sentenza del TAR del Friuli Venezia Giulia del 14 dicembre 2017, gli articoli 8 di entrambi gli accordi fra Regione ed erogatori privati accreditati, allegati alla DGR 42/2017 sono modificati come segue: <i>"I soggetti privati accreditati applicano le tariffe del nomenclatore"</i>

	<p><i>tariffario regionale in vigore al netto del ticket, sia per i residenti regionali che extra-regionali.</i></p> <p>L'AAS verifica la corretta applicazione della dettami della sentenza sopra indicata, nei rapporti con i privati accreditati.</p>
--	--

3.1.9 Documenti regionali	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Attuazione del piano della Riabilitazione, successivamente alla sua adozione prevista per il primo trimestre 2018	Avvio delle attività previste dal Piano della Riabilitazione, secondo le indicazioni fornite dalla Regione
Attuazione della rete oncologica regionale, successivamente alla sua adozione prevista per il primo trimestre 2018	Avvio delle attività previste dalla Rete oncologica regionale, secondo le indicazioni fornite dalla Regione
Documenti regionali	<p>Entro il 31 dicembre del 2018 la Regione adotterà i seguenti documenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Piano della Salute mentale - Rete pediatrica regionale - Rete geriatrica - Rete infettivologica - Rete per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti: filiera polmone - Rete trauma Organizzazione della Cell Factory regionale <p>L'Azienda partecipa ai tavoli regionali per la stesura dei documenti sopra citati.</p>

3.1.11 Lean management	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Sviluppare un nuovo progetto da portare a compimento entro l'anno	Evidenza del progetto concluso

3.2 PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

3.2.1 Tutela della salute della donna	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Implementazione del percorso gravidanza fisiologica a gestione ostetrica	Evidenza dell'attivazione del percorso nei distretti est ed ovest in seguito alle decisioni che verranno assunte a livello regionale sul punto nascita di Latisana (al fine di definire le risorse necessarie e le modalità di reperimento).
Implementazione dell'offerta della visita domiciliare ostetrica in puerperio	Evidenza del servizio attraverso report con dati relativi al 2018.
Implementazione di percorsi aziendali per la donna in età post fertile	Evidenza dell'implementazione del percorso aziendale rivolto alle donne in età post fertile, in seguito alle decisioni che verranno assunte a livello regionale sul punto nascita di Latisana (al fine di definire le risorse necessarie e le modalità di reperimento).
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
Screening opportunistico: avvio di uno screening opportunistico su stili di vita e rischio cardiovascolare globale nelle Aziende sanitarie della regione in coordinamento con A.I.R. dei M.M.G.	Il 10% dei pazienti eleggibili di ogni M.M.G. che aderisce allo screening opportunistico è valutato per la definizione del rischio cardiovascolare. Il risultato del rischio è inserito nella piattaforma regionale del rischio cardiovascolare

3.2.3 Gli screening oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia (Programma II PRP)	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Collaborare con ASUITS per gestire, per gli aspetti di logistica e di preanalitica, la transizione del programma regionale di screening della cervice ad HPV-DNA e realizzare presso l'Anatomia Patologica di ASUITS un laboratorio unico regionale per tutti gli esami di HPV-DNA primari e tutte le letture dei pap-test secondari.	• Evidenza della collaborazione con ASUITS affinché venga realizzato il laboratorio unico HPV-DNA e cervicocitologia di screening presso l'Anatomia Patologica di ASUITS.
Garantire le letture dei pap test primari per gli anni 2018-2019-2020, e comunque fino a transizione del programma ultimata.	Letture dei pap test primari garantite presso le sedi di attuale competenza fino a transizione del programma ultimata

Partecipare al controllo di qualità sul laboratorio unico, posto che l'istologia delle lesioni continuerà ad essere gestita dalle attuali anatomie patologiche mantenendo il continuum della relazione con i clinici.	Evidenza della partecipazione al Programma di controllo di qualità realizzato.
Assicurare la collaborazione per la riconversione del programma, inclusi per gli aspetti di comunicazione e formazione.	Evidenza della collaborazione garantita anche per gli aspetti di comunicazione e formazione
raggiungere e/o mantenere un'adesione ai programmi di screening pari al 70% per la cervice uterina, al 70% per la mammella, e al 70% per il carcinoma del colon retto	Adesione pari a: - 70% per la cervice uterina, - 70% 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 dei centri di senologia", con invio dei dati di autovalutazione entro il 30.11.2018.
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 corretta chiusura dell'esito dei casi di secondo livello dello screening mammografico nel G2 clinico e ridurre i richiami intermedi (early recall) dopo approfondimento.	- % di casi di secondo livello chiusi correttamente $\geq 95\%$ - % 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 dei requisiti dei centri di secondo livello con invio alla Direzione regionale dei dati di autovalutazione entro il 30.11.2018.
- garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica per gli esami di 2° livello di screening - garantire l'offerta della colonscopia di approfondimento di secondo livello entro 30 giorni dalla positività del FOBT di screening	- Percentuale di compilazione dei campi fondamentali $\geq 95\%$ - Tempo di attesa per colonscopia di approfondimento di secondo livello ≤ 30 giorni
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.	Percentuale di inviti inesitati $\leq 1,5\%$

3.2.4 Gli screening neonatali (Programma II PRP)	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
diffusione e applicazione nei punti nascita aziendali, sotto il coordinamento dell'IRCCS Burlo, della procedura regionale per lo screening neonatale audiologico ed oftalmologico con aggiornamento del PDTA	diffusione e applicazione della procedura in tutti i punti nascita aziendali, sotto il coordinamento del Burlo
Partecipazione al Programma regionale per lo Screening neonatale metabolico esteso, sotto il coordinamento dell'IRCCS Burlo: implementazione dell'identificazione precoce della fibrosi cistica e proposta di eventuali programmi di screening.	Evidenza della partecipazione ai lavori coordinati dal Burlo finalizzati alla stesura di un Report di monitoraggio del programma regionale e delle attività per la fibrosi cistica
collaborare al programma regionale per l'identificazione precoce dei neonati con emoglobinopatia nella popolazione a rischio.	Evidenza della collaborazione al programma regionale finalizzato alla formale adozione della procedura per emoglobinopatia e TSH nei punti nascita
assicurare la regolare comunicazione all'IRCCS Burlo della rilevazione del TSH neonatale.	Evidenza dell'invio dei dati all'IRCCS Burlo

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 50% delle 167 scuole della Regione (ovvero 83 scuole) 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.	- AAS2 promuove e coordina il tavolo di lavoro regionale dei referenti aziendali dei progetti e programmi riconducibili alle buone pratiche, al fine di coinvolgere almeno 66 scuole a livello regionale. - Per AAS2: Aderiscono alla progettazione almeno il 50% delle 27 scuole ubicate sul territorio aziendale
Partecipare alle attività coordinate dalla AAS 5, relative al perseguimento degli obiettivi del programma III relativamente all'obiettivo specifico di promozione della cultura della salute e sicurezza	Evidenza dei programmi avviati e/o iniziative realizzate

in ambito scolastico	
Inserimento nella banca dati PROSA delle attività di promozione salute svolte nelle istituti scolastici	Rendicontazione delle attività svolte nelle scuole regionali attraverso la banca dati PROSA

3.2.6 Dipendenze (Programma IV PRP)

Vedi linea 3.5.10 Dipendenze

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
sviluppo di progetti di attività fisica rivolti alla popolazione adulta	Report su quanto realizzato
realizzazione progetti di promozione attività fisica adattata	Almeno 1 iniziativa/progetto
diffusione delle opportunità di attività fisica presenti sul territorio attraverso il sito regionale (invecchiamentoattivo.fvg)	Presenza, sul sito, delle attività realizzate in collaborazione con le associazioni

3.2.8 Prevenzione degli incidenti stradali (Programma VI PRP)

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
i referenti individuati (PRP) partecipano e sostengono le attività che andranno a delinearsi (formazione dei moltiplicatori, diffusione delle iniziative) per la prevenzione degli incidenti stradali	Report sulla partecipazione dei referenti alle attività e sulle iniziative promosse localmente

3.2.9 Prevenzione degli incidenti domestici (Programma VII PRP)

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
continuare l'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

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
Partecipazione alla IV fase del progetto "Prodotti"	- presenza (al 31/12/2018) di almeno 90 schede

Finiti FVG" che prevede la stesura delle schede di prodotto (comprendenti la flow chart) con le metodiche e gli strumenti predisposti nell'ambito del progetto di ricerca	di prodotto correttamente elaborate e vistate dal responsabile scientifico del progetto di AAS5 (report della DCS)
attuazione Delibera 2520 del 14 dicembre 2017 (modifica regolamento emanato con Decr.Pres.Reg. 144/2015) su servizi residenziali e semi-residenziali per anziani	- Si rimanda al capitolo sulla non autosufficienza della Struttura Programmazione Interventi Sociosanitari (Linea 3.5.1. Anziani non autosufficienza)
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 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 edilizia
SIAN/VET: partecipare alla formazione degli auditor e al programma di mantenimento della qualifica	- Almeno 50 auditor ufficiali formati a livello complessivo regionale (per AAS2: 10 auditor formati)
Partecipazione al corso di sostegno alle capacità organizzativo-gestionali delle risorse umane per dirigenti, coordinatori e P.O. dei Dipartimenti di Prevenzione, organizzato da parte di AAS5	- Evidenza della partecipazione del Dipartimento di Prevenzione AAS2, certificata da AAS5
SPSAL: partecipare attivamente al programma regionale di audit, scegliendo il comparto di interesse a seconda della specificità territoriale.	- Operatori formati secondo le indicazioni del PRP (per AAS2: 7 operatori formati) - costituzione del gruppo di auditori regionali - individuazione delle aziende su cui avviare l'audit sui SGSL da parte auditori regionali e avvio della fase realizzativa
Diffusione delle Linee guida regionali per la prevenzione dei rischi in campo estetico e del Protocollo operativo regionale di controllo per le pratiche estetiche	- Evidenza della pubblicazione sul sito aziendale istituzionale dei documenti approvati dalla Regione (applicazione LLGG regionali sui controlli delle pratiche estetiche, inclusi i tatuaggi di cui alla DGR 2668 dd 28.12.2017)

Attuazione del Protocollo operativo regionale di controllo per le pratiche estetiche	<ul style="list-style-type: none"> - Effettuati i controlli di tutte le nuove SCIA di tatuatore e piercer - Effettuati i controlli di 1 ogni 5 delle nuove SCIA presentate per estetista - Effettuati i controlli di 1 ogni 10 delle nuove SCIA presentate per acconciatore
--	--

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
PSAL: mantenere un'adeguata vigilanza nei settori edile e agricolo secondo i parametri definiti a livello nazionale	<ul style="list-style-type: none"> - Realizzare l'attività di vigilanza in almeno il 5% delle aziende del territorio. - Edilizia: vigilare un numero di cantieri pari al 12% dei cantieri notificati nell'anno precedente. In caso di significative variazioni incrementali, si dovrà raggiungere almeno il numero dei cantieri vigilati nell'anno 2017. - Agricoltura: vigilare almeno 15 aziende agricole a livello aziendale (Report di attività alla DCS)
PSAL: 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
PSAL: 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.	- Realizzazione di 2 corsi accreditati o 2 iniziative di sensibilizzazione a livello regionale
PSAL: partecipare all'avvio dell'applicazione del metodo OCCAM	- Analisi a livello regionale secondo metodologia 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	<ul style="list-style-type: none"> - Report sui lavoratori a rischio cardiovascolare globale - Partecipazione ai lavori per l'adozione per regolamento regionale sul fumo - Offerta di percorsi per smettere di fumare

PRP.	
------	--

3.2.13 Miglioramento dei sistemi informativi e di sorveglianza (Programma XI PRP)	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
PSAL: alimentare le banche dati Informo e Malprof e coordinarsi per la stesura di un report regionale	- Report congiunto di attività inviato alla DCS
PSAL: Sviluppo di sistemi informativi rivolta alla dematerializzazione delle comunicazioni obbligatorie	- Evidenza di studio di fattibilità e prima applicazione delle procedure per l'informatizzazione delle notifiche ex art.99 del D.Lgs 81/08
PSAL: 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
PSAL: monitorare le verifiche periodiche delle attrezzature di lavoro con inserimento dei dati in apposito database	- il 75% delle verifiche effettuate è inserito a data base
Partecipare all'incontro, organizzato dall'IRCCS Burlo Garofolo, di restituzione dei risultati della rilevazione 2017 del Progetto Okkio alla Salute	- partecipazione ad almeno 1 incontro di restituzione dei risultati 2017
realizzazione, con il coordinamento dell'IRCCS Burlo Garofolo e in collaborazione con i Dipartimenti di Prevenzione delle altre Aziende del FVG, della raccolta dati periodica del progetto HBSC nelle scuole del Friuli Venezia Giulia (marzo-giugno 2018)	- evidenza della collaborazione all'effettuazione dello studio
Studi di sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento	Dare continuità allo studio di sorveglianza PASSI e iniziare PASSI d'Argento

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
Partecipazione attiva alle attività del "Gruppo Tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali" di cui al Decreto n° 630/SPS del 12.08.15 finalizzato alla valutazione delle ricadute sulla salute connesse ai determinanti ambientali, comportamentali e sociali e della "Cabina di Regia" di cui al Decreto n° 695/SPS del 19.05.2017.	- Evidenza di partecipazione al "Gruppo Tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali" e alla "Cabina di Regia".
Partecipazione alla stesura del programma di controllo regionale per garantire la tutela della salute della popolazione dalle sostanze radioattive	- Evidenza della partecipazione alla stesura del programma di controllo regionale con evidenza dell'invio dei dati richiesti dalla Regione.

<p>presenti nelle acque destinate al consumo umano secondo quanto previsto dal Decreto del 2.08.2017.</p> <p>Valutazione preliminare dei dati disponibili di concerto con ARPA FVG e con gli Enti Gestori.</p> <p>Avvio del monitoraggio.</p>	<p>- Effettuazione dei campionamenti previsti.</p>
<p>- Conclusione, da parte degli operatori sanitari individuati come formatori, del percorso di formazione iniziato nel corso dell'ultimo trimestre del 2017 nell'ambito del progetto CCM 2015 "EpiAmbNet" (Rete nazionale di epidemiologia ambientale, valutazione impatto integrato sull'ambiente e salute, formazione e comunicazione) del Ministero della Salute.</p> <p>- Partecipare, nel corso del secondo semestre, alla definizione degli obiettivi didattici e dei percorsi formativi che verranno realizzati a livello regionale nel 2019 e che saranno destinati ai MMG, PLS e gli altri operatori del Dipartimento di Prevenzione.</p>	<p>- Evidenza della partecipazione degli operatori sanitari individuati come formatori ai moduli formativi previsti dal progetto CCM 2015 "EpiAmbNet" per il primo semestre del 2018.</p> <p>- Condividere a livello regionale la proposta formativa per il 2019.</p>
<p>Sorveglianza delle acque potabili: mappatura dei pozzi privati utilizzati nell'ambito delle imprese alimentari.</p>	<p>- Evidenza della mappatura, secondo un report fornito dalla Direzione Salute, dei pozzi che approvvigionano gli stabilimenti riconosciuti (Reg. 852/853), delle imprese alimentari che utilizzano l'acqua come ingrediente principale e di quelli che approvvigionano fasce sensibili della popolazione (scuole, asili, ecc.).</p>
AMIANTO	
<p>Obiettivo aziendale</p>	<p>Risultato atteso</p>
<p>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, raccogliendo i dati di attività nelle altre aziende sanitarie.</p>	<p>- Report regionale di attività</p>
<p>- Raccogliere i dati relativi ai mesoteliomi degli ex esposti e inviare al COR assicurando la trasmissione delle schede ReNaM</p> <p>- trasmettere i dati sui soggetti attualmente esposti al CRUA e alla DCS secondo le relazioni annuali compilate dalle ditte di bonifica.</p>	<p>- dati inviati al COR</p> <p>- schede ReNaM trasmesse</p> <p>- i dati sui soggetti attualmente esposti sono trasmessi al CRUA e alla DCS</p>

garantire un numero di controlli coerenti con il piano nazionale annuale dei controlli in materia di REACH/CLP, per quanto attiene target group e tipologia di sostanze controllate	- almeno 1 controllo
AAS n. 2 "Bassa Friulana-Isontina": realizzare un evento formativo rivolto in particolare agli operatori dei Servizi di igiene e sanità pubblica dei Dipartimenti di prevenzione delle aziende sanitarie e dell'Arpa coinvolti nelle attività di prevenzione e controllo in materia ambientale mirato ad aumentare le conoscenze dei regolamenti REACH e CLP e delle loro interazioni con le normative di settore con la finalità di informare e assistere le imprese interessate all'uso e alla gestione delle sostanze chimiche	- 1 evento formativo organizzato

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 AAS2
Assicurare il proseguimento delle campagne vaccinali già avviate e quelle di nuova introduzione (rotavirus ed herpes zoster)	Miglioramento delle coperture vaccinali
Assicurare l'avvio della procedura per il recupero della vaccinazione, una volta accertato l'inadempimento dell'obbligo vaccinale	Procedura uniforme per la gestione dei soggetti inadempienti in tutte le Aziende regionali.
Avvio di un processo di accreditamento dei servizi vaccinali, previa definizione dei criteri da parte della Regione	evidenza di avvio del processo, previa definizione dei criteri da parte della Regione
Adottare e applicare il piano regionale di sorveglianza e risposta alle arbovirosi trasmesse da zanzare	Assicurare la partecipazione multiprofessionale all'aggiornamento del Piano regionale coordinato dalla Direzione centrale
Malattie Sessualmente Trasmesse (MST)	Collaborazione con il Burlo per il completamento del PDTA sulla gestione di laboratorio delle Malattie Sessualmente Trasmesse (MST)
Resistenze antimicrobiche	
Partecipare alle attività regionali per l'individuazione del coordinatore regionale medico e veterinario e la costituzione del gruppo tecnico	Partecipazione al gruppo tecnico regionale, se richiesta, per la definizione delle modalità azioni regionali identificate nel PNCRA 2018 (output:

regionale (GTR) per l'implementazione del PNCAR. Il GTR identifica le modalità di implementazione delle azioni e costruzione il sistema di monitoraggio del PNCAR a livello regionale	documento tecnico) e per lo sviluppo del sistema di monitoraggio del PNCAR a livello regionale.
Tutti gli ospedali partecipano ai programmi di sorveglianza delle ICA, con evidenza di monitoraggio degli indicatori regionali.	indicatori regionali monitorati
Veterinari: censimento dei laboratori privati coinvolti nel monitoraggio e sorveglianza dell'AMR (entro il 2018).	Le AAS realizzano il censimento dei laboratori privati che eseguono esami batteriologici e test di farmaco-sensibilità in Regione FVG. (ad oggi non esistono laboratori privati sul territorio AAS2)
Veterinari: Adesione al Sistema Informativo Nazionale per la completa digitalizzazione della gestione del medicinale veterinario e della ricetta elettronica (entro il 2018)	Le AAS aderiscono al Sistema Informativo Nazionale per la tracciabilità del farmaco per quanto di loro competenza
Veterinari: progressiva integrazione delle aziende zootecniche al sistema informatico di supporto all'attività di classificazione delle aziende sulla base di indicatori di rischio (entro il 2018)	Le AAS assicurano che le aziende zootecniche siano progressivamente integrate nel sistema informatico di supporto all'attività di classificazione delle aziende sulla base di indicatori di rischio
Veterinari: Condivisione delle Linee guida nazionali per la corretta gestione degli allevamenti di animali da reddito al fine di ridurre le prescrizioni di antimicrobici e prevenire il rischio di antibiotico-resistenza	Attuazione di interventi di biosicurezza in allevamenti di animali da reddito con utilizzo dei criteri di valutazione derivanti dalle Linee guida nazionali
Veterinari: Recepimento check-list ed esecuzione di audit secondo le procedure consolidate (entro il 2018).	- L'AAS recepisce ed adotta le nuove check-list per consentire una valutazione di rischio correlata anche al fenomeno dell'antibiotico-resistenza - Nel 2018 l'AAS realizza e registra in SICER il controllo ufficiale di farmacosorveglianza sulla base della programmazione regionale.
Corso di formazione per Medici e Veterinari sul buon uso degli antibiotici	Organizzazione del corso di formazione per Medici e Veterinari sul buon uso degli antibiotici (entro il 2018)

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 mensilmente i dati di attività	Report mensile
Garantire in Azienda la possibilità di accesso ad un ambulatorio per prime cure per i soggetti non in regola con le norme sul soggiorno, con	In AAS2 è presente un ambulatorio (nell'ambito del Dipartimento di Prevenzione)

l'individuazione di un percorso facilitato rispetto al rilascio del codice STP/ENI (Straniero Temporaneamente Presente/Europeo Non Iscritto);	
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 regionale 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	Dare evidenza della formalizzazione dell'unità di crisi aziendale e delle procedure conseguenti, in applicazione del Piano generale.

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Garantire la partecipazione degli operatori dedicati al percorso formativo programmato a livello regionale sull'allattamento al seno	80% operatori dedicati formati in ogni Azienda
Mantenere ed ottimizzare il sistema di rilevazione sull'allattamento al seno alla dimissione e alla seconda vaccinazione	100% schede inserite nel sistema di rilevazione regionale
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 2018 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 2018 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	- partecipazione alla realizzazione del corso regionale - report che evidenzia 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 2017	Effettuare il 100% dei controlli ufficiali (interventi ispettivi, audit, campionamenti, e controlli congiunti SIAN e Servizio Veterinario) previsti dal PRISAN 2018
Attuazione dell'ultimo anno del Progetto Piccole Produzioni Locali in accordo con la Direzione centrale agricoltura.	<ul style="list-style-type: none"> - Garantire l'informazione capillare e la formazione sul territorio, informando le Aziende del Settore Alimentare della conclusione del Progetto e delle possibili evoluzioni delle PPL. - Stesura di una relazione finale dettagliata di verifica Aziendale. Tale relazione dovrà riportare, il numero di PPL registrate ed il numero di ispezioni, un'analisi critica con punti di forza e debolezza del Progetto rilevate sul territorio. La relazione dovrà altresì riportare il dettaglio delle attività 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...
Garantire la funzionalità del sistema informativo Sicer per l'Area dell'Igiene e Sicurezza Alimentare degli Alimenti di origine animale (Area B) e SIAN.	Piena funzionalità del sistema informatico Sicer al 31 dicembre 2018.
Procedere nelle attività del Piano regionale di monitoraggio e controllo della Malattia di Aujeszky dei suini, al fine di richiedere l'accreditamento per Regione indenne.	n. allevamenti della coorte individuati dal Piano regionale da controllare al fine di richiedere lo status di Regione indenne.
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 2018

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 31 dicembre 2018 al fine di ottenere nuovamente l'indennità

3.3 ASSISTENZA DISTRETTUALE

3.3.1 Assistenza primaria	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Completamento dell'attuazione di quanto previsto dalla L.R. 17/2014 per l'assistenza medica primaria, in coerenza con l'AIR 2016-2018	1. Assistenza medica primaria riorganizzata in coerenza con le disposizioni regionali
2. Attività sperimentale dello psicologo nel CAP	2. Evidenza dell'attività effettuata dallo psicologo nel CAP di Grado.
3. Avvio della sperimentazione del Fascicolo sanitario elettronico	3. Almeno il 15% dei MMG-AAS2 partecipa alla sperimentazione secondo le modalità stabilite dalla Direzione centrale salute

3.3.2 Accredитamento	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Partecipazione attiva al programma di accredитamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti.	1. L'AAS2 mette a disposizione i valutatori per i sopralluoghi, secondo le indicazioni della DCS, per almeno 30 giornate;
2. Partecipazione al programma di accredитamento nazionale degli organismi tecnicamente accredитanti	2. Evidenza della collaborazione dei referenti dell'accredитamento AAS2, che hanno partecipato al corso di formazione dell'AGENAS, con l'organismo tecnicamente accreditante (OTA) per la predisposizione della documentazione necessaria a conseguire l'accredитamento nazionale

3.3.3 Odontoiatria sociale	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Mantenimento delle prestazioni LEA erogate	1. Media aziendale di almeno 1,6 prestazioni/ora per odontoiatra
2. Prestazioni non LEA erogate	2. 200 casi di terapia ortodontica e 500 pazienti con almeno un'arcata edentula riabilitati con protesi totali, nelle sedi attivate
3. Percentuale aziendale di visite odontostomatologiche	3. non superiore al 40% del totale delle prestazioni erogate (escluse le visite del pronto soccorso odontostomatologico)
4. Prosecuzione attività svolte nel 2017	4. Razionalizzazione dell'offerta di San Giorgio di Nogaro e Latisana

3.3.4 Riabilitazione	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Attivazione a livello aziendale della rete per le malattie neuromuscolari e la sclerosi laterale amiotrofica	1. L'AAS attiva un gruppo integrato neuromuscolare (GIN) per la presa in carico della persona con malattia neuromuscolare nell'ambito territoriale di competenza.
2. Attivazione a livello aziendale del PDTA per la sclerosi multipla	2. Entro il primo semestre 2018 i pazienti con sclerosi multipla sono presi in carico con le modalità previste dal PDTA

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 Diabete	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Gestione integrata del diabete in coerenza con la DGR 1676/2015	1. Presentazione report dati attività 2017 2018 con evidenza di miglioramento
2. Diabete in ospedale (DGR 1572/2017):	2. Diabete in ospedale:
a) Implementazione del programma regionale per la formazione del personale ospedaliero;	a) Effettuazione degli eventi formativi in ogni azienda;
b) organizzazione dei team ospedalieri.	b) costituzione e organizzazione dei team ospedalieri.

3.3.7 Cronicità	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Implementare il PDTA sullo scompenso cardiaco	- Evidenza dell'implementazione del PDTA sullo scompenso cardiaco - report con i dati di attività

3.3.8 Assistenza protesica	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Partecipazione ai lavori per la revisione dei percorsi di assistenza protesica e alla formazione dei professionisti sanitari.	- partecipazione ai lavori regionali per l'attuazione delle nuove modalità di erogazione dell'assistenza protesica, compresi i percorsi semplificati stabiliti dalle nuove linee guida regionali.

	<p>- attuazione delle nuove modalità di erogazione dell'assistenza protesica compresi i percorsi semplificati stabiliti dalle nuove linee guida regionali.</p>
--	---

3.4 ASSISTENZA FARMACEUTICA E ASSISTENZA INTEGRATIVA

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
1. Prescrittori	
L'Azienda individua, sia a livello territoriale (distrettuale, ambulatoriale, MMG) che ospedaliero, specifici obiettivi per tutti i prescrittori correlati ad indicatori di risultato predefiniti. A tal fine l'AAS effettuerà 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 da inviare alla DCS con evidenza delle iniziative di audit e feedback adottate, delle azioni intraprese nel corso del primo e secondo semestre 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 ospedalieri e territoriali - azioni intraprese
2. Egas	
L'Azienda garantisce la collaborazione ad EGAS (in qualità di aggregatore della domanda), nella stesura dei capitolati tecnici, al fine di perseguire un governo sulle politiche regionali di acquisto dei farmaci e dei dispositivi medici.	Evidenza della collaborazione garantita alla stesura dei capitolati tecnici
3. Medicinali a brevetto scaduto – indicatori AIFA-MEF	
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	C08CA – derivati diidropiridinici >= 92,10% C09CA - antagonisti dell'angiotensina II, non associati >= 97,50% C09DA - antagonisti dell'angiotensina II e

<p>(TS) e riportati nella tabella 1, dovranno tendere ai valori target indicati.</p>	<p>diuretici >= 96,0% C10AA - inibitori della HMG COA reductasi >= 87,0% G04CB - inibitori della testosterone 5-alfa reductasi >= 57,8% M05BA - bifosfonati >= 83,1% N03AX - altri antiepilettici >= 98,7% N02CC - agonisti selettivi dei recettori 5HT1 >= 97,1% S01ED – sostanza beta-bloccanti >= 41,4%</p>
<p>4. Biosimilari</p>	
<p>Per i biosimilari dovranno essere assicurate azioni di incentivazione, appropriatezza ed efficienza per il SSR, nel rispetto del recente quadro normativo (legge n. 232/2016, art. 1, comma 407), che ha previsto specifiche direttive a cui gli Enti del SSR devono fare riferimento. A tal fine l'Azienda invierà uno specifico report semestrale alla DCS sulle attività svolte.</p> <p>L'EGAS fornisce agli Enti del SSR e alla DCS tutte le informazioni relative alle procedure di acquisto in forma riepilogativa (farmaci, prezzi, eventuali accordi quadro), secondo quanto stabilito dalla legge 232/2016.</p>	<p>Invio alla DCS di due report a cadenza semestrale, sulle attività svolte</p>
<p>5. Medicinali brevetto scaduto – analisi prescrizioni</p>	
<p>Oltre alla promozione d'uso di medicinali a brevetto scaduto e biosimilari a livello territoriale, in base a quanto rilevato nel corso del 2017, potranno essere definite ulteriori analisi a campione sulle % di utilizzo di medicinali in dimissione da ricovero o dopo visita ambulatoriale, in tempistiche e reparti che saranno comunicati dalla Direzione centrale.</p>	<p>Evidenza dell'analisi a campione effettuata sulla base di indicazione della DCS, e trasmissione degli esiti nei reparti e nelle tempistiche indicate dalla DCS stessa.</p>
<p>6. 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 di residenza del paziente.</p>	<p>Trasmissione alla DCS delle evidenze delle attività svolte</p>
<p>7. Primo ciclo di terapia</p>	
<p>A seguito di dimissione da ricovero e/o di visita specialistica ambulatoriale dovrà essere</p>	<p>Attuazione del I ciclo così come definito nei LEA e dalla DGR 12/2018</p>

<p>assicurata l'erogazione del 1° ciclo di terapia in distribuzione diretta sia attraverso le strutture pubbliche che private accreditate.</p> <p>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>8. Farmaci aggiudicati a gara</p>	
<p>Al fine di favorire l'impiego dei medicinali acquistati centralmente, l'EGAS rende disponibile a tutte le Aziende con frequenza mensile la lista dei farmaci aggiudicati a gara con particolare riferimento a quelli della DPC.</p> <p>L'AAS 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>Evidenza dei monitoraggi effettuati e delle azioni adottate per garantire un risparmio dei costi della convenzionata</p>
<p>9. Distribuzione per conto</p>	
<p>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</p>	<p>Evidenza dei monitoraggi effettuati e delle azioni adottate.</p>
<p>10. Medicinali soggetti a registro AIFA</p>	
<p>Per la prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA dovrà essere assicurata la registrazione di tutti i dati richiesti (anche con particolare riferimento ai medicinali innovativi), nel rispetto delle indicazioni autorizzate e dei criteri di eleggibilità definiti dall'AIFA, al fine di assicurare appropriatezza d'uso e consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing.</p> <p>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.</p>	<p>Evidenza della completezza della registrazione per la prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA e gestione delle procedure di rimborso per i farmaci soggetti ad accordi di condivisione del rischio (MEA)</p>
<p>11. Farmacovigilanza</p>	
<p>Sul versante della farmacovigilanza continuano le attività già avviate a livello regionale dalla DCS ed, in particolare, le collaborazioni con le Aziende</p>	<p>Evidenza della partecipazione alle progettualità avviate dalla DCS e alle attività formative organizzate dalla stessa</p>

<p>sanitarie universitarie integrate così come indicato dalle delibere di riferimento (DGR 435/2013 e 2199/2014), assieme alle progettualità regionali e multiregionali finanziate da AIFA e oggetto di specifica convenzione.</p> <p>Su tali iniziative gli Enti del SSR assicurano la partecipazione dei sanitari interessati e il supporto alle attività organizzative.</p> <p>Nel corso del 2018 sarà avviata una specifica progettualità sui temi relativi ai medicinali per il trattamento di malattie rare, anche coinvolgendo il coordinamento regionale e la rete delle malattie rare. Inoltre in corso d'anno, anche tramite un nuovo di accordo di collaborazione/convenzione con le due Aziende sanitarie universitarie integrate e con il coinvolgimento di tutte le Aziende sanitarie e gli IRCCS, sarà avviata una specifica progettualità pluriennale nell'ambito delle aree di attività stabilite dalla DGR 1365/2015 volta a favorire un uso sicuro appropriato dei farmaci a livello ospedaliero e nella continuità ospedale-territorio. Il percorso formativo a distanza (FAD) avviato a fine 2017 sull'utilizzo della nuova piattaforma nazionale Vigifarmaco ed altre tematiche di farmacovigilanza resterà disponibile in più moduli formativi anche per il 2018.</p>	
12. 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 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>Le Aziende sanitarie assicurano il raccordo tra le</p>	<p>Evidenza sui monitoraggi effettuati (es. dispositivi per diabetici) e delle specifiche iniziative intraprese, in linea anche con la DGR 12/2018</p>

varie strutture aziendali coinvolte per favorire politiche di acquisto basate sulle evidenze (es. innovazioni tecnologiche) anche per i dispositivi medici	
13. Cartella oncologica	
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 30.06.2018 e al 31.12.2018).	% di completezza della cartella oncologica per i campi diagnosi/sede, protocollo/farmaco, stadiazione $\geq 95\%$ (I target sono rilevati dalla DCS)
14. Logistica centralizzata	
Per le Aziende servite dalla logistica centralizzata, la copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM dovrà essere garantita per il 90% 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.	% delle confezioni erogate in distribuzione diretta nominale hanno una prescrizione effettuata con il sistema PSM $\geq 90\%$
15. 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% di tutti i pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive, prevedendo azioni mirate di sensibilizzazione dei prescrittori all'utilizzo dello strumento nelle categorie di medicinali per i quali si osserva un ricorso prevalente al PT cartaceo (es antidiabetici) . Va inoltre assicurato il controllo dei piani terapeutici ed il rispetto delle note limitative AIFA, favorendo l'implementazione di tale sistema informatizzato.	<ul style="list-style-type: none"> - utilizzo dell'applicativo PSM-PT, in almeno il 50% di tutti i pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive - Evidenza dei controlli effettuati sul rispetto delle modalità prescrittive per i medicinali soggetti a PT/nota AIFA (report)
16. Flussi informativi – adempimenti LEA	
Le Aziende sanitarie, ai fini degli adempimenti LEA ministeriali, assicurano, per tramite dei responsabili individuati dalle stesse, l'implementazione, le verifiche ed i controlli di	<ul style="list-style-type: none"> - Le verifiche e i controlli sui flussi informativi verso le amministrazioni centrali vengono effettuati entro il 10 di ogni mese - Viene garantita l'integrale copertura della fase

<p>congruenza dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il <u>10 di ogni mese</u>, 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.</p> <p>Relativamente ai nuovi adempimenti LEA ministeriali saranno avviati specifici percorsi con le Aziende e con l'EGAS, al fine di provvedere alle verifiche sulla congruità dei dati trasmessi, ognuno per la parte di propria competenza.</p>	<p>3 su fase 2 (I target sono rilevati dalla DCS)</p> <p>- Partecipazione ai percorsi specifici organizzati dalla DCS, relativamente ai nuovi adempimenti ministeriali LEA</p>
<p>17. Flussi informativi – eventuali approfondimenti</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>

3.5 ASSISTENZA SOCIO SANITARIA

3.5 L'integrazione socio sanitaria e la programmazione integrata	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
attuare la pianificazione locale congiunta tra l'AAS 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 socio sanitaria in ciascun ambito territoriale per l'anno 2018, in continuità con il percorso iniziato nel 2013. - 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 - Monitoraggio periodico

3.5.1. Anziani non autosufficienza	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Processo di riclassificazione delle strutture residenziali per anziani già funzionanti: sistema di VMD Val.Graf. FVG	
partecipazione all'attuazione del processo di riclassificazione delle residenze per anziani già autorizzate al funzionamento, secondo quanto previsto al titolo X del D.P.Reg. 144/2015	<ul style="list-style-type: none"> - L'AAS collabora/supporta la Regione nella valutazione delle domande di nuova classificazione presentate dagli enti gestori delle strutture residenziali ai fini del rilascio del parere di ammissibilità della domanda da parte della Regione; - L'AAS rilascia le nuove autorizzazioni all'esercizio entro 90 giorni dalla formulazione del parere di ammissibilità della domanda da parte della Regione; - Evidenza dell'avvio di un percorso di accompagnamento rivolto alle Residenze per anziani ri-autorizzate, per il monitoraggio e la verifica degli adempimenti e degli adeguamenti previsti per il livello di nuova classificazione rilasciato.
Valutazione mediante l'utilizzo del sistema di VMD Val.Graf.-FVG, di tutti gli utenti non autosufficienti per i 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	Evidenza della valutazione di tutti i pazienti accolti nei servizi semiresidenziali o residenziali convenzionati

sanitario e sociale appartenenti al Distretto e all'Ambito dei servizi sociali, territorialmente competenti.	
A conclusione del processo di riclassificazione e del rilascio dei nuovi atti autorizzativi, valutazione mediante l'utilizzo del sistema di VMD Val.Graf.-FVG, di tutti gli utenti non autosufficienti per i quali è previsto l'accoglimento in un servizio semiresidenziale o residenziale, compresi i non convenzionati, in conformità a quanto previsto dall'art 23 del DPR 144/2015.	Evidenza della valutazione di tutti i pazienti accolti nei servizi semiresidenziali o residenziale non convenzionati.
A conclusione del processo di riclassificazione, avviare un percorso di accompagnamento alle residenze per anziani ri-autorizzate all'esercizio, per la valutazione dei bisogni delle persone già accolte in struttura attraverso l'utilizzo del sistema di VMD Val.Graf.-FVG, in particolare nelle residenze per anziani non autosufficienti non convenzionate.	Evidenza dell'attività svolta
Nuovi convenzionamenti	
stipulazione degli accordi contrattuali per l'assegnazione dei posti aggiuntivi secondo le indicazioni e i criteri di priorità che verranno definiti e comunicati dalla Regione.	Evidenza degli accordi contrattuali stipulati, secondo le indicazioni ed i criteri di priorità definiti dalla Regione
Introduzione nuovo sistema di finanziamento	
Applicazione, nella fase di avvio nel nuovo sistema di finanziamento, delle regole transitorie fissate dalla Regione, sia per il contributo abbattimento retta che per gli oneri sanitari	Evidenza dell'applicazione delle regole transitorie nelle nuove convenzioni stipulate con le residenze per anziani già convenzionate
Monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani	
Proseguire l'attività di verifica e controllo della qualità nelle strutture per anziani ubicate sul territorio di competenza	<ul style="list-style-type: none"> - almeno due visite di audit approfondite - Evidenza dell'invio alla Direzione Centrale Salute entro il 30.6.2018 di una dettagliata relazione illustrativa delle attività di monitoraggio e promozione della qualità svolte nell'anno precedente
Flussi e sistemi informativi	
Individuazione di una Lista Unica d'Attesa (LUA) nella quale inserire le persone anziane che richiedono un inserimento presso una Residenza per anziani non autosufficienti e per le quali il Distretto ha verificato l'appropriatezza della	Predisposizione di una Lista Unica d'Attesa (LUA), secondo i criteri di inserimento definiti dalla Regione

richiesta. I criteri per la determinazione dei punteggi per l'inserimento in graduatoria vengono definiti dalla Regione	
assolvere i debiti informativi verso la Regione sulla base delle richieste e indicazioni fornite dalle Regione stessa.	Debito informativo assolto
Sperimentazioni "Abitare possibile" e "Domiciliarità innovativa"	
sostenere e incentivare nel proprio territorio la sperimentazione di forme abitative per anziani fragili denominate "Abitare possibile" e "Domiciliarità innovativa" di cui alla DGR 671/2015 e DGR 2089/2017: a) avvio di un modello sperimentale di housing sociale (Casa Gandin) in collaborazione con il Comune di Gonars b) analisi e valutazione di fattibilità di eventuali ulteriori forme di housing sociale o di progetti di comunità sul territorio aziendale c) prosecuzione del progetto sperimentale di vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità per l'ambito territoriale "Alto Isontino"	a) Evidenza dell'avvio delle attività di competenza dell'AAS, secondo quanto previsto dalla convenzione stipulata con il Comune di Gonars b) Evidenza dell'analisi di fattibilità di eventuali altre forme abitative o progetti di comunità da attivare sul territorio aziendale c) Evidenza della prosecuzione del progetto sperimentale per la parte di competenza sanitaria dell'AAS2.
Sperimentazione screening popolazione anziana fragile e servizio telesoccorso	
Partecipare al tavolo regionale per la revisione delle modalità di presa in carico delle persone per le quali attivare il servizio di telesoccorso. Partecipare alla definizione di un protocollo di intervento per lo screening della popolazione anziana in condizione di fragilità da realizzarsi in via sperimentale in ogni azienda.	Evidenza della comunicazione alla Direzione centrale competente (Servizio integrazione sociosanitaria) entro il 31 marzo 2018 del nominativo e recapito di un referente per la sperimentazione.
Piano demenze	
Partecipare al tavolo regionale per l'attuazione del "Piano nazionale demenze - Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze" (accordo n. 135 del 30 ottobre 2014) secondo le indicazioni e programmi che verranno definiti dalla Regione.	Evidenza della comunicazione alla Direzione centrale competente entro il 31 marzo 2018 del nominativo e recapito di un referente sulla tematica

3.5.2 Disabilità	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Disabilità	
Valutazione, per gli aspetti sanitari, di almeno il 20% 60% degli utenti dei servizi residenziali e semiresidenziali per persone con disabilità presenti sul territorio aziendale (CISI e CAMPP), secondo le modalità approvate dalla Regione;	Evidenza delle valutazioni effettuate, secondo le indicazioni regionali, su almeno il 60% degli utenti accolti presso le strutture per disabili del CISI e CAMPP
formalizzazione di un accordo con gli Enti gestori (CAMPP e CISI) dei servizi di cui all'articolo 6, comma 1, lettere e), f), g) e h), della legge regionale 41/96, che espliciti le modalità di coinvolgimento dei DSM nella valutazione e presa in carico delle persone adulte con disabilità intellettiva o disturbi dello spettro dell'autismo	Evidenza dell'accordo
Fondo gravissimi	
Partecipazione alla rilevazione del numero di persone con disabilità gravissima secondo le indicazioni regionali	Evidenza della rilevazione secondo le indicazioni regionali
Fondo SLA	
Valutazione e segnalazione dei nuovi casi all'Ente delegato (Area Welfare) secondo le indicazioni regionali	Evidenza della attività svolta secondo le indicazioni regionali
Vigilanza servizi semiresidenziali e residenziali sociosanitari destinati a persone anziane e con disabilità	
Per l'anno 2018, l'AAS continua 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
Dopo di noi	
Partecipazione al tavolo regionale per la definizione dei percorsi relativi all'abitare inclusivo previsti dalla Legge n. 112 del 22 giugno 2016 "Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare" e dalla DGR n. 1331 del 17 giugno 2017 che la recepisce	Evidenza della partecipazione al tavolo regionale
Autismo	
Partecipazione dei referenti aziendali al Tavolo tecnico sull'autismo	Evidenza della partecipazione

3.5.3 Minori	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Applicazione delle nuove Linee di indirizzo regionali al fine di favorire una revisione delle modalità e dei percorsi di presa in carico integrata tra AAS e SSC, per i minori che richiedono un allontanamento dalla propria famiglia di origine	<ul style="list-style-type: none"> - ridurre del 50% della media degli ultimi tre anni il numero di minori inseriti in strutture residenziali di accoglienza con sede fuori regione; - riportare il 10% dei minori inseriti in comunità fuori regione nelle comunità regionali; - introdurre il budget personalizzato, quale strumento funzionale alla realizzazione di percorsi di presa in carico dei minori che favoriscano il loro accoglimento in strutture di accoglienza della regione

3.5.4 Salute Mentale	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Età adulta	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Miglioramento dell'integrazione tra cure primarie e specialistiche con particolare riferimento alla presa in carico dei disturbi mentali comuni 2. Definizione di un percorso aziendale congiunto (NPIA, DSM, PLS e MMG) per la definizione della fase di transizione delle cure dai servizi per l'età evolutiva ai servizi per l'età adulta 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evidenza di percorsi integrati tra cure primarie e DSM e di interventi formativi 2. Evidenza di percorso aziendale congiunto (NPIA, DSM, PLS e MMG) per la definizione della fase di transizione delle cure dai servizi per l'età evolutiva ai servizi per l'età adulta
Età evolutiva	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Attivazione delle NPIA aziendali in coerenza con i provvedimenti aziendali 2. Presentazione di uno studio di fattibilità per l'individuazione della necessità e l'analisi del fabbisogno di organizzare ed avviare un Centro diurno aziendale di NPI 3. Predisposizione di percorsi codificati e concordati tra le varie strutture coinvolte (Servizi NPIA, PS/Medicina d'Urgenza, reparti di Pediatria, DSM, servizi per le dipendenze, servizi di Emergenza Urgenza con indicazione di: reparto di accoglienza, percorso diagnostico terapeutico e di continuità assistenziale con le NPIA territoriali, responsabilità di presa in carico, modalità di interazione tra DSM e NPIA nel caso di minori in età adolescenziale) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. NPIA attivata in AAS2 2. Avvio attività Centro diurno NPIA 3. Evidenza dei percorsi formalizzati

3.5.5 Disturbi del comportamento alimentare	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Messa a regime degli ambulatori DCA con la disponibilità di equipe funzionale (DGR 668/2017) 2. Operatività del Centro Diurno di Monfalcone, in collaborazione con ASUITS e Burlo	1. Operatività dell'ambulatorio DCA presso la sede di Monfalcone con disponibilità di equipe funzionale 2. Evidenza dell'operatività del Centro diurno di Monfalcone attraverso report di attività

3.5.6 Cure palliative e terapia del dolore	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. 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)	1. Assistenza garantita di 40 ore settimana in fascia orario diurna feriale, in seguito al completamento delle assunzioni che porteranno la struttura a dotarsi di n. 5 medici e n. 6 infermieri
2. L'accesso alla rete delle cure palliative è effettuato con i criteri approvati dal coordinamento regionale	2. L'AAS adotta i criteri di accesso alla rete delle cure palliative approvati a livello regionale entro il primo semestre 2018
3. Gli accessi di assistenza domiciliare per cure palliative sono registrati nel sistema informativo con codifica ICD9.	3. Gli accessi domiciliari per cure palliative riportano sempre, oltre la codifica della malattia principale, la codifica V 66.7 (cure palliative)
4. TEMPISTICA DI PRESA IN CARICO DALLA RETE DI CURE PALLIATIVE: Suddividere il numero di pazienti presi in carico 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.	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 0,3
6. Percentuale di malati oncologici deceduti a domicilio	6. Uguale o superiore al 75%
7. Criteri di priorità della visita algologica.	7. Entro il primo semestre 2018 l'AAS adotta i criteri di priorità della visita algologica definiti a livello regionale
8. Entro il 2018 il sottogruppo di terapia antalgica	8. L'AAS partecipa con i propri rappresentanti

del coordinamento regionale presenta una proposta di codifiche ambulatoriali e di ricovero di terapia antalgica uniforme su tutto il territorio regionale.	all'elaborazione della proposta a livello regionale
9. Monitoraggio dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni di terapia del dolore in tutti i setting assistenziali	9. Trasmissione report annuo alla direzione centrale salute

3.5.7 Consultori familiari

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Implementazione del percorso gravidanza fisiologica a gestione ostetrica	1. Evidenza dell'attivazione del percorso nei distretti est ed ovest
2. Implementazione dell'offerta della visita domiciliare ostetrica in puerperio in tutte le Aziende	2. Evidenza del servizio attraverso report con dati relativi al 2018
3. Implementazione di percorsi aziendali per la donna in età post fertile	3. Evidenza dell'implementazione del percorso rivolto alle donne in età post fertile attraverso report di attività

3.5.8 Sanità penitenziaria

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Attuazione del Programma aziendale per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario in carcere, definito nel 2017	Evidenza dell'attuazione del programma aziendale (incontri mensili verbalizzati)
Partecipazione ad interventi formativi specifici organizzati dalla Regione	Evidenza della partecipazione alla formazione specifica regionale, se organizzata

3.5.9 Superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari	L'AAS2 proseguirà anche nel 2018 nel programma regionale di superamento degli OPG, attivando percorsi di fronteggiamento della deriva di internamento e predisponendo i progetti riabilitativi personalizzati per le persone internate.

3.5.10 Dipendenze

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Collaborazione con l'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze.	1.1. Partecipazione dei referenti del gruppo tecnico operativo ad almeno il 70% delle riunioni indette

	<p>dall'Osservatorio sulle Dipendenze.</p> <p>1.2 Invio e validazione dei dati per i flussi informativi regionali raccolti dell'osservatorio.</p> <p>1.3 Rendicontazione delle azioni previste dal Piano operativo GAP 2017.</p>
2. Partecipazione al tavolo tecnico di confronto regionale con il terzo settore sui trattamenti alcolici.	2.1 Partecipazione dei referenti AAS2 per i trattamenti alcolici ad almeno il 70% delle riunioni indette.
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.	<p>3.1. Partecipazione alla realizzazione di una formazione a valenza regionale sulle misure alternative e messe alla prova.</p> <p>3.2. Aumento delle misure alternative e messe alla prova</p>
4. Partecipazione ai tavoli di monitoraggio sugli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale.	4.1 Report con l'esito di almeno 3 indicatori di outcome relativi agli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale
5. Monitoraggio degli esiti dei trattamenti in capo al SSR per rispondere alle problematiche relative alla dipendenza.	5.1 Report con l'esito di almeno 3 indicatori di outcome relativi all'esito dei trattamenti in capo al SSR per rispondere alle problematiche relative alla dipendenza

3.5.11 Area Welfare	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Azioni di sistema	
a. supporto alla revisione, implementazione, manutenzione evolutiva piattaforma FAD e gestione corsi	<p>a.1 Garantita la gestione e manutenzione della piattaforma FAD</p> <p>a.2 organizzati almeno 2 corsi Val.Graf.-FVG (in relazione agli aggiornamenti della scheda)</p> <p>a.3 sviluppato un corso SIRA-modulo sanitario;</p>
b. supporto alla revisione degli attuali interventi per la definizione LEA sociosanitari nelle aree ad elevata integrazione;	b.1 Evidenza della collaborazione garantita alla DCS per la definizione dei LEA sociosanitari
c. partecipazione alla cabina di regia dei Sistemi informativi sociosanitari.	c.1 Evidenza della partecipazione agli incontri della cabina di regia
Anziani	
a. supporto alla Direzione regionale salute, alle Aziende sanitarie e agli Enti gestori nell'attuazione del processo di riclassificazione delle residenze per anziani	<p>a.1 istruttoria completata per tutte le domande di nuova autorizzazione pervenute;</p> <p>a.2 predisposizione di proposta di parere di ammissibilità per tutte le domande di nuova autorizzazione pervenute ed invio alla DCS per l'approvazione</p>
b. supporto alla Direzione regionale salute e agli	b.1 evidenza di proposta di documento

Enti gestori nell'attuazione del processo di accreditamento delle residenze per anziani;	contenente criteri e procedure per l'accREDITamento delle residenze per anziani ed invio alla DCS per l'approvazione
c. supporto alla Direzione regionale salute e alle Aziende sanitarie e agli Enti gestori nell'adozione del nuovo sistema di finanziamento della non autosufficienza nelle residenze per anziani	c.1 evidenza di proposte documentali relative al nuovo sistema di finanziamento con relativi impatti; c.2 predisposizione proposta di nuovo modello tipo di convenzione
d. supporto alla Direzione regionale salute nell'attività di valutazione delle sperimentazioni regionali volte a promuovere forme innovative di domiciliarità (abitare possibile e domiciliarità avanzata)	d.1 documenti di analisi su forme innovative di abitare tese a fornire elementi utili alla valutazione delle sperimentazioni; d.2 svolta istruttoria su tutti i progetti di sperimentazione pervenuti;
e. assistenza tecnica, manutenzione evolutiva, monitoraggio flussi dati e produzione reportistica sistema informativo SIRA-FVG e GENEsys;	e.1 servizio di help desk attivo 15h/settimana; e.2 elenco residenze per anziani della Regione aggiornato e informatizzato inviato alla Regione; e.3 sistema informativo SIRA-FVG aggiornato alla luce della riclassificazione e delle nuove regole di finanziamento; e.4 revisione specifica dell'algoritmo sui "Profilo di bisogno";
f. sviluppo del sistema di VMD Val.Graf-FVG. e supporto alle Aziende sanitarie e agli Enti gestori all'utilizzo.	f.1 stesura di un report esiti e sperimentazione del nuovo algoritmo "Profili di bisogno" su almeno 2 residenze per anziani della Regione.
Disabilità	
a. ampliamento della conoscenza attuale del sistema tramite approfondimento e aggiornamento dei dati relativi all'offerta dei servizi residenziali e semiresidenziali per persone con disabilità e alle loro condizioni di vita. Analisi finalizzata allo sviluppo dei sistemi informativi per la raccolta dei dati relativi all'offerta dei servizi residenziali e semiresidenziali per persone con disabilità e alle loro condizioni di vita;	a.1 evidenza documento di analisi contenente i requisiti dei sistemi informativi per la raccolta dei dati relativi all'offerta dei servizi residenziali e semiresidenziali per persone con disabilità e alle loro condizioni di vita;
b. supporto alla Direzione centrale salute nella definizione di nuovi criteri di autorizzazione e accreditamento per le strutture residenziali e semiresidenziali;	b.1 stesura proposta di documento contenente i nuovi criteri di autorizzazione e accreditamento per le strutture residenziali e semiresidenziali ed invio alla DCS per l'approvazione
c. supporto alla Direzione centrale salute per sviluppare una proposta relativa al nuovo sistema di finanziamento, valutazione degli impatti e applicazione sperimentale in alcuni contesti circoscritti;	c.1 stesura proposte documentali relative al nuovo sistema di finanziamento con relativi impatti, da sottoporre all'approvazione della DCS c.2 sperimentazione in contesti circoscritti;

d. supporto alla Direzione centrale salute per l'attuazione del Piano di interventi regionali per il "Dopo di Noi";	d.1 report di monitoraggio sull'attuazione del Piano di interventi regionali per il "Dopo di Noi";
e. supporto alla Direzione centrale salute per la promozione e lo sviluppo dei temi dell'accessibilità e della domotica	e.1 valutazione dell'accessibilità urbana presso almeno n.2 comuni e.2 evidenza di proposte documentali contenenti procedure tese alla valutazione dell'accessibilità per i progetti presentati al Nucleo di valutazione della Direzione centrale salute;
f. supporto della Direzione Centrale Salute nell'applicazione del "Fondo finalizzato al sostegno a domicilio di persone in situazioni di bisogno assistenziale a elevatissima intensità" (DPR 247/09);	f.1 evidenza di riunioni/incontri di accompagnamento/supporto ai territori per la segnalazione dei casi f.2 evidenza partecipazione agli incontri della Commissione per la valutazione dei casi f.3 proposta graduatoria beneficiari
g. applicazione del "Regolamento per il trasferimento e l'utilizzo delle risorse destinate al finanziamento delle azioni 2 e 3 del programma di attuazione degli interventi della regione Friuli Venezia Giulia a favore dei malati di sclerosi laterale amiotrofica (SLA)"(DGR 1692/2012), secondo quanto previsto in convenzione sottoscritta in data 30 ottobre 2012 e successivamente integrata in data 24 aprile 2015;	g.1 evidenza help desk e incontri di accompagnamento/supporto ai territori per la segnalazione dei casi; g.2 determine di approvazione graduatorie per l'erogazione contributi e comunicazione esito procedimento agli interessati, alle AAS e ai Servizi sociali dei comuni (SSC) territorialmente competenti g.3 evidenza comunicazioni relative ai movimenti in corso d'anno;
h. ulteriori sviluppi del strumento di valutazione delle condizioni di vita delle persone con disabilità che usufruiscono dei servizi socio-sanitari semiresidenziali e residenziali, adottato con decreto del Direttore centrale salute, integrazione socio-sanitaria, politiche sociali e famiglia n. 1051/SPS del 3 agosto 2017;	h.1 documento contenente ipotesi di classificazione;
i. in ottemperanza a quanto previsto dalla convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, e in linea con quanto realizzato a livello nazionale, avvio e gestione dell'osservatorio regionale sulla condizione delle persone con disabilità	i.1 Osservatorio attivo e primo report.
Minori	
a. supporto alla Direzione centrale salute per la definizione del regolamento di autorizzazione e accreditamento delle strutture residenziali per minori;	a.1 evidenza di proposta di Linee guida regionali per l'accoglienza residenziale dei minori fuori famiglia propedeutiche alla stesura del regolamento di autorizzazione e accreditamento delle strutture residenziali per minori; a.2 evidenza di database che rilevi le informazioni

	<p>necessarie ai fini dell'accreditamento (minori accolti, organizzazione, personale, aspetti strutturali) e raccolta dati relativi all'anno 2017 delle strutture di accoglienza per minori fuori famiglia operanti in regione;</p> <p>a.3 evidenza di Linee guida revisionate in base a quanto emerso dal monitoraggio.</p>
<p>b. supporto alla Direzione centrale salute nel percorso di riclassificazione, ri-autorizzazione e accreditamento delle strutture residenziali operanti in regione;</p>	<p>b.1 evidenza di incontri di presentazione delle Linee guida regionali per l'accoglienza residenziale dei minori fuori famiglia con i referenti dei servizi delle AAS e ASUI impegnati nella loro sperimentazione;</p>
<p>c.1 accompagnamento delle AAS e ASUI nella sperimentazione dei profili di bisogno e di intervento previsti dalle Linee di indirizzo, monitoraggio degli esiti ed eventuale revisione dei profili.</p>	<p>c.1 evidenza di report di monitoraggio della sperimentazione dell'applicazione delle Linee guida da parte delle AAS e ASUI attraverso raccolta delle evidenze relative;</p> <p>c.2 evidenza di report sulle modalità organizzative di presa in carico dei minori con percorsi di accoglienza residenziale fuori famiglia in essere presso i servizi delle AAS della regione tramite focus group e raccolta di dati e informazioni di servizio;</p>
<p>Dipendenze</p>	
<p>a. gestione Osservatorio per le Dipendenze</p>	<p>a.1 elaborazione di Report annuale e aggiornamento sito web;</p>
<p>b. supporto alla governance del sistema delle dipendenze regionale</p>	<p>b.1 gestione tavoli tecnici di coordinamento regionale e stesura verbali (tavolo di coordinamento Dipendenze, tavolo GAP, tavolo trattamenti alcolologici, tavolo tabagismo); realizzazione dei seguenti eventi formativi a livello regionale: "Trattamenti alcolologici: un percorso formativo sulle modalità di intervento, sulle metodologie e sugli approcci ai problemi alcol correlati", "Misure alternative alla detenzione: Un approccio di sistema", "Strumenti Terapeutico Riabilitativi: modalità di utilizzo ed efficacia nei Servizi per le dipendenze</p>
<p>c. supporto ai compiti regionali previsti dalla L.R. n.1/2014;</p>	<p>c.1 bozza di relazione di monitoraggio nell'ambito della prevenzione primaria e secondaria e delle attività terapeutiche prestate ai soggetti affetti da GAP; bozza di codice etico di autoregolamentazione per responsabilizzare gli esercenti alla sorveglianza delle condizioni di fragilità dei giocatori e al rispetto della legalità e per la prevenzione della malavita organizzata, in</p>

	<p>collaborazione con le associazioni di categoria degli esercenti, le Camere di commercio, gli enti e le associazioni del terzo settore; istruttoria del bando di concorso già avviato per la realizzazione di progetti nelle scuole di secondo grado volti alla creazione del marchio slot-free regionale;</p> <p>c.2 bozza di un regolamento per la concessione di contributi finalizzati alla copertura delle spese di riconversione delle sale ospitanti gli apparecchi per il gioco lecito, in favore degli esercizi pubblici, commerciali, dei circoli privati e di altri luoghi deputati all'intrattenimento, che scelgono di disinstallare apparecchi per il gioco lecito;</p>
d. predisposizione istruttoria atti amministrativi inerenti alle Dipendenze;	d.1 bozze di decreti e istruttoria relativamente ai capitoli di spesa che coinvolgono i servizi per le dipendenze;
e. supporto al coordinamento del gruppo tecnico delle Misure alternative alla detenzione	e.1 verbali gruppo tecnico delle Misure alternative alla detenzione;
f. supporto tecnico al Progetto di cui al comma 1 dell'art. 9 della LR 29 dicembre 2016, n. 25, al monitoraggio delle attività progettuali e supporto alla rendicontazione finale	F.1 report di monitoraggio delle attività progettuali e supporto alla rendicontazione finale ai Servizi per le dipendenze regionali per le attività progettuali previste all'art. 9 della LR 29 dicembre 2016, n. 25;
g. supporto alla Direzione regionale salute per la predisposizione della bozza di Piano d'Azione Regionale per le Dipendenze	g.1 coordinamento gruppo di lavoro sul Piano d'Azione Regionale per le Dipendenze e bozza di Piano.

3.6 PROGETTI CLINICO ASSISTENZIALI

3.6.1 Insufficienze d'organo e trapianti	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
CUORE	
Partecipazione ai lavori regionali della rete con formalizzazione di almeno 1 percorso assistenziale che definisca anche specifici indicatori di esito.	Evidenza della partecipazione ai lavori della rete regionale
Riduzione del tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti di 50-74 anni, portandolo sotto il valore di 200 (valore medio regionale 2016 di 208,20 – fonte Bersaglio)	tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti di 50-74 anni \leq 200

3.6.1 Insufficienze d'organo e trapianti	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
FEGATO	
Partecipazione ai lavori regionali della rete con formalizzazione di almeno 1 percorso assistenziale a valenza regionale.	Evidenza della partecipazione ai lavori regionali
Iscrizione in lista trapianto, presso il centro trapianti dell'ASUIUD, di almeno 40 pazienti nell'anno 2018 equamente distribuiti fra le AAS/ASUI in base alla popolazione residente (AAS2: 8 pazienti).	Iscrizione in lista trapianto di almeno n. 8 pazienti residenti AAS2 con la precisazione che i pazienti complessi candidabili all'iscrizione alla lista trapianti afferiscono già ai servizi dei centri Hub della Regione pertanto l'indirizzo al centro trapianti e la conseguente iscrizione può avvenire solo da loro.

3.6.1 Insufficienze d'organo e trapianti	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
PANCREAS	
Riduzione del tasso di amputazioni maggiori per diabete portandolo per tutte le AAS/ASUI al di sotto di 28 casi per milione di residenti (valore medio regionale 2016 di 30,19 x milione – fonte Bersaglio).	tasso di amputazioni maggiori per diabete \leq 28 casi per milione di residenti

3.6.1 Insufficienze d'organo e trapianti	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
POLMONE	
Riduzione del tasso di ospedalizzazione per BPCO portandolo per tutte le AAS/ASUI al di sotto del 52 per 100.000 residenti di 50-74 anni (valore medio regionale 2016 del 54,25 per 100.000 residenti – fonte Bersaglio).	tasso di ospedalizzazione per BPCO \leq 52 per 100.000 residenti di 50-74 anni
Partecipazione di almeno 3 infermieri per ogni distretto sanitario all'evento formativo organizzato da ASUITS, ASUIUD e AAS5, per la gestione integrata dell'ossigenoterapia domiciliare con le Pneumologie di riferimento	Evidenza della partecipazione alla formazione del 100% degli infermieri previsti (n. 12 infermieri distrettuali di AAS2 formati)
Partecipazione di almeno n.2 fisioterapisti per distretto, alla formazione organizzata da parte delle Pneumologie di riferimento di ASUITS, ASUIUD e AAS5, finalizzata alla riabilitazione respiratoria ambulatoriale e domiciliare	Evidenza della partecipazione alla formazione del 100% degli fisioterapisti previsti (n. 8 infermieri distrettuali di AAS2 formati)

3.6.1 Insufficienze d'organo e trapianti	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
RENE	
Potenziamento della Dialisi peritoneale e dei trapianti con l'obiettivo di ridurre i pazienti in emodialisi al di sotto del 50% del totale (trapiantati + emodializzati + in dialisi peritoneale). (valore regionale 2016: 55,71%).	% dei pazienti in emodialisi sul totale dei pazienti (trapiantati + emodializzati + in dialisi peritoneale) \leq 50%
riduzione dei Tempi di iscrizione in lista trapianto e aumento dei casi di trapianto (differenza tra inserimento in donor manager T3 e raccolta del consenso all'avvio dell'iter per l'inserimento in lista T0 < 6 mesi almeno nel 75% dei casi che hanno dato il consenso)	% pazienti che hanno dato il consenso all'iscrizione in lista trapianti inseriti in donor manager T3 entro 6 mesi dal rilascio del consenso \geq 75%

3.6.1 Insufficienze d'organo e trapianti	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
TESSUTI OCULARI	
Potenziamento del programma di donazione cornee	Miglioramento del n° di prelievi di cornee registrato nell'anno 2017

3.6.1 Insufficienze d'organo e trapianti	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
DONAZIONI D'ORGANI	
Formalizzazione ed applicazione del protocollo per la donazione multi-tessuto negli ospedali di Gorizia e Monfalcone	Estensione dell'applicazione del protocollo per la donazione multi-tessuto negli ospedali di Gorizia e Monfalcone

3.6.2 Urgenza emergenza	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
ICTUS	
Mantenimento dell'attività di trombolisi endovenosa/endoarterioso con il raggiungimento nel 2017 di almeno 350 trattamenti nel territorio regionale (374 nei 2016 - fonte SDO).	Assicurare il rispetto del protocollo sulla trombolisi endovenosa/endoarteriosa
Misurazione dei tempi intercorrenti fra <i>allertamento-TAC</i> e <i>TAC-trombolisi venosa</i> (implementazione dei campi informatici necessari a elaborare i dati specifici) con riduzione del 20% tempo complessivo triage in pronto soccorso-trombolisi per le strutture che hanno tempi > 1 ora; l'obiettivo è raggiunto anche per riduzioni percentuali inferiori purché il risultato sia < 1 ora).	tempo complessivo triage in pronto soccorso-trombolisi < 1 ora
Presenza nella documentazione clinica della scala Barthel Index e della Rankin Scale modificata, compilata all'ingresso e all'uscita di ogni setting assistenziale (almeno l'85% degli episodi di ricovero con DRG 14 o codici ICD-9-CM relativa a: 430.x, 431.x, 432.x, 433.x1, 434.x1, 436.x, 437.3, 438.x, 784.3 (afasia) - periodo di misurazione tutto l'anno 2017).	Evidenza della presenza della scala Barthel Index e della Rankin Scale modificata all'ingresso e all'uscita di ogni setting assistenziale. (Qualora disponibile lo strumento informatico l'Azienda sarà tenuta al suo utilizzo anche ai fini del monitoraggio del dato richiesto, in alternativa l'AAS è tenuta a trasmettere alla DCS un report per ogni semestre del 2018 condotto su un campione di cartelle cliniche).
produzione di un opuscolo/volantino per la cittadinanza da mettere a disposizione nelle sale d'attesa dei MMG e degli ambulatori specialistici per informare la popolazione sui segni/sintomi da non sottovalutare per anticipare la chiamata di soccorso e rendere tempestivi gli interventi terapeutici in caso di ictus.	Partecipazione ai lavori regionali per la produzione di n. 1 opuscolo/volantino informativo per la cittadinanza da mettere a disposizione nelle sale d'attesa dei MMG e degli ambulatori specialistici

3.6.2 Urgenza emergenza	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
EMERGENZA CARDIOLOGICA	
Partecipazione ai lavori della rete con formalizzazione di almeno 1 percorso assistenziale che definisca anche specifici indicatori di esito.	Evidenza della partecipazione ai lavori della rete regionale
produzione di un opuscolo/volantino per la cittadinanza da mettere a disposizione nelle sale d'attesa dei MMG e degli ambulatori specialistici per informare la popolazione sui segni/sintomi da non sottovalutare per anticipare la chiamata di soccorso e rendere tempestivi gli interventi terapeutici in caso di infarto.	Partecipazione ai lavori regionali per la produzione di n. 1 opuscolo/volantino informativo per la cittadinanza da mettere a disposizione nelle sale d'attesa dei MMG e degli ambulatori specialistici

3.6.2 Urgenza emergenza	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
TRAUMA	
Trattamento della Frattura di femore entro 48 H in almeno l'80% dei casi trattati dal presidio ospedaliero (media regionale 2016 del 71,77% - fonte PNE).	% di pazienti con frattura di femore operati entro 48 ore dall'ingresso in ospedale >= 80%
Degenza media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – ricoveri urgenti	Riduzione e/o mantenimento al di sotto di 1,5 gg (criterio Bersaglio C5.18.1)
Attesa media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – accessi in PS e ricoveri programmati	Riduzione del 20% rispetto all'anno 2017 (criterio Bersaglio C5.18.2)

3.6.2 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) (media regionale 2016 del 64,06% - 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) (media regionale 2016 del 76,82% - 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 frequenti	Promuovere e realizzare un confronto interaziendale della gestione clinica per 5 eventi patologici acuti frequenti

3.6.3 Reti di patologia

MALATTIE RARE: non di pertinenza

3.6.3 Reti di patologia

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
MALATTIE REUMATICHE	
Partecipare ai lavori della rete per il monitoraggio dell'applicazione dei percorsi assistenziali già formalizzati	Evidenza della partecipazione ai lavori della rete
Evidenza nel sito aziendale dei medici reumatologi aggregati alle medicine interne	Evidenza nel sito aziendale dei medici reumatologi aggregati alle medicine interne
Partecipare ai lavori della rete per l'elaborazione dei percorsi assistenziali per l'artrite psoriasica e per l'artrite reumatoide	Evidenza della partecipazione ai lavori della rete per l'elaborazione dei 2 percorsi assistenziali
Imputazione informazioni	Imputazione su apposita scheda in G2 clinico delle informazioni richieste all'atto della prescrizione dei farmaci biologici, secondo le indicazioni della DCS

3.6.3 Reti di patologia

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
INSUFFICIENZA CARDIACA CRONICA	
Partecipare ai lavori regionali per la formalizzazione di almeno 1 percorso assistenziale che definisca anche specifici indicatori di esito	Partecipazione ai lavori regionali

3.6.4 Materno-infantile

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
partecipare, per il tramite dei propri referenti, alle	Evidenza della partecipazione al Comitato

attività del Comitato percorso nascita regionale	percorso nascita regionale
Mantenimento della guardia medica (pediatrica e ostetrica) H24 in ogni punto nascita attivo, in mancanza della quale è necessario: <ul style="list-style-type: none"> - sospendere l'attività dell'erogatore pubblico fino al reperimento delle risorse; - non procedere al pagamento dell'attività specifica svolta dall'erogatore privato accreditato 	Mantenimento della guardia medica (pediatrica e ostetrica) H24 in ogni punto nascita attivo anche attraverso convenzione con IRCCS Burlo G.
Responsabilizzazione diretta delle ostetriche nella gestione del percorso per la gravidanza fisiologica	Prosecuzione dell'attività negli ambulatori gravidanza fisiologica dell'area isontina e attivazione del percorso nell'area Bassa Friulana (distretti est ed ovest)
mantenimento della percentuale dei parti cesarei depurati (NTSV) al di sotto del 20% dei parti totali dei parti depurati (valore medio regionale 2016 pari a 16,94% - fonte Bersaglio).	% dei parti cesarei depurati (NTSV) sul totale dei parti depurati <=20%
mantenimento dei parti indotti al di sotto del 22% (valore medio regionale 2016 pari a 21,99% - fonte Bersaglio; gennaio-ottobre 2017 pari a 21,26%).	% parti indotti farmacologicamente <= 22%
Stipula di convenzione con IRCCS Burlo al fine di sviluppare nel corso del 2018 progettualità comuni nell'ambito dell'area materno infantile	Evidenza della sottoscrizione dell'accordo

3.6.5 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

3.6.6 Erogazione dei livelli di assistenza

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Riduzione del tasso di ospedalizzazione al 122,5 x mille (anno 2016 = 127,50, stima 2017 = 127,80).	tasso di ospedalizzazione <=122,5 per 1000 ab.
Riduzione dei numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica, ricorrendo anche ad un maggiore utilizzo del day service, portando la percentuale al di sotto del 28% per gli adulti e del 42% per i pediatrici (valore medio regionale del 2016 di 32,88% per gli adulti e	% di ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica <= 28% (adulti) e <= 42% (pediatrici)

50,02% per i pediatrici - fonte Bersaglio) – obiettivo valido sia per l'età adulta che pediatrica.	
Riduzione della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti ≥ 65 anni portandola al di sotto del 4% (valore medio regionale 2016 di 4,78% - 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
L'AAS prosegue i controlli di appropriatezza delle prestazioni effettuate dagli erogatori pubblici e privati, secondo il piano dei controlli programmato dallo specifico gruppo di coordinamento regionale.	Evidenza dei controlli effettuati
Indicatori	L'azienda deve garantire il raggiungimento degli standard obiettivo di cui all'allegato B da DGR 185/2018 di approvazione definitiva delle Linee annuali per la Gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2018.

3.6.7 Rete Cure Sicure FVG

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Realizzazione del programma rischio clinico regionale (Rete Cure Sicure FVG), in particolare per quanto riguarda:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Implementazione della formazione <i>link professional</i> - valutazione semestrale, tramite indicatori clinici ed organizzativi definiti dal Tavolo tecnico regionale dei risk manager aziendali - pubblicazione sul sito aziendale della relazione consuntiva annuale sugli eventi avversi, cause che hanno prodotto gli eventi e azioni attivate e pubblicazione dei dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio - prosecuzione linee sulla sicurezza e appropriatezza nell'uso del farmaco - prosecuzione misure di prevenzione delle infezioni e "antimicrobial stewardship". - diffusione capillare dei risultati della survey 2017 sullo stato nutrizionale e implementazione di strategie sulla nutrizione e sull'idratazione dei 	Realizzazione delle attività previste dal programma rischio clinico regionale

<p>pazienti.</p> <ul style="list-style-type: none"> - effettuazione dell'autovalutazione CARMINA e miglioramento di un'area attraverso l'implementazione di un almeno uno standard minimo; - prosecuzione delle attività di <i>empowerment</i> dei pazienti sulle tematiche del rischio mediante la valutazione dell'utilizzo del modulo di "integrazione della lettera di dimissione" e avvio di azioni di miglioramento. <p>- Consumo di guanti chirurgici e NON chirurgici in lattice: raggiungere un rapporto dei guanti NON chirurgici lattice/nitrile o vinile inferiore al 15%. Per quanto riguarda i guanti chirurgici per l'anno 2018 il rapporto lattice/latex-free dovrà essere al massimo del 30%.</p>	
---	--

3.6.8 Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
L'AAS individua un Coordinatore locale HPH, che farà anche parte del Comitato HPH regionale	Evidenza dell'individuazione di un Coordinatore locale HPH (entro febbraio)
L'AAS attiva il Comitato guida aziendale previa individuazione da parte della DCS, del Comitato di coordinamento HPH regionale e successiva approvazione delle linee di lavoro e del piano di azione 2019 (entro novembre).	Evidenza dell'attivazione del Comitato guida aziendale (entro novembre)

3.7 RAPPORTO CON I CITTADINI

3.7.1 Tempi di attesa	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Monitoraggio regionale tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale: proseguire l'attività di monitoraggio con le stesse modalità del 2017, rispetto all'elenco delle prestazioni ministeriali e regionali soggette a monitoraggio (vedi allegato: <i>Elenco delle prestazioni oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa</i>).</p> <p>(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).</p>	Evidenza dei report di monitoraggio trasmessi alla DCS
L'Azienda garantisce anche il monitoraggio ministeriale delle prestazioni	Evidenza del report di monitoraggio
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%.	<p>% di prestazioni monitorate prescritte in priorità B ed erogate entro 10 gg >=95%</p> <p>% di prestazioni monitorate prescritte in priorità D ed erogate entro 30 gg se visite oppure 60 gg se diagnostiche >=90%</p> <p>% di prestazioni monitorate prescritte in priorità P ed erogate entro 180 gg >=85%</p>
Entro il 31 dicembre 2018 le agende delle prestazioni di specialistica ambulatoriale individuate dalla DCS devono essere informatizzate ed essere rese disponibili a sistema CUP regionale.	Le agende di prenotazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale individuate dalla DCS 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	<p>% di interventi chirurgici monitorati e prescritti con priorità A che rispettano i tempi d'attesa >=95%</p> <p>% di interventi chirurgici monitorati e prescritti con priorità B, C e D che rispettano i tempi</p>

	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.) e ricorrendo alla finalizzazione delle risorse contrattuali di risultato del personale, nonché delle RAR allo scopo stanziato, oltre che delle risorse previste dalla L.R. n.7/2009.	Evidenza del rispetto del rapporto tra attività libero professionale e attività istituzionale di cui al CCNNLL
Libera professione intramoenia	Le AAS/ASUI/IRCCS sono tenute a sospendere la libera professione intra-moenia ai medici delle strutture che non hanno reso disponibili a CUP regionale tutte le agende di prenotazione delle visite/prestazioni
Le AAS/ASUI rendicontano alla DCS le modalità di utilizzo del finanziamento attribuito con la legge 7/2009, tenendo conto che una quota di almeno il 40% è da utilizzare per l'acquisto di prestazioni dagli erogatori privati convenzionati, in aggiunta al budget assegnato per il periodo 2017-2019 con la stipula degli accordi adottati con la DGR n. 42/2017.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stipulare specifico accordo integrativo con gli erogatori privati entro il 30.6.2018; 2. Trasmettere alla DCS entro e non oltre il 31.12.2018 l'atto/gli atti di evidenza delle effettive esigenze di abbattimento delle liste di attesa e ricorso agli importi stanziati 3. Presentare apposita rendicontazione sull'utilizzo delle somme assegnate nel bilancio consuntivo 2018

3.7.2 Innovazione nella gestione delle terapie

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Utilizzo dei nuovi anti-coagulanti orali	L'obiettivo si intende raggiunto se i controlli ambulatoriali per INR eseguita a pazienti residenti AAS2, si riducono almeno del 25% sul dato 2016; l'obiettivo non è raggiunto per riduzioni inferiori al 10%; per riduzioni comprese fra il 10% e il 25%, l'obiettivo verrà in proporzione considerato raggiunto parzialmente.
Valutazione della possibilità di implementare l'utilizzo delle terapie sottocute, o per altre vie, per quei farmaci che dispongono di formulazioni alternative a quella endovenosa.	Evidenza della valutazione

3.7.3 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	Nelle degenze intensive e semi-intensive della Regione, 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

3.7.4 Favorire la presenza del care giver nei reparti di degenza

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Definizione di un progetto aziendale di accesso dei care giver in ospedale al fine di consentire al paziente di avere accanto a sé il care giver h 24.	Evidenza del progetto

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Proposta del questionario ad almeno il 90% dei pazienti dimessi dopo un intervento di chirurgia programmata e svolta in ricovero ordinario	L'obiettivo è raggiunto se l'Azienda ottiene un valore $\geq 90\%$.

3.7.6 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 gestione del proprio caso e che, pertanto, assicura la coerenza delle diverse azioni che caratterizzano l'intera degenza	È identificato il medico responsabile per la gestione del singolo paziente ricoverato

3.7.7 Privacy

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Collaborazione con la Direzione Centrale Salute per lo snellimento delle procedure, in particolare attraverso la revisione del consenso al trattamento dei dati	Evidenza della partecipazione ai tavoli regionali

4. FLUSSI INFORMATIVI E VALUTAZIONI

Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Assicurare gli standard qualitativi nella compilazione della nuova SDO fissati dalla Regione	<ul style="list-style-type: none"> - % di SDO archiviate in media nell'arco dell'anno $\geq 98\%$ dei dimessi; - richieste di apertura delle SDO archiviate $\leq 3\%$ delle SDO archiviate - % anomalie medie in merito alla qualità della compilazione $\leq 10\%$

Obblighi informativi e qualità dei dati ai fini amministrativi, epidemiologici e gestionali	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Assicurare la completezza e la correttezza dell'alimentazione dei flussi informativi	CEDAP: adeguata compilazione dei campi relativi alle informazioni anagrafiche della madre e del padre
	EMUR: Inserimento dei dati della scheda medico nel 100% dei casi in cui la missione non è stata annullata. percentuale media annua di anomalie non superiore al 6%
	FAR: Miglioramento della tempistica di inserimento della data di ammissione al fine di inviare i casi nel corretto periodo trimestrale di riferimento con l'obiettivo di ridurre gli scarti ad una percentuale inferiore al 5%.
	SIAD: Inserimento dell'apertura e chiusura della Presa in carico nei tempi corretti per permettere l'invio nel periodo di riferimento. La percentuale di scarto per tale motivazione non deve superare il 2% (attualmente variano dal 4% al 9%)
	SIND: Rilevare ed inserire i dati relativamente all'alcooldipendenza e al gioco d'azzardo patologico quando il Ministero della salute integrerà opportunamente il flusso SIND.
	SISM: Compilazione delle seguenti variabili nel 100% dei casi: Stato civile, Collocazione socio ambientale, Titolo di studio e Codice attività professionale. L'utilizzo della voce generica non noto/non risulta non deve superare il 10% per ogni variabile. Inserimento appena il gestionale lo

	permette del numero progressivo SDO per i pazienti ricoverati in SPDC
	MONITORAGGIO CONSUMI DISPOSITIVI MEDICI: Inserimento di tutti i contratti di acquisto dei dispositivi medici di cui si possiede il CIG entro il mese successivo al trimestre di competenza
	GRANDI APPARECCHIATURE: Inserimento delle apparecchiature ricomprese nell'elenco di cui allegato 1 del DM 22/04/2014 e successive integrazioni entro il mese successivo al trimestre nel quale è avvenuto il collaudo dell'apparecchiatura
	HOSPICE: Inserimento dei casi entro il mese successivo al trimestre di competenza

Flussi ministeriali	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
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.

Supporto a progetti di valenza regionale integrati tra Assessorati	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Supporto a progetti di valenza regionale integrati tra Assessorati	La regione FVG ha costituito l'Osservatorio Ambiente Salute (DGR 532/2014) alle cui attività sono chiamati a contribuire anche gli enti del SSR. In particolare l'AAS2 collabora con la struttura di Epidemiologia e biostatistica dell'IRCCS Centro di riferimento oncologico di Aviano al progetto di monitoraggio biologico per l'Area di Monfalcone.

5. IL SISTEMA INFORMATIVO

Il sistema informativo	
Prescrizione dematerializzata	MMG che prescrivono DEMA o MIR > 80%
Firma digitale	- G2 clinico e lettera di dimissione > 90% - Radiologia >98%

5.1 PACS	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Completamento della messa a regime del sistema PACS nel settore dell'endoscopia digestiva.	Realizzazione del completamento secondo le indicazioni regionali
Prosecuzione dell'estensione nell'ambito dell'endoscopia ambulatoriale	Realizzazione dell'estensione secondo le indicazioni regionali
Consultazione/visualizzazione di referti e immagini in situazione emergenziale inter-aziendale	Prosecuzione della messa a regime del caso d'uso negli ambiti clinici previsti dalla programmazione sanitaria regionale
Referto multimediale	Supporto aziendale secondo le modalità definite in coerenza e continuità con la programmazione sanitaria regionale
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	Evidenza delle richieste aziendali

5.2 Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Implementazione del FSE al 15% degli MMG con un programma da definirsi dalla Direzione centrale salute	Implementazione del FSE in fase sperimentale per il 15% degli MMG con un programma da definirsi da parte della Direzione centrale Salute

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 Degenze	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Il POS garantisce l'accoglienza ai dimessi dai reparti di cardiologia e cardiocirurgia, su invio diretto dai reparti ospedalieri delle AAS/ASUI.	Aumento del numero dei pazienti accolti
La residenza di San Daniele garantisce l'accoglienza agli utenti, su invio servizi delle Dipendenze	Aumento del numero dei pazienti affetti da alcoldipendenza presi in carico, con particolare riferimento ai pazienti non residenti in Azienda. Aumento del numero dei pazienti ricoverati per disassuefazione da benzodiazepine.

3.1.3 Emergenza urgenza	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
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)	Mantenimento della rotazione del personale nei diversi setting.
Avvio dei lavori di adeguamento al volo notturno delle piazzole di atterraggio dell'eliambulanza dei presidi ospedalieri hub e spoke.	Vedi piano triennale preliminare degli investimenti

3.1.4 Medicina di Laboratorio	
Medicina di Laboratorio	Con DGR 599/2017 è stato adottato il Piano della Medicina di Laboratorio con la realizzazione di 3 centri hub presso i presidi ospedalieri Santa Maria

	<p>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.</p> <p>Nel 2018 si prosegue ad attuare l'organizzazione prevista dal piano, che per l'AAS3 prevede l'attività di prelievo e di accettazione delle prestazioni per esterni nei punti prelievo di riferimento. ASUIUD sta completando la presa in carico degli ultimi contratti di manutenzione delle attrezzature e dei approvvigionamenti beni e servizi.</p>
--	---

3.1.5 Sangue ed emocomponenti	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Accreditamento istituzionale	Entro la fine del 2018 verifica e rinnovo dell'accreditamento istituzionale di tutte le strutture trasfusionali della Regione

3.1.6 Reti di patologia	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Valutazione e monitoraggio dei PTDA aziendali per pazienti con neoplasia alla mammella e al colon. Costituzione del gruppo interdisciplinare aziendale per i tumori alla prostata (urologi, oncologi e radiologi)	<p>Il 20% delle equipe chirurgiche che operano i tumori alla mammella, colon e stomaco, sono composte da professionisti appartenenti alle 2 SOC chirurgiche.</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>
Nelle more dell'approvazione della rete oncologica regionale AAS3 definirà dei percorsi integrati facilitanti con ASUIUD	Definizione accordi entro il 30 aprile 2018
Messa in rete dei professionisti con competenze specialistiche per l'integrazione della presa in carico del paziente.	Per ogni sede ospedaliera, entro il 30 settembre 2018, almeno una sala attrezzata (per ogni sede di presidio ospedaliero) per gestire teleconferenze cliniche e riunioni operative a

	distanza, nonché permettere la visione contemporanea di documentazione ed immagini diagnostiche di alta qualità.
--	--

3.1.7 Modifiche assetti organizzativi

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Modifiche assetti organizzativi	Nel 2018 si agirà a livello organizzativo apportando le seguenti modifiche: - modifica della composizione delle AFT: Sappada entra nella AFT Valli carniche, Villa Santina si sposta nella AFT Conca Tolmezzina; Osoppo passa dall'AFT Ovest del Distretto 3 all'AFT Est - la SOSD "Strutture psichiatriche residenziali" cambia denominazione in "Abilitazione e residenze".

3.1.9 Documenti regionali

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Adozione documenti regionali	- Collaborazione con la DCS per la predisposizione dei documenti regionali - Definizione di una road map aziendale per l'attuazione dei piani regionali adottati.

3.1.10 Inserimento del Comune di Sappada nella rete dei servizi aziendali

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Garantire agli abitanti del territorio di Sappada i livelli di assistenza socio sanitari, attraverso l'erogazione dei servizi dal parte dell'Azienda.	Tutti i servizi aziendali rileggono i loro processi, facendo in modo che anche Sappada ne sia coinvolta a partire dalla data prevista dagli accordi fra le due Regioni

3.1.11 Lean management

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Sviluppare un nuovo progetto da portare a compimento entro l'anno	Evidenza del progetto concluso

3.1.12 Accessibilità dell'utenza alle funzioni aziendali

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Accessibilità dell'utenza alle funzioni aziendali	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. Nel 2017 sono stati avviati dei contatti con la Direzione competente, ma ogni progettualità è vincolata all'assegnazione definitiva dell'appalto al servizio di trasporto.
--	--

3.1.12 Studiare e prepararci in vista del nuovo ciclo di programmazione aziendale

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Il 2018 sarà un anno per «studiare e prepararci», per confrontarci con le migliori esperienze d'Italia, far conoscere le esperienze realizzate, ponendo le basi culturali per il nuovo ciclo di programmazione. In particolare l'attenzione sarà concentrata sulle "IDEE GUIDA" che si stanno sviluppando nel Paese nell'area delle patologie croniche:</p> <ul style="list-style-type: none"> • da "disease management" a "community care" • reti strutturate di patologia • patient engagement • paziente esperto 	<p>A questo scopo, a partire dal profilo di salute e di comunità dell'AAS3, si prevede di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sollecitare il mondo professionale (in particolare quello coinvolto nella gestione delle malattie croniche) dell'azienda al confronto scientifico nazionale - organizzare eventi formativi qualificati, portando in Azienda i protagonisti dell'innovazione in Italia - coinvolgere i giovani professionisti nel progettare il futuro - aderire a progetti di respiro sovraregionale, come ad esempio Progetto CARE, Progetto Aree interne, Progetto Interreg Italia- Austria Age act, E-win health.

3.1.13 Centralizzazione funzioni ad EGAS

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
EGAS	<p>La funzione di approvvigionamento dell'AAS3 è garantita dal provveditorato unico di EGAS.</p> <p>Nel corso del 2017 è stata avviata in via sperimentale la centralizzazione del trattamento economico del personale convenzionato dei distretti di Codroipo e San Daniele dell'AAS3.</p> <p>Nel corso del 2018 si darà corso al completamento del trasferimento di detta funzione per tutta l'AAS3.</p> <p>Allo stato attuale, pertanto, gli effetti di tale passaggio non sono previsti né a livello di</p>

	<p>dotazione organica né a livello di costi a bilancio preventivo. Di un tanto verrà dato conto attraverso variazioni quali-quantitative evidenziate nei report periodici, sia per quanto attiene la dotazione organica che per quanto riguarda le risorse finanziarie correlate.</p> <p>Le restanti aree di intervento saranno sviluppate di comune accordo con le aziende interessate</p>
--	---

3.2 PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

3.2.1 Tutela della salute e prevenzione	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
<ul style="list-style-type: none"> - Implementazione del percorso gravidanza fisiologica a gestione ostetrica - Implementazione dell'offerta della visita domiciliare ostetrica in puerperio - Implementazione di percorsi aziendali per la donna in età post fertile 	<ul style="list-style-type: none"> - Evidenza dell'attivazione del percorso - Evidenza del servizio attraverso report con dati relativi al 2018 - Evidenza dei percorsi attraverso report di attività
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 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	Il 10% dei pazienti eleggibili di ogni M.M.G. che aderisce allo screening opportunistico è valutato per la definizione del rischio cardiovascolare. Il risultato del rischio deve essere inserito nella piattaforma regionale del rischio cardiovascolare.
3.2.3 Screening oncologici (Programma II PRP)	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Assicurare la collaborazione per la riconversione del programma di lettura pap test, inclusi gli aspetti di formazione e comunicazione	Assicurare le letture dei pap test primari presso le sedi attuali di competenza fino a transizione del programma ultimata
Raggiungere e mantenere un'adesione ai programmi di screening pari al 70 % per la cervice uterina, al 70 % per la mammella, e al 70% per il carcinoma del colon retto	Adesione pari al 70% per la cervice uterina, al 70% per la mammella, e al 70% per il carcinoma del colon retto
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".	Rispetto dei requisiti previsti dal sistema regionale di verifica dei centri di senologia. con invio alla Direzione regionale dei dati di autovalutazione entro il 30.11.2018.
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	<ul style="list-style-type: none"> - Lettura del primo livello e gestione del percorso di approfondimento diagnostico da parte di radiologi certificati - Monitoraggio dell'assegnazione delle letture

	per singola Azienda (almeno 2 report l'anno).
Garantire la corretta chiusura dell'esito dei casi di secondo livello dello screening mammografico nel G2 clinico ridurre i richiami intermedi (early recall) dopo approfondimento.	<ul style="list-style-type: none"> - percentuale di casi di secondo livello chiusi correttamente $\geq 95\%$ - 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 della cervice uterina: garantire il rispetto dei requisiti definiti dalla regione per i centri di secondo livello	Rispetto da parte delle aziende dei requisiti previsti dal sistema regionale di verifica dei requisiti dei centri di secondo livello con invio alla DCS dei dati di autovalutazione entro il 30.11.2018
Garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica (in particolare la codifica del livello di rischio assicurando di rendere definitiva la compilazione) per gli esami di 2° livello di screening Garantire l'offerta della colonscopia di approfondimento di secondo livello entro 30 giorni dalla positività del FOBT di screening	<p>Percentuale di cartelle correttamente compilate $\geq 95\%$</p> <p>Tempo di attesa per colonscopia di approfondimento di secondo livello ≤ 30 giorni</p>
Mantenere aggiornate, tramite i distretti, le anagrafi sanitarie verificando assistiti in base ai dati del monitoraggio delle lettere inesitate fatti pervenire dalla Direzione Centrale Salute.	Percentuale di inviti inesitati $\leq 1,5\%$

3.2.4 Screening neonatali (Programma II PRP)

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Screening neonatale audiologico e oftalmologico	Diffusione e applicazione della procedura in tutti i punti nascita
Programma di identificazione precoce della fibrosi cistica (coordinata da Burlo)	Partecipazione al programma di identificazione precoce della fibrosi cistica
Collaborare al programma per l'identificazione precoce dei neonati con emoglobinopatia nella popolazione a rischio. Tutte le Aziende: assicurare da parte di tutti i punti nascita la regolare comunicazione a IRCSS Burlo della rilevazione del TSH neonatale.	Formale adozione della procedura per emoglobinopatia e TSH in tutti i punti nascita

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

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Piano regionale della prevenzione	Trasmissione dei dati alla Aas2 ai fini della predisposizione del report da inviare 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.	almeno il 50% delle 167 scuole della Regione (ovvero 83 scuole) dovranno esser raggiunte dalla proposta di aderire alla rete Scuole che promuovono salute (SHE).
Sviluppo, da parte di tutte le aziende sanitarie, di progettualità 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 66 scuole a livello regionale
PSAL: realizzare le attività relativamente all'obiettivo specifico di promozione della cultura della salute e sicurezza in ambito scolastico	PSAL: realizzare almeno 2 corsi di PS nelle scuole del territorio e proseguire con la realizzazione di quanto previsto dal Progetto inter-istituzionale "Promozione della scultura della sicurezza nelle scuole".
Inserimento nella banca dati PROSA delle attività di promozione salute svolte nelle istituti scolastici	Rendicontazione delle attività svolte nelle scuole regionali attraverso la banca dati PROSA (disponibilità dei dati)

3.2.6 Prevenzione delle dipendenze

Vedasi linea 3.5.10

3.2.7 Promozione dell'attività fisica (Programma V PRP)

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Sviluppo di progetti di attività fisica rivolti alla popolazione adulta	Report su quanto realizzato
Realizzazione di progetti di promozione attività fisica adattata	Almeno 1 iniziativa/progetto
Diffusione delle opportunità di attività fisica presenti sul territorio attraverso il sito regionale (invecchiamentoattivo.fvg)	Presenza, sul sito, delle attività realizzate in collaborazione con le associazioni
Sviluppo del progetto sperimentale aziendale "Centro per la Prescrizione e Somministrazione dell'Esercizio Fisico" per pazienti con malattie croniche (MCNT) presso Presidio Ospedaliero per la Salute di Gemona	Centro per la Prescrizione e Somministrazione dell'Esercizio Fisico avviato e primi pazienti seguiti (report a DCS)
Avvio dell'ambulatorio specialistico di Medicina di montagna presso il POS di Gemona	Evidenza attività

Utilizzo di modalità innovative per la promozione dell'attività fisica.	Studio di fattibilità per l'apertura di un centro multimediale di promozione all'attività fisica, ubicato a Talmassons, ovvero in un luogo baricentrico per gli utenti regionali.
---	---

3.2.8 Prevenzione incidenti stradali (Programma VI PRP)

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
i referenti individuati (PRP) partecipano e sostengono le attività che andranno a delinearsi (formazione dei moltiplicatori, diffusione delle iniziative) per la prevenzione degli incidenti stradali	Report sulle iniziative di comunicazione e informazione alla popolazione

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 in regione

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:
Partecipazione alla IV fase del progetto "Prodotti Finiti FVG" che prevede la stesura delle schede di prodotto (comprendenti la flow chart) con le metodiche e gli strumenti predisposti nell'ambito del progetto di ricerca	Presenza (al 31/12/2018) di almeno 90 schede a livello regionale di prodotto correttamente elaborate e vistate dal responsabile scientifico del progetto (report della DCS)
Attuazione Delibera 2520 del 14 dicembre 2017 (modifica regolamento emanato con Decr. Pres. Reg. 144/2015) su servizi residenziali e semi-residenziali per anziani	Si rimanda al capitolo sulla non autosufficienza della Struttura Programmazione Interventi Sociosanitari
PSAL: partecipare all'elaborazione collaborativa delle procedure di vigilanza in edilizia e 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 o regionale con i portatori di interesse sulle problematiche connesse all'applicazione delle norme poste a tutela del lavoro in edilizia
PSAL: partecipare ad azioni di verifica della	- Partecipazione ai lavori del GRA

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"> - 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
SIAN/VET partecipare alla formazione degli auditor e al programma di mantenimento della qualifica	Almeno 50 auditor ufficiali formati in regione
Adesione ad un corso di sostegno alle capacità organizzativo-gestionali delle risorse umane per dirigenti, coordinatori e P.O. dei Dipartimenti di Prevenzione	Partecipazione dei Dipartimenti certificata da AAS5
PSAL: partecipare attivamente al programma regionale di audit, scegliendo il comparto di interesse a seconda della specificità territoriale.	Operatori formati secondo le indicazioni del PRP, costituzione del gruppo di <i>auditor</i> regionali, individuazione delle aziende su cui avviare l'audit sui SGSL da parte <i>auditor</i> regionali e avvio della fase realizzativa
Diffusione delle Linee guida regionali per la prevenzione dei rischi in campo estetico e del Protocollo operativo regionale di controllo per le pratiche estetiche	Evidenza della pubblicazione sul sito aziendale istituzionale dei documenti approvati dalla Regione
Attuazione del Protocollo operativo regionale di controllo per le pratiche estetiche	<p>Effettuare i controlli di tutte le nuove SCIA di tatuatore e piercer</p> <p>Effettuare i controlli di 1 ogni 5 delle nuove SCIA presentate per estetista</p> <p>Effettuare i controlli di 1 ogni 10 delle nuove SCIA presentate per acconciatore</p>

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	<ul style="list-style-type: none"> - 5% delle aziende vigilate (parametri LEA non ancora pervenuti al 22/01/18 dal GTI SSL). - Edilizia: l'attività di vigilanza nei cantieri deve essere finalizzata al raggiungimento del 12% dei cantieri notificati l'anno precedente. In caso di significative variazioni incrementali, si dovrà raggiungere almeno il numero dei cantieri vigilati nell'anno 2017. - Agricoltura: vigilare 90 aziende agricole a livello regionale (14 per la AAS 3)

	(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 delle segnalazioni di malattia professionale.	2 corsi accreditati o 2 iniziative di sensibilizzazione a livello regionale
Realizzare un'analisi OCCAM su una neoplasia professionale che verrà individuata dal Gruppo Regionale Cancerogeni, purché il Garante autorizzi il trattamento dei dati sensibili.	Partecipazione al Gruppo regionale Cancerogeni e realizzazione 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 - Partecipazione ai lavori per l'adozione del regolamento regionale sul fumo

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	Studio di fattibilità e prima applicazione 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	Almeno il 75% delle verifiche effettuate da ogni azienda sanitaria è inserito a data base aziendale

Restituzione, a carico dell'IRCCS Burlo Garofolo, dei risultati della rilevazione 2017 del Progetto Okkio alla Salute ai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende	Almeno 1 incontro Report alla DCS
Realizzazione, con il coordinamento dell'IRCCS Burlo Garofolo e in collaborazione con i Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende del FVG, della raccolta dati periodica del progetto HBSC nelle scuole del Friuli Venezia Giulia (marzo-giugno 2018)	Collaborazione all'effettuazione dello studio Report alla DCS
Studi di sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento	Dare continuità allo studio di sorveglianza PASSI e iniziare PASSI d'Argento.

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:
Partecipazione attiva alle attività del "Gruppo Tecnico interistituzionale 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 e della "Cabina di Regia" di cui al Decreto n° 695/SPS del 19.05.2017.	Evidenza di partecipazione al "Gruppo Tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali " e alla "Cabina di Regia".
1. Collaborazione con la DCS, ARPA e enti gestori alla definizione del programma di programma di controllo di cui al D.Lgs. 28/2016. 2. Avvio del monitoraggio	1. Partecipazione alla stesura del programma di controllo regionale con evidenza dell'invio dei dati richiesti dalla Regione. 2. Effettuazione dei campionamenti previsti
Conclusione, da parte degli operatori sanitari individuati come formatori, del percorso di formazione iniziato nel corso dell'ultimo trimestre del 2017 nell'ambito del progetto CCM 2015 "EpiAmbNet" (Rete nazionale di epidemiologia ambientale, valutazione impatto integrato sull'ambiente e salute, formazione e comunicazione) del Ministero della Salute. Nel corso del secondo semestre dovranno essere stabiliti gli obiettivi didattici ed i contenuti dei percorsi formativi che verranno realizzati a livello regionale nel 2019 e che saranno destinati ai MMG, PLS e gli altri operatori del Dipartimento di Prevenzione.	Garantire la partecipazione degli operatori sanitari individuati come formatori ai moduli formativi previsti dal progetto CCM 2015 "EpiAmbNet" per il primo semestre del 2018. Condividere a livello regionale la proposta formativa per il 2019.

Sorveglianza delle acque potabili. Mappatura dei pozzi privati utilizzati nell'ambito delle imprese alimentari.	Mappatura, secondo un report fornito dalla Direzione Salute, dei pozzi che approvvigionano gli stabilimenti riconosciuti ai sensi dei Regg. 852/853, le imprese alimentari che utilizzano l'acqua come ingrediente principale e quelli che approvvigionano fasce sensibili della popolazione (scuole, asili, ecc.).
AMIANTO	
Psal: raccogliere i dati relativi ai mesoteliomi indagati e inviare al COR, assicurando la trasmissione delle schede ReNaM	Schede ReNaM trasmesse al COR per tutti i casi indagati e conclusi nel 2018
PSAL: Trasmettere i dati sui soggetti attualmente esposti alla DCS e al CRUA in base alle relazioni annuali compilate dalle ditte di bonifica utilizzando il MeLa Amianto	Trasmettere per via telematica i dati sui soggetti addetti alle bonifiche amianto alla DCS e al CRUA
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,	almeno 1 controllo
AAS n.3 "Alto Friuli – Collinare – Medio Friuli": realizzazione di un evento formativo sui Regolamenti Reach e CLP quale ricaduta dei corsi nazionali di formazione per ispettori nei confronti dei nuovi ispettori REACH/CLP della regione FVG in fase di addestramento	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
Assicurare il proseguimento delle campagne vaccinali già avviate e quelle di nuova introduzione (rotavirus ed herpes zoster)	Miglioramento delle coperture vaccinali
Assicurare, accertato l'inadempimento dell'obbligo vaccinale, l'avvio della procedura per il recupero della vaccinazione.	Procedura uniforme per la gestione dei soggetti inadempienti in tutte le Aziende regionali.
Avvio di un processo di accreditamento dei servizi vaccinali	evidenza di avvio del processo

Adottare e applicare il piano regionale di sorveglianza e risposta alle arbovirosi trasmesse da zanzare	Assicurare da parte di ogni azienda la partecipazione multiprofessionale all'aggiornamento del Piano regionale coordinato dalla Direzione centrale
Malattie Sessualmente Trasmesse (MST)	Collaborazione con il Burlo per il completamento del PDTA sulla gestione di laboratorio delle Malattie Sessualmente Trasmesse (MST)
Resistenze antimicrobiche	
Sono individuati il coordinatore regionale medico e veterinario e viene costituito il gruppo tecnico regionale (GTR) per l'implementazione del PNCAR. Il GTR identifica le modalità di implementazione delle azioni e costruisce il sistema di monitoraggio del PNCAR a livello regionale	I due coordinatori regionali e il gruppo tecnico designati definiscono modalità azioni regionali identificate nel PNCRA 2018 (output: documento tecnico) e sviluppano il sistema monitoraggio del PNCAR a livello regionale.
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 Obiettivo stralciato: la PPs viene effettuata negli anni dispari
Effettuare in tutti gli ospedali per acuti la Point Prevalence Survey sul consumo degli antibiotici.	Report aziendale sul consumo di antibiotici Obiettivo stralciato: la PPs viene effettuata negli anni dispari
Formazione degli operatori sull'uso appropriato degli antibiotici in ospedale e nelle strutture residenziali per anziani	Almeno 1 iniziativa di formazione Obiettivo stralciato: viene effettuata negli anni dispari
Veterinari: censimento dei laboratori privati coinvolti nel monitoraggio e sorveglianza dell'AMR (entro il 2018).	Le AAS realizzano il censimento dei laboratori privati che eseguono esami batteriologici e test di farmaco-sensibilità in Regione FVG.
Veterinari: Adesione al Sistema Informativo Nazionale per la completa digitalizzazione della gestione del medicinale veterinario e della ricetta elettronica (entro il 2018)	Le AAS aderiscono al Sistema Informativo Nazionale per la tracciabilità del farmaco per quanto di loro competenza (Aderiscono i veterinari Libero professionisti)
Veterinari: progressiva integrazione delle aziende zootecniche al sistema informatico di supporto all'attività di classificazione delle aziende sulla base di indicatori di rischio (entro il 2018)	Le AAS assicurano che le aziende zootecniche siano progressivamente integrate nel sistema informatico di supporto all'attività di classificazione delle aziende sulla base di indicatori di rischio (sperimentazione chek list regionale)
Veterinari: Condivisione delle Linee guida nazionali per la corretta gestione degli allevamenti di animali da reddito al fine di ridurre le prescrizioni di	Le AAS adottano delle Linee guida nazionali disponibili per la corretta gestione degli allevamenti di animali al fine di ridurre le

antimicrobici e prevenire il rischio di antibiotico-resistenza	prescrizioni di antimicrobici e prevenire il rischio di antibiotico-resistenza
Veterinari: Recepimento check-list ed esecuzione di audit secondo le procedure consolidate (entro il 2018).	Le AAS recepiscono ed adottano le check-list per l'esecuzione secondo le procedure consolidate. Sarà realizzata la programmazione regionale 2018 2019 per identificare il numero di allevamenti zootecnici (bovini, suini, pollame e pesci, esclusi i familiari) da sottoporre a valutazione di rischio in base alle check-list. Nel 2018 le AAS realizzano e registrano in SICER il controllo ufficiale di farmacovigilanza sulla base della programmazione regionale.
Almeno un corso di formazione per Medici e Veterinari sul buon uso degli antibiotici l'anno per azienda sanitaria (entro il 2018)	Partecipare ad un corso di formazione regionale per Medici e Veterinari sul buon uso degli antibiotici, organizzato da AAS2 .

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
Garantire in ogni azienda sanitaria la possibilità di accesso ad un ambulatorio per cure primarie per i soggetti non in regola con le norme sul soggiorno, con l'individuazione di un percorso facilitato rispetto al rilascio del codice STP/ENI (Straniero Temporaneamente Presente/Europeo Non Iscritto);	E' disponibile un ambulatorio d'accesso alle cure primarie per i soggetti non in regola con le norme sul soggiorno, con l'individuazione di un percorso facilitato rispetto al rilascio del codice STP/ENI
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	Dare evidenza della formalizzazione dell'unità di crisi aziendale e delle procedure conseguenti, in applicazione del Piano generale.

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	80% operatori dedicati formati in ogni Azienda

azienda per i propri punti nascita e garantire la partecipazione degli operatori dedicati, al percorso formativo programmato a livello regionale	
Mantenere ed ottimizzare il sistema di rilevazione sull'allattamento al seno alla dimissione e alla seconda vaccinazione	100% delle schede inserite nel sistema di rilevazione regionale entro un mese dalla dimissione e dalla seconda vaccinazione
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 2018 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 2018 in ogni Azienda
Realizzare corsi di formazione in ogni azienda su stili alimentari salutariper 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 in collaborazione del personale del Dip. di Prevenzione afferente alle diverse strutture/piattaforme
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 alimentare

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Effettuare i controlli sulla condizionalità come da convenzione con il MIPAAF/AGE	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 2017	<ul style="list-style-type: none"> - Per il SIAN n. interventi ispettivi e di categorizzazioni del rischio per settore programmati per il 2018 pari al 75% del numero richiesto dal PRISAN (15% delle imprese presenti sul territorio di competenza) - n. 213 interventi ispettivi e di valutazioni del rischio per settore programmati per il 2018 - il n. 32 audit per settore programmati per il 2018 per il settore della veterinaria e controlli pari al 100% del numero richiesto dal PRISAN per il SIAN. - 100 % dei controlli ufficiali dei campionamenti di

	<p>alimenti</p> <ul style="list-style-type: none"> - n. 40 dei controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni.
Attuazione dell'ultimo anno del Progetto Piccole Produzioni Locali in accordo con la Direzione centrale agricoltura.	<p>Garantire l'informazione capillare e la formazione sul territorio, informando le Aziende del Settore Alimentare della conclusione del Progetto e delle possibili evoluzioni delle PPL. Stesura di una relazione finale dettagliata di verifica Aziendale. Tale relazione dovrà riportare, il numero di PPL registrate ed il numero di ispezioni, un'analisi critica con punti di forza e debolezza del Progetto rilevate sul territorio. La relazione dovrà altresì riportare il dettaglio delle attività 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...
Garantire la funzionalità del sistema informativo Sicer per l'Area dell'Igiene e Sicurezza Alimentare degli Alimenti di origine animale (Area B) e SIAN.	Piena funzionalità del sistema informatico Sicer al 31 dicembre 2018.
Procedere nelle attività del Piano regionale di monitoraggio e controllo della Malattia di Aujeszky dei suini, al fine di richiedere l'accreditamento per Regione indenne.	100% allevamenti della coorte individuati dal Piano regionale da controllare al fine di richiedere lo status di Regione indenne.
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	100 % interventi di controllo sul rispetto del benessere animale richiesti dal PRISAN 2018
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 il 31.12.2018. L'Azienda supporta e monitora tale intervento.
Progetto latte di montagna: costruzione di una progettualità inter-istituzionale volta a determinare un miglioramento complessivo (in	Costituzione di un gruppo di lavoro che studi gli strumenti più idonei a conseguire l'obiettivo declinato e lo sperimenti su di un campione

<p>termini di sicurezza e qualità) del latte prodotto, un'evoluzione della gestione delle aziende agricole (anche nei parametri di interesse per la veterinaria pubblica gestione del farmaco e benessere animale soprattutto), una acquisizione di valore per il prodotto della lavorazione.</p>	<p>rappresentativo della realtà dell'allevamento montano</p>
<p>Progetto di economia sociale: diffondere la conoscenza degli elementi teorici dell'economia sociale e strutturare una progettualità che ponga le basi per la sperimentazione in una comunità</p>	<p>Incontri formativi di divulgazione agli operatori sanitari e socio sanitari dei principi dell'economia sociale; definizione di un gruppo di operatori motivati che lavorino alla strutturazione del progetto ed all'analisi del contesto.</p>

3.3 ASSISTENZA DISTRETTUALE

3.3.1 Assistenza primaria	
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
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
Attività sperimentale dello psicologo nel CAP	Evidenza dell'attività effettuata dallo psicologo nel CAP
Avvio della sperimentazione del Fascicolo sanitario elettronico	Almeno il 15% dei MMG in ogni AAS/ASUI partecipa alla sperimentazione secondo le modalità stabilite dalla Direzione centrale salute
Avvio delle reti di patologia aziendali	Evidenza di progettualità per percorsi di cura del paziente (anche tramite l'utilizzo di ECG con refertazione a distanza, Teledialisi, Retinografia con refertazione a distanza) che diventino paradigma di sviluppo per i futuri CAP
Garantire la tutela dell'infanzia e dell'adolescenza attraverso un accesso diretto e gratuito alle cure primarie, fornite dagli specialisti in materia.	I bambini provenienti dalle aree disagiate in cui non è stato possibile inserire un pediatra di libera scelta accedono gratuitamente all'assistenza pediatrica erogata dai Pediatri ospedalieri sia per accesso diretto che su invio del proprio medico di Medicina Generale, secondo le modalità prevista da uno specifico progetto "progetto "Nuova Pediatria").

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 30 giornate complessive.

3.3.3 Odontoiatria sociale	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Aumento delle prestazioni LEA erogate	Media aziendale di almeno 1,6 prestazioni/ora per odontoiatra
Prestazioni non LEA erogate	200 casi di terapia ortodontica e 500 pazienti con almeno un'arcata edentula riabilitati con protesi

	totali, nelle sedi attivate (dato regionale)
Percentuale aziendale di visite odontostomatologiche	non superiore al 40% del totale delle prestazioni erogate (sono escluse le visite del pronto soccorso odontostomatologico)
Stabilizzazione attività di PS presso il PPI di Gemona	Apertura con personale proprio del PS di Gemona almeno 5/5 8-14
Stabilizzazione dell'offerta di odontoiatria penitenziaria in tutti gli istituti penitenziari della regione	Garanzia dell'offerta di odontoiatria penitenziaria presso l'Istituto di Tolmezzo
Programma di odontoiatria scolastica	Organizzare le risorse per prevedere la visita presso gli istituti scolastici di tutti i bambini iscritti alla prima classe della scuola primaria entro la fine dell'anno scolastico. Organizzare un intervento di educazione alla prevenzione orale per tutti i bambini dalla prima alla quinta elementare per l'a.s. 2018/2019. Visita nelle strutture ove sono accolti di tutti i pazienti afferenti ai centri per disabili per la presa in carico assistenziale.

3.3.4 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, per il tramite della convenzione con ASUIUD sulla neurologia.
Attivazione a livello aziendale del PDTA per la sclerosi multipla entro la seconda metà del 2018.	Entro il 1 semestre 2018 i pazienti con sclerosi multipla sono presi in carico con le modalità previste dal percorso assistenziale.

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 Diabete

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Gestione integrata del diabete in coerenza con la DGR 1676/2015	Presentazione report dati attività 2017-2018 con evidenza di miglioramento

<p>Diabete in ospedale (DGR 1572/2017): a-Implementazione del programma regionale per la formazione del personale ospedaliero; b-organizzazione del gruppo aziendale per il diabete.</p>	<p>a. Effettuazione degli eventi formativi in ogni azienda; b. Predisposizione del piano aziendale per il diabete. c. costituzione e organizzazione delle equipe aziendali per la gestione integrata del diabete.</p>
--	---

3.3.7 Cronicità	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Implementare i PDTA sullo scompenso cardiaco	Evidenza dell'implementazione del PDTA sullo scompenso cardiaco in ogni Azienda attraverso reportistica di dati di attività

3.3.8 Assistenza protesica	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Partecipazione ai lavori per la revisione dei percorsi di assistenza protesica e alla formazione dei professionisti sanitari .	Attuazione delle nuove modalità di erogazione dell'assistenza protesica, compresi i percorsi semplificati stabiliti dalle nuove linee guida regionali.

3.3 ASSISTENZA FARMACEUTICA E ASSISTENZA INTEGRATIVA

ASSISTENZA FARMACEUTICA																															
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:																														
Tetti Spesa Farmaceutica																															
Spesa farmaceutica	<p>Rispetto dei tetti fissati per la</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 																														
1. Prescrittori																															
<p>Sia a livello territoriale che ospedaliero le Aziende individueranno specifici obiettivi per i prescrittori, correlati a definiti indicatori di risultato, al fine di favorire l'impiego di medicinali con il miglior rapporto di costo-efficacia e prevedendo un monitoraggio periodico sull'utilizzo delle categorie dei farmaci a maggior impatto di spesa e rischio di inappropriata. A tal fine le Aziende invieranno un report semestrale alla DCS con evidenza sia delle iniziative di audit e feedback adottate, sia delle azioni più significative intraprese nel corso del primo e del secondo semestre del 2018 (in particolare per oncologici, immunologici, farmaci per l'epatite C, terapie intra-vitreali, farmaci del PHT_DPC, equivalenti)</p>	<p>Invio di due report a cadenza semestrale da cui si evincano:</p> <ul style="list-style-type: none"> – stato di avanzamento degli obiettivi negoziati con i prescrittori ospedalieri e territoriali – azioni intraprese 																														
3. Medicinali a brevetto scaduto – indicatori AIFA-MEF																															
<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), dovrà tendere ai valori target indicati.</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>CLASSE</th> <th>% media FVG (gen-sett 2017)</th> <th>% target nazionale a cui tendere†</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>C08CA – derivati diidropiridinici</td> <td>90,85%</td> <td>92,1%</td> </tr> <tr> <td>C09CA - antagonisti dell'angiotensina II, non associati</td> <td>94,52%</td> <td>97,5%</td> </tr> <tr> <td>C09DA - antagonisti dell'angiotensina II e diuretici</td> <td>92,59%</td> <td>96,0%</td> </tr> <tr> <td>C10AA - inibitori della HMG COA reduttasi</td> <td>80,69%</td> <td>87,0%</td> </tr> <tr> <td>G04CB - inibitori della testosterone 5-alfa reduttasi</td> <td>44,70%</td> <td>57,8%</td> </tr> <tr> <td>M05BA - bifosfonati</td> <td>77,54%</td> <td>83,1%</td> </tr> <tr> <td>N03AX - altri antiepilettici</td> <td>94,50%</td> <td>98,7%</td> </tr> <tr> <td>N02CC - agonisti selettivi dei recettori 5HT1</td> <td>93,95%</td> <td>97,1%</td> </tr> <tr> <td>S01ED – sostanza beta-bloccanti</td> <td>37,71%</td> <td>41,4%</td> </tr> </tbody> </table>	CLASSE	% media FVG (gen-sett 2017)	% target nazionale a cui tendere†	C08CA – derivati diidropiridinici	90,85%	92,1%	C09CA - antagonisti dell'angiotensina II, non associati	94,52%	97,5%	C09DA - antagonisti dell'angiotensina II e diuretici	92,59%	96,0%	C10AA - inibitori della HMG COA reduttasi	80,69%	87,0%	G04CB - inibitori della testosterone 5-alfa reduttasi	44,70%	57,8%	M05BA - bifosfonati	77,54%	83,1%	N03AX - altri antiepilettici	94,50%	98,7%	N02CC - agonisti selettivi dei recettori 5HT1	93,95%	97,1%	S01ED – sostanza beta-bloccanti	37,71%	41,4%
CLASSE	% media FVG (gen-sett 2017)	% target nazionale a cui tendere†																													
C08CA – derivati diidropiridinici	90,85%	92,1%																													
C09CA - antagonisti dell'angiotensina II, non associati	94,52%	97,5%																													
C09DA - antagonisti dell'angiotensina II e diuretici	92,59%	96,0%																													
C10AA - inibitori della HMG COA reduttasi	80,69%	87,0%																													
G04CB - inibitori della testosterone 5-alfa reduttasi	44,70%	57,8%																													
M05BA - bifosfonati	77,54%	83,1%																													
N03AX - altri antiepilettici	94,50%	98,7%																													
N02CC - agonisti selettivi dei recettori 5HT1	93,95%	97,1%																													
S01ED – sostanza beta-bloccanti	37,71%	41,4%																													
4. Biosimilari																															
<p>Nell'ambito delle categorie di medicinali per le quali è disponibile l'alternativa biosimile dovranno essere assicurate azioni di incentivazione, appropriatezza ed efficienza per il SSR, nel rispetto del recente quadro normativo (legge n. 232/2016,</p>	<p>Invio di due report a cadenza semestrale da cui si evincano le attività svolte:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Stato di avanzamento degli obiettivi negoziati con i prescrittori 																														

art. 1, comma 407), che ha previsto specifiche direttive a cui gli Enti del SSR devono fare riferimento. A tal fine le Aziende invieranno uno specifico report semestrale alla DCS sulle attività svolte.	– Azioni intraprese
5. Medicinali brevetto scaduto – analisi prescrizioni	
Oltre alla promozione d'uso dei medicinali a brevetto scaduto a livello territoriale, in base a quanto rilevato nel corso del 2017, potranno essere definite ulteriori analisi a campione sulle percentuali di prescrizione di queste categorie di medicinali in dimissione da ricovero o dopo visita ambulatoriale, in tempistiche e reparti comunicati dalla Direzione centrale.	Evidenza dell'analisi a campione su indicazione della DCS e comunicazione degli esiti nelle tempistiche indicate.
6. Distribuzione diretta farmaci ad alto costo	
Nell'ambito della distribuzione diretta dei farmaci ad alto costo le Aziende eroganti danno continuità ai percorsi definiti nel corso del 2017, per consentire alle AAS di residenza del paziente la verifica dell'appropriatezza d'uso, dandone anche evidenza alla DCS.	Definizione di un percorso che consenta la verifica dell'appropriatezza d'uso alle AAS di residenza del paziente
7. Primo ciclo di terapia	
A seguito di dimissione da ricovero e/o di visita specialistica ambulatoriale dovrà essere assicurata l'erogazione del I° ciclo di terapia in distribuzione diretta sia attraverso le strutture pubbliche che private accreditate. A tal fine le Aziende invieranno alla DCS due relazioni semestrali sull'attività svolta, indicando i risultati raggiunti. Continua inoltre l'attività di distribuzione diretta nell'ambito della residenzialità, della semi-residenzialità e dell'assistenza domiciliare presso tutte le strutture afferenti alle Aziende per l'assistenza sanitaria.	<p>Attuazione del I ciclo così come definito nei LEA e dalla DGR 12/2018.</p> <p>Invio di due relazioni semestrali da cui si evincano:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Andamento dell'attività di erogazione in distribuzione diretta e nell'ambito della residenzialità, semi-residenzialità e dell'assistenza domiciliare - Andamento delle attività di erogazione del I ciclo di terapia sia nelle strutture pubbliche che private accreditate, azioni intraprese e risultati raggiunti
9. Distribuzione per conto	
Per i medicinali in DPC le Aziende adottano specifici monitoraggi e approfondimenti con i prescrittori in caso di elevato ricorso alla non sostituibilità, e assicurano le opportune informazioni sui medicinali di nuova autorizzazione all'immissione in commercio inseriti nell'elenco dei farmaci erogabili in DPC, temporaneamente non disponibili sulla piattaforma.	<p>Evidenza dei monitoraggi effettuati e delle azioni adottate</p> <p>Evidenza delle eventuali comunicazioni ai prescrittori in merito ai nuovi farmaci inseriti in DPC temporaneamente non disponibili sulla piattaforma</p>

10. Medicinali soggetti a registro AIFA	
<p>Per la prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA dovrà essere assicurata la registrazione di tutti i dati richiesti (anche con particolare riferimento ai medicinali innovativi), nel rispetto delle indicazioni autorizzate e dei criteri di eleggibilità definiti dall'AIFA, 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</p>	<p>- Assicurare la registrazione di tutti i pazienti e di tutti i dati richiesti per i farmaci soggetti a registro AIFA e gestione delle procedure di rimborso per i farmaci soggetti ad accordi di condivisione del rischio (MEAs)</p> <p>- Evidenza dei monitoraggi / controlli effettuati e delle attività intraprese (incontri, comunicazioni etc.) per sensibilizzare le strutture in cui sono state riscontrate eventuali criticità</p>
11. Farmacovigilanza	
<p>Sul versante della farmacovigilanza continuano le attività già avviate a livello regionale dalla DCS ed, in particolare, le collaborazioni con le Aziende sanitarie universitarie integrate così come indicato dalle delibere di riferimento (DGR 435/2013 e 2199/2014), assieme alle progettualità regionali e multiregionali finanziate da AIFA e oggetto di specifica convenzione. Su tali iniziative gli Enti del SSR assicurano la partecipazione dei sanitari interessati e il supporto alle attività organizzative. Nel corso del 2018 sarà avviata una specifica progettualità sui temi relativi ai medicinali per il trattamento di malattie rare, anche coinvolgendo il coordinamento regionale e la rete delle malattie rare. Inoltre in corso d'anno, anche tramite un nuovo di accordo di collaborazione/convenzione con le due Aziende sanitarie universitarie integrate e con il coinvolgimento di tutte le Aziende sanitarie e gli IRCCS sarà avviata una specifica progettualità pluriennale nell'ambito delle aree di attività stabilite dalla DGR 1365/2015 volta a favorire un uso sicuro appropriato dei farmaci a livello ospedaliero e nella continuità ospedale-territorio. Il percorso formativo a distanza (FAD) avviato a fine 2017 sull'utilizzo della nuova piattaforma nazionale Vigifarmaco ed altre tematiche di farmacovigilanza resterà disponibile in più moduli formativi anche per il 2018</p>	<p>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>
12. 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 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). Le Aziende sanitarie assicurano il raccordo tra le varie strutture aziendali coinvolte per favorire politiche di acquisto basate sulle evidenze (es. innovazioni tecnologiche) anche per i dispositivi medici.</p>	<p>Invio di evidenze sui monitoraggi effettuati (es. dispositivi per diabetici) e delle specifiche iniziative intraprese, in linea anche con la DGR 12/2018</p>
13. Cartella oncologica	
<p>La cartella oncologia informatizzata dovrà essere implementata relativamente ai campi: diagnosi/sede, protocollo/farmaco, stadiazione con un grado di completezza pari ad almeno il 95% dei pazienti (due rilevazioni sulla completezza della compilazione: al 30.06.2017 e al 31.12.2017).</p>	<p>Completezza cartella $\geq 95\%$ Evidenza delle due rilevazioni secondo la tempistica prevista</p>
14. Logistica centralizzata	
<p>Per le Aziende servite dalla logistica centralizzata, la copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM dovrà essere garantita per il 90% 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>Confezioni di medicinali erogate in distribuzione diretta a seguito di prescrizioni personalizzate con iter elettronico $\geq 90\%$</p>
15. Prescrizione informatizzata piani terapeutici	
<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% di tutti i pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive, prevedendo azioni mirate</p>	<p>Almeno il 50% dei pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive.</p>

<p>di sensibilizzazione dei prescrittori all'utilizzo dello strumento nelle categorie di medicinali per i quali si osserva un ricorso prevalente al PT cartaceo (es antidiabetici). Le Aziende assicurano inoltre il controllo dei piani terapeutici ed il rispetto delle note limitative AIFA, favorendo l'implementazione di tale sistema informatizzato.</p>	
<p>16. Flussi informativi – adempimenti LEA</p>	
<p>Le Aziende sanitarie, ai fini degli adempimenti LEA ministeriali, assicurano, per il tramite dei responsabili individuati per la tematica, l'implementazione, le verifiche ed i controlli di congruenza dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese, utilizzando la reportistica a disposizione sul portale SISR (mancati invii, prezzi medi, revocati, ecc), con particolare riferimento ai disallineamenti derivanti da possibile mancato invio. 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 va inoltre inserito a sistema il codice targatura. Relativamente ai nuovi adempimenti LEA ministeriali saranno avviati specifici percorsi con le Aziende e con l'EGAS, al fine di provvedere alle verifiche sulla congruità dei dati trasmessi, ognuno per la parte di propria competenza</p>	<p>Evidenza delle verifiche mensili effettuate sulla congruità dei dati trasmessi nei tempi previsti.</p>
<p>17. Flussi informativi – eventuali approfondimenti</p>	
<p>Sempre con riferimento ai flussi informativi, le Aziende e l'EGAS danno riscontro ad eventuali approfondimenti richiesti dalla Direzione Centrale, anche su istanza Ministero della Salute, entro 15 giorni dalle comunicazioni. Sui flussi potranno essere fornite ulteriori indicazioni anche in base ai cambiamenti derivanti dall'introduzione di nuovi adempimenti LEA</p>	<p>Eventuali report trasmessi nei tempi richiesti.</p>

3.5 ASSISTENZA SOCIO SANITARIA

3.5 L'integrazione socio sanitaria e la programmazione integrata	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Attuare la pianificazione locale congiunta tra l'AAS 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 socio sanitaria in ciascun ambito territoriale per l'anno 2018, in continuità con il percorso iniziato nel 2013. - 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 - Monitoraggio periodico

3.5.1. Processo di riclassificazione delle strutture residenziali per anziani già funzionanti	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Supporto alla Regione nella valutazione delle domande di nuova classificazione presentate dagli enti gestori delle strutture residenziali ai fini del rilascio del parere di ammissibilità della domanda	Rilascio delle nuove autorizzazioni all'esercizio entro 90 giorni dalla formulazione del parere di ammissibilità della domanda da parte della Regione
Avvio di un percorso di accompagnamento alle Residenze per anziani ri-autorizzate all'esercizio, per il monitoraggio e la verifica degli adempimenti e adeguamenti previsti per il livello di nuova classificazione rilasciatoo	Il supporto alle strutture per anziani ri-autorizzate all'esercizio è garantita.
Sistema di VMD Val.Graf. FVG	
<p>Svolgere l'attività valutativa ai fini dell'ingresso degli utenti in tutte le strutture residenziali e semiresidenziali, che ospitano persone non autosufficienti, comprese quelle non convenzionate, in conformità a quanto previsto dall'art 23 del DPR 144/2015.</p> <p>Avvio di un percorso di accompagnamento alle residenze per anziani ri-autorizzate all'esercizio, per la valutazione dei bisogni delle persone già accolte in struttura attraverso l'utilizzo del sistema di VMD Val.Graf.-FVG, in particolare nelle residenze per anziani non autosufficienti non convenzionate.</p>	Il supporto alle strutture per anziani ri-autorizzate all'esercizio è garantita

Nuovi convenzionamenti	
L'AAS3 procede alla stipula degli accordi contrattuali per l'assegnazione dei 158 posti aggiuntivi secondo le indicazioni e i criteri di priorità che verranno definiti e comunicati dalla Regione.	Presenza convenzionamento.
Monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani	
Redigere e trasmettere alla Direzione Centrale Salute, una dettagliata relazione illustrativa delle attività di monitoraggio e promozione della qualità svolte nell'anno precedente.	- Relazione trasmessa entro il primo semestre 2018 - Realizzazione di almeno 2 visite di audit approfondite
Flussi e sistemi informativi	
Definire una Lista Unica d'Attesa (LUA) nella quale inserire le persone anziane che richiedono un inserimento presso una Residenza per anziani non autosufficienti e per le quali il Distretto ha verificato l'appropriatezza della richiesta.	Presenza della LUA, a seguito della definizione dei criteri di inserimento da parte della Regione.
Sperimentazioni "Abitare possibile" e "Domiciliarità innovativa"	
Sperimentazioni "Abitare possibile" e "Domiciliarità innovativa"	Tutte le AAS e ASUI sostengono e incentivano lo sviluppo delle sperimentazioni "Abitare possibile" e "Domiciliarità innovativa" di cui alla DGR 671/2015 e DGR 2089/2017 attivate nel proprio territorio aziendale.
Sperimentazione screening popolazione anziana fragile e servizio telesoccorso	
Sperimentazione screening popolazione anziana fragile e servizio telesoccorso	Nel 2018 tutte le AAS e ASUI partecipano alla revisione delle modalità di presa in carico delle persone per le quali attivare il servizio di telesoccorso. Partecipano inoltre alla definizione di un protocollo di intervento per lo screening della popolazione anziana in condizione di fragilità da realizzarsi in via sperimentale in ogni azienda. A tal fine, ogni azienda individua e comunica alla Direzione centrale competente (Servizio integrazione sociosanitaria) entro il 31 marzo 2018 il nominativo e recapito di un referente per la sperimentazione.
Piano demenze	
Piano demenze	Tutte le AAS e ASUI partecipano all'attuazione del "Piano nazionale demenze - Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze" (accordo n. 135 del 30

	ottobre 2014) secondo le indicazioni e programmi che verranno definiti dalla Regione. A tal fine, ogni azienda individua e comunica alla Direzione centrale entro il 31 marzo 2018 il nominativo e recapito di un referente sulla tematica.
--	---

3.5.2 Disabilità	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Completare l'attività di valutazione delle condizioni di vita (in particolare per le problematiche di tipo sanitario) già avviata nel 2017 per gli utenti in carico ai servizi residenziali e semiresidenziali.	Valutazione per gli aspetti sanitari di almeno l'60% degli utenti dei servizi residenziali e semiresidenziali per persone con disabilità, secondo le modalità approvate dalla Regione.
Sostenere un maggior coinvolgimento dei DSM e dei servizi territoriali in genere nella valutazione e presa in carico delle persone adulte con disabilità intellettive o disturbi dello spettro dell'autismo.	Formalizzazione di un accordo con gli Enti gestori dei servizi, che espliciti le modalità di coinvolgimento dei DSM nella valutazione e presa in carico delle persone adulte con disabilità intellettiva o disturbi dello spettro dell'autismo.
Realizzare la nuova Progettualità in collaborazione con l'ASP Moro, finalizzata all'ospitalità diurna e residenziale di persone con disabilità gravi.	Stipula convenzione con ASP Moro per Comunità Alloggio e Centro Diurno, per accogliere un totale di massimo 16 persone.
Fondo gravissimi	
Continuare nella attività di accertamento e segnalazione ai sensi del D.Preg. 247/2009	Garanzia dell'attività di accertamento e segnalazione dei casi di gravissima disabilità da fornire alla DCS secondo le indicazioni del vigente regolamento regionale in materia.
Fondo SLA	
Continuare nella attività di valutazione, raccolta di documentazione e segnalazione indicate nel Regolamento di cui alla DGR 1692/2000.	Continuare le attività di valutazione, raccolta di documentazione e segnalazione dei nuovi casi di SLA e dei casi per i quali si è riscontrato un aggravamento, fornendo all'Ente delegato (Area Welfare) tutta la documentazione necessaria alla valutazione selettiva.
Vigilanza servizi semiresidenziali e residenziali sociosanitari destinati a persone con disabilità	
Attività di vigilanza dei servizi semiresidenziali e residenziali sociosanitari destinati a persone con disabilità, nelle more dell'emanazione del sistema regionale di regolamentazione degli stessi	Almeno il 30% dei servizi/strutture collocati sul territorio di competenza sono oggetto di attività di vigilanza e controllo.
Dopo di noi	
Partecipare attivamente alla realizzazione di quando disposto dalla Regione in materia di	Attuare il progetto aziendale, secondo cronoprogramma.

assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare con la DGR n. 1331 /2017.	
Autismo	
Partecipazione dei referenti aziendali al Tavolo tecnico sull'autismo.	Evidenza partecipazione

3.5.3 Minori	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
1. Sperimentare i profili di bisogno individuati dalle Linee di indirizzo definite dalla Regione per la valutazione dei minori presi in carico, revisione e validazione degli stessi e individuazione di strumenti appropriati per valutare tali profili, da potersi adottare in modo omogeneo a livello regionale.	1. Partecipazione alla sperimentazione.
2 Sperimentare nuove modalità di presa in carico, mettendo insieme tutte le risorse dei servizi aziendali.	2. Introdurre il budget personalizzato, quale strumento funzionale alla realizzazione di percorsi di presa in carico dei minori, in seguito all'adozione delle nuove Linee di indirizzo regionali.
3. Adottare metodologie condivise di approccio ai minori e alle famiglie multiproblematiche	3. Rivisitazione delle modalità attuative degli interventi e avvio di un processo di condivisione metodologica in relazione ai LEA di cui al D.P.C.M. 12/01/2017.

3.5.4 Salute mentale	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Età adulta	
1. Miglioramento dell'integrazione tra cure primarie e specialistiche con particolare riferimento alla presa in carico dei disturbi mentali comuni (ansia e depressione). 2. Definizione di un percorso aziendale congiunto (NPIA, DSM, PLS e MMG) per la definizione della fase di transizione delle cure dai servizi per l'età evolutiva ai servizi per l'età adulta	1. Evidenza di percorsi integrati tra cure primarie e DSM e di interventi formativi. 2. Evidenza di percorso aziendale congiunto NPIA, DSM, PLS e MMG) per la definizione della fase di transizione delle cure.
Età evolutiva	
1. Attivazione delle NPIA aziendali in coerenza con i provvedimenti aziendali 2. Avvio delle attività dei Centri diurni NPIA 3. Predisposizione di percorsi codificati e	1. NPIA attivata, in convenzione con ASUIUD 2. Avvio attività in convenzione con ASUIUD 3. Evidenza dei percorsi formalizzati, in cui operano delle equipe multiprofessionali e funzionali per la

concordati tra le varie strutture coinvolte (Servizi NPIA, PS/Medicina d'Urgenza, reparti di Pediatria, DSM, servizi per le dipendenze, servizi di Emergenza Urgenza con indicazione di: reparto di accoglienza, percorso diagnostico terapeutico e di continuità assistenziale con le NPIA territoriali, responsabilità di presa in carico, modalità di interazione tra DSM e NPIA nel caso di minori in età adolescenziale	presa in carico precoce dei minori in età adolescenziale.
--	---

3.5.5 Disturbi del comportamento alimentare

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Messa a regime degli ambulatori DCA con la disponibilità di equipe funzionale (DGR 668/2017)	1. Operatività degli ambulatori DCA presso ogni Azienda con disponibilità di equipe funzionale I pazienti trovano risposta ai propri bisogni presso il MMG/PLS, che in caso di bisogno fanno riferimento ad uno specialista del CSM del proprio territorio. In caso di alta complessità, si fa riferimento all'ambulatorio di DCA di ASUIUD.

3.5.6 Cure palliative e terapie del dolore

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. ASSISTENZA H24 7 su 7: sono garantite cure palliative domiciliari 7 giorni su 7, per 12 ore diurne, 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)	1. Assistenza garantita h 24 7 giorni su 7, con l'avvio della pronta disponibilità dei medici di Continuità Assistenziale
2. L'accesso alla rete delle cure palliative è effettuato con i criteri approvati dal coordinamento regionale	2. Entro il primo semestre 2018 tutte le AAS e ASUI adottano i criteri di accesso alla rete delle cure palliative
3. Gli accessi di assistenza domiciliare per cure palliative sono registrati nel sistema informativo con codifica ICD9	3. Gli accessi domiciliari per cure palliative riportano sempre, oltre la codifica della malattia principale, la codifica V 66.7 (cure palliative)
4. TEMPISTICA DI PRESA IN CARICO DALLA RETE DI CURE PALLIATIVE: Suddividere il numero di pazienti presi in carico in base al tempo intercorso tra il momento della segnalazione e la presa in carico. Entro 1 giorno dalla segnalazione/Tra 1 e 2	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%

giorni dalla segnalazione/Tra 2 e 3 giorni dalla segnalazione/Oltre 3 giorni dalla segnalazione.	
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 0,3
6. Percentuale di malati oncologici deceduti a domicilio	6. Uguale o superiore al 75%
7. Criteri di priorità della visita algologica.	7. Entro il primo semestre 2018 tutte le AAS e ASUI adottano i criteri di priorità della visita algologica
8. Entro il 2018 il sottogruppo di terapia antalgica del coordinamento regionale presenta una proposta di codifiche ambulatoriali e di ricovero di terapia antalgica uniforme su tutto il territorio regionale.	8. Tutte le AAS e ASUI con i propri rappresentanti partecipano all'elaborazione della proposta.
9. Monitoraggio dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni di terapia del dolore in tutti i setting assistenziali	9. Trasmissione report alla direzione centrale salute
10. Attivazione della reperibilità algologica nelle ASUI e AAS sedi di centro hub.	10. Entro il 2018 i centri hub assicurano reperibilità algologica h 24 7 giorni su 7

3.5.7 Consultori familiari

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Implementazione dell'offerta della visita domiciliare ostetrica in puerperio.	Evidenza del servizio attraverso report con dati relativi al 2018
Implementazione del percorso gravidanza fisiologica a gestione ostetrica	Evidenza dell'attivazione del percorso
Promozione della salute della donna in età post-fertile	Evidenza dell'implementazione del percorso rivolto alle donne in età post fertile attraverso report di attività

3.5.8 Sanità penitenziaria

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Programma aziendale per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario in carcere.	<ul style="list-style-type: none"> - Dare corso al Programma aziendale per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario in carcere. - Prosecuzione delle attività del DSM e degli specialisti ospedalieri presso il Carcere di Tolmezzo

3.5.9 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

3.5.10 Dipendenze	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Collaborazione con l'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze.	1.1 Partecipazione dei referenti del gruppo tecnico operativo ad almeno il 70% delle riunioni indette dall'Osservatorio sulle Dipendenze. 1.2 Invio e validazione dei dati per i flussi informativi regionali raccolti dell'osservatorio. 1.3 Rendicontazione delle azioni previste dal Piano operativo GAP 2017.
2. Partecipazione al tavolo tecnico di confronto regionale con il terzo settore sui trattamenti alcolici.	2. Partecipazione dei referenti Aziendali dei trattamenti alcolici ad almeno il 70% delle riunioni indette.
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.	3.1. Partecipazione alla realizzazione di una formazione a valenza regionale sulle misure alternative e messe alla prova. 3.2 Aumento delle misure alternative e messe alla prova
4. Partecipazione ai tavoli di monitoraggio sugli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale.	4. Report con l'esito di almeno 3 indicatori di outcome relativi agli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale.
5. Monitoraggio degli esiti dei trattamenti in capo al SSR per rispondere alle problematiche relative alla dipendenza.	5. Report con l'esito di almeno 3 indicatori di outcome relativi all'esito dei trattamenti in capo al SSR per rispondere alle problematiche relative alla dipendenza.

3.6 PROGETTI CLINICO ASSISTENZIALI

3.6.1 Insufficienze d'organo e trapianti	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
CUORE	
Partecipazione ai lavori regionali della rete con formalizzazione di almeno 1 percorso assistenziale che definisca anche specifici indicatori di esito.	Evidenza della partecipazione ai lavori della rete regionale
Riduzione del tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco	tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco ≤ 200 per 100000 ab di 50-74 anni (modalità calcolo "Bersaglio")
FEGATO	
Partecipazione ai lavori regionali della rete con formalizzazione di almeno 1 percorso assistenziale a valenza regionale	Evidenza della partecipazione ai lavori regionali
Iscrizione in lista trapianto, presso il centro trapianti dell'ASUIUD, di almeno 40 pazienti nell'anno 2018 equamente distribuiti fra le AAS/ASUI in base alla popolazione residente	Iscrizione in lista trapianto di almeno 6 pazienti nell'anno 2018
PANCREAS	
Riduzione del tasso di amputazioni maggiori per diabete portandolo	tasso di amputazioni maggiori per diabete portandolo ≤ 28 milioni di residenti (modalità calcolo "Bersaglio")
POLMONE	
Qualificazione dell'offerta dei servizi a favore dei pazienti con BPCO	<ul style="list-style-type: none"> - Tasso di ospedalizzazione per BPCO ≤ 52 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
RENE	
- potenziamento dialisi peritoneale e dei trapianti con l'obiettivo di ridurre i pazienti in emodialisi al di sotto del 50% del totale (trapiantati + emodializzati + dialisi peritoneale)	- % pazienti in emodialisi sul totale (trapiantati + emodializzati + dialisi peritoneale) $\leq 50\%$
riduzione dei Tempi di iscrizione in lista	% pazienti che hanno dato il consenso

trapianto e aumento dei casi di trapianto (differenza tra inserimento in donor manager T3 e raccolta del consenso all'avvio dell'iter per l'inserimento in lista T0 < 6 mesi almeno nel 75% dei casi che hanno dato il consenso)	all'iscrizione in lista trapianti inseriti in donor manager T3 entro 6 mesi dal rilascio del consenso >=75%
OCCHI	
Potenziamento del programma di donazione cornee	+ 10% delle donazioni del 2017 a livello regionale
Aumento del numero di trapianti di cornea	almeno 110 in Regione
DONAZIONI D'ORGANI	
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.

3.6.2 Emergenza urgenza	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
ICTUS	
Mantenimento dell'attività di trombolisi endovenosa/endoarterioso con il raggiungimento nel 2017 di almeno 350 trattamenti nel territorio regionale (374 nei 2016 - fonte SDO).	Assicurare il rispetto del protocollo sulla trombolisi endovenosa/endoarteriosa
Valutazione funzionale del paziente con ictus all'ingresso e all'uscita di ogni setting assistenziale	Presenza nella documentazione clinica informatizzata della scala Barthel Index e della Rankin Scale modificata all'ingresso e all'uscita di ogni setting assistenziale (almeno l'85% degli episodi di ricovero con DRG 14 o codici ICD-9-CM relativa a: 430.x, 431.x, 432.x, 433.x1, 434.x1, 436.x, 437.3, 438.x, 784.3 (afasia) - periodo di misurazione tutto l'anno 2018). La registrazione relativamente alla stadiazione clinica avverrà su supporto informatico a partire dalla sua disponibilità. Invio di relazione semestrale alla DCS
Comunicazione alla cittadinanza: produzione di un opuscolo/volantino da mettere a disposizione nelle sale d'attesa dei MMG e degli ambulatori specialistici per informare la popolazione sui segni/sintomi da non sottovalutare per anticipare la chiamata di soccorso e rendere tempestivi gli interventi terapeutici in caso di ictus.	Informativa disponibile

EMERGENZE CARDIOLOGICHE	
Partecipazione ai lavori della rete con formalizzazione di almeno 1 percorso assistenziale che definisca anche specifici indicatori di esito.	Evidenza della partecipazione ai lavori della rete regionale
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
Comunicazione alla cittadinanza: produzione di un opuscolo/volantino da mettere a disposizione nelle sale d'attesa dei MMG e degli ambulatori specialistici per informare la popolazione sui segni/sintomi da non sottovalutare per anticipare la chiamata di soccorso e rendere tempestivi gli interventi terapeutici in caso di infarto.	Informativa disponibile
TRAUMA	
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.
Riduzione dei tempi di trattamento di tutta la traumatologia (differenza fra giorno/ora di ricovero e giorno/ora di intervento – rapporto tra 2017 e 2018).	C5.18.1 Degenza media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – ricoveri urgenti < 1,5 Miglioramento 20% indicatore bersaglio C5.18.2 Attesa media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – accessi in PS e ricoveri programmati
PRONTO SOCCORSO ED EMERGENZA URGENZA	
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 alcuni eventi patologici acuti, più frequenti.	Almeno 5 percorsi: cardiopatia ischemica, sepsi, urgenze vertebro midollari, eventi acuti da trattare con radiologia interventistica, ustioni, urgenze

	endoscopiche.
--	---------------

3.6.3 Reti di patologie	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
MALATTIE RARE	
Produrre almeno 1 percorso assistenziale per ogni gruppo nosologico	Percorsi prodotti entro il 31 dicembre 2018
Alimentare il registro regionale di cui al DM 279/2001	Aggiornamento dati del registro con inserimento del 100% dei casi in prevalenza al 30 novembre 2018 e pulizia dei casi che sono usciti dal sistema
MALATTIE REUMATICHE	
Monitoraggio dell'applicazione dei percorsi assistenziali già formalizzati.	Monitoraggio dell'applicazione dei 2 percorsi assistenziali
Evidenza nel sito aziendale dei medici reumatologi aggregati alle medicine interne	Aggiornamento sul sito aziendale dei medici reumatologi afferenti alle medicine interne
Imputazione informazioni	Imputazione su apposita scheda in G2 clinico delle informazioni richieste all'atto della prescrizione dei farmaci biologici, secondo le indicazioni della DCS
INSUFFICIENZA CARDIACA CRONICA	
Avvio dei lavori della rete con formalizzazione di almeno 1 percorso assistenziale che definisca anche specifici indicatori di esito	Presenza del percorso.

3.6.4 Materno infantile e percorso nascita	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Responsabilizzazione diretta delle ostetriche nella gestione del percorso per la gravidanza fisiologica	Mantenimento dell'ambulatorio di gravidanza fisiologica a gestione ostetrica
Presenza di guardia medica e ostetrica H 24 in ogni punto nascita	Mantenimento della guardia medica e ostetrica H 24
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 22% (fonte Bersaglio escluso i parti pilotati).	Parti indotti farmacologicamente < 22%
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,	Evidenza dell'elenco degli interventi chirurgici pediatrici.

eventualmente in più sedi, da una sola equipe chirurgica ed anestesiologicala.	
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	Partecipazione dei rappresentanti aziendali ai lavori del 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

3.6.5 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
Promozione della sicurezza della trasfusione con l'adozione diffusa della richiesta trasfusionale web da reparto (EMOWARD) e con l'implementazione di "sistemi barriera" per l'identificazione del paziente prima della trasfusione	Adozione del sistema informativo regionale

3.6.6 Erogazione dei livelli assistenziali

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Incremento dei livelli di appropriatezza dei ricoveri	<ul style="list-style-type: none"> - tasso di ospedalizzazione <= 122,5 per mille - % ricoveri in Day Hospital medico per acuti con finalità diagnostica <= 28% per gli adulti e <=42% per i pediatrica (valore medio regionale del 2016 di 32,88% per gli adulti e 50,02% per i pediatrici – fonte Bersaglio) - % ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni <= 4% (valore medio regionale 2016 di 4,78% - 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.
Effettuare i controlli di appropriatezza delle prestazioni effettuate dagli erogatori pubblici e privati.	Mantenimento attività secondo quanto definito dal piano dei controlli programmato dallo specifico gruppo di coordinamento regionale
Indicatori	L'azienda deve garantire il raggiungimento degli standard obiettivo di cui all'allegato B da DGR 185/2018 di approvazione definitiva delle

Linee annuali per la Gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2018.
--

3.6.7 Rete sicure FVG

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Strutturazione Rete Cure Sicure	<ul style="list-style-type: none"> - completamento della formazione dei <i>link professional</i>; - valutazione semestrale, tramite indicatori clinici - pubblicazione delle informazioni, relativamente alla relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto; pubblicazione nel sito internet aziendale dei dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (verificati nell'ambito dell'esercizio della funzione di monitoraggio, gestione e prevenzione del rischio sanitario); - prosecuzione delle linee di lavoro per garantire la sicurezza ed appropriatezza nell'uso del farmaco: - prosecuzione delle attività atte al controllo e prevenzione delle infezioni e progetto regionale di <i>antimicrobial stewardship</i>; - diffusione dei dati sullo stato nutrizionale emersi dalla <i>survey</i> 2017 e implementazione di strategie condivise sulla nutrizione e sull'idratazione dei pazienti; - effettuazione dell'autovalutazione CARMINA e miglioramento di un'area attraverso l'implementazione di un almeno uno standard minimo; - prosecuzione delle attività di <i>empowerment</i> dei pazienti sulle tematiche del rischio mediante la valutazione dell'utilizzo del modulo di "<i>integrazione della lettera di dimissione</i>" e avvio di azioni di miglioramento. - Consumo di guanti chirurgici e NON chirurgici in lattice: raggiungere un rapporto dei guanti NON chirurgici lattice/nitrile o vinile inferiore al 15%. Per quanto riguarda i guanti chirurgici per l'anno 2018 il rapporto lattice/latex-free dovrà essere al massimo del 30%.

3.6.8 Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
AAS3 individua un Coordinatore locale HPH, che farà anche parte del Comitato HPH regionale	Evidenza dell'individuazione di un Coordinatore locale HPH (entro febbraio)
AAS3 attiva il Comitato guida aziendale previa individuazione da parte della DCS, del Comitato di coordinamento HPH regionale e successiva approvazione delle linee di lavoro e del piano di azione 2019 (entro novembre).	Evidenza dell'attivazione del Comitato guida aziendale (entro novembre)

3.6.9 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

3.7 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% (Tempo valutato come 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).
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
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.
Continuare a lavorare sull'appropriatezza attraverso una relazione forte tra specialisti e AFT	Proseguire nella costruzione di percorsi di confronto tra AFT/CAP e specialisti (audit clinici, feedback, formazione, ...)
Razionalizzare i percorsi di prescrizione delle prestazioni, stratificando le necessità dei pazienti in percorsi specifici	Distinzione dei percorsi per i pazienti: - con problemi lievi di nuova insorgenza (prioritarizzati B, D, P) - con problemi gravi di nuova insorgenza, per cui è previsto un contatto diretto tra MMG e specialista - cronici, già in carico alle strutture - che necessitano di un inquadramento diagnostico prima di un intervento - che necessitano di controlli post-ricovero.
L'Azienda garantisce anche il monitoraggio ministeriale delle prestazioni	Evidenza del report di monitoraggio
Le AAS/ASUI rendicontano alla DCS le modalità di utilizzo del finanziamento attribuito con la legge 7/2009, tenendo conto che una quota di almeno il 40% è da utilizzare per l'acquisto di prestazioni dagli erogatori privati convenzionati, in aggiunta al budget assegnato per il periodo 2017-2019 con la	1. Stipulare specifico accordo integrativo con gli erogatori privati entro il 30.6.2018; 2. Trasmettere alla DCS entro e non oltre il 31.12.2018 l'atto/gli atti di evidenza delle effettive esigenze di abbattimento delle liste di attesa e ricorso agli importi stanziati 3. Presentare apposita rendicontazione

stipula degli accordi adottati con la DGR n. 42/2017.	sull'utilizzo delle somme assegnate nel bilancio consuntivo 2018
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 $\geq 95\%$ % di interventi chirurgici monitorati e prescritti con priorità B, C e D che rispettano i tempi d'attesa $\geq 90\%$

3.7.2 Innovazione nella gestione delle terapie	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Utilizzo dei nuovi anti-coagulanti orali	L'obiettivo si intende raggiunto se i controlli ambulatoriali per INR eseguita a pazienti residenti AAS3, si riducono almeno del 25% sul dato 2016; l'obiettivo non è raggiunto per riduzioni inferiori al 10%; per riduzioni comprese fra il 10% e il 25%, l'obiettivo verrà in proporzione considerato raggiunto parzialmente.
Valutazione della possibilità di implementare l'utilizzo delle terapie sottocute, o per altre vie, per quei farmaci che dispongono di formulazioni alternative a quella endovenosa.	Evidenza della valutazione

3.7.3 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.	Evidenza della carta dei servizi.

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.	Evidenza della carta dei servizi.

3.7.4 Contatto telefonico dopo la dimissione da un intervento chirurgico (recall) e dopo la dimissione dalle medicine, dall'RSA e dalle DIP

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Ai dimessi dopo un intervento di chirurgia programmata e svolto in ricovero ordinario, è stato proposto un questionario di valutazione del servizio entro 5 giorni dalla dimissione	evidenza report delle chiamate (su G2 clinico) Report interno sui bisogni intercettati e sulle soluzioni proposte agli utenti

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 gestione del proprio caso e che, pertanto, assicura la coerenza delle diverse azioni che caratterizzano l'intera degenza.	Evidenza della carta dei servizi.

3.7.7 Privacy

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Collaborazione con la Direzione Centrale Salute per lo snellimento delle procedure, in particolare attraverso la revisione del consenso al trattamento dei dati	Evidenza della partecipazione ai tavoli regionali

4. FLUSSI INFORMATIVI E VALUTAZIONI

4.1 Avvio nuova scheda di dimissione ospedaliera (SDO)	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Correttezza della compilazione delle SDO	<ul style="list-style-type: none"> - La percentuale di SDO archiviate deve essere in media nell'arco dell'anno maggiore o uguale al 98% dei dimessi; - Le richieste di apertura delle SDO archiviate non deve superare il 3% delle SDO archiviate. - Le anomalie in merito alla qualità della compilazione non devono superare in media il 10%

4.2. Flussi ministeriali	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
CEDAP	adeguata compilazione dei campi relativi alle informazioni anagrafiche della madre e del padre
EMUR Emergenza-Urgenza 118	Inserimento dei dati della scheda medico nel 100% dei casi in cui la missione non è stata annullata.
EMUR Emergenza-Urgenza PS	percentuale media annua di anomalie non superiore al 6%
FAR	Miglioramento della tempistica di inserimento della data di ammissione al fine di inviare i casi nel corretto periodo trimestrale di riferimento con l'obiettivo di ridurre gli scarti ad una percentuale inferiore al 5%.
SIAD:	<p>Inserimento dell'apertura e chiusura della Presa in carico nei tempi corretti per permettere l'invio nel periodo di riferimento.</p> <p>La percentuale di scarto per tale motivazione non deve superare il 2% (attualmente variano dal 4% al 9%)</p>
SIND	Rilevare ed inserire i dati relativamente all'alcooldipendenza e al gioco d'azzardo patologico quando il Ministero della salute integrerà opportunamente il flusso SIND.
SISM	Compilazione delle seguenti variabili nel 100% dei casi: Stato civile, Collocazione socio ambientale, Titolo di studio e Codice attività professionale. L'utilizzo della voce generica non noto/non risulta non deve superare il 10% per ogni variabile. Inserimento appena il gestionale lo permette del numero progressivo SDO per i pazienti ricoverati

	in SPDC
Monitoraggio consumi dispositivi medici	Inserimento di tutti i contratti di acquisto dei dispositivi medici di cui si possiede il CIG entro il mese successivo al trimestre di competenza
Grandi apparecchiature	Inserimento delle apparecchiature ricomprese nell'elenco di cui allegato 1 del DM 22/04/2014 e successive integrazioni entro il mese successivo al trimestre nel quale è avvenuto il collaudo dell'apparecchiatura
Hospice	Inserimento dei casi entro il mese successivo al trimestre di competenza

4.3. Programmi di sorveglianza

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Programmi di sorveglianza	<p>Come per gli anni precedenti le aziende saranno impegnate per le parti di loro competenza nei programmi di sorveglianza: OKKlo alla Salute, HBSC, PASSI, PASSI d'ARGENTO, Obesità in Gravidanza.</p> <p>Inoltre, proseguono i programmi di valutazione dell'esperienza dei pazienti nei loro contatti con il Sistema Sanitario Regionale. Le aziende devono fornire l'adeguato supporto ai suddetti programmi ed attività.</p>

5. IL SISTEMA INFORMATIVO

3.9. Servizi on line per i cittadini	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
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.

3.9. Utilizzo della firma digitale	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
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%.
Prescrizione dematerializzata	MMG che prescrivono DEMA o MIR > 80%

3.10. PACS	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
prosecuzione dell'estensione nel settore dell'endoscopia digestiva ed avvio dell'estensione nell'ambito dell'endoscopia ambulatoriale (broncoscopia, cistoscopia, colposcopia, ...).	Evidenza dell'implementazione
Consultazione/visualizzazione di referti e immagini in situazione emergenziale inter-aziendale	Evidenza dell'implementazione
Referto multimediale	Supporto aziendale secondo le modalità definite in coerenza e continuità con la programmazione sanitaria regionale
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	Evidenza delle richieste aziendali

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

3. LE PROGETTUALITÀ

3.1 PROGETTI DI RIORGANIZZAZIONE DELLE FUNZIONI

3.1.1 Degenze	
Atto aziendale	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Posti letto ospedalieri	Conclusione del percorso di ridefinizione dei posti letto presso i presidi ospedalieri in coerenza a quanto definito dalla DGR 2673/2014.
Posti letto – assistenza primaria	
Posti letto	Conclusione del 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.

POSTI LETTO - ASSISTENZA PRIMARIA

POSTI LETTO TERRITORIO	31/12/2017	31/12/2018	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	33*	
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	0	14

3.1.2 Acquisizione e/o spostamento di funzioni	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Trasferimento della funzione di ONCOLOGIA e CARDIOLOGIA ONCOLOGICA <i>Laboratori analisi e Microbiologia e virologia</i>	Monitoraggio delle attività già attuate
<ul style="list-style-type: none"> - completamento dell'integrazione delle funzioni di laboratorio analisi - revisione della convenzione in essere per la corretta attribuzione e valorizzazione delle attività 	<ul style="list-style-type: none"> - sono trasferiti al CRO le indagini diagnostiche di laboratorio di pertinenza oncologica concordate con AAS5 - approvazione nuova convenzione tra i due enti
Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi (EGAS)	
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.

3.1.3 Emergenza urgenza	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Proseguimento delle attività previste dal Piano dell'Emergenza Urgenza	<ul style="list-style-type: none"> - Completamento dell'assetto previsto dal Piano Emergenza Urgenza per tutti i mezzi di terra. - Adeguamento al volo notturno delle piazzole dell'eliambulanza dei presidi ospedalieri hub e spoke.

3.1.4 Medicina di Laboratorio	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<i>Laboratori analisi e Microbiologia e virologia</i>	Proseguimento delle attività già avviate e progressiva attuazione della distribuzione dell'attività del Laboratorio Analisi tra Pordenone/CRO/Pordenone (riferimento Decreto n. 591 del 13.9.2017 All. 1)

3.1.5 Sangue ed emocomponenti	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Sangue ed emocomponenti	<ul style="list-style-type: none"> - approvazione e sottoscrizione del documento di scorporo di personale, attrezzature, beni, dei contratti e convenzioni fra AAS2 e AAS5 (maggio 2018)

Accreditamento istituzionale	Entro la fine del 2018 verifica e rinnovo dell'accreditamento istituzionale di tutte le strutture trasfusionali della Regione
-------------------------------------	--

3.1.6 Reti di patologia	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Reti di patologia	<ul style="list-style-type: none"> - attivare per ogni sede ospedaliera, entro il 30 settembre 2018, almeno una sala attrezzata per gestire teleconferenze cliniche e riunioni operative a distanza, nonché permettere la visione contemporanea di documentazione ed immagini diagnostiche di alta qualità - collaborare con EGAS per implementazione di un sistema informatico/informativo in grado di mettere in comunicazione operativa i mezzi di soccorso (ambulanze, automediche ed eliambulanza) fra loro e con i servizi di pronto soccorso e la centrale operativa 118, per la registrazione e la trasmissione contestuale di informazioni cliniche - nelle more dell'attivazione della Rete oncologica regionale, definire per area geografica, entro il 30 aprile 2018, percorsi integrati facilitanti la presa in carico del paziente oncologico

3.1.7 Modifiche/integrazioni delle DGR 2673/2014, 929/2015 e 1437/2015	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Funzioni	- Progressiva e completa attuazione dell'atto aziendale in coerenza di quanto stabilito in con decreto aziendale n. 818 del 30/11/2017 e successive modifiche e integrazioni.

3.1.8 Modifiche/integrazioni alla DGR 42/2017	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Accordi con i privati accreditati</p> <p>I budget indicati all'articolo 6 dell'allegato 2 alla DGR n. 42/2017, relative all'erogatore privato accreditato Associazione La Nostra Famiglia la nostra vengono ridistribuiti fra la sede di San Vito al Tagliamento (€ 97.022) e la sede di Pasion di Prato (€ 552.422) come segue:</p>	Sottoscrizione nuovo accordo con i privati accreditato per l'anno 2018

- Sede di Pasion di Prato > € 400.000 - Sede di San Vito al Tagliamento > € 249.444	
--	--

3.1.9 Documenti regionali

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Adozione documenti regionali	Collaborazione con la DCS per la predisposizione dei documenti regionali Definizione di una road map aziendale per l'attuazione dei piani regionali adottati.

3.1.11 Lean management

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Progetto aziendale: Miglioramento del percorso in PS del paziente con problematiche neurologiche in codice verde	Condivisione della propria esperienza con un evento regionale Completamento del progetto entro l'anno 2018.

3.2 PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

3.2.1. Tutela della salute della donna	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Implementazione del percorso gravidanza fisiologica a gestione ostetrica 2. Implementazione dell'offerta della visita domiciliare ostetrica in puerperio 3. Implementazione di percorsi aziendali per la donna in età post fertile 4. 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	1. Evidenza dell'attivazione del percorso 2. Evidenza del servizio attraverso report con dati relativi al 2018 3.a. Implementazione dei percorsi aziendali 3.b. Report di attività 4. 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
Screening opportunistico: avvio di uno screening opportunistico su stili di vita e rischio cardiovascolare globale nelle Aziende sanitarie della regione in coordinamento con A.I.R. dei M.M.G.	Il 10% dei pazienti eleggibili di ogni M.M.G. che aderisce allo screening opportunistico è valutato per la definizione del rischio cardiovascolare. Il risultato del rischio deve essere inserito nella piattaforma regionale del rischio cardiovascolare.

3.2.3. Gli screening oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia (Programma II PRP)	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
- Garantire le letture dei pap test primari per gli anni 2018-2019-2020 e comunque fino a transizione del programma ultimata	- Letture dei pap test primari presso le sedi di attuale competenza fino a transizione del programma ultimata
- Partecipare al controllo di qualità sul laboratorio unico e garantire l'accesso alla documentazione iconografica relativa all'istologia delle lesioni stesse da parte dei patologi del laboratorio unico	- Partecipazione al controllo di qualità sul laboratorio unico.
- Assicurare la collaborazione per la riconversione del programma di lettura pap test, inclusi gli aspetti di formazione e comunicazione	- Assicurare le letture dei pap test primari presso le sedi attuali di competenze fino a transizione del programma ultimata
Raggiungere e mantenere un'adesione ai programmi di screening pari al 70% per la cervice uterina, al 70% per la mammella, e al 70% per il carcinoma del colon retto	Adesione pari al 70% per la cervice uterina, al 70% 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	Rispetto dei requisiti previsti dal sistema regionale di verifica dei centri di senologia. con invio alla

della Conferenza Stato-Regioni sul documento recante "Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete dei Centri di Senologia".	Direzione regionale dei dati di autovalutazione entro il 30.11.2018
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 corretta chiusura dell'esito dei casi di secondo livello dello screening mammografico nel G2 clinico Ridurre i richiami intermedi (early recall) dopo approfondimento.	percentuale di casi di secondo livello chiusi correttamente $\geq 95\%$ percentuale 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 dello screening per il carcinoma della cervice uterina	Rispetto dei requisiti previsti dal sistema regionale di verifica dei requisiti dei centri di secondo livello con invio alla Direzione regionale dei dati di autovalutazione entro il 30.11.2018
Garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica (in particolare la codifica del livello di rischio assicurando di rendere definitiva la compilazione) per gli esami di 2° livello di screening Garantire l'offerta della colonscopia di approfondimento di secondo livello entro 30 giorni dalla positività del FOBT di screening in almeno uno dei centri di riferimento	Percentuale di cartelle correttamente compilate $\geq 95\%$ Tempo di attesa per colonscopia ≤ 30 giorni in almeno 1 dei centri di riferimento
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.	Percentuale di inviti inesitati $\leq 1,5\%$

3.2.4 Gli screening neonatali (Programma III PRP)

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Partecipare ai lavori (coordinati dal IRCSS Burlo) finalizzati alla diffusione e applicazione di una procedura regionale per lo screening neonatale audiologico e per lo screening neonatale oftalmologico con aggiornamento del PDTA.	Diffusione e applicazione in ogni punto nascita delle procedure di screening neonatale audiologico e oftalmologico
Programma di identificazione precoce della fibrosi cistica (coordinato dal IRCSS Burlo)	Partecipazione al programma di identificazione precoce della fibrosi cistica
Collaborare al programma per l'identificazione precoce dei neonati con emoglobinopatia nella	formale adozione della procedura per emoglobinopatia e TSH in tutti i punti nascita

popolazione a rischio. Assicurare da parte di tutti i punti nascita la regolare comunicazione a IRCSS Burlo della rilevazione del TSH neonatale.	
---	--

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Piano regionale della prevenzione	Trasmissione dei dati alla Aas2 ai fini della predisposizione del report da inviare 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.	Almeno il 50% delle 42 scuole dell'area vasta pordenonese (ovvero 21 scuole) dovranno esser raggiunte dalla proposta di aderire alla rete Scuole che promuovono salute (SHE).
Sviluppo di progettualità 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 17 scuole dell'area vasta pordenonese
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 Programmi avviati o iniziative realizzate
Inserimento nella banca dati PROSA delle attività di promozione salute svolte nelle istituti scolastici	Rendicontazione delle attività svolte nelle scuole attraverso la banca dati PROSA (disponibilità dei dati)

3.2.6 Prevenzione delle dipendenze (Programma IV PRP)

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Collaborazione con l'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze.	1.1 Partecipazione dei referenti del gruppo tecnico operativo ad almeno il 70% delle riunioni indette dall'Osservatorio sulle Dipendenze. 1.2 Invio e validazione dei dati per i flussi informativi regionali raccolti dell'osservatorio. 1.3 Rendicontazione delle azioni previste dal Piano operativo GAP 2017.
2. Partecipazione al tavolo tecnico di confronto regionale con il terzo settore sui trattamenti alcologici.	2. Partecipazione dei referenti Aziendali dei trattamenti alcologici ad almeno il 70% delle riunioni indette.
3. Promuovere e aumentare il numero di programmi terapeutico riabilitativi in misura	3.1. Partecipazione alla realizzazione di una formazione a valenza regionale sulle misure

alternativa alla detenzione per detenuti con dipendenza patologica e di messe alla prova.	alternative e messe alla prova. 3.2. Aumento delle misure alternative e messe alla prova
4. Partecipazione ai tavoli di monitoraggio sugli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale.	4. Report con l'esito di almeno 3 indicatori di outcome relativi agli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale.
5. Monitoraggio degli esiti dei trattamenti in capo al SSR per rispondere alle problematiche relative alla dipendenza.	5. Report con l'esito di almeno 3 indicatori di outcome relativi all'esito dei trattamenti in capo al SSR per rispondere alle problematiche relative alla dipendenza.
6. Partecipazione alla stesura del nuovo Piano d'Azione Regionale per le Dipendenze	6. Partecipazione dei referenti del gruppo tecnico operativo ad almeno il 70% delle riunioni indette.
7. Aumento del testing per le malattie infettive correlate all'uso di sostanze alcoliche alle persone che afferiscono ai servizi per le Dipendenze.	7. Almeno il 20% di testati sui testabili.
8. Partecipazione alla definizione di percorsi condivisi a livello regionale per le procedure legate agli accertamenti legali	8. Partecipazione dei referenti del gruppo tecnico operativo ad almeno il 70% delle riunioni indette.

3.2.7 Promozione dell'attività fisica (Programma V PRP)

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
- Sviluppo di progetti di attività fisica rivolti alla popolazione adulta	- Report su quanto realizzato
- Realizzazione di progetti di promozione attività fisica adattata	- Almeno 1 iniziativa/progetto
- Diffusione delle opportunità di attività fisica presenti sul territorio attraverso il sito regionale https://invecchiamentoattivo.regione.fvg.it/	- Presenza, sul sito, delle attività realizzate in collaborazione con le associazioni

3.2.8 Prevenzione degli incidenti stradali (Programma VI PRP)

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
I referenti individuati (PRP) partecipano e sostengono le attività che andranno a delinearsi (formazione dei moltiplicatori, diffusione delle iniziative) per la prevenzione degli incidenti stradali	Report sulla partecipazione dei referenti alle attività e sulle iniziative promosse localmente

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	- Report congiunto di monitoraggio relativo alle attività previste dal Programma VII PRP inviato alla

domestici - Proseguire la rilevazione attraverso la check-list dei rischi nelle abitazioni con analisi dei risultati	DCS - Almeno 50 abitazioni valutate
---	--

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
partecipazione alla IV fase del progetto "Prodotti Finiti FVG" che prevede la stesura delle schede di prodotto (comprendenti la flow chart) con le metodiche e gli strumenti predisposti nell'ambito del progetto di ricerca	presenza (al 31/12/2018) di almeno 90 schede di prodotto correttamente elaborate e vistate dal responsabile scientifico del progetto (report della DCS)
attuazione Delibera 2520 del 14 dicembre 2017 (modifica regolamento emanato con Decr.Pres.Reg. 144/2015) su servizi residenziali e semi-residenziali per anziani	attività di vigilanza e controllo su almeno il 30% dei servizi/strutture collocati sul territorio di competenza.
SPSAL: verificare l'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 sicuro 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 sicuro in agricoltura
SIAN/VET: partecipare alla formazione degli auditor e al programma di mantenimento della qualifica	almeno 14 auditor ufficiali formati
Realizzazione di un corso di sostegno alle capacità organizzativo-gestionali delle risorse umane per dirigenti, coordinatori e P.O. dei Dipartimenti di Prevenzione	Corso realizzato partecipazione dei Dipartimenti certificata da AAS5
SPSAL: partecipare attivamente al programma regionale di audit, scegliendo il comparto di interesse a seconda della specificità territoriale.	- Operatori formati secondo le indicazioni del PRP, individuati a livello regionale - costituzione del gruppo di auditor regionali - individuazione aziende su cui avviare audit sui

	SGLS - avvio della fase realizzativa
Diffusione delle Linee guida regionali per la prevenzione dei rischi in campo estetico e del Protocollo operativo regionale di controllo per le pratiche estetiche	Evidenza della pubblicazione sul sito aziendale istituzionale dei documenti approvati dalla Regione
Attuazione del Protocollo operativo regionale di controllo per le pratiche estetiche	- Effettuare i controlli di tutte le nuove SCIA di tatuatore e piercer - Effettuare i controlli di 1 ogni 5 delle nuove SCIA presentate per estetista - Effettuare i controlli di 1 ogni 10 delle nuove SCIA presentate per acconciatore

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. Edilizia: l'attività di vigilanza nei cantieri deve essere finalizzata al raggiungimento del 12% dei cantieri notificati l'anno precedente. In caso di significative variazioni incrementali, si dovrà raggiungere almeno il numero dei cantieri vigilati nell'anno 2017. Agricoltura: vigilare 30 aziende agricole (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 (vedi 3.2.10 GRE e GRA)

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.	Realizza anche in collaborazione 2 corsi accreditati o 2 iniziative di sensibilizzazione
Partecipare all'avvio dell'applicazione del metodo OCCAM (pag.90 PRP)	Analisi OCCAM su una neoplasia professionale (a livello regionale)
Proseguire in ogni azienda il programma integrato di promozione della salute dei dipendenti, che	Report sui lavoratori a rischio cardiovascolare globale

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

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.	Adozione di regolamento regionale sul fumo 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	Studio di fattibilità e prima applicazione 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 75% delle verifiche effettuate da ogni azienda sanitaria è inserito nel data base aziendale
Restituzione, a carico dell'IRCCS Burlo Garofolo, dei risultati della rilevazione 2017 del Progetto Okkio alla Salute ai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende	almeno 1 incontro Report alla DCS
raccolta dati periodica del progetto HBSC nelle scuole del Friuli	collaborazione all'effettuazione dello studio Report alla DCS
Studi di sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento	dare continuità allo studio di sorveglianza PASSI e iniziare PASSI d'Argento

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
Partecipazione attiva alle attività del "Gruppo Tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali " di cui al Decreto n°630/SPS del 12.08.15 finalizzato alla valutazione delle ricadute sulla salute connesse ai determinanti ambientali, comportamentali e sociali e della "Cabina di Regia" di cui al Decreto n° 695/SPS del	Evidenza di partecipazione al "Gruppo Tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali " e alla "Cabina di Regia".

19.05.2017.	
<p>Stesura del programma di controllo regionale per garantire la tutela della salute della popolazione dalle sostanze radioattive presenti nelle acque destinate al consumo umano secondo quanto previsto dal Decreto del 2.08.2017.</p> <p>Valutazione preliminare dei dati disponibili di concerto con ARPA FVG e con gli Enti Gestori.</p> <p>Avvio del monitoraggio.</p>	<p>Partecipazione alla stesura del programma di controllo regionale con evidenza dell'invio dei dati richiesti dalla Regione.</p> <p>Effettuazione dei campionamenti previsti.</p>
<p>Conclusione, da parte degli operatori sanitari individuati come formatori, del percorso di formazione iniziato nel corso dell'ultimo trimestre del 2017 nell'ambito del progetto CCM 2015 "EpiAmbNet" (Rete nazionale di epidemiologia ambientale, valutazione impatto integrato sull'ambiente e salute, formazione e comunicazione) del Ministero della Salute.</p> <p>Nel corso del secondo semestre dovranno essere stabiliti gli obiettivi didattici ed i contenuti dei percorsi formativi che verranno realizzati a livello regionale nel 2019 e che saranno destinati ai MMG, PLS e gli altri operatori del Dipartimento di Prevenzione.</p>	<p>Garantire la partecipazione degli operatori sanitari individuati come formatori ai moduli formativi previsti dal progetto CCM 2015 "EpiAmbNet" per il primo semestre del 2018.</p> <p>Condividere a livello regionale la proposta formativa per il 2019.</p>
<p>Sorveglianza delle acque potabili.</p> <p>Mappatura dei pozzi privati utilizzati nell'ambito delle imprese alimentari.</p>	<p>Dovranno essere mappati, secondo un report fornito dalla Direzione Salute, i pozzi che approvvigionano gli stabilimenti riconosciuti (Reg. 852/853), le imprese alimentari che utilizzano l'acqua come ingrediente principale e quelli che approvvigionano fasce sensibili della popolazione (scuole, asili, ecc.).</p>
<p>-Raccogliere i dati relativi ai mesoteliomi degli esposti e inviare al COR assicurando la trasmissione delle schede ReNaM</p> <p>-Trasmettere i dati sui soggetti attualmente esposti alla DCS e al CRUA in base alle relazioni annuali compilate dalle ditte di bonifica utilizzando il MeLa Amianto.</p>	<p>dati inviati al COR</p> <p>-schede ReNaM trasmesse</p> <p>-dati sui soggetti attualmente esposti trasmessi alla DCS e al CRUA</p>
<p>Controlli coerenti con il piano nazionale annuale dei controlli in materia di REACH/CLP, per quanto attiene target group e tipologia di sostanze controllate.</p>	<p>almeno 1 controllo</p>

3.2.15 - Miglioramento 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
Assicurare il proseguimento delle campagne vaccinali già avviate e quelle di nuova introduzione (rotavirus ed herpes zoster)	Miglioramento delle coperture vaccinali
Assicurare, accertato l'inadempimento dell'obbligo vaccinale, l'avvio della procedura per il recupero della vaccinazione.	Recepimento procedura per la gestione dei soggetti inadempienti.
Avvio di un processo di accreditamento dei servizi vaccinali	evidenza di avvio del processo
Adottare e applicare il piano regionale di sorveglianza e risposta alle arbovirosi trasmesse da zanzare	Assicurare da parte di ogni azienda la partecipazione multiprofessionale all'aggiornamento del Piano regionale coordinato dalla Direzione centrale
Malattie Sessualmente Trasmesse (MST)	Collaborazione con il Burlo per il completamento del PDTA sulla gestione di laboratorio delle Malattie Sessualmente Trasmesse (MST)
Resistenze antimicrobiche	
Sono individuati il coordinatore regionale medico e veterinario e viene costituito il gruppo tecnico regionale (GTR) per l'implementazione del PNCAR. Il GTR identifica le modalità di implementazione delle azioni e costruisce il sistema di monitoraggio del PNCAR a livello regionale	I due coordinatori regionali e il gruppo tecnico designati definiscono modalità azioni regionali identificate nel PNCRA 2018 (output: documento tecnico) e sviluppano il sistema monitoraggio del PNCAR a livello regionale.
Tutti gli ospedali partecipano ai programmi di sorveglianza delle ICA, con evidenza di monitoraggio degli indicatori regionali.	indicatori regionali monitorati
Veterinari: censimento dei laboratori privati coinvolti nel monitoraggio e sorveglianza dell'AMR (entro il 2018).	realizzare il censimento dei laboratori privati che eseguono esami batteriologici e test di farmaco-sensibilità.
Veterinari: Adesione al Sistema Informativo Nazionale per la completa digitalizzazione della gestione del medicinale veterinario e della ricetta elettronica (entro il 2018)	Aderire al Sistema Informativo Nazionale per la tracciabilità del farmaco per quanto di loro competenza
Veterinari: progressiva integrazione delle aziende zootecniche al sistema informatico di supporto all'attività di classificazione delle aziende sulla base	Assicurare che le aziende zootecniche siano progressivamente integrate nel sistema informatico di supporto all'attività di classificazione

di indicatori di rischio (entro il 2018)	delle aziende sulla base di indicatori di rischio
Veterinari: Condivisione delle Linee guida nazionali per la corretta gestione degli allevamenti di animali da reddito al fine di ridurre le prescrizioni di antimicrobici e prevenire il rischio di antibiotico-resistenza	Adottare delle Linee guida nazionali disponibili per la corretta gestione degli allevamenti di animali al fine di ridurre le prescrizioni di antimicrobici e prevenire il rischio di antibiotico-resistenza
Veterinari: Recepimento check-list ed esecuzione di audit secondo le procedure consolidate (entro il 2018).	Le AAS recepiscono ed adottano le check-list per l'esecuzione secondo le procedure consolidate. Sarà realizzata la programmazione regionale 2018 2019 per identificare il numero di allevamenti zootecnici (bovini, suini, pollame e pesci, esclusi i familiari) da sottoporre a valutazione di rischio in base alle check-list. Nel 2018 realizzare e registrare in SICER il controllo ufficiale di farmacosorveglianza sulla base della programmazione regionale.
Almeno un corso di formazione per Medici e Veterinari sul buon uso degli antibiotici l'anno per azienda sanitaria (entro il 2018)	Partecipare ad un corso di formazione regionale per Medici e Veterinari sul buon uso degli antibiotici, organizzato da AAS2.

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
Garantire in ogni azienda sanitaria la possibilità di accesso ad un ambulatorio per cure primarie per i soggetti non in regola con le norme sul soggiorno, con l'individuazione di un percorso facilitato rispetto al rilascio del codice STP/ENI (Straniero Temporaneamente Presente/Europeo Non Iscritto);	In ogni azienda è presente un ambulatorio
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	Dare evidenza della formalizzazione dell'unità di crisi aziendale e delle procedure conseguenti, in applicazione del Piano generale.

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Garantire la partecipazione degli operatori dedicati al percorso formativo programmato a livello regionale sull'allattamento al seno	80% operatori dedicati formati in ogni Azienda
Mantenere ed ottimizzare il sistema di rilevazione sull'allattamento al seno alla dimissione e alla seconda vaccinazione	100% schede inserite nel sistema di rilevazione regionale entro un mese dalla dimissione e dalla seconda vaccinazione
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 2018 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
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
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 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 2017	Come da Prisan regionale VET. Origine Animale): n. 493 interventi ispettivi programmati per il 2018; n. 16 audit programmati per il 2018 Campionamento come da PRISAN n. 55 valutazioni del rischio programmate n. 20 controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN

	<p>come da Accordo Conferenza Stato Regioni.</p> <p>SIAN:</p> <p>n. 760 interventi ispettivi programmati per il 2018;</p> <p>N. 10 Audit</p> <p>Campionamento come da PRISAN</p> <p>Valutazione rischio 100% delle attività controllate</p> <p>n. 20 controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN</p> <p>come da Accordo Conferenza Stato Regioni</p> <p>Adesione alle indicazioni regionali.</p>
Attuazione dell'ultimo anno del Progetto Piccole Produzioni Locali in accordo con la Direzione centrale agricoltura.	Garantire l'informazione capillare e la formazione sul territorio, informando le Aziende del Settore Alimentare della conclusione del Progetto e delle possibili evoluzioni delle PPL. Stesura di una relazione finale dettagliata di verifica Aziendale. carni suine e avicuniole. La relazione dovrà altresì riportare il dettaglio delle attività eseguite carni di specie diverse prodotti lattiero caseari di malga vegetali, confetture, conserve, prodotti da forno, erbe aromatiche, prodotti dell'alveare, vegetali fermentati, lumache, ecc...
Garantire la funzionalità del sistema informativo Sicer per l'Area dell'Igiene e Sicurezza Alimentare degli Alimenti di origine animale (Area B) e SIAN.	Piena funzionalità del sistema informatico Sicer al 31 dicembre 2018.
Procedere nelle attività del Piano regionale di monitoraggio e controllo della Malattia di Aujeszky dei suini, al fine di richiedere l'accreditamento per Regione indenne.	100% allevamenti della coorte individuati dal Piano regionale da controllare al fine di richiedere lo status di Regione indenne.
Attuazione dei controlli sul benessere animale negli allevamenti e durante il trasporto secondo le linee guida operative dettate dalla Task Force benessere animale, istituita con Decreto 659/SPS del 20/08/2015	Effettuare gli interventi di controllo sul rispetto del benessere animale richiesti dal PRISAN 2018
Attuazione dei controlli sull'anagrafe ovi caprina come da indirizzi LEA Ministeriali.	Raggiungimento del 3% dei controlli 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 31 dicembre 2018 al fine di ottenere nuovamente l'indennità.

3.3 ASSISTENZA DISTRETTUALE

3.3.1. Assistenza primaria

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Completamento dell'attuazione di quanto previsto dalla legge regionale 17/2014 per l'assistenza medica primaria, in coerenza con l'AIR 2016-2018 2. Attività sperimentale dello psicologo e eventuali altre figure nel CAP. 3. Avvio della sperimentazione del Fascicolo sanitario elettronico	1. Assistenza medica primaria riorganizzata in ogni Azienda in coerenza con le disposizioni regionali 2. Evidenza dell'attività effettuata dallo psicologo nel CAP 3. Almeno il 15% dei MMG in ogni AAS/ASUI partecipa alla sperimentazione secondo le modalità stabilite dalla Direzione centrale salute

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. Partecipazione al programma di accreditamento nazionale degli organismi tecnicamente accreditanti.	1. Gli enti del SSR mettono a disposizione i valutatori per i sopralluoghi, secondo le indicazioni della direzione centrale salute, per almeno 30 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, predispone la documentazione di competenza necessaria per conseguire l'accREDITamento nazionale.

3.3.3. Odontoiatria sociale

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Aumento delle prestazioni LEA erogate 2. Prestazioni non LEA erogate 3. Percentuale aziendale di visite odontostomatologiche 4. Razionalizzazione dell'offerta nel distretto nord	1. Media aziendale di almeno 1,6 prestazioni/ora per odontoiatra 2. n. 200 casi di terapia ortodontica e n. 500 pazienti con almeno un'arcata edentula riabilitati con protesi totali, nelle sedi attivate in Regione. 3. non superiore al 40% del totale delle prestazioni erogate (sono escluse le visite del pronto soccorso odontostomatologico). 4. Razionalizzazione dell'offerta tra l'ambulatorio di Maniago e Spilimbergo

3.3.4. Riabilitazione

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

1. Attivazione a livello aziendale della rete per le malattie neuromuscolari e la sclerosi laterale amiotrofica.	1. In ogni AAS e ASUI 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.	2. Entro il primo semestre 2018 i pazienti con sclerosi multipla sono presi in carico con le modalità previste dal PDTA.

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. Diabete

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Gestione integrata del diabete in coerenza con la DGR 1676/2015	1. Presentazione report dati attività 2017-2018 con evidenza di miglioramento (report MMG)
2. Diabete in ospedale (DGR 1572/2017): a- Implementazione del programma regionale per la formazione del personale ospedaliero; b- organizzazione dei team ospedalieri.	2. Effettuazione degli eventi formativi in ogni azienda; costituzione e organizzazione dei team ospedalieri.

3.3.7. Cronicità

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Implementare i PDTA sullo scompenso cardiaco	1. Evidenza dell'implementazione del PDTA sullo scompenso cardiaco in ogni Azienda attraverso reportistica di dati di attività 2. Estensione dell'applicazione del PDTA ad almeno un 1 CAP attivato in altro distretto (distretto del Sile) con reportistica dei dati di attività

3.3.8. Assistenza protesica

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Partecipazione ai lavori per la revisione dei percorsi di assistenza protesica e alla formazione dei professionisti sanitari.	Attuazione delle nuove modalità di erogazione dell'assistenza protesica, compresi i percorsi semplificati stabiliti dalle nuove linee guida regionali.

3.3.9 Assistenza domiciliare

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Incrementare gli indici di copertura assistenziale di presa incarico distrettuale di utenti over 64 anni, mantenere il valore CIA raggiunto e garantire i flussi ministeriale SIAD (corretti in tempi e modalità)	CIA valore \geq a 3.7% popolazione > 64 anni Copertura assistenziale \geq 4% over 64 anni

3.4 ASSISTENZA FARMACEUTICA E ASSISTENZA INTEGRATIVA

Assistenza farmaceutica	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Tetti Spesa Farmaceutica	
Spesa farmaceutica	<p>Rispetto dei tetti fissati per la</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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
1. Prescrittori	
<p>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 intra-vitreali, farmaci del PHT_DPC, equivalenti).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Definizione di indicatori di budget specifici per i diversi prescrittori in collaborazione con la SOC Programmazione e Controllo. - Predisposizione e definizione dei report definiti per le diverse categorie di prescrittori (ospedalieri e territoriali)
3. Medicinali a brevetto scaduto – indicatori AIFA-MEF	
<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 delle Linee per la gestione del SSR – anno 2018, dovrà tendere ai valori target indicati.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promozione dell'utilizzo di farmaci a brevetto scaduto nell'ambito della medicina generale e/o nell'ambito della medicina specialistica /ospedaliera tramite riunioni di approfondimento e/o invio di reportistica di monitoraggio. - Raggiungimento target AIFA/MEF per le categorie di medicinale come da linee di gestione
4. Biosimilari	
<p>Nell'ambito delle categorie di medicinali per le quali è disponibile l'alternativa biosimile, le Aziende invieranno uno specifico report</p>	<p>Report semestrale dell'utilizzo di farmaci biosimilari in tutti gli ambiti in cui è prevista l'introduzione di nuovi biosimilari.</p>

semestrale alla DCS sulle attività svolte, nel rispetto del recente quadro normativo (legge n. 232/2016, art. 1 comma 407)	
5. Medicinali brevetto scaduto – analisi prescrizioni	
Oltre alla promozione d'uso di medicinali a brevetto scaduto a livello territoriale, potranno essere definite ulteriori analisi 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.	Esecuzione delle analisi a campione secondo le indicazioni della DCS.
6. Distribuzione diretta farmaci alto costo	
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.	Richiesta di dati ai centri prescrittori extra-aziendali per i trattamenti con farmaci ad alto costo avviati agli assistiti dell'AAS5.
7. Primo ciclo terapia	
A seguito di dimissione da ricovero e/o di visita specialistica ambulatoriale dovrà essere assicurata l'erogazione del I ciclo di terapia in distribuzione diretta sia attraverso le strutture pubbliche che private accreditate . A tal fine l'azienda invierà alla DCS due relazioni semestrali sull'attività svolta, indicando i risultati raggiunti. L'attività di distribuzione diretta continua ad essere garantita nell'ambito della residenzialità, della semi-residenzialità e dell'assistenza domiciliare presso tutte le strutture.	<p>- Attuazione del I ciclo così come definito nei LEA e dalla DGR 12/2018</p> <p>- Prosecuzione dell'attività di distribuzione diretta in primo ciclo e nelle strutture territoriali.</p> <p>- Invio alla DCS di due relazioni semestrali sull'attività svolta in merito al I ciclo di terapia e all'attività distribuzione diretta, indicando i risultati raggiunti</p>
9. Distribuzione per conto	
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. In data 12 gennaio 2018 è stato ratificato, con DGR n. 12/2018, il nuovo accordo sulla DPC; le aziende provvedono all'adozione degli atti conseguenti.	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.
10. Medicinali soggetti a registro AIFA	
Evidenza del rispetto delle indicazioni prefissate nella prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA, assicurando la registrazione di tutti i dati	- Analisi delle eventuali criticità nella gestione dei registri e attività di sensibilizzazione alla

<p>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.</p>	<p>risoluzione dei problemi.</p> <p>- Registrazione di tutte le prescrizioni che richiedono registro AIFA (piattaforma web based / cartaceo) e gestione delle procedure di rimborso per i farmaci soggetti ad accordi di condivisione del rischio (MEAs)</p>
<p>11. Farmacovigilanza</p>	
<p>Sul tema della farmacovigilanza continuano le attività già avviate a livello regionale dalla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia. Sarà avviata una specifica progettualità sui temi relativi ai medicinali per il trattamento di malattie rare, anche coinvolgendo il coordinamento regionale e la rete delle malattie rare. Inoltre in corso d'anno, anche tramite un nuovo di accordo di collaborazione/convenzione con le due Aziende sanitarie universitarie integrate e con il coinvolgimento di tutte le Aziende sanitarie e gli IRCCS sarà avviata una specifica progettualità pluriennale nell'ambito delle aree di attività stabilite dalla DGR 1365/2015 volta a favorire un uso sicuro appropriato dei farmaci a livello ospedaliero e nella continuità ospedale-territorio. Il percorso formativo a distanza (FAD) avviato a fine 2017 sull'utilizzo della nuova piattaforma nazionale Vigifarmaco ed altre tematiche di farmacovigilanza resterà disponibile in più moduli formativi anche per il 2018.</p>	<p>Partecipazione alle progettualità e alle attività formative organizzate dalla DCS.</p>
<p>12. Dispositivi assistenza integrativa</p>	
<p>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</p>	<p>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, in linea con la DGR 12/2018.</p>

modalità di erogazione vantaggiose per l'SSR (es. diretta, accordi con le farmacie).	
14. Logistica centralizzata	
Garantire la copertura delle prescrizioni personalizzate da parte dei medici dipendenti da AAS5 con iter elettronico tramite PSM per il 90% 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.	<ul style="list-style-type: none"> - Prosecuzione dell'attività di promozione/assistenza nell'utilizzo delle prescrizioni informatizzate in particolare negli ambiti di scarso utilizzo. - Confezioni di medicinali erogate in distribuzione diretta a seguito di prescrizioni personalizzate con iter elettronico >=90%
15. Prescrizione informatizzata piani terapeutici	
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% di tutti i pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive, prevedendo azioni mirate di sensibilizzazione dei prescrittori all'utilizzo dello strumento nelle categorie di medicinali per i quali si osserva un ricorso prevalente al PT cartaceo (es. antidiabetici). Le Aziende assicurano inoltre il controllo dei piani terapeutici ed il rispetto delle note limitative AIFA, favorendo l'implementazione di tale sistema informatizzato.	<ul style="list-style-type: none"> - Monitoraggio del ricorso alla prescrizione informatizzata tramite PSM-PT per tutti i pazienti e implementazione progressiva del sistema informatizzato. - Almeno il 50% dei pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive.
16. Flussi informativi – LEA ministeriali	
Assicurare l'implementazione, le verifiche e i controlli di congruenza 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. Inserimento a sistema del codice targatura in fase di erogazione dei medicinali. Relativamente ai nuovi adempimenti LEA ministeriali saranno avviati specifici percorsi con le Aziende e con l'Egas, al fine di provvedere alle verifiche di congruità dei dati trasmessi, ognuno per la parte di propria competenza.	<ul style="list-style-type: none"> - Mantenimento dell'implementazione e controllo dei flussi informativi. - assicurare tutte le fasi di controllo nei tempi stabiliti
17. Flussi informativi – eventuali approfondimenti	

<p>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.</p>	<p>Effettuazione di approfondimenti eventualmente richiesti dalla DCS</p>
--	---

3.5 ASSISTENZA SOCIO SANITARIA

3.5 L'integrazione socio sanitaria e la programmazione integrata	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Dare continuità alle azioni di integrazione sociale e socio sanitaria	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evidenza di report delle sedute periodiche della Cabina di Regia 2. Evidenza di report relativi alla partecipazione ad iniziative per la programmazione socio sanitaria e sociale regionale 3. Evidenza di ogni protocollo o intesa che saranno adottati dalla Cabina a valere da un punto di vista operativo sull'intero territorio provinciale.

3.5.1. Anziani non autosufficienza	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Processo di riclassificazione delle strutture residenziali per anziani già funzionanti	<ol style="list-style-type: none"> 1. Supportare la Regione nella valutazione delle domande di nuova classificazione presentate dagli enti gestori delle strutture residenziali ai fini del rilascio del parere di ammissibilità della domanda. 2. Rilasciare le nuove autorizzazioni all'esercizio entro 90 giorni dalla formulazione del parere di ammissibilità della domanda da parte della Regione. 3. Avviare un percorso di accompagnamento alle Residenze per anziani ri-autorizzate all'esercizio, per il monitoraggio e la verifica degli adempimenti e adeguamenti previsti per il livello di nuova classificazione rilasciato.
Sistema di VMD Val.Graf. FVG	<ol style="list-style-type: none"> 1. 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. 2. La VMD deve essere effettuata da un'équipe multiprofessionale sanitaria e sociale del distretto e dell'ambito di riferimento dell'utente.
Nuovi convenzionamenti	Stipulazione degli accordi contrattuali per l'assegnazione di posti aggiuntivi secondo le indicazioni e i criteri di priorità che verranno definiti e comunicati dalla Regione (+11 p.l. alla Casa di riposo di Clauzetto).
Introduzione nuovo sistema di finanziamento Per l'anno 2018, in fase di avvio del nuovo sistema di finanziamento, sono previste le seguenti regole transitorie:	<ol style="list-style-type: none"> 1. AAS5 riconosce agli anziani non autosufficienti che occupano un posto letto convenzionato il contributo per l'abbattimento della retta nella misura prevista dalla normativa ad oggi vigente,

<p>1. Contributo abbattimento retta</p> <p>2. Riconoscimento oneri sanitari attraverso convenzionamento</p>	<p>sia per la quota fissa (€ 16,60 die/pl convenzionato in Residenze protette e ad utenza diversificata; € 13,28 die/pl convenzionato in Residenza polifunzionale di fascia A) che per la quota variabile legata all'ISEE (cfr. DGR 1282/2010).</p> <p>2. entro il 30.06.2018 a seguito delle indicazione della regione, AAS5 provvederà a definire le condizioni amministrative e organizzative per adottare il modello tipo di convenzione, subordinatamente all'invio da parte della Regione dello schema tipo.</p> <p>I nuovi rapporti convenzionali dovranno prevedere il rimborso sulla base della nuova impostazione fornita dalle linee guida regionali e sulla base dei finanziamenti già assicurati alle strutture per garantire adeguati livelli assistenziali.</p>
<p>Monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani</p>	<p>1. Mantenimento delle attività di verifica e approfondimento dei percorsi avviati negli anni precedenti e realizzazione di almeno due visite di audit approfondite (a livello aziendale).</p> <p>2. Redigere e trasmettere alla Direzione Centrale Salute entro il primo semestre del 2018, una dettagliata relazione illustrativa delle attività di monitoraggio e promozione della qualità svolte nell'anno precedente.</p>
<p>Flussi e sistemi informativi</p>	<p>1. Monitoraggio dell'utilizzo sistematico dello strumento di VMD Val.Graf,-FVG e dei sistemi informativi e-GENeSys e SIRA-FVG delle strutture residenziali che verranno ri-autorizzate per non autosufficienti a seguito del processo di riclassificazione</p> <p>2. Dotazione di una Lista Unica d'Attesa (LUA) nella quale inserire le persone anziane che richiedono un inserimento presso una Residenza per anziani non autosufficienti e per le quali il Distretto ha verificato l'appropriatezza della richiesta. I criteri per la determinazione dei punteggi per l'inserimento in graduatoria vengono definiti dalla Regione.</p> <p>3. Assolvere i debiti informativi verso la Regione sulla base delle richieste e indicazioni fornite dalle Regione stessa</p>
<p>Sperimentazioni "Abitare Possibile" e "Domiciliarità innovativa"</p>	

<p>Avviare delle sperimentazioni sull'“abitare possibile” e “Domiciliarità innovativa”</p>	<p>1. AAS5 sostiene e incentiva lo sviluppo delle sperimentazioni “Abitare possibile” e “Domiciliarità innovativa” di cui alla DGR 671/2015 e DGR 2089/2017 attivate nel proprio territorio aziendale, anche con il coinvolgimento programmatico della Cabina di Regia del PdZ ed i “Tavoli Casa” delle UTI.</p> <p>2. l'AAS5, in particolare,</p> <p>2.1) definisce, in accordo con gli enti locali del territorio, un programma di revisione della rete di offerta dei servizi residenziali rivolti alla popolazione anziana non autosufficiente</p> <p>2.2) sperimenta modalità innovative di integrazione sociosanitaria nell'attuazione dei nuovi LEA per quanto riguarda le cure domiciliari.</p>
<p>Sperimentazione screening popolazione anziana fragile e servizio telesoccorso.</p>	
<p>Partecipare alla definizione di un protocollo di intervento per lo screening della popolazione anziana in condizione di fragilità</p>	<p>In base alle indicazioni e programmi che verranno definiti dalla Regione, AAS5:</p> <p>1) entro il 31/3/2018 individua e comunica alla DCS il nominativo e recapito del Referente aziendale per la partecipazione;</p> <p>2) partecipa alla:</p> <p>a) revisione delle modalità di presa in carico delle persone per le quali attivare il servizio di telesoccorso;</p> <p>b) definizione di un protocollo di intervento per lo screening della popolazione anziana in condizione di fragilità da realizzarsi in via sperimentale in Azienda</p>
<p>Rete per la presa in carico dell'anziano fragile</p>	
<p>Obiettivo aziendale</p>	<p>Risultato atteso</p>
<p>Definizione di modalità di presa in carico e di trattamento dell'anziano fragile in tutti i setting assistenziali (ospedale, cure intermedie, servizi residenziali e semiresidenziali e domicilio)</p> <p>Identificazione di modelli organizzativi e percorsi integrati in grado di garantire la continuità tra i vari setting. Definizione di modalità di monitoraggio degli esiti attraverso strumenti di valutazione multidimensionali e criteri validati.</p>	<p>Contribuire alla realizzazione del modello di rete integrata attraverso la partecipazione di professionisti esperti al tavolo di lavoro regionale permanente sull'anziano fragile, coordinato da un rappresentante della DCS</p>
<p>Piano demenze</p>	

Partecipare all'attuazione del "Piano nazionale demenze" di cui all'Accordo n. 135 del 30/10/2014	<p>In base alle indicazioni e programmi che verranno definiti dalla Regione, AAS5:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. entro il 31/3/2018 individua e comunica alla DCS il nominativo e recapito del Referente aziendale per la partecipazione; 2. Partecipa all'attuazione del "Piano nazionale demenze - Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze" (accordo n. 135 del 30 ottobre 2014).
---	--

3.5.2 Disabilità	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<ol style="list-style-type: none"> 1. Completare l'attività di valutazione delle condizioni di vita (in particolare per le problematiche di tipo sanitario) già avviata nel 2017 per gli utenti in carico ai servizi residenziali e semiresidenziali. 2. Sperimentare in alcuni setting residenziali specifici le disposizioni ministeriali in materia di finanziamento e compartecipazione alla spesa. 3. Sostenere un maggior coinvolgimento dei DSM e dei servizi territoriali in genere nella valutazione e presa in carico delle persone adulte con disabilità intellettive o disturbi dello spettro dell'autismo. 4. Valutare l'opportunità di reinserire i disabili ad oggi accolti in strutture fuori Regione nel contesto dei servizi offerti dal territorio regionale, attraverso l'utilizzo della quota di risorse prevista nella mobilità interregionale. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. AAS5 provvede alla valutazione per gli aspetti sanitari di almeno l'60% degli utenti dei servizi residenziali e semiresidenziali per persone con disabilità, secondo le modalità approvate dalla Regione. 2. Sperimentazione tariffaria in applicazione del DPCM 12 gennaio 2017 nelle strutture operanti in convenzione ex art. 26 L. 833/78 per la gestione dei servizi socio-assistenziali residenziali e semiresidenziali per disabili gravi e gravissimi di cui all'articolo 9 comma 18 della legge regionale 4 agosto 2017, n. 31. 3. Formalizzazione di un accordo con gli Enti gestori dei servizi, che espliciti le modalità di coinvolgimento dei DSM nella valutazione e presa in carico delle persone adulte con disabilità intellettiva o disturbi dello spettro dell'autismo. 4. L'EMDH valuta i criteri di appropriatezza per il reinserimento dei disabili ad oggi accolti in strutture fuori Regione nel contesto dei servizi offerti dal territorio regionale
Fondo gravissimi	
Continuare nella attività di accertamento e segnalazione ai sensi del DPreg. 247/2009	AAS5, con la collaborazione tra Distretti sanitari e Servizi sociali dei Comuni, garantisce l'attività di accertamento e segnalazione dei casi di gravissima disabilità da fornire alla DCS secondo le indicazioni del vigente regolamento regionale in materia.
Fondo SLA	
Continuare nella attività di valutazione, raccolta di	AAS5 provvede a continuare le attività di

documentazione e segnalazione indicate nel Regolamento di cui alla DGR 1692/2000.	valutazione, raccolta di documentazione e segnalazione dei nuovi casi di SLA e dei casi per i quali si è riscontrato un aggravamento, fornendo all'Ente delegato (Area Welfare) tutta la documentazione necessaria alla valutazione selettiva.
Vigilanza servizi semiresidenziali e residenziali sociosanitari destinati a persone con disabilità	
Proseguire nella attività di vigilanza dei servizi semiresidenziali e residenziali sociosanitari destinati a persone con disabilità, nelle more dell'emanazione del sistema regionale di regolamentazione degli stessi	AAS5 effettua l'attività di vigilanza e controllo su almeno il 30% dei servizi/strutture collocati sul territorio di competenza.
Dopo di noi	
Partecipare attivamente alla realizzazione di quando disposto dalla Regione in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare con la DGR n. 1331 /2017.	AAS5 partecipa attivamente alla definizione dei percorsi relativi all'abitare inclusivo, in base alle indicazioni regionali.
Autismo	
Partecipazione dei referenti aziendali al Tavolo tecnico sull'autismo	Evidenza partecipazione

3.5.3 Minori	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Sperimentare i profili di bisogno per la valutazione dei minori presi in carico, revisione e validazione degli stessi e individuazione di strumenti appropriati per valutare tali profili.	1. Evidenza dell'acquisizione/condivisione di strumenti appropriati per la valutazione dei profili di bisogno dei minori presi in carico.
2. Sperimentare profili di intervento adottando metodologie condivise di approccio ai minori e alle famiglie multiproblematiche	2.1 Rivisitazione delle modalità attuative degli interventi a favore dei minori e delle famiglie multiproblematiche in relazione ai LEA di cui al D.P.C.M. 12/01/2017. Evidenza dell'avvio di un processo di condivisione metodologica 2.2 rivisitazione dei modelli organizzativi ad alta integrazione sociosanitaria in atto (UVMF,gruppi di lavoro..)in stretto raccordo con i Servizi sociali dei Comuni del territorio. Evidenza della rivisitazione dei modelli in atto.
3. Rivedere e validare i requisiti di qualità previsti dalle linee di indirizzo regionali per i servizi residenziali che in regione accoglieranno i minori allontanati dalla famiglia di origine anche	3.1. Riduzione del 50% della media degli ultimi tre anni del numero di minori inseriti in strutture residenziali di accoglienza con sede fuori regione; 3.2. Riportare il 10% dei minori inseriti in comunità

attraverso la realizzazione di specifiche attività di verifica e controllo presso le stesse strutture.	fuori regione nelle comunità regionali; 3.3 Introdurre il budget personalizzato, quale strumento funzionale alla realizzazione di percorsi di presa in carico dei minori, in seguito all'adozione delle nuove Linee di indirizzo regionali.
--	--

3.5.4. Salute mentale	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Età adulta	
1. Migliorare l'integrazione tra cure primarie e specialistiche con particolare riferimento alla presa in carico dei disturbi mentali comuni	1. Evidenza di percorsi integrati tra cure primarie e DSM e di interventi formativi
2. Definire un percorso aziendale congiunto (NPIA, DSM, PLS e MMG) per la definizione della fase di transizione delle cure dai servizi per l'età evolutiva ai servizi per l'età adulta	2. Evidenza di percorso aziendale congiunto NPIA, DSM, PLS e MMG) per la definizione della fase di transizione delle cure
Età adulta	
1. Attivare le NPIA aziendali in coerenza con i provvedimenti aziendali	1. NPIA attivate nelle Aziende
2. Avvio delle attività dei Centri diurni NPIA	2. Evidenza avvio attività
3. Dopo acquisizione del nuovo gestionale per la salute mentale età adulta ed età evolutiva, e in seguito alla validazione delle funzionalità del gestionale da parte di una Azienda pilota: predisposizione di percorsi codificati e concordati tra le varie strutture coinvolte (Servizi NPIA, PS/Medicina d'Urgenza, reparti di Pediatria, DSM, servizi per le dipendenze, servizi di Emergenza Urgenza) con indicazione di: - reparto di accoglienza, - percorso diagnostico terapeutico e di continuità assistenziale con le NPIA territoriali, - responsabilità di presa in carico, - modalità di interazione tra DSM e NPIA nel caso di minori in età adolescenziale	3. Evidenza dei percorsi formalizzati

3.5.5. Disturbi del comportamento alimentare	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Messa a regime degli ambulatori DCA con la disponibilità di equipe funzionale (DGR 668/2017)	1. Operatività degli ambulatori DCA presso ogni Azienda con disponibilità di equipe funzionale
2. Operatività dei Centri Diurni presso	2. Evidenza dell'operatività dei Centri diurni

ASUITS/Burlo/AAS2 (previo Accordo), ASUIUD, AAS5	attraverso invio di report di attività
3. Operatività dell'Osservatorio epidemiologico	3. Reportistica inviata in DC da parte di Burlo Garofolo per i minori e di ASUIUD per gli adulti

3.5.6 Cure palliative e terapia del dolore	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. 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)	1. Assistenza garantita H12 7 giorni su 7
2. L'accesso alla rete delle cure palliative è effettuato con i criteri approvati dal coordinamento regionale	2. Entro il primo semestre 2018, verranno adottati i criteri di accesso alla rete delle cure palliative approvati dal coordinamento regionale
3. Gli accessi di assistenza domiciliare per cure palliative sono registrati nel sistema informativo con codifica ICD9	3. Gli accessi domiciliari per cure palliative riportano sempre, oltre la codifica della malattia principale, la codifica V 66.7 (cure palliative)
4. Adottare come indicatore della tempistica di presa in carico dalla rete di cure palliative il numero di pazienti presi in carico in base al tempo intercorso tra il momento della segnalazione e la presa in carico: <ul style="list-style-type: none"> - Entro 1 giorno dalla segnalazione - Tra 1 e 2 giorni dalla segnalazione - Tra 2 e 3 giorni dalla segnalazione - Oltre 3 giorni dalla segnalazione 	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 0,3
6. Percentuale di malati oncologici deceduti fuori dall'ospedale	6. Uguale o superiore al 75%
7. Criteri di priorità della visita algologica	7. Entro il primo semestre 2018, verranno adottati i criteri di priorità della visita algologica
8. Entro il 2018 il sottogruppo di terapia antalgica del coordinamento regionale presenta una proposta di codifiche ambulatoriali e di ricovero di terapia antalgica uniforme su tutto il territorio	8. Partecipare con propri Referenti all'elaborazione della proposta

regionale.	
9. Monitoraggio dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni di terapia del dolore in tutti i setting assistenziali	9. Trasmissione report alla DCS
10. Attivazione della reperibilità algologica nelle ASUI e AAS sedi di centro hub	10. Entro il 2018 i centri hub assicurano reperibilità algologica H24 7 giorni su 7

3.5.7. Consulteri familiari

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Implementare il percorso gravidanza fisiologica a gestione ostetrica	Evidenza dell'attivazione del percorso
Implementare l'offerta della visita domiciliare ostetrica in puerperio in tutte le Aziende	Evidenza del servizio attraverso report con dati relativi al 2018
Implementare percorsi aziendali per la donna in età post fertile	Evidenza dei percorsi attraverso report di attività

3.5.8 Sanità penitenziaria

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Dare continuità ai lavori dell'Osservatorio regionale per la sanità penitenziaria	AAS5 partecipa con propri Referenti ai lavori dell'Osservatorio

3.5.9. Superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Dare continuità al programma di superamento degli OPG	Proseguimento dell'attività REMS.

3.5.10 Dipendenze

si rinvia alla linea 3.2.6

3.6 PROGETTI CLINICO ASSISTENZIALI

3.6.1. Insufficienze d'organo e trapianti	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Cuore	
Cuore	<ol style="list-style-type: none"> 1 Avvio dei lavori della rete con formalizzazione di almeno 1 percorso assistenziale che definisca anche specifici indicatori di esito. 2 Riduzione del tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti di 50-74 anni, portandolo sotto il valore di 200
Rene	
Rene	<ol style="list-style-type: none"> 1 Mantenimento dei pazienti in emodialisi al di sotto del 50% del totale (trapiantati + emodializzati + in dialisi peritoneale). 2 Evidenza della presenza dei dati a sistema (G2) propedeutici al monitoraggio dei tempi di iscrizione in lista di trapianto in accordo con quanto definito nel PDTA trapianto di rene 3 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 < 6 mesi almeno nel 75% dei casi che hanno dato il consenso)
Fegato	
Fegato	<ol style="list-style-type: none"> 1 Formalizzazione di almeno 1 percorso assistenziale a valenza regionale. 2 Individuazione e segnalazione pazienti per la iscrizione in lista trapianto, presso il centro trapianti dell'ASUIUD, di almeno 10 pazienti nell'anno 2018.
Pancreas	
Pancreas	Riduzione del tasso di amputazioni maggiori per diabete portandolo al di sotto di 28 casi per milione di residenti.
Polmone	
Polmone	<ol style="list-style-type: none"> 1 Riduzione del tasso di ospedalizzazione per BPCO portandolo al di sotto del 52 per 100.000 residenti di 50-74 anni. 2 Formazione di 3 infermieri per ogni distretto sanitario per la gestione integrata con le Pneumologie di riferimento dell'ossigenoterapia

	<p>domiciliare e realizzazione di almeno un intervento formativo aperto anche al personale di AAS2 e AAS3</p> <p>3 Formazione di 2 fisioterapisti per distretto, da parte delle Pneumologie di riferimento, finalizzata alla riabilitazione respiratoria ambulatoriale e domiciliare e realizzazione di almeno un intervento formativo aperto anche al personale di AAS2 e AAS3</p> <p>4 Attivazione di un team multiprofessionale dedicato alla riabilitazione respiratoria per pazienti ricoverati</p>
Occhi	
Occhi	<p>1 Potenziamento dei volumi di donazione cornee (+10% delle donazioni 2017)</p> <p>2 Aumento del numero di trapianti di cornea (almeno 110 in regione)</p>
Donazione d'organi	
Donazione d'organi	<p>1 Formalizzazione del protocollo per prelievo d'organi da paziente con accertamento del decesso con criteri cardiologici.</p> <p>2 Formalizzazione del protocollo per la donazione multi-tessuto.</p>

3.6.2. Emergenza urgenza

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Ictus	
Ictus	<p>1. Mantenimento dell'attività di trombolisi endovenosa/ endoarteriosa a 65 casi/anno presso AAS5</p> <p>2. Misurazione dei tempi intercorrenti fra <i>triage in pronto soccorso</i>, <i>alertamento-TAC</i> e <i>TAC-trombolisi venosa</i> (implementazione dei campi informatici necessari a elaborare i dati specifici) con riduzione del 20% tempo complessivo <i>triage in pronto soccorso- trombolisi</i> per le strutture che hanno tempi > 1 ora; l'obiettivo è raggiunto anche per riduzioni percentuali inferiori purché il risultato sia < 1 ora.</p> <p>3. Presenza nella documentazione clinica della scala Barthel Index e della Rankin Scale modificata, compilata all'ingresso e all'uscita di ogni setting assistenziale (almeno l'85% degli</p>

	<p>episodi di ricovero con DRG 14 o codici ICD-9-CM relativa a: 430.x, 431.x, 432.x, 433.x1, 434.x1, 436.x, 437.3, 438.x, 784.3 (afasia)). Qualora sia attivo lo strumento informatico l'Azienda è tenuta all'uso dello stesso anche ai fini del monitoraggio del dato richiesto, diversamente l'Azienda è tenuta alla trasmissione alla DCS di un report per ogni semestre condotto su un campione di cartelle cliniche.</p> <p>4. Comunicazione alla cittadinanza: produzione di un opuscolo/volantino da mettere a disposizione nelle sale d'attesa dei MMG e degli ambulatori specialistici per informare la popolazione sui segni/sintomi da non sottovalutare per anticipare la chiamata di soccorso e rendere tempestivi gli interventi terapeutici in caso di ictus.</p>
Emergenze cardiologiche	
Emergenze cardiologiche	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avvio dei lavori della rete con formalizzazione 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 (implementazione dei campi informatici necessari a elaborare i dati specifici). 3. Comunicazione alla cittadinanza: produzione di un opuscolo/ volantino da mettere a disposizione nelle sale d'attesa dei MMG e degli ambulatori specialistici per informare la popolazione sui segni/sintomi da non sottovalutare per anticipare la chiamata di soccorso e rendere tempestivi gli interventi terapeutici in caso di infarto
Trauma	
Trauma	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trattamento della Frattura di femore entro 48H in almeno il 70% (hub) o 80% (spoke) dei casi trattati dal presidio ospedaliero. 2. Degenza media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – ricoveri urgenti riduzione e/o mantenimento al di sotto di 1,5 gg (criterio Bersaglio C5.18.1) 3. Attesa media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – accessi in PS e ricoveri programmati (Riduzione del 20% rispetto all'anno 2017 (criterio Bersaglio C5.18.2)

	4. Formalizzazione della rete trauma
Pronto soccorso ed emergenza urgenza	
Pronto soccorso ed emergenza urgenza	<ol style="list-style-type: none"> 1. 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) 2. 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) 3. Revisione e confronto interaziendali della gestione clinica per 5 eventi patologici acuti frequenti.
Centrale operativa 118	
Centrale operativa 118	<ol style="list-style-type: none"> 1. Utilizzo del dispatch almeno nel 75% degli interventi di soccorso. 2. Monitoraggio dei tempi della SORES (attesa per la risposta, invio mezzo di soccorso, arrivo mezzo di soccorso e comunicazione dei dati rilevati al CREU) 3. Monitoraggio di conformità dei mezzi di soccorso con report da presentare al CREU entro l'ultima riunione del 2018 4. Monitoraggio della formazione delle figure professionali, anche degli Enti in convenzione, sulla base dei profili di competenze individuati. Per il 2018, monitoraggio delle competenze degli infermieri che prestano servizio nelle ambulanze ALS e dei medici che prestano servizio in automedica e in elisoccorso con report da presentare al CREU entro settembre 2018. 5. Uniformità delle procedure di soccorso su tutto il territorio regionale tramite parere del CREU e diffusione successiva alle AAS/ASUI

3.6.3 Reti di patologia	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Malattie rare	
Malattie rare	<ol style="list-style-type: none"> 1. Produrre entro il 31 dicembre 2018 almeno 1 percorso assistenziale, oltre a quello previsto per il 2017;

	2. Alimentare il registro regionale di cui al DM 279/2001 (aggiornamento dati del registro con inserimento del 100% dei casi in prevalenza al 30 novembre 2018 e pulizia dei casi che sono usciti dal sistema)
Malattie reumatiche	
Malattie reumatiche	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoraggio dell'applicazione dei percorsi assistenziali già formalizzati; 2. Evidenza, nel sito aziendale dei medici reumatologi aggregati alle medicine interne e di quelli appartenenti ai servizi 3. Elaborazione dei percorsi assistenziali per l'artrite psoriasica e per l'artrite reumatoide. 4. Imputazione, su un'apposita scheda in G2 clinico, delle informazioni richieste all'atto della prescrizione dei farmaci biologici, secondo le indicazioni fornite dalla DCS.
Insufficienza cardiaca cronica	
Insufficienza cardiaca cronica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avvio dei lavori della rete con formalizzazione di almeno 1 percorso assistenziale che definisca anche specifici indicatori di esito.

3.6.4. Materno-infantile

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Riorganizzazione delle attività in ambito pediatrico	Si rinvia al capitolo introduttivo punto 7. I PROGETTI DI COLLABORAZIONE INTERAZIENDALI
Gestione gravidanza fisiologica Implementazione del percorso gravidanza fisiologica a gestione ostetrica	Evidenza dell'attivazione del percorso
Riduzione parti cesarei depurati (NTSV)	Mantenimento della percentuale dei parti cesarei depurati (NTSV) al di sotto del 20% dei parti totali dei parti depurati
Riduzione parti indotti farmacologicamente	I parti indotti farmacologicamente devono essere ridotti al di sotto del 22%

3.6.5 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. (pari a 26.500 kg in regione, con un contributo non

	inferiore alla percentuale di popolazione attiva alla donazione (18-66 anni))
Sicurezza ed appropriatezza trasfusionale	- Partecipazione ai programmi regionali di sorveglianza trasfusionale. - Mantenimento della attività del Cobus

3.6.6. 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 al 122,5 x mille 2. Riduzione dei numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica, ricorrendo anche ad un maggiore utilizzo del day service, portando la percentuale al di sotto del 28% per gli adulti e del 42% per i pediatrici 3. Riduzione della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti ≥ 65 anni portandola al di sotto del 4% 4. Recupero di almeno il 25% della fuga extra-regionale di ricovero e di specialistica ambulatoriale rispetto ai dati 2015
Effettuare i controlli di appropriatezza delle prestazioni effettuate dagli erogatori pubblici e privati.	Mantenimento attività secondo quanto definito dal piano dei controlli programmato dallo specifico gruppo di coordinamento regionale
Indicatori	L'azienda deve garantire il raggiungimento degli standard obiettivo di cui all'allegato B da DGR 185/2018 di approvazione definitiva delle Linee annuali per la Gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2018.

3.6.7 Rete Cure Sicure FVG	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Strutturazione Rete Cure Sicure	<ul style="list-style-type: none"> - completamento della formazione dei <i>link professional</i>; - valutazione semestrale, tramite indicatori clinici - pubblicazione delle informazioni, relativamente alla relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto; pubblicazione nel sito internet aziendale dei

	<p>dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (verificati nell'ambito dell'esercizio della funzione di monitoraggio, gestione e prevenzione del rischio sanitario);</p> <ul style="list-style-type: none"> - prosecuzione delle linee di lavoro per garantire la sicurezza ed appropriatezza nell'uso del farmaco; - prosecuzione delle attività atte al controllo e prevenzione delle infezioni e progetto regionale di <i>antimicrobial stewardship</i>; - diffusione dei dati sullo stato nutrizionale emersi dalla <i>survey</i> 2017 e implementazione di strategie condivise sulla nutrizione e sull'idratazione dei pazienti; - effettuazione dell'autovalutazione CARMINA e miglioramento di un'area attraverso l'implementazione di un almeno uno standard minimo; - prosecuzione delle attività di <i>empowerment</i> dei pazienti sulle tematiche del rischio mediante la valutazione dell'utilizzo del modulo di "<i>integrazione della lettera di dimissione</i>" e avvio di azioni di miglioramento. <p>Consumo di guanti chirurgici e NON chirurgici in lattice : raggiungere un rapporto dei guanti NON chirurgici lattice/nitrile o vinile inferiore al 15%. Per quanto riguarda i guanti chirurgici per l'anno 2018 il rapporto lattice/latex-free dovrà essere al massimo del 30%.</p>
--	---

3.6.8 Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Strutturazione Rete HPH	<ul style="list-style-type: none"> - Individuare un Coordinatore HPH, che farà anche parte del Comitato HPH regionale (entro febbraio) - Attivare il Comitato guida aziendale (entro novembre)

3.7 RAPPORTO CON I CITTADINI

3.7.1 Tempi di attesa	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Rispettare i tempi d'attesa per la specialistica ambulatoriale e i ricoveri per interventi chirurgici programmati (<i>Elenco delle prestazioni oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa</i>).	Specialistica ambulatoriale: Assicurare il rispetto dei tempi d'attesa per le % di casi indicate priorità B >95% priorità D >90% priorità P > 85% Ricoveri per interventi: priorità A 95% priorità B, C, D 90%
1. Monitorare i tempi d'attesa	1. L'Azienda rispetta i tempi per la trasmissione dei monitoraggi regionali e ministeriali (attività istituzionale ed ALPI).
2. Configurare le agende dell'AAS5 e delle strutture private accreditate presenti sul suo territorio per la prenotazioni on-line.	2. Le agende sono adeguate alla prenotazione on-line
3. Rispettare il rapporto tra attività libero professionale e istituzionale.	3. Il rapporto tra i volumi erogati è costantemente monitorato in relazione al rispetto dei tempi d'attesa garantiti per l'attività istituzionale.
4. Sospensione ALPI	4. a) L'Azienda sospende l'attività intra-moenia ai medici delle strutture che non hanno reso disponibili a CUP regionale tutte le agende di prenotazione delle visite/prestazioni specialistiche libero professionali. 4. b) L'Azienda definisce i criteri in base ai quali sospendere l'attività intra-moenia ai medici delle strutture che non rispettano i valori soglia indicati per gli interventi chirurgici
5. Informatizzare e rendere disponibili a sistema CUP regionale le agende delle prestazioni ambulatoriali.	5. Le agende delle prestazioni ambulatoriali sono informatizzate e disponibili a sistema CUP regionale.

<p>6. Le AAS/ASUI rendicontano alla DCS le modalità di utilizzo del finanziamento attribuito con la legge 7/2009, tenendo conto che una quota di almeno il 40% è da utilizzare per l'acquisto di prestazioni dagli erogatori privati convenzionati, in aggiunta al budget assegnato per il periodo 2017-2019 con la stipula degli accordi adottati con la DGR n. 42/2017.</p>	<p>6.1. Stipulare specifico accordo integrativo con gli erogatori privati entro il 30.6.2018; 6.2. Trasmettere alla DCS entro e non oltre il 31.12.2018 l'atto/gli atti di evidenza delle effettive esigenze di abbattimento delle liste di attesa e ricorso agli importi stanziati 6.3. Presentare apposita rendicontazione sull'utilizzo delle somme assegnate nel bilancio consuntivo 2018</p>
---	---

3.7.2 Innovazione nella gestione delle terapie

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Utilizzo dei nuovi anti-coagulanti orali</p>	<p>L'obiettivo si intende raggiunto se i controlli ambulatoriali per INR eseguita a pazienti residenti AAS5, si riducono almeno del 25% sul dato 2016; l'obiettivo non è raggiunto per riduzioni inferiori al 10%; per riduzioni comprese fra il 10% e il 25%, l'obiettivo verrà in proporzione considerato raggiunto parzialmente.</p>
<p>Valutazione della possibilità di implementare l'utilizzo delle terapie sottocute, o per altre vie, per quei farmaci che dispongono di formulazioni alternative a quella endovenosa.</p>	<p>Evidenza della valutazione</p>

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>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</p>	<p>Nei reparti di TI e TSI è consentita la presenza dei care-giver durante il ricovero.</p>

3.7.4 Presenza del care-giver in corso di visita nei reparti di degenza

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Possibilità dei pazienti di avere accanto il care-giver al momento della visita medica o dell'esecuzione delle procedure assistenziali.</p>	<p>Presso le degenze ordinarie i pazienti possono avere accanto a sé un care-giver al momento della visita medica o dell'esecuzione delle procedure assistenziali</p>

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Verifica del grado di soddisfazione del cittadino dopo intervento chirurgico programmato	Somministrazione, entro 5 gg dalla dimissione, ai pazienti dimessi dopo un intervento di chirurgia programmata e svolta in ricovero ordinario, del questionario già utilizzato nel 2017.

3.7.6 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	I paziente vengono informati sul nominativo del medico responsabile della gestione del loro caso.

3.7.7 Privacy

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Snellimento delle procedure nel rispetto della privacy. Attivazione del fascicolo sanitario elettronico (FSE).	Partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale

3.7.8 Comitato di Partecipazione Aziendale

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Attuare le indicazioni delle Linee di gestione 2018 attraverso l'individuazione di metodi di condivisione dell'esperienza dei cittadini nei percorsi assistenziali.	Condividere con le Associazioni il metodo di applicazione e monitoraggio dei PDTA.
Prosecuzione dell'attività di coinvolgimento e collaborazione con le Associazioni di utenti e di volontariato nella valutazione dell'esito delle cure.	Favorire ed incrementare l'adesione dei MMG per la condivisione di proposte di miglioramento sulla qualità delle cure.

4. FLUSSI INFORMATIVI E VALUTAZIONI

4. Flussi informativi e valutazioni	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)	<ul style="list-style-type: none"> - 1. La percentuale di SDO archiviate deve essere in media nell'arco dell'anno maggiore o uguale al 98% dei dimessi; - Le richieste di apertura delle SDO archiviate non deve superare il 3% delle SDO archiviate. - Le anomalie in merito alla qualità della compilazione non devono superare in media il 10%
2. Obblighi informativi e qualità dei dati ai fini amministrativi, epidemiologici e gestionali	2. Individuazione del referente aziendale per ogni obbligo informativo; <ul style="list-style-type: none"> - Garanzia della corretta alimentazione dei dati
3. Flussi Ministeriali	3. Corretta alimentazione e rispetto dei tempi di invio di tutti i flussi ministeriali di competenza aziendale
4. Programmi di sorveglianza: OKkio alla Salute, HBSC, PASSI, PASSI d'ARGENTO, Obesità in Gravidanza (vedi al capitolo 3.2)	4. Proseguimento dei programmi

5. IL SISTEMA INFORMATIVO

5. Il sistema informativo	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
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"> - potenziamento dell'infrastruttura del servizio di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali con l'uso della ricetta dematerializzata e MIR (medici in rete), 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, indicando la prima data utile; - lo sviluppo di tecnologie mobility app per i principali servizi on-line sviluppati; - l'estensione della prescrizione specialistica dematerializzata; - la collaborazione allo sviluppo dei temi chiave previsti dalla cd "Sanità digitale" implementando 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	
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 - 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

	<p>autonome di implementazione e/o sviluppo delle attuali</p> <ul style="list-style-type: none"> - revisione/rinnovo del sistema ASCOT e software collegati per la gestione delle attività amministrative - acquisizione di ulteriori licenze con completamento i tutte le aziende dell'implementazione del sistema per la gestione della farmacoterapia
Obbligo dell'utilizzo della firma digitale	<ul style="list-style-type: none"> - Definizione di indicatori di budget specifici per i diversi prescrittori. - G2 clinico e lettera di dimissione > 90% - Radiologia > 98% - Laboratorio e microbiologia > 98% - Anatomia patologica >98%
Prescrizione dematerializzata	MMG che prescrivono DEMA o DIR > 80%
Funzioni rivolte al sistema informativo regionale	
<p>a. Sistema di gestione dell'attività sanitaria in ambito ospedaliero</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. cartella integrata clinico assistenziale: avviamento dell'implementazione presso il sito pilota individuato nell'AAS5. In seguito all'aggiudicazione della gara in corso. 2. potenziamento ed estensione delle integrazioni dei sistemi clinico sanitari. 3. Normalizzazione della gestione delle credenziali e attivazione sistema Single Sign on 4. Aggiudicazione e avvio implementazione della piattaforma per la gestione della ricerca clinica 	Partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale
<p>b. Sistema di gestione dell'attività sanitaria in ambito di assistenza primaria</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Piattaforma di connessione con la medicina generale 2. Attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico secondo quanto previsto dalla normativa privacy. 3. Avviamento del nuovo sistema di iscrizione ai MMG 4. Pianificazione delle attività d rinnovamento del sistema SIASI 	Partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale
c. Rivisitazione delle procedure gestionali ed amministrative al fine dell'adeguamento alla normativa vigente	Partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale

d. Potenziamento dell'infrastruttura per la Continuità Operativa 1. Potenziamento delle reti geografiche e locali 2. Razionalizzazione dei data center aziendali	Partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale
e. Sistema direzione aziendale 1. Governo del personale 2. 2. Governo logistico	Partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale
f. Sistema direzionale regionale 1. Data Warehouse gestionale 2. Sviluppo del registro regionale dei dispositivi medici impiantabili.	Partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale

5.1. Sistema PACS regionale	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Sistema PACS regionale	<p>a. Estensione sistema PACS ad altre discipline:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Completamento della messa a regime nel settore dell'endoscopia digestiva. - Proseguimento dell'estensione all'intero ambito dell'endoscopia ambulatoriale (broncoscopia, cistoscopia, colposcopia, ...). <p>b. Consultazione/visualizzazione di referti e immagini <u>in situazione emergenziale inter-aziendale</u>;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prosecuzione della messa a regime del caso d'uso negli ambiti clinici previsti dalla programmazione sanitaria regionale. <p>c. Referto multimediale:</p> <p>Supporto aziendale secondo le modalità definite in coerenza e continuità con la programmazione sanitaria regionale</p> <p>d. Potenziamento e ottimizzazione del sistema PACS regionale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - evidenza delle richieste aziendali pervenute

5.2. Fascicolo sanitario elettronico (FSE)	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Fascicolo sanitario elettronico (FSE) l'implementazione del FSE al 15% della popolazione con un programma da definirsi operativamente entro marzo 2018	- Partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale - implementazione del fascicolo al 15% della popolazione entro il 31.12.2018

Azienda sanitaria universitaria integrata di Trieste

3. LE PROGETTUALITÀ

3.1 PROGETTI DI RIORGANIZZAZIONE DELLE FUNZIONI

3.1.1. Degenze	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Posti letto	Conclusion e consolidamento del percorso di ridefinizione dei posti letto in coerenza a quanto definito dalla DGR 2673/2014.
Degenze	<p>Il Dipartimento delle dipendenze ha recentemente inaugurato la nuova sede della SC Dipendenze Comportamentali e da Sostanze Legali, sita in via dei Ralli 5, che ospita tra l'altro la Residenza Specialistica Alcolologica. Tale servizio, come definito nell'allegato n. 1 della DGR FVG n. 2673 dd. 30/12/2014, prevede posti letto a valenza sovra-aziendale finalizzati al trattamento h24 di soggetti con problematiche di dipendenza, in primis da alcool, che presentano situazioni ad elevata complessità. I costi relativi ai percorsi residenziali saranno coperti a "compensazione" in base al tariffario regionale che verrà definito prossimamente.</p> <p>Nel corso del 2018, stante che con DGR 2243 dd. 07/12/2017 è stato approvato il "Regolamento per il rilascio dell'autorizzazione e dell'accreditamento istituzionale alle strutture residenziali e semiresidenziali per la terapia riabilitativa delle dipendenze in attuazione degli articoli 48 e 49 della L.R. 16/10/20014 n. 17", ASUITS avvierà l'iter previsto per accreditare anche tale struttura.</p>

3.1.3. Emergenza urgenza

ASUITS ha provveduto (settembre 2017) al completamento dell'assetto previsto dal Piano Emergenza

Urgenza per tutti i mezzi di terra.

3.1.4. Medicina di laboratorio

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Medicina di laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> - Nel 2018 è prevista la conclusione del progetto del Laboratorio unico dell'area giuliano-isontina, secondo il modello hub & spoke, costituito da due sedi hub collocate presso l'Ospedale Maggiore per la routine (coreLab) e presso l'Ospedale di Cattinara per le urgenze, collegati funzionalmente e operativamente ai Laboratori spoke dell'IRCCS Burlo Garofolo, dell'ospedale di Monfalcone e dell'Ospedale di Gorizia. - Il trasferimento dei campioni verso il laboratorio hub sarà graduale e continuo, esauendosi nel primo semestre del 2018. Successivamente è previsto lo spostamento della routine degli interni di AAS2 per il secondo semestre dell'anno, e sarà contestuale con l'aggiornamento delle tecnologie presso i laboratori spoke di Gorizia e Monfalcone. - Sarà definito uno specifico Atto di intesa per la regolazione dei rapporti tra ASUITS e AAS2, nel rispetto delle indicazioni fornite dalla programmazione regionale nelle Linee di Gestione.

3.1.5. Sangue ed emocomponenti

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Sangue ed emocomponenti	<ul style="list-style-type: none"> - L'attività residuale di produzione di emocomponenti consiste nella preparazione di concentrati piastrinici da buffy-coat. Come previsto dalle Linee di Gestione, il Dipartimento di Medicina Trasfusionale Giuliano Isontino (DIMIT) cesserà tale attività che verrà trasferita al Centro Unico di Produzione (CUPRO) a Palmanova (AAS2). Sarà sottoscritto un contratto tra ASUITS e AAS2 che definisca il quantitativo di concentrati piastrinici giornalieri, lo standard di prodotto e chi è responsabile della produzione in urgenza di tali emocomponenti. - Sempre dal 1 luglio 2018, transiterà in AAS2 la funzione di raccolta sangue territoriale svolta con le unità di raccolta mobile attualmente in comodato d'uso presso l'ASUIUD e l'ASUITS.

	<p>Anche per questa funzione, pertanto, si dovrà procedere con analogo scorporo che riguarderà:</p> <ul style="list-style-type: none"> - i mezzi, le attrezzature ed i beni utilizzati per tale attività - il personale dipendente o a contratto interamente impegnato in tale attività - contratti e convenzioni in essere finalizzate a tale attività. - L'autoemoteca regionale basata a Gorizia è attualmente gestita dal DIMT. Tale mezzo verrà trasferito ad AAS2 che sarà responsabile della raccolta territoriale per tutta la Regione. Non è previsto il trasferimento né di personale medico né personale infermieristico. Gli strumenti attualmente utilizzati in autoemoteca (scompositori e bilance) verranno ceduti ad AAS2. - Entro la fine del 2018 dovrà essere riverificato e rinnovato l'accreditamento istituzionale di tutte le strutture trasfusionali della Regione. - Il DIMT verrà sottoposto a verifica ispettiva per il rinnovo dell'accreditamento istituzionale secondo gli standard previsti dalla DGR 2528/11.
Accreditamento istituzionale	Entro la fine del 2018 riverifica e rinnovo dell'accreditamento istituzionale di tutte le strutture trasfusionali della Regione

3.1.6. Reti di patologia

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Rete oncologica	<p>ASUITs ha definito nel 2017 dei percorsi integrati di presa in carico del paziente oncologico (percorsi dedicati per le prestazioni di radiodiagnostica di controllo prescritti da SC Oncologia) e sono in previsione ulteriori azioni nel 2018 volte a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - realizzare percorsi integrati attivi e da implementare nell'ambito della presa in carico del paziente oncologico - migliorare la gestione del paziente attraverso discussione multidisciplinare (Breast unit, Prostate unit, Meeting urologico, Meeting dei tumori gastrointestinali, Tumori testa collo con partecipazione a progetto dell'Università Bocconi condotto a livello regionale) - implementare la presa in carico rapida delle

	<p>nuove diagnosi (Progetto DRIN attivo e tracciabile per codifica creata ad hoc)</p> <p>- garantire la partecipazione a gruppo ginecologico oncologico</p> <p>attivare la consulenza per pazienti provenienti da area vasta presso il nostro centro hub per confermare il trattamento con i farmaci ad alto costo con limitazione di centro</p>
Realizzare un sistema per gestire teleconferenze tra clinici e riunioni operative a distanza per ogni sede ospedaliera	Attivazione entro il 30.9.2018 di almeno 2 sale attrezzate per gestire teleconferenze cliniche e riunioni operative a distanza, nonché permettere la visione contemporanea di documentazione e immagini diagnostiche di alta qualità.

3.1.7. Modifiche/integrazioni delle DGR 2673/2014, 929/2015 e 1437/2015

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Modifiche/integrazioni delle DGR 2673/2014, 929/2015 e 1437/2015	A parziale modifica delle DGR 2673/2014 e 929/2015, presso l'ASUITS è mantenuta come autonoma la funzione di Igiene e Sanità Pubblica, anche in considerazione della valenza regionale e del mandato della stessa che è distinto rispetto alla Microbiologia e Virologia, che è struttura deputata a supportare le decisioni cliniche; pertanto viene espunta la specificazione indicata accanto alla funzione di Microbiologia e Virologia nell'allegato 2 alla DGR 929/2015 riguardante lo svolgimento assicurato in Igiene e Sanità Pubblica.

3.1.8. Modifiche/integrazioni alla DGR 42/2017

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Modifiche/integrazioni alla DGR 42/2017	ASUITS e ASUIUD concordano la quota di budget, di quanto assegnato con l'articolo 6 dell'allegato 1 della DGR n. 42/2017 alla <i>Casa di Cura Città di Udine</i> , che è finalizzata alle attività di medicina di laboratorio (in particolare prelievi) svolte nel territorio di pertinenza dell'ASUITS..

3.1.9 Documenti regionali

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Adozione documenti regionali	- Collaborazione con la DCS per la

	<p>predisposizione dei documenti regionali - Definizione di una road map aziendale per l'attuazione dei piani regionali adottati.</p>
--	--

3.1.10 Lean management	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Sviluppare un nuovo progetto da portare a compimento entro l'anno	Evidenza del progetto concluso

3.2 PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

3.2.1. Tutela della salute della donna	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Implementazione del percorso gravidanza fisiologica seguita dall'ostetrica	<p>Avvio implementazione del percorso gravidanza fisiologica seguita dall'ostetrica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - offerta del primo colloquio ostetrico al primo accesso al servizio per gravidanza (offerta di cura) a partire da 1/7/2018 - predisposizione del percorso di formazione (ostetriche) entro giugno 2018 - definizione e descrizione del percorso aziendale entro 31/12/2018 - trasmissione report di attività alla DCS entro 31/12/2018
Implementazione dell'offerta della visita domiciliare ostetrica in puerperio in tutte le aziende	<p>Mantenimento dell'offerta di prima visita ambulatoriale presso i Consultori Familiari (Accoglienza Mamma Bambino) in continuità con il Punto nascita di riferimento.</p> <p>Report attività 2018</p> <p>Mantenimento dell'offerta della prima visita domiciliare ostetrica nelle situazioni di rischio psicosociale e sanitario (su segnalazione del punto nascita, su rilevazione degli operatori).</p> <p>Report attività 2018</p>
Nell'ambito dei percorsi di preparazione al parto e nei centri nascita veicolare il messaggio dell'importanza della vaccinazione infantile e dell'adozione di stili di vita sani	Mantenimento dell'informazione strutturata nei Corsi di accompagnamento alla nascita sulle vaccinazioni della prima infanzia
Implementazione di percorsi relativi all'età post fertile	Mappatura delle aree di criticità inerenti i percorsi di promozione e prevenzione e definizione di un piano di intervento

3.2.2. Migliorare la salute nei soggetti a rischio MCNT e malati cronici (Programma I PRP)

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Screening opportunistico: avvio di uno screening opportunistico su stili di vita e rischio cardiovascolare globale nelle Aziende sanitarie della regione in coordinamento con A.I.R. dei MMG.	<p>Il 10% dei pazienti eleggibili di ogni MMG che aderisce allo screening opportunistico è valutato per la definizione del rischio cardiovascolare.</p> <p>Il risultato del rischio viene inserito nella piattaforma regionale del rischio cardiovascolare.</p>

3.2.3. Gli screening oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia (Programma II PRP)	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Gestire la transizione del programma regionale di screening della cervice ad HPV-molecolare realizzando presso l'Anatomia Patologica di ASUITS un laboratorio unico regionale per tutti gli esami di HPV-molecolare primari e tutte le letture dei pap-test secondari;	<ul style="list-style-type: none"> - Laboratorio unico HPV molecolare e cervicocitologia di screening realizzato presso l'Anatomia Patologica di ASUITS entro il 30.9.2018. - Fascia di popolazione obiettivo 50-64 invitata a screening con HPV-DNA come test primario. - HPV-molecolare primari e tutte le letture dei pap-test secondari analizzati presso l'Anatomia Patologica di ASUITS, - Letture dei pap test primari presso le sedi di attuale competenza fino a transizione del programma ultimata - Programma partecipato di controllo di qualità realizzato. - Gare realizzate e logistica di supporto riorganizzata
Raggiungere e mantenere un'adesione ai programmi di screening pari al 70 % per la cervice uterina, al 70 % per la mammella, e al 70% per il carcinoma del colon retto	Adesione pari al 70% per la cervice uterina, al 70% 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".	Rispetto da parte di ASUITS dei requisiti previsti dal sistema regionale di verifica dei centri di senologia con invio alla Direzione regionale dei dati di autovalutazione entro il 30.11.2018.
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 corretta chiusura dell'esito dei casi di secondo livello dello screening mammografico nel G2 clinico ridurre i richiami intermedi (early recall) dopo approfondimento.	<ul style="list-style-type: none"> - percentuale di casi di secondo livello chiusi correttamente $\geq 95\%$ - 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.	Rispetto dei requisiti previsti dal sistema regionale di verifica dei requisiti dei centri di secondo livello con invio alla Direzione regionale dei dati di autovalutazione entro il 30.11.2018.

Garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica (in particolare la codifica del livello di rischio assicurando di rendere definitiva la compilazione) per gli esami di 2° livello di screening garantire l'offerta della colonscopia di approfondimento di secondo livello entro 30 giorni dalla positività del FOBt di screening	Percentuale di cartelle correttamente compilate $\geq 95\%$ Tempo di attesa per colonscopia di approfondimento di secondo livello ≤ 30 giorni
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.	Percentuale di inviti inesitati $\leq 1,5\%$

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

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Perseguire gli obiettivi previsti dal Piano regionale della prevenzione sul territorio regionale	Invio alla AAS2 dei dati dell'attività svolta in ASUITS al fine della predisposizione del report regionale per la DCS
L'azienda collabora e sostiene 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	Adesione di almeno il 50% delle 35 scuole della provincia alla rete di Scuole che promuovono salute (SHE) sulla base della collaborazione instaurata tramite accordi conclusi nel 2015
Sviluppo di progetti di promozione della salute/peer education nelle scuole e negli enti di formazione professionale, continuando a diffondere e ad implementare progetti riconducibili alle buone pratiche, quali i modelli What's up, Unplugged, peer education, ecc.	Realizzazione in 17 istituti di almeno 1 dei seguenti progetti: - Afrodite - Unplugged - Progetto Emozioni in regola
Collaborazione nell'ambito del programma III del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) all'obiettivo specifico di promozione della cultura della salute e sicurezza in ambito scolastico sulla base delle indicazioni del coordinamento diretto dall'AAS 5	Avvio dei programmi e delle iniziative che verranno individuati dal coordinamento regionale dell'AAS5
Inserimento nella banca dati PRO.SA. delle attività di promozione salute svolte negli istituti scolastici	Inserimento in banca dati PRO.SA. dell'attività svolta relativamente ai progetti Afrodite, Unplugged, Emozioni in regola

3.2.6. Dipendenze

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Collaborazione con l'Osservatorio Regionale sulle	Partecipazione dei referenti del gruppo tecnico

Dipendenze.	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. Rendicontazione delle azioni previste dal Piano operativo GAP 2017.
Partecipazione al tavolo tecnico di confronto regionale con il terzo settore sui trattamenti alcolici.	Partecipazione dei referenti Aziendali dei trattamenti alcolici ad almeno il 70% delle riunioni indette.
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.
Partecipazione ai tavoli di monitoraggio sugli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale.	Report con l'esito di almeno 3 indicatori di outcome relativi agli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale. Aumento delle misure alternative e messe alla prova
Monitoraggio degli esiti dei trattamenti in capo al SSR per rispondere alle problematiche relative alla dipendenza.	Report con l'esito di almeno 3 indicatori di outcome relativi all'esito dei trattamenti in capo al SSR per rispondere alle problematiche relative alla dipendenza.
Partecipazione alla stesura del nuovo Piano d'Azione Regionale per le Dipendenze.	Partecipazione dei referenti del gruppo tecnico operativo ad almeno il 70% delle riunioni indette.
Aumento del testing per le malattie infettive correlate all'uso di sostanze alcoliche alle persone che afferiscono ai servizi per le Dipendenze.	Almeno il 20% di testati sui testabili.
Partecipazione alla definizione di percorsi condivisi a livello regionale per le procedure legate agli accertamenti legali.	Partecipazione dei referenti del gruppo tecnico operativo ad almeno il 70% delle riunioni indette.

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

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Sviluppare progetti di attività fisica rivolti alla popolazione adulta	Report su quanto realizzato
Realizzare progetti di promozione attività fisica adattata	Almeno 1 iniziativa/progetto
Diffondere opportunità di attività fisica presenti sul territorio attraverso il sito regionale (<i>invecchiamentoattivo.fvg</i>)	Presenza, sul sito, delle attività realizzate in collaborazione con le associazioni

3.2.8 Prevenzione degli incidenti stradali (Programma VI PRP)

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Il Dipartimento di Prevenzione partecipa e sostiene l'attività che andrà a delinearsi per la prevenzione degli incidenti stradali, sulla base del coordinamento della DCS	Collaborazione alla stesura del report sull'attività svolta a livello regionale o predisposizione di un report sull'attività svolta a livello locale sulla base delle attività che, su indirizzo della DCS, andranno a delinearsi

3.2.9. Prevenzione degli incidenti domestici (Programma VII PRP)

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Coordinare le attività relative al perseguimento degli obiettivi del programma VII PRP prevenzione degli incidenti domestici.	Report congiunto di monitoraggio relativo alle attività previste dal Programma VII PRP inviato alla DCS.
Svolgere attività di sensibilizzazione della popolazione alla prevenzione degli incidenti domestici	Almeno un'iniziativa di sensibilizzazione attraverso i media
Effettuare la rilevazione attraverso la check-list dei rischi nelle abitazioni	Almeno 50 abitazioni valutate

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:
Partecipare alla stesura delle schede di prodotto e delle flow chart, con le metodiche e gli strumenti predisposti nell'ambito della IV fase del progetto di ricerca "Prodotti Finiti FVG"	Partecipazione alla elaborazione di almeno 90 schede di prodotto a livello regionale
Attuare i contenuti della Delibera 2520 del 14 dicembre 2017 (modifica regolamento emanato con Decr.Pres.Reg. 144/2015) sui servizi residenziali e semi-residenziali per anziani	<ul style="list-style-type: none"> - rilascio del 100% dei pareri di ammissibilità relativi alle domande di nuova classificazione presentate dagli enti gestori delle strutture residenziali alla Regione - rilascio del 100% delle nuove autorizzazioni all'esercizio entro 90 giorni dalla ricezione del parere di ammissibilità della domanda da parte della Regione - monitoraggio e verifica degli adempimenti e adeguamenti previsti per il livello di nuova classificazione nel 100% delle Residenze per anziani ri-autorizzate all'esercizio - vigilanza nel 10% delle strutture residenziali per

	anziani autorizzate sul territorio
Verificare l'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 - Realizzazione di un incontro provinciale con i portatori di interesse sulle problematiche connesse all'applicazione delle norme relative alla sicurezza del lavoro in edilizia - Report elaborato da parte del GRE sulla omogeneità dell'applicazione delle procedure di vigilanza in edilizia in regione
Verificare l'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>Realizzazione di un incontro provinciale con i portatori di interesse sulle problematiche connesse all'applicazione delle norme relative alla sicurezza del lavoro in agricoltura</p> <p>- Report elaborato da parte del GRA sulla omogeneità dell'applicazione delle procedure di vigilanza in edilizia in regione</p>
SIAN/VET: partecipare alla formazione degli auditor e al programma di mantenimento della qualifica	Mantenimento della qualifica degli auditor formati e partecipazione di operatori SIAN/VET ad eventuali corsi per auditor organizzati dalla Regione
Partecipare al corso di sostegno alle capacità organizzativo-gestionali delle risorse umane per dirigenti, coordinatori e P.O. dei Dipartimenti di Prevenzione organizzato dall'AAS 5	Partecipazione al corso di almeno un operatore per Struttura
Partecipare al programma regionale di audit nel comparto portuale e marittimo	Avvio dell'attività di audit sui SGSL in 5 aziende operanti in ambito portuale
Diffondere le Linee guida regionali per la prevenzione dei rischi in campo estetico e del Protocollo operativo regionale di controllo per le pratiche estetiche	Publicazione delle linee guida regionali per la prevenzione dei rischi in campo estetico e del Protocollo operativo regionale di controllo per le pratiche estetiche sul sito aziendale
Attuare il Protocollo operativo regionale di controllo per le pratiche estetiche	<ul style="list-style-type: none"> - Effettuazione dei controlli nel 100% delle nuove SCIA di tatuatore e piercer - Effettuazione dei controlli nel 20% delle nuove SCIA presentate per estetista - Effettuazione dei controlli nel 10% delle nuove SCIA presentate per acconciatore

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	- Effettuazione della vigilanza sul 5% delle aziende

e agricolo secondo i parametri definiti a livello nazionale	<p>del territorio, sulla base dei riferimenti indicati dalla DCS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edilizia: svolgimento di attività di vigilanza sul 12% dei cantieri notificati nell'anno 2017. - Agricoltura: contribuire all'attività di vigilanza su 90 aziende agricole a livello regionale nel numero indicato dalla DCS, minimo 3 aziende - Predisposizione del report di attività, anche complessivo tra tutte le AAS/ASUITs, e invio dello stesso alla DCS
Realizzazione di un incontro informativo/formativo rivolto ai soggetti della prevenzione operanti nei settori edile ed agricolo.	Predisposizione del report di attività con descrizione dell'evento formativo, comprensivo del numero degli operatori formati suddivisi per categoria, ed invio dello stesso alla DCS

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, rivolti alle figure della prevenzione, finalizzati ad una maggiore conoscenza della corretta valutazione dei rischi ergonomici, al reinserimento dei soggetti patologici e all'appropriatezza e qualità delle segnalazioni di malattia professionale	Collaborazione nell'organizzazione di 2 corsi accreditati o 2 iniziative di sensibilizzazione a livello regionale
Partecipare all'avvio dell'applicazione del metodo OCCAM	Collaborazione a livello regionale nell'organizzazione dell'analisi OCCAM su una neoplasia professionale. Obiettivo dipendente dalla disponibilità dei dati INPS essenziali all'effettuazione della valutazione
Prosecuzione del programma integrato di promozione della salute dei dipendenti, che coinvolga i medici competenti, per la declinazione operativa delle azioni dell'obiettivo specifico "Progetto pilota per un programma integrato di salute e benessere dei dipendenti pubblici..." del PRP	<ul style="list-style-type: none"> - Produzione di un report sui lavoratori a rischio cardiovascolare globale - Adozione di regolamento regionale sul fumo - 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	Collaborare alla redazione di un report congiunto di attività da inviare alla DCS

Sviluppo di sistemi informativi rivolti alla dematerializzazione delle comunicazioni obbligatorie	Collaborazione a livello regionale ad uno studio di fattibilità e prima applicazione delle procedure per l'informatizzazione delle notifiche ex art. 99 del D.Lgs. 81/08
Inviare i dati di attività della Struttura Complessa Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro alla Regione per la successiva 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	Inserimento nel Database aziendale del 75% delle verifiche periodiche effettuate
Restituzione, a carico dell'IRCCS Burlo Garofolo, dei risultati della rilevazione 2017 del Progetto Okkio alla Salute ai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende	Partecipazione ad almeno un incontro relativo al progetto Okkio alla Salute
Realizzazione, con il coordinamento dell'IRCCS Burlo Garofolo e in collaborazione con i Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende del FVG, della raccolta dati periodica del progetto HBSC nelle scuole della provincia	Collaborazione all'effettuazione dello studio
Studi di sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento	Proseguire le indagini di sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento in funzione della numerosità del campione che verrà individuata 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)

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Partecipare attivamente alle attività del "Gruppo Tecnico inter- istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali "di cui al Decreto n°630/SPS del 12.08.15 finalizzato alla valutazione delle ricadute sulla salute connesse ai determinanti ambientali, comportamentali e sociali e della "Cabina di Regia" di cui al Decreto n. 695/SPS del 19.05.2017	Partecipazione del titolare o di un delegato al "Gruppo Tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali" ed alla "Cabina di Regia"
Stesura del programma di controllo regionale per garantire la tutela della salute della popolazione dalle sostanze radioattive presenti nelle acque destinate al consumo umano secondo quanto previsto dal Decreto del 2.08.2017. Valutazione preliminare dei dati disponibili di concerto con ARPA FVG e con gli Enti Gestori.	- Partecipazione alla stesura del programma - Effettuazione dei campionamenti previsti

Avvio del monitoraggio.	
<p>Conclusione, da parte degli operatori sanitari individuati come formatori, del percorso di formazione iniziato nel corso dell'ultimo trimestre del 2017 nell'ambito del progetto CCM 2015 "EpiAmbNet" (Rete nazionale di epidemiologia ambientale, valutazione impatto integrato sull'ambiente e salute, formazione e comunicazione) del Ministero della Salute.</p> <p>Nel corso del secondo semestre dovranno essere stabiliti gli obiettivi didattici ed i contenuti dei percorsi formativi che verranno realizzati a livello regionale nel 2019 e che saranno destinati ai MMG, PLS e gli altri operatori del Dipartimento di Prevenzione</p>	Partecipazione di almeno 1 operatore ai due moduli formativi previsti nel 2018
AMIANTO	
Raccogliere i dati relativi ai mesoteliomi degli ex esposti e inviarli al COR assicurando la trasmissione delle schede ReNaM	Trasmissione al COR delle schede ReNaM relative ai casi segnalati entro il 30.10.2018
Trasmissione dei dati relativi al numero dei soggetti attualmente esposti ad amianto alla DCS e al CRUA in base alle relazioni annuali compilate dalle ditte di bonifica utilizzando il MeLa Amianto	Invio alla DCS e al CRUA dell'informazione sul numero di lavoratori attualmente esposti, calcolati sulla base dei dati contenuti nelle relazioni annuali compilate dalle ditte di bonifica
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	Effettuazione dei controlli sulla base delle indicazioni regionali
<p>AAS2 "Bassa Friulana-Isontina":</p> <p>realizzare un evento formativo rivolto in particolare agli operatori dei Servizi di igiene e sanità pubblica dei Dipartimenti di prevenzione delle aziende sanitarie e dell' Arpa coinvolti nelle attività di prevenzione e controllo in materia ambientale mirato ad aumentare le conoscenze dei regolamenti REACH e CLP e delle loro interazioni con le normative di settore con la finalità di informare e assistere le imprese interessate all'uso e alla gestione delle sostanze chimiche</p>	Partecipazione dei referenti REACH della SCISP, ed eventualmente di altro personale SCISP, all' evento formativo predisposto dall'AAS2

AAS3 "Alto Friuli – Collinare – Medio Friuli": realizzare un evento formativo sui Regolamenti Reach e CLP quale ricaduta dei corsi nazionali di formazione per ispettori nei confronti dei nuovi ispettori REACH/CLP della regione FVG in fase di addestramento	Partecipazione dei referenti REACH della SCISP agli eventi formativi predisposti dall'AAS 3
--	---

3.2.15. Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive, inclusa la resistenza antimicrobica (Programma XIII PRP 2014-2018) e piano nazionale di contrasto alle resistenze antimicrobiche 2017-2018 (PNCAR)

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Adottare e applicare le Linee guida regionali per il controllo della tubercolosi e realizzare la formazione degli operatori	- Collaborazione nell'organizzazione di un evento informativo relativo alla gestione delle attività conseguenti alla segnalazione di casi di TBC a livello regionale o locale - 1 iniziativa formativa/informativa in ogni azienda
Assicurare il proseguimento delle campagne vaccinali già avviate e quelle di nuova introduzione	Miglioramento delle coperture vaccinali rispetto a quelle del 2017
Assicurare, accertato l'inadempimento dell'obbligo vaccinale, l'avvio della procedura per il recupero della vaccinazione	Adozione della procedura regionale per la gestione dei soggetti inadempienti, in carenza del licenziamento della stessa predisposizione ed adozione di una procedura aziendale che tenga conto degli indirizzi emersi negli specifici gruppi di lavoro regionale
Avvio di un processo di accreditamento dei servizi vaccinali	Evidenza di avvio del processo a valle delle specifiche indicazioni regionali
Adottare e applicare il piano regionale di sorveglianza e risposta alle arbovirosi trasmesse da zanzare	Garantire la presenza di un Medico e di un TdP agli incontri regionali
Malattie Sessualmente Trasmesse (MST)	Collaborazione con il Burlo per il completamento del PDTA sulla gestione di laboratorio delle Malattie Sessualmente Trasmesse (MST)
Resistenze antimicrobiche	
Partecipare alle attività regionali per l'individuazione del coordinatore regionale medico e veterinario e la costituzione del gruppo tecnico regionale (GTR) per l'implementazione del PNCAR. Il GTR identifica le modalità di implementazione	Partecipazione al gruppo tecnico regionale, se richiesta, per la definizione delle modalità azioni regionali identificate nel PNCRA 2018 (output: documento tecnico) e per lo sviluppo del sistema di monitoraggio del PNCAR a livello regionale.

delle azioni e costruzione il sistema di monitoraggio del PNCAR a livello regionale	
Programmi di sorveglianza delle ICA, con evidenza di monitoraggio degli indicatori regionali.	Indicatori regionali monitorati
Effettuare la Point Prevalence Survey sulle Infezioni correlate all'assistenza.	PPS effettuata Obiettivo stralciato: la PPs viene effettuata negli anni dispari
Effettuare la Point Prevalence Survey sul consumo degli antibiotici.	Report aziendale sul consumo di antibiotici Obiettivo stralciato: la PPs viene effettuata negli anni dispari
Formazione degli operatori sull'uso appropriato degli antibiotici in ospedale e nelle strutture residenziali per anziani	Almeno 1 iniziativa di Formazione Obiettivo stralciato: viene effettuata negli anni dispari
Veterinari: Censimento dei laboratori privati coinvolti nel monitoraggio e sorveglianza dell'AMR	Verrà realizzato il censimento dei laboratori privati che eseguono esami batteriologici e test di farmaco-sensibilità in Regione FVG con le modalità che saranno fornite dal gruppo tecnico regionale (GTR) per l'implementazione del PNCAR
Veterinari: Adesione al Sistema Informativo Nazionale per la completa digitalizzazione della gestione del medicinale veterinario e della ricetta elettronica	La S.C. Sanità Animale assicurerà che le aziende zootecniche siano progressivamente integrate nel sistema informatico di supporto all'attività di classificazione delle aziende sulla base di indicatori di rischio compatibilmente con l'implementazione del sistema da parte del Ministero della Salute e l'emanazione delle relative disposizioni da parte della DCS
Veterinari: Progressiva integrazione delle aziende zootecniche al sistema informatico di supporto all'attività di classificazione delle aziende sulla base di indicatori di rischio	La S.C. Sanità Animale assicurerà che le aziende zootecniche siano progressivamente integrate nel sistema informatico di supporto all'attività di classificazione delle aziende sulla base di indicatori di rischio compatibilmente con l'implementazione del sistema da parte del Ministero della Salute e l'emanazione delle relative disposizioni da parte della DCS
Veterinari: Condivisione delle Linee guida nazionali per la corretta gestione degli allevamenti di animali da reddito al fine di ridurre le prescrizioni di antimicrobici e prevenire il rischio di antibiotico-resistenza	La S.C. Sanità Animale adotterà, quando disponibili, le Linee guida nazionali per la corretta gestione degli allevamenti di animali al fine di ridurre le prescrizioni di antimicrobici e prevenire il rischio di antibiotico-resistenza
Veterinari:	La S.C. Sanità Animale recepirà ed adotterà le

Recepimento check-list ed esecuzione di audit secondo le procedure consolidate (entro il 2018).	check-list per l'esecuzione secondo le procedure consolidate. Sulla base della programmazione regionale 2018-2019 che identificherà il numero di allevamenti zootecnici (bovini, suini, pollame e pesci, esclusi i familiari), si effettuerà la valutazione di rischio in base alle check-list che verranno fornite dalla DCS. Nel 2018 la S.C. Sanità Animale realizzerà e registrerà in SICER il controllo ufficiale di farmacosorveglianza sulla base della programmazione regionale
Almeno un corso di formazione per Medici e Veterinari sul buon uso degli antibiotici l'anno per azienda sanitaria (entro il 2018)	Partecipare ad un corso di formazione regionale per Medici e Veterinari sul buon uso degli antibiotici, organizzato da AAS2.

3.2.16. Comunicazione del rischio e gestione delle emergenze	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Predisposizione di una procedura mirata all'applicazione del protocollo regionale sull'assistenza sanitaria alle persone migranti	Predisposizione della procedura e trasmissione della Procedura a <ul style="list-style-type: none"> - Prefettura - Caritas - ICS - Comuni/Servizi Sociali Comunali Report mensile trasmesso alla DCS ed alla Prefettura
Garantire la possibilità di accesso ad un ambulatorio per cure primarie per i soggetti non in regola con le norme sul soggiorno, con l'individuazione di un percorso facilitato rispetto al rilascio del codice STP/ENI (Straniero Temporaneamente Presente/Europeo Non Iscritto)	E' prevista l'attivazione di un servizio ambulatoriale
Garantire la formazione dei propri operatori sull'antimicrobial stewardship	Almeno il 25% di medici prescrittori formati
Diffondere a tutti gli operatori sanitari la reportistica regionale sulle resistenze batteriche	Report inviato in formato elettronico a tutti gli operatori sanitari coinvolti in prescrizione e somministrazione di farmaci
In applicazione del Piano generale regionale di risposta alle emergenze, definire e formalizzare l'unità di crisi aziendale	Dare evidenza della formalizzazione dell'unità di crisi aziendale e delle procedure conseguenti, in applicazione del Piano generale

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

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Garantire la partecipazione degli operatori dedicati al percorso formativo programmato a livello regionale sull'allattamento al seno	Almeno 80% operatori dedicati formati in ogni Azienda
Mantenere ed ottimizzare il sistema di rilevazione sull'allattamento al seno alla dimissione e alla seconda vaccinazione	100% schede inserite nel sistema di rilevazione regionale entro un mese dalla dimissione e dalla seconda vaccinazione
Monitoraggio delle gare di appalto di PA ed Enti già mappate nel 2016 e contributo nelle gare d'appalto in corso nel 2018 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, attraverso la collaborazione con PA ed Enti, al 5% delle gare d'appalto in corso nel 2018 nel settore della ristorazione collettiva del territorio di ASUITs
Realizzazione di corsi di formazione 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 su stili alimentari salutari per operatori sanitari della prevenzione, delle cure primarie e degli ospedali
Partecipazione alla realizzazione del terzo corso di formazione, a valenza regionale, 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	Contributo alla realizzazione del terzo corso di formazione regionale. Redazione di un report relativo alla diffusione nel territorio aziendale dei contenuti del corso regionale presso GDO, Ristorazione Collettiva e Pubblica

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	Effettuazione del 100% dei controlli previsti per gli atti di interesse della condizionalità e inserimento delle evidenze e dei 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;	<p>SCIAN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - n. 400 interventi di controllo ufficiale - n. 200 valutazioni del rischio - n. 6 audit - 100% di campioni ufficiali programmati - 6 controlli congiunti con Servizio veterinario, come da Accordo Conferenza Stato Regioni

	<p>VET B:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ottemperamento alle indicazioni della Autorità competente Regionale in tema di sicurezza alimentare per raggiungere gli obiettivi contenuti nel PRISAN 2018 (Piano regionale integrato della sicurezza alimentare e nutrizionale). - Gli interventi di controllo ufficiale (ispezione , audit e valutazioni del rischio) verranno effettuati sulla base delle indicazioni programmatiche regionali. - 100% di campioni ufficiali programmati. - 6 controlli congiunti con la SCIAN, come da Accordo in Conferenza Stato Regioni
Attuazione dell'ultimo anno del Progetto Piccole Produzioni Locali in accordo con la Direzione centrale agricoltura	<p>Informazione, nel corso di tutte le verifiche programmate (PRISAN) presso le Aziende agricole, e attraverso le Associazioni di Categoria, sul Progetto Piccole Produzioni Locali e sui corsi di formazione regionali</p> <p>Stesura di una relazione finale dettagliata di verifica Aziendale, riportante il numero di PPL registrate ed il numero di ispezioni effettuate, un'analisi critica con punti di forza e debolezza del Progetto rilevate sul territorio. La relazione riporterà altresì il dettaglio delle attività eseguite su:</p> <ul style="list-style-type: none"> - carni suine e avicunicole - carni di specie diverse - prodotti lattiero caseari dimalga - vegetali, confetture, conserve, prodotti da forno, erbe aromatiche, prodotti dell'alveare, vegetali fermentati, lumache, ecc.
Contribuire alla funzionalità del sistema informativo SICER per l'Area dell'Igiene e Sicurezza Alimentare degli Alimenti di origine animale (Area B) e SIAN, in funzione della disponibilità ed aggiornamento dello stesso, fatti non dipendenti da ASUITs	<ul style="list-style-type: none"> - Partecipazione del personale SIAN e VET B ai corsi di formazione regionali finalizzati all'acquisizione delle competenze necessarie per l'inserimento in SICER delle Notifiche e dei Controlli Ufficiali. <p>- Piena funzionalità del sistema informatico SICER al 31.12.2018</p>
Attuare il Piano regionale di monitoraggio e controllo della Malattia di Aujeszky dei suini	<p>Effettuazione dei prelievi negli allevamenti da riproduzione e, preferibilmente al macello, in quelli da ingrasso sopra i 5 capi nella coorte individuata dal Piano regionale, al fine della richiesta dello status di Regione indenne.</p>
Effettuare i controlli sul benessere animale negli allevamenti e durante il trasporto secondo le linee	<p>Effettuazione degli interventi di controllo sul rispetto del benessere animale richiesti dal PRISAN</p>

guida operative dettate dalla Task Force benessere animale, istituita con Decreto 659/SPS del 20/08/2015	2018
Attuare i controlli sull'anagrafe ovi caprina come da indirizzi LEA Ministeriali.	Effettuazione dei controlli sul 3% degli allevamenti che detengono ovini o caprini come richiesto da LEA Ministeriali.
Applicare il PRP sull'Igiene Urbana Veterinaria	Effettuazione dei controlli su tutte le strutture di ricovero e custodia della Provincia, sia convenzionate che non convenzionate, che richiederanno il rilascio o il rinnovo del nulla osta ai sensi del Decreto del Presidente della Regione 19 ottobre 2017, n. 0241/Pres.
Applicare il piano vaccinale blue tongue	Effettuazione delle vaccinazioni in tutti gli allevamenti che detengono ovini, al fine di ottenere nuovamente l'indennità

3.3. ASSISTENZA DISTRETTUALE

3.3.1. Assistenza primaria	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
<ul style="list-style-type: none"> - Prosecuzione di quanto previsto dalla legge regionale 17/2014 per l'assistenza medica primaria, in coerenza con l'AIR 2016-2018 - Attività sperimentale dello psicologo nel CAP - Avvio della sperimentazione del Fascicolo sanitario elettronico 	<ul style="list-style-type: none"> - Sviluppo della riorganizzazione della Assistenza medica primaria in coerenza con le disposizioni regionali - Evidenza dell'attività effettuata dallo psicologo nel CAP - Almeno il 15% dei MMG in ogni AAS/ASUI partecipa alla sperimentazione secondo le modalità stabilite dalla Direzione centrale salute

3.3.2. Accreditemento	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
<ul style="list-style-type: none"> - Partecipazione attiva al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti. - Partecipazione al programma di accreditamento nazionale degli organismi tecnicamente accreditanti. 	<ul style="list-style-type: none"> - ASUITS mette a disposizione i valutatori per i sopralluoghi, secondo le indicazioni della direzione centrale salute, per almeno 30 giornate. - 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, predispone la documentazione di competenza necessaria per conseguire l'accREDITamento nazionale.

3.3.3. Odontoiatria sociale	
<ul style="list-style-type: none"> - Aumento delle prestazioni LEA erogate - Prestazioni non LEA erogate - Percentuale aziendale di visite odontostomatologiche - ASUITs e Burlo Garofolo: razionalizzazione dell'offerta 	<ul style="list-style-type: none"> - Media aziendale di almeno 1,6 prestazioni/ora per odontoiatra - 200 casi di terapia ortodontica e 500 pazienti con almeno un'arcata edentula riabilitati con protesi totali, nelle sedi attivate - non superiore al 40% del totale delle prestazioni erogate (sono escluse le visite del pronto soccorso odontostomatologico) - Definizione di percorsi e competenze univoche per le prestazioni di odontoiatria pediatrica e ortognatodonzia.

3.3.4. Riabilitazione	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
<ul style="list-style-type: none"> - Attivazione a livello aziendale della rete per le 	<ul style="list-style-type: none"> - E' attivato un gruppo integrato

malattie neuromuscolari e la sclerosi laterale amiotrofica	neuromuscolare (GIN) con la finalità della presa in carico della persona con malattia neuromuscolare nell'ambito territoriale di competenza.
- Attivazione a livello aziendale del PDTA per la sclerosi multipla .	- Entro il primo semestre 2018 i pazienti con sclerosi multipla sono presi in carico con le modalità previste dal PDTA. - indicatori di verifica dell'applicazione del PDTA Sclerosi multipla: - n di pazienti presi in carico dal Centro con le modalità del PDTA - n di pazienti affetti da Sclerosi multipla presi in carico da Riabilitazione Ospedaliera e Riabilitazione territoriali - n pazienti presi ADI e ADR in continuità assistenziale - n Risonanza Magnetiche eseguite in trattamento e n. visite all'anno sulla popolazione in trattamento - - n di contatti con il medico di base e i riabilitatori (invii e lettere di relazione)
Rete neuromuscolare	
1. Implementazione del percorso diagnostico assistenziale con gestione degli eventi di criticità' per i pazienti affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA)	1.a Creazione nell'Azienda ospedaliera territoriale di un gruppo di esperti dedicati sia alla gestione del percorso di tali pazienti (GIN). Presa in carico riabilitativa per questi pazienti (n pazienti 40 per Trieste) 1.b Risultati attesi: raccolta dati dei pazienti affetti da tale patologia, creazione di una rete operative, formazione di case manager 1.c Evidenza dell'attivazione del percorso con report relative ai dati del 2018 e report di attivita'
2. Implementazione del percorso diagnostico assistenziale con gestione degli eventi di criticità' per i pazienti affetti da neuropatie autoimmunitarie e infiammatorie acute e croniche.	2.a Creazione nell'Azienda ospedaliera territoriale di un gruppo di esperti dedicati sia alla gestione del percorso di tali pazienti (GIN). 2.b Risultati attesi: raccolta dati dei pazienti affetti da tale patologia, creazione di una rete operative, formazione di case manager 2.c Evidenza dell'attivazione del percorso con report relative ai dati del 2018 e report di attivita'
3. Implementazione del percorso diagnostico assistenziale con gestione degli eventi di criticità' per i pazienti affetti da Miastenia Grave	3.a Creazione nell'Azienda ospedaliera territoriale di un gruppo di esperti dedicati sia alla gestione del percorso di tali pazienti (GIN).

	<p>3.b Risultati attesi: raccolta dati dei pazienti affetti da tale patologia, creazione di una rete operative, formazione di case manager</p> <p>3.c Evidenza dell'attivazione del percorso con report relative ai dati del 2018 e report di attivita'</p>
--	---

3.3.5. Superamento della contenzione

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Dare attuazione alla DGR n. 1904/2016	In Asuits è condivisa da tempo la pratica di abolizione della contenzione in tutti i propri servizi e anche in quelli convenzionati (RSA e strutture protette) come anche nelle polifunzionali. Nel 2018 ASUITS effettuerà analogo monitoraggio.

3.3.6. Diabete

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
1. Gestione integrata del diabete in coerenza con la DGR 1676/2015	<p>1.a Presentazione report dati attività 2017-2018 con evidenza di miglioramento.</p> <p>1.b Verranno messe in atto iniziative di incontro ed audit con MMG a livello distrettuale con l'obiettivo di presentare i dati di attività, analizzare le criticità e mettere in atto azioni di miglioramento delle stesse.</p>
2. Diabete in ospedale (DGR 1572/2017): a- Implementazione del programma regionale per la formazione del personale ospedaliero; b-organizzazione dei team ospedalieri.	<p>2.a organizzazione ed attuazione livello aziendale dei corsi di formazione rivolti al personale ospedaliero.</p> <p>2.b si procederà alla implementazione delle attività diabetologiche in ospedale rivalutando l'organizzazione del team ospedaliero, già in essere, alla luce di quanto previsto dalla DGR 1572/2017 e definendone obiettivi, ruoli e responsabilità</p>

3.3.7. Cronicità

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Implementare i PDTA sullo scompenso cardiaco	Evidenza dell'implementazione del PDTA sullo scompenso cardiaco attraverso reportistica di dati di attività

3.3.8. Assistenza protesica

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

Partecipazione ai lavori per la revisione dei percorsi di assistenza protesica e alla formazione dei professionisti sanitari .	Attuazione delle nuove modalità di erogazione dell'assistenza protesica, compresi i percorsi semplificati stabiliti dalle nuove linee guida regionali.
--	--

3.4. ASSISTENZA FARMACEUTICA E ASSISTENZA INTEGRATIVA

Assistenza farmaceutica	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Tetti spesa farmaceutica	
Per il 2018 rimangono confermati i tetti di spesa per la farmaceutica ridefiniti dalla Legge n. 232/2016 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2017 e bilancio pluriennale per il triennio 2017-2019"	<ul style="list-style-type: none"> - "tetto per la spesa farmaceutica per acquisti diretti" pari al 6,89% del FSR (farmaceutica ospedaliera, diretta e DPC) - "tetto per la spesa farmaceutica convenzionata" pari al 7,96 % del FSR.
1. Prescrittori	
<p>Sia a livello territoriale che ospedaliero le Aziende individueranno specifici obiettivi per i prescrittori, correlati a definiti indicatori di risultato, al fine di favorire l'impiego di medicinali con il miglior rapporto di costo-efficacia e prevedendo un monitoraggio periodico sull'utilizzo delle categorie dei farmaci a maggior impatto di spesa e rischio di inappropriata spesa. A tal fine le Aziende invieranno un report semestrale alla DCS con evidenza sia delle iniziative di audit e feedback adottate, sia delle azioni più significative intraprese nel corso del primo e del secondo semestre del 2018 (in particolare per oncologici, immunologici, farmaci per l'epatite C, terapie intra-vitreali, farmaci del PHT_DPC, equivalenti).</p>	<p>ASUITS invierà due report a cadenza semestrale alla DCS da cui si evincano:</p> <ul style="list-style-type: none"> - obiettivi per i prescrittori (negoziazioni) - azioni intraprese <p>In riferimento al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva ASUITS invierà comunicazioni/reportistica agli operatori sanitari (MMG, PLS, Specialisti ambulatoriali e Ospedalieri, infermieri) al fine di favorire l'utilizzo appropriato dei farmaci dal miglior rapporto costo/efficacia. Verranno individuati specifici indicatori sia a livello territoriale per i MMG (es. indicatori Osmed su depressione, PPI, EBPM, ipertensione, ipercolesterolemia, BPCO, vitamina D) che a livello ospedaliero, con particolare riferimento alle aree a maggior impatto di spesa (oncologia, oncoematologia, infettivologia, neurologia, reumatologia), che verranno discussi negli incontri di budget delle singole unità operative e periodicamente monitorati.</p> <p>E' garantito l'invio puntuale e periodico dei report personalizzati ai MMG utilizzando alcuni indicatori del rapporto Osmed AIFA 2015, della newsletter periodica di interesse farmaceutico e delle evidenze degli obiettivi AIR ai singoli MMG con evidenza personalizzata di scostamento dall'obiettivo previsto. Inoltre ASUITS si impegna affinché nelle lettere di dimissione le prescrizioni siano allineate al Prontuario Terapeutico Ospedale Territorio.</p>
2. Egas	
Egas	L'EGAS nel corso del 2018, in qualità di

	<p>aggregatore della domanda, avvalendosi delle competenze interne e anche di quelle delle Aziende sanitarie, potenzierà la capacità di coordinamento e di stesura di capitolati tecnici, al fine di perseguire un governo sulle politiche regionali di acquisto dei farmaci e dei dispositivi medici. Inoltre, in linea con le evidenze scientifiche e con i principi dell'HTA, sarà di supporto alla DCS al fine di contribuire alla realizzazione di un sistema regionale più regolato.</p>																														
<p>3. Medicinali a brevetto scaduto – indicatori AIFA-MEF</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, dovrà tendere ai valori target indicati.</p>	<p>ASUITs invierà ai MMG i grafici del costo/terapia per le categorie a maggior impatto di spesa, che non risultino già tutte a brevetto scaduto, nonché indicazioni specifiche per tutti i prescrittori, compresi quelli ospedalieri che condizionano la successiva prescrizione territoriale.</p> <p>Verranno effettuati specifici incontri con i MMG e i distretti.</p> <p>Raggiungimento dei valori riportati nella Tabella</p> <table border="1" data-bbox="815 1021 1358 1442"> <thead> <tr> <th>CLASSE</th> <th>% media FVG (gen-sett 2017)</th> <th>% target nazionale a cui tendere†</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>C08CA – derivati diidropiridinici</td> <td>90,85%</td> <td>92,10%</td> </tr> <tr> <td>C09CA - antagonisti dell'angiotensina II, non associati</td> <td>94,52%</td> <td>97,50%</td> </tr> <tr> <td>C09DA - antagonisti dell'angiotensina II e diuretici</td> <td>92,59%</td> <td>96,00%</td> </tr> <tr> <td>C10AA - inibitori della HMG COA reductasi</td> <td>80,69%</td> <td>87,00%</td> </tr> <tr> <td>G04CB - inibitori della testosterone 5-alfa reductasi</td> <td>44,70%</td> <td>57,80%</td> </tr> <tr> <td>M05BA - bifosfonati</td> <td>77,54%</td> <td>83,10%</td> </tr> <tr> <td>N03AX - altri antiepilettici</td> <td>94,50%</td> <td>98,70%</td> </tr> <tr> <td>N02CC - agonisti selettivi dei recettori 5HT1</td> <td>93,95%</td> <td>97,10%</td> </tr> <tr> <td>S01ED – sostanza beta-bloccanti</td> <td>37,71%</td> <td>41,40%</td> </tr> </tbody> </table>	CLASSE	% media FVG (gen-sett 2017)	% target nazionale a cui tendere†	C08CA – derivati diidropiridinici	90,85%	92,10%	C09CA - antagonisti dell'angiotensina II, non associati	94,52%	97,50%	C09DA - antagonisti dell'angiotensina II e diuretici	92,59%	96,00%	C10AA - inibitori della HMG COA reductasi	80,69%	87,00%	G04CB - inibitori della testosterone 5-alfa reductasi	44,70%	57,80%	M05BA - bifosfonati	77,54%	83,10%	N03AX - altri antiepilettici	94,50%	98,70%	N02CC - agonisti selettivi dei recettori 5HT1	93,95%	97,10%	S01ED – sostanza beta-bloccanti	37,71%	41,40%
CLASSE	% media FVG (gen-sett 2017)	% target nazionale a cui tendere†																													
C08CA – derivati diidropiridinici	90,85%	92,10%																													
C09CA - antagonisti dell'angiotensina II, non associati	94,52%	97,50%																													
C09DA - antagonisti dell'angiotensina II e diuretici	92,59%	96,00%																													
C10AA - inibitori della HMG COA reductasi	80,69%	87,00%																													
G04CB - inibitori della testosterone 5-alfa reductasi	44,70%	57,80%																													
M05BA - bifosfonati	77,54%	83,10%																													
N03AX - altri antiepilettici	94,50%	98,70%																													
N02CC - agonisti selettivi dei recettori 5HT1	93,95%	97,10%																													
S01ED – sostanza beta-bloccanti	37,71%	41,40%																													
<p>4. Biosimilari</p>																															
<p>Nell'ambito delle categorie di medicinali per le quali è disponibile l'alternativa biosimile dovranno essere assicurate azioni di incentivazione, appropriatezza ed efficienza per il SSR, nel rispetto del recente quadro normativo (legge n. 232/2016, art. 1, comma 407), che ha previsto specifiche direttive a cui gli Enti del SSR devono fare riferimento. A tal fine le Aziende invieranno uno specifico report semestrale alla DCS sulle attività svolte. Inoltre, in tale ambito l'EGAS fornisce agli Enti del SSR e alla DCS tutte le informazioni relative alle procedure di acquisto in forma</p>	<p>ASUITs invierà due report a cadenza semestrale alla DSC da cui si evincano le azioni messe in atto per il rispetto del recente quadro normativo. (legge n. 232/2016, art. 1 comma 407)</p>																														

riepilogativa (farmaci, prezzi, eventuali accordi quadro), secondo quanto stabilito dalla legge 232/2016.	
5. Medicinali brevetto scaduto – analisi prescrizioni	
Oltre alla promozione d'uso dei medicinali a brevetto scaduto a livello territoriale, in base a quanto rilevato nel corso del 2017, potranno essere definite ulteriori analisi a campione sulle percentuali di prescrizione di queste categorie di medicinali in dimissione da ricovero o dopo visita ambulatoriale, in tempistiche e reparti comunicati dalla Direzione centrale.	ASUITS aderirà alle richieste effettuando analisi a campione su indicazione della DCS e comunicandone gli esiti nelle tempistiche indicate.
6. Distribuzione diretta farmaci alto costo	
Nell'ambito della distribuzione diretta dei farmaci ad alto costo le Aziende eroganti danno continuità ai percorsi definiti nel corso del 2017, per consentire alle AAS di residenza del paziente la verifica dell'appropriatezza d'uso, dandone anche evidenza alla DCS.	ASUITS conferma la disponibilità allo scambio di informazioni e dati in entrata e uscita
7. Primo ciclo di terapia	
A seguito di dimissione da ricovero e/o di visita specialistica ambulatoriale dovrà essere assicurata l'erogazione del I° ciclo di terapia in distribuzione diretta sia attraverso le strutture pubbliche che private accreditate. A tal fine le Aziende invieranno alla DCS due relazioni semestrali sull'attività svolta, indicando i risultati raggiunti. Continua inoltre l'attività di distribuzione diretta nell'ambito della residenzialità, della semi-residenzialità e dell'assistenza domiciliare presso tutte le strutture afferenti alle Aziende per l'assistenza sanitaria.	<p>- Attuazione del I ciclo così come definito nei LEA e dalla DGr 12/2018</p> <p>- ASUITS darà evidenza del ricorso al I° ciclo di terapia e alla distribuzione diretta e si impegna per il massimo rispetto delle indicazioni rispetto al primo ciclo sia nelle proprie strutture che in quelle convenzionate.</p> <p>- Invio della DCS di due relazioni semestrali sull'attività svolta con i risultati raggiunti</p>
8. Farmaci aggiudicati a gara	
Farmaci aggiudicati a gara	Al fine di favorire l'impiego dei medicinali acquistati centralmente l'EGAS 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. Lo stesso Ente assicura inoltre 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.

9. Distribuzione per conto	
<p>Per i medicinali in DPC le Aziende adottano specifici monitoraggi e approfondimenti con i prescrittori in caso di elevato ricorso alla non sostituibilità, e assicurano le opportune informazioni sui medicinali di nuova autorizzazione all'immissione in commercio inseriti nell'elenco dei farmaci erogabili in DPC, temporaneamente non disponibili sulla piattaforma.</p>	<p>Relativamente ai medicinali di nuova autorizzazione all'immissione in commercio e che sono inseriti nell'elenco dei farmaci erogabili in DPC verrà attuato ogni utile percorso per evitare aggravii di costo generati dall'erogazione tramite il canale convenzionale nelle more della effettiva disponibilità di tali medicinali in DPC correlandosi con i prescrittori. Altresì verrà monitorato il ricorso alla non sostituibilità dei farmaci in DPC al fine di evitare aggravii di costi generati da un eventuale erogazione convenzionale. Indicatore: evidenza delle azioni adottate.</p>
10. Medicinali soggetti a registro AIFA	
<p>Per la prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA dovrà essere assicurata la registrazione di tutti i dati richiesti (anche con particolare riferimento ai medicinali innovativi), nel rispetto delle indicazioni autorizzate e dei criteri di eleggibilità definiti dall'AIFA, 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 continua ad assicurare il ristoro delle somme spettanti a ciascun Ente, 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).</p>	<p>I farmacisti ASUITs evadono le richieste di farmaci su registro web based o cartaceo, soltanto se correttamente compilato dal medico richiedente. Posizioni divergenti andranno sanate con i compilatori richiedenti prima della fornitura. Indicatore: Il 100% delle richieste vengono evase dopo la compilazione della richiesta web-based o cartacea. Tutti i cicli di cura conclusi sono stati processati per accedere alle procedure di rimborso (100% riscontrabile da portale AIFA)</p>
11. Farmacovigilanza	
<p>Sul versante della farmacovigilanza continuano le attività già avviate a livello regionale dalla DCS ed, in particolare, le collaborazioni con le Aziende sanitarie universitarie integrate così come indicato dalle delibere di riferimento (DGR 435/2013 e 2199/2014), assieme alle progettualità regionali e multiregionali finanziate da AIFA e oggetto di specifica convenzione. Su tali iniziative gli Enti del SSR assicurano la partecipazione dei sanitari</p>	<p>Riscontro sulla partecipazione da parte di ASUITs alle progettualità avviate dalla DCS e da parte degli operatori alle attività formative organizzate dalla stessa (report)</p>

<p>interessati e il supporto alle attività organizzative. Nel corso del 2018 sarà avviata una specifica progettualità sui temi relativi ai medicinali per il trattamento di malattie rare, anche coinvolgendo il coordinamento regionale e la rete delle malattie rare. Inoltre in corso d'anno, anche tramite un nuovo di accordo di collaborazione/convenzione con le due Aziende sanitarie universitarie integrate e con il coinvolgimento di tutte le Aziende sanitarie e gli IRCCS sarà avviata una specifica progettualità pluriennale nell'ambito delle aree di attività stabilite dalla DGR 1365/2015 volta a favorire un uso sicuro appropriato dei farmaci a livello ospedaliero e nella continuità ospedale-territorio. Il percorso formativo a distanza (FAD) avviato a fine 2017 sull'utilizzo della nuova piattaforma nazionale Vigifarmaco ed altre tematiche di farmacovigilanza resterà disponibile in più moduli formativi anche per il 2018.</p>	
<p>12. 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). Le Aziende sanitarie assicurano il raccordo tra le varie strutture aziendali coinvolte per favorire politiche di acquisto basate sulle evidenze (es. innovazioni tecnologiche) anche per i dispositivi medici.</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 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), in linea con la DGR 12/2018</p>
<p>13. Cartella oncologica</p>	
<p>La cartella oncologia informatizzata dovrà essere implementata relativamente ai campi: diagnosi/sede, protocollo/farmaco, stadiazione con un grado di completezza pari ad almeno il 95%</p>	<p>ASUITs: 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>

dei pazienti (due rilevazioni sulla completezza della compilazione: al 30.06.2017 e al 31.12.2017).	
14. Logistica centralizzata	
Logistica centralizzata	Per le Aziende servite dalla logistica centralizzata, la copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM dovrà essere garantita per il 90% 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.
15. 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% di tutti i pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive, prevedendo azioni mirate di sensibilizzazione dei prescrittori all'utilizzo dello strumento nelle categorie di medicinali per i quali si osserva un ricorso prevalente al PT cartaceo (es antidiabetici). Le Aziende assicurano inoltre il controllo dei piani terapeutici ed il rispetto delle note limitative AIFA, favorendo l'implementazione di tale sistema informatizzato.	Indicatore: ASUITs, che non si serve ancora della logistica centralizzata, persegue la prescrizione informatizzata dei piani terapeutici in almeno il 50% di tutti i pazienti che necessitano di tali medicinali Indicatore: Saranno assicurati il monitoraggio e informatizzazione dei piani terapeutici ed il rispetto delle note limitative AIFA.
16. Flussi informativi – LEA ministeriali	
Le Aziende sanitarie, ai fini degli adempimenti LEA ministeriali, assicurano, per il tramite dei responsabili individuati per la tematica, l'implementazione, le verifiche ed i controlli di congruenza dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali <u>entro il 10 di ogni mese</u> , utilizzando la reportistica a disposizione sul portale SISSR (mancati invii, prezzi medi, revocati, ecc), con particolare riferimento ai disallineamenti derivanti da possibile mancato invio. 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 va inoltre inserito a sistema il codice targatura. Relativamente ai	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>nuovi adempimenti LEA ministeriali saranno avviati specifici percorsi con le Aziende e con l'EGAS, al fine di provvedere alle verifiche sulla congruità dei dati trasmessi, ognuno per la parte di propria competenza.</p>	
<p>17. Flussi informativi – eventuali approfondimenti</p>	
<p>Sempre con riferimento ai flussi informativi, le Aziende e l'EGAS danno riscontro ad eventuali approfondimenti richiesti dalla Direzione Centrale, anche su istanza Ministero della Salute, entro 15 giorni dalle comunicazioni. Sui flussi potranno essere fornite ulteriori indicazioni anche in base ai cambiamenti derivanti dall'introduzione di nuovi adempimenti LEA.</p>	<p>ASUITS darà riscontro ad eventuali approfondimenti richiesti dalla Direzione Centrale entro la tempistica richiesta</p>

3.5. ASSISTENZA SOCIO SANITARIA

3.5 L'integrazione socio sanitaria e la programmazione integrata	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>attuare la pianificazione locale congiunta tra l'AAS 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 socio sanitaria in ciascun ambito territoriale per l'anno 2018, in continuità con il percorso iniziato nel 2013. - 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 - Monitoraggio periodico

3.5.1. Anziani non autosufficienza	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Processo di riclassificazione delle strutture residenziali per anziani già funzionanti	
<p>ASUITS si impegna a: quanto previsto dalle modifiche apportate al titolo X del D.P.Reg. 144/2015, in particolare</p>	<ul style="list-style-type: none"> - supportare la Regione nella valutazione delle domande di nuova classificazione presentate dagli enti gestori delle strutture residenziali ai fini del rilascio del parere di ammissibilità della domanda; - rilasciare le nuove autorizzazioni all'esercizio entro 90 giorni dalla formulazione del parere di ammissibilità della domanda da parte della Regione; - avviare un percorso di accompagnamento alle Residenze per anziani ri-autorizzate all'esercizio, per il monitoraggio e la verifica degli adempimenti e adeguamenti previsti per il livello di nuova classificazione rilasciato. <p>Inoltre ASUITS si impegna a costituire una commissione aziendale (Dipartimento di Prevenzione, Distretti) al fine di uniformare su tutto il territorio provinciale le verifiche previste delle residenze per anziani.</p>
Sistema di VMD Val.Graf. FVG	
<p>Sistema di VMD Val.Graf. FVG</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 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.

	<p>- La valutazione viene già effettuata da un'équipe multiprofessionale distrettuale. A conclusione del processo di riclassificazione e del rilascio dei nuovi atti autorizzativi, ASUITS provvederà a svolgere tale attività valutativa ai fini dell'ingresso degli utenti in tutte le residenze per anziani non autosufficienti, comprese quelle non convenzionate, in conformità a quanto previsto dall'art 23 del DPR 144/2015.</p> <p>- Una volta concluso il processo di riclassificazione sarà avviato un percorso di accompagnamento alle residenze per anziani ri-autorizzate all'esercizio, per la valutazione dei bisogni delle persone già accolte in struttura attraverso l'utilizzo del sistema di VMD Val.Graf.-FVG, in particolare nelle residenze per anziani non autosufficienti non convenzionate.</p>
Nuovi convenzionamenti	
Nuovi convenzionamenti	<p>- ASUITS prevede di aumentare il numero di posti letto convenzionabili di 127 unità, in modo graduale verso con quanto previsto dalla DGR 672/2015.</p> <p>- ASUITS procederà alla stipula degli accordi contrattuali per l'assegnazione dei suddetti posti aggiuntivi secondo le indicazioni e i criteri di priorità che verranno definiti e comunicati dalla Regione.</p>
Introduzione nuovo sistema di finanziamento	
Introduzione nuovo sistema di finanziamento	<p>a) Contributo abbattimento retta Si continua a riconoscere agli anziani non autosufficienti che occupano un posto letto convenzionato il contributo per l'abbattimento della retta nella misura prevista dalla normativa ad oggi vigente, sia per la quota fissa (€ 16,60 die/pl convenzionato in Residenze protette e ad utenza diversificata; € 13,28 die/pl convenzionato in Residenza polifunzionale di fascia A) che per la quota variabile legata all'ISEE (cfr. DGR 1282/2010).</p> <p>b) Riconoscimento oneri sanitari attraverso convenzionamento Si provvede a definire le condizioni amministrative e organizzative per adottare, entro il 30.06.2018, il</p>

	<p>modello tipo di convenzione che sarà indicato dalla Regione per regolare in modo uniforme su tutto il territorio regionale i rapporti tra Azienda e enti gestori.</p> <p>In particolare, i nuovi rapporti convenzionali dovranno prevedere che a tutte le residenze per anziani già convenzionate sia riconosciuto:</p> <p>1) un rimborso per gli oneri sanitari sostenuti per l'assistenza infermieristica e riabilitativa pari ad almeno:</p> <ul style="list-style-type: none"> - € 10 die/pl convenzionato in Residenza protetta o ad Utenza diversificata; - € 8 die/pl convenzionato in Residenza polifunzionale di Fascia A. <p>2) un rimborso forfettario per coordinamento infermieristico, gestione rifiuti speciali e trasporti sanitari pari ad almeno 120 euro annui per posto letto convenzionato.</p>
Monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani	
Monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani	<ul style="list-style-type: none"> - prosegue nelle attività di verifica e approfondimento dei percorsi avviati negli anni precedenti e realizzerà almeno due visite di audit approfondite per ciascun distretto. - provvederà a redigere e trasmettere alla Direzione Centrale Salute entro il primo semestre del 2018, una dettagliata relazione illustrativa delle attività di monitoraggio e promozione della qualità svolte nell'anno precedente.
Flussi e sistemi informativi	
Flussi e sistemi informativi	<ul style="list-style-type: none"> - monitora, verifica ed eventualmente sollecita l'utilizzo sistematico dello strumento di VMD Val.Graf,-FVG e dei sistemi informativi e-GENeSys e SIRA-FVG, anche alla luce di quanto previsto dal DPRReg. 144/2015 per le strutture residenziali che verranno ri-autorizzate per non autosufficienti a seguito del processo di riclassificazione. - L'Azienda si doterà, inoltre, di una Lista Unica d'Attesa (LUA) nella quale inserire le persone anziane che richiedono un inserimento presso una Residenza per anziani non autosufficienti e per le quali il Distretto ha verificato l'appropriatezza della richiesta salvo il fatto che i criteri per la determinazione dei punteggi per l'inserimento in graduatoria vengono definiti dalla Regione.

	- ASUITS provvede ad assolvere i debiti informativi verso la Regione sulla base delle richieste e indicazioni fornite dalle Regione stessa.
Sperimentazioni "Abitare possibile" e "Domiciliarità innovativa"	
Sperimentazioni "Abitare possibile" e "Domiciliarità innovativa"	- ASUITS sostiene e incentiva lo sviluppo delle sperimentazioni "Abitare possibile" e "Domiciliarità innovativa" di cui alla DGR 671/2015 e DGR 2089/2017 attivate nel proprio territorio aziendale. - in conclusione di esercizio 2017 ASUITS ha siglato due accordi di partenariato con l'UTI Giuliana al fine di sperimentare l'"Abitare possibile" e la "Domiciliarità innovativa". Nel 2018 tale attività verrà consolidata.
Sperimentazione screening popolazione anziana fragile e servizio telesoccorso	
Sperimentazione screening popolazione anziana fragile e servizio telesoccorso	- garantisce la revisione delle modalità di presa in carico delle persone per le quali attivare il servizio di telesoccorso, partecipa alla definizione di un protocollo di intervento per lo screening della popolazione anziana in condizione di fragilità da realizzarsi in via sperimentale, individua e comunica alla Direzione Centrale (Servizio Integrazione Sociosanitaria) entro il 31 marzo 2018 il nominativo e recapito del referente per la sperimentazione
Pronto intervento residenziale	
Pronto intervento residenziale	- avvisa con i Comuni/Servizi Sociali Comunali un confronto sulla problematica delle persone in fase di riabilitazione che presentano oggettive difficoltà ad un rientro immediato nel proprio domicilio.
Piano demenze	
Piano demenze	- partecipa all'attuazione del "Piano nazionale demenze - Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze" (accordo n. 135 del 30 ottobre 2014) secondo le indicazioni individua e comunica alla Direzione Centrale entro il 31 marzo 2018 il nominativo e recapito del referente sulla tematica,ni e programmi che verranno definiti dalla Regione - Nell'ambito delle attività congiunte con il

	Comune di Trieste, l'Università degli Studi di Trieste e la SISSA, ASUITs, per quanto normato e di competenza, partecipa attivamente all'avvio di un Centro Diurno sperimentale presso il padiglione Ralli, per la gestione delle patologie demenziali degenerative e alle attività connesse di supporto ai caregiver.
--	--

3.5.2. Disabilità	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Al fine di avviare un percorso di maggior responsabilizzazione dei servizi sanitari nella presa in carico delle persone accolte nei servizi residenziali e semiresidenziali con particolare attenzione al problema delle comorbidità psichiatriche per quanto riguarda la disabilità intellettiva, in linea con i più recenti orientamenti scientifici e culturali e con gli indirizzi normativi nazionali (LEA) e internazionali (Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità), ASUITs nel 2018 provvederà:	<ul style="list-style-type: none"> - alla valutazione per gli aspetti sanitari di almeno l'60% degli utenti dei servizi residenziali e semiresidenziali per persone con disabilità, secondo le modalità approvate dalla Regione; - alla sperimentazione tariffaria in applicazione del DPCM 12 gennaio 2017 nelle strutture operanti in convenzione ex art. 26 L. 833/78 della Comunità Piergiorgio – ONLUS e per la gestione dei servizi socioassistenziali residenziali e semiresidenziali per disabili gravi e gravissimi di cui all'articolo 9 comma 18 della legge regionale 4 agosto 2017, n. 31; - alla formalizzazione di un accordo con gli Enti gestori dei servizi di cui all'articolo 6, comma 1, lettere e), f), g) e h), della legge regionale 41/96, che espliciti le modalità di coinvolgimento dei DSM nella valutazione e presa in carico delle persone adulte con disabilità intellettiva o disturbi dello spettro dell'autismo. - per quanto di competenza, alla definizione delle quote di compartecipazione attraverso quanto indicato nel DPCM 12 gennaio 2017.
Fondo gravissimi	
In base al regolamento emanato con DPR 247/2009 ASUITs, in collaborazione con i Comuni	- ASUITs garantisce le attività di accertamento e segnalazione dei casi di gravissima disabilità fornendo alla Direzione Centrale tutta la documentazione necessaria alla valutazione selettiva.
Fondo SLA	
Fondo SLA	- secondo quanto previsto dal regolamento emanato con DGR 1692/2002, per l'anno 2018 ASUITs continua l'attività di valutazione, raccolta di documentazione e segnalazione dei nuovi casi

	<p>di SLA e dei casi per i quali si è riscontrato un aggravamento, fornendo all'Area Welfare tutta la documentazione necessaria alla valutazione selettiva, coordinando tali attività con quelle previste dalla DGR 817/2017</p> <p>- in raccordo con i Comuni/Servizi Sociali Comunali, si impegna, per quanto di competenza, di definire un'adeguata risposta sul territorio ai bisogni residenziali di questo target di utenza e nel contempo definire le quote di compartecipazione attraverso quanto indicato nel DPCM 12 gennaio 2017.</p>
Vigilanza servizi semiresidenziali e residenziali sociosanitari destinati a persone con disabilità	
<p>Nelle more della revisione del sistema di regolamentazione dei servizi residenziali e semiresidenziali destinati all'accoglimento delle persone con disabilità, ASUITS prosegue le attività di vigilanza e controllo dei servizi succitati. Tale funzione è esercitata periodicamente o su iniziativa in caso di specifiche segnalazioni o ogni qualvolta ne venga ravvisata la necessità.</p>	<p>- si impegna a garantire l'attività di vigilanza e controllo su almeno il 30% dei servizi/strutture collocati sul territorio di competenza.</p>
Dopo di noi	
<p>Al fine di garantire gli interventi previsti dal DM 23 novembre 2016 "Requisiti per l'accesso alle misure di assistenza, cura e protezione a carico del Fondo per l'assistenza alle persone con disabilità grave, prive del sostegno familiare, nonché ripartizione alle Regioni delle risorse per l'anno 2016"</p>	<p>- ASUITS partecipa attivamente alla definizione dei percorsi relativi all'abitare inclusivo previsti dalla Legge n. 112 del 22 giugno 2016 "Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare" e dalla DGR n. 1331 del 17 giugno 2017 che la recepisce.</p>
Autismo	
<p>Partecipazione dei referenti aziendali al Tavolo tecnico sull'autismo</p>	<p>- Evidenza partecipazione</p> <p>- Non appena emanate le Linee di indirizzo, ASUITS avvia specifici percorsi rivolti alla presa in carico di questo target di utenza, con particolare riferimento alla fase preadolescenziale, adolescenziale ed adulta.</p>

3.5.3. Minori

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Proseguimento delle attività socio sanitarie integrate in tema di minori e di contrasto alla istituzionalizzazione all'interno dei tavoli 5.1, 5.2 e	<p>Entro il 31/12/2018:</p> <p>- formazione congiunta sui percorsi di presa in carico integrata dei minori con presentazione della</p>

<p>4 al fine di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ridurre del 50% della media degli ultimi tre anni il numero di minori inseriti in strutture residenziali di accoglienza con sede fuori regione; - riportare il 10% dei minori inseriti in comunità fuori regione nelle comunità regionali; <p>introdurre il budget personalizzato, quale strumento funzionale alla realizzazione di percorsi di presa in carico dei minori che favoriscano il loro accoglimento in strutture di accoglienza della regione.</p>	<p>Scheda di Progetto Condivisa</p> <ul style="list-style-type: none"> - messa a punto e sperimentazione della Scheda di Progetto Condivisa per la presa in carico dei minori (Procedure Comuni) <p>monitoraggio del carico di lavoro integrato (minori in carico domiciliare semiresidenziale residenziale, anche fuori regione).</p>
--	---

3.5.4 Salute mentale	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Età adulta	
1. Miglioramento dell'integrazione tra cure primarie e specialistiche con particolare riferimento alla presa in carico dei disturbi mentali comuni.	1. Evidenza di percorsi integrati tra cure primarie e DSM e di interventi formativi.
2. Definizione di un percorso aziendale congiunto (NPIA, DSM, PLS e MMG) per la definizione della fase di transizione delle cure dai servizi per l'età evolutiva ai servizi per l'età adulta	2. Evidenza di percorso aziendale congiunto NPIA, DSM, PLS e MMG) per la definizione della fase di transizione delle cure.
Età evolutiva	
1. Attivazione delle NPIA aziendali in coerenza con i provvedimenti aziendali.	1. NPIA attivate nelle Aziende.
2. Avvio delle attività dei Centri diurni NPIA	2. Evidenza avvio attività.
3. Predisposizione di percorsi codificati e concordati tra le varie strutture coinvolte (Servizi NPIA, PS/Medicina d'Urgenza, reparti di Pediatria, DSM, servizi per le dipendenze, servizi di Emergenza Urgenza con indicazione di: reparto di accoglienza, percorso diagnostico terapeutico e di continuità assistenziale con le NPIA territoriali, responsabilità di presa in carico, modalità di interazione tra DSM e NPIA nel caso di minori in età adolescenziale.	3. Evidenza dei percorsi formalizzati.

3.5.5 Disturbi del comportamento alimentare	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Messa a regime degli ambulatori DCA con la disponibilità di equipe funzionale (DGR 668/2017)	Operatività degli ambulatori DCA con disponibilità di equipe funzionale

Operatività dei Centri Diurni presso ASUITS/Burlo/AAS2 (previo Accordo)	Evidenza dell'operatività dei Centri diurni attraverso invio di report di attività
---	--

3.5.6. Cure palliative e terapia del dolore	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
1. Implementazione del personale al fine di garantire l'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)	1.a. Entro giugno 2018: implementazione degli operatori delle equipe cure palliative 1.b. Dicembre 2018: Assistenza garantita h 24 7 giorni su 7
2. L'accesso alla rete delle cure palliative è effettuato con i criteri approvati dal coordinamento regionale.	2. Secondo semestre 2018 verranno adottati i criteri di accesso alla rete delle cure palliative.
3. Gli accessi di assistenza domiciliare per cure palliative sono registrati nel sistema informativo con codifica ICD9.	3.a primo semestre 2018: adozione di applicativo informatico idoneo alla registrazione ed elaborazione dei dati 3.b Secondo semestre 2018: Gli accessi domiciliari per cure palliative riportano sempre, oltre la codifica della malattia principale, la codifica V 66.7 (cure palliative)
4. Tempistica di presa in carico dalla rete di cure palliative: Suddividere il numero di pazienti presi in carico 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.	4. Secondo semestre 2018: 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. Secondo semestre 2018 : CIA Superiore o uguale a 0,3
6. Percentuale di malati oncologici, presi in carico dalle equipe delle cure palliative, deceduti fuori da ospedale	6. Secondo semestre 2018: uguale o superiore al 75%
7. Criteri di priorità della visita algologica	7. Entro il I semestre 2018 sono adottati i criteri di priorità della visita algologica
8. Entro il 2018 il sottogruppo di terapia antalgica del coordinamento regionale	8. Partecipazione all'elaborazione della proposta

presenta una proposta di codifiche ambulatoriali e di ricovero di terapia antalgica uniforme su tutto il territorio regionale	
9. Monitoraggio dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni di terapia del dolore in tutti i setting assistenziali	9. Trasmissione report alla Direzione centrale salute
10. Attivazione della reperibilità algologica nelle ASUI e AAS sedi di centro Hub	10. Entro il 2018 i centri hub assicurano reperibilità algologica h 24 7 giorni su 7

3.5.7. Consultori familiari

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Implementazione del percorso gravidanza fisiologica a gestione ostetrica	Evidenza dell'attivazione del percorso
Implementazione dell'offerta della visita domiciliare ostetrica in puerperio	Evidenza del servizio attraverso report con dati relativi al 2018
Implementazione di percorsi aziendali per la donna in età post fertile	Evidenza dei percorsi attraverso report di attività

3.5.9. Superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari	<p>L'ASUITS promuove un evento formativo, in partnership con il Coordinamento nazionale REMS, in cui si presenta la situazione attuale delle REMS affrontando gli aspetti relativi ai percorsi clinico –assistenziali ed ai profili di cura che i DSM sono capaci di esprimere per le persone accolte nelle REMS.</p> <p>Il personale del gruppo REMS è impiegato nei servizi di salute mentale territoriali dell'ASUI di Trieste, in maniera flessibile, qualora la funzione REMS non sia attiva, nella presa in carico di persone a rischio di esclusione, deriva sociale o con percorsi giudiziari già attivi.</p>

3.5.10. Dipendenze

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
1. Collaborazione con l'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze.	<p>1.1 Partecipazione dei referenti del gruppo tecnico operativo ad almeno il 70% delle riunioni indette dall'Osservatorio sulle Dipendenze.</p> <p>1.2 Invio e validazione dei dati per i flussi informativi regionali raccolti dell'osservatorio.</p>

	1.3 Rendicontazione delle azioni previste dal Piano operativo GAP 2017.
2. Partecipazione al tavolo tecnico di confronto regionale con il terzo settore sui trattamenti alcolici.	2. Partecipazione dei referenti Aziendali dei trattamenti alcolici ad almeno il 70% delle riunioni indette.
3. Promuovere e aumentare il numero di programmi terapeutico riabilitativi in misura alternativa alla detenzione per detenuti con dipendenza patologica ed i messi alla prova.	3.1 Partecipazione alla realizzazione di una formazione a valenza regionale sulle misure alternative e messi alla prova. 3.2. Aumento delle misure alternative e messi alla prova
4. Partecipazione ai tavoli di monitoraggio sugli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale.	4. Report con l'esito di almeno 3 indicatori di outcome relativi agli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale.
5. Monitoraggio degli esiti dei trattamenti in capo al SSR per rispondere alle problematiche relative alla dipendenza.	5. Report con l'esito di almeno 3 indicatori di outcome relativi all'esito dei trattamenti in capo al SSR per rispondere alle problematiche relative alla dipendenza.

3.6. PROGETTI CLINICO ASSISTENZIALI

3.6.1. Insufficienze d'organo e trapianti	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Cuore	
Cuore	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avvio dei lavori della rete con formalizzazione di almeno 1 percorso assistenziale che definisca anche specifici indicatori di esito. 2. Utilizzo presso il Centro trapianti di almeno l'85% degli organi prelevati in regione (diretti o in scambio con altre regioni). 3. ASUITS si impegnerà per la riduzione del tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti di 50-74 anni, portandolo sotto il valore di 200 (valore medio regionale 2016 di 208,20 – fonte Bersaglio), tenendo conto che il dato attuale è di 226,14 (dato regionale ottobre 2017). Va però detto che, da una recente analisi specifica condotta emerge che gli under 75enni con diagnosi di scompenso risultano per lo più essere ricoverati in Cardiologia e oggetto di pratiche interventistiche, quindi il dato sembra difficilmente comprimibile. Più realistico sembra invece l'intervento sugli ultra 75enni che vengono ospedalizzati nei reparti di medicina per lo più per procedure assistenziali diagnostiche.
Fegato	
Fegato	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formalizzazione di almeno 1 percorso assistenziale a valenza regionale. 2. Potenziamento del programma Trapianti di Fegato con: 3. Iscrizione in lista trapianto, presso il centro trapianti dell'ASUIUD, di almeno 40 pazienti nell'anno 2018 equamente distribuiti fra le AAS/ASUI in base alla popolazione residente (ASUITS 8, AAS2 8, AAS3 6, ASUIUD 8, AAS5 10). 4. Mantenimento e possibilmente ampliamento dei volumi di presentazione per potenziale inserimento in lista trapianto da parte del Centro Patologie del Fegato di ASUITS
Pancreas	
Pancreas	Riduzione del tasso di amputazioni maggiori per diabete portandolo per tutte le AAS/ASUI al di

	sotto di 28 casi per milione di residenti (valore medio regionale 2016 di 30,19 x milione – fonte Bersaglio)
Polmone	
Polmone	<ol style="list-style-type: none"> 1. Per quanto attiene alla riduzione del tasso di ospedalizzazione per BPCO portandolo per tutte le AAS/ASUI al di sotto del 52 per 100.000 residenti di 50-74 anni (valore medio regionale 2016 del 54,25 per 100.000 residenti – fonte Bersaglio) 2. Formazione di 3 infermieri per ogni distretto sanitario per la gestione integrata con le Pneumologie di riferimento dell'ossigenoterapia domiciliare; 3. Formazione di 2 fisioterapisti per distretto, da parte delle Pneumologie di riferimento, finalizzata alla riabilitazione respiratoria ambulatoriale e domiciliare; 4. Definizione, in collaborazione tra Distretti, MMG e Medicina e Pneumologia Ospedaliera di un percorso specifico per i pazienti con BPCO a rischio riacutizzazione e per le problematiche respiratorie da seguire a livello territoriale.
Rene	
Dialisi peritoneale	<ol style="list-style-type: none"> 1. Potenziamento della dialisi peritoneale, dei trapianti e dell'emodialisi domiciliare con l'obiettivo di ridurre i pazienti in emodialisi presso i centri dialisi al di sotto del 50% del totale (trapiantati + emodializzati + in dialisi peritoneale) (valore regionale 2016 55,71%).
Trapianti rene	<ol style="list-style-type: none"> 1. Potenziamento del programma Trapianti di rene con: <ol style="list-style-type: none"> a. evidenza della presenza dei dati a sistema (G2) propedeutici al monitoraggio dei tempi di iscrizione in lista di trapianto in accordo con quanto definito nel PDTA trapianto di rene ASUITS sta utilizzando da dicembre le "prestazioni" inserite da INSIEL per consentire la registrazione dei tempi della immissione in lista in lista di trapianto (T0 in primis). b. riduzione dei Tempi di iscrizione in lista trapianto (differenza tra inserimento in donor manager T3 e raccolta del consenso all'avvio dell'iter per l'inserimento in lista T0 < 6 mesi)

	<p>almeno nel 75% dei casi che hanno dato il consenso) Finora i tempi di immissione in lista sono sempre stati contenuti. Lo sforzo maggiore è quello di mantenere una lista di pazienti in attesa di trapianto il più possibile "folta" nonostante la elevata attività di trapianto.</p> <p>2. Per il 2018 si possono prevedere 3 trapianti da donatore vivente</p>
Tessuti oculari	
Tessuti oculari	<p>1. Potenziamento del programma di donazione cornee (+ 10% delle donazioni del 2017).</p> <p>2. Aumento del numero di trapianti di cornea ad almeno 110 in Regione per il 2018 (dato 2016 = 96)</p>
Donazione d'organi e altri tessuti	
Donazione d'organi	<p>1. Formalizzazione del protocollo per prelievo d'organi da paziente con accertamento del decesso con criteri cardiologici, attraverso l'attuazione d'incontri periodici con il Centro Regionale Trapianti(CRT) finalizzati a garantire la piena operatività dell'equipe medico-infermieristica multidisciplinare basata su figure professionali coinvolte nell'Area Critica (rianimatori, cardiologi, cardiocirurghi, medici sistema 118, Pronto Soccorso e Sale Operatorie).</p>
Donazione tessuti	<p>2. Formalizzazione del protocollo per la donazione multi-tessuto. Attraverso l'esperienza maturata nella gestione di precedenti prelievi di tessuto in accordo con il Centro Regionale Trapianti (CRT), si provvederà alla stesura di un protocollo ASUITS per la donazione multi-tessuto che vedrà coinvolte le figure professionali medico-infermieristiche impegnate in tale processo (rianimatori, medici sistema 118, chirurghi, sale operatorie, Banca dei Tessuti).</p>

3.6.2. Emergenza urgenza

Obiettivo	Risultato atteso:
Ictus	
Ictus	<p>1. Ictus- Aumento dell'attività di Trombolisi endovenosa: il target richiesto 2017 per ASUITS è di 100 interventi e le proiezioni regionali stimano</p>

	<p>per ASUITS l'effettuazione di 151 procedure nel 2017. L'impegno per il 2018 è di mantenere l'attività su questi livelli. Inoltre nel 2018 saranno effettuate almeno 15 trombectomie.</p> <p>2. Misurazione dei tempi intercorrenti fra <i>triage in pronto soccorso, allertamento-TAC e TAC-trombolisi venosa</i> (implementazione dei campi informatici necessari a elaborare i dati specifici. ASUITS ha una performance leggermente superiore al target e si impegna a raggiungerlo nel corso del 2018.</p> <p>3. Presenza nella documentazione clinica della scala Barthel Index e della Rankin Scale modificata, compilata all'ingresso e all'uscita di ogni setting assistenziale (almeno l'85% degli episodi di ricovero con DRG 14 o codici ICD-9-CM relativa a: 430.x, 431.x, 432.x, 433.x1, 434.x1, 436.x, 437.3, 438.x, 784.3 (afasia) - periodo di misurazione tutto l'anno 2017). ASUITS effettua correttamente la registrazione in entrambe le scale anche se non ancora con strumento informatico dedicato.</p> <p>4. Comunicazione alla cittadinanza: produzione di un opuscolo/volantino da mettere a disposizione nelle sale d'attesa dei MMG e degli ambulatori specialistici per informare la popolazione sui segni/sintomi da non sottovalutare per anticipare la chiamata di soccorso e rendere tempestivi gli interventi terapeutici in caso di ictus.</p>
Pronto soccorso ed urgenza emergenza	
Pronto soccorso ed urgenza emergenza	<p>1. 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 2016 del 64,06% - fonte Bersaglio)</p> <p>2. 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 2016 del 76,82% - fonte Bersaglio)</p> <p>Il Pronto Soccorso è oggetto di forte rivisitazione nelle sue procedure (percorsi brevi, ruolo del triage, riduzione delle consulenze, eccetera) e, assieme ai Distretti, sta procedendo a contatti operativi con le strutture di residenzialità per evitare accessi</p>

	<p>inutili che ovviamente hanno forte impatto sui tempi di attesa dei codici bassi. ASUITS quindi è prioritariamente impegnata sulla questione non sottovalutandone l'importanza.</p> <p>3. Revisione e confronto interaziendali della gestione clinica per 5 eventi patologici acuti frequenti.</p>
Emergenze cardiologiche	
Emergenze cardiologiche	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avvio dei lavori della rete con formalizzazione 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 (implementazione dei campi informatici necessari a elaborare i dati specifici). 3. Comunicazione alla cittadinanza: produzione di un opuscolo/volantino da mettere a disposizione nelle sale d'attesa dei MMG e degli ambulatori specialistici per informare la popolazione sui segni/sintomi da non sottovalutare per anticipare la chiamata di soccorso e rendere tempestivi gli interventi terapeutici in caso di infarto. ASUITS si propone altresì di organizzare un ciclo di eventi educazionali nelle scuole di II e III grado finalizzato all'educazione di comunità alla rianimazione cardiopolmonare nell'arresto cardiaco.
Trauma	
Trauma	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trattamento della Frattura di femore entro 48 H in almeno il 70% (hub) o 80% (spoke) dei casi trattati dal presidio ospedaliero (media regionale 2016 del 71,77% - fonte PNE) ASUITS si impegna a mantenersi sopra lo standard assegnato (rilevazione regionale ottobre 2017 75,39%) 2. Degenza media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – ricoveri urgenti riduzione e/o mantenimento al di sotto di 1,5 gg (criterio Bersaglio C5.18.1) 3. Attesa media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – accessi in PS e ricoveri programmati (Riduzione del 20% rispetto all'anno 2017 (criterio Bersaglio C5.18.2) 4. ASUITS si impegna a elaborare un percorso di approccio al paziente con frattura vertebrale

	coinvolgendo gli operatori del soccorso territoriale, il Pronto Soccorso, la Neurochirurgia, l'Ortopedia e la Radiologia.
--	---

3.6.3. Reti di patologia	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Malattie rare	
Malattie rare	<ol style="list-style-type: none"> 1. Produrre entro il 31 dicembre 2018 almeno 1 percorso assistenziale, oltre a quello previsto per il 2017; 2. Alimentare il registro regionale di cui al DM 279/2001 (aggiornamento dati del registro con inserimento del 100% dei casi in prevalenza al 30 novembre 2018 e pulizia dei casi che sono usciti dal sistema)
Malattie reumatiche	
Malattie reumatiche	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoraggio dell'applicazione dei percorsi assistenziali già formalizzati; 2. Evidenza, nel sito aziendale di ASUITS dei medici reumatologi; 3. Elaborazione dei percorsi assistenziali per l'artrite psoriasica e per l'artrite reumatoide. 4. Imputazione su apposita scheda G" clinico delle informazioni richieste all'atto della prescrizione dei farmaci biologici, secondo le indicazioni fornite dalla DCS
Insufficienza cardiaca cronica	
Insufficienza cardiaca cronica	- avvio dei lavori della rete con formalizzazione di almeno 1 percorso assistenziale che definisca anche specifici indicatori di esito.

3.6.4. Materno-infantile e percorso nascita	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Materno-infantile e percorso nascita	ASUITS garantirà la partecipazione del suo referente ai tavoli regionali coordinati da IRCCS Burlo Garofolo per la riorganizzazione della rete pediatrica regionale e sarà garantita l'implementazione del percorso della gravidanza fisiologica con la responsabilizzazione delle ostetriche.

3.6.5 Sangue ed emocomponenti	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Sangue ed emocomponenti	<ul style="list-style-type: none"> - autosufficienza per le donazioni di sangue, con l'obiettivo di raggiungere almeno valori medi ottenuti negli anni 2016-2017, come stabilito dal documento di programmazione regionale concordato con il Coordinatore Regionale Sangue e redatto secondo le Linee di gestione 2018 - raccolta di plasma, aderiremo all'accordo di programmazione del Coordinatore Regionale Sangue che prevede la raccolta di plasma di almeno 26500 kg. Il DIMT contribuirà alla raccolta con una quota del 25% - promuovere nell'ambito dei COBUS, il monitoraggio dell'appropriatezza delle richieste trasfusionali con valutazione finale dei risultati e relative azioni correttive entro dicembre 2018. - Continueremo a promuovere (come facciamo già da diversi anni) l'adozione diffusa (anche presso l'IRCCS Burlo Garofolo e Gorizia e Monfalcone) delle richieste via web al fine di migliorare la sicurezza della trasfusione.
3.6.6 Erogazione dei livelli di assistenza	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Tasso di ospedalizzazione	- Il vincolo del tasso di ospedalizzazione di ogni Azienda è fissato al 122,5 per mille e ciò significherebbe una riduzione di 3582 ricoveri di residenti triestini (stima a novembre 2017).
Ricoveri Day hospital per acuti con finalità diagnostica	Riduzione dei numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica, ricorrendo anche ad un maggiore utilizzo del day service, portando la percentuale al di sotto del 28% per gli adulti e del 42% per i pediatrici (valore medio regionale del 2016 di 32,88% per gli adulti e 50,02% per i pediatrici - fonte Bersaglio) – obiettivo valido sia per l'età adulta che pediatrica.
Ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni	Riduzione della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni portandola al di sotto del 4% (valore medio regionale 2016 di 4,78% - fonte Bersaglio)
Fuga extra - regionale	ASUITS si impegnerà nel recupero di almeno il 25% della fuga extra-regionale di ricovero e di

	specialistica ambulatoriale rispetto ai dati 2015 e metterà in essere attività di implementazione dell'attrazione, attualmente al 3,60 % dei dimessi totali provenienti da fuori regione e al 10, 34% intraFVG.
Controlli appropriatezza	ASUITS proseguirà 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.
Indicatori	L'azienda deve garantire il raggiungimento degli standard obiettivo di cui all'allegato B da DGR 185/2018 di approvazione definitiva delle Linee annuali per la Gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2018.

3.6.7. Rete Cure Sicure FVG	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Rete Cure sicure FVG	ASUITS si impegna a perseguire le linee di attività definite dal Tavolo tecnico regionale dei risk manager aziendali attraverso un piano di attività coerente con le indicazioni in tema di rischio clinico, garantendo il monitoraggio degli indicatori concordati a livello regionale.
Strutturazione Rete Cure Sicure	<ul style="list-style-type: none"> - completamento della formazione dei link professional; - valutazione semestrale, tramite indicatori clinici - pubblicazione delle informazioni, relativamente alla relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto; - pubblicazione nel sito internet aziendale dei dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (verificati nell'ambito dell'esercizio della funzione di monitoraggio, gestione e prevenzione del rischio sanitario); - prosecuzione delle linee di lavoro per garantire la sicurezza ed appropriatezza nell'uso del farmaco: - prosecuzione delle attività atte al controllo e prevenzione delle infezioni e progetto

	<p>regionale di antimicrobial stewardship:</p> <ul style="list-style-type: none"> - diffusione dei dati sullo stato nutrizionale emersi dalla survey 2017 e implementazione di strategie condivise sulla nutrizione e sull'idratazione dei pazienti; - effettuazione dell'autovalutazione CARMINA e miglioramento di un'area attraverso l'implementazione di un almeno uno standard minimo; - prosecuzione delle attività di empowerment dei pazienti sulle tematiche del rischio mediante la valutazione dell'utilizzo del modulo di "integrazione della lettera di dimissione" e avvio di azioni di miglioramento. - Consumo di guanti chirurgici e NON chirurgici in lattice: raggiungere un rapporto dei guanti NON chirurgici lattice/nitrile o vinile inferiore al 15%. Per quanto riguarda i guanti chirurgici per l'anno 2018 il rapporto lattice/latex-free dovrà essere al massimo del 30%.
--	--

3.6.8. Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
rete HPH	ASUITS individuerà un Coordinatore locale HPH, che farà anche parte del Comitato HPH regionale (entro febbraio) e attiverà il Comitato guida aziendale (entro novembre).

3.7. RAPPORTO CON I CITTADINI

3.7.1. Tempi d'attesa	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Tempi di attesa	<ol style="list-style-type: none"> 1. L'Azienda si impegna a rispettare i tempi previsti per l'erogazione, in base ai criteri di priorità clinica, delle prestazioni oggetto di monitoraggio nazionale e regionale. 2. rispetto rapporto tra attività libero professionale e attività istituzionale 3. In sede di consuntivazione annuale, ASUITS renderà alla DCS le modalità di utilizzo del finanziamento attribuito con la legge 7/2009 seguendo le indicazioni contenute nelle Linee per la Gestione del SSR Anno 2018 e le successive indicazioni che saranno fornite dal livello centrale. 4. "garanzia" erogativa per le priorità B al > 95%, per le priorità D al > 90% e per le priorità P al > 85%, 5. ASUITS renderà disponibili e prenotabili a CUP regionale tutte le agende di prenotazione delle visite/prestazioni per Struttura erogatrice 6. monitoraggio attivo dei tempi di attesa degli interventi chirurgici 7. Le AAS/ASUI/IRCCS sono tenute a sospendere la libera professione intra-moenia ai medici delle strutture che non hanno reso disponibili a CUP regionale tutte le agende di prenotazione delle visite/prestazioni 8. partecipazione ai monitoraggi ministeriali

3.7.2. Innovazione nella gestione delle terapie	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Nuovi anticoagulanti orali	- L'obiettivo si intende raggiunto se i controlli ambulatoriali per INR sui residenti dell'AAS/ASUI si riducono del 50% sul dato 2016; l'obiettivo non è raggiunto per riduzioni inferiori al 30%; per riduzioni fra il 30% e il 50% l'obiettivo verrà in proporzione considerato raggiunto parzialmente.
Terapie oncologie e onco-ematologiche	- L'obiettivo si intende raggiunto se, per la totalità dei farmaci per i quali esiste anche la formulazione sottocute, il rapporto, in termini di costi, sottocute/endovenosi è \geq a 2; l'obiettivo

	non è raggiunto per rapporti \leq a 1; per rapporti compresi fra 1 e 2 l'obiettivo verrà considerato in proporzione raggiunto parzialmente.
--	---

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

Apertura dei reparti di terapia intensiva e semi-intensiva ai care giver	Per il 2018 è previsto come obiettivo dei responsabili infermieristici: assicurare nel corso del 2018 sempre l'accesso dei care giver e dei volontari dell'Ibo dei Volontari art 13
--	---

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

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Presenza del care giver in corso di visita nei reparti di degenza	ASUITs sta perseguendo l'obiettivo. Per il 2018 è previsto come obiettivo dei responsabili infermieristici: assicurare nel corso del 2018 sempre l'accesso dei care giver e dei volontari dell'Ibo dei Volontari art 13

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

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Contatto telefonico post dimissione	ASUITs si impegna a seguire le indicazioni regionali per la prosecuzione dell'attività secondo quanto definito per l'anno 2018.

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

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Individuazione medico responsabile	Per procedura aziendale di ASUITs il medico referente delle cure è chiaramente individuato e il suo nominativo è riportato in cartella clinica. ASUITs si impegna a seguire le indicazioni regionali per il monitoraggio che verrà implementato.

3.7.7. Privacy

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Privacy	Nel rispetto della tutela della privacy è necessario snellire le procedure affinché: <ul style="list-style-type: none"> - al cittadino non venga richiesta la continua compilazione degli stessi moduli quando si rivolge ad enti diversi;

	<ul style="list-style-type: none">- nella gestione in rete dei pazienti, tutte le informazioni necessarie ad assicurare in sicurezza il percorso assistenziale siano garantite fra i professionisti e le strutture che hanno in cura il paziente, anche se appartenenti ad enti diversi.
--	--

4. I FLUSSI INFORMATIVI E LE VALUTAZIONI

Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)	<p>ASUITS continuerà nelle azioni di monitoraggio sulla corretta compilazione, validazione delle SDO e il rispetto delle scadenze mensili, garantendo l'obiettivo del:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 98% di SDO archiviate - limite del 3% delle richieste di riapertura delle SDO. - I report relativi alle anomalie saranno puntualmente verificati e pianificate le eventuali azioni correttive necessarie

Obblighi informativi e qualità dei dati ai fini amministrativi, epidemiologici e gestionali	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Obblighi informativi e qualità dei dati ai fini amministrativi, epidemiologici e gestionali	<p>L'Azienda ha individuato un referente per queste attività rispondendo alla richiesta del Servizio di Epidemiologia della DCS che viene investito dei compiti in qualità di Referente Aziendale per il Flussi Ministeriali Nsis.</p> <p>ASUITS si impegna quindi al rispetto degli obblighi di competenza in questo settore.</p>

Flussi ministeriali	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Flussi ministeriali	<p>garantire il rispetto delle tempistiche e delle scadenze previste dalla normativa ministeriale ed una corretta alimentazione di tutti i flussi ministeriali aggregati.</p> <p>Considerando 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 viene trattenuta a livello centrale ed erogata solo ad adempimento completamente espletato.</p>

Programmi di sorveglianza	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Programmi di sorveglianza	Come per gli anni precedenti ASUITS sarà

	<p>impegnata per le parti di competenza nei programmi di sorveglianza: OKKIO alla Salute, HBSC, PASSI, PASSI d'ARGENTO, Obesità in Gravidanza.</p> <p>Inoltre, proseguono i programmi di valutazione dell'esperienza dei pazienti nei loro contatti con il Sistema Sanitario Regionale. ASUITS fornirà l'adeguato supporto ai suddetti programmi ed attività.</p>
--	---

5. IL SISTEMA INFORMATIVO

Il sistema informativo	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Sistema informativo - riorganizzazione	la riorganizzazione dei servizi ICT e la definizione delle competenze fra INSIEL e Enti del SSR
servizi on line	<p>consolidamento dei seguenti servizi on line per i cittadini:</p> <ul style="list-style-type: none"> - potenziamento dell'infrastruttura del servizio di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali con l'uso della ricetta dematerializzata e MIR (medici in rete), 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 di attesa di tutte le prestazioni erogate, indicando la prima data utile. - lo sviluppo di tecnologie mobility app per i principali servizi on line sviluppati - l'estensione della prescrizione specialistica dematerializzata - lo sviluppo dei temi chiave previsti dalla cd "Sanità digitale" implementando soluzioni informatiche per l'integrazione socio-sanitaria e la continuità della cura. <p>l'implementazione di soluzioni per la gestione del farmaco all'adesione terapeutica.</p>
Sistema informativi – attività presenti nella pianificazione in essere	<p>Proseguono le attività presenti nella pianificazione in essere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sicurezza fisica e logica/funzionale del sistema informativo, anche in attinenza ai temi relativi alla circolare n. 2/2017 del 18 aprile 2017 di AgID "misure minime di sicurezza" ed entrata in vigore del GDPR – General Data Protection Regulation (Regolamento UE 2016/679) - 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

	<ul style="list-style-type: none"> - 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/rinnovo del sistema ASCOT e software collegati per la gestione delle attività amministrative
Funzioni rivolte al sistema	<p>a. Sistema di gestione dell'attività sanitaria in ambito ospedaliero</p> <ul style="list-style-type: none"> - cartella integrata clinico assistenziale: aggiudicazione 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 <p>b. Sistema di gestione dell'attività sanitaria in ambito di assistenza primaria</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <p>c. Rivisitazione delle procedure gestionali ed amministrative al fine dell'adeguamento alla normativa vigente.</p> <p>d. Potenziamento dell'infrastruttura per la Continuità Operativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Potenziamento delle reti geografiche e locali - Razionalizzazione dei data center aziendali <p>e. Sistema direzione aziendale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Governo del personale - Governo logistico <p>f. Sistema direzionale regionale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Data Warehouse gestionale - Sviluppo del registro regionale dei dispositivi medici impiantabili.
Firma digitale	<p>Nel 2018 tutti i medici devono utilizzare sistematicamente la firma digitale per le attività informatizzate nelle quali è disponibile. ASUITS individuerà specifici obiettivi in tal senso.</p> <p>Percentuali minime di raggiungimento:</p> <p>a. prescrizione dematerializzata</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - MMG che prescrivono DEMA o MIR >80% b. Firma digitale - G2 clinico e lettera di dimissione >90% - Radiologia >98% - Laboratorio e Microbiologia >98% - Anatomia patologica >98%
--	---

5.1. Sistema PACS regionale

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Estensione sistema PACS ad altre discipline	<ul style="list-style-type: none"> - Completamento della messa a regime nel settore dell'endoscopia digestiva. - Proseguimento dell'estensione all'intero ambito dell'endoscopia ambulatoriale (broncoscopia, cistoscopia, colposcopia, ...).
Consultazione/visualizzazione di referti e immagini <i>in situazione emergenziale inter-aziendale</i> ;	- Prosecuzione della messa a regime del caso d'uso negli ambiti clinici previsti dalla programmazione sanitaria regionale.
Referto multimediale	Supporto aziendale secondo le modalità definite in coerenza e continuità con la programmazione sanitaria regionale
Potenziamento e ottimizzazione del sistema PACS regionale	Evidenza delle richieste aziendali pervenute

5.2. Fascicolo sanitario elettronico (FSE)

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Fascicolo sanitario elettronico	- implementazione del FSE al 15% della popolazione con un programma da definirsi operativamente entro marzo 2018

Azienda sanitaria universitaria integrata di Udine

3. LE PROGETTUALITÀ

3.1 PROGETTI DI RIORGANIZZAZIONE DELLE FUNZIONI

3.1.1. Degenze	
Obiettivo	Risultato atteso
Rispettare il numero di posti letto previsto dalla DGR 2673/2014	<ul style="list-style-type: none"> - Allineamento agli standard previsti entro il 31.12.2018 - Revisione posti letto Day Hospital - Utilizzo dell'offerta di posti letto della DIP dell'AAS 3 sulla base delle caratteristiche cliniche dei pazienti e della progressiva riorganizzazione delle proprie strutture di riabilitazione cardiologica. - Trasformazione di 5 posti letto di riabilitazione intensiva in altrettanti posti letto di alta specialità riabilitativa UGC. - Accesso semplificato alle strutture intermedie

3.1.3. Emergenza urgenza	
DGR 2039/2015	
Obiettivo	Risultato atteso
1. Completamento dell'assetto previsto dal Piano Emergenza Urgenza per tutti i mezzi di terra	<ul style="list-style-type: none"> - Sarà programmata l'acquisizione del personale necessario per le postazioni di Cividale del Friuli e San Pietro al Natisone - E' mantenuta la convenzione con la CRI per il Punto di primo intervento di Tarcento.
2. Avvio dell'attività presso l'eliporto di Campoformido e dell'eliambulanza notturna	Avvio attività dell'eliambulanza notturna entro il 1 febbraio 2018
3. Implementazione piazzole attrezzate per l'atterraggio notturno	Programmazione dell'attivazione di ulteriori piazzole attrezzate per l'atterraggio notturno

3.1.4. Medicina di laboratorio

DGR 599/2017

Obiettivo	Risultato atteso
Attuazione del Piano della Medicina di Laboratorio	Attuare l'organizzazione prevista dal piano con mantenimento di laboratori satellite a risposta rapida presso le sedi dei presidi ospedalieri <i>spoke</i>

3.1.5. Sangue ed emocomponenti

DGR 2673/2014

Obiettivo	Risultato atteso
Messa a regime del Centro unico regionale di produzione degli emocomponenti presso la sede di Palmanova	<ul style="list-style-type: none"> - Approvazione e sottoscrizione del documento di scorporo di personale, attrezzature, beni, dei contratti e convenzioni fra ASUIUD e AAS2 entro il 31 marzo 2018 - Avvio dell'organizzazione separata fra laboratorio satellite e produzione degli emocomponenti entro il 31 marzo 2018 - Trasferimento della funzione (con acquisizione del personale, attrezzature, beni, contratti, ecc.) CUVB-CUPRE da ASUIUD all'AAS2 dal 1° maggio 2018
Transito in AAS2 della funzione di raccolta sangue territoriale svolta con le unità di raccolta mobile attualmente in comodato d'uso presso l'ASUIUD	Partecipazione, per quando di competenza, ai tavoli di lavoro coordinati da AAS2 per fornire il contributo alla stesura del documento di scorporo entro il 31 marzo 2018 e alla sua successiva applicazione ed attuazione.
Riverifica e rinnovo dell'accreditamento istituzionale di tutte le strutture trasfusionali della Regione	Rinnovo della certificazione ISO 9001 (nuova versione 2015) entro il 31 marzo 2018; la certificazione è propedeutica alla verifica degli standard di accreditamento regionale, che avverrà secondo il calendario predisposto dalla Direzione Centrale Salute.

3.1.6. Reti di patologia

(Vedi 3.6.3)

Obiettivo	Risultato atteso
Attivazione della Rete oncologica regionale	Sono definiti i percorsi integrati facilitanti la presa in carico del paziente oncologico, nelle more dell'attivazione della Rete oncologica regionale

3.1.7. Modifiche/integrazioni delle DGR 2673/2014, 929/2015 e 1437/2015	
Obiettivo	Risultato atteso
Approvazione ed attuazione dell'Atto Aziendale	Adozione e progressiva attuazione dell'A.A.
Definizione posti letto residenziali nelle RSA	- Sono ridefiniti i posti letto di RSA da utilizzare nel 2018 nelle tipologie previste - Sono siglati gli accordi con le strutture residenziali private accreditate

3.1.8. Accordo con le strutture private accreditate (DGR 42/2017)	
Obiettivo	Risultato atteso
Applicazione dell'accordo triennale 2017-2019 con le strutture private accreditate	Stipula di un accordo contrattuale con ciascun soggetto privato entro il 30.4.2018 Stipula degli accordi integrativi sui fondi previsti dalla L.R. 7/2009

3.1.9 Documenti regionali	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Adozione documenti regionali	- Collaborazione con la DCS per la predisposizione dei documenti regionali - Definizione di una road map aziendale per l'attuazione dei piani regionali adottati.

3.1.10 Lean management	
Obiettivo	Risultato atteso
Attuazione del progetto nel percorso clinico assistenziale del paziente internistico dall'accesso al Pronto Soccorso al ricovero presso le degenze del DPT di Medicina Interna	1. Pianificazione del progetto di miglioramento mediante un "A3", strumento impiegato per la risoluzione dei problemi (PDCA) previsto dalla Lean Technology; 2. Analisi e definizione delle contromisure, del piano di azione e attuazione; 3. Monitoraggio delle azioni correttive applicate e valutazione dei risultati; 4. Condivisione dei progetti e dei loro risultati durante il convegno regionale di maggio.

3.2 PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

3.2.1. Tutela della salute della donna (vedi anche 3.5.7. Consulteri familiari)	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Implementazione del percorso gravidanza fisiologica a gestione ostetrica	Evidenza al 31.12.2018 dell'attivazione del percorso. Ospedale -Entro 28/02 elaborazione procedura per la gestione dell'ambulatorio Gravidanza Fisiologica a conduzione ostetrica. -Entro 15/03 elaborazione JOB Description Ostetrica per la gestione dell'Ambulatorio Gravidanza Fisiologica. - Attivazione di sedute ambulatoriali Gravidanza Fisiologica a gestione congiunta medico-ostetrica Distretti - Entro 30/06 evidenza dello studio di fattibilità per l'attivazione dell'ambulatorio Gravidanza Fisiologica a conduzione ostetrica.
Implementazione dell'offerta della visita domiciliare ostetrica in puerperio in tutte le Aziende	Evidenza del servizio attraverso report con dati relativi al 2018
Implementazione di percorsi aziendali per la donna in età post fertile	Definizione di un percorso territorio ospedale ed evidenza dell'implementazione attraverso report di attività
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:
Screening opportunistico: avvio di uno screening opportunistico su stili di vita e rischio cardiovascolare globale nelle Aziende sanitarie della regione in coordinamento con A.I.R. dei M.M.G.	Il 10% dei pazienti eleggibili di ogni M.M.G. che aderisce allo screening opportunistico è valutato per la definizione del rischio cardiovascolare. I risultati vanno inseriti nella piattaforma regionale del rischio cardiovascolare.

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

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
- Garantire le letture dei pap test primari per gli	- Letture dei pap test primari presso le sedi di

anni 2018-2019-2020 e comunque fino a transizione del programma ultimata	attuale competenza fino a transizione del programma ultimata
- Partecipazione al controllo di qualità sul laboratorio unico e garantire l'accesso alla documentazione iconografica relativa all'istologia delle lesioni stesse da parte dei patologi del laboratorio unico	- Partecipazione al controllo di qualità sul laboratorio unico
Raggiungere e mantenere un'adesione ai programmi di screening pari al 70 % per la cervice uterina, al 70 % per la mammella, e al 70% per il carcinoma del colon retto	Adesione pari al 70% per la cervice uterina, al 70% per la mammella, e al 70% per il carcinoma del colon retto
Screening mammografico: 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".	Invio alla Direzione regionale, entro il 30.11.2018, dei dati di autovalutazione sul rispetto dei requisiti previsti dal sistema regionale di verifica dei centri di senologia
Screening mammografico: Garantire che i radiologi certificati svolgano sia la lettura del test mammografico di screening sia la gestione del percorso di approfondimento diagnostico dei casi richiamati	E' garantita la lettura del primo livello e gestione del percorso di approfondimento diagnostico da parte di radiologi certificati
Screening mammografico: Garantire la corretta chiusura dell'esito dei casi di secondo livello dello screening mammografico nel G2 clinico	Percentuale di casi di secondo livello chiusi correttamente > = 95%
Screening mammografico: Ridurre i richiami intermedi (early recall) dopo approfondimento	Percentuale di early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso"/totale dei casi chiusi dall'unità senologica inferiore al 10%
Screening per la cervice uterina: Garantire il rispetto dei requisiti definiti dalla regione per i centri di secondo livello.	Invio alla Direzione regionale, entro il 30.11.2018, dei dati di autovalutazione del rispetto dei requisiti previsti dal sistema regionale di verifica dei requisiti dei centri di secondo livello.
Screening colon retto: Garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica (in particolare la codifica del livello di rischio assicurando di rendere definitiva la compilazione) per gli esami di 2° livello di screening	Percentuale di cartelle correttamente compilate >=95%
Screening colon retto: Garantire l'offerta della colonscopia di approfondimento di secondo livello entro 30 giorni dalla positività del FOBT di screening	Tempo di attesa per colonscopia di approfondimento di secondo livello < o = 30 giorni
Mantenere aggiornate, tramite i distretti, le anagrafi sanitarie verificando assistiti in base ai	Percentuale di inviti inesitati < = 1,5%

dati del monitoraggio delle lettere inesitate fatti pervenire dalla Direzione Centrale Salute.	
--	--

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 ed oftalmologico con aggiornamento del PDTA	Applicazione della procedura nel punto nascita aziendale
Partecipazione al Programma regionale per lo Screening neonatale metabolico esteso, sotto il coordinamento dell'IRCCS Burlo.: implementazione dell'identificazione precoce della fibrosi cistica e proposta di eventuali programmi di screening.	Evidenza della partecipazione ai lavori coordinati dal Burlo finalizzati alla stesura di un Report di monitoraggio del programma regionale e delle attività per la fibrosi cistica
Collaborare al programma per l'identificazione precoce dei neonati con emoglobinopatia nella popolazione a rischio	Formale adozione della procedura per emoglobinopatia e TSH, quando definita
Assicurare la regolare comunicazione a IRCSS Burlo della rilevazione del TSH neonatale	Evidenza della comunicazione a IRCSS Burlo della rilevazione del TSH neonatale.

3.2.5. Salute e sicurezza nelle scuole e benessere dei giovani (Programma III PRP)	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Piano regionale della prevenzione	Trasmissione dei dati alla Aas2 ai fini della predisposizione del report da inviare 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.	Almeno il 50% delle 167 scuole della Regione (ovvero 83 scuole) dovranno esser raggiunte dalla proposta di aderire alla rete Scuole che promuovono salute (SHE). Nell'ASUIUD= 18 scuole (50% di 36)
Sviluppo, da parte di tutte le aziende sanitarie, di progettualità 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 66 scuole a livello regionale. Nell'ASUIUD= 16 scuole
Realizzare le attività previste relative al perseguimento degli obiettivi del programma III relativamente all'obiettivo specifico di promozione della cultura della salute e sicurezza in ambito scolastico	Programmi avviati o iniziative realizzate
Inserimento nella banca dati PROSA delle attività di	Rendicontazione delle attività svolte nelle scuole

promozione salute svolte negli istituti scolastici	regionali attraverso la banca dati PROSA (disponibilità dei dati)
--	---

3.2.6 Dipendenze (Programma IV PRP - anche 3.5.10. Dipendenze)

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Collaborazione con l'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze.	1.1 Partecipazione dei referenti del gruppo tecnico operativo ad almeno il 70% delle riunioni indette dall'Osservatorio sulle Dipendenze. 1.2 Invio e validazione dei dati per i flussi informativi regionali raccolti dell'osservatorio. 1.3 Rendicontazione delle azioni previste dal Piano operativo GAP 2017.
2. Partecipazione al tavolo tecnico di confronto regionale con il terzo settore sui trattamenti alcolici.	2. Partecipazione dei referenti Aziendali dei trattamenti alcolici ad almeno il 70% delle riunioni indette.
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.	3.1 Partecipazione alla realizzazione di una formazione a valenza regionale sulle misure alternative e messe alla prova. 3.2 Aumento delle misure alternative e messe alla prova
4. Partecipazione ai tavoli di monitoraggio sugli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale	4. Report con l'esito di almeno 3 indicatori di outcome relativi agli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale.
5. Monitoraggio degli esiti dei trattamenti in capo al SSR per rispondere alle problematiche relative alla dipendenza.	5. Report con l'esito di almeno 3 indicatori di outcome relativi all'esito dei trattamenti in capo al SSR per rispondere alle problematiche relative alla dipendenza
6. Partecipazione alla stesura del nuovo Piano d'Azione Regionale per le Dipendenze	6. Partecipazione dei referenti del gruppo tecnico operativo ad almeno il 70% delle riunioni indette
7. Aumento del testing per le malattie infettive correlate all'uso di sostanze alcoliche alle persone che afferiscono ai servizi per le Dipendenze.	7. Almeno il 20% di testati sui testabili (alcolodipendenti)
8. Partecipazione alla definizione di percorsi condivisi a livello regionale per le procedure legate agli accertamenti legali	8. Partecipazione dei referenti del gruppo tecnico operativo ad almeno il 70% delle riunioni indette

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Sviluppo di progetti di attività fisica rivolti alla popolazione adulta	Report su quanto realizzato

Realizzazione di progetti di promozione attività fisica adattata	Almeno 1 iniziativa/progetto
Diffusione delle opportunità di attività fisica presenti sul territorio attraverso il sito regionale (invecchiamentoattivo.fvg)	Presenza, sul sito, delle attività realizzate in collaborazione con le associazioni

3.2.8. Prevenzione degli incidenti stradali (Programma VI PRP)

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
I referenti individuati (PRP) partecipano e sostengono le attività che andranno a delinearsi (formazione dei moltiplicatori, diffusione delle iniziative) per la prevenzione degli incidenti stradali	Report sulla partecipazione dei referenti alle attività e sulle iniziative promosse localmente

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 (coord ASUITS) 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 in Regione: in ASUIUD n. 20.

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
Partecipazione alla IV fase del progetto "Prodotti Finiti FVG" che prevede la stesura delle schede di prodotto (comprendenti la flow chart) con le metodiche e gli strumenti predisposti nell'ambito del progetto di ricerca	L'ASUIUD garantisce la partecipazione al progetto regionale che prevede la presenza (al 31/12/2018) di almeno 90 schede di prodotto correttamente elaborate e vistate dal responsabile scientifico del progetto (report della DCS).
SPSAL: verificare l'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 Gruppo Regionale Edilizia ed all'elaborazione del report regionale 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 sicuro in edilizia
SPSAL: partecipare ad azioni di verifica dell'omogeneità dell'applicazione in ambito regionale delle procedure di vigilanza in agricoltura	L'ASUIUD garantisce la partecipazione ai lavori del Gruppo Regionale Agricoltura e all'elaborazione del report da parte del GRA sulla omogeneità

e prosecuzione della diffusione delle stesse ai portatori di interesse	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 sicuro in agricoltura
SIAN/VET: partecipare alla formazione degli auditor e al programma di mantenimento della qualifica	L'ASUIUD garantisce la partecipazione alla formazione degli auditor ufficiali (almeno 50 auditor ufficiali formati in Regione)
Realizzazione (da AAS5) di un corso di sostegno alle capacità organizzativo-gestionali delle risorse umane per dirigenti, coordinatori e P.O. dei Dipartimenti di Prevenzione	Partecipazione al corso certificata da AAS5
SPSAL: partecipare attivamente al programma regionale di audit, scegliendo il comparto di interesse a seconda della specificità territoriale.	Operatori formati secondo le indicazioni del PRP, costituzione del gruppo di auditor regionali, individuazione delle aziende su cui avviare l'audit sui SGSL da parte auditor regionali e avvio della fase realizzativa
Diffusione delle Linee guida regionali per la prevenzione dei rischi in campo estetico e del Protocollo operativo regionale di controllo per le pratiche estetiche	Evidenza della pubblicazione sul sito aziendale istituzionale dei documenti approvati dalla Regione
Attuazione del Protocollo operativo regionale di controllo per le pratiche estetiche	Effettuare i controlli di tutte le nuove SCIA di tatuatore e piercer Effettuare i controlli di 1 ogni 5 delle nuove SCIA presentate per estetista Effettuare i controlli di 1 ogni 10 delle nuove SCIA presentate per acconciatore

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. o Edilizia: l'attività di vigilanza nei cantieri deve essere finalizzata al raggiungimento del 12% dei cantieri notificati l'anno precedente. In ASUIUD n. 192 cantieri (nel 2017 1603 notifiche) o Agricoltura: vigilare 90 aziende agricole a livello regionale: In ASUIUD n. 28 aziende agricole - Invio di un 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 ergonomici, 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	Analisi OCCAM su una neoplasia professionale (a livello regionale)
Proseguire in ogni azienda il programma integrato di promozione della salute dei dipendenti, che coinvolga i medici competenti, per la declinazione operativa delle azioni dell'obiettivo specifico "Progetto pilota per un programma integrato di salute e benessere dei dipendenti pubblici..." del PRP.	<ul style="list-style-type: none"> - Report sui lavoratori a rischio cardiovascolare globale - Adozione di regolamento regionale sul fumo - 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 rivolti alla dematerializzazione delle comunicazioni obbligatorie	Studio di fattibilità e prima applicazione 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 75% delle verifiche effettuate da ogni azienda sanitaria è inserito nel data base aziendale
Restituzione, a carico dell'IRCCS Burlo Garofolo, dei risultati della rilevazione 2017 del ai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende	Almeno 1 incontro Report alla DCS
Realizzazione, con il coordinamento dell'IRCCS Burlo Garofolo, della raccolta dati periodica del progetto HBSC nelle scuole del Friuli Venezia Giulia (marzo-giugno 2018)	Collaborazione all'effettuazione dello studio Report alla DCS

Studi di sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento	Dare continuità allo studio di sorveglianza PASSI, Iniziare PASSI d'Argento
---	---

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
Partecipazione attiva alle attività del "Gruppo Tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali "di cui al Decreto n°630/SPS del 12.08.15 finalizzato alla valutazione delle ricadute sulla salute connesse ai determinanti ambientali, comportamentali e sociali e della "Cabina di Regia" di cui al Decreto in° 695/SPS del 19.05.2017.	Evidenza di partecipazione al "Gruppo Tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali" e alla "Cabina di Regia".
Stesura del programma di controllo regionale per garantire la tutela della salute della popolazione dalle sostanze radioattive presenti nelle acque destinate al consumo umano secondo quanto previsto dal Decreto del 2.08.2017. Valutazione preliminare dei dati disponibili di concerto con ARPA FVG e con gli Enti Gestori Avvio del monitoraggio	Partecipazione alla stesura del programma di controllo regionale con evidenza dell'invio dei dati richiesti dalla Regione. Effettuazione dei campionamenti previsti.
Conclusione, da parte degli operatori sanitari individuati come formatori, del percorso di formazione iniziato nel corso dell'ultimo trimestre del 2017 nell'ambito del progetto CCM 2015 "EpiAmbNet" (Rete nazionale di epidemiologia ambientale, valutazione impatto integrato sull'ambiente e salute, formazione e comunicazione) del Ministero della Salute. Nel corso del secondo semestre dovranno essere stabiliti gli obiettivi didattici ed i contenuti dei percorsi formativi che verranno realizzati a livello regionale nel 2019 e che saranno destinati ai MMG, PLS e gli altri operatori del Dipartimento di Prevenzione.	Garantire la partecipazione degli operatori sanitari individuati come formatori ai moduli formativi previsti dal progetto CCM 2015 "EpiAmbNet" per il primo semestre del 2018. Condividere a livello regionale la proposta formativa per il 2019.
Sorveglianza delle acque potabili. Mappatura dei pozzi privati utilizzati nell'ambito delle imprese alimentari.	Dovranno essere mappati, secondo un report fornito dalla Direzione Salute, i pozzi che approvvigionano gli stabilimenti riconosciuti (Reg. 852/853), le imprese alimentari che utilizzano l'acqua come ingrediente principale e quelli che approvvigionano fasce sensibili della popolazione (scuole, asili, ecc.).

AMIANTO	
-Raccogliere i dati relativi ai mesoteliomi degli esposti e inviare al COR - Assicurare la trasmissione delle schede ReNaM -Trasmettere i dati sui soggetti attualmente esposti alla DCS e al CRUA in base alle relazioni annuali compilate dalle ditte di bonifica utilizzando il MeLa Amianto.	- Dati inviati al COR - Schede ReNaM trasmesse - Dati sui soggetti attualmente esposti trasmessi alla DCS e al CRUA
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

3.2.15. Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive, inclusa la resistenza antimicrobica (Programma XIII PRP 2014-2018) e piano nazionale di contrasto alle resistenze antimicrobiche 2017-2018 (PNCAR)

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
Assicurare il proseguimento delle campagne vaccinali già avviate e quelle di nuova introduzione (rotavirus ed herpes zoster)	Miglioramento delle coperture vaccinali
Assicurare, accertato l'inadempimento dell'obbligo vaccinale, l'avvio della procedura per il recupero della vaccinazione	Adozione procedura regionale uniforme per la gestione dei soggetti inadempienti
Avvio di un processo di accreditamento dei servizi vaccinali	Evidenza di avvio del processo
Adottare e applicare il piano regionale di sorveglianza e risposta alle arbovirosi trasmesse da zanzare	Assicurare da parte di ogni azienda la partecipazione multiprofessionale all'aggiornamento del Piano regionale coordinato dalla Direzione centrale
Malattie Sessualmente Trasmesse (MST)	Collaborazione con il Burlo per il completamento del PDTA sulla gestione di laboratorio delle Malattie Sessualmente Trasmesse (MST)
Resistenze antimicrobiche	
Tutti gli ospedali partecipano ai programmi di sorveglianza delle ICA, con evidenza di monitoraggio degli indicatori regionali.	Indicatori regionali monitorati
Formazione degli operatori sull'uso appropriato	Almeno 1 iniziativa di formazione

degli antibiotici in ospedale e nelle strutture residenziali per anziani	Obiettivo stralciato: viene effettuata negli anni dispari
Veterinari: censimento dei laboratori privati coinvolti nel monitoraggio e sorveglianza dell'AMR (entro il 2018).	Realizzato il censimento dei laboratori privati che eseguono esami batteriologici e test di farmacosen-sibilità
Veterinari: Adesione al Sistema Informativo Nazionale per la completa digitalizzazione della gestione del medicinale veterinario e della ricetta elettronica (entro il 2018)	L'Azienda aderisce al Sistema Informativo Nazionale per la tracciabilità del farmaco per quanto di loro competenza
Veterinari: progressiva integrazione delle aziende zootecniche al sistema informatico di supporto all'attività di classificazione delle aziende sulla base di indicatori di rischio (entro il 2018)	L'azienda assicura che le aziende zootecniche siano progressivamente integrate nel sistema informatico di supporto all'attività di classificazione delle aziende sulla base di indicatori di rischio
Veterinari: Condivisione delle Linee guida nazionali per la corretta gestione degli allevamenti di animali da reddito al fine di ridurre le prescrizioni di antimicrobici e prevenire il rischio di antibiotico-resistenza	Adozione delle Linee guida nazionali disponibili per la corretta gestione degli allevamenti di animali al fine di ridurre le prescrizioni di antimicrobici e prevenire il rischio di antibiotico-resistenza
Veterinari: Recepimento check-list ed esecuzione di audit secondo le procedure consolidate (entro il 2018).	Adozione delle check-list per l'esecuzione secondo le procedure consolidate. Il controllo ufficiale di farmacosorveglianza è realizzato e registrato in SICER sulla base della programmazione regionale (Sarà realizzata la programmazione regionale 2018 2019 per identificare il numero di allevamenti zootecnici (bovini, suini, pollame e pesci, esclusi i familiari) da sottoporre a valutazione di rischio in base alle check-list)
Almeno un corso di formazione per Medici e Veterinari sul buon uso degli antibiotici l'anno per azienda sanitaria (entro il 2018)	Partecipazione al corso di formazione regionale per Medici e Veterinari sul buon uso degli antibiotici organizzato da Aas2

3.2.16. Comunicazione del rischio e gestione delle emergenze

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Applicare il protocollo regionale sull'assistenza sanitaria alle persone migranti ed inviare i dati di attività	Report mensile
Garantire in ogni azienda sanitaria la possibilità di accesso ad un ambulatorio per cure primarie per i soggetti non in regola con le norme sul soggiorno, con l'individuazione di un percorso facilitato rispetto al rilascio del codice STP/ENI (Straniero	E' presente un ambulatorio per cure primarie per i soggetti non in regola con le norme sul soggiorno

Temporaneamente Presente/Europeo Non Iscritto);	
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	Dare evidenza della formalizzazione dell'unità di crisi aziendale e delle procedure conseguenti, in applicazione del Piano generale.

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

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Garantire la partecipazione degli operatori dedicati al percorso formativo programmato a livello regionale sull'allattamento al seno	80% operatori dedicati formati
Mantenere ed ottimizzare il sistema di rilevazione sull'allattamento al seno alla dimissione e alla seconda vaccinazione	100% schede inserite nel sistema di rilevazione regionale entro un mese dalla dimissione e dalla seconda vaccinazione
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 2018 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 2018 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 realizzato
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 aziendale	Risultato atteso
Effettuare i controlli sulla condizionalità come da	Effettuare il 100% dei controlli previsti per gli atti

convenzione con il MIPAAF/AGEA	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 2017	<ul style="list-style-type: none"> - n. interventi ispettivi per settore programmati per il 2018 ASUIUD – SIAN: 540 - Veterinari: 317 (242 sedute di macellazione e 75 ispezioni in stabilimento) per aziende riconosciute 853, 130 per aziende registrate 852 - il n. audit per settore programmati per il 2018 ASUIUD – SIAN: 6 - Veterinari: 11 audit in aziende riconosciute 853, 5 audit in aziende registrate 852 - n. dei controlli ufficiali dei campionamenti di alimenti e di valutazioni del rischio programmati ASUIUD – SIAN: 90 (100% campioni programmati) - Veterinari: 215 - n. dei controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni. Per l'ASUIUD 4 controlli
Attuazione dell'ultimo anno del Progetto Piccole Produzioni Locali in accordo con la Direzione centrale agricoltura.	<ul style="list-style-type: none"> - Garantire l'informazione capillare e la formazione sul territorio, informando le Aziende del Settore Alimentare della conclusione del Progetto e delle possibili evoluzioni delle PPL. - Stesura di una relazione finale dettagliata di verifica che dovrà riportare: il numero di PPL registrate il numero di ispezioni, un'analisi critica con punti di forza e debolezza del Progetto rilevate sul territorio. La relazione dovrà altresì riportare il dettaglio delle attività eseguite su: - carni suine e avicunicole - carni di specie diverse - prodotti lattiero caseari di malga - vegetali, confetture, conserve, prodotti da forno, erbe aromatiche, prodotti dell'alveare, vegetali fermentati, lumache, ecc...
Garantire la funzionalità del sistema informativo Sicer per l'Area dell'Igiene e Sicurezza Alimentare degli Alimenti di origine animale (Area B) e SIAN.	Piena funzionalità del sistema informatico Sicer al 31 dicembre 2018.
Procedere nelle attività del Piano regionale di monitoraggio e controllo della Malattia di Aujeszky	N. allevamenti della coorte individuati dal Piano regionale da controllare al fine di richiedere lo

dei suini, al fine di richiedere l'accreditamento per Regione indenne.	status di Regione indenne. Per l'ASUIUD Non ancora definiti
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. Per l'ASUIUD n. 5 allevamenti
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 al fine di ottenere nuovamente l'indennità.	100% entro 31 dicembre 2018

3.3. ASSISTENZA DISTRETTUALE

3.3.1. Assistenza primaria	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Completamento dell'attuazione di quanto previsto dalla legge regionale 17/2014 per l'assistenza medica primaria, in coerenza con l'AIR 2016-2018 2. Attività sperimentale dello psicologo nel CAP 3. Avvio della sperimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico	- Assistenza medica primaria riorganizzata, in coerenza con le disposizioni regionali ed in particolare: - miglioramento dell'offerta specialistica, in particolare cardiologica e diabetologica a supporto della medicina d'iniziativa - assicurata l'attività formativa e di audit a favore della medicina generale - Evidenza dell'attività effettuata dallo psicologo nel CAP - Almeno il 15% dei MMG partecipa alla sperimentazione secondo le modalità stabilite dalla Direzione Centrale Salute

3.3.2 Accredimento	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
3. Partecipazione attiva al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti.	3. Gli enti del SSR mettono a disposizione i valutatori per i sopralluoghi, secondo le indicazioni della direzione centrale salute, per almeno 30 giornate.

3.3.3 Odontoiatria sociale (DGR 1060/2016, DGR 1905/2016, DGR 1681/2017 e con il decreto del direttore centrale n. 1259/2016)	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Rinforzare il percorso preferenziale per gli utenti con gravi disabilità	Predisporre per i pazienti disabili un percorso preferenziale
Supporto all'esecuzione del programma di odontoiatria scolastica	Effettuare visite in tutti gli istituti scolastici dei bambini di prima elementare Intervento di educazione alla prevenzione orale nei bambini delle scuole primarie
Supporto all'esecuzione del programma di odontoiatria nei centri per disabili	Effettuare visite per la presa in carico assistenziale dei pazienti
Apertura ambulatorio di protesi totale e di un ambulatorio di ortognatodonzia	Attivazione ambulatori e avvio attività
Stabilizzare l'offerta di odontoiatria penitenziaria	Si conferma l'attività
1. Aumento dell'efficienza nell'erogazione delle	1.a Media aziendale di almeno 1,6

prestazioni odontoiatriche, ed in particolare: - Prestazioni LEA erogate - Prestazioni non LEA erogate - Rapporto visite odontostomatologiche/totale prestazioni 2. Razionalizzazione dell'offerta	prestazioni/ora per odontoiatra 1.b 200 casi di terapia ortodontica e 500 pazienti con almeno un'arcata edentula riabilitati con protesi totali, nelle sedi attivate 1.c Non superiore al 40% del totale delle prestazioni erogate (sono escluse le visite del pronto soccorso odontostomatologico) 2. Definizione dei percorsi per attività ortodontica presso ambulatorio distrettuale e ospedale
--	---

3.3.4 Riabilitazione

(DGR n. 817/2017 e 817/2016)

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
Attivazione a livello aziendale del PDTA per la sclerosi multipla	I pazienti con sclerosi multipla sono presi in carico con le modalità previste dal PDTA entro 1 mese dal recepimento del documento regionale
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	Vedi linea 3.1.7

3.3.5 Superamento della contenzione

(D.G.R. n. 1904/2016)

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Dare attuazione alla DGR n. 1904/2016	Produzione di un report di monitoraggio del fenomeno della contenzione secondo quanto previsto dal piano annuale di miglioramento

3.3.6. Diabete

(DGR 1676/2015 e DGR 1572/2017)

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Gestione integrata del diabete in coerenza con la DGR 1676/2015 2. Diabete in ospedale (DGR 1572/2017): a-Implementazione del programma regionale per	1a. Presentazione report dati attività 2017-2018 con evidenza di miglioramento 1b. Implementazione dell'attività di gestione integrata mediante gli interventi di medicina d'iniziativa di cui all'articolo 8 dell'AlR 2016-2018

la formazione del personale ospedaliero; b-organizzazione dei team ospedalieri.	2.a Almeno 3 eventi formativi in azienda 2.b Il team ospedaliero è costituito
--	--

3.3.7. Cronicità

"Piano nazionale della cronicità" (Accordo Conferenza Stato-Regioni Rep. atti 160/CSR)

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Implementare i PDTA sullo scompenso cardiaco	<ul style="list-style-type: none"> - Implementazione del PDTA sullo scompenso cardiaco, attraverso reportistica di dati di attività, secondo le indicazioni regionali - Estensione del progetto avviato nei CAP di Manzano e Cividale agli altri CAP aziendali, relativo alla gestione integrata del paziente anziano con scompenso cardiaco.

3.3.8. Assistenza protesica

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Partecipazione ai lavori per la revisione dei percorsi di assistenza protesica e alla formazione dei professionisti sanitari	<ul style="list-style-type: none"> - La partecipazione è assicurata - Analisi ed eventuale revisione del regolamento aziendale sull'assistenza protesica coerentemente alle indicazioni regionali

3.4. ASSISTENZA FARMACEUTICA E ASSISTENZA INTEGRATIVA

Assistenza Farmaceutica																															
Obiettivo	Risultato atteso																														
Tetti spesa farmaceutica																															
Spesa farmaceutica	<p>Rispetto dei tetti fissati per la: spesa farmaceutica per acquisti diretti” pari al 6,89 % del FSR (farmaceutica ospedaliera, diretta e DPC)</p> <p>Spesa farmaceutica convenzionata” pari al 7,96 % del FSR</p>																														
1. Prescrittori																															
Prescrittori	<ul style="list-style-type: none"> - Individuazione di specifici obiettivi per i prescrittori sia a livello ospedaliero che territoriale e di un specifico documento sulla prescrizione appropriata che preveda la definizione di scelta dei pazienti e il deprescribing - Monitoraggio dei consumi successivi alla diffusione del documento - Invio di un report semestrale alla DCS con evidenza sia delle iniziative di audit e feedback adottate, sia delle azioni più significative intraprese nel corso del primo e del secondo semestre del 2018 (in particolare per oncologici, immunologici, farmaci per l'epatite C, terapie intra-vitreali, farmaci del PHT_DPC, equivalenti) 																														
3. Medicinali a brevetto scaduto – indicatori AIFA-MEF																															
Medicinali a brevetto scaduto	<p>- Raggiungimento dei valori riportati nella Tabella</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>CLASSE</th> <th>% media FVG (gen-sett 2017)</th> <th>% target nazionale a cui tendere†</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>C08CA – derivati diidropiridinici</td> <td>90,85%</td> <td>92,10%</td> </tr> <tr> <td>C09CA - antagonisti dell'angiotensina II, non associati</td> <td>94,52%</td> <td>97,50%</td> </tr> <tr> <td>C09DA - antagonisti dell'angiotensina II e diuretici</td> <td>92,59%</td> <td>96,00%</td> </tr> <tr> <td>C10AA - inibitori della HMG COA riduttasi</td> <td>80,69%</td> <td>87,00%</td> </tr> <tr> <td>G04CB - inibitori della testosterone 5-alfa riduttasi</td> <td>44,70%</td> <td>57,80%</td> </tr> <tr> <td>M05BA - bifosfonati</td> <td>77,54%</td> <td>83,10%</td> </tr> <tr> <td>N03AX - altri antiepilettici</td> <td>94,50%</td> <td>98,70%</td> </tr> <tr> <td>N02CC - agonisti selettivi dei recettori 5HT1</td> <td>93,95%</td> <td>97,10%</td> </tr> <tr> <td>S01ED – sostanza beta-bloccanti</td> <td>37,71%</td> <td>41,40%</td> </tr> </tbody> </table>	CLASSE	% media FVG (gen-sett 2017)	% target nazionale a cui tendere†	C08CA – derivati diidropiridinici	90,85%	92,10%	C09CA - antagonisti dell'angiotensina II, non associati	94,52%	97,50%	C09DA - antagonisti dell'angiotensina II e diuretici	92,59%	96,00%	C10AA - inibitori della HMG COA riduttasi	80,69%	87,00%	G04CB - inibitori della testosterone 5-alfa riduttasi	44,70%	57,80%	M05BA - bifosfonati	77,54%	83,10%	N03AX - altri antiepilettici	94,50%	98,70%	N02CC - agonisti selettivi dei recettori 5HT1	93,95%	97,10%	S01ED – sostanza beta-bloccanti	37,71%	41,40%
CLASSE	% media FVG (gen-sett 2017)	% target nazionale a cui tendere†																													
C08CA – derivati diidropiridinici	90,85%	92,10%																													
C09CA - antagonisti dell'angiotensina II, non associati	94,52%	97,50%																													
C09DA - antagonisti dell'angiotensina II e diuretici	92,59%	96,00%																													
C10AA - inibitori della HMG COA riduttasi	80,69%	87,00%																													
G04CB - inibitori della testosterone 5-alfa riduttasi	44,70%	57,80%																													
M05BA - bifosfonati	77,54%	83,10%																													
N03AX - altri antiepilettici	94,50%	98,70%																													
N02CC - agonisti selettivi dei recettori 5HT1	93,95%	97,10%																													
S01ED – sostanza beta-bloccanti	37,71%	41,40%																													
4. Biosimilari																															
Biosimilari	- Invio di uno specifico report semestrale alla DCS sulle attività di incentivazione, appropriatezza ed efficienza per il SSR, svolte nell'ambito delle																														

	<p>categorie di medicinali per le quali è disponibile l'alternativa biosimile nel rispetto del recente quadro normativo (legge n. 232/2016, art. 1 comma 407)</p>
5. Medicinali brevetto scaduto – analisi prescrizioni	
Medicinali brevetto scaduto	<ul style="list-style-type: none"> - Potranno essere definite ulteriori analisi a campione sulle percentuali di prescrizione di medicinali a brevetto scaduto in dimissione da ricovero o dopo visita ambulatoriale, in tempistiche e reparti comunicati dalla DCS. - Esecuzione delle analisi a campione secondo le indicazioni della DCS
6. Distribuzione diretta farmaci alto costo	
Assicurare l'appropriatezza delle prescrizioni dei farmaci ad alto costo	Messa a disposizione, su richiesta delle AAS di residenza dei pazienti, dei documenti utili alla valutazione della appropriatezza d'uso (e' sufficiente?)
7. Primo ciclo di terapia	
Erogazione del I° ciclo di terapia in distribuzione diretta	<ul style="list-style-type: none"> - Attuazione del I ciclo così come definito nei LEA e dalla DGR 12/2018 - Invio alla DCS di due relazioni semestrali sull'attività svolta, sia attraverso le strutture pubbliche che private accreditate e sull'attività di distribuzione diretta nell'ambito della residenzialità, della semi-residenzialità e dell'assistenza domiciliare presso tutte le strutture afferenti alle Aziende per l'assistenza sanitaria, indicando i risultati raggiunti
9. Distribuzione per conto	
Distribuzione per conto	<ul style="list-style-type: none"> - Adozione di specifici monitoraggi e approfondimenti con i prescrittori in caso di elevato ricorso alla non sostituibilità - Assicurare l'informazione sui medicinali di nuova autorizzazione all'immissione in commercio nell'elenco DPC temporaneamente non disponibili nella piattaforma
10. Medicinali soggetti a registro AIFA	
Prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA	E' assicurata la registrazione di tutti i dati richiesti (anche con particolare riferimento ai medicinali innovativi), nel rispetto delle indicazioni autorizzate e dei criteri di eleggibilità definiti dall'AIFA, nonché la gestione delle procedure di rimborso per i

	farmaci soggetti ad accordi di condivisione del rischio (MEAs)
11. Farmacovigilanza	
Farmacovigilanza	<ul style="list-style-type: none"> - Partecipazione alle progettualità e alle attività formative organizzate dalla DCS - Avviata una specifica progettualità pluriennale nell'ambito delle aree di attività stabilite dalla DGR 1365/2015 volta a favorire un uso sicuro appropriato dei farmaci a livello ospedaliero e nella continuità ospedale-territorio
12. Dispositivi assistenza integrativa	
Dispositivi assistenza integrativa	Monitoraggio periodico dell'utilizzo di dispositivi per l'assistenza integrativa e prevedere modalità di erogazione alternative ed economicamente vantaggiose per gli ausili per diabetici, in linea con la DGr 12/2018
13. Cartella oncologica	
Cartella oncologica	- Cartella oncologia informatizzata: implementata relativamente ai campi: diagnosi/sede, protocollo/farmaco, stadiazione con un grado di completezza pari ad almeno il 95% dei pazienti
14. Logistica centralizzata	
Logistica centralizzata	- Copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM dovrà essere garantita per il 90% delle confezioni destinate alla distribuzione diretta nominale
15. Prescrizione informatizzata piani terapeutici	
Prescrizione informatizzata piani terapeutici	<ul style="list-style-type: none"> - 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% di tutti pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive. - Rivedere azioni mirate di sensibilizzazione dei prescrittori all'utilizzo dello strumento nelle categorie di medicinali per i quali si osserva un ricorso prevalente al PT cartaceo (es antidiabetici). - Controllo dei piani terapeutici ed il rispetto delle note limitative AIFA, favorendo l'implementazione di tale sistema informatizzato
16. Flussi informativi – adempimenti LEA	

Adempimenti Lea	Adempimenti LEA ministeriali: sono assicurati l'implementazione, le verifiche ed i controlli di congruenza dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese. E' garantita l'integrale copertura della fase 3 su fase 2 (100% della spesa negli ambiti previsti). In fase di erogazione dei medicinali è inserito a sistema il codice targatura. (è sufficiente?)
17. Flussi informativi – eventuali approfondimenti	
Eventuali approfondimenti	Riscontro ad eventuali approfondimenti richiesti dalla Direzione Centrale, anche su istanza Ministero della Salute, entro 15 giorni dalle comunicazioni

3.5. ASSISTENZA SOCIOSANITARIA

3.5 L'integrazione sociosanitaria e la programmazione integrata	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
attuare la pianificazione locale congiunta tra l'AAS 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 2018, in continuità con il percorso iniziato nel 2013. - 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 - Monitoraggio periodico

3.5.1. Anziani non autosufficienza	
Obiettivo	Risultato atteso
Processo di riclassificazione delle strutture residenziali per anziani già funzionanti	
Attuazione del processo di riclassificazione delle residenze per anziani già autorizzate al funzionamento, secondo quanto previsto dalle modifiche apportate al titolo X del D.P.Reg. 144/2015	<ul style="list-style-type: none"> - supporto alla Regione nella valutazione delle domande di nuova classificazione presentate dagli enti gestori delle strutture residenziali ai fini del rilascio del parere di ammissibilità della domanda; - rilascio delle nuove autorizzazioni all'esercizio entro 90 giorni dalla formulazione del parere di ammissibilità della domanda da parte della Regione; - avvio del percorso di accompagnamento alle Residenze per anziani ri-autorizzate all'esercizio, per il monitoraggio e la verifica degli adempimenti e adeguamenti previsti per il livello di nuova classificazione rilasciato.
Sistema di VMD Val.Graf. FVG	
Valutazione, mediante l'utilizzo del sistema di VMD Val Graf –FVG, delle persone per le quali è previsto l'accoglimento in un servizio semiresidenziale o residenziale	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.
Avvio del percorso di accompagnamento alle Residenze per anziani ri-autorizzate all'esercizio, per la valutazione dei bisogni delle persone accolte in struttura attraverso il sistema Val Graf. FVG., in particolare nelle residenze per anziani non	Avvio della rivalutazione dei bisogni delle persone inserite nelle strutture

autosufficienti non convenzionate	
Nuovi convenzionamenti	
Aumento posti letto convenzionabili per anziani non autosufficienti secondo i parametri previsti dalla Regione per l'anno 2018	Progressivo adeguamento alle indicazioni regionali
Introduzione nuovo sistema di finanziamento	
Avvio del nuovo sistema di finanziamento secondo la LR 17/2014, in tema di LEA, per le persone accolte nelle strutture residenziali convenzionate con le aziende sanitarie	In fase di avvio del nuovo sistema di finanziamento vengono applicate le regole transitorie definite dalla Regione rispetto al contributo abbattimento retta e al riconoscimento degli oneri sanitari attraverso convenzionamento
Monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani	
Promuovere e monitorare la qualità all'interno delle residenze per anziani	Realizzazione di almeno 2 audit approfonditi Redazione di una relazione dettagliata di monitoraggio e promozione della qualità svolte nell'anno 2017 da inviare entro il primo semestre 2018
Flussi e sistemi informativi	
L'Azienda monitora, verifica ed eventualmente sollecita, l'utilizzo sistematico dello strumento di VMD Val.Graf.-FVG e dei sistemi informativi eGENeSys e SIRA-FVG, anche alla luce di quanto previsto dal DPR 144/2015 per le strutture residenziali per anziani non autosufficienti a seguito del processo di riclassificazione	Monitoraggio, verifica ed eventualmente sollecito sull'utilizzo sistematico dello strumento di VMD Val.Graf.-FVG e dei sistemi informativi e-GENeSys e SIRA-FVG anche per le strutture residenziali per anziani non autosufficienti che verranno riclassificate.
Dotazione di una lista unica d'attesa (LUA), a livello aziendale, per le persone anziane che richiedono un inserimento presso una residenza per anziani non autosufficienti e per le quali il Distretto ha verificato l'appropriatezza della richiesta	Dotazione di una Lista Unica d'Attesa (LUA) per le persone anziane non autosufficienti che richiedono l'accoglienza in strutture, secondo i criteri di punteggio per la graduatoria definiti e comunicati dalla Regione
Sperimentazioni "Abitare possibile" e "Domiciliarità innovativa"	
Sostenere e incentivare lo sviluppo di sperimentazione sull'abitare possibile e la domiciliarità innovativa attivate nel territorio aziendale	Partecipazione a possibili collaborazioni con le risorse presenti sul territorio su proposte di "Abitare possibile" e "Domiciliarità innovativa"
Rete per la presa in carico dell'anziano fragile	
Partecipazione alla realizzazione del modello di rete integrata.	Partecipazione al tavolo di lavoro permanente sull'anziano fragile coordinato dal rappresentante della Direzione regionale
Sperimentazione screening popolazione anziana fragile e servizio telesoccorso	
Partecipazione alla revisione delle modalità di presa	Nominativo referente aziendale da comunicare alla

in carico delle persone che richiedono il telesoccorso e definizione di un protocollo d'intervento per lo screening della popolazione anziana in condizione di fragilità	Direzione entro il 31.03.2018
Piano demenze	
Attuazione del "Piano nazionale demenze - Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze" (accordo n. 135 del 30 ottobre 2014) secondo le indicazioni e programmi che verranno definiti dalla Regione.	Nominativo referente aziendale da comunicare alla Direzione entro il 31.03.2018
Sviluppo della sperimentazione presso la Fondazione Muner De Giudici	Sperimentazione di posti letto per sollievi (max 3) riservati a persone anziane con demenza

3.5.2. Disabilità	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Completare l'attività di valutazione delle condizioni di vita (in particolare per le problematiche di tipo sanitario) già avviata nel 2017 per gli utenti in carico ai servizi residenziali e semiresidenziali di cui all'art.6 comma 1 della LR 41/96	Almeno il 60% degli utenti dei servizi residenziali e semiresidenziali per persone con disabilità sono valutati per gli aspetti sanitari secondo le modalità approvate dalla Regione
Sperimentare in alcuni setting residenziali specifici le disposizioni ministeriali succitate in materia di finanziamento e compartecipazione alla spesa	Sperimentazione tariffaria in applicazione del DPCM 12 gennaio 2017 nelle strutture operanti in convenzione ex art. 26 L. 833/78 della Comunità Piergiorgio – ONLUS per la gestione dei servizi socioassistenziali residenziali e semiresidenziali per disabili gravi e gravissimi di cui all'articolo 9 comma 18 della legge regionale 4 agosto 2017, n. 31
Sostenere un maggior coinvolgimento dei DSM e dei servizi territoriali in genere nella valutazione e presa in carico delle persone adulte con disabilità intellettive o disturbi dello spettro dell'autismo.	Formalizzazione di un accordo tra enti gestori della disabilità e DSM sui processi di valutazione e presa in carico delle persone adulte con disabilità intellettive o disturbi dello spettro dell'autismo.
Predisporre nuovo atto di delega per la gestione dei servizi semiresidenziali e residenziali a favore delle persone con disabilità (L.R. 41/96)	Ridefinizione della delega dei servizi per la disabilità all'ASUIUD entro il 31-12-2018
Valutare l'opportunità di reinserire i disabili ad oggi accolti in strutture fuori Regione nel contesto dei servizi offerti dal territorio regionale	Mappatura delle situazioni di persone con disabilità inserite in contesti extraregionali per la valutazione sull'opportunità di una diversa collocazione nel territorio regionale.
Avvio del percorso di formazione finalizzato alla certificazione qualità in riferimento UNI	- Formazione di almeno 10 operatori dei Servizi Delegati per la disabilità sulla Norma;

11010/2016 "Disabilità: servizi per l'abitare e sostegni per l'inclusione". Coinvolgimento della comunità Gravi e gravissimi e del C.S.R.E. di via Gervasutta	- Definizione degli indicatori di valutazione; - Formalizzazione di un documento della Gap Analysis finalizzata all'identificazione degli ambiti di miglioramento per l'accreditamento UNI.
Fondo gravissimi	
Attuazione del regolamento emanato con DGR 1692/2002 per le alle attività di accertamento e segnalazione dei casi di gravissima disabilità	Svolgimento, in collaborazione con gli Ambiti distrettuali, delle attività di accertamento e segnalazione dei casi di gravissima disabilità da segnalare alla Direzione Centrale, fornendo tutta la documentazione necessaria alla valutazione selettiva
Fondo SLA	
Attuazione del regolamento emanato con DGR 1692/2002 in continuità le aziende provvedono alla valutazione, raccolta di documentazione e segnalazione dei nuovi casi di SLA e dei casi per i quali si è riscontrato un aggravamento	Svolgimento delle attività di valutazione, raccolta di documentazione e segnalazione dei nuovi casi di SLA e dei casi per i quali si è riscontrato un aggravamento, fornendo all'Ente delegato (Area Welfare) tutta la documentazione necessaria alla valutazione selettiva, coordinando tali attività con quelle previste dalla DGR 817/2017
Vigilanza servizi semiresidenziali e residenziali sociosanitari destinati a persone con disabilità	
Tutte le AAS e ASUI proseguono le attività di vigilanza e controllo dei servizi residenziali e semiresidenziali destinati all'accoglimento delle persone con disabilità	Per l'anno 2018, l'ASUIUD effettua l'attività di vigilanza e controllo su almeno il 30% dei servizi/strutture collocati sul territorio di competenza
Dopo di noi	
Garantire gli interventi previsti dal DM 23 novembre 2016 partecipando attivamente alla definizione dei percorsi relativi all'abitare inclusivo previsti dalla Legge n. 112 del 22 giugno 2016 "Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare" e dalla DGR n. 1331 del 17 giugno 2017	Evidenza di almeno 2 percorsi avviati sull'abitare inclusivo in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare
Autismo	
Contribuire nel tavolo tecnico regionale sull'autismo alla stesura delle Linee di indirizzo regionale sui disturbi dello spettro autistico in età adulta	Evidenza partecipazione
3.5.3. Minori	
Obiettivo	Risultato atteso

Ridurre del 50% della media degli ultimi tre anni il numero di minori inseriti in strutture residenziali di accoglienza fuori regione	Riduzione di almeno il 20% della media degli ultimi tre anni del numero di minori inseriti in strutture residenziali di accoglienza fuori regione, in presenza di servizi che possano garantire nel territorio regionale l'intervento più adeguato e appropriato alle esigenze del minore da accogliere
Ripartire il 10% dei minori inseriti in comunità fuori regione nelle comunità regionali	il 10% dei minori inseriti in comunità fuori regione viene inserito nelle comunità regionali, qualora siano presenti le condizioni per tale passaggio e in base alla valutazione dei percorsi finora erogati
Introdurre il budget personalizzato, quale strumento funzionale alla realizzazione di percorsi di presa in carico dei minori che favoriscono il loro accoglimento in strutture di accoglienza della regione	Studio di fattibilità sull'introduzione di un budget personalizzato, quale strumento funzionale alla realizzazione di percorsi di presa in carico dei minori che favoriscono il loro accoglimento in strutture di accoglienza della regione
Ridurre i fattori di rischio e di danno involutivo in conseguenza di maltrattamento, abuso e grave trascuratezza nei confronti dei minori.	Studio di un modello organizzativo specifico, ad alta integrazione sociosanitaria in stretto raccordo con i Servizi sociali dei Comuni del proprio territorio, per l'individuazione di prassi operative e interventi specifici volti a ridurre i danni da maltrattamento abuso e grave trascuratezza nei confronti dei minori.
Individuare i percorsi di presa in carico di minori con provvedimenti giudiziari necessitanti di una valutazione diagnostica e un percorso di sostegno psicologico	Definizione di percorsi di presa in carico per una valutazione diagnostica e un percorso di sostegno psicologico di minori e giovani interessati da programmi di trattamento in area minorile penale in tempi adeguati al fine dell'applicazione delle misure alternative

3.5.4 Salute mentale	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Età adulta	
1. Miglioramento dell'integrazione tra cure primarie e specialistiche con particolare riferimento alla presa in carico dei disturbi mentali comuni	1. 1.Evidenza di percorsi integrati tra cure primarie e DSM e di interventi formativi
2. Definizione di un percorso aziendale congiunto (NPIA, DSM, PLS e MMG) per la definizione della fase di transizione delle cure dai servizi per l'età evolutiva ai servizi per l'età adulta	2. 2- Evidenza di percorso aziendale congiunto NPIA, DSM, PLS e MMG) per la definizione della fase di transizione delle cure
Età evolutiva	
1. Attivazione delle NPIA aziendali in coerenza	1. NPIA attivata in coerenza con l'attuazione

<p>con i provvedimenti aziendali</p> <p>2. Avvio delle attività dei Centri diurni NPIA</p> <p>3. Predisposizione di percorsi codificati e concordati tra le varie strutture coinvolte (Servizi NPIA, PS/Medicina d'Urgenza, reparti di Pediatria, DSM, servizi per le dipendenze, servizi di Emergenza Urgenza) con indicazione di: reparto di accoglienza, percorso diagnostico terapeutico e di continuità assistenziale con le NPIA territoriali, responsabilità di presa in carico, modalità di interazione tra DSM e NPIA nel caso di minori in età adolescenziale</p> <p>4. Supporto all'attività di NPIA dell'AAS 3</p>	<p>dell'Atto Aziendale</p> <p>2. Avvio attività Centro diurno NPIA</p> <p>3. Evidenza dei percorsi formalizzati con particolare riferimento al percorso di emergenza-urgenza</p> <p>4. Formalizzazione di apposita convenzione con l'AAS 3</p>
--	---

3.5.5. Disturbi del comportamento alimentare

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
<p>1. Messa a regime degli ambulatori DCA con la disponibilità di equipe funzionale (DGR 668/2017)</p> <p>2. Operatività dei Centri Diurni presso ASUIUD</p> <p>3. Operatività dell'Osservatorio epidemiologico</p>	<p>1. Operatività degli ambulatori DCA con disponibilità di equipe funzionale</p> <p>2. Evidenza dell'operatività dei Centri diurni attraverso invio di report di attività</p> <p>3. Reportistica inviata in DC da parte di ASUIUD per gli adulti</p>

3.5.6. Cure palliative e terapia del dolore

(DGR 165/2016)

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
<p>1. 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)</p>	<p>1. Assistenza garantita h 24 7 giorni su 7 (con pronta disponibilità notturna)</p>
<p>2. L'accesso alla rete delle cure palliative è effettuato con i criteri approvati dal coordinamento regionale.</p>	<p>2. Entro il primo semestre 2018 sono adottati i criteri di accesso alla rete delle cure palliative.</p>
<p>3. Gli accessi di assistenza domiciliare per cure palliative sono registrati nel sistema informativo con codifica ICD9.</p>	<p>3. Gli accessi domiciliari per cure palliative riportano sempre, oltre la codifica della malattia principale, la codifica V 66.7 (cure palliative)</p>
<p>4. TEMPISTICA DI PRESA IN CARICO DALLA RETE DI CURE PALLIATIVE: Suddividere il numero di</p>	<p>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%</p>

pazienti presi in carico 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.	
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 0,3
6. Percentuale di malati oncologici deceduti a domicilio	6. Uguale o superiore al 75%
7. Criteri di priorità della visita algologica.	7. Entro il primo semestre 2018 adottati i criteri di priorità della visita algologica
8. Entro il 2018 il sottogruppo di terapia antalgica del coordinamento regionale presenta una proposta di codifiche ambulatoriali e di ricovero di terapia antalgica uniforme su tutto il territorio regionale.	8. Partecipazione all'elaborazione della proposta
9. Monitoraggio dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni di terapia del dolore in tutti i setting assistenziali	9. Trasmissione report alla direzione centrale salute
10. Attivazione della reperibilità algologica nelle ASUI sedi di centro hub	10. Entro il 2018 i centri hub assicurano reperibilità algologica h 24 7 giorni su 7

3.5.7. Consultori familiari

(vedi anche 3.2.1 Tutela della salute della donna)

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Implementazione del percorso gravidanza fisiologica a gestione ostetrica; 2. Implementazione dell'offerta della visita domiciliare ostetrica in puerperio; 3. Implementazione di percorsi aziendali per la donna in età post fertile	Vedi i risultati attesi al punto 3.2.1 Tutela della salute della donna

3.5.8. Sanità penitenziaria

Obiettivo	Risultato atteso
Attuazione del Piano operativo locale per la prevenzione del suicidio in carcere	Revisione e piena attuazione del Piano per la prevenzione del suicidio in carcere

3.5.9. Superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari

Obiettivo	Risultato atteso

Prosecuzione del programma di superamento degli OPG	<ul style="list-style-type: none">- E' garantito il funzionamento delle strutture per l'esecuzione delle misure di sicurezza regionali (REMS)- Evidenza della predisposizione di progetti riabilitativi personalizzati per le persone internate
---	--

3.5.10 Dipendenze

(Vedi ob. 3.2.6 Programma IV PRP)

3.6. PROGETTI CLINICO ASSISTENZIALI

3.6.1. Insufficienze d'organo e trapianti	
Obiettivo	Risultato atteso
Cuore	
1. Avvio dei lavori della rete. Formalizzazione di almeno 1 percorso assistenziale che definisca anche specifici indicatori di esito	1. Collaborare alla stesura del percorso
2. Ottimale utilizzo degli organi prelevati in regione presso il Centro trapianti.	2. Sono utilizzati 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, (valore medio regionale 2016 di 208,20 – fonte Bersaglio)	3. Valore 2018 sotto i 200 Valore ASUIUD 2017: 198 (giugno 2017)
Fegato	
1. Formalizzazione di almeno 1 percorso assistenziale a valenza regionale.	1. Collaborare alla stesura del percorso
2. Potenziamento del programma Trapianti di Fegato	2. Iscrizione in lista trapianto, presso il centro trapianti dell'ASUIUD di 40 pazienti di cui 8 residenti
3. Avvio delle degenze di Epatologia presso il presidio ospedaliero <i>Santa Maria della Misericordia</i> di Udine	3. Entro il 30 giugno 2018
4. Garanzia di un percorso assistenziale specialistico per i pazienti epatopatici acuti, a prescindere dal loro invio al trapianto	4. Evidenza del percorso per i pazienti epatopatici acuti
5. Ottimale utilizzo degli organi prelevati in regione (diretti o in scambio con altre regione) presso il Centro trapianti	5. Sono utilizzati almeno l'85% degli organi prelevati
Pancreas	
1. Riduzione del tasso di amputazioni maggiori per diabete (casi per milione di residenti) (valore medio regionale 2016 di 30,19 x milione – fonte Bersaglio)	Valore 2018 al di sotto di 28 Valore ASUIUD 2017: 38 (giugno 2017)
Polmone	
1. Riduzione del tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti di 50-74 anni (valore medio regionale 2016 del 54,25 per 100.000 residenti – fonte Bersaglio).	Valore 2018 al di sotto del 52 per 100.000 residenti di 50-74 anni. Valore ASUIUD 2017: 72 (giugno 2017).
2. Formazione di infermieri e fisioterapisti dei	- Formazione di 3 infermieri per ogni distretto

distretti sanitari per la gestione integrata dell'ossigenoterapia domiciliare e per la riabilitazione respiratoria ambulatoriale e domiciliare	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
Rene	
1. Potenziamento della dialisi peritoneale, dei trapianti e dell'emodialisi domiciliare	1. ridurre i pazienti in emodialisi presso i centri dialisi al di sotto del 50% del totale (trapiantati + emodializzati + in dialisi peritoneale. (valore regionale 2016 55,71%). Valore ASUIUD 2017: 26%
2. Potenziamento del programma Trapianti di rene	a. evidenza della presenza dei dati a sistema (G2) propedeutici al monitoraggio dei tempi di iscrizione in lista di trapianto in accordo con quanto definito nel PDTA trapianto di rene b. riduzione dei Tempi di iscrizione in lista trapianto (differenza tra inserimento in donor manager T3 e raccolta del consenso all'avvio dell'iter per l'inserimento in lista T0 < 6 mesi almeno nel 75% dei casi che hanno dato il consenso c. aumento dei casi di trapianto (almeno 60/anno comprensivi di tutte le tipologie di trapianto). Dato 2017= 50.
Tessuti oculari	
1. Potenziamento del programma di donazione cornee	1. + 10% delle donazioni del 2017; valore ASUIUD 2017: 63 (espianti)
2. Aumento del numero di trapianti di cornea	2. Trapianti 2018 > trapianti 2017; valore ASUIUD 2017: 19
Donazione d'organi e altri tessuti	
1. Formalizzazione del protocollo per prelievo d'organi da paziente con accertamento del decesso con criteri cardiologici.	1. Protocollo aziendale definito e formalizzato entro il 31.12.2018
2. Attuazione del protocollo per la donazione multi-tessuto.	2. Divulgazione protocollo e evidenza avvio attività

3.6.2. Emergenza urgenza	
Obiettivo	Risultato atteso
Ictus	
1. Mantenimento dell'attività di Trombolisi endovenosa/endoarteriosa con il raggiungimento	1. Mantenimento attività 2017 Valore ASUIUD 2017: 119 (ottobre 2017)

nel 2018 di almeno 350 pazienti trattati nel territorio regionale (374 nei 2016 - fonte SDO).	
2. Misurazione dei tempi intercorrenti fra <i>triage in pronto soccorso, allertamento-TAC e TAC-trombolisi venosa</i>	2.a. Collaborazione alla definizione di un sistema informatizzato per l'elaborazione dei dati 2.b Misurazione del tempo intercorrente fra l'effettuazione dell'ECG sul territorio e l'inizio della procedura in emodinamica
3. Presenza nella documentazione clinica della scala Barthel Index e della Rankin Scale modificata, compilata all'ingresso e all'uscita di ogni setting assistenziale	3. Almeno l'85% degli episodi di ricovero con DRG 14 o codici ICD-9-CM relativa a: 430.x, 431.x, 432.x, 433.x1, 434.x1, 436.x, 437.3, 438.x, 784.3 (afasia) della Neurologia- periodo di misurazione tutto l'anno 2018 – report semestrale su campione di cartelle in assenza di strumento informatico)
4. Comunicazione alla cittadinanza	4. Collaborazione alla produzione di un opuscolo/volantino da mettere a disposizione nelle sale d'attesa dei MMG e degli ambulatori specialistici per informare la popolazione sui segni/sintomi da non sottovalutare per anticipare la chiamata di soccorso e rendere tempestivi gli interventi terapeutici in caso di ictus.
Emergenze cardiologiche	
1. Avvio dei lavori della rete. Formalizzazione di almeno 1 percorso assistenziale che definisca anche specifici indicatori di esito	1. Collaborare alla stesura del percorso
2. Misurazione del tempo intercorrente fra l'effettuazione dell'ECG sul territorio e l'inizio della procedura in emodinamica.	2. Implementazione dei campi informatici necessari a elaborare i dati specifici
3. Comunicazione alla cittadinanza	3. Produzione di un opuscolo/volantino da mettere a disposizione nelle sale d'attesa dei MMG e degli ambulatori specialistici per informare la popolazione sui segni/sintomi da non sottovalutare per anticipare la chiamata di soccorso e rendere tempestivi gli interventi terapeutici in caso di infarto.
Trauma	
1. Trattamento della Frattura di femore entro 48H	1. In almeno il 70% (hub) dei casi trattati dal presidio ospedaliero (Valore 2017: 61,5% (giugno 2017)
2. Trattamento Fratture	2.a Degenza media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – ricoveri urgenti riduzione e/o mantenimento al di sotto di 1,5 gg (criterio Bersaglio C5.18.1)

	2.b Attesa media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – accessi in PS e ricoveri programmati (Riduzione del 20% rispetto all'anno 2017 (criterio Bersaglio C5.18.2)
Pronto soccorso ed emergenza	
1. Aumentare la percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde,	1. almeno 65% (hub) (media 2017 63%)
2. Aumentare la percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore	2. Valori superiori al 75% (hub) (media 2017 76%)
3. Revisione e confronto interaziendali	3. Revisione e confronto interaziendali della gestione clinica per 5 eventi patologici acuti frequenti.
Centrale operativa 118 Non di competenza dell'ASUIUD	

3.6.3. Reti di patologia	
Obiettivo	Risultato atteso
Malattie rare	
Ogni rete di gruppo nosologico deve:	1. Almeno 1 PDTA condiviso e realizzato
1. Produrre entro il 31 dicembre 2018 almeno 1 percorso assistenziale, oltre a quello previsto per il 2017	
2. Alimentare il registro regionale di cui al DM 279/2001 (aggiornamento dati del registro con inserimento del 100% dei casi in prevalenza al 30 novembre 2018 e pulizia dei casi che sono usciti dal sistema)	2. Inserimento del 100% dei casi in prevalenza al 30 novembre 2018
Malattie reumatiche	
1. Monitoraggio dell'applicazione dei percorsi assistenziali già formalizzati	1. Collaborazione al monitoraggio dei percorsi assistenziali già formalizzati
2. Elaborazione dei percorsi assistenziali per l'artrite psoriasica e per l'artrite reumatoide	2. Collaborazione alla definizione dei percorsi per l'artrite psoriasica e per l'artrite reumatoide
3. Imputazione, su un'apposita scheda in G2 clinico, delle informazioni richieste all'atto della prescrizione dei farmaci biologici, secondo le indicazioni fornite dalla DCS	3. Garantita l'attività prevista secondo le indicazioni regionali
Insufficienza cardiaca cronica DGR 735/2017	

Avvio dei lavori della rete dell'Insufficienza cardiaca cronica con formalizzazione di almeno 1 percorso assistenziale che definisca anche specifici indicatori di esito.	Collaborazione alla stesura del percorso
---	--

3.6.4. Materno-infantile e percorso nascita	
Obiettivo	Risultato atteso
Ambito pediatrico	
Perseguire obiettivi di appropriatezza clinica ed organizzativa che assicurino i migliori livelli di qualità e sicurezza.	Collaborare alla formalizzazione della rete pediatrica regionale
Percorso nascita	
L'implementazione del percorso gravidanza fisiologica con responsabilizzazione diretta delle ostetriche	Vedi obiettivo 3.2.1 Tutela della salute della donna
Mantenimento della percentuale dei parti cesarei depurati (NTSV) al di sotto del 20% dei parti totali dei parti depurati (valore medio regionale 2016 pari a 16,94% - fonte Bersaglio).	Miglioramento della percentuale 2017 portando il valore al di sotto del 20% Valore 2017: 20,2% (ottobre 2017)
Il mantenimento dei parti indotti al di sotto del 22% (valore medio regionale 2016 pari a 21,99% - fonte Bersaglio; gennaio-ottobre 2017 pari a 21,26%)	Miglioramento della percentuale 2017 Valore 2017: 20,8% (ottobre 2017)
Trasmissione alla Direzione Centrale Salute di un report annuale sull'attività di trasporto con i dati disponibili relativi ai seguenti indicatori: N. neonati per i quali è attivato un trasporto primario sul n. totale nati N. trasporti primari all'anno attivati entro 30 minuti/N. totale trasporti primari N. neonati < 34 settimane trattenuti nella struttura di I livello con scheda compilata dal centro T.I.N./N. totale neonati <34 settimane trattenuti nelle strutture di I livello N. STAM/N. totale parti N. STAM con documentazione clinica completa/N. totale STAM	Trasmissione entro il 31-1-2019 del report
Partecipazione alle attività del Comitato percorso nascita regionale	Partecipazione dei rappresentanti aziendali ai lavori del Comitato percorso nascita regionale

3.6.5. Sangue ed emocomponenti	
(vedi anche 3.1.5)	
Obiettivo	Risultato atteso
Autosufficienza regionale e contributo all'autosufficienza nazionale	<ul style="list-style-type: none"> - Mantenimento della raccolta di sangue intero a valori riconducibili almeno al valore medio della raccolta effettuata negli anni 2016-2017 - Raccolta complessiva di plasma almeno pari a 11.652 kilogrammi, (quota percentuale dipartimentale derivante dalla popolazione attiva 18-66 anni presente in regione – dati ISTAT); - Riduzione della quota di compensazione interregionale, rispetto alla pianificazione nazionale del 2017, ad almeno 4000 unità da cedere alla regione Lazio (Centro nazionale Sangue).
Promozione e monitoraggio dell'appropriatezza e dell'efficacia da parte dei COBUS ospedalieri	<ul style="list-style-type: none"> - Adozione e la validazione di uno strumento di analisi e valutazione dei dati entro giugno 2018 - Implementazione del metodo con valutazione dei risultati e la conseguente eventuale adozione di misure correttive entro dicembre 2018
Sicurezza della trasfusione	<ul style="list-style-type: none"> - Adozione diffusa della richiesta trasfusionale web da reparto (EMOWARD) - Identificazione dei punti critici e dei requisiti necessari (risk analysis) per la successiva implementazione di un sistema barriera (sistema di sicurezza nell'identificazione del ricevente e dell'unità trasfusionale appropriata al letto del paziente) negli Ospedali serviti dal Dipartimento Trasfusionale di Udine.

3.6.6. Erogazione dei livelli di assistenza	
Obiettivo	Risultato atteso
Riduzione del tasso di ospedalizzazione	122,5 x mille (anno 2016 = 125,8, stima 2017 = 125,24)
Riduzione del numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica per gli adulti, ricorrendo anche ad un maggiore utilizzo del day service	Al di sotto del 28% (valore ottobre 2017: 40,3%)
Riduzione del numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica per i pediatrici, ricorrendo anche ad un maggiore utilizzo del day service,	Percentuale al di sotto del 42% (valore ottobre 2017: 41,9%)
Riduzione della percentuale di ricoveri medici oltre	Sotto del 4% (valore aziendale ottobre 2017 di

soglia per pazienti >= 65 anni	6,1%)
Recupero della fuga extra-regionale di ricovero e di specialistica ambulatoriale rispetto ai dati 2015	Almeno il 25%
Controlli appropriatezza	ASUIUD proseguirà 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.
Indicatori	L'azienda deve garantire il raggiungimento degli standard obiettivo di cui all'allegato B da DGR 185/2018 di approvazione definitiva delle Linee annuali per la Gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2018.

3.6.7. Rete Cure Sicure FVG	
Obiettivo	Risultato atteso
Prosecuzione delle attività della Rete Cure Sicure FVG (DGR n. 1970/2016 "Rete Cure Sicure FVG della Regione Friuli Venezia Giulia: Modello Organizzativo")	<p>Evidenza delle attività svolte per:</p> <ul style="list-style-type: none"> - garantire la sicurezza ed appropriatezza nell'uso del farmaco; - il controllo e la prevenzione delle infezioni e progetto regionale di <i>antimicrobial stewardship</i>; - Pubblicazione e diffusione dei dati delle attività dell'anno precedente - prosecuzione della strutturazione della Rete Cure Sicure FVG in accordo con la DGR n. 1970/2016 "Rete Cure Sicure FVG della Regione Friuli Venezia Giulia: Modello Organizzativo", con particolare riferimento al completamento della formazione dei <i>link professional</i>; - valutazione semestrale, tramite indicatori clinici ed organizzativi definiti dal Tavolo tecnico regionale dei <i>risk manager aziendali</i>; - diffusione dei dati sullo stato nutrizionale emersi dalla <i>survey</i> 2017 e implementazione di strategie condivise sulla nutrizione e sull'idratazione dei pazienti; - effettuazione dell'autovalutazione CARMINA e miglioramento di un'area attraverso l'implementazione di un almeno uno standard minimo; - prosecuzione delle attività di <i>empowerment</i> dei pazienti sulle tematiche del rischio mediante la valutazione dell'utilizzo del modulo di "integrazione della lettera di dimissione" e

	<p>avvio di azioni di miglioramento</p> <p>- pubblicazione delle informazioni, come previsto dalla legge 24/2017 e concordato dai tavoli tecnici della conferenza Stato-Regioni; in particolare, relativamente alla relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto; pubblicazione nel sito internet aziendale dei dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (verificati nell'ambito dell'esercizio della funzione di monitoraggio, gestione e prevenzione del rischio sanitario)</p>
--	--

3.6.8. Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH	
Obiettivo	Risultato atteso
Individuare un Coordinatore locale HPH, che farà anche parte del Comitato HPH regionale	Coordinatore individuato entro febbraio
Attivare il Comitato guida aziendale	Comitato attivato entro novembre

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	<p>Specialistica ambulatoriale:</p> <p>% di prestazioni monitorate prescritte in priorità B ed erogate entro 10 gg >=95%</p> <p>% di prestazioni monitorate prescritte in priorità D ed erogate entro 30 gg se visite oppure 60 gg se diagnostiche >=90%</p> <p>% di prestazioni monitorate prescritte in priorità P ed erogate entro 180 gg >=85%</p> <p>Ricoveri per interventi programmati:</p> <p>% di interventi chirurgici monitorati e prescritti con priorità A che rispettano i tempi d'attesa >=95%</p> <p>% di interventi chirurgici monitorati e prescritti con priorità B, C e D che rispettano i tempi d'attesa >=90%</p>
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 prenotazione on line	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
Verifica dei livelli di prenotabilità per le prestazioni traccianti	Evidenza della prenotabilità a CUP regionale delle prestazioni traccianti in entrambi i setting (istituzionale e l.p.)
Interventi per il contenimento delle liste d'attesa	Sviluppo di meccanismi operativi per il governo dell'offerta
Libera professione intramoenia	Le AAS/ASUI/IRCCS sono tenute a sospendere la libera professione intra-moenia ai medici delle strutture che non hanno reso disponibili a CUP regionale tutte le agende di prenotazione delle visite/prestazioni
LR 7/2009 per l'abbattimento delle liste d'attesa	L'ASUIUD trasmette una relazione alla DCS in cui vengono: <ul style="list-style-type: none"> - rendicontate le modalità di utilizzo del finanziamento attribuito nell'indistinto procapite

	(LR 7/2009) - illustrati i risultati ottenuti in termini di contenimento dei tempi d'attesa
Definizione piano per utilizzo della quota aggiuntiva	Il piano è definito entro il 31.3.2017
Stipula accordi con privati per prestazioni da quota aggiuntiva	Accordi stipulati (vedi 3.1.8)
Le AAS/ASUI rendicontano alla DCS le modalità di utilizzo del finanziamento attribuito con la legge 7/2009, tenendo conto che una quota di almeno il 40% è da utilizzare per l'acquisto di prestazioni dagli erogatori privati convenzionati, in aggiunta al budget assegnato per il periodo 2017-2019 con la stipula degli accordi adottati con la DGR n. 42/2017.	1. Stipulare specifico accordo integrativo con gli erogatori privati entro il 30.6.2018; 2. Trasmettere alla DCS entro e non oltre il 31.12.2018 l'atto/gli atti di evidenza delle effettive esigenze di abbattimento delle liste di attesa e ricorso agli importi stanziati 3. Presentare apposita rendicontazione sull'utilizzo delle somme assegnate nel bilancio consuntivo 2018

3.7.2. Innovazione nella gestione delle terapie

Obiettivo	Risultato atteso
Aumento dell'utilizzo dei nuovi anti-coagulanti orali	L'obiettivo si intende raggiunto se i controlli ambulatoriali per INR eseguita a pazienti residenti, si riducono almeno del 25% sul dato 2016; l'obiettivo non è raggiunto per riduzioni inferiori al 10%; per riduzioni comprese fra il 10% e il 25%, l'obiettivo verrà in proporzione considerato raggiunto parzialmente.
Somministrazione sottocute, o per altra via, delle terapie per endovena di lunga durata (almeno 2 ore)	Analisi di fattibilità per l'implementazione delle terapie sottocute in alternativa a quelle per endovena

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

Obiettivo	Risultato atteso
Riduzione di reparti di terapia intensiva o semi-intensiva che impediscono la presenza libera del care giver	Abolite 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 dai pazienti, con presenza di uno per volta

3.7.4. 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	Per le degenze ordinarie è prevista la possibilità che i pazienti possano avere accanto a sé un care giver,

di degenza	anche al momento della visita medica o dell'esecuzione delle procedure assistenziali.
------------	---

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

Obiettivo	Risultato atteso
Contatto telefonico dopo la dimissione da un intervento chirurgico (recall)	-Prosecuzione del progetto di recall ai pazienti dimessi dopo un intervento di chirurgia programmata - Estendere tale servizio anche ad altre tipologie di trattamento

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

Obiettivo	Risultato atteso
Individuazione del medico responsabile della gestione del ricovero del paziente	Ogni paziente ricoverato in ospedale riceve 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

3.7.7 Privacy

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Collaborazione con la Direzione Centrale Salute per lo snellimento delle procedure, in particolare attraverso la revisione del consenso al trattamento dei dati	Evidenza della partecipazione ai tavoli regionali

4. I FLUSSI INFORMATIVI E LE VALUTAZIONI

4.1 Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)	
Obiettivo	Risultato atteso
Migliorare e mantenere ottimale il livello di qualità delle SDO	<ul style="list-style-type: none"> - La percentuale di SDO archiviate deve essere in media nell'arco dell'anno maggiore o uguale al 98% dei dimessi; - Le richieste di apertura delle SDO archiviate non deve superare il 3% delle SDO archiviate. - Le anomalie in merito alla qualità della compilazione non devono superare in media il 10%

4.2 Obblighi informativi e qualità dei dati ai fini amministrativi, epidemiologici e gestionali e flussi ministeriali	
Obiettivo	Risultato atteso
Garantire tutti i flussi informativi e i programmi di sorveglianza	Vengono garantiti tutti i flussi informativi e i programmi di sorveglianza

4.3 Supporto a progetti di valenza regionale ed integrati tra Assessorati	
Obiettivo	Risultato atteso
Contribuire alle attività previste nel piano di lavoro dell'Osservatorio Ambiente Salute (DGR 532/2014), attraverso le strutture di Epidemiologia e di Accreditamento, gestione del rischio clinico e valutazione delle performance sanitarie	Evidenza dello svolgimento dell'attività richiesta
Supporto alla DCS per l'elaborazione dei dati e le valutazioni sul raggiungimento dei target attesi previsti, attraverso le strutture <i>Epidemiologia, Accreditamento, gestione del rischio clinico e valutazione delle performance sanitarie</i> e <i>Centro di coordinamento regionale malattie rare</i>	Evidenza dello svolgimento dell'attività richiesta

5. IL SISTEMA INFORMATIVO

5.1 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	MMG che prescrivono DEMA o MIR > 80%

5.2 PACS	
Obiettivo	Risultato atteso
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
Consultazione/visualizzazione di referti e immagini in situazione emergenziale inter-aziendale	- Prosecuzione della messa a regime del caso d'uso negli ambiti clinici previsti dalla programmazione sanitaria regionale.
Referto multimediale	Supporto aziendale secondo le modalità definite in coerenza e continuità con la programmazione sanitaria regionale
Potenziamento e ottimizzazione del sistema PACS regionale	Evidenza delle richieste aziendali

5.3 Fascicolo sanitario elettronico	
Obiettivo	Risultato atteso
Fascicolo sanitario elettronico	- Implementazione del FSE al 15% della popolazione

Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico "Burlo Garofolo" di Trieste

3. LE PROGETTUALITÀ

2.1.1 Rapporti con l'Università	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
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 ed applicato entro il 30/06/2018
Avviare in maniera coordinata e integrata progetti di ricerca internazionali	Almeno 2 progetti di ricerca avviati entro il 31/12/2018
Collaborare alla realizzazione di progetti formativi nell'ambito materno infantile	Almeno 2 progetti formativi effettuati entro il 31/12/2018

3.1 PROGETTI DI RIORGANIZZAZIONE DELLE FUNZIONI

3.1.1. Degenze	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Adeguamento dei posti letto a quanto previsto dall'allegato 2 della DGR 2673/2014.	Consolidamento dell'organizzazione raggiunta.

3.1.2. Acquisizione e/o spostamento di funzioni	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Definire sulla base delle operazioni di acquisizione e/o spostamento di funzioni previste dalla programmazione regionale.	Non di pertinenza.
Ente per la Gestione Accentrata dei Servizi Condivisi (EGAS)	
Nel corso del 2018, l'EGAS procederà con: - L'acquisizione del CeForMed (entro il 30 giugno) - L'attivazione del Gruppo collaborativo regionale dei dispositivi medici (entro il 31 dicembre) nell'ambito della struttura Health Technology Assessment	Adesione alle indicazioni regionali ed alle richieste di EGAS.

<p>- L'avvio della formazione ad indirizzo regionale sull'attuazione del Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del SSR di cui alla LR 17/2014, con particolare riferimento ai Piani regionali ed alle Reti di cui agli artt. 37, 38 e 39 della predetta Legge regionale; a tale scopo EGAS istituirà anche un Centro di coordinamento delle Professioni sanitarie cui afferrirà un Referente per ciascuna area delle Professioni sanitarie previste dalla Legge 251/2000 e LR 10/2007</p> <p>- Il supporto diretto nella conduzione delle politiche contrattuali e delle relazioni sindacali di livello regionale per il personale dipendente del SSR.</p>	
--	--

3.1.3. Emergenza urgenza	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Con la DGR n. 2039 del 16 ottobre 2015 è stato approvato il nuovo Piano dell'Emergenza Urgenza della Regione Friuli Venezia Giulia. Nel corso degli anni 2016 e 2017 sono stati implementati e/o ridistribuiti i mezzi di soccorso nel territorio, ma alcune azioni/funzioni previste dal piano sono ancora da attuare. Ne consegue che nel corso del 2018 si dovrà procedere a completare le azioni/funzioni mancanti.</p>	<p>Adesione per quel che concerne STAM e STEN Predisposizione di un documento condiviso da tutte le Aziende della regione che indichi le modalità più adeguate per il trasporto pediatrico ad integrazione dei documenti attuativi della DGR n. 2039 del 16 ottobre 2015 già predisposti.</p>

3.1.4. Medicina di Laboratorio	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Proseguire l'attuazione dell'organizzazione prevista dal Piano della Medicina di Laboratorio (DGR 599/2017)</p>	<p>Consolidamento dell'organizzazione prevista nel Piano della Medicina di Laboratorio (DGR 599/2017). Definizione del modello di integrazione delle attività di laboratorio con ASUITS ed AAS 2</p>
<p>Partecipare alle riunioni del Comitato Regionale per la Medicina di Laboratorio nelle quali nel corso del 2018 dovranno essere approvati i seguenti documenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aggiornamento del catalogo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale - Organizzazione della fase pre-analitica (centri prelievo, trasporti, ecc.) 	<p>Evidenza di partecipazione alle riunioni ed alla stesura dei documenti approvati dal Comitato Regionale per la Medicina di Laboratorio.</p>

- Organizzazione della Bio-banca regionale	
--	--

3.1.5. Sangue ed emocomponenti	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Il nuovo Centro unico regionale di produzione degli emocomponenti presso la sede di Palmanova, in linea con quanto previsto dalla DGR 2673/2014, nasce dalla fusione di due filoni di attività che attualmente sono affidati all'AAS2 e all'ASUIUD con attività ancora parzialmente svolta presso l'AAS5. Tale struttura assorbirà anche la funzione di raccolta sangue territoriale mediante i mezzi mobili (attualmente in comodato d'uso ad ASUIUD e ASUITS) e svolgerà la funzione di Centro di Coordinamento delle attività trasfusionali della regione.</p> <p>Sempre dal 1 luglio 2018, transiterà in AAS2 la funzione di raccolta sangue territoriale svolta con le unità di raccolta mobile attualmente in comodato d'uso presso l'ASUIUD e l'ASUITS.</p> <p>Entro la fine del 2018 dovrà essere riverificato e rinnovato l'accreditamento istituzionale di tutte le strutture trasfusionali della Regione.</p>	Collaborare per quanto di competenza

3.1.6. Reti di patologia	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Attivare, entro il 30 settembre 2018, almeno una sala attrezzata per gestire teleconferenze cliniche e riunioni operative a distanza, nonché permettere la visione contemporanea di documentazione ed immagini diagnostiche di alta qualità.	Sala attrezzata per gestire teleconferenze cliniche e riunioni operative a distanza: attivata entro il 30 settembre 2018.
In funzione dell'attivazione della Rete oncologica regionale definire per area geografica, entro il 30 aprile 2018, percorsi integrati facilitanti la presa in carico del paziente oncologico.	<p>Consolidamento e valutazione del PDTA per la gestione dei tumori ovarici, già condiviso con ASUITS nel corso del 2017</p> <p>Partecipazione alle attività della Breast Unit di ASUITS</p> <p>Avvio delle attività della Rete Regionale oncoematologica pediatrica .</p>

3.1.7. Modifiche/integrazioni delle DGR 2673/2014, 929/2015 e 1437/2015	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso

<p>A parziale modifica della DGR 1437/2015, ogni azienda è autorizzata ad apportare modifiche ai propri atti aziendali (es. ridenominazione e diversa collocazione di strutture amministrative, tecniche o di staff, nuove composizioni dei dipartimenti, attivazione di dipartimenti funzionali, ecc.), sempre nel rispetto delle norme di programmazione vigenti, senza dover ricorrere di volta in volta all'autorizzazione della direzione centrale salute nei confronti della quale rimane il solo obbligo di trasmissione dei nuovi atti per opportuna informazione. Inoltre, nell'ambito del numero massimo previsto, le aziende possono attivare strutture semplici e incarichi professionali, che comunque non fanno obbligatoriamente parte dell'atto aziendale, anche per funzioni non esplicitate negli allegati 2 delle DGR 2673/2014 e 929/2015. Infine, i valori indicati nella tabella al punto 2 del paragrafo 5.1. sono elevati di una unità per tutti gli Enti indicati in tabella. Infine, gli Enti del SSR possono attivare dipartimenti clinici anche con 3 SOC, purché i medici che afferiscono al dipartimento siano almeno 70.</p>	<p>Adeguamento del proprio atto aziendale sulla base delle strategie aziendali e delle novità a livello regionale e nazionale, nel rispetto della programmazione regionale.</p>
<p>A parziale modifica delle DGR 2673/2014 e 929/2015, l'IRCCS "Burlo Garofolo" è autorizzato a svolgere attività di chirurgia maxillo-facciale e di chirurgia plastica attraverso specifiche convenzioni da realizzare con strutture delle ASUI. L'attività è svolta nell'ambito di una delle strutture chirurgiche già attive presso l'istituto.</p>	<p>Definizione di specifici Programmi Integrati di Patologia (PIP) come definiti nell'Atto Aziendale con le ASUI entro 30.09.2018.</p> <p>(NB: il PIP è un'articolazione organizzativa funzionale, di norma interaziendale, trasversale ai Dipartimenti e alle Strutture. Ha il compito di coordinare le attività di prevenzione, clinico-assistenziali-riabilitative, di educazione alla salute, di formazione, di ricerca, di valutazione epidemiologica, di audit, previste per l'appropriato ed efficace funzionamento di uno o più percorsi multiprofessionali dedicati a pazienti omogenei per ambito di patologia e modalità di presa in carico.</p> <p>I Responsabili dei singoli PIP collaborano, per il raggiungimento dei rispettivi obiettivi, con le altre articolazioni organizzative dell'Istituto e delle altre Aziende coinvolte, e riferiscono ai Direttori Sanitari e al Direttore Scientifico per le parti di specifica competenza.</p> <p>I Responsabili di PIP sono scelti dai Direttori Generali delle Aziende che vi partecipano tra i professionisti che ne fanno parte. L'incarico è</p>

	fiduciario.)
l'IRCCS è autorizzato ad attivare la funzione di Trattamento di cellule staminali per le terapie cellulari, organizzandola come struttura semplice dipartimentale.	Non di pertinenza: funzione attribuita ad ASUITs

3.1.8. Modifiche/integrazioni alla DGR 42/2017

non di pertinenza

3.1.9. Documenti regionali

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Alcuni importanti documenti sono in fase di approvazione da parte della Giunta regionale; ci si riferisce in particolare ai seguenti:</p> <p>Rete oncologica regionale Piano della riabilitazione</p> <p>Nel 2018 verranno adottati, entro il 31 marzo, i documenti sopra citati e verrà avviata la loro applicazione. Inoltre, entro il 31 dicembre 2018 verranno adottati anche i seguenti:</p> <p>Piano della Salute mentale Rete pediatrica regionale Rete geriatrica Rete infettivologica Rete per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti: filiera polmone Rete trauma Organizzazione della Cell Factory regionale</p>	<p>Formalizzazione della Rete Pediatrica Regionale</p> <p>Collaborazione, per quanto di pertinenza, allo sviluppo delle altre reti che coinvolgono l'IRCCS Burlo.</p>

3.1.11. Lean management

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Nel corso del 2017 è stata avviata la formazione al personale sul Lean management; tale formazione ha attivato anche dei gruppi di lavoro che hanno sviluppato specifiche progettualità che sono in corso di contestualizzazione all'interno delle organizzazioni aziendali. Entro giugno 2018 la prima fase del programma si concluderà con un evento che metterà a fattor comune le diverse esperienze sviluppate. Il programma Lean management è stato avviato in applicazione all'articolo 42 della legge regionale n.</p>	<p>Applicazione del percorso elaborato durante l'attività di formazione a partire dal 01/04/2018.</p> <p>Sviluppo di una nuova progettualità.</p>

<p>17/2014. Onde evitare che tale patrimonio di esperienze vada disperso, viene mantenuta presso l'EGAS, la cabina di regia del programma; inoltre, ogni AAS/ASUI/IRCCS sviluppa un nuovo progetto da portare a compimento entro l'anno.</p>	
--	--

3.2 PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

3.2.1. Tutela della salute della donna	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Implementare il percorso gravidanza fisiologica a gestione ostetrica	Revisione e Attuazione del PDTA già condiviso con ASUITS nel 2014. Evidenza dell'attivazione del percorso attraverso report con dati di attività secondo le indicazioni della DCS nell'ambito del grado di autonomia previsto per il personale ostetrico del comparto.
Implementare i percorsi aziendali per la donna in età post fertile	Elaborazione e successiva applicazione di un PDTA riguardante la donna in età post fertile con patologia del pavimento pelvico. Implementazione e condivisione con MMG e Consultori del PDTA riguardante la donna in perimenopausa con perdite di sangue anomali (abnormal uterine bleeding, AUB) al fine di evitare esami inutili, accorciare i tempi della diagnosi, ridurre l'invasività e i costi del trattamento.
Veicolare, nell'ambito dei corsi di preparazione al parto e nei centri nascita, 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
Identificare lo studio di un modello di comunicazione innovativo per l'ambito materno-infantile per ottimizzare l'efficacia di interventi di educazione e promozione della salute in collaborazione con la DCS	Modello predisposto

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
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 dei requisiti dei centri di secondo livello con invio alla Direzione regionale dei dati di autovalutazione entro il 30.11.2018.
ASUITS gestisce la transizione del programma regionale di screening della cervice ad HPV-DNA	Collaborare per la riconversione del programma, inclusi gli aspetti di comunicazione e formazione.

<p>realizzando presso l'Anatomia Patologica di ASUITS, sede di Monfalcone un laboratorio unico regionale per tutti gli esami di HPV-DNA primari e tutte le letture dei pap-test secondari;</p> <p>AAS2 collaborare con ASUITS per gli aspetti di logistica e di preanalitica</p> <p>Tutte le Aziende che attualmente refertano pap-test di screening: garantire le letture dei pap test primari per gli anni 2018-2019-2020 e comunque fino a transizione del programma ultimata; partecipare al controllo di qualità sul laboratorio unico; posto che l'istologia delle lesioni continuerà ad essere gestita dalle attuali anatomie patologiche mantenendo il continuum della relazione con i clinici; garantire l'accesso alla documentazione iconografica relativa all'istologia delle lesioni stesse da parte dei patologi del laboratorio unico.</p>	
---	--

3.2.4. Gli screening neonatali (Programma II PRP)	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Coordinare i lavori finalizzati alla diffusione e applicazione in tutti i punti nascita di una procedura regionale per lo screening neonatale audiologico ed oftalmologico con aggiornamento del PDTA.	Evidenza delle attività di coordinamento
Coordinare il programma regionale per lo screening neonatale metabolico esteso; implementazione dell'identificazione precoce per la fibrosi cistica e proposta di eventuali programmi di screening.	Report di monitoraggio del programma regionale e delle attività per la fibrosi cistica.
Adottare la procedura per emoglobinopatia	Procedura adottata
Collaborare al programma per l'identificazione precoce dei neonati con emoglobinopatia nella popolazione a rischio.	Evidenza della collaborazione
Assicurare da parte di tutti i punti nascita la regolare comunicazione a IRCSS Burlo della rilevazione del TSH neonatale.	Tutte le Aziende: TSH in tutti i punti nascita, comunicato all'IRCCS

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

3.2.6. Dipendenze	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Prevenzione, cura e riabilitazione dei casi di dipendenza ed abuso in adolescenza.	Attuazione del PDTA condiviso con ASUITS e definizione di specifici Programmi Integrati di Patologia (PIP)
Partecipazione ai tavoli regionali.	Partecipazione ai tavoli regionali per quanto di competenza
In coerenza con il Piano regionale della Prevenzione 2014 - 2018, che intende prevenire e ridurre il rischio di acquisizione e trasmissione delle malattie correlate all'uso di sostanze stupefacenti, quali l'infezione da HIV, le epatiti virali, TBC e le altre malattie sessualmente trasmissibili, la programmazione regionale è orientata ad aumentare l'offerta del testing	Completamento del PDTA sulla gestione di laboratorio delle Malattie Sessualmente Trasmesse (MST) Attivazione di uno specifico PIP con ASUITS per la prevenzione delle MST e la presa in carico integrata dei soggetti affetti da MST .

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
Continuare 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
Proseguire in ogni azienda il programma integrato di promozione della salute dei dipendenti, che coinvolga i medici competenti, per la declinazione operativa delle azioni dell'obiettivo specifico "Progetto pilota per un programma integrato di salute e benessere dei dipendenti pubblici..." del PRP.	Report sui lavoratori a rischio cardiovascolare globale; Adozione di regolamento regionale sul fumo; Offerta di percorsi per smettere di fumare.

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Mantenere il registro regionale endometriosi ex art. 3 LR n. 18/2012.	Tenuta del registro regionale di patologia. Stima di incidenza e prevalenza di endometriosi nella popolazione residente in regione
Restituire i risultati della rilevazione 2017 del Progetto Okkio alla Salute ai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende	Restituzione dei dati alle aziende sanitarie Report alla DCS. Si segnala che i dati disponibili sono relativi al 2016 e non al 2017.
Coordinare, in collaborazione con i Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende del FVG, la raccolta dati periodica del progetto HBSC nelle scuole del Friuli Venezia Giulia (marzo-giugno 2018)	- Coordinamento dello studio - Report alla DCS relativo alle attività svolte (i risultati saranno disponibili nel 2019)
Tutte le AAS: Sviluppo di sistemi informativi rivolta alla dematerializzazione delle comunicazioni obbligatorie	Studio di fattibilità e prima applicazione 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, inclusa la resistenza antimicrobica (Programma XIII PRP 2014-2018) e piano nazionale di contrasto alle resistenze antimicrobiche 2017-2018 (PNCAR)

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Adottare e applicare le Linee guida regionali per il controllo della tubercolosi e realizzare la formazione	Assicurare la partecipazione ad un evento regionale - 1 iniziativa formativa/informativa

degli operatori	
Assicurare il proseguimento delle campagne vaccinali già avviate e quelle di nuova introduzione (rotavirus ed herpes zoster)	Partecipazione al tavolo interaziendale sulle vaccinazioni con ASUITS Attività di comunicazione sul tema delle vaccinazioni in gravidanza ed in età pediatrica
Coordinare in ambito regionale il completamento del PDTA sulla gestione di laboratorio delle Malattie Sessualmente Trasmesse (MST)	- PDTA completato e sua attivazione anche attraverso specifici accordi tra le Aziende - Attivazione di uno specifico PIP con ASUITS per la prevenzione delle MST e la presa in carico integrata dei soggetti affetti da MST . vedi anche Linea 3.2.6.

3.2.16. Comunicazione del rischio e gestione delle emergenze (Vedi Piano annuale di promozione della sicurezza del paziente in allegato)

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Applicare il protocollo regionale sull'assistenza sanitaria alle persone migranti ed inviare i dati di attività	Collaborazione con ASUITS
Garantire in ogni azienda sanitaria la possibilità di accesso ad un ambulatorio per cure primarie per i soggetti non in regola con le norme sul soggiorno, con l'individuazione di un percorso facilitato rispetto al rilascio del codice STP/ENI (Straniero Temporaneamente Presente/Europeo Non Iscritto);	Collaborare alle attività riguardanti l'area pediatrica e ostetrica
In applicazione del Piano generale regionale di risposta alle emergenze, definire e formalizzare l'unità di crisi aziendale	Dare evidenza della formalizzazione dell'unità di crisi aziendale e delle procedure conseguenti, in applicazione del Piano generale.
Garantire la formazione dei propri operatori sull'antimicrobial stewardship	Vedi Piano annuale di promozione della sicurezza del paziente in allegato
Diffondere a tutti gli operatori sanitari la reportistica regionale sulle resistenze batteriche	Vedi Piano annuale di promozione della sicurezza del paziente in allegato
In applicazione del Piano generale regionale di risposta alle emergenze, definire e formalizzare l'unità di crisi aziendale	Vedi Piano annuale di promozione della sicurezza del paziente in allegato

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Garantire la partecipazione degli operatori dedicati	- Completamento dell'organizzazione in accordo con

al percorso formativo programmato a livello regionale sull'allattamento al seno	la DCS dei corsi di formazione - 80% operatori dedicati in servizio presso l'IRCCS formati - Avvio di specifiche attività di ricerca
Mantenere ed ottimizzare il sistema di rilevazione sull'allattamento al seno alla dimissione e alla seconda vaccinazione	100% schede inserite nel sistema di rilevazione regionale entro un mese dalla dimissione
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 2018 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 2018 in ogni Azienda

3.2.18. Sicurezza alimentare, salute e benessere animale

non di pertinenza

3.3 ASSISTENZA DISTRETTUALE

3.3.1. Assistenza primaria

non di pertinenza

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 dei propri operatori adeguatamente formati
Partecipazione al programma di accreditamento nazionale degli organismi tecnicamente accreditanti.	Partecipazione alle attività dell'OTA

3.3.3. Odontoiatria sociale

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Collaborare con ASUITS per l'attivazione/ rinforzo di un percorso preferenziale per gli utenti con gravi disabilità.	Definizione di un protocollo dedicato ai pazienti con grave disabilità provenienti da extra regione.
<ol style="list-style-type: none"> 1. Aumento delle prestazioni LEA erogate. 2. Prestazioni non LEA erogate. 3. Percentuale aziendale di visite odontostomatologiche. 4. ASUITs e Burlo Garofolo: razionalizzazione dell'offerta. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Media aziendale di almeno 1,6 prestazioni/ora per odontoiatra. 2. Prestazioni erogate in accordo con ASUITS all'interno del programma di odontoiatria sociale. 3. Non superiore al 40% del totale delle prestazioni erogate (sono escluse le visite del pronto soccorso odontostomatologico). 4. Attivazione di un Coordinamento unico interaziendale e Definizione di percorsi e competenze univoche per le prestazioni di odontoiatria pediatrica e ortognatodonzia.
Rispettare quanto previsto nella convenzione con ASUITs anche in relazione all'attività di reportistica richiesta.	Reportistica inviata
Collaborare con il Coordinatore della rete odontoiatrica regionale per l'attivazione e la messa a regime della cartella clinica elettronica condivisa, per la semplificazione a partire dalla programmazione degli acquisti per il 2018 dei materiali utilizzati, per l'ulteriore reale coordinamento dell'offerta odontoiatrica aziendale e regionale anche mediante l'uniformazione delle regole degli ambulatori distrettuali ed ospedalieri e per l'adeguamento ed	Evidenza della collaborazione

armonizzazione dei protocolli clinici ed amministrativi.	
--	--

3.3.4. Riabilitazione	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Con la DGR n. 817/2017 è stata approvata l'organizzazione della rete delle malattie neuromuscolari e della sclerosi laterale amiotrofica; alle Aziende Sanitarie è richiesto di consolidare la rete per le malattie neuromuscolari.	Partecipare alla rete per l'ambito pediatrico di competenza
Nel 2017 sono proseguiti i lavori per la redazione del percorso diagnostico terapeutico e assistenziale, di seguito PDTA, regionale per la sclerosi multipla, con il coinvolgimento anche dei referenti per l'età evolutiva. Entro il primo semestre 2018, tutte le AAS e ASUI adottano il PDTA per la presa in carico delle persone con sclerosi multipla.	Entro il primo semestre 2018 i pazienti d'età inferiore a 18 anni con sclerosi multipla sono presi in carico con le modalità previste dal PDTA.
1. Attivazione a livello aziendale della rete per le malattie neuromuscolari e la sclerosi laterale amiotrofica	1. Partecipare al gruppo integrato neuromuscolare (GIN) con la finalità di garantire la continuità assistenziale del bambino/adolescente con malattia neuromuscolare nell'ambito territoriale di competenza.
2. Attivazione a livello aziendale del PDTA per la sclerosi multipla.	2. Entro il primo semestre 2018 i pazienti con sclerosi multipla sono presi in carico con le modalità previste dal PDTA.

3.3.5. Superamento della contenzione: non di pertinenza
non di pertinenza

3.3.6. Diabete	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Gestione integrata del diabete in coerenza con la DGR 1676/2015 2. Diabete in ospedale (DGR 1572/2017): a-Implementazione del programma regionale per la formazione del personale ospedaliero; b-organizzazione dei team ospedalieri.	1. Presentazione report dati attività 2017-2018 riguardanti l'area pediatrica e quella ostetrica 2.a costituzione e organizzazione dei team ospedalieri 2.b Effettuazione di un evento formativo

3.3.7. Cronicità	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Continuità assistenziale: Continuazione progetto di ricerca regionale</p> <p>Definizione di standard assistenziali in ambito pediatrico</p>	<p>Continuazione delle attività di ricerca in ambito regionale sulle modalità di continuità assistenziale per i bambini con bisogni speciali</p> <p>- Definizione degli standard assistenziali in ambito pediatrico - report sulle attività svolte da inviare alla DCS (Vedi anche Linea 3.5.11)</p>

3.3.8. Assistenza protesica	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Partecipare ai lavori per la revisione dei percorsi di assistenza protesica e alla formazione dei professionisti sanitari .</p>	<p>Partecipare ai lavori per la revisione dei percorsi di assistenza protesica per quanto di competenza (ORL, oculistica, ortopedia, DSA)</p> <p>Attuazione delle nuove modalità di erogazione dell'assistenza protesica, compresi i percorsi semplificati stabiliti dalle nuove linee guida regionali.</p>

3.4 ASSISTENZA FARMACEUTICA E ASSISTENZA DISTRETTUALE

Assistenza farmaceutica	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Tetti spesa farmaceutica	
Per il 2018 rimangono confermati i tetti di spesa per la farmaceutica ridefiniti dalla Legge n. 232/2016 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2017 e bilancio pluriennale per il triennio 2017-2019" in "tetto per la spesa farmaceutica per acquisti diretti" pari al 6,89 % del FSR (farmaceutica ospedaliera, diretta e DPC) e "tetto per la spesa farmaceutica convenzionata" pari al 7,96 % del FSR.	tetto di spesa farmaceutica ospedaliera pari a € 2.985.441 (al netto farmaco Spinraza e altri farmaci rimborsati)
1. Prescrittori	
Sia a livello territoriale che ospedaliero le Aziende individueranno specifici obiettivi per i prescrittori, correlati a definiti indicatori di risultato, al fine di favorire l'impiego di medicinali con il miglior rapporto di costo-efficacia e prevedendo un monitoraggio periodico sull'utilizzo delle categorie dei farmaci a maggior impatto di spesa e rischio di inappropriatazza. A tal fine le Aziende invieranno un report semestrale alla DCS con evidenza sia delle iniziative di audit e feedback adottate, sia delle azioni più significative intraprese nel corso del primo e del secondo semestre del 2018 (in particolare per oncologici, immunologici, farmaci per l'epatite C, terapie intra-vitreali, farmaci del PHT_DPC, equivalenti).	Contenimento della spesa differenziato per Struttura per farmaci di nuovo inserimento in PTO all'interno di classi omogenee Monitoraggio delle prescrizioni fuori PTO con richiesta personalizzata Richieste personalizzate per farmaci ad alto costo Condivisione in negoziazione con le strutture di oncologia, reumatologia e gastroenterologia di almeno 2 classi di farmaci a maggior impatto di spesa e rischio di inappropriatazza da monitorare. Implementazione nella procedura operativa riguardante i farmaci off label con il modello di rilevazione degli esiti clinici e relativo feed back ai prescrittori
2. Egas	
L'EGAS nel corso del 2018, in qualità di aggregatore della domanda, avvalendosi delle competenze interne e anche di quelle delle Aziende sanitarie, potenzierà la capacità di coordinamento e di stesura di capitolati tecnici, al fine di perseguire un governo sulle politiche regionali di acquisto dei farmaci e dei dispositivi medici. Inoltre, in linea con le evidenze scientifiche e con i principi dell'HTA, sarà di supporto alla DCS al fine di contribuire alla realizzazione di un sistema regionale più regolato.	Evidenza di partecipazione ai lavori di predisposizione gara farmaci con particolare attenzione all'introduzione dei fabbisogni, quando è possibile stimarli anticipatamente, e su richiesta di EGAS

3. Medicinali a brevetto scaduto – indicatori AIFA-MEF	
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, dovrà tendere ai valori target indicati.	Non pertinente
4. Biosimilari	
Nell'ambito delle categorie di medicinali per le quali è disponibile l'alternativa biosimile dovranno essere assicurate azioni di incentivazione, appropriatezza ed efficienza per il SSR, nel rispetto del recente quadro normativo (legge n. 232/2016, art. 1, comma 407), che ha previsto specifiche direttive a cui gli Enti del SSR devono fare riferimento. A tal fine le Aziende invieranno uno specifico report semestrale alla DCS sulle attività svolte. Inoltre, in tale ambito l'EGAS fornisce agli Enti del SSR e alla DCS tutte le informazioni relative alle procedure di acquisto in forma riepilogativa (farmaci, prezzi, eventuali accordi quadro), secondo quanto stabilito dalla legge 232/2016.	<p>- Due report semestrali alla DCS sulle attività svolte</p> <p>- Continua il monitoraggio della prescrizione di farmaci biosimilari da parte dei dirigenti della SCU Clinica pediatrica (gastro e reumatologia) e S:C: Oncoematologia pediatrica</p>
6. Distribuzione diretta farmaci ad alto costo	
Nell'ambito della distribuzione diretta dei farmaci ad alto costo le Aziende eroganti danno continuità ai percorsi definiti nel corso del 2017, per consentire alle AAS di residenza del paziente la verifica dell'appropriatezza d'uso, dandone anche evidenza alla DCS.	<p>Utilizzazione della Procedura operativa già in atto che prevede la collaborazione della SSD Farmacia con la Direzione sanitaria.</p> <p>Implementazione della procedura operativa riguardante i farmaci off label in distribuzione diretta.</p>
7. Primo ciclo di 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 sia attraverso le strutture pubbliche che private accreditate. A tal fine le Aziende invieranno alla DCS due relazioni semestrali sull'attività svolta, indicando i risultati raggiunti. Continua inoltre l'attività di distribuzione diretta nell'ambito della residenzialità, semi-residenzialità e assistenza domiciliare presso tutte le strutture afferenti alle	<p>- Nel corso del 2017 è stata rivista la procedura di distribuzione diretta anche alla luce della progressiva introduzione del PSM.</p> <p>- Nel corso del 2018 verranno concordate con le Strutture ulteriori attività per incentivare la prescrizioni del primo ciclo attraverso il PSM.</p> <p>- Assicurare il primo ciclo di terapia (LEA/DGR 12/2018)</p> <p>- Due relazioni semestrali da inviare alla DCS sull'attività svolta e risultati raggiunti</p>

Aziende per l'assistenza sanitaria.	
8. Farmaci aggiudicati a gara	
<p>Al fine di favorire l'impiego dei medicinali acquistati centralmente l'EGAS 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. Lo stesso Ente assicura inoltre 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>Per i medicinali in DPC le Aziende adottano specifici monitoraggi e approfondimenti con i prescrittori in caso di elevato ricorso alla non sostituibilità, e assicurano le opportune informazioni sui medicinali di nuova autorizzazione all'immissione in commercio inseriti nell'elenco dei farmaci erogabili in DPC, temporaneamente non disponibili sulla piattaforma.</p>	<p>Non pertinente, di competenza EGAS</p> <p>I prescrittori ospedalieri vengono informati delle modifiche/integrazione relative a i farmaci in DPC. In particolare sono inviati report di prescrizioni in DPC di somatropina e farmaci per la fertilità.</p>
10. Medicinali soggetti a registro AIFA	
<p>Per la prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA dovrà essere assicurata la registrazione di tutti i dati richiesti (anche con particolare riferimento ai medicinali innovativi), nel rispetto delle indicazioni autorizzate e dei criteri di eleggibilità definiti dall'AIFA, 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 continua ad assicurare il ristoro delle somme spettanti a ciascun Ente, 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).</p>	<p>Tutti i farmaci soggetti a registro vengono erogati solo dopo verifica da parte della SSD Farmacia del corretto inserimento (indicazioni autorizzate e dei criteri di eleggibilità ecc) e la gestione delle procedure di rimborso per i farmaci soggetti ad accordi di condivisione del rischio (MEA)</p>
11. Farmacovigilanza	
Sul versante della farmacovigilanza continuano le	Continua il monitoraggio delle reazioni avverse

<p>attività già avviate a livello regionale dalla DCS ed, in particolare, le collaborazioni con le Aziende sanitarie universitarie integrate così come indicato dalle delibere di riferimento (DGR 435/2013 e 2199/2014), assieme alle progettualità regionali e multiregionali finanziate da AIFA e oggetto di specifica convenzione. Su tali iniziative gli Enti del SSR assicurano la partecipazione dei sanitari interessati e il supporto alle attività organizzative. Nel corso del 2018 sarà avviata una specifica progettualità sui temi relativi ai medicinali per il trattamento di malattie rare, anche coinvolgendo il coordinamento regionale e la rete delle malattie rare. Inoltre in corso d'anno, anche tramite un nuovo di accordo di collaborazione/convenzione con le due Aziende sanitarie universitarie integrate e con il coinvolgimento di tutte le Aziende sanitarie e gli IRCCS sarà avviata una specifica progettualità pluriennale nell'ambito delle aree di attività stabilite dalla DGR 1365/2015 volta a favorire un uso sicuro appropriato dei farmaci a livello ospedaliero e nella continuità ospedale-territorio. Il percorso formativo a distanza (FAD) avviato a fine 2017 sull'utilizzo della nuova piattaforma nazionale</p>	<p>con un focus sui farmaci in gravidanza. Restano aperte le attività avviate su indicazione della DCS.</p>
<p>12. 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). Le Aziende sanitarie assicurano il raccordo tra le varie strutture aziendali coinvolte per favorire politiche di acquisto basate sulle evidenze (es. innovazioni</p>	<p>Non di competenza dell'Istituto.</p> <p>Si provvederà ad integrare, in caso di necessità, il protocollo di continuità assistenziale che riguarda la distribuzione diretta dei presidi previsti dall'AFIR</p>

tecnologiche) anche per i dispositivi medici.	
13. 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 30.06.2018 e al 31.12.2018).	Avvio e implementazione della cartella in base a quanto previsto
14. Logistica centralizzata	
Per le Aziende servite dalla logistica centralizzata, la copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM dovrà essere garantita per il 90% 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.	Il 90% delle prescrizioni di farmaci destinate alla distribuzione diretta sono inseriti in PSM se gestiti da EGAS.
15. 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% di tutti i pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive, prevedendo azioni mirate di sensibilizzazione dei prescrittori all'utilizzo dello strumento nelle categorie di medicinali per i quali si osserva un ricorso prevalente al PT cartaceo (es antidiabetici). Le Aziende assicurano inoltre il controllo dei piani terapeutici ed il rispetto delle note limitative AIFA, favorendo l'implementazione di tale sistema informatizzato.	<p>- ricorso (prima prescrizione e rinnovi) alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici implementati/disponibili a sistema, tramite l'applicativo PSM-PT: almeno il 50% di tutti i pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive</p> <p>I prescrittori vengono sensibilizzati all'utilizzo dell'applicativo, in particolare alla richiesta della prima dispensazione.</p>
16. Flussi informativi – LEA ministeriali	
Le Aziende sanitarie, ai fini degli adempimenti LEA ministeriali, assicurano, per il tramite dei responsabili individuati per la tematica, l'implementazione, le verifiche ed i controlli di congruenza dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese, utilizzando la reportistica a disposizione sul	<p>- Verifiche di controllo/congruità nei tempi fissati.</p> <p>- Verifiche sulla correttezza del dato attraverso i sistemi resi disponibili dal portale con periodicità mensile per la parte di competenza ed eventuale segnalazione ad EGAS.</p>

<p>portale SISSR (mancati invii, prezzi medi, revocati, ecc), con particolare riferimento ai disallineamenti derivanti da possibile mancato invio. 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 va inoltre inserito a sistema il codice targatura. Relativamente ai nuovi adempimenti LEA ministeriali saranno avviati specifici percorsi con le Aziende e con l'EGAS, al fine di provvedere alle verifiche sulla congruità dei dati trasmessi, ognuno per la parte di propria competenza.</p>	
<p>17. Flussi informativi – eventuali approfondimenti</p>	
<p>Sempre con riferimento ai flussi normativi, le aziende e l'EGAS danno riscontro ad eventuali approfondimenti richiesti dalla Direzione Centrale, anche su istanza del Ministero della Salute, entro 15 giorni dalle comunicazioni. Sui flussi potranno essere fornite ulteriori indicazioni anche in base ai cambiamenti derivanti dalle introduzioni di nuovi adempimenti LEA.</p>	<p>Verifiche effettuate entro le scadenze sulla base degli approfondimenti richiesti dalla DCS.</p>
<p>18. Farmaci SMA</p>	
<p>Farmaci cura atrofia muscolare spinale - SMA</p>	<p>1) Rilevazione e monitoraggio dell'uso del farmaco</p>

3.5 ASSISTENZA SOCIO SANITARIA

3.5.2. Disabilità	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Per l'anno 2018, le AAS e ASUI provvedono: alla formalizzazione di un accordo con gli Enti gestori dei servizi di cui all'articolo 6, comma 1, lettere e), f), g) e h), della legge regionale 41/96, che espliciti le modalità di coinvolgimento dei DSM nella valutazione e presa in carico delle persone adulte con disabilità intellettiva o disturbi dello spettro dell'autismo.	Partecipazione ai tavoli dei Piani di Zona per quanto di competenza ed alle specifiche attività di ASUITS
Fondo gravissimi	
Non di pertinenza	
Fondo SLA	
Non di pertinenza	
Vigilanza servizi semiresidenziali e residenziali socio sanitari destinati a persone con disabilità	
Non di pertinenza	
Dopo di noi	
Vigilanza servizi semiresidenziali e residenziali socio sanitari destinati a persone con disabilità	
Autismo	
Partecipare al Tavolo tecnico sull'autismo per quanto di competenza relativamente al monitoraggio dell'attuazione delle Linee di indirizzo per il percorso assistenziale dei disturbi dello spettro autistico in età evolutiva, di cui alla DGR 434/2017.	Evidenza partecipazione

3.5.3. Minori	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Affido	
Per l'anno 2018, tutte le AAS e ASUI collaborano alla messa a regime del percorso delineato dalle Linee di indirizzo regionali attraverso: sperimentazione dei profili di bisogno, individuati dalle linee di indirizzo, per la valutazione dei minori presi in carico, revisione e validazione degli stessi e individuazione di strumenti appropriati per valutare tali profili, da potersi adottare in modo omogeneo a	Supporto alle attività di ASUITS per quanto di competenza

<p>livello regionale; sperimentazione dei profili di intervento, revisione e validazione degli stessi; revisione e validazione dei requisiti di qualità previsti dalle Linee di indirizzo regionali per i servizi residenziali che in regione accoglieranno i minori allontanati dalla famiglia di origine, anche attraverso la realizzazione di specifiche attività di verifica e controllo svolte presso le stesse strutture.</p>	
<p>Adozioni</p>	
<p>L'adozione delle nuove Linee di indirizzo regionali deve avvenire nell'ambito dei percorsi di presa in carico integrata tra AAS e SSC dei minori che richiedono un allontanamento dalla propria famiglia di origine, e dovrebbe favorire un processo di revisione delle modalità definite nell'ambito dei processi di pianificazione di zona e attualmente in uso. Il risultato atteso di questo processo per ciascuna Azienda è il seguente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ridurre del 50% della media degli ultimi tre anni il numero di minori inseriti in strutture residenziali di accoglienza con sede fuori regione; - Riportare il 10% dei minori inseriti in comunità fuori regione nelle comunità regionali; - Introdurre il budget personalizzato, quale strumento funzionale alla realizzazione di percorsi di presa in carico dei minori che favoriscano il loro accoglimento in strutture di accoglienza della regione. 	<p>Partecipazione ai tavoli regionali e a quelli locali (Piani di Zona)</p>

<p>3.5.4. Salute mentale</p>	
<p>Obiettivo aziendale</p>	<p>Risultato atteso</p>
<p>Età adulta</p>	
<p>Definizione di un percorso aziendale congiunto (NPIA, DSM, PLS e MMG) per la definizione della fase di transizione delle cure dai servizi per l'età evolutiva ai servizi per l'età adulta</p>	<p>Evidenza di percorso aziendale congiunto NPIA, DSM, PLS e MMG) per la definizione della fase di transizione delle cure.</p>
<p>Età evolutiva</p>	
<p>Attivazione delle NPIA aziendali in coerenza con i provvedimenti aziendali.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avvio delle attività dei Centri diurni NPIA. - Predisposizione di percorsi codificati e concordati 	<p>Nel 2018 sarà formalizzato tra ASUITS e l'IRCCS Burlo Garofolo un accordo riguardante:</p> <ul style="list-style-type: none"> - le competenze specifiche dei servizi territoriali con funzioni di NPI e Salute mentale dell'età evolutiva di

tra le varie strutture coinvolte (Servizi NPIA, PS/Medicina d'Urgenza, reparti di Pediatria, DSM, servizi per le dipendenze, servizi di Emergenza Urgenza) con indicazione di: reparto di accoglienza, percorso diagnostico terapeutico e di continuità assistenziale con le NPIA territoriali, responsabilità di presa in carico, modalità di interazione tra DSM e NPIA nel caso di minori in età adolescenziale.	ASUITS e quelle della SC NPI ospedaliera di primo livello . - i percorsi per garantire la continuità assistenziale l'individuazione di strutture pubbliche e private semiresidenziali, residenziali e di ricovero che concorrano alla presa in carico dell'utenza 0-17 anni anche nei momenti di crisi e di emergenza psichiatrica
---	---

3.5.5. Disturbi del comportamento alimentare	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Messa a regime degli ambulatori DCA con la disponibilità di equipe funzionale (DGR 668/2017) 2. Operatività dei Centri Diurni in accordo con ASUITS e AAS2 3. Operatività dell'Osservatorio epidemiologico	1. Operatività degli ambulatori DCA 2. Formalizzazione di un accordo operativo con ASUITS e AAS 2 per l'attività di supporto fornita ai loro Centri diurni e invio di report di attività 3. Reportistica inviata in DCS

3.5.6. Cure palliative e terapia del dolore	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
L'accesso alla rete delle cure palliative pediatriche è effettuato con i criteri approvati dal tavolo costituito da tutti i rappresentanti delle Aziende regionali nell'ambito delle attività per la definizione della rete pediatrica regionale	Proposta con criteri di accesso alle cure palliative dell'infanzia e dell'adolescenza inviata alla DCS
Partecipazione alle attività dei tavoli regionali	Partecipazione ai tavoli regionali.
Monitoraggio dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni di terapia del dolore in tutti i setting assistenziali sia di ambito pediatrico che ostetrico ginecologico	Trasmissione report alla direzione centrale salute.

3.5.7. Consulenti familiari	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Implementazione del percorso gravidanza fisiologica a gestione ostetrica.	1. Revisione e Attuazione del PDTA già condiviso con ASUITS nel 2014. Evidenza dell'attivazione del percorso attraverso report con dati di attività secondo le indicazioni della DCS nell'ambito del grado di autonomia previsto per il personale ostetrico del comparto
2. Implementazione di percorsi aziendali per la donna in età post fertile.	2. Evidenza dei percorsi attraverso report di attività

3.5.10. 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

3.5.11. Area Welfare	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Minori Accompagnamento delle AAS e ASUI nella sperimentazione dei profili di bisogno e di intervento previsti dalle Linee di indirizzo, monitoraggio degli esiti ed eventuale revisione dei profili.	Continuazione delle attività di ricerca in ambito regionale sulle modalità di continuità assistenziale per i bambini con bisogni speciali. Definizione degli standard assistenziali in ambito pediatrico. Report sulle attività svolte da inviare alla DCS. (Vedi anche Linea 3.3.7)

3.6 PROGETTI CLINICO ASSISTENZIALI

3.6.1. Insufficienze d'organo e trapianti	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Cuore	
Partecipare ai lavori della rete con formalizzazione di almeno 1 percorso assistenziale che definisca anche specifici indicatori di esito.	Evidenza di partecipazione, se richiesto, per quanto di competenza.

3.6.2. Emergenza urgenza	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Emergenze cardiologiche	
Partecipare ai lavori della rete per quanto di competenza	Almeno 1 percorso assistenziale che definisca anche specifici indicatori di esito formalizzato
Pronto soccorso ed urgenza emergenza	
1. 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 2016 del 64,06% - fonte Bersaglio)	1. Aumentare la percentuale di pazienti pediatrici registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1 ora rispetto al totale dei pazienti con codice verde 65%(hub)
2. 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 2016 del 76,82% - fonte Bersaglio)	2. Aumentare la percentuale di pazienti pediatrici con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore, portandola a valori superiori al 75% (hub)
3. Revisione e confronto interaziendali della gestione clinica per 5 eventi patologici acuti frequenti. Inviare in DCS una proposta di documento relativo ai trasporti pediatrici	3. Revisione e confronto interaziendali della gestione clinica per 5 eventi patologici acuti frequenti. Documento inviato in DCS entro il 30.09.2018

3.6.3 Reti di patologia	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Malattie rare	
1. Coordinare nell'ambito della Rete per le patologie neuromuscolari la parte pediatrica	1. Evidenza di partecipazione alle riunioni
2. Partecipare ai lavori delle reti di gruppo nosologico di competenza	2. Produrre entro il 31 dicembre 2018 almeno 1 percorso assistenziale, oltre a quello previsto per il 2017

3. Alimentare il registro regionale di cui al DM 279/2001 (aggiornamento dati del registro con inserimento del 100% dei casi in prevalenza al 30 novembre 2018 e pulizia dei casi che sono usciti dal sistema)	3. Registro regionale alimentato correttamente.
Malattie reumatiche	
1. Monitoraggio dell'applicazione dei percorsi assistenziali già formalizzati; 2. Evidenza, 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)	Report sull'attività svolta in ambito pediatrico

3.6.4. Materno-infantile e percorso nascita	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
- Individuare gli interventi chirurgici pediatrici che, per assicurare adeguati livelli di sicurezza e qualità, devono essere assicurati dall'IRCCS "Burlo Garofolo" attraverso: <ul style="list-style-type: none"> o La centralizzazione presso la sede ospedaliera dell'istituto; o La circolazione in più sedi di un'equipe chirurgica ed anestesiologicala dell'istituto 	- Documento inviato alla DCS
- Sviluppo del sistema di tele-refertazione per second opinion in radiologia pediatrica	- Sistema di tele-refertazione per second opinion in radiologia pediatrica sviluppato
- Centralizzazione presso l'IRCCS Burlo Garofolo della produzione dei farmaci galenici pediatrici	a. Definizione con la DCS del modello di centralizzazione delle produzioni galeniche b. Produzione farmaci galenici centralizzata presso l'IRCCS Burlo Garofolo
- Formalizzazione della rete pediatrica regionale	- Rete pediatrica formalizzata
Assicurare, sulla base delle convenzioni in atto con le aziende, la guardia medica (pediatrica e ostetrica) H24 in ogni punto nascita attivo	Guardia medica pediatrica assicurata H24 nelle aziende convenzionate con l'IRCCS
Implementare il percorso gravidanza fisiologica con responsabilizzazione diretta delle ostetriche;	Revisione e Attuazione del PDTA già condiviso con ASUITS nel 2014. Evidenza dell'attivazione del percorso attraverso report con dati di attività secondo le indicazioni della DCS nell'ambito del grado di autonomia previsto per il personale ostetrico del comparto (Vedi anche Linea 3.2.1.)
Mantenere la percentuale dei parti cesarei depurati	Parti cesarei depurati (NTSV) < 20% dei parti totali

(NTSV) al di sotto del 20% dei parti totali dei parti depurati (valore medio regionale 2016 pari a 16,94% - fonte Bersaglio).	dei parti depurati
Mantenere parti indotti al di sotto del 22% (valore medio regionale 2016 pari a 21,99% - fonte Bersaglio; gennaio-ottobre 2017 pari a 21,26%).	Parti indotti < 22%
Inviare alla Direzione Centrale Salute un report annuale sull'attività di trasporto con i seguenti indicatori: - N. neonati per i quali è attivato un trasporto primario sul n. totale nati - N. trasporti primari all'anno attivati entro 30 minuti/N. totale trasporti primari - N. neonati < 34 settimane trattenuti nella struttura di I livello con scheda compilata dal centro T.I.N./N. totale neonati <34 settimane trattenuti nelle strutture di I livello - N. STAM/N. totale parti - N. STAM con documentazione clinica completa/N. totale STAM	Relazione sull'attività di trasporto, trasmessa annualmente alla DCS, corredata dal monitoraggio dei seguenti indicatori: - N. neonati per i quali è attivato un trasporto primario / N.. totale nati - N. trasporti primari all'anno attivati entro 30 minuti / N. totale trasporti primari - N. neonati < 34 settimane trattenuti nella struttura di I livello con scheda compilata dal centro T.I.N. / N. totale neonati <34 settimane trattenuti nelle strutture di I livello - N. STAM / N. totale parti - N. STAM con documentazione clinica completa / N. totale STAM
Partecipazione alle attività del Comitato percorso nascita regionale	Partecipazione dei rappresentanti aziendali ai lavori del Comitato percorso nascita regionale

3.6.5. Sangue ed emocomponenti	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Il sistema trasfusionale regionale continua a presidiare l'autosufficienza in emocomponenti ed emoderivati e la sicurezza e la qualità della trasfusione ed a contribuire alla compensazione nazionale attraverso i seguenti obiettivi: - Promozione e monitoraggio dell'appropriatezza e dell'efficacia da parte dei COBUS ospedalieri, mediante l'adozione e la validazione di uno strumento di analisi e valutazione dei dati (entro giugno 2018) e l'implementazione del metodo con valutazione dei risultati e la conseguente eventuale adozione di misure correttive (entro dicembre 2018); - Promozione della sicurezza della trasfusione con l'adozione diffusa della richiesta trasfusionale web da reparto (EMOWARD) e con l'implementazione di "sistemi barriera" per l'identificazione del paziente prima della trasfusione.	Il COBUS dell'Istituto contribuirà al monitoraggio dell'appropriatezza dell'uso del sangue e dei suoi componenti adottando eventuali misure correttive individuate Implementazione della richiesta trasfusionale web e di sistemi barriera

3.6.6. Erogazione dei livelli di assistenza	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Riduzione del tasso di ospedalizzazione al 122,5 x mille (anno 2016 = 127,50, stima 2017 = 127,80).	1. Per quanto concerne il tasso di ospedalizzazione, che non deve superare il 125 per mille, si ribadisce che, considerando il mandato dell'Istituto, l'RCCS contribuisce alla riduzione esclusivamente garantendo l'appropriatezza dei ricoveri
2. Riduzione dei numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica, ricorrendo anche ad un maggiore utilizzo del day service, portando la percentuale al di sotto del 42% per i pediatrici (valore medio regionale del 2016 di 32,88% per gli adulti e 50,02% per i pediatrici - fonte Bersaglio)	2. Riduzione dei numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica, ricorrendo anche ad un maggiore utilizzo del day service, portando la percentuale al di sotto del 42% per quelli pediatrici
3. Recupero di almeno il 25% della fuga extra-regionale di ricovero e di specialistica ambulatoriale rispetto ai dati 2015 di ogni AAS/ASUI	3. L'Istituto supporterà la DCS relativamente al fenomeno della fuga in ambito pediatrico extra-regionale di ricovero e di specialistica ambulatoriale rispetto ai dati 2015.
Indicatori	L'istituto deve garantire il raggiungimento degli standard obiettivo di cui all'allegato B da DGR 185/2018 di approvazione definitiva delle Linee annuali per la Gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2018.

3.6.7. Rete Cure Sicure FVG	
(Vedi allegato Piano annuale di promozione della sicurezza del paziente 2018)	
Si riportano sintenticamente gli obiettivi presenti nel Piano annuale di promozione della sicurezza del paziente 2018 allegato al bilancio dell'istituto	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prosecuzione della strutturazione della rete cure sicure FVG in accordo con la delibera 1970 del 21.10.2016 2. Garantire qualità e sicurezza della documentazione sanitaria 3. Consolidare il sistema di incident reporting e di analisi degli eventi avversi 4. Applicare i protocolli per la corretta identificazione del paziente 5. Prevenire i danni da caduta accidentale 6. Prevenire le lesioni da pressione 7. Uso sicuro dei farmaci 8.1 Studio di incidenza delle infezioni in chirurgia 8.2 Sorveglianza attiva e prevenzione delle resistenze batteriche 8.3 Implementazione delle LLGG sulle infezioni pediatriche elaborate dal gruppo regionale

	<p>8.4 Partecipare al progetto "Clean care in safer care"</p> <p>8.5 Organizzare la formazione specifica per prevenire e contenere le infezioni correlate all'assistenza</p> <p>8.6 Garantire la corretta gestione di un evento epidemico in collaborazione con il territorio</p> <p>9. Garantire qualità e sicurezza della documentazione sanitaria</p> <p>10. diffusione della procedura aziendale relativa alla raccomandazione ministeriale per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari (RM8)</p> <p>11. Miglioramento della gestione del rischio clinico attraverso un approccio integrato</p> <p>12. Promozione del coinvolgimento attivo e consapevole dei pazienti e dei cittadini e promozione delle buone pratiche</p> <p>13. Garantire qualità e sicurezza del percorso chirurgico</p> <p>14. Garantire l'attuazione della rete regionale HPH e partecipare alle iniziative.</p>
--	---

3.6.8. Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Individuare un Coordinatore locale HPH, che farà anche parte del Comitato HPH regionale (entro febbraio)	Trasmettere il nominativo alla Direzione Generale di AAS2, in qualità di Centro di Coordinamento Regionale, entro il 28/02/2018
Definire, all'interno del Comitato di coordinamento HPH regionale, un regolamento, che verrà formalizzato dalla DCS, per la composizione e il funzionamento dei Comitati guida aziendali	Regolamento definito dal Comitato di coordinamento HPH regionale entro il 30/06/2018
Partecipare al Comitato di coordinamento HPH regionale per la proposta alla DCS delle linee di lavoro da implementare progressivamente nelle organizzazioni ospedaliere e dei servizi sanitari e un piano d'azione per il 2019 e gli anni successivi	Proposta del Comitato di coordinamento HPH regionale inviata in DCS entro il 30/11/2018
Attivare il Comitato guida aziendale	Comitato attivato entro il 30/11/2018

3.7 RAPPORTO CON I CITTADINI

3.7.1. Tempi d'attesa	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Continuare ad organizzare le agende delle prestazioni ambulatoriali specialistiche per consentire la prenotazione online del cittadino dell'offerta.	Organizzazione delle agende delle prestazioni ambulatoriali specialistiche coerente con la prenotazione online del cittadino di tutta l'offerta.
Mantenere il monitoraggio ministeriale	Mantenimento del monitoraggio regionale e ministeriale
Assicurare la "garanzia" erogativa per le priorità B al > 95%, per la priorità D al > 90% e per le priorità P al > 85%.	<p>% di prestazioni monitorate prescritte in priorità B ed erogate entro 10 gg >=95%</p> <p>% di prestazioni monitorate prescritte in priorità D ed erogate entro 30 gg se visite oppure 60 gg se diagnostiche >=90%</p> <p>% di prestazioni monitorate prescritte in priorità P ed erogate entro 180 gg >=85%</p>
Sospendere la libera professione intra-moenia ai medici delle strutture 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 oltre soglia sopra riportati e/o non hanno reso disponibili a CUP regionale tutte le agende di prenotazione delle visite/prestazioni
Garantire 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
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.), e ricorrendo alla finalizzazione delle risorse contrattuali di risultato del personale, nonché delle RAR allo scopo stanziato, oltre che delle risorse previste dalla L.R. n.7/2009.	Rispetto del rapporto di priorità tra attività libero professionale e le priorità di garanzia per il cittadino.

3.7.2. Innovazione nella gestione delle terapie

non di pertinenza

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Abolire le limitazioni non motivatamente necessarie (es. effettiva necessità di isolamento) poste a livello temporale per i genitori od i care giver, con presenza di uno per volta durante tutto l'arco delle 24 ore.	L'apertura dei reparti in terapia intensiva e semi-intensiva ai care giver è già una prassi presso l'IRCCS in quanto la presenza del genitore fa parte del percorso riabilitativo e terapeutico del bambino (tecnica kangaroo)

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Prevedere la possibilità che i pazienti possano avere accanto a sé un care giver, anche al momento della visita medica o dell'esecuzione delle procedure assistenziali.	Minori: Non di pertinenza in quanto trattandosi di minori è sempre richiesta la presenza del genitore o di un tutore. Adulti: Care giver presente se richiesto dal paziente al momento della visita medica o dell'esecuzione delle procedure assistenziali.

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Proseguire con il progetto 2017 di contatto telefonico ai pazienti dimessi dopo un intervento di chirurgia programmata, entro 5 giorni dalla dimissione con l'opportunità di estendere tale servizio anche ad altre tipologie di trattamento.	Evidenza di prosecuzione del progetto

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Dare l'informazione di chi è il medico responsabile della gestione del caso	Informazione riportata in cartella

3.7.7. Privacy	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Nel rispetto della tutela della privacy è necessario snellire le procedure affinché:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Al cittadino non venga richiesta la continua compilazione degli stessi moduli quando si rivolge ad enti diversi; - Nella gestione in rete dei pazienti, tutte le informazioni necessarie ad assicurare in sicurezza il percorso assistenziale siano garantite fra i professionisti e le strutture che hanno in cura il paziente, anche se appartenenti ad enti diversi. 	<p>collaborazione per snellimento processo</p> <p>supporto allo sviluppo del FSE</p>

4. I FLUSSI INFORMATIVI E LE VALUTAZIONI

Scheda di Dimissione Ospedaliera	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Raggiungere i seguenti obiettivi qualitativi: - La percentuale di SDO archiviate deve essere in media nell'arco dell'anno maggiore o uguale al 98% dei dimessi - Le richieste di apertura delle SDO archiviate non deve superare il 3% delle SDO archiviate - Le anomalie in merito alla qualità della compilazione non devono superare in media il 10%	Media SDO archiviate > 98% dei dimessi Riapertura SDO archiviate < 3% delle SDO archiviate Media anomalie della qualità della compilazione < 10% delle SDO totali

Obblighi formativi e qualità dei dati ai fini amministrativi, epidemiologici e gestionali	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Per l'anno 2018 garantire: CEDAP	Adeguate compilazione dei campi relativi alle informazioni anagrafiche della madre e del padre
EMUR Emergenza-Urgenza PS	Percentuale media annua di anomalie < 6%
Monitoraggio consumi dispositivi medici	Inserimento di tutti i contratti di acquisto dei dispositivi medici di cui si possiede il CIG entro il mese successivo al trimestre di competenza
Grandi apparecchiature	Inserimento delle apparecchiature ricomprese nell'elenco di cui allegato 1 del DM 22/04/2014 e successive integrazioni entro il mese successivo al trimestre nel quale è avvenuto il collaudo dell'apparecchiatura

Flussi ministeriali	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Alimentare correttamente i tutti i flussi ministeriali per quanto di competenza. 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.	Evidenza dei flussi alimentati

Supporto a progetti di valenza regionale integrati tra Assessorati

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
La regione FVG ha costituito l'Osservatorio Ambiente Salute (DGR 532/2014) alle cui attività sono chiamati a contribuire anche gli enti del SSR. Nello specifico l'ASUIUD, attraverso le strutture di Epidemiologia e di 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.	Evidenza di partecipazione attraverso la struttura di Epidemiologia clinica e ricerca dei servizi sanitari alle attività dell' Osservatorio Salute

Programmi di sorveglianza

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Collaborare, per le parti competenza, nei programmi di sorveglianza: OKKlo alla Salute, HBSC, PASSI, PASSI d'ARGENTO, Obesità in Gravidanza.	Evidenza di collaborazione
Collaborare ai programmi ed attività regionali di valutazione dell'esperienza dei pazienti nei loro contatti con il Sistema Sanitario Regionale	

5. IL SISTEMA INFORMATIVO

Il sistema informativo	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Nel 2018 partecipare, per quanto di competenza, al consolidamento dei servizi online per il cittadino come indicato nelle linee di gestione 2018 e sotto riportate:</p> <ul style="list-style-type: none"> - potenziamento dell'infrastruttura del servizio di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali con l'uso della ricetta dematerializzata e MIR (medici in rete), 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 di attesa di tutte le prestazioni erogate, indicando la prima data utile; - lo sviluppo di tecnologie mobility app per i principali servizi on line sviluppati; - L'estensione della prescrizione specialistica dematerializzata; - lo sviluppo dei temi chiave previsti dalla cd "Sanità digitale" implementando soluzioni informatiche per l'integrazione socio-sanitaria e la continuità della cura; - l'implementazione di soluzioni per la gestione del farmaco all'adesione terapeutica. <p>Nel 2018 sono previste come ulteriori attività di consolidamento e aggiornamento tecnologico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la sostituzione della centrale telefonica con il passaggio delle linee telefoniche su tecnologia voip; - l'ampliamento dell' infrastruttura virtuale su cui poggiano i servizi centrali dell'Istituto (dhcp, dominio, dns, monitoraggio rete, db server per la ricerca, ecc..) aumentando le capacità di storage e di memoria dei singoli host fisici su cui questa si basa. 	<p>Evidenza di partecipazione, per quanto di competenza, al consolidamento dei servizi online per il cittadino</p>
<p>Proseguiranno inoltre le attività inerenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la sicurezza fisica e logica/funzionale del sistema informativo, anche in attinenza ai temi relativi alla circolare n. 2/2017 del 18 aprile 2017 di AgID "misure minime di sicurezza" ed entrata in vigore del GDPR – General Data Protection Regulation (Regolamento UE 2016/679); 	<p>Collaborare per quanto di competenza</p>

<ul style="list-style-type: none"> - i sistemi di governo, in particolare con lo sviluppo ed il miglioramento degli strumenti di governo dei fattori produttivi ospedalieri; - la 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; - gli Interventi sull'intero sistema ICT del SSR per gli adeguamenti previsti dalla L.R. 17/2014; - l'avvio della nuova cartella clinica informatizzata con immediata sospensione delle iniziative autonome di implementazione e/o sviluppo delle attuali; - La revisione/rinnovo del sistema ASCOT e software collegati per la gestione delle attività amministrative; - l'acquisizione di ulteriori licenze con completamento di tutte le aziende dell'implementazione del sistema per la gestione della farmacoterapia. 	
Firma digitale	
<p>Nel 2018 proseguirà il potenziamento dell'utilizzo sistematico della firma digitale. In particolare il Burlo individua i seguenti obiettivi in continuità con la programmazione 2017:</p> <ul style="list-style-type: none"> - G2 clinico ambulatoriale; - G2 clinico lettera dimissione; - Laboratorio; - Radiologia; - ECG. 	<p>Obiettivi Firma digitale sia per quanto riguarda le prestazioni ambulatoriale che per le lettere di dimissione:</p> <ul style="list-style-type: none"> G2 clinico ambulatoriale > 90% G2 clinico lettera dimissione > 90% Laboratorio > 98% Radiologia > 98% ECG > 80%
<p>Partecipare attivamente alle progettualità regionali, in particolare riguardante i seguenti interventi:</p> <p>Sistema di gestione dell'attività sanitaria in ambito ospedaliero</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cartella integrata clinico assistenziale: aggiudicazione 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; - Aggiudicazione e avvio implementazione della piattaforma per la gestione della ricerca clinica; - Attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico 	<p>Evidenza di partecipazione alle progettualità regionali</p>

<p>secondo quanto previsto dalla normativa privacy;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pianificazione delle attività di rinnovamento del sistema SIASI; <p>Rivisitazione delle procedure gestionali ed amministrative al fine dell'adeguamento alla normativa vigente.</p> <p>Potenziamento dell'infrastruttura per la Continuità Operativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Potenziamento delle reti geografiche e locali; - Razionalizzazione dei data center aziendali; <p>Sistema direzione aziendale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Governo del personale; - Governo logistico; <p>Sistema direzionale regionale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Data Warehouse gestionale; - Sviluppo del registro regionale dei dispositivi medici impiantabili. 	
--	--

5.1 Sistema PACS regionale	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>a. Estensione sistema PACS a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Settore dell'endoscopia digestiva; - Estensione al resto dell'endoscopia ambulatoriale; 	<p>a. Evidenza di estensione del sistema PACS a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Settore dell'endoscopia digestiva. - Estensione al resto dell'endoscopia ambulatoriale
<p>b. Consultazione/visualizzazione di referti e immagini in situazione emergenziale inter-aziendale;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prosecuzione della messa a regime del caso d'uso negli ambiti clinici previsti dalla programmazione sanitaria regionale. 	<p>b. Evidenza di Consultazione/visualizzazione di referti e immagini in situazione emergenziale inter-aziendale;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prosecuzione della messa a regime del caso d'uso negli ambiti clinici previsti dalla programmazione sanitaria regionale.
<p>c. Referto multimediale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Collaudo presso un sito pilota della soluzione di integrazione SIO/PACS per la produzione di un referto multimediale in Radiologia; - Avvio della fase di implementazione della soluzione a livello regionale; - Estensione agli altri settori clinici in cui è attivo il sistema PACS regionale. 	<p>Supporto aziendale secondo le modalità definite in coerenza e continuità con la programmazione sanitaria regionale</p>
<p>d. Potenziamento e ottimizzazione del sistema PACS regionale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Potenziamento delle funzionalità elaborative con moduli aggiuntivi per l'analisi diagnostica evoluta in distretti anatomici specifici, secondo motivate richieste aziendali e in coerenza con il progetto 	<p>d. Evidenza di Potenziamento e ottimizzazione del sistema PACS regionale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - evidenza delle richieste aziendali

regionale di sviluppo dei sistemi informativi ospedalieri.	
--	--

5.2 Fascicolo sanitario elettronico (FSE)	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Dal 20 dicembre 2017, anche il Burlo è partito con la fase pilota di sperimentazione del Fascicolo sanitario elettronico in ambiente reale con alcuni medici di medicina generale. Nel corso dell'anno 2018 si prevede l'implementazione del FSE al 15% della popolazione con un programma da definirsi operativamente entro marzo 2018.	Evidenza dell'implementazione del FSE al 15% della popolazione con un programma da definirsi operativamente entro marzo 2018, secondo le indicazioni regionali.

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. Degenze	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Posti letto	Consolidamento del percorso di ridefinizione dei posti letto in coerenza a quanto definito dalla DGR 2673/2014.

3.1.2. Acquisizione e/o spostamento di funzioni	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<ul style="list-style-type: none"> - completamento dell'integrazione delle funzioni di laboratorio analisi - revisione della convenzione in essere per la corretta attribuzione e valorizzazione delle attività 	<ul style="list-style-type: none"> - sono trasferiti al CRO le indagini diagnostiche di laboratorio di pertinenza oncologica concordate con AAS5 - approvazione nuova convenzione tra i due enti

3.1.4. Medicina di laboratorio	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
organizzazione della Bio-banca regionale	creazione di una piattaforma unica regionale

3.1.5. Sangue ed emocomponenti	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
accreditamento Istituzionale per le attività di competenza: raccolta, validazione biologica, manipolazione, congelamento, stoccaggio e distribuzione delle Cellule Staminali Emopoietiche	rinnovo accreditamento e autorizzazione regionale SOSd Trattamento Cellule Staminali per Terapie Cellulari

3.1.6. Reti di patologie	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso

1. Prostate Cancer Unit Istituzione di un percorso multidisciplinare semplificato ed integrato per le neoplasie della prostata	E' istituita e attivata la Prostate Cancer Unit e condiviso il Programma Tumori Urogenitali
2. Skin Cancer Unit Istituzione di un percorso multidisciplinare semplificato ed integrato per le neoplasie della cute	E' istituita e attivata la Skin Cancer Unit e condiviso il Programma Melanomi
3. Tumori del distretto capo collo Istituzione di un percorso multidisciplinare semplificato ed integrato per le neoplasie del capo-collo	E' istituito e attivato un gruppo multidisciplinare unico sui tumori del capo-collo
4. Patologia oncoematologica Istituzione del gruppo multidisciplinare e attivazione della pronta disponibilità per la gestione delle urgenze oncoematologiche	E' istituito il gruppo, è attivata la pronta disponibilità integrata
5. Tumori polmonari Istituzione di un percorso multidisciplinare semplificato ed integrato per le neoplasie polmonari	E' istituito e attivato un gruppo multidisciplinare unico
6. Tumori ginecologici Istituzione di un percorso multidisciplinare semplificato ed integrato per le neoplasie ginecologiche	E' istituito e attivato un gruppo multidisciplinare unico
7. Tumori della mammella Istituzione di un percorso multidisciplinare semplificato ed integrato per le neoplasie ginecologiche	E' istituito e attivato un gruppo multidisciplinare unico
8. Istituzione del "Dipartimento Funzionale della Rete Oncologica del Friuli Occidentale"	Sono definiti e condivisi obiettivi, funzioni e organizzazione del dipartimento. E' avviato il Dipartimento
9. Tumori in età pediatrica Integrazione tra Area Giovani e Pediatria Neonatologia a garanzia della continuità dell'assistenza e delle cure	Sono definite e condivise le modalità per la gestione clinica e assistenziale dei soggetti in età pediatrica con neoplasie
10. Condivisione e miglioramento dell'efficienza e della appropriatezza dell'utilizzo delle grandi tecnologie per la diagnostica strumentale	E' definito un programma di condivisione per l'uso di apparecchiature ad alta valenza tecnologica a partire da RNM 3 Tesla, PET, Robot Chirurgico
attivazione di un'aula multimediale per teleconferenze e meetings multidisciplinari	collaudo di una sala già allestita, attivazione di una seconda sala entro giugno 2018

3.1.7. Modifiche/integrazioni delle DGR 2673/2014, 929/2015 e 1437/2015

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Revisione e implementazione dell'atto aziendale e del conseguente regolamento organizzativo	invio revisione Atto entro aprile 2018 a Regione FVG e Ministero della Salute

3.1.9. Documenti regionali

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
partecipare alla stesura definitiva dei documenti: <ul style="list-style-type: none"> • rete oncologica regionale • rete pediatrica regionale 	<ul style="list-style-type: none"> - il ruolo delle strutture e dei professionisti del CRO nei documenti regionali è coerente con la mission e la vision definita in atto aziendale - successiva implementazione secondo indicazioni regionali

Organizzazione della Cell Factory Regionale

<ol style="list-style-type: none"> 1. coordinamento del gruppo di lavoro regionale Terapie Cellulari Avanzate (TCA) attivato dalla Direzione Centrale Salute 2. attuazione programmi di Rete e IRST Meldola 3. adeguamento aspetti regolatori ed amministrativi 4. acquisizione progetto Cell Factory regionale 	<ol style="list-style-type: none"> 1. organizzazione incontri del gruppo di lavoro Regionale TCA. Stesura regolamento e piano strategico 2. attivazione protocolli di rete fase II TCA 3. autorizzazioni e tariffazioni DRG 4. evidenza progettuale
---	---

3.1.11 Lean management

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Sviluppare un nuovo progetto da portare a compimento entro l'anno	Evidenza del progetto concluso

3.2 PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

3.2.3. Gli screening oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Screening cervice uterina</p> <p>Tutte le Aziende che attualmente refertano pap-test di screening: garantire le letture dei pap test primari per gli anni 2018-2019-2020 e comunque fino a transizione del programma ultimata; partecipare al controllo di qualità sul laboratorio unico; posto che l'istologia delle lesioni continuerà ad essere gestita dalle attuali anatomie patologiche mantenendo il <i>continuum</i> della relazione con i clinici; garantire l'accesso alla documentazione iconografica relativa all'istologia delle lesioni stesse da parte dei patologi del laboratorio unico.</p> <p>Tutte le Aziende Sanitarie: assicurare la collaborazione per la riconversione del programma, inclusi gli aspetti di comunicazione e formazione.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Letture dei pap test primari presso le sedi di attuale competenza fino a transizione del programma ultimata - Programma partecipato di controllo di qualità realizzato.
<p>Screening per la cervice uterina</p> <p>garantire il rispetto dei requisiti definiti dalla regione per i centri di secondo livello</p>	rispetto dei requisiti previsti dal sistema regionale con invio alla Direzione regionale dei dati di autovalutazione entro il 30.11.2018
<p>Screening mammografico</p> <p>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".</p>	rispetto dei requisiti previsti dal sistema regionale di verifica dei centri di senologia, con invio alla Direzione regionale dei dati di autovalutazione entro il 30.11.2018.
<p>Screening mammografico</p> <p>garantire che i radiologi certificati svolgano sia la lettura del test mammografico di screening sia la gestione del percorso di approfondimento diagnostico dei casi richiamati</p>	lettura del primo livello e gestione del percorso di approfondimento diagnostico da parte di radiologi certificati
<p>Screening mammografico</p> <ul style="list-style-type: none"> - garantire la corretta chiusura dell'esito dei casi di secondo livello dello screening mammografico nel G2 clinico - ridurre i richiami intermedi (early recall) dopo approfondimento 	<ul style="list-style-type: none"> - percentuale di casi di secondo livello chiusi correttamente $\geq 95\%$ - percentuale di early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso"/totale dei casi chiusi dall'unità senologica) inferiore al 10%
<p>Screening colon retto:</p>	percentuale di cartelle correttamente compilate \geq

garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica (in particolare la codifica del livello di rischio assicurando di rendere definitiva la compilazione) per gli esami di 2° livello di screening	95%
Screening colon retto: garantire l'offerta della colonscopia di approfondimento di secondo livello entro 30 giorni dalla positività del FOBT di screening	tempo di attesa per colonscopia di approfondimento di secondo livello ≤ 30 giorni

3.2.15. Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive, inclusa la resistenza antimicrobica (Programma XIII PRP 2014-2018) e piano nazionale di contrasto alle resistenze antimicrobiche 2017-2018 (PNCAR)

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

3.2.16. Comunicazione del rischio e gestione delle emergenze

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
consolidamento del percorso facilitato rispetto al rilascio del codice STP/ENI (Straniero Temporaneamente Presente/Europeo Non Iscritto) già attivo al CRO	codice STP/ENI rilasciato dall'ufficio ricoveri CRO
garantire la formazione dei propri operatori sull'AntiMicrobial Stewardship (AMS)	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	dare evidenza della formalizzazione dell'unità di crisi aziendale e delle procedure conseguenti, in applicazione del piano generale.

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
fornire il proprio contributo nelle gare d'appalto in corso nel 2018 per favorire il maggior consumo di frutta e verdura, la riduzione del consumo di sale, usando quello iodato, l'utilizzo di prodotti	- garantire la collaborazione su richiesta della Regione/EGAS - contributo al 5% delle gare d'appalto di PA e Enti

preferibilmente tipici e a filiera corta	
realizzare corsi di formazione in ogni azienda su stili alimentari salutari per operatori sanitari degli ospedali, anche integrati con le proposte dei programmi I e X	un corso di formazione in ogni azienda

3.3 ASSISTENZA DISTRETTUALE

3.3.2. Accredитamento	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>1. partecipazione attiva al programma di accredитamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti.</p> <p>2. partecipazione al programma di accredитamento nazionale degli organismi tecnicamente accredитanti.</p>	<p>4. messa a disposizione dei valutatori CRO per i sopralluoghi, secondo le indicazioni della direzione centrale salute, per almeno 30 giornate.</p> <p>5. L'organismo tecnicamente accredитante (OTA), con il coordinamento dei referenti dell'accreditamento di ASUITS, AAS 2 e EGAS che hanno partecipato al corso di formazione organizzato dall'AGENAS, predispone la documentazione di competenza necessaria per conseguire l'accreditamento nazionale.</p>

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 secondo quanto disposto nella DGR 1904/2016

3.4. ASSISTENZA FARMACEUTICA E ASSISTENZA INTEGRATIVA

Assistenza farmaceutica	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Tetti spesa farmaceutica	
Spesa farmaceutica	Per il 2018 rimangono confermati i tetti di spesa per la farmaceutica ridefiniti dalla Legge n. 232/2016 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2017 e bilancio pluriennale per il triennio 2017-2019" in "tetto per la spesa farmaceutica per acquisti diretti" pari al 6,89 % del FSR (farmaceutica ospedaliera, diretta e DPC) e "tetto per la spesa farmaceutica convenzionata" pari al 7,96 % del FSR
1. Prescrittori	
Sia a livello territoriale che ospedaliero le Aziende individueranno specifici obiettivi per i prescrittori, correlati a definiti indicatori di risultato, al fine di favorire l'impiego di medicinali con il miglior rapporto di costo-efficacia e prevedendo un monitoraggio periodico sull'utilizzo delle categorie dei farmaci a maggior impatto di spesa e rischio di inappropriata. A tal fine le Aziende invieranno un report semestrale alla DCS con evidenza sia delle iniziative di audit e feedback adottate, sia delle azioni più significative intraprese nel corso del primo e del secondo semestre del 2018 (in particolare per oncologici, immunologici, farmaci per l'epatite C, terapie intra-vitreali, farmaci del PHT_DPC, equivalenti).	<ol style="list-style-type: none"> 1. Istituzione commissione "Appropriatezza Prescrittiva" di Istituto e stesura calendario incontri entro 06 aprile 2018; 2. Consolidamento modello di reportistica di sintesi e di dettaglio clinico entro 30 giugno 2018; 3. Almeno 3 documenti pubblicati sul sito dedicato al progetto FOI-FVG (melanoma, polmone e linfomi) entro 31 dicembre 2018, 4. almeno 2 audit entro il 28 febbraio 2019 sulla appropriatezza prescrittiva in termini di scelta del trattamento col miglior profilo costo-benefici per argomenti sui quali è definito il ruolo in terapia da FOI-FVG o GREFO; 5. appropriatezza di almeno 90% delle prescrizioni in audit eseguiti entro il 28 febbraio 2019 e rispetto delle previsioni di incremento <p>6. Invio alla DCS di due report semestrali con evidenza delle azioni adottate e risultati</p>
2. Egas	
L'EGAS nel corso del 2018, in qualità di aggregatore della domanda, avvalendosi delle competenze interne e anche di quelle delle Aziende sanitarie, potenzierà la capacità di coordinamento e di stesura di capitolati tecnici, al fine di perseguire un governo sulle politiche regionali di acquisto dei farmaci e dei dispositivi medici. Inoltre, in linea con le evidenze scientifiche e con i principi dell'HTA, sarà di supporto alla DCS al fine di contribuire alla realizzazione di un	partecipazione alle commissioni per definizione di capitolati e valutazione dei materiali, stesura previsioni di fabbisogno

sistema regionale più regolato.																															
3. Medicinali a brevetto scaduto – indicatori AIFA																															
<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, dovrà tendere ai valori target indicati.</p>	<p>Rispetto dei seguenti target:</p> <table border="1" data-bbox="810 353 1350 779"> <thead> <tr> <th>CLASSE</th> <th>% media FVG (gen-sett 2017)</th> <th>% target nazionale a cui tendere †</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>C08CA – derivati diidropiridinici</td> <td>90,85%</td> <td>92,10%</td> </tr> <tr> <td>C09CA - antagonisti dell'angiotensina II, non associati</td> <td>94,52%</td> <td>97,50%</td> </tr> <tr> <td>C09DA - antagonisti dell'angiotensina II e diuretici</td> <td>92,59%</td> <td>96,00%</td> </tr> <tr> <td>C10AA - inibitori della HMG COA riduttasi</td> <td>80,69%</td> <td>87,00%</td> </tr> <tr> <td>G04CB - inibitori della testosterone 5-alfa riduttasi</td> <td>44,70%</td> <td>57,80%</td> </tr> <tr> <td>M05BA - bifosfonati</td> <td>77,54%</td> <td>83,10%</td> </tr> <tr> <td>N03AX - altri antiepilettici</td> <td>94,50%</td> <td>98,70%</td> </tr> <tr> <td>N02CC - agonisti selettivi dei recettori 5HT1</td> <td>93,95%</td> <td>97,10%</td> </tr> <tr> <td>S01ED – sostanza beta-bloccanti</td> <td>37,71%</td> <td>41,40%</td> </tr> </tbody> </table>	CLASSE	% media FVG (gen-sett 2017)	% target nazionale a cui tendere †	C08CA – derivati diidropiridinici	90,85%	92,10%	C09CA - antagonisti dell'angiotensina II, non associati	94,52%	97,50%	C09DA - antagonisti dell'angiotensina II e diuretici	92,59%	96,00%	C10AA - inibitori della HMG COA riduttasi	80,69%	87,00%	G04CB - inibitori della testosterone 5-alfa riduttasi	44,70%	57,80%	M05BA - bifosfonati	77,54%	83,10%	N03AX - altri antiepilettici	94,50%	98,70%	N02CC - agonisti selettivi dei recettori 5HT1	93,95%	97,10%	S01ED – sostanza beta-bloccanti	37,71%	41,40%
CLASSE	% media FVG (gen-sett 2017)	% target nazionale a cui tendere †																													
C08CA – derivati diidropiridinici	90,85%	92,10%																													
C09CA - antagonisti dell'angiotensina II, non associati	94,52%	97,50%																													
C09DA - antagonisti dell'angiotensina II e diuretici	92,59%	96,00%																													
C10AA - inibitori della HMG COA riduttasi	80,69%	87,00%																													
G04CB - inibitori della testosterone 5-alfa riduttasi	44,70%	57,80%																													
M05BA - bifosfonati	77,54%	83,10%																													
N03AX - altri antiepilettici	94,50%	98,70%																													
N02CC - agonisti selettivi dei recettori 5HT1	93,95%	97,10%																													
S01ED – sostanza beta-bloccanti	37,71%	41,40%																													
4. Biosimilari																															
<p>Nell'ambito delle categorie di medicinali per le quali è disponibile l'alternativa biosimile dovranno essere assicurate azioni di incentivazione, appropriatezza ed efficienza per il SSR, nel rispetto del recente quadro normativo (legge n. 232/2016, art. 1, comma 407), che ha previsto specifiche direttive a cui gli Enti del SSR devono fare riferimento. A tal fine le Aziende invieranno uno specifico report semestrale alla DCS sulle attività svolte. Inoltre, in tale ambito l'EGAS fornisce agli Enti del SSR e alla DCS tutte le informazioni relative alle procedure di acquisto in forma riepilogativa (farmaci, prezzi, eventuali accordi quadro), secondo quanto stabilito dalla legge 232/2016.</p>	<p>Invio report semestrale in DCS sull'attività di sensibilizzazione e segnalazione dei possibili ambiti di utilizzo dei farmaci a brevetto scaduto e dei biosimilari, nel rispetto del recente quadro normativo (legge n. 232/2016, art. 1, comma 407), e delle specifiche direttive introdotte</p>																														
6. Distribuzione diretta farmaci alto costo																															
<p>Nell'ambito della distribuzione diretta dei farmaci ad alto costo le Aziende eroganti danno continuità ai percorsi definiti nel corso del 2017, per consentire alle AAS di residenza del paziente la verifica dell'appropriatezza d'uso, dandone anche evidenza alla DCS.</p>	<p>continuità ai percorsi definiti nel corso del 2017</p>																														
7. Primo ciclo di terapia																															
<p>A seguito di dimissione da ricovero e/o di visita specialistica ambulatoriale dovrà essere assicurata l'erogazione del I° ciclo di terapia in distribuzione diretta sia attraverso le strutture pubbliche che private accreditate. A tal fine le Aziende invieranno</p>	<p>- Attuazione del I ciclo così come definito nei LEA e dalla DGR 12/2018 - Invio di 2 relazioni semestrali alla DCS sull'attività svolta con i risultati raggiunti</p>																														

<p>alla DCS due relazioni semestrali sull'attività svolta, indicando i risultati raggiunti. Continua inoltre l'attività di distribuzione diretta nell'ambito della residenzialità, della semi-residenzialità e dell'assistenza domiciliare presso tutte le strutture afferenti alle Aziende per l'assistenza sanitaria</p>	
<p>10. Medicinali soggetti a registro AIFA</p>	
<p>Per la prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA dovrà essere assicurata la registrazione di tutti i dati richiesti (anche con particolare riferimento ai medicinali innovativi), nel rispetto delle indicazioni autorizzate e dei criteri di eleggibilità definiti dall'AIFA, 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 continua ad assicurare il ristoro delle somme spettanti a ciascun Ente, 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).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - il 100% dei pazienti è registrato prima della richiesta del farmaco; - il 100% dei farmaci distribuiti è registrato entro 7 gg - assicurata la gestione delle procedure di rimborso per i farmaci soggetti ad accordi di condivisione del rischio (MEA)
<p>11. Farmacovigilanza</p>	
<p>Sul versante della farmacovigilanza continuano le attività già avviate a livello regionale dalla DCS ed, in particolare, le collaborazioni con le Aziende sanitarie universitarie integrate così come indicato dalle delibere di riferimento (DGR 435/2013 e 2199/2014), assieme alle progettualità regionali e multiregionali finanziate da AIFA e oggetto di specifica convenzione. Su tali iniziative gli Enti del SSR assicurano la partecipazione dei sanitari interessati e il supporto alle attività organizzative. Nel corso del 2018 sarà avviata una specifica progettualità sui temi relativi ai medicinali per il trattamento di malattie rare, anche coinvolgendo il coordinamento regionale e la rete delle malattie rare. Inoltre in corso d'anno, anche tramite un nuovo di accordo di collaborazione/convenzione</p>	<p>partecipazione dei dirigenti sanitari alle attività di formazione Vigifarma (FAD); partecipazione dei responsabili di Farmacovigilanza aziendale alle attività di coordinamento per le reti regionali</p>

<p>con le due Aziende sanitarie universitarie integrate e con il coinvolgimento di tutte le Aziende sanitarie e gli IRCCS sarà avviata una specifica progettualità pluriennale nell'ambito delle aree di attività stabilite dalla DGR 1365/2015, volta a favorire un uso sicuro appropriato dei farmaci a livello ospedaliero e nella continuità ospedale-territorio. Il percorso formativo a distanza (FAD) avviato a fine 2017 sull'utilizzo della nuova piattaforma nazionale Vigifarmaco ed altre tematiche di farmacovigilanza resterà disponibile in più moduli formativi anche per il 2018.</p>	
<p>13. Cartella oncologica</p>	
<p>La cartella oncologia informatizzata dovrà essere implementata relativamente ai campi: diagnosi/sede, protocollo/farmaco, stadiazione con un grado di completezza pari ad almeno il 95% dei pazienti (due rilevazioni sulla completezza della compilazione: al 30.06.2018 e al 31.12.2018).</p>	<p>implementazione della cartella relativamente ai campi diagnosi/sede, protocollo/farmaco, stadiazione, con un grado di completezza pari ad almeno il 95% dei pazienti</p>
<p>14. Logistica centralizzata</p>	
<p>Per le Aziende servite dalla logistica centralizzata, la copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM dovrà essere garantita per il 90% 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>prescrizioni personalizzate tramite PSM dovrà essere garantita per il 90% delle confezioni destinate alla distribuzione diretta nominale erogate mediante lo stesso applicativo</p>
<p>15. 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% di tutti i pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive, prevedendo azioni mirate di sensibilizzazione dei prescrittori all'utilizzo dello strumento nelle categorie di medicinali per i quali si osserva un ricorso prevalente al PT cartaceo (es. antidiabetici). Le Aziende assicurano inoltre il controllo dei piani terapeutici ed il rispetto delle note limitative AIFA, favorendo l'implementazione</p>	<p>prescrizioni personalizzate tramite PSM-PT su 90% pazienti in dimissione</p> <p>(hanno riconfermato il 90%. Decidete voi se correggerlo)</p>

di tale sistema informatizzato.	
16. Flussi informativi – LEA ministeriali	
<p>Le Aziende sanitarie, ai fini degli adempimenti LEA ministeriali, assicurano, per il tramite dei responsabili individuati per la tematica, l'implementazione, le verifiche ed i controlli di congruenza dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese, utilizzando la reportistica a disposizione sul portale SISR (mancati invii, prezzi medi, revocati, ecc), con particolare riferimento ai disallineamenti derivanti da possibile mancato invio. 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 va inoltre inserito a sistema il codice targatura. Relativamente ai nuovi adempimenti LEA ministeriali saranno avviati specifici percorsi con le Aziende e con l'EGAS, al fine di provvedere alle verifiche sulla congruità dei dati trasmessi, ognuno per la parte di propria competenza.</p>	<p>Garantire l'implementazione, le verifiche ed i controlli di congruenza dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro i termini previsti</p>
17. Flussi informativi – eventuali approfondimenti	
<p>Sempre con riferimento ai flussi informativi, le Aziende e l'EGAS danno riscontro ad eventuali approfondimenti richiesti dalla Direzione Centrale, anche su istanza Ministero della Salute, entro 15 giorni dalle comunicazioni. Sui flussi potranno essere fornite ulteriori indicazioni anche in base ai cambiamenti derivanti dall'introduzione di nuovi adempimenti LEA.</p>	<p>esecuzione analisi dati disponibili su richiesta DCS</p>

3.5 ASSISTENZA SOCIOSANITARIA

3.5.6 Cure palliative e terapia del dolore	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
collaborazione ai progetti regionali e a quelli promossi dall'AAS5	è assicurata la collaborazione

3.6 PROGETTI CLINICO ASSISTENZIALI

3.6.3 Reti di patologia	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Malattie rare	
percorso di transizione nelle poliposi familiari	predisposizione documentazione
Registro malattie rare	Alimentare il registro regionale di cui al DM 279/2001 (aggiornamento dati del registro con inserimento del 1005 dei casi in prevalenza al 30 novembre 2018 e pulizia dei casi che sono usciti dal sistema)

3.6.5 Sangue ed emocomponenti	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
contributo ai programmi regionali per garantire appropriatezza, sicurezza ed efficacia alla qualità della cura con l'utilizzo dei prodotti trasfusionali	contributo all'alimentazione del flusso informativo di cui è titolare AAS5

3.6.6. Erogazione dei livelli di assistenza	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. riduzione dei numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica, ricorrendo anche ad un maggiore utilizzo del day service	1. percentuale al di sotto del 28% per gli adulti e del 42% per i pediatrici (valore medio regionale del 2016 di 32,88% per gli adulti e 50,02% per i pediatrici - fonte Bersaglio) – obiettivo valido sia per l'età adulta che pediatrica.
2. riduzione della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti	2. percentuale al di sotto del 4% (valore medio regionale 2016 di 4,78% - fonte Bersaglio).
Indicatori	L'istituto deve garantire il raggiungimento degli standard obiettivo di cui all'allegato B da DGR 185/2018 di approvazione definitiva delle Linee annuali per la Gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2018.

3.6.7. Rete Cure Sicure FVG	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. per le linee progettuali attive il <i>Tavolo tecnico regionale dei risk manager aziendali</i> definirà un set di indicatori per il monitoraggio delle performance raggiunte dalle aziende in ogni programma.	1. partecipazione al tavolo regionale dei risk manager per la definizione degli indicatori di performance rispetto alle linee progettuali attive.
2. prosecuzione della strutturazione della Rete Cure Sicure FVG in accordo con la DGR n.	2. formazione dei Link Professional e consolidamento del loro contributo alla rete

1970/2016 "Rete Cure Sicure FVG della Regione Friuli Venezia Giulia: Modello Organizzativo", con particolare riferimento al completamento della formazione dei <i>link professional</i>	aziendale.
3. valutazione semestrale, tramite indicatori clinici ed organizzativi definiti dal <i>Tavolo tecnico regionale dei risk manager aziendali</i>	3. monitoraggio degli indicatori come da indicazione del tavolo tecnico regionale.
4. pubblicazione delle informazioni, come previsto dalla legge 24/2017 e concordato dai tavoli tecnici della conferenza Stato-Regioni; in particolare, relativamente alla relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto; pubblicazione nel sito internet aziendale dei dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (verificati nell'ambito dell'esercizio della funzione di monitoraggio, gestione e prevenzione del rischio sanitario)	4. messa a disposizione delle informazioni finalizzate alla pubblicazione; pubblicazione sul sito aziendale dei dati relativi ai risarcimenti dell'ultimo quinquennio, secondo le indicazioni del tavolo tecnico regionale
5. prosecuzione delle linee di lavoro per garantire la sicurezza ed appropriatezza nell'uso del farmaco: <ul style="list-style-type: none"> ○ predisposizione e diffusione della reportistica periodica destinata ai medici di medicina generale; ○ mantenimento delle azioni sull'uso prudente dei farmaci con particolare riferimento ai criteri STOPP&START e alle specifiche criticità emerse dalla <i>survey</i> 2017; ○ adozione e diffusione della lista regionale dei farmaci non triturbabili; ○ formazione aziendale specifica e coinvolgimento dei medici di medicina generale (in collaborazione con CEFORMED); ○ partecipazione alla <i>survey</i> regionale annuale secondo le indicazioni; ○ rafforzamento dell'"alleanza strategica" con i professionisti (farmacisti, MMG, ecc.) e le organizzazioni di cittadini coinvolti nel progetto. 	5. prosecuzione delle attività a garanzia dell'uso sicuro dei farmaci: <ul style="list-style-type: none"> ○ adozione della lista regionale dei farmaci non triturbabili ○ prosecuzione della formazione a tutto il personale coinvolto nell'assistenza ○ partecipazione alla <i>survey</i>, se richiesto, secondo quanto indicato dal tavolo tecnico regionale prosecuzione delle attività finalizzate all'empowerment dei pazienti e cittadini, attraverso le organizzazioni di volontariato
6. prosecuzione delle attività atte al controllo e prevenzione delle infezioni e progetto regionale di <i>antimicrobial stewardship</i> : <ul style="list-style-type: none"> ○ esecuzione della sorveglianza sull'incidenza delle infezioni del sito chirurgico secondo il protocollo 	6. prosecuzione delle attività per la prevenzione e controllo delle infezioni e progetto antimicrobial stewardship: <ul style="list-style-type: none"> ○ prosecuzione della sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico secondo il protocollo regionale ○ monitoraggio della compliance alle linee di

<p>concordato a livello regionale;</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ valutazione dell'aderenza alle linee di indirizzo terapeutico regionali come concordato dal <i>Tavolo tecnico regionale dei risk manager aziendali</i>; ○ adozione delle linee di indirizzo regionali "<i>Riconoscimento precoce della sepsi in pronto soccorso e gestione della fase iniziale nell'adulto</i>" e monitoraggio degli indicatori riportati nel documento; ○ effettuazione di una simulazione di evento epidemico che coinvolga cure primarie e ospedale (preparedness); ○ formazione aziendale specifica e coinvolgimento dei medici di medicina generale (in collaborazione con CEFORMED); ○ revisione dei documenti regionali sulle indicazioni al trattamento come concordato dal <i>Tavolo tecnico regionale dei risk manager aziendali</i>; ○ diffusione dei dati del report sul consumo di antibiotici e del registro delle resistenze batteriche (incluso l'ambito veterinario); <p>rafforzamento dell'alleanza strategica con i professionisti (farmacisti, MMG, ecc.) e le organizzazioni di cittadini coinvolti nel progetto</p>	<p>indirizzo terapeutico regionali, secondo quanto concordato al tavolo tecnico regionale</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ adozione della linea di indirizzo regionale sulla gestione precoce della sepsi, ove appropriato, secondo le indicazioni del tavolo tecnico regionale ○ effettuazione di una simulazione di evento epidemico ○ prosecuzione della formazione aziendale specifica sul rischio infettivo ○ partecipazione, ove richiesta, alla revisione dei documenti regionali sulle indicazioni al trattamento ○ diffusione intra-aziendale dei report sul consumo di antibiotici e sulle resistenze batteriche forniti dalla regione <p>prosecuzione delle attività di coinvolgimento delle associazioni di volontariato nel progetto</p>
<p>7. diffusione dei dati sullo stato nutrizionale emersi dalla <i>survey</i> 2017 e implementazione di strategie condivise sulla nutrizione e sull'idratazione dei pazienti;</p>	<p>7. diffusione intra-aziendale dei dati sullo stato nutrizionale (<i>survey</i> 2017) e partecipazione alla definizione di strategie condivise a livello regionale</p>
<p>8. effettuazione dell'autovalutazione CARMINA e miglioramento di un'area attraverso l'implementazione di un almeno uno standard minimo;</p>	<p>8. effettuazione della autovalutazione CARMINA e definizione di azioni di miglioramento sulla base dei risultati</p>
<p>9. prosecuzione delle attività di <i>empowerment</i> dei pazienti sulle tematiche del rischio mediante la valutazione dell'utilizzo del modulo di "<i>integrazione della lettera di dimissione</i>" e avvio di azioni di miglioramento.</p>	<p>9. continuo monitoraggio dell'utilizzo del modulo di integrazione alla lettera di dimissione e definizione di eventuali azioni di miglioramento sulla base dei risultati.</p>
<p>10. riduzione del consumo di guanti chirurgici e non chirurgici in lattice</p>	<p>10. riduzione del rapporto guanti chirurgici e non chirurgici in lattice versus guanti chirurgici e non chirurgici latex free rispetto al 2017.</p>

3.6.8 Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>conferma della adesione dell'IRCCS-CRO alla rete HPH.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - mantenimento dello sviluppo della EMB come valore di primaria importanza nelle attività "core" dell'Istituto - individuazione coordinatore locale HPH (entro febbraio) - Attivazione del Comitato guida aziendale (novembre 2018)

3.7 RAPPORTI CON IL CITTADINO

3.7.1 Tempi di attesa	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
assicurare la "garanzia" erogativa per tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale dell'allegato A delle linee annuali per la gestione del SSR anno 2018.	"garanzia" erogativa per le priorità B al > 95%, per la priorità D al > 90% e per le priorità P al > 85%.
implementazione del sistema CUP regionale.	messa a disposizione del CUP regionale di tutte le agende di prestazioni ambulatoriali che non richiedano una valutazione da parte dello specialista propedeutica alla loro prenotazione
rispetto dei tempi di attesa per gli interventi indicati.	organizzazione delle agende di specialistica ambulatoriale che consenta la prenotazione online del cittadino di tutta l'offerta disponibile a call center
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.	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.
Mantenere il monitoraggio ministeriale	Mantenimento del monitoraggio regionale e ministeriale
Sospendere la libera professione intra-moenia ai medici delle strutture 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 oltre soglia sopra riportati e/o non hanno reso disponibili a CUP regionale tutte le agende di prenotazione delle visite/prestazioni
Libera professione	Rispetto del rapporto di priorità tra attività libero professionale e le priorità di garanzia per il cittadino
Rispetto dei tempi di attesa per gli interventi chirurgici	% 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%

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
per il 2018 si prevede, per la degenza intensiva di proseguire con l'abolizione delle limitazioni non	mantenimento dei valori del 2017

motivatamente necessarie (es. effettiva necessità di isolamento) poste a livello temporale per i care giver indicati dai pazienti, con presenza di uno per volta.	
---	--

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
l'obiettivo iniziato nel 2017 è la possibilità dei pazienti di avere accanto a sé il care giver al momento della visita medica o dell'esecuzione delle procedure assistenziali.	libero accesso dei care-giver alle degenze durante la visita medica

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
l'obiettivo è che il questionario telefonico venga proposto ad almeno il 90% dei pazienti dimessi da IRCCS-CRO in ricovero ordinario; valori inferiori al 40% determineranno il non raggiungimento dell'obiettivo.	istituzione del recall nel 90% dei pazienti dimessi dopo ricovero ordinario.

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
anche nel 2018 ogni paziente ricoverato c/o IRCCS-CRO 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	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.

3.7.7. Privacy

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
collaborazione secondo le indicazioni regionali	è garantita la collaborazione

4. FLUSSI INFORMATIVI E LE VALUTAZIONI

4. Flussi informativi e le valutazioni	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)	
Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)	<ul style="list-style-type: none"> - la percentuale di SDO archiviate deve essere in media nell'arco dell'anno maggiore o uguale al 98% dei dimessi; - le richieste di apertura delle SDO archiviate non deve superare il 3% delle SDO archiviate. - le anomalie in merito alla qualità della compilazione non devono superare in media il 10%
Obblighi informativi e qualità dei dati ai fini amministrativi, epidemiologici e gestionali	
monitoraggio consumi dispositivi medici	inserimento di tutti i contratti di acquisto dei dispositivi medici di cui si possiede il CIG entro il mese successivo al trimestre di competenza
grandi apparecchiature	inserimento delle apparecchiature ricomprese nell'elenco di cui allegato 1 del DM 22/04/2014 e successive integrazioni entro il mese successivo al trimestre nel quale è avvenuto il collaudo dell'apparecchiatura
Flussi ministeriali	
corretta alimentazione di tutti i flussi ministeriali	rispetto delle scadenze stabilite
Supporto a progetti di valenza regionale integrati tra Assessorati	
supporto a progetti di valenza regionale integrati tra Assessorati	la struttura di Epidemiologia e biostatistica del CRO partecipa alle attività previste nel piano di lavoro dell'Osservatorio.
progetto di monitoraggio biologico per le Aree di Monfalcone e di Servola	la struttura di Epidemiologia e biostatistica del CRO garantisce la prosecuzione dell'attività di coordinamento e gestione del progetto

5. IL SISTEMA INFORMATIVO

Il sistema informativo	
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%

5.1. Sistema PACS regionale	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
sistema PACS Regionale	<p>a.</p> <ul style="list-style-type: none"> • completamento della messa a regime sistema PACS nel settore dell'endoscopia digestiva. • proseguimento dell'estensione all'intero ambito dell'endoscopia ambulatoriale presso cistoscopia e colposcopia. <p>c. Referto multimediale: Supporto aziendale secondo le modalità definite in coerenza e continuità con la programmazione sanitaria regionale</p> <p>d.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evidenza delle richieste aziendali

5.2. Fascicolo sanitario elettronico (FSE)	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
fascicolo sanitario elettronico (FSE)	raccolta del consenso firmato per FSE per i pazienti che accedono alle diverse sedi del CRO

Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi

“EGAS”

3. LE PROGETTUALITÀ

3.1 PROGETTI DI RIORGANIZZAZIONE DELLE FUNZIONI

3.1.2. sub a) Acquisizione e/o spostamento di funzioni

Obiettivo	Risultato atteso
Acquisizione funzione CeForMed	Acquisizione della funzione entro il 30.6.2018

3.1.2. sub b) Acquisizione e/o spostamento di funzioni

Obiettivo	Risultato atteso
Attivazione Gruppo collaborativo regionale dei dispositivi medici nell'ambito della struttura Health Technology Assessment	Attivazione del Gruppo regionale entro il 31.12.2018.

3.1.2. sub c) Acquisizione e/o spostamento di funzioni

Obiettivo	Risultato atteso
Avvio della formazione ad indirizzo regionale sull'attuazione del Riordino del SSR ex L.R. 17/2014, con particolare riferimento ai Piani regionali e alle Reti di cui agli artt. 37, 38, 39 della predetta L.R.	Istituzione di un Centro di coordinamento delle Professioni sanitarie cui afferirà un Referente per ciascuna area delle professioni sanitarie previste dalla L. 251/2000 e L.R. 10/2007, in coerenza con le direttive della DCSISPS.

3.1.2. sub d) Acquisizione e/o spostamento di funzioni

Obiettivo	Risultato atteso
Concorsi centralizzati area comparto	Espletamento delle procedure per il concorso unico regionale per la qualifica di Collaboratore professionale sanitario infermiere e di Operatore socio sanitario con approvazione entro il 31/12/2018 delle graduatorie dei vincitori.

3.1.3. Emergenza urgenza	
Obiettivo	Risultato atteso
Attuazione L.R. 24/2017 Soccorso alpino regionale	Gestione della convenzione tra Servizio Sanitario Regionale, soccorso alpino e protezione civile, per quanto di competenza del SSR.

3.1.6. Reti di patologia	
Obiettivo	Risultato atteso
Implementazione di un sistema informatico / informativo in grado di mettere in comunicazione operativa i mezzi di soccorso (ambulanze, automediche ed eliambulanza) fra loro e con i servizi di pronto soccorso e la centrale operativa 118, per la registrazione e la trasmissione contestuale di informazioni cliniche.	Elaborazione di una proposta, in collaborazione con AAS e ASUI, per l'implementazione di un software idoneo alla gestione delle informazioni. L'attuazione dell'obiettivo è vincolato al progetto di stabilizzazione/rinnovamento del sistema CUS previsto per il 2018.

3.2.3. sub a) Gli screening oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia (Programma II PRP)	
Obiettivo	Risultato atteso
Coordinamento di un centro unico di lettura regionale per lo screening mammografico 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.	Realizzazione di un centro regionale unico di lettura per lo screening mammografico entro il 31/12/2018. Adozione di una modalità di assegnazione delle letture che garantisca - sulla base della media aziendale dell'ultimo triennio - la proporzione di letture per ogni Azienda, indipendentemente dalla residenza della persona, programmando eventuali bilanciamenti anche su base pluriennale. Monitoraggio dell'assegnazione delle letture ad ogni singola azienda e invio di almeno 2 report alla DCS.

3.2.3. sub b) Gli screening oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia (Programma II PRP)	
Obiettivo	Risultato atteso
Acquisizione sistemi di prelievo e trasporto campioni cervicovaginali e sistemi diagnostici per la determinazione di HPV DNA in prelievi cervicovaginali. Collaborazione con la Direzione Centrale per la riorganizzazione della logistica di supporto.	Realizzazione entro il 31.12.2018 delle gare di acquisizione dei sistemi diagnostici e servizio trasporto campioni. Assicurare il supporto richiesto dalla DCS nelle attività di riorganizzazione.

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

Obiettivo	Risultato atteso
Garanzia della continuità dell'attuale assetto organizzativo di erogazione dello screening mammografico basato su Unità mobili.	Procedura di gara avviata entro 31.12.2018

3.3.2. Accreditamento

Obiettivo	Risultato atteso
Partecipazione al programma di accreditamento nazionale degli organismi tecnicamente accreditanti.	EGAS mette a disposizione dell'OTA il personale formato dall'AGENAS per le attività previste.

3.4. Assistenza farmaceutica

Obiettivo	Risultato atteso
Governo delle politiche regionali di acquisto dei farmaci e dei dispositivi medici.	<ul style="list-style-type: none"> – Potenziamento - avvalendosi di competenze sia interne che delle AAS - della capacità di coordinamento e di stesura capitolati tecnici per acquisto di farmaci e dei dispositivi medici. – Messa a disposizione degli Enti SSR e della DCS di tutte le informazioni relative alle procedure di acquisto in forma riepilogativa (farmaci, prezzi, eventuali accordi quadro) secondo quanto stabilito dalla L. 232/2016. – Messa a disposizione delle Aziende di una lista, aggiornata mensilmente, dei farmaci aggiudicati a gara con particolare riferimento a quelli della DPC. – Monitoraggio puntuale delle politiche di acquisto dei medicinali in DPC ed adozione di ogni misura conseguente, in un'ottica di economicità. – Ristoro delle somme spettanti a ciascun ente del SSR per Risk sharing, cost sharing e payment by results. – Monitoraggio dei flussi informativi di competenza, nell'ambito degli specifici percorsi avviati dalla DCS per la verifica della congruità dei dati trasmessi alle amministrazioni centrali, in relazione ai nuovi adempimenti LEA ministeriali. – Riscontro ad eventuali approfondimenti richiesti dalla DCS in relazione ai flussi informativi entro 15 gg.

3.6.2. Emergenza urgenza	
Obiettivo	Risultato atteso
Centrale operativa 118	<ul style="list-style-type: none"> – Utilizzo del dispatch almeno nel 75% degli interventi di soccorso. – Monitoraggio dei tempi della SORES (attesa per la risposta, invio mezzo di soccorso, arrivo mezzo di soccorso) e comunicazione dei dati rilevati al CREU. – Monitoraggio di conformità dei mezzi di soccorso con report da presentare al CREU entro l'ultima riunione del 2018. – Monitoraggio delle competenze degli infermieri che prestano servizio nelle ambulanze ALS e dei medici che prestano servizio in automedica e in elisoccorso, con report da presentare al CREU entro settembre 2018. - Il CREU presenta relazione alla DCS entro il 31/12/2018.

3.7.1 sub a) Tempi di attesa	
Obiettivo	Risultato atteso
Monitoraggio tempi d'attesa	<p>Predisposizione ed invio alla DCS dei monitoraggi dei tempi di attesa regionali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 12 report mensili - 2 report semestrali (il secondo entro il 31/1/2019) - 1 report annuale (entro il 31/1/2019). <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. Il report del secondo semestre deve essere presentato entro il 31/1/2019.</p>

5.1. Sistema PACS regionale	
Obiettivo	Risultato atteso
Supporto alla DCSISPS per attività di coordinamento PACS	Sviluppo di soluzioni di consolidamento e ottimizzazione del sistema PACS regionale e dei

	<p>relativi sistemi di gestione e governance.</p> <p>Analisi delle possibili soluzioni di continuità del sistema PACS regionale incoerenza con i vincoli e opportunità degli accordi contrattuali in essere e con i programmi di sviluppo del sistema informativo sanitario regionale.</p> <p>Coordinamento delle attività per le aree di intervento aziendali precedentemente elencate.</p>
--	--

8.3.4. Gestione attività finalizzate delegate

Obiettivo	Risultato atteso
Gestione pagamenti attività sovra-aziendali delegate	Pagamento delle attività finalizzate e/o delegate dalla Regione (tabella 2 "Sovra-aziendali", Linee di gestione 2018), secondo le modalità compensative definite dalla DCSISPS

9.1. Formazione

Obiettivo	Risultato atteso
Piano formativo aziendale (PFA) e Piano regionale della formazione (PFR).	<ul style="list-style-type: none"> - Adozione Piano formativo aziendale (PFA) ed invio alla Direzione Centrale entro il 31.3.2018; eventuale aggiornamento del PFA entro 30 gg. dalla pubblicazione del PFR. - Redazione ed invio alla Direzione Centrale della Relazione annuale sulle attività formative 2017, entro il 31.5.2018. - Realizzazione direttamente o tramite altro provider convenzionato delle iniziative formative indicate dalla DCS in coerenza con il piano formativo regionale (PFR). - Implementazione della FAD e utilizzo a regime con la piattaforma regionale di e-learning HTL; - Messa a regime della funzione di "iscrizioni on line" agli eventi formativi.

IL SEGRETARIO GENERALE

IL PRESIDENTE