

CONSOLIDATO CONSUNTIVO 2017 - ALLEGATO 3

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

ANNO 2017

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

INDICE

PREMESSA	pag. 4
1. IL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE NEL 2017	
1.1 Il Quadro generale	“ 7
1.2 L’attuazione delle progettualità	“ 10
1.2.1 Riorganizzazione delle funzioni	“ 10
1.2.2 Prevenzione	“ 12
1.2.3 Servizi Veterinari	“ 12
1.2.4 Assistenza primaria	“ 14
1.2.5 Assistenza ospedaliera	“ 19
1.2.6 Assistenza farmaceutica	“ 22
1.2.7 Progetti attinenti la programmazione degli interventi sociosanitati	“ 24
1.2.8 Rapporti con i cittadini	“ 25
1.2.9 Sistemi informativi	“ 26
2. ATTIVITA' DEL PERIODO	
2.1 Assistenza ospedaliera	
2.1.1 Posti letto	“ 27
2.1.2 Pronto soccorso	“ 29
2.1.3 Ricoveri	“ 35
2.1.4 Specialistica ambulatoriale	“ 48
2.1.5 Parti	“ 51
2.2 Assistenza territoriale	
2.2.1 Assistenza sanitaria di base	“ 54
2.2.2 RSA	“ 55
2.2.3 Assistenza domiciliare integrata.....	“ 56
2.2.4 Hospice	“ 58
2.2.5 Salute mentale	“ 59
3. LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE	
Il personale dipendente	“ 60
Rendicontazione Risorse Aggiuntive Regionali (RAR)	“ 78
4. SINTESI DELLA PROGRAMMAZIONE AZIENDALE NELL'ANNO 2017	“ 89
AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI TRIESTE	
Linee Progettuali	“ 90
Tabella indicatori	“ 197
AAS n. 2 “BASSA FRIULANA-ISONTINA”	
Linee Progettuali	“ 199
Tabella indicatori	“ 282
AAS n. 3 “ALTO FRIULI-COLLINARE-MEDIO FRIULI”	
Linee Progettuali	“ 284
Tabella indicatori Lea	“ 356

AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI UDINE	
Linee Progettuali	" 358
Tabella indicatori	" 435
AAS n. 5 "FRIULI OCCIDENTALE"	
Linee Progettuali	" 437
Tabella indicatori Lea	" 521
IRCCS "BURLO GAROFOLO" DI TRIESTE	
Linee Progettuali	" 523
Tabella indicatori Lea	" 580
IRCCS "CRO" DI AVIANO	
Linee Progettuali	" 581
Tabella indicatori Lea	" 615
EGAS	
Linee Progettuali	" 616
5. INVESTIMENTI	" 632

La Relazione sullo stato di attuazione del programma annuale consolidato, prevista dall'articolo 28 della Legge regionale n. 49 del 19.12.1996, rappresenta la sintesi delle relazioni sulla gestione che i Direttori Generali degli enti sanitari hanno redatto e approvato per l'anno 2017 e costituisce il documento di valutazione del sistema sanitario regionale e delle sue aziende.

La Legge Regionale, n. 26 del 10 novembre 2015 all'articolo 34 ha disposto che "Gli enti del Servizio sanitario regionale applicano le disposizioni, i principi contabili e gli schemi di bilancio di cui al titolo II del decreto legislativo 118/2011."

Allo stesso modo, la relazione sulla gestione contiene le informazioni richieste dal summenzionato decreto legislativo adattate alla peculiarità del consolidato della regione Friuli Venezia Giulia allo scopo di fornire una visione e una valutazione su quanto attuato dalle aziende nel corso dell'anno.

Le deliberazioni giuntali, che hanno regolato la gestione del Servizio sanitario regionale per l'anno 2017 fornendo indirizzi relativamente alla pianificazione strategica, alla programmazione nonché al controllo periodico di gestione sono state le seguenti:

- DGR 2275 del 24.11.2016, "Lr 49/1996, art 12 - linee annuali per la gestione del servizio sanitario e sociosanitario regionale per l'anno 2017: approvazione preliminare."
- DGR 2550 del 23.12.2016, "Lr 49/1996, art 12 - linee annuali per la gestione del servizio sanitario e sociosanitario regionale per l'anno 2017 : approvazione definitiva"
- DGR 371 del 3.3.2017, "Lr 49/1996, art 16 e art 20 - programmazione annuale 2017 del servizio sanitario regionale. Investimenti per l'anno 2017"
- DGR 736 del 21.4.2017, "Lr 49/1996, art 16 e art 20 - programmazione annuale 2017 del servizio sanitario regionale."
- DGR 774 del 28.4.2017, "Patto 2017 tra la regione e i direttori generali degli enti del servizio sanitario regionale."
- DGR 1001 del 1.6.2017, "Dgr 736/2017 'Lr 49/1996, art 16 e art 20 - programmazione annuale 2017 del servizio sanitario regionale' - modifiche."
- DGR 1344 del 17.7.2017, "Dgr 736/2017 'Lr 49/1996, art 16 e art 20 - programmazione annuale 2017 del servizio sanitario regionale' – modifiche e sostituzione allegato 3."
- DGR 1571 del 22.8.2017, "Lr 26/2015, art. 44 Gestione del servizio sanitario: 1 rendiconto quadrimestrale 2017 di valutazione economica, finanziaria e gestionale"
- DGR 1820 del 29.9.2017, "Lr 49/1996, art 16 e art 20. Programmazione degli investimenti per gli anni 2017/2019"
- DGR 2107 del 26.10.2017, "Lr 49/1996, art 16 e art 20. Programmazione degli investimenti per gli anni 2017/2019- riforma della dgr 1820/2017"
- DGR 2201 del 17.11.2017, "Lr 49/1996, art 16 e art 20. Programmazione degli investimenti per gli anni 2017/2019 e riforma della dgr 349/2016"
- DGR 2336 del 22.11.2017: "DGR 736/2017 e successive modifiche e integrazioni 'Lr 49/1996, art 16 e art 20 - programmazione annuale 2017 del servizio sanitario regionale' modifiche e integrazioni."

- DGR 261 del 9.2.2018, "Lr 26/2015, art. 44 Gestione del servizio sanitario: 2 rendiconto quadrimestrale 2017 di valutazione economica, finanziaria e gestionale e di modifiche ed integrazioni al consolidato preventivo 2017 (dgr 736/2017) e al consolidato consuntivo 2016 (dgr 1973/2017)

Tutte gli enti del Servizio sanitario regionale hanno regolarmente approvato e trasmesso alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità i bilanci consuntivi dell'esercizio 2017. Hanno altresì trasmessi i predetti provvedimenti ai rispettivi Collegi sindacali le cui relazioni sono state inviate a corredo dei relativi bilanci aziendali.

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

Ente	Bilancio consuntivo	Parere collegio sindacale
Asui Ts	Decreto Direttore Generale n. 333 del 27.4.2018	Verbale n. 3 del 11.5.2018
	Decreto Direttore Generale n. 636 del 10.8.2018	Verbale 10 del 29.8.2018
Aas2	Decreto Direttore Generale n. 323 del 27.4.2018.	Verbale n. 8 del 11.5.2018
	Decreto Direttore Generale n. 568 del 9.8.2018	Verbale n. 12 del 7.9.2018
Aas3	Decreto Direttore Generale n. 103 del 30.4.2018	Verbale n. 2 del 7.5.2018
	Decreto Direttore Generale n. 179 del 10.8.2018	Verbale n. 6 del 18.9.2018
Asui Ud	Decreto Direttore Generale n. 404 del 30.4.2018	Verbale n. 1 del 9.5.2018
	Decreto Direttore Generale n. 747 del 9.8.2018	Verbale n. 4 del 12.9.2018
Aas5	Decreto Direttore Generale n. 349 del 30.4.2018	Verbale n. 4 del 23.5.2018
	Decreto Direttore Generale n. 562 del 3.8.2018	
Burlo	Decreto Direttore Generale n.51 del 27.4.2018	Verbale n. 20 del 27.4.2018
	Decreto Direttore Generale n. 95 del 10.8.2018	Verbale n. 24 del 13.9.2018
Cro	Deliberazione Direttore Generale n. 180 del 30.4.2018	Verbale n. 23 del 14.5.2018
	Deliberazione Direttore Generale n. 328 del 9.8.2018	
Egas	Decreto Direttore Generale n. 42 del 30.4.2018	Verbale n. 34 del 18.5.2018
	Decreto Direttore Generale n. 74 del 29.8.2018	

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

La Relazione si articola nei seguenti capitoli:

- Capitolo 1: illustra in maniera sintetica quanto svolto dal Servizio Sanitario Regionale nel suo complesso nei vari ambiti di intervento (assistenza primaria, prevenzione, assistenza ospedaliera, promozione sociale);
- Capitolo 2: rappresenta i risultati e le performance raggiunti del Servizio sanitario Regionale nella tutela e nel soddisfacimento del bisogno di salute dei cittadini di questa Regione;
- Capitolo 3: descrive gli aspetti che hanno caratterizzato la gestione e l'andamento del personale nel corso dell'anno;
- Capitolo 4: illustra per ciascun Ente il livello di raggiungimento degli obiettivi definiti dalle Linee progettuali regionali 2017. Per un maggior dettaglio dei criteri utilizzati ai fini della valutazione degli obiettivi si rimanda alla nota esplicativa presente all'inizio del capitolo.
- Capitolo 5: presenta una breve sintesi sull'andamento degli investimenti nel corso del 2017.

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

1.1 IL QUADRO GENERALE

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

In tale contesto si è inserita la revisione delle aziende sanitarie e delle aziende ospedaliere, che ha portato a delineare un modello unico di azienda nel quale sono stati inglobati i livelli organizzativi del dipartimento di prevenzione, del distretto e dell'ospedale.

Sulla base di tale visione il sistema sanitario regionale è caratterizzato dalla presenza di:

- 3 Aziende per l'assistenza sanitaria:
 - Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 "Bassa Friulana-Isontina" (Aas2);
 - Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 "Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli" (Aas3);
 - Azienda per l'assistenza sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale" (Aas5).
- 2 Aziende sanitarie universitarie integrate:
 - Azienda sanitaria universitaria integrata di Trieste (AsuiTs);
 - Azienda sanitaria universitaria integrata di Udine (AsuiUd).
- 2 Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico:
 - Burlo Garofolo di Trieste;
 - Centro di Riferimento Oncologico di Aviano.
- Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi (EGAS)



A fronte di questo scenario è definito il nuovo assetto istituzionale delle Aziende, anche per il 2017 le scelte strategiche regionali sono state 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.

Nel 2017 tali scelte sono state:

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

1.2 L'ATTUAZIONE DELLE PROGETTUALITA'

L'anno 2017 è stato il primo ad essere interamente organizzato secondo l'assetto istituzionale previsto dalla legge regionale n. 17/2014 *"Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria"*.

I principali aspetti che ne hanno caratterizzato la gestione sono stati lo sviluppo dell'assistenza primaria in coerenza con la Lr 17/2014 e con quanto stabilito dall'Accordo integrativo regionale per la medicina generale 2016-2018. Gli obiettivi prefissati hanno riguardato lo sviluppo dei Centri di Assistenza Primaria (CAP), il consolidamento, attraverso l'operatività dei medici di medicina generale, delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e l'estensione delle nuove medicine di gruppo integrate.

Nell'ambito dell'assistenza ospedaliera è continuata l'implementazione di alcuni importanti provvedimenti di programmazione emanati negli anni scorsi quali la DGR 2673/2014 con la quale sono stati definiti gli standard organizzativi e le dotazioni massime di posti letto per presidio ospedaliero di ciascuna azienda sanitaria, la DGR 929/2015 con la quale sono state individuate le strutture complesse sanitarie della prevenzione, distrettuali e ospedaliere, nonché i criteri standard per l'individuazione delle strutture semplici e la DGR 2151/2015 con cui è stata ridefinita la rete di posti letto di Riabilitazione estensiva extra-ospedalieri.

Nel corso del 2017 sono state approvate, con la DGR 735/2017, le tre reti cardiologiche (1. *Emergenze cardiologiche*, 2. *filiera Cuore delle gravi insufficienze d'organo e trapianti*, 3. *insufficienza cardiaca cronica*) che nel 2018 inizieranno la propria attività. Inoltre con DGR 1002/2017 è stata 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. E' proseguito il lavoro della altre già reti approvate (*filiera Rene e Fegato delle gravi insufficienze d'organo e trapianti, malattie reumatologiche, ictus.*) con la produzione e l'implementazione di percorsi assistenziali condivisi.

Con il DPCM del 12 gennaio 2017, pubblicato nel supplemento ordinario n. 15 della GU n. 65 del 18 marzo 2017, sono stati definiti e aggiornati i nuovi *Livelli Essenziali di Assistenza* che portano importanti novità soprattutto in ambito di cronicità, malattie rare e protesica. È stata prevista anche l'introduzione di alcune prestazioni di specialistica ambulatoriale (es. procreazione medicalmente assistita) peraltro già presenti nell'offerta regionale come extra-LEA.

Vengono di seguito illustrati i risultati di carattere sanitario complessivamente raggiunti dagli enti del Servizio Sanitario Regionale nel 2017, rispetto a quanto previsto dalla programmazione annuale 2017 del SSR di cui alla Dgr 349/2016 e alle DGR 1571/2017 e DGR 261/2018 con le quali sono stati approvati rispettivamente il primo e il secondo rendiconto quadrimestrale 2017 di valutazione economica, finanziaria e gestionale.

In particolare sono trattati i seguenti temi:

- 1.2.1-Riorganizzazione delle funzioni
- 1.2.2-Promozione della salute e prevenzione
- 1.2.3-Servizio Veterinario
- 1.2.4 Assistenza primaria
- 1.2.5 Progetti attinenti le attività clinico assistenziali

- 1.2.6 Assistenza farmaceutica
- 1.2.7 Progetti attinenti gli interventi socio-sanitari
- 1.2.8 Rapporto con i cittadini

1.2.1 RIORGANIZZAZIONE DELLE FUNZIONI

EMERGENZA URGENZA

Con la DGR n. 2.039 del 16 ottobre 2015 è stato approvato il nuovo Piano dell’Emergenza Urgenza della Regione Friuli Venezia Giulia. Nel corso dell’anno 2016, è stato dato avvio all’implementazione e/o alla redistribuzione dei mezzi di soccorso nel territorio.

Nei primi mesi del 2017 è stata completata l’infrastruttura territoriale (sistema informatico, radio, telefonia) per la nuova Centrale Operativa regionale delle emergenze sanitarie. Dal mese di Gennaio sono iniziate le assunzioni del personale ed è iniziato il programma di formazione di tutti gli operatori. Durante i Mesi di Febbraio e Marzo gli operatori hanno parametrizzato e successivamente testato il sistema di centrale. A livello territoriale sono state distribuite le nuove radio e il sistema di navigazione. Dal 29 Marzo 2017 è stata attivata la Centrale per le province di Udine e Gorizia e l’intera regione dal 6 Aprile.

Nel corso dell’anno le Aziende hanno attivato alcuni dei mezzi di soccorso previsti dal Piano dell’Emergenza Urgenza (attività ancora non conclusa).

Con la legge regionale n. 24/2017 sono state date disposizioni per la valorizzazione e il potenziamento del soccorso alpino regionale. Tale norma integra l’operato dell’emergenza sanitaria, del soccorso alpino e della protezione civile, nel rispetto delle competenze di ognuno.

MEDICINA DI LABORATORIO

Con DGR 599 del 31.3.2017 è stato approvato il [“Piano della Medicina di Laboratorio della regione Friuli Venezia Giulia”](#). Il modello organizzativo adottato prevede la realizzazione di 3 centri hub presso il *Santa Maria degli Angeli* di Pordenone (integrato con le funzioni delle strutture del dipartimento di ricerca traslazionale dell’IRCCS *Centro di riferimento oncologico* di Aviano), *Cattinara-Maggiore* di Trieste (integrata con le funzioni di Genetica medica e di diagnostica avanzata legata all’attività di ricerca dell’IRCCS *Burlo Garofolo*) e *Santa Maria della Misericordia* di Udine. Tale configurazione permette la massima collaborazione e integrazione fra strutture a prevalente impegno assistenziale e quelle con mandato di ricerca che svolgono anche alcune attività assistenziali, in particolare nella diagnostica avanzata. Inoltre, i presidi ospedalieri *Cattinara-Maggiore* di Trieste e *Santa Maria della Misericordia* di Udine e l’IRCCS *Burlo Garofolo* di Trieste sono impegnati nel percorso didattico formativo degli studenti dei corsi di laurea e specializzazione. Dai centri hub dipendono anche i laboratori satellite a risposta rapida presenti nelle sedi ospedaliere spoke. Dall’inizio del 2016 i Laboratori analisi dei presidi ospedalieri di Latisana-Palmanova e San Daniele del Friuli-Tolmezzo sono transitati sotto la responsabilità diretta dell’Azienda Ospedaliero Universitaria di Udine, confluita dal 1 maggio 2016 nell’Azienda sanitaria universitaria integrata di Udine. Dal 2017 le attività di Anatomia patologica, Microbiologia e virologia e Patologia clinica del presidio ospedaliero di Gorizia-Monfalcone transiteranno sotto la responsabilità diretta dell’Azienda sanitaria universitaria integrata di Trieste. Per quanto riguarda l’attività di Genetica medica e di diagnostica avanzata legata all’attività di ricerca in campo materno-infantile, assicurata dall’IRCCS

Burlo Garofolo, la stessa andrà collocata presso il nuovo CSL integrato che si realizzerà al completamento del trasferimento dell'istituto nella nuova sede di *Cattinara*.

Per quanto riguarda l'area pordenonese, le attività di Anatomia patologica, Genetica medica, Microbiologia e virologia e Patologia clinica sono svolte dal presidio ospedaliero *Santa Maria degli Angeli* di Pordenone. In capo al *Centro di riferimento oncologico* di Aviano rimangono le funzioni di diagnostica avanzata legata alle attività di ricerca in campo oncologico che, per assicurare la massima integrazione e sviluppare le opportunità professionali di tutti i soggetti coinvolti, pur logisticamente collocate ad Aviano presso la sede dell'IRCCS, vengono messe al servizio di tutta l'area pordenonese, nonché dell'intera Regione.

1.2.2 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 2365/2015 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.

Gli obiettivi individuati per le aziende ed inseriti nella programmazione annuale 2017 si sono focalizzati sugli stili di vita e sui fattori di rischio, al fine di prevenire patologie che costituiscono un pesante carico in termini economici e di qualità della vita, senza peraltro trascurare le azioni e gli interventi che garantiscono alla popolazione le condizioni di sicurezza essenziali a prevenire patologie di carattere infettivo e di origine alimentare.

TUTELA DELLA SALUTE DELLA DONNA

Le azioni intraprese nel 2017 erano relative al ruolo della figura dell'ostetrica quale supporto alla donna di ogni fascia d'età, anche attraverso il suo inserimento all'interno dei Centri di Assistenza Primaria, insieme ai MMG. Si è cercato di strutturare i percorsi della gravidanza fisiologica anche con la prescrizione degli esami diagnostici, e quelli successivi al parto, con il ripristino ed il rafforzamento delle visite domiciliari. Nell'ambito dei corsi di preparazione al parto l'ostetrica deve cercare di trasmettere il messaggio dell'importanza della vaccinazione infantile e dell'adozione di stili di vita sani.

MIGLIORARE LA SALUTE NEI SOGGETTI A RISCHIO MCNT E MALATI CRONICI,(PROGRAMMA I PRP)

E' proseguito l'impegno per sviluppare ulteriormente il potenziale preventivo legato al ruolo degli operatori sanitari che intercettano in vari contesti i soggetti a rischio di sviluppare malattie croniche, cardiovascolari. A tale scopo sono stati avviati a livello aziendale dei gruppi di lavoro per la definizione di Percorsi Assistenziali definiti in coerenza con il documento regionale di indirizzo sullo scompenso cardiaco. Sono state inoltre intraprese iniziative di formazione sul rischio cardiovascolare con la partecipazione di operatori appartenenti a diversi profili professionali e che operano in discipline che coinvolgono il rischio cardiovascolare. Per quanto riguarda la presa in carico di soggetti con disturbi d'ansia e depressivi prosegue la collaborazione tra medicina generale e servizi di salute mentale per l'intercettazione di soggetti.

SCREENING ONCOLOGICI

Nel 2017 si è riscontrato un netto miglioramento dell'adesione allo screening mammografico che raggiunge con un anno di anticipo il sfidante obiettivo del piano prevenzione e, seppur in misura minore, dell'adesione allo screening del colon retto. In genere, si registrano due puntuali performance negative di adesione che rischiano di pregiudicare il raggiungimento degli obiettivi di piano prevenzione di tutta la regione: in questi casi è raccomandabile un radicale intervento sulla gestione dei programmi. In alcune aziende manca un solido presidio della revisione delle anagrafiche sulla base dei report delle lettere inesitate che si traduce di fatto in un mancato accesso delle persone a fondamentali presidi di prevenzione.

SCREENING NEONATALE

Con il coordinamento dell'ircs Burlo di Trieste sono proseguite nel 2017 le attività collegate allo screening audiologico neonatale, allo screening oftalmologico e allo screening neonatale metabolico esteso.

Per riguarda invece i programmi di identificazione precoce della fibrosi cistica e di identificazione precoce dei neonati con emoglobinopatia nella popolazione a rischio che, sempre coordinati dall'ircs Burlo di Trieste, dovevano essere avviati si rileva che nel corso dell'anno tutte le aziende hanno partecipato agli incontri previsti, ma la formalizzazione dei rispettivi protocolli è stata rimandata al 2018.

MIGLIORAMENTO DELLA SORVEGLIANZA E PREVENZIONE DELLE MALATTIE INFETTIVE (PROGRAMMA XIII PRP)

Nel 2017 gli sforzi per consolidare l'offerta vaccinale prevista dal calendario regionale e dal PNPV 2017-2019 sono stati notevoli, infatti si intravedono risultati positivi nell'adesione alla vaccinazione per i nuovi nati, anche se i dati di copertura vaccinale "grezza" a 24 mesi in generale per i nati 2015 sono stati di poco superiore al 90%, mentre se consideriamo tutta la coorte dei nati nel 2015 (ritardi vaccinali, esclusione dei bambini domiciliati all'estero, gli stranieri temporaneamente rientrati nel Paese d'origine, i non rintracciabili) le coperture vaccinali si stanno avvicinando alle coperture raccomandate in tutte le Aziende Sanitarie, seppure con un ritardo di alcuni mesi.

Il 2017 è stato infatti caratterizzato dall'introduzione della legge sull'obbligo vaccinale che ha previsto il recupero delle vaccinazioni in ben 16 coorti di nascita contribuendo indubbiamente a ridurre quella che era la crescente diminuzione di tutte le coperture vaccinali al di sotto della soglia di sicurezza.

Tuttavia il carico di lavoro aggiuntivo per il recupero dei soggetti inadempienti a cui gli operatori sono sottoposti, in mancanza di adeguate risorse, ha reso difficile il raggiungimento degli obiettivi di copertura del 95% per tutte le vaccinazioni previste entro dicembre 2017.

Gran parte delle attività previste dal PRP da parte dei Dipartimenti di Prevenzione, nell'ambito del programma XIII hanno subito un forte rallentamento sia a livello regionale e di conseguenza a livello locale proprio a causa del riorientamento verso il recupero di 16 coorti di soggetti inadempienti o ritardatari alle vaccinazioni.

Non è stato possibile alcun evento regionale in merito al miglioramento della qualità dei servizi vaccinali per l'impossibilità da parte degli operatori alla partecipazione. Peraltro non essendo stato definito un "accreditamento" istituzionale il riferimento per le attività aziendali è il manuale "Promuovere la qualità nei processi di vaccinazione", documento messo a punto in passato

nell'ambito del programma di miglioramento della qualità dei servizi regionali di vaccinazione. Alcune Aziende hanno iniziato il percorso con attività formative, revisione programmi e procedure nell'ambito vaccinale.

Le linee guida regionali per il controllo della tubercolosi sono state adottate con Decreto del Direttore di Area n. 255 del 2.2.2018, in ritardo rispetto alle previsioni. Le attività formative correlate saranno quindi attuate nel 2018.

Nel 2017 tutte le Aziende sanitarie hanno partecipato alla formazione per l'uso appropriato degli antibiotici negli allevamenti industriali di animali per la produzione di alimenti. Inoltre sono iniziate le attività per le applicazioni della prescrizione elettronica di farmaci per gli animali.

PREVENZIONE INFORTUNI E MALATTIE PROFESSIONALI

Proseguendo nelle azioni intraprese negli anni scorso, le attività di vigilanza hanno interessato i settori a maggior rischio dell'edilizia e dell'agricoltura. Tutte le aziende sanitarie hanno dovuto mantenere un'adeguata vigilanza nei settori edile e agricolo secondo i parametri definiti a livello nazionale. Delle attività svolte è stato successivamente trasmesso un report alla Direzione Centrale Salute. Nel corso del 2017 sono stati organizzati degli eventi formativi / formativi rivolto ai soggetti della prevenzione operanti nel settore edile e agricolo.

1.2.3 SERVIZIO VETERINARIO

I Servizi Veterinari regionali nel corso del 2017 hanno raggiunto gli obiettivi loro assegnati in materia di sicurezza alimentare, di salute e benessere alimentare.

Nel 2017 sono proseguite le iniziative di diffusione delle informazioni e di formazione sul territorio del progetto Piccole Produzioni Locali, arrivato al sesto anno di attuazione. A partire dal 2010 la Regione, assieme alle Aziende Sanitarie Locali, ai produttori e all'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie, ha promosso un progetto di sicurezza alimentare, denominato per l'appunto "Piccole Produzioni Locali" (PPL), mirato alla produzione di alimenti sicuri senza un carico burocratico eccessivo. Il progetto ha diverse finalità: l'integrazione del reddito da parte degli operatori agricoli, la scoperta di nuovi prodotti e luoghi da parte dei consumatori, la salvaguardia di tradizioni e culture in senso ampio (gastronomia, salute, arte ...).

A partire dai prodotti carni (salumi e carni fresche avicunicole), il paniere si è esteso ai prodotti lattiero-caseari tipici di malga e vegetali (confetture, conserve, prodotti da forno, miele e prodotti a base di miele ...). Gli elementi sui quali si basa tale progetto sono un sistema di autocontrollo igienico-sanitario essenziale, basato principalmente sulle Buone Prassi di Igiene, una intensa attività di formazione rivolta agli operatori e l'applicazione di un piano di monitoraggio, verifiche e analisi di laboratorio che considera tutti gli anelli della filiera (allevamento, trasformazione, stagionatura).

Nel corso del 2017 per le aziende sanitarie sono stati previsti diversi controlli relativi alla sanità animale. Tra questi si segnalano alcuni appartenenti agli indicatori LEA ministeriali e relativi a controlli da compiere presso allevamenti per TBC bovina, per brucellosi bovina/bufalina e brucellosi ovicaprina. In altri casi i controlli hanno riguardato, la malattia di Aujeszki dei suini al fine del mantenimento dell'indennità, la Scrapie ovine classica al fine di ottenere un patrimonio ovino indenne da tale malattia, e l'applicazione vaccinale blue tongue.

Tutte le aziende hanno raggiunto le percentuali di controllo prefissate. Rispetto alla Aas3 si è avuto un minimo scostamento nel raggiungimento di alcuni obiettivi, che però non inficiano il risultato complessivo.

Da un punto di vista organizzativo, si segnala che non tutte le aziende hanno provveduto a riorganizzare i propri servizi secondo le indicazioni regionali. La Aas2 non ha ancora ottemperato alla costituzione della Struttura semplice area C, AsuiTs non ha ottemperato alla costituzione della SOC di area B e AsuiUd non ha ancora espletato i concorsi per le SOC di area A e B e non ha ancora costituito una funzione per l'area C secondo quanto stabilito da Delibera regionale 925/2015.

La Aas3 non ha ancora ottemperato alla costituzione della Struttura complessa di area C e non ha dato seguito ai concorsi per la SOC di area A. La situazione di questa azienda costituisce una seria criticità, come ravvisato da tre audit dell'autorità Regionale e due del Ministero della Salute. Nella situazione attuale, vi è un solo capo Dipartimento, responsabile della struttura complessa di Area B e facente funzioni per le altre due (A e C), che non garantisce adeguatamente il monitoraggio e la supervisione delle attività dei dirigenti preposti alle attività previste, come è risultato palese in sede di audit come sopra detto. Si necessita urgentemente l'espletamento dei concorsi per le figure apicali delle due aree interessate.

1.2.4 ASSISTENZA PRIMARIA

SVILUPPO ASSISTENZA PRIMARIA

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

Sono stati attivati in tutte le Aziende programmi di medicina di iniziativa nell'ambito della gestione delle patologie croniche e in particolare del diabete, in coerenza con quanto previsto dall'AIR di cui alla DGR 39/2016.

Le AFT sono state consolidate attraverso l'operatività dei medici di medicina generale secondo i dettami dell'AIR 2016-18 e della DGR 39/2016.

Si riscontrano criticità per quanto attiene lo sviluppo dei CAP nelle Aziende. L'analisi approfondita di dette criticità potrà consentire di formulare nuove strategie per lo sviluppo dell'assistenza primaria, finalizzate a dare una risposta coerente con i bisogni della popolazione.

ACCREDITAMENTO

Nel corso del 2017 è proseguito il programma di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private con la partecipazione attiva di tutti gli enti del SSR; in particolare, sono stati attivati i procedimenti riguardanti le RSA e gli Hospice pubblici e i rinnovi delle strutture di degenza e ambulatoriali private.

Rispetto ai due obiettivi:

- 1) gli enti del SSR hanno messo a disposizione i valutatori propri dipendenti per i sopralluoghi dell'accreditamento, secondo le indicazioni della DC salute, nei casi in cui il numero delle giornate sia inferiore a quello previsto dall'obiettivo, ciò è dipeso dalla valutazione della DC sulla composizione dei Gruppi di valutazione e sui professionisti da incaricare, per cui l'obiettivo è da considerarsi raggiunto.

- 2) gli enti del SSR hanno individuato il componente aziendale dell'OTA che ha contribuito alla predisposizione del "Regolamento dell'OTA" e del "Manuale delle competenze dei valutatori dei gruppi di valutazione e dei criteri di svolgimento delle verifiche di accreditamento", adottati con decreti della DCS n. 1899/2017 e n. 1977/2017.

In sintesi nel corso del 2017 tutti gli enti del SSR hanno partecipato al programma di accreditamento e alla messa a disposizione dei valutatori per i sopralluoghi nelle strutture e hanno collaborato allo sviluppo dell'organismo tecnicamente accreditante (OTA) secondo le direttive dell'Intesa CSR del 19/2/2015 recepita con la DGR 2220/2015.

ODONTOIATRIA SOCIALE

Nel corso del 2017 il programma di odontoiatria sociale è stato consolidato e negli Enti del SSR sono stati attivati gli ambulatori dedicati previsti dalle DGR 10.6.2016, n. 1060; 14.10.2016, n. 1905 e 8.9.2017, n.1681.

Per quanto riguarda gli obiettivi di attività degli ambulatori di odontoiatria sociale, a livello regionale, nel corso 2017, le prestazioni LEA sono aumentate quasi del 10% rispetto al 2016. Su base regionale il numero di prestazione/ora odontoiatra è risultato pari a 2 prestazioni/ora. Complessivamente nelle sedi attivate, sono state fornite 352 protesi e sono stati iniziati 272 casi ortodontici.

Si sono rilevate le seguenti criticità:

- mancata acquisizione (eccetto ASUITS) della cartella clinica informatizzata il cui utilizzo dovrebbe decorrere dal 1° gennaio 2018;
- mancata trasmissione al Coordinatore della rete delle strutture odontoiatriche dei report trimestrali di attività e tempi di attesa nonché dei report economici necessari per monitorare l'andamento del progetto;
- mancata attivazione dell'ambulatorio di protesi presso ASUIUD e di ortodonzia presso AAS2.

CURE PALLIATIVE

Nel corso del 2017 la direzione di ASUIUD, avvalendosi della collaborazione dei professionisti esperti di tutte le Aziende Sanitarie, ha attivato il progetto formativo regionale in materia di cure palliative e terapia del dolore.

In tutte le Aziende sanitarie sono stati nominati i responsabili delle reti locali delle cure palliative che collaborano per la realizzazione e/o lo sviluppo delle reti locali e la definizione dei criteri di accesso alla rete e i percorsi assistenziali.

Non sono stati ancora formalizzati i centri hub and spoke di terapia antalgica nelle Aziende di pertinenza e l'assistenza di cure palliative domiciliari non garantisce la copertura sulle 24 h in tutte le Aziende. Nell'ambito degli obiettivi di monitoraggio delle tempistiche di presa in carico dei malati oncologici e del CIA sono state riscontrate difficoltà nella rilevazione delle attività.

Sono migliorate nei diversi territori regionali le percentuali di malati oncologici deceduti a domicilio; tutte le Aziende hanno garantito il supporto psico-relazionale ai malati oncologici in fase avanzata di malattia.

Da sviluppare in tutte le Aziende il monitoraggio dei tempi di accesso delle prestazioni di terapia del dolore, così come le attività di informazione sulle reti delle cure palliative e della terapia del dolore.

SUPERAMENTO DELLA CONTENZIONE

Dopo l'adozione della raccomandazione per il superamento della contenzione con D.G.R. n. 1904 /2016, le Aziende Sanitarie hanno attivato percorsi formativi e istituito, come previsto dalla sopracitata delibera, la 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 corso del 2017 nelle Aziende è stato attivato o risulta in via di attivazione il monitoraggio del fenomeno della contenzione in tutte le strutture sanitarie, socio-sanitarie e assistenziali secondo quanto disposto nella DGR 1904/2016.

RIABILITAZIONE

Nel secondo quadrimestre 2017 è stata approvata dalla Giunta Regionale con DGR 3.5.2017 n. 817 l'organizzazione della rete delle malattie neuromuscolari e della sclerosi laterale amiotrofica.

Inoltre il percorso diagnostico terapeutico e assistenziale per le persone con sclerosi multipla è in fase avanzata e i professionisti esperti delle Aziende Sanitarie hanno partecipato attivamente al tavolo tecnico regionale.

DIPENDENZE

Per quanto riguarda le Dipendenze si sono svolti, a cadenza mensile, gli incontri di coordinamento con i responsabili dei Servizi per le dipendenze, al fine di confrontarsi sui report regionali, sui debiti informativi, sugli indicatori di outcome raccolti e al fine di pianificare e valutare le attività previste dalle linee di gestione. Per supportare la rete di cura rivolta a persone con problemi di alcol dipendenza si sono realizzati degli incontri, tra servizi e terzo settore, sulle metodologie di trattamento utilizzate e si è svolto, in collaborazione con il terzo settore, un workshop regionale dal titolo "Trattamenti alcolologici 3.0". Con l'obiettivo di diffondere gli strumenti di identificazione precoce delle persone vulnerabili al gioco d'azzardo patologico si sono realizzati corsi di formazione rivolti agli assistenti sociali degli ambiti territoriali e si sono conclusi gli incontri di formazione per i MMG, a copertura di tutto il territorio regionale.

Per quanto concerne l'obiettivo di aumentare le misure alternative alla detenzione, i Servizi per le dipendenze hanno complessivamente aumentato le misure alternative, proporzionalmente ai casi inviati.

Infine, in merito agli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale sono stati definiti gli indicatori di outcome per avviare un monitoraggio con i servizi per le dipendenze sull'efficacia di tali strumenti.

SANITÀ PENITENZIARIA

Nel corso del 2017 continuano gli incontri dell'Osservatorio regionale per la sanità penitenziaria al fine di analizzare e monitorare percorsi e interventi dei servizi di sanità penitenziaria regionali, con la partecipazione, altresì, dell'amministrazione penitenziaria e della magistratura di sorveglianza. Le Aziende hanno elaborato programmi per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario in carcere.

SALUTE MENTALE

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

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

Per quanto riguarda i disturbi del comportamento alimentare le Aziende hanno collaborato alla definizione del percorso assistenziale per le persone con disturbo del comportamento alimentare per il tramite dei loro referenti al gruppo tecnico regionale. L'Irccs Burlo e l'Asuiud hanno avviato le attività di Osservatorio epidemiologico, rispettivamente per l'età evolutiva e l'età adulta e di indirizzo formativo degli operatori regionali, in collaborazione con la Direzione Centrale Salute, i DSM e i servizi per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza, come definito dal Decreto 1200/2013.

Nel corso del 2017 è stato avviato il consolidamento della rete di offerta con l'attività degli ambulatori dedicati e avviate le procedure per gli interventi semiresidenziali per l'età adulta e per l'età evolutiva. Sono stati inoltre promossi programmi formativi per gli operatori che si occupano di Disturbo del Comportamento Alimentare.

Nel corso del 2017 si sono conclusi i lavori del gruppo tecnico e con deliberazione giuntale n. 668/2017 è stato approvato il PDTA sui disturbi del comportamento alimentare. Con decreto 874/2017 è stata inserita nel Piano di formazione regionale l'attività formativa relativa ai DCA.

OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI

La Regione continua a dare il proprio contributo nell'ambito del programma nazionale di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), attraverso la partecipazione al gruppo interregionale per la sanità penitenziaria e presso l'Organismo di coordinamento nazionale. Le Aziende proseguono nel programma regionale di superamento degli OPG, garantendo il funzionamento delle strutture per l'esecuzione delle misure di sicurezza regionali (REMS) e, più in generale, attivando percorsi per fronteggiare la deriva di internamento e predisponendo i progetti riabilitativi personalizzati per le persone internate.

MALATTIE NEUROMUSCOLARI

Con deliberazione giuntale n. 817 /2017 è stato approvato il documento "Organizzazione della rete delle malattie neuromuscolari e della sclerosi laterale amiotrofica nella regione Friuli Venezia Giulia". Le Aziende hanno partecipato con i propri referenti al tavolo tecnico per la redazione del documento.

DIABETE

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

PERCORSO NASCITA

Le Aziende nel corso del 2017 hanno partecipato alle attività del Comitato percorso nascita regionale. L’IRCCS Burlo Garofalo e ASUIUD, in qualità di centri di II livello per il trasporto in emergenza perinatale, hanno avviato attività di monitoraggio relativo al trasporto di emergenza materno e neonatale con attività ancora da perfezionare.

Nel corso del 2017 sono state sviluppate attività di supporto ed aiuto alle giovani famiglie dopo il parto, con specifico servizio domiciliare e ambulatoriale, con raggiungimento dell’obiettivo da parte di alcune Aziende.

MATERNO INFANTILE

Nel corso del 2017 i referenti aziendali hanno elaborato il percorso regionale sulla gravidanza fisiologica a gestione ostetrica contribuendo alla responsabilizzazione diretta delle ostetriche.

Gli obiettivi relativi al mantenimento della % dei parti cesarei depurati e dei parti indotti al di sotto delle soglie definite è stato raggiunto dalla quasi totalità delle Aziende.

Le Aziende hanno collaborato con l’IRCCS Burlo Garofalo alla definizione dell’elenco degli interventi chirurgici pediatrici.

AUTISMO

Con deliberazione giunta n. 434/2017 sono state approvate le Linee di indirizzo regionali sui disturbi dello spettro autistico per l’età evolutiva. Con decreto 874/2017 è stata inserita nel Piano di formazione regionale l’attività formativa relativa all’Early Start Denver Model. Con decreto 789/2017 è stato costituito un tavolo tecnico regionale per i disturbi dello spettro autistico previsto dalla suddetta deliberazione 434/2017.

CONSULTORI FAMILIARI

Nel corso del 2017 si sono svolti gli incontri di un tavolo tecnico con referenti delle Aziende per la definizione di un percorso sulla gravidanza fisiologica a gestione ostetrica. L’attività dei consultori familiari ha avviato un percorso per implementare l’offerta della visita domiciliare ostetrica in puerperio; al 2017 l’offerta domiciliare risulta rivolta prevalentemente alle situazioni di maggiore vulnerabilità. Nell’ambito della promozione della salute della donna in età post-fertile sono state promosse iniziative in quasi tutte le Aziende.

1.2.5 ASSISTENZA OSPEDALIERA

INSUFFICIENZE D'ORGANO E TRAPIANTO:

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

- FILIERA CUORE

Nel corso del 2017 è stata approvata la DGR 735/2017 "LR 17/2014 art 39 Attivazione delle reti per la presa in carico delle malattie cardiache-emergenze cardiologiche; gravi insufficienze d'organo e trapianti: filiera cuore; insufficienza cardiaca cronica" che disciplina l'organizzazione con la quale la Regione assicura, in maniera precoce ed omogenea su tutto il territorio, la presa in carico clinico-assistenziale, in termini di accesso ai servizi, diagnosi e cura, delle persone affette da patologia cardiaca acuta e cronica che può portare all'insufficienza d'organo.

La delibera definisce i centri per la presa in carico dei pazienti con malattie cardiache acute e croniche, le loro specifiche funzioni, le modalità operative con le quali questi si rapportano tra loro; il documento individua tre reti specifiche:

- rete emergenze cardiologiche;
- rete per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti: filiera cuore;
- rete per la presa in carico dei pazienti con insufficienza cardiaca cronica.

- FILIERA RENE

La filiera rene della rete per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti viene istituita con DGR 1539/2015 ha l'obiettivo di favorire una presa in carico complessiva della persona colpita da MRC al fine di rallentare il decorso della patologia, ridurre le morti evitabili e le gravi disabilità garantendo inoltre il miglior percorso clinico assistenziali ai pazienti attraverso l'ottimizzazione e la valorizzazione delle varie competenze ad indirizzo nefrologico in ambito regionale. Nel 2016 la Regione FVG ha adottato i documenti tecnici "Percorso Assistenziale del paziente candidato al trapianto renale" (Decreto n. 133/SPS) "[Percorso Assistenziale del paziente candidato al trapianto renale](#)" e "*Percorso assistenziale del paziente con malattia renale cronica stadi 1-3 e 4-5 KDOQI-KDIGO*".

Nel corso del 2017 sono proseguite le attività della "Commissione rene" in particolare con l'attivazione di due gruppi di lavoro per l'approfondimento di tematiche di interesse della rete stessa in particolare per la revisione/aggiornamento del PDTA "Percorso Assistenziale del paziente candidato al trapianto renale" e per la progettazione di un documento di indirizzo regionale per lo sviluppo della dialisi peritoneale nei setting territoriali: domicilio e residenzialità RSA e Case di riposo.

- FILIERA FEGATO

La filiera fegato della rete per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti viene istituita con DGR 2533/2014 con l'obiettivo di favorire equità di accesso, una presa in carico complessiva della persona colpita dalla patologia epatica al fine di rallentare il decorso della patologia, ridurre le morti evitabili e le gravi disabilità garantendo inoltre sull'intero territorio

regionale, il miglior percorso diagnostico terapeutico ai pazienti attraverso l'ottimizzazione e la valorizzazione delle varie competenze e il coordinamento di tutti i servizi che erogano prestazioni sanitarie a pazienti affetti da una patologia epatica in ambito regionale.

Nel corso del **2017 è stato nominato il** coordinatore della rete ed sono stati aggiornati i componenti gruppo di coordinamento della rete. E' stato dato avvio a due gruppi tecnici per l'approfondimento di tematiche di interesse della rete: cirrosi epatica e alterazione enzimi epatici e sono in fase di preparazione i due PDTA di riferimento regionale sulle tematiche individuate.

- **FILIERA ICTUS**

La rete regionale per la gestione del paziente con ictus disciplina l'organizzazione con la quale in Friuli Venezia Giulia assicura, in maniera omogenea su tutto il territorio regionale, la presa in carico clinico-assistenziale delle persone colpite da ictus in termini di soccorso, diagnosi, cura e riabilitazione nella diverse fasi della malattia: pre-ospedaliera, ospedaliera, post-ospedaliera, garantendo ai cittadini equità di accesso, sicurezza e le migliori cure possibili in ambito regionale. Con Decreto 611/SPS del 10/08/2015 la regione ha adottato il documento tecnico "*Percorso assistenziale per la presa in carico del paziente con ictus cerebrale*" che definisce il consenso dei professionisti della regione sulla diagnosi, la presa in carico, il trattamento dei pazienti affetti da ictus sulla base delle più recenti evidenze di letteratura nazionale ed internazionale.

Nel 2017 sono proseguite le attività della "Commissione Ictus"; dopo il completamento degli interventi formativi effettuati sull'adozione del PDTA a livello di tutte le strutture sanitarie regionali avvenuta nel corso del 2015, nel corso dell'anno sono state coinvolte maggiormente le Aziende sul monitoraggio degli indicatori definiti in particolare quelli relativi alla tempistica di effettuazione della trombolisi.

MALATTIE REUMATICHE

Con DGR 302/2015 è stata istituita la Rete regionale per l'assistenza al paziente con malattia reumatica. La rete disciplinata l'organizzazione con la quale la Regione Friuli Venezia Giulia assicura, in maniera omogenea su tutto il territorio, il trattamento delle malattie reumatiche nelle diverse fasce di età, dall'approccio alla diagnosi, alla presa in carico clinico assistenziale e riabilitativa dei casi.

Nel corso del 2017 è stato formalizzato e decretato il "[Percorso assistenziale per la presa in carico della persona con fibromialgia](#)", uno strumento operativo di supporto ai professionisti che operano ai vari livelli della "rete regionale reumatologica", ai Medici di Medicina Generale e agli altri specialisti al fine di garantire la presa in carico e gestire al meglio la complessità clinica delle persone affette da fibromialgia avvalendosi di un approccio multidisciplinare ed integrato di interventi con l'obiettivo di migliorare la qualità di vita dei pazienti e favorire il loro ritorno alle normali attività individuali, lavorative e sociali.

MALATTIE RARE

La DGR 1968/2016 "Rete delle malattie rare della Regione Friuli Venezia Giulia" ha disposto il riordino della Rete Regionale e ne ha previsto la ristrutturazione secondo un modello "hub and spoke" per grandi gruppi di malattie, come previsto dal DM 297/2001. Nel corso del 2017 con la DGR 1002/2017 la Regione ha identificato i Presidi di riferimento per specifico gruppo di malattie. Tali Centri collaborano tra di loro e con le altre strutture della rete al fine di integrare le differenti

funzioni, garantire il raccordo con il territorio e offrire risposte assistenziali adeguate e prossime al luogo di vita dei cittadini. Sono stati inoltre avviati, a cura del coordinatore regionale della rete, i tavoli tecnici regionali per ogni gruppo nosologico di malattie rare (in ottemperanza alla DGR 1002/2017) con individuazione del relativo centro coordinatore.

EROGAZIONE DEI LIVELLI DI ASSISTENZA

Nel 2017 è stata mantenuta l'attenzione verso i livelli essenziali di assistenza. L'azione delle aziende è stata orientata a assicurare le prestazioni e i servizi che il servizio sanitario deve garantire ai propri e ad effettuare una riconversione delle proprie attività, diminuendo il numero di prestazioni erogate con minor richiesta (o inappropriate) ed aumentando il numero di quelle maggiormente richieste (o più appropriate).

Premesso che devono prioritariamente mantenute le prestazioni urgenti ed indifferibili, nonché quelle che riguardano le attività di prevenzione ed assistenza primaria, nel 2017 sono stati individuati dalla programmazione regionale diversi indicatori di monitoraggio dell'attività sanitaria.

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

- Riduzione del tasso di ospedalizzazione;
- Ricoveri in Day hospital di tipo diagnostico sia per l'età adulta che per l'età pediatrica;
- Ricoveri medici oltre soglia per pazienti ≥ 65 anni;
- Recupero della fuga extra-regionale

PIANO SANGUE REGIONALE

Nel 2017, le Aziende del Sistema sanitario regionale hanno contribuito all'autosufficienza, sia per la raccolta di sangue territoriale, secondo il calendario concordato con il Coordinamento regionale trasfusionale e le Associazioni e Federazioni di Volontariato del sangue, sia per la raccolta di plasma da destinare al frazionamento industriale. È stata garantita la sicurezza e l'appropriatezza trasfusionale. Sono proseguiti i programmi regionali di sorveglianza del rischio trasfusionale ai quali le aziende hanno partecipato alimentando il flusso informativo che prevede la registrazione degli eventi avversi alla trasfusione e che ha dato luogo ai report previsti.

RISCHIO CLINICO

In continuità con le progettualità avviate negli anni scorsi, le attività del 2017 sono state caratterizzate dalla messa a regime delle indicazioni e raccomandazione sviluppate nei diversi campi, dalla loro misurazione nonché dalla verifica (anche attraverso visite) sulla loro adozione dei diversi contesti.

Gli argomenti che sono stati particolarmente enfatizzati nel corso dell'anno sono stati quello della sicurezza del farmaco, delle misure di "antimicrobial stewardship" e dell'empowerment del cittadino. Con DGR 1970/2016 è stata adottata la nuova organizzazione della Rete Cure Sicure FVG che troverà attuazione nel corso del 2017 con la formalizzazione del Comitato strategico regionale, del Comitato regionale per la gestione sinistri e dei Comitati aziendali per la gestione sinistri

1.2.6 ASSISTENZA FARMACEUTICA

Nel corso del 2017 gli Enti del SSR hanno dato attuazione alle attività assegnate, anche se si rilevano margini di miglioramento in alcuni ambiti. In particolare, rispetto ai tetti fissati a livello nazionale l'ultimo monitoraggio AIFA gennaio-dicembre 2017 ha evidenziato il rispetto del "tetto per la spesa farmaceutica convenzionata (7,47% vs 7,96% target), mentre si evidenzia uno scostamento per il "tetto per la spesa farmaceutica per acquisti diretti" che non ha superato il valore target (9,09% vs 6,89% target), ad indicare la necessità di azioni più incisive in tale ambito, al fine di favorire l'impiego dei medicinali con il miglior rapporto costo-efficacia e secondo percorsi di appropriatezza. Anche con riferimento ai vincoli fissati a livello regionale sulla farmaceutica dalle linee per la gestione 2017 (DGR 2550/2016), si evidenziano degli scostamenti dai tetti (125 euro per la convenzionata e 25,45 euro per la DPC) da parte della maggioranza delle aziende, mentre il vincolo di 61,47 euro per la diretta risulta raggiunto da tre Aziende su cinque. Sul versante farmaceutica, invece, ospedaliera quasi tutte le aziende continuano a posizionarsi al di sopra del vincolo fissato dalla programmazione regionale. In tale ambito va comunque tenuta in considerazione l'attrazione, intra- ed extraregionale, che alcune aziende esercitano maggiormente rispetto ad altre, soprattutto quelle con centri di riferimento specializzati.

In generale durante il 2017, tutte le Aziende hanno sviluppato le attività previste al fine di assicurare l'appropriatezza delle prescrizioni, favorendo l'impiego delle molecole dal miglior profilo di costo-efficacia ovvero privilegiando l'impiego dei medicinali a brevetto scaduto, dei bio-similari e dei medicinali acquistati centralmente dall'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi (EGAS). Con riferimento alle categorie di farmaci a maggior impatto per spesa e possibile rischio di inapproprietezza sono stati individuati specifici obiettivi per i prescrittori correlati ad indicatori di risultato predefiniti, sia a livello territoriale che ospedaliero, sui quali è stato effettuato un monitoraggio periodico, nonché azioni di audit e feedback, dandone evidenza alla DCS.

Nell'ambito dei medicinali a brevetto scaduto, le Aziende hanno dato attuazione all'analisi a campione secondo le modalità indicate dalla DCS (categorie di medicinali, reparti e tempistiche) dalla quale è stata evidenziata una buona % di utilizzo di tali categorie di medicinali in termini di % di prescrizione in dimissione o dopo visita ambulatoriale. Tuttavia, per quanto riguarda le classi terapeutiche individuate dagli indicatori AIFA-MEF presenti sul sistema Tessera Sanitaria (TS), si osserva un raggiungimento del target nazionale di riferimento in media solo per 4 categorie individuate su 8, indicando la necessità di potenziare le azioni di miglioramento e informazione da parte di tutte le Aziende.

Sul versante delle categorie di medicinali per i quali è presente l'alternativa bio-simile le prescrizioni mostrano una flessione positiva rispetto all'anno precedente. Al riguardo, in linea con la modifica dell'obiettivo introdotta dalla DGR n. 1571/2017 e nel rispetto di quanto stabilito dalla normativa di settore così come ri-novellata dall'art.1, comma 407 della Legge 232/2016 tutte le Aziende hanno dato evidenza delle attività svolte.

Con riferimento all'attività di distribuzione diretta tutte le Aziende, hanno dato continuità all'attività nell'ambito della residenzialità, della semi-residenzialità e dell'assistenza domiciliare. Per i farmaci ad alto costo sono stati inoltre definiti i percorsi per la verifica dell'appropriatezza d'uso da parte delle Aziende di residenza del paziente. Con riferimento al primo ciclo di terapia in dimissione da ricovero o dopo visita ambulatoriale l'attività è stata implementata nelle Aziende, tuttavia si rilevano una forte disomogeneità e la necessità di maggiore sistematicità anche ai sensi del DPCM 12/01/2017 (cosiddetto "nuovi LEA").

Per quanto riguarda la DPC le Aziende assicurano i monitoraggi e gli approfondimenti con i

prescrittori sui medicinali erogati con tale modalità, nonché le informazioni sui nuovi farmaci inseriti nell'elenco, ma temporaneamente non disponibili sulla piattaforma. In tale ambito l'EGAS, al fine di favorire l'impiego dei medicinali acquistati centralmente, ha reso disponibile a tutte le Aziende con frequenza mensile la lista dei farmaci aggiudicati a gara con particolare riferimento a quelli della DPC. L'Ente ha inoltre assicurato un monitoraggio delle politiche di acquisto dei medicinali in DPC, adottando ogni misura conseguente, al fine di garantire la maggiore economicità per l'SSR.

Sono state promosse le attività di monitoraggio e di verifica dell'appropriatezza d'uso dei dispositivi per l'assistenza integrativa, secondo quanto già definito nelle linee di gestione, mentre si rileva ancora qualche disomogeneità nel favorire la distribuzione diretta dei prodotti di assistenza integrativa e protesica, in particolare in ASUI-TS.

L'attività di potenziamento nell'ambito della "farmacia dei servizi" necessita di uno sviluppo ulteriore, anche in linea con il DPCM 12/01/2017 sui nuovi LEA, nonché con quanto si sta prospettando nel rinnovo della convenzione con le farmacie a livello nazionale, attualmente in fase di discussione.

Per le Aziende servite dalla logistica centralizzata, la copertura delle prescrizioni informatizzate personalizzate con iter elettronico tramite PSM delle confezioni destinate alla distribuzione diretta nominale si assesta al di sopra del 85% fissato come target in quasi tutte le Aziende, con alcune criticità registrate in AAS2 e AAS3, che comunque mostrano un incremento rispetto all'anno precedente. Anche la prescrizione informatizzata dei piani terapeutici (PSM-PT target 50% dei piani per i nuovi pazienti) è stata significativamente implementata in tutte le Aziende, anche se permane una certa disomogeneità tra strutture, in particolare dove l'applicativo è stato attivato da minor tempo (l'indicatore è stato definito con DGR n. 1571/2017).

Per i medicinali sottoposti a registro di monitoraggio AIFA tutte le Aziende hanno assicurato la continuità dei percorsi messi in atto per garantire la registrazione di tutti i pazienti sulla piattaforma AIFA dedicata, al fine di assicurare l'appropriatezza d'uso e consentire il recupero dei rimborsi per tutti i farmaci per i quali sono previste forme di compartecipazione dei costi da parte delle aziende farmaceutiche e condivisione del rischio (risk-cost sharing, payment by result). Al riguardo l'EGAS, ha consolidato le modalità con cui assicurare il ristoro delle somme spettanti a ciascun Ente. Nel corso del 2017, sono stati rimborsati sotto forma di note di credito oltre 24 mln per farmaci dell'epatite C (in parte riferiti a consumi del 2016) e circa 2,0 mln per altri farmaci.

L'attività relativa al grado di completezza della cartella oncologica informatizzata è in linea con quanto definito dalla programmazione regionale (> 95% dei pazienti) per tutte le Aziende.

Per quanto riguarda l'attività di monitoraggio e controllo dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali sulla spesa e consumi farmaceutici (ospedalieri -distribuzione diretta - DPC), per il 2017 si rileva un grado di copertura della fase 3 su fase 2 in media pari al 99,7%. L'inserimento del codice targatura in fase di erogazione copre il 100% delle confezioni in DPC e il 99,6% delle confezioni erogate in distribuzione diretta con il sistema PSM nelle Aziende gestite dalla logistica centralizzata. A seguito dell'analisi richiesta dal Ministero della Salute di concerto con il MEF relativa agli anni 2012-2016 tutte le aziende hanno dato riscontro agli approfondimenti richiesti, che hanno permesso di rilevare una significativa carenza nei dati di tracciabilità, in particolare per gli anni 2015 e 2016, a carico delle Aziende farmaceutiche e alcune problematiche relative ad una gestione non corretta delle anagrafiche (es. radiofarmaci, sacche di dialisi, diluizione oncologici, prodotti per preparazioni parenterali). Si rappresenta in ogni caso l'importanza dei controlli sistematici da parte dei responsabili per la tematica, utilizzando la reportistica a disposizione, con particolare riferimento anche agli eventuali mancati invii, al fine di un corretto

calcolo del rispetto dei tetti di spesa da parte degli organismi centrali.

Sul versante della farmacovigilanza sono state sviluppate le iniziative a livello aziendale ed è stata assicurata la partecipazione alle attività regionali (DGR n. 435/2013, 2199/2014 e 1365/2015). In particolare, nel corso del 2017 è stato avviato il percorso formativo a distanza specifico sull'utilizzo della piattaforma Vigifarmaco. Infine, nell'ambito delle aree di attività stabilite dalla DGR 1365/2015, a novembre 2017 è stato siglato un nuovo di accordo di collaborazione/convenzione con le due Aziende sanitarie universitarie integrate per l'avvio di una specifica progettualità pluriennale, con il coinvolgimento di tutte le Aziende sanitarie e gli IRCCS, volta a favorire un uso sicuro appropriato dei farmaci a livello ospedaliero e nella continuità ospedale-territorio, utilizzando i fondi statali dedicati a tali iniziative.

1.2.7 PROGETTI ATTINENTI LA PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI SOCIO SANITARI

Negli ultimi anni si è cercato di dare risposta ai bisogni della popolazione anziana attraverso l'attuazione di diverse strategie, tra cui la riqualificazione della **rete dei servizi residenziali e semiresidenziali per anziani** attraverso l'adozione e introduzione dello strumento Val.Graf.-FVG quale sistema di valutazione multidimensionale dei bisogni e dei sistemi informativi (GENeSys) per la valutazione del bisogno delle persone anziane e delle loro capacità residue. Sono stati introdotti sistemi per la raccolta di informazioni relative alla gestione dei servizi residenziali (SIRA-FVG), attivati sistemi di monitoraggio e promozione della qualità nelle strutture residenziali per anziani e adottato il D.P.Reg. 144/2015 che disciplina, tra l'altro, il processo di riclassificazione delle residenze per anziani già autorizzate al funzionamento. Per l'anno 2017, le Aziende per l'assistenza sanitaria hanno proseguito le azioni intraprese negli anni scorsi collaborando al processo di riclassificazione delle residenze per anziani già funzionanti, monitorando e promuovendo la qualità all'interno delle residenze per anziani e verificando l'utilizzo presso tutte le strutture degli strumenti di valutazione

La regione ha avviato un processo di riforma del sistema dei servizi sociali e sanitari, al fine di allinearli al mutato panorama dei bisogni della popolazione: in questo contesto, l'area della **disabilità** rappresenta un elemento di sfida cogente, data la specifica evoluzione dei bisogni di questo settore e le rinnovate sensibilità culturali. Al fine di supportare questo processo di riforma per l'anno 2017 hanno avviato una valutazione di tutti gli utenti dei servizi residenziali e semiresidenziali per persone con disabilità ed individuato un referente aziendale che coordini e monitori tale attività.

In materia di minori con DGR 1115/2015 sono state deliberate le linee guida per l'**affido** familiare avviando in tutto il territorio regionale, un processo di uniformazione degli interventi di sostegno alla genitorialità e di tutela dei minori in situazione di temporaneo allontanamento dalla famiglia. Tutti i servizi socio-sanitari afferenti ai distretti delle aziende per l'assistenza sanitaria (consultorio familiare in primis), in collaborazione con l'associazionismo locale presente sul territorio, attuano interventi di sensibilizzazione e formazione del territorio, con l'obiettivo di implementare le risorse familiari disponibili all'affido e garantire la massima copertura possibile delle richieste di presa in carico e di intervento.

Per le **adozioni**, 2017 sono proseguite le attività del Tavolo di lavoro sulla revisione del Protocollo per l'adozione nazionale e internazionale e sull'elaborazione di specifiche Linee Guida, al fine di approfondire le diverse tematiche riguardanti l'adozione nazionale e internazionale, con particolare riferimento alle procedure di idoneità e abbinamento adottivo, sull'iter post adottivo, nonché di

prassi condivise sulle prestazioni specialistiche dell'operato servizi sanitari coinvolti e dei diversi Enti autorizzati per l'adozione internazionale.

Sempre nel 2017 sono proseguire le azioni previste per le aree di integrazione socio sanitaria dalle Linee guida per la predisposizione dei **Piani di Zona** di cui alle DGR 458/2012 e 132/2016. In particolare è stata attuata programmazione unitaria tra AAS/ASUI e le Unioni territoriali intercomunali nelle aree di integrazione socio sanitaria attraverso l'elaborazione congiunta di un documento che ha rappresentato il livello di programmazione locale integrata nelle aree di integrazione sociosanitaria in ciascun ambito territoriale per l'anno 2017. La sottoscrizione dell'Atto di intesa ha impegnato le parti alla realizzazione, dei contenuti della suddetta programmazione e all'elaborazione congiunta del monitoraggio semestrale al 30/06/2017 e al 31/12/2017.

1.2.8 RAPPORTO CON I CITTADINI

TEMPI DI ATTESA

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

Le aziende nel 2017 sono state impegnate a garantire i tempi per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e per i ricoveri per interventi chirurgici programmati secondo i criteri di priorità definiti dal prescrittore. Hanno inoltre dovuto assicurare adeguati livelli di monitoraggio sul rapporto tra attività istituzionale e libero professionale.

Il controllo sul rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni specialistiche, negli ultimi anni è stato effettuato utilizzando un diverso algoritmo di calcolo, che ha permesso di giungere ad una rappresentazione più realistica e funzionale di tale fenomeno. Nel 2016 il nuovo modello è stato anche esteso agli interventi chirurgici programmati. Nel 2017 sono proseguite i monitoraggio periodici svolti sia a livello regionale che rispetto alle richieste pervenute dal ministero.

Per quanto attiene le agende di prenotazione, le aziende sono state tenute ad informatizzare e rendere disponibili a sistema Cup regionale le agende delle prestazioni ambulatoriali individuate.

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.

*Nell'anno 2017 è stata data maggiore enfasi a progetti aventi l'obiettivo di focalizzare l'attenzione dei professionisti sullo sviluppo di modalità operative sempre più orientate ai bisogni degli utenti per garantire la centralità del paziente/cittadini e della sua famiglia che accedono e usufruiscono dei servizi sanitari. 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*, 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, sono di sicuro interesse per il positivo impatto nel rapporto con i cittadini.

Nel 2017 in particolare l'attenzione è stata focalizzata sulla progettualità di *"contatto telefonico dopo la dimissione da un reparto chirurgico dopo intervento"*. L'obiettivo era quello di far sentire al paziente la vicinanza della struttura che lo ha curato anche dopo l'avvenuta dimissione. Per tale motivo si è reso necessario attivare 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 che il decorso stia procedendo secondo le previsioni. Non si trattava di somministrare un questionario di gradimento che sarebbe possibile affidare a terzi ma, in una logica di continuità assistenziale, di accertarsi delle condizioni cliniche e assistenziali del paziente che sono specifiche di ogni disciplina e di ogni tipologia d'intervento. Ciascuna azienda doveva effettuare un contatto telefonico, personalizzato per ogni utente, entro 5 giorni dalla dimissione ospedaliera per utente e raccogliere delle informazioni relative a condizioni cliniche generali (febbre, dolore, condizioni della ferita, ecc.), gestione di farmaci e presidi (difficoltà di reperimento, facilità di utilizzo, stomie, ecc.), recupero delle autonomie, alimentazione, idratazione, ecc., informazioni e appuntamenti per eventuali controlli successivi e ogni altro elemento o consiglio ritenuto utile.

1.2.9 SISTEMI INFORMATIVI

Per quanto riguarda i **sistemi informativi**, nel 2017, c'è stata un'ulteriore evoluzione dei servizi on line prioritari per il cittadino (estensione del servizio referti on line, pagamento on line per le prestazioni, prenotazione on line delle prestazioni ambulatoriali, consultazione liste di attesa di tutte le prestazioni erogate indicando la prima data utile, tempi di accesso ai pronto soccorso per codice triage). Sono proseguiti i progetti già avviati, in tema di sicurezza, privacy e ricetta dematerializzata da estendere, oltre che alla farmaceutica, anche alla specialistica ambulatoriale per i MMG i PLS e gli specialisti convenzionati e dipendenti del Servizio sanitario regionale.

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

2. ATTIVITA' DEL PERIODO

2.1 ASSISTENZA OSPEDALIERA

2.1.1. POSTI LETTO

TAB. 1. POSTI LETTO

COMPLESSIVI

	Azienda	01/01/2017		Totale 01/01/2017	31/12/2017		Totale 31/12/2017
		Day Hospital	Ordinario		Day Hospital	Ordinario	
ASUI TS	CATTINARA - MAGGIORE	78	680	758	78	669	747
	GORIZIA	16	161	177	16	164	180
AAS 2	MONFALCONE	19	182	201	19	185	204
	LATISANA	10	132	142	10	132	142
	PALMANOVA	12	159	171	12	159	171
	GEMONA	11		11	11	0	11
AAS 3	SAN DANIELE	10	156	166	10	156	166
	TOLMEZZO	9	171	180	9	171	180
ASUI UD	UDINE	114	900	1.014	114	900	1.014
	GERVASUTTA	4	93	97	4	93	97
	PORDENONE	33	435	468	37	434	471
AAS5	SAN VITO	12	141	153	12	141	153
	SPILIMBERGO	6	66	72	6	66	72
BURLO	BURLO	25	111	136	25	111	136
CRO	CRO	32	98	130	30	98	128
Totale FVG		391	3.485	3.876	393	3.479	3.872

Inclusi PL a pagamento e SPDC

Esclusi PL sulle _disciplina 31

ACUTI

	Azienda	01/01/2017		Totale 01/01/2017	31/12/2017		Totale 31/12/2017
		Day Hospital	Ordinario		Day Hospital	Ordinario	
ASUI TS	CATTINARA - MAGGIORE	76	640	716	76	629	705
	GORIZIA	16	157	173	16	160	176
AAS 2	MONFALCONE	19	158	177	19	161	180
	LATISANA	10	122	132	10	122	132
	PALMANOVA	10	145	155	10	145	155
	GEMONA	11	0	11	11	0	11
AAS 3	SAN DANIELE	10	156	166	10	156	166
	TOLMEZZO	9	171	180	9	171	180
ASUI UD	UDINE	113	838	951	114	853	967
	GERVASUTTA	4	-	4	4	0	4
	PORDENONE	33	405	438	37	404	441
AAS5	SAN VITO	12	135	147	12	135	147
	SPILIMBERGO	6	62	68	6	62	68
BURLO	BURLO	25	111	136	25	111	136
CRO	CRO	32	98	130	30	98	128
Totale Acuti FVG		386	3.198	3.584	389	3.207	3.596

NON ACUTI

	Azienda	01/01/2017		Totale 01/01/2017	31/12/2017		Totale 31/12/2017
		Day Hospital	Ordinario		Day Hospital	Ordinario	
ASUITS	CATTINARA - MAGGIORE	2	40	42	2	40	42
	GORIZIA		4	4		4	4
AAS2	MONFALCONE		24	24		24	24
	LATISANA		10	10		10	10
	PALMANOVA	2	14	16	2	14	16
	GEMONA			-			-
AAS3	SAN DANIELE			-			-
	TOLMEZZO						
ASUIUD	UDINE (incluso SPDC)	1	62	63		47	47
	GERVASUTTA		93	93		93	93
	PORDENONE (incluso SPDC)		30	30		30	30
AAS5	SAN VITO		6	6		6	6
	SPILIMBERGO		4	4		4	4
BURLO	BURLO			-			-
CRO	CRO			-			-
Totale Non Acuti FVG		5	287	292	4	272	276

Discipline 28;40;56;60;75

2.1.2. PRONTO SOCCORSO

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

	STRUTTURA	GEN-DIC 2016	GEN-DIC 2017	%
HUB	CATTINARA	48.518	48.287	-0,5%
	UDINE	59.824	61.010	2,0%
	PEDIATRICO UD	17.084	16.842	-1,4%
	PORDENONE	51.425	51.272	-0,3%
	BURLO GAROFOLO	23.063	23.926	3,7%
	TOTALE HUB	199.914	201.337	0,7%
SPOKE	GORIZIA	20.254	21.032	3,8%
	LATISANA	25.764	25.523	-0,9%
	MONFALCONE	31.770	33.850	6,5%
	PALMANOVA	29.813	30.931	3,8%
	SAN DANIELE	28.700	28.976	1,0%
	TOLMEZZO	20.877	22.097	5,8%
	PEDIATRICO PN	16.081	16.561	3,0%
	SAN VITO	23.433	23.761	1,4%
	SPILIMBERGO	11.097	11.332	2,1%
TOTALE SPOKE	207.789	214.063	3,0%	
PPI	MAGGIORE	25.656	24.149	-5,9%
	GRADO	4.016	5.162	28,5%
	LIGNANO	3.766	3.496	-7,2%
	GEMONA	9.223	9.236	0,1%
	CIVIDALE	10.370	11.288	8,9%
	MANIAGO	3.155	3.251	3,0%
	SACILE	6.866	7.323	6,7%
TOTALE PPI	63.052	63.905	1,4%	
TOTALE FVG		470.755	479.305	1,8%

TAB. 3. ACCESSI IN PRONTO SOCCORSO E PUNTI DI PRIMO INTERVENTO

Triage	GEN-DIC 2016	GEN-DIC 2017	%
Bianco	158.185	153.086	-3,2%
Verde	229.093	239.016	4,3%
Giallo	77.244	80.938	4,8%
Rosso	6.186	6.236	0,8%
Nero	47	29	-38,3%
Totale FVG	470.755	479.305	1,8%

TAB. 4. ACCESSI IN PRONTO SOCCORSO E PUNTI DI PRIMO INTERVENTO PER CODICE TRIAGE DI INGRESSO

		GEN-DIC 2017				
STRUTTURA		Bianco	Verde	Giallo	Rosso	Nero
HUB	CATTINARA	8.422	24.642	13.885	1.336	2
	UDINE	13.508	30.039	15.835	1.618	10
	PEDIATRICO UD	1.756	12.787	2.246	53	
	PORDENONE	6.908	15.297	11.809	1.142	2
	BURLO GAROFOLO	13.361	24.958	1.685	36	
	TOTALE HUB	43.955	107.723	45.460	4.185	14
SPOKE	GORIZIA	6.074	10.860	3.844	252	2
	LATISANA	10.136	11.651	3.473	262	1
	MONFALCONE	9.773	19.317	4.530	230	
	PALMANOVA	10.497	14.448	5.637	346	3
	SAN DANIELE	14.808	10.360	3.624	181	3
	TOLMEZZO	7.757	10.629	3.522	186	3
	PEDIATRICO PN	2.428	12.796	1.269	68	
	SAN VITO	8.292	12.169	3.123	177	
	SPIILIMBERGO	4.824	4.782	1.596	129	1
TOTALE SPOKE	74.589	107.012	30.618	1.831	13	
PPI	MAGGIORE	14.406	8.748	981	13	1
	GRADO	3.697	1.331	128	6	
	LIGNANO	1.598	1.388	487	23	
	GEMONA	4.658	3.778	765	35	
	CIVIDALE	4.141	5.440	1.612	94	1
	MANIAGO	2.200	844	196	11	
	SACILE	3.842	2.752	691	38	
	TOTALE PPI	34.542	24.281	4.860	220	2
TOTALE FVG	153.086	239.016	80.938	6.236	29	

TAB. 5. ACCESSI AI PRONTO SOCCORSO E PUNTI DI PRIMO INTERVENTO CON ESITO RICOVERO

STRUTTURA	Bianco			Verde			Giallo			Rosso			
	totale accessi	di cui ricoverati	%	totale accessi	di cui ricoverati	%	totale accessi	di cui ricoverati	%	totale accessi	di cui ricoverati	%	
HUB	CATTINARA	8.422	517	6,1%	24.642	6151	25,0%	13.885	6416	46,2%	1.336	1091	81,7%
	UDINE	13.508	254	1,9%	30.039	4079	13,6%	15.835	6153	38,9%	1.618	1358	83,9%
	PEDIATRICO UD	1.756	13	0,7%	12.787	244	1,9%	2.246	267	11,9%	53	24	45,3%
	PORDENONE	13.361	132	1,0%	24.958	3398	13,6%	11.809	4612	39,1%	1.142	952	83,4%
	BURLO GAROFOLO	6.908	54	0,8%	15.297	285	1,9%	1.685	268	15,9%	36	20	55,6%
	TOTALE HUB	43.955	970	2,2%	107.723	14157	13,1%	45.460	17.716	39,0%	4.185	3445	82,3%
SPOKE	GORIZIA	6.074	121	2,0%	10.860	1460	13,4%	3.844	1116	29,0%	252	154	61,1%
	LATISANA	10.136	268	2,6%	11.651	1057	9,1%	3.473	855	24,6%	262	187	71,4%
	MONFALCONE	9.773	109	1,1%	19.317	1588	8,2%	4.530	1111	24,5%	230	109	47,4%
	PALMANOVA	10.497	309	2,9%	14.448	1772	12,3%	5.637	1411	25,0%	346	220	63,6%
	SAN DANIELE	14.808	555	3,7%	10.360	1760	17,0%	3.624	1019	28,1%	181	113	62,4%
	TOLMEZZO	7.757	318	4,1%	10.629	1506	14,2%	3.522	1037	29,4%	186	101	54,3%
	PEDIATRICO PN	2.428	12	0,5%	12.796	377	2,9%	1.269	244	19,2%	68	33	48,5%
	SAN VITO	8.292	214	2,6%	12.169	1261	10,4%	3.123	727	23,3%	177	97	54,8%
	SPIIMBERGO	4.824	229	4,7%	4.782	893	18,7%	1.596	536	33,6%	129	91	70,5%
	TOTALE SPOKE	74.589	2135	2,9%	107.012	11674	10,9%	30.618	8.056	26,3%	1.831	1105	60,3%
PPI	MAGGIORE	14.406	101	0,7%	8.748	741	8,5%	981	221	22,5%	13	6	46,2%
	GRADO	3.697		0,0%	1.331		0,0%	128		0,0%	6		0,0%
	LIGNANO	1.598	13	0,8%	1.388	45	3,2%	487	45	9,2%	23	9	39,1%
	GEMONA	4.658	13	0,3%	3.778	55	1,5%	765	25	3,3%	35	1	2,9%
	CIVIDALE	4.141	81	2,0%	5.440	591	10,9%	1.612	483	30,0%	94	68	72,3%
	MANIAGO	2.200	14	0,6%	844	43	5,1%	196	25	12,8%	11	5	45,5%
	SACILE	3.842	40	1,0%	2.752	256	9,3%	691	183	26,5%	38	21	55,3%
TOTALE PPI	34.542	262	0,8%	24.281	1731	7,1%	4.860	982	20,2%	220	110	50,0%	
TOTALE FVG	153.086	3.367	2,2%	239.016	27.562	11,5%	80.938	26.754	33,1%	6.236	4.660	74,7%	

TAB. 6. TEMPI DI ATTESA ALLA VISITA PER CODICE TRIAGE

		Gennaio - Dicembre 2017			
	Azienda	Bianco	Verde	Giallo	Rosso
HUB	CATTINARA	121	149	31	6
	UDINE	74	70	16	3
	PEDIATRICO UD	46	40	14	10
	PORDENONE	38	77	37	5
	BURLO GAROFOLO	49	46	10	6
SPOKE	GORIZIA	82	75	23	7
	LATISANA	60	40	11	4
	MONFALCONE	74	88	27	7
	PALMANOVA	75	46	11	4
	SAN DANIELE	57	43	17	9
	TOLMEZZO	62	47	18	8
	PEDIATRICO PN	62	58	14	11
	SAN VITO	98	59	13	6
	SPILIMBERGO	76	42	18	7
	MAGGIORE	72	82	14	8
PPI	GRADO	2	4	5	3
	LIGNANO	38	28	11	7
	GEMONA	34	23	11	6
	CIVIDALE	61	37	10	4
	MANIAGO	12	13	9	8
	SACILE	28	21	14	5
TOTALE FVG		75	71	22	5

TAB. 7. TEMPI DI ATTESA IN PRONTO SOCCORSO PER TRIAGE DI INGRESSO CON CODICE VERDE

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

Azienda	Gennaio - Dicembre 2016			Gennaio - Dicembre 2017		
	accessi codice verde visitati entro 1 ora	totale accessi codice verde	%	accessi codice verde visitati entro 1 ora	totale accessi codice verde	%
CATTINARA	9.037	23.472	38,50	8.050	24.642	32,67
UDINE	17.222	30.335	56,77	16.378	30.039	54,52
PEDIATRICO UD	10.583	13.667	77,43	9.855	12.787	77,07
HUB <i>Totale PO di Udine</i>	27.805	44.002	63,19	26.233	42.826	61,25
PORDENONE	7.756	24.448	31,72	7.775	24.958	31,15
BURLO GAROFOLO	10.733	13.883	77,31	11.370	15.297	74,33
TOTALE HUB	55.331	105.805	52,30	53.428	107.723	49,60
GORIZIA	5.714	10.478	54,53	6.522	10.860	60,06
MONFALCONE	8.060	17.485	46,10	10.686	19.317	55,32
<i>Totale PO GO-MO</i>	13.774	27.963	49,26	17.208	30.177	57,02
LATISANA	9.539	11.720	81,39	8.891	11.651	76,31
PALMANOVA	10.108	13.392	75,48	10.390	14.448	71,91
<i>Totale PO LA-PA</i>	19.647	25.112	78,24	19.281	26.099	73,88
SPOKE SAN DANIELE	7.486	9.375	79,85	7.011	10.360	67,67
TOLMEZZO	7.855	9.456	83,07	8.010	10.629	75,36
<i>Totale PO SD-TO</i>	15.341	18.831	81,47	15.021	20.989	71,57
PEDIATRICO PN	6.938	11.402	60,85	7.977	12.796	62,34
SAN VITO	8.273	11.431	72,37	8.261	12.169	67,89
SPIILIMBERGO	3.595	4.535	79,27	3.615	4.782	75,60
<i>Totale PO SV-SP</i>	11.868	15.966	74,33	11.876	16.951	70,06
TOTALE SPOKE	67.568	99.274	68,06	71.363	107.012	66,69
MAGGIORE	5.035	8.881	56,69	4.277	8.748	48,89
GRADO	1.185	1.189	99,66	1.329	1.331	99,85
LIGNANO	1.280	1.423	89,95	1.210	1.388	87,18
GEMONA	3.580	3.937	90,93	3.464	3.778	91,69
CIVIDALE	4.325	5.113	84,59	4.348	5.440	79,93
MANIAGO	857	868	98,73	812	844	96,21
SACILE	2.497	2.603	95,93	2.548	2.752	92,59
TOTALE PPI	18.759	24.014	78,12	17.988	24.281	74,08
TOTALE FVG	141.658	229.093	61,83	142.779	239.016	59,74

TAB.8. PAZIENTI CON CODICE VERDE NON INVIATI AL RICOVERO CON TEMPI DI PERMANENZA <= 4 ORE

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

Azienda	Gennaio - Dicembre 2016			Gennaio - Dicembre 2017			
	Accessi codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 4 ore*	Accessi codice verde non inviati al ricovero*	%	Accessi codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 4 ore*	Accessi codice verde non inviati al ricovero *	%	
HUB	CATTINARA	6.080	15.735	38,64	6.666	16.656	40,02
	UDINE	13.013	19.022	68,41	12.096	18.681	64,75
	PEDIATRICO UD	11.605	12.489	92,92	10.719	11.752	91,21
	<i>Totale PO di Udine</i>	24.618	31.511	78,13	22.815	30.433	74,97
	PORDENONE	15.296	20.446	74,81	14.850	20.392	72,82
	BURLO GAROFOLO	12.889	13.372	96,39	14.186	14.785	95,95
	TOTALE HUB	58.883	81.064	72,64	58.517	82.266	71,13
SPOKE	GORIZIA	5.345	8.219	65,03	6.159	8.571	71,86
	MONFALCONE	9.489	15.019	63,18	11.505	16.098	71,47
	<i>Totale PO GO-MO</i>	14.834	23.238	63,84	17.664	24.669	71,60
	LATISANA	9.123	10.088	90,43	8.890	10.137	87,70
	PALMANOVA	8.896	10.276	86,57	9.373	11.214	83,58
	<i>Totale PO LA-PA</i>	18.019	20.364	88,48	18.263	21.351	85,54
	SAN DANIELE	5.970	7.011	85,15	6.855	7.931	86,43
	TOLMEZZO	5.983	6.880	86,96	6.334	7.766	81,56
	<i>Totale PO SD-TO</i>	11.953	13.891	86,05	13.189	15.697	84,02
	PEDIATRICO PN	10.081	10.815	93,21	11.363	12.141	93,59
	SAN VITO	7.525	9.612	78,29	7.603	10.150	74,91
	SPILIMBERGO	2.372	3.315	71,55	2.472	3.557	69,50
	<i>Totale PO SV-SP</i>	9.897	12.927	76,56	10.075	13.707	73,50
TOTALE SPOKE	64.784	81.235	79,75	70.554	87.565	80,57	
PPI	MAGGIORE	5.236	8.037	65,15	4.764	7.833	60,82
	GRADO	1.187	1.189	99,83	1.328	1.331	99,77
	LIGNANO	1.237	1.337	92,52	1.216	1.305	93,18
	GEMONA	3.489	3.702	94,25	3.519	3.723	94,52
	CIVIDALE	3.446	3.971	86,78	3.557	4.353	81,71
	MANIAGO	685	778	88,05	684	769	88,95
	SACILE	2.073	2.262	91,64	2.185	2.430	89,92
	TOTALE PPI	17.353	21.276	81,56	17.253	21.744	79,35
TOTALE FVG	141.020	183.575	76,82	146.324	191.575	76,38	

*NOTA: Sono esclusi i pazienti in Osservazione Breve (OBI)

TAB.9. INTERVALLO ALLARME – TARGET DEI MEZZI DI SOCCORSO

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

Centrale operativa 118	
GORIZIA	15' 26"
TRIESTE	14' 51"
PORDENONE	18' 33"
UDINE	19' 14"
TUTTA LA REGIONE	17' 32"

2.1.3. RICOVERI

TAB. 10. DIMISSIONI PER RESIDENZA DA STRUTTURE SANITARIE DEL FVG

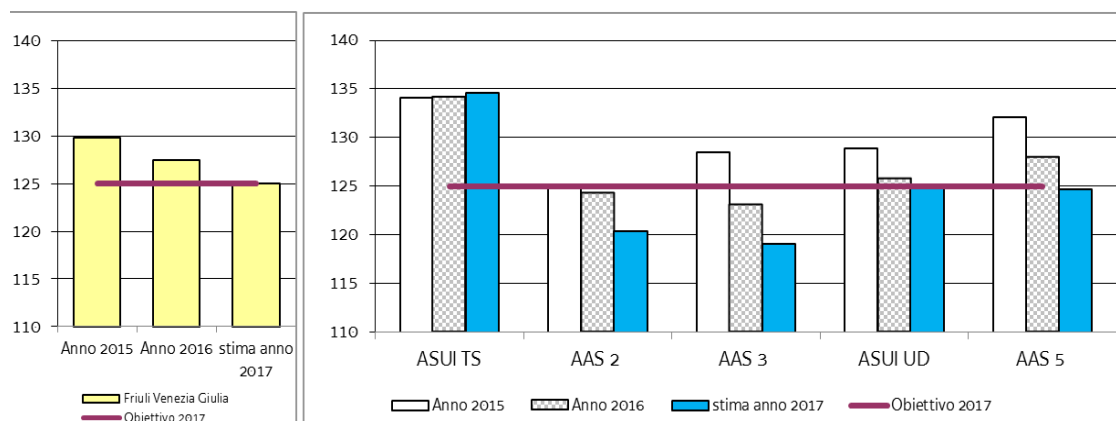
Azienda	Gen - Dic 2016	Gen - Dic 2017	Diff %
ASUI TRIESTE	36.040	35.891	-0,4%
AAS 2	33.921	33.147	-2,3%
AAS 3	23.110	22.545	-2,4%
ASUI UDINE	33.502	33.451	-0,2%
AAS 5	39.847	38.977	-2,2%
Totale FVG	166.420	164.011	-1,4%
Residenti EXTRA REGIONE	21.219	20.102	-5,3%
Totale EROGATO FVG	187.639	184.113	-1,9%

TAB. 11. DIMISSIONI DA STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE FVG PER AZIENDA DI DIMISSIONE

Azienda	Gen - Dic 2016	Gen - Dic 2017	Diff %
ASUI TRIESTE	27.239	27.010	-0,8%
AAS 2	28.597	27.237	-4,8%
AAS 3	18.832	18.010	-4,4%
ASUI UDINE	41.488	41.699	0,5%
AAS 5	35.237	34.102	-3,2%
BURLO GAROFOLO	10.465	10.494	0,3%
CRO	6.922	6.372	-7,9%
CDC - CITTA' DI UDINE	3.759	3.932	4,6%
CDC - SANATORIO TRIESTINO	2.080	2.202	5,9%
CDC - PINETA DEL CARSO	1.433	1.442	0,6%
CDC - SALUS	2.993	3.026	1,1%
CDC - S. GIORGIO	8.594	8.587	-0,1%
Totale FVG	187.639	184.113	-1,9%

TAB. 12. TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE

Residenza	Anno 2016	Anno 2017	Variazione %	Popolazione 31/12/2016	FUGA 2016	Tasso grezzo	Tasso standardizzato
ASUITS	33.953	33.917	-0,11	234.746	2.064	153,28	134,55
AAS2	31.116	30.255	-2,77	250.589	2.494	130,69	120,38
AAS3	21.155	20.562	-2,80	168.719	1.225	129,13	119,11
ASUIUD	31.666	31.689	0,07	251.831	2.059	134,01	124,81
AAS5	36.700	35.758	-2,57	312.051	4.761	129,85	124,65
Totale regionale	154.590	152.181	-1,56	1.217.936	12.603	135,30	125,06


TAB. 13. DIMISSIONI DA STRUTTURE FVG
DIMISSIONI

Regime ricovero	DIMESSI		
	Gen - Dic 2016	Gen - Dic 2017	Diff %
Ricoveri Ordinari	147.154	145.370	-1,2%
Ricoveri Day Hospital	40.485	38.743	-4,3%
Totale FVG	187.639	184.113	-1,9%

GIORNATE DI DEGENZA/ACCESSI

Regime ricovero	GIORNATE DI DEGENZA		
	Gen - Dic 2016	Gen - Dic 2017	Diff %
Ricoveri Ordinari	1.106.274	1.095.744	-1,0%
Ricoveri Day Hospital	150.692	142.359	-5,5%
Totale FVG	1.256.966	1.238.103	-1,5%

TAB. 14. DIMISSIONI DA STRUTTURE FVG PER AZIENDA
REGIME DI RICOVERO

Azienda	Ricoveri Ordinari			Ricoveri Day Hospital		
	Gen - Dic	Gen - Dic	Diff %	Gen - Dic	Gen - Dic	Diff %
	2016	2017		2016	2017	
ASUI TRIESTE	24.503	24.360	-0,6%	2.736	2.650	-3,1%
AAS 2	23.268	22.724	-2,3%	5.329	4.513	-15,3%
AAS 3	15.277	14.705	-3,7%	3.555	3.305	-7,0%
ASUI UDINE	31.030	31.147	0,4%	10.458	10.552	0,9%
AAS 5	30.274	29.956	-1,1%	4.963	4.146	-16,5%
BURLO GAROFOLO	7.369	7.141	-3,1%	3.096	3.353	8,3%
CRO	4.139	3.947	-4,6%	2.783	2.425	-12,9%
CDC - CITTA' DI UDINE	1.874	1.864	-0,5%	1.885	2.068	9,7%
CDC - SANATORIO TRIESTINO	1.319	1.464	11,0%	761	738	-3,0%
CDC - PINETA DEL CARSO	1.433	1.442	0,6%			
CDC - SALUS	1.949	1.853	-4,9%	1.044	1.173	12,4%
CDC - S. GIORGIO	4.719	4.767	1,0%	3.875	3.820	-1,4%
Totale FVG	147.154	145.370	-1,2%	40.485	38.743	-4,3%

GIORNATE DI DEGENZA/ACCESSI

Azienda	Ricoveri Ordinari giornate di degenza			Ricoveri Day Hospital accessi		
	Gen - Dic	Gen - Dic	Diff %	Gen - Dic	Gen - Dic	Diff %
	2016	2017		2016	2017	
ASUI TRIESTE	212.777	213.615	0,4%	11.927	11.062	-7,3%
AAS 2	175.195	171.686	-2,0%	7.865	6.712	-14,7%
AAS 3	104.602	98.772	-5,6%	4.925	4.255	-13,6%
ASUI UDINE	299.790	299.713	0,0%	77.110	76.535	-0,7%
AAS 5	180.931	179.556	-0,8%	13.480	10.049	-25,5%
BURLO GAROFOLO	30.543	29.980	-1,8%	4.985	5.311	6,5%
CRO	24.040	23.317	-3,0%	21.082	19.071	-9,5%
CDC - CITTA' DI UDINE	9.268	8.534	-7,9%	2.189	2.257	3,1%
CDC - SANATORIO TRIESTINO	6.415	6.720	4,8%	763	740	-3,0%
CDC - PINETA DEL CARSO	30.183	29.697	-1,6%			
CDC - SALUS	7.377	7.572	2,6%	1.092	1.203	10,2%
CDC - S. GIORGIO	25.153	26.582	5,7%	5.274	5.164	-2,1%
Totale FVG	1.106.274	1.095.744	-1,0%	150.692	142.359	-5,5%

TAB. 15. DIMISSIONI DA STRUTTURE FVG PER DRG

Tipo DRG	Gen - Dic 2016	Gen - Dic 2017	Diff %
DRG CHIRURGICO	83.320	81.196	-2,5%
DRG MEDICO	94.742	94.099	-0,7%
DRG NEONATO	8.881	8.295	-6,6%
DRG MALDEFINITO	696	523	-24,9%
Totale FVG	187.639	184.113	-1,9%

DRG MALDEFINITO:DRG 424,468,469,476,477,470

DRG NEONATO:385,386,387,388,389,390,391

TAB. 16. ATTIVITÀ DI RICOVERO PER I PRIMI 10 DRG ANNO 2016

DRG	Descrizione DRG	Gen - Dic 2016	Gen - Dic 2017	Diff %
391	NEONATO NORMALE	6.919	6.403	-7,5%
373	PARTO VAGINALE SENZA DIAGNOSI COMPLICANTI	6.240	5.787	-7,3%
127	INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	4.763	4.904	3,0%
503	INTERVENTI SUL GINOCCHIO SENZA DIAGNOSI PRINCIPALE DI INFEZIONE	4.777	4.559	-4,6%
544	SOSTITUZIONE DI ARTICOLAZIONI MAGGIORI O REIMPIANTO DEGLI ARTI INFERIORI	4.458	4.580	2,7%
410	CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	4.072	3.736	-8,3%
359	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI SENZA CC	3.560	3.482	-2,2%
87	EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	3.156	3.264	3,4%
162	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETÀ > 17 ANNI SENZA CC	2.890	2.861	-1,0%
89	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETÀ > 17 ANNI CON CC	2.598	2.715	4,5%
Totale FVG (primi 10 dgr)		43.433	42.291	-2,6%

DRG MEDICI

DRG	Descrizione DRG	Gen - Dic 2016	Gen - Dic 2017	Diff %
391	NEONATO NORMALE	6.919	6.403	-7,5%
373	PARTO VAGINALE SENZA DIAGNOSI COMPLICANTI	6.240	5.787	-7,3%
127	INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	4.763	4.904	3,0%
410	CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	4.072	3.736	-8,3%
87	EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	3.156	3.264	3,4%
89	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETÀ > 17 ANNI CON CC	2.598	2.715	4,5%
14	EMORRAGIA INTRACRANICA O INFARTO CEREBRALE	2.342	2.406	2,7%
576	SETTICEMIA SENZA VENTILAZIONE MECCANICA = 96 ORE, ETÀ > 17 ANNI	1.772	2.055	16,0%
467	ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE	1.454	1.698	16,8%
316	INSUFFICIENZA RENALE	1.445	1.217	-15,8%
Totale FVG (primi 10 dgr)		34.761	34.185	-1,7%

DRG CHIRURGICI

DRG	Descrizione DRG	Gen - Dic 2016	Gen - Dic 2017	Diff %
503	INTERVENTI SUL GINOCCHIO SENZA DIAGNOSI PRINCIPALE DI INFEZIONE	4.777	4.559	-4,6%
544	SOSTITUZIONE DI ARTICOLAZIONI MAGGIORI O REIMPIANTO DEGLI ARTI INFERIORI	4.458	4.580	2,7%
359	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI SENZA CC	3.560	3.482	-2,2%
162	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETÀ > 17 ANNI SENZA CC	2.890	2.861	-1,0%
381	ABORTO CON DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, MEDIANTE ASPIRAZIONE O ISTEROTOMIA	2.577	2.348	-8,9%
266	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI ECCETTO PER ULCERE DELLA PELLE/CELLULITE SENZA CC	1.922	1.957	1,8%
229	INTERVENTI SU MANO O POLSO ECCETTO INTERVENTI MAGGIORI SULLE ARTICOLAZIONI, SENZA CC	1.988	1.701	-14,4%
119	LEGATURA E STRIPPING DI VENE	1.810	1.666	-8,0%
225	INTERVENTI SUL PIEDE	1.709	1.655	-3,2%
371	PARTO CESAREO SENZA CC	1.722	1.524	-11,5%
Totale FVG (primi 10 dgr)		27.413	26.333	-3,9%

TAB. 17. INDICATORI DI ATTIVITÀ OSPEDALIERA
RICOVERI ORDINARI

Azienda		Ricoveri Ordinari gennaio-dicembre 2017					
		% OCCUPAZ. MEDIA	DEGENZA MEDIA	INDICE DI ROTAZIONE	INDICE DI TURN-OVER	POSTI LETTO (media)	PRESENZA MEDIA GG.
STRUTTURE PUBBLICHE	ASUITS	87,6	8,7	36,1	1,3	675,4	591,5
	AAS 2	74,2	7,4	35,8	2,6	634,5	471,0
	AAS 3	83,3	6,6	45,1	1,4	327,0	272,2
	ASUIUD	84,0	9,6	31,3	1,9	993,0	834,0
	AAS 5	76,9	5,9	46,6	1,8	643,1	494,3
	BURLO GAROFOLO	74,2	4,2	64,3	1,5	111,0	82,4
	CRO	65,2	5,9	40,2	3,2	98,0	63,9
STRUTTURE PRIVATE	CDC - CITTA' DI UDINE	29,6	4,6	23,6	10,9	79,0	23,4
	CDC - PINETA DEL CARSO	76,2	20,1	13,3	6,5	108,0	82,2
	CDC - S. GIORGIO	53,1	5,5	34,8	4,9	137,0	72,7
	CDC - SALUS	35,8	4,1	32,1	7,3	58,0	20,8
	CDC - SANATORIO TRIESTINO	24,3	5,2	16,8	16,4	87,0	21,2
Totale FVG		76,7	7,5	36,8	2,3	3.951,0	3.029,6

RICOVERI DAY HOSPITAL

Azienda		Ricoveri Day Hospital gennaio-dicembre 2017					
		% OCCUPAZ. MEDIA	DEGENZA MEDIA	INDICE DI ROTAZIONE	INDICE DI TURN-OVER	POSTI LETTO (media)	PRESENZA MEDIA GG.
STRUTTURE PUBBLICHE	ASUITS	45,5	4,2	34,0	5,0	78,0	35,5
	AAS 2	37,7	1,5	79,2	2,5	57,0	21,5
	AAS 3	45,7	1,3	110,4	1,5	30,0	13,7
	ASUIUD	207,5	7,2	89,5 -	3,8	118,3	245,5
	AAS 5	62,7	2,4	80,8	1,4	51,4	32,2
	BURLO GAROFOLO	68,4	1,6	134,3	0,7	25,0	17,1
	CRO	191,0	7,9	75,8 -	3,8	32,0	61,1
STRUTTURE PRIVATE	CDC - CITTA' DI UDINE	36	1,1	103	1,9	20	7,2
	CDC - S. GIORGIO	50,16	1,35	116	1,3	33	16,6
	CDC - SALUS	24	1,0	73	3,2	16	3,9
	CDC - SANATORIO TRIESTINO	119	1,0	369 -	0,2	2	2,4
Totale FVG		97,5	3,7	82,78	0,10	468,68	456,71

TAB. 18. RICOVERI DIURNO DI TIPO DIAGNOSTICO

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

ADULTI

Azienda	Gennaio - Dicembre 2016			Gennaio - Dicembre 2017		
	DH medico	DH medico diagnostico	%	DH medico	DH medico diagnostico	%
ASUITS	1495	440	29,43	1.492	536	35,92
GORIZIA	403	72	17,87	349	49	14,04
MONFALCONE	284	79	27,82	264	40	15,15
LATISANA	142	27	19,01	109	5	4,59
PALMANOVA	72	1		72		
AAS 2	901	179	19,87	794	94	11,84
GEMONA	134	14	10,45	117	1	0,85
SAN DANIELE	375	64	17,07	311	37	11,90
TOLMEZZO	143	41	28,67	170	34	20,00
AAS 3	652	119	18,25	598	72	12,04
GERVASUTTA	21			25		
CIVIDALE	49			39	1	
UDINE	4.245	1.887	44,45	4.250	1.568	36,89
ASUIUD	4.315	1.887	43,73	4.314	1.569	36,37
PORDENONE	789	215	27,25	693	173	24,96
SACILE	5					
SPIILIMBERGO	49	17	34,69	37		
S.VITO	194	8	4,12	260	13	5,00
AAS 5	1037	240	23,14	990	186	18,79
BURLO	438	226	51,60	463	222	47,95
CRO	130	4	3,08	206	2	0,97
CITTA' DI UDINE	52	14	26,92	62	6	9,68
SALUS	86	23	26,74	85	11	12,94
SANATORIO TRIESTINO	15	1	6,67	12		0,00
SAN GIORGIO	426	8	1,88	431	2	0,46
totale FVG	9.547	3.141	32,90	9.447	2.700	28,58

PEDIATRICI

AZIENDA	Gennaio - Dicembre 2016			Gennaio - Dicembre 2017		
	DH medico	DH medico diagnostico	%	DH medico	DH medico diagnostico	%
ASUITS	5	2	40,00			
GORIZIA						
MONFALCONE	49	3	6,12	44	1	2,27
LATISANA	1					
PALMANOVA	17	8	47,06	17	11	64,71
AAS 2	67	11	16,42	61	12	19,67
GEMONA	2					
TOLMEZZO	26	6	23,08	34	6	17,65
SAN DANIELE	11	10	90,91	12	10	83,33
AAS 3	39	16	41,03	46	16	34,78
GERVASUTTA	47			41		
UDINE	380	233	61,32	405	213	52,59
ASUIUD	427	233	54,57	446	213	47,76
PORDENONE	134	95	70,90	128	91	71,09
SPIILIMBERGO	1					
S.VITO	80	36	45,00	51	27	52,94
AAS 5	215	131	60,93	179	118	65,92
BURLO	1322	647	48,94	1502	850	56,59
CRO	4			2		
totale FVG	2.079	1.040	50,02	2.236	1.209	54,07

TAB. 19. RICOVERI CON DRG CHIRURGICO IN REGIME ORDINARIO SUL TOTALE DEI RICOVERI ORDINARI
(OBIETTIVO REGIONALE: >=38%)

Azienda	Gennaio - Dicembre 2016			Gennaio - Dicembre 2017		
	Ricoveri DRG Chirurgico	Ricoveri Ordinari	%	Ricoveri DRG Chirurgico	Ricoveri Ordinari	%
ASUITS	8.348	23.777	35,1%	8.340	23.437	35,6%
GORIZIA	2.284	5.305	43,1%	2.080	5.068	41,0%
MONFALCONE	2.558	5.768	44,3%	2.525	5.702	44,3%
LATISANA	2.046	4.232	48,3%	1.844	3.965	46,5%
PALMANOVA	1.919	5.772	33,2%	1.638	5.625	29,1%
AAS 2	8.807	21.077	41,8%	8.087	20.360	39,7%
GEMONA	6	436				
SAN DANIELE	2.569	6.575	39,1%	2.444	6.857	35,6%
TOLMEZZO	3.251	6.858	47,4%	3.195	6.657	48,0%
AAS 3	5.826	13.869	42,0%	5.639	13.514	41,7%
ASUIUD	11.993	28.709	41,8%	12.321	29.051	42,4%
PORDENONE	8.242	19.206	42,9%	8.157	19.494	41,8%
SACILE	2	94				
SAN VITO	2.343	5.301	44,2%	1.594	3.116	51,2%
SPILIMBERGO	1.602	3.186	50,3%	2.203	5.082	43,3%
AAS 5	12.189	27.787	43,9%	11.954	27.692	43,2%
BURLO	2.119	6.237	34,0%	2.307	6.383	36,1%
CRO	1.664	4.139	40,2%	1.613	3.947	40,9%
CITTA' DI UDINE	1.457	1.874	77,7%	1.436	1.864	77,0%
PINETA DEL CARSO		81	0,0%		97	0,0%
SALUS	1.641	1.949	84,2%	1.564	1.853	84,4%
SANATORIO TRIESTINO	1.172	1.319	88,9%	1.287	1.464	87,9%
S. GIORGIO	2.660	4.083	65,1%	2.628	4.038	65,1%
Totale FVG	57.876	134.901	42,9%	57.176	133.700	42,8%

TAB. 20. RICOVERI CON DRG INAPPROPRIATI

(OBIETTIVO REGIONALE: <0,32)

Ospedale	Gennaio - Dicembre 2016			Gennaio - Dicembre 2017		
	DRG Inappropriati	DRG appropriati	Rapporto	DRG Inappropriati	DRG appropriati	Rapporto
ASUITS	4.669	19.834	0,24	4.957	19.403	0,26
GORIZIA	1.004	4.301	0,23	944	4.124	0,23
MONFALCONE	1.356	5.308	0,26	1.381	5.547	0,25
LATISANA	969	3.677	0,26	984	3.294	0,30
PALMANOVA	1.015	5.638	0,18	990	5.460	0,18
AAS 2	4.344	18.924	0,23	4.299	18.425	0,23
GEMONA	113	356	0,32			
TOLMEZZO	1.455	5.823	0,25	1.292	5.708	0,23
SAN DANIELE	1.138	6.392	0,18	1.202	6.503	0,18
AAS 3	2.706	12.571	0,22	2.494	12.211	0,20
UDINE	5.911	24.681	0,24	6.062	24.673	0,25
GERVASUTTA	70	368	0,19	52	362	0,14
ASUIUD	5.981	25.049	0,24	6.114	25.035	0,24
PORDENONE	4.395	16.162	0,27	4.429	16.416	0,27
SACILE	29	203	0,14			
SPIILIMBERGO	1.193	2.067	0,58	1.176	2.001	0,59
S.VITO	1.234	4.991	0,25	1.289	4.645	0,28
AAS 5	6.851	23.423	0,29	6.894	23.062	0,30
BURLO	1.683	5.686	0,30	1.585	5.556	0,29
CRO	1.755	2.384	0,74	1.750	2.197	0,80
CITTA' DI UDINE	502	1.372	0,37	521	1.343	0,39
PINETA DEL CARSO	882	551	1,60	933	509	1,83
SALUS	678	1.271	0,53	618	1.235	0,50
SANATORIO TRIESTINO	650	669	0,97	775	689	1,12
S. GIORGIO	502	4.217	0,12	606	4.161	0,15
totale FVG	31.203	115.951	0,27	31.546	113.826	0,28

TAB. 21. RICOVERI MEDICI OLTRE SOGLIA PER PAZIENTI >= 65 ANNI

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

Ospedale	Gennaio - Dicembre 2016			Gennaio - Dicembre 2017		
	Ricoveri ordinari	Ricoveri Oltresoglia	%	Ricoveri ordinari	Ricoveri Oltresoglia	%
ASUITS	11.811	564	4,78%	11.638	619	5,32%
GORIZIA	2.337	195	8,34%	2.407	183	7,60%
MONFALCONE	1.865	156	8,36%	1.740	70	4,02%
LATISANA	1.542	18	1,17%	1.605	28	1,74%
PALMANOVA	2.281	94	4,12%	2.505	102	4,07%
AAS2	8.025	463	5,77%	8.257	383	4,64%
GEMONA	350	38	10,86%			
TOLMEZZO	2.243	119	5,31%	2.226	73	3,28%
SAN DANIELE	2.454	128	5,22%	2.786	152	5,46%
AAS3	5.047	285	5,65%	5.012	225	4,49%
ASUIUD (UDINE)	9.458	520	5,50%	9.457	579	6,12%
PORDENONE	6.981	138	1,98%	7.353	191	2,60%
SACILE	85	16	18,82%			
SPILIMBERGO	1.344	21	1,56%	1.294	23	1,78%
SAN VITO	1.273	41	3,22%	1.346	56	4,16%
AAS 5	9.683	216	2,23%	9.993	270	2,70%
BURLO	14	2	14,29%	15	1	6,67%
CRO	933	35	3,75%	914	25	2,73%
CITTA' DI UDINE	337	9	2,67%	342	6	1,75%
PINETA DEL CARSO	77	8	10,39%	92	4	4,35%
SALUS	268	35	13,06%	237	28	11,81%
SANATORIO TRIESTINO	132	30	22,73%	152	37	24,34%
S. GIORGIO	549	48	8,74%	569	66	11,60%
Totale FVG	46.334	2.215	4,78%	46.678	2.243	4,81%

TAB. 22. INTERVENTI CHIRURGICI PER FRATTURA DI FEMORE ENTRO 48 H DAL RICOVERO

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

	2016			2017		
	fratture femore operate entro 2 gg	fratture femore	%	fratture femore operate entro 2 gg	fratture femore	%
ASUITS	386	494	78,1%	383	513	74,7%
GORIZIA	72	118	61,0%	85	126	67,5%
LATISANA	64	116	55,2%	54	64	84,4%
MONFALCONE	49	65	75,4%	52	92	56,5%
PALMANOVA	67	103	65,0%	76	119	63,9%
AAS2	252	402	62,7%	267	401	66,6%
SAN DANIELE	97	113	85,8%	92	111	82,9%
TOLMEZZO	68	86	79,1%	91	115	79,1%
AAS3	165	199	82,9%	183	226	81,0%
ASUIUD	204	324	63,0%	201	313	64,2%
PORDENONE	138	169	81,7%	140	182	76,9%
SACILE	-	1	0,0%	-	-	
SAN VITO	42	55	76,4%	34	54	63,0%
SPIILIMBERGO	22	37	59,5%	36	59	61,0%
AAS5	202	262	77,1%	210	295	71,2%
CITTA' DI UDINE	1	1	100,0%	-	1	0,0%
PINETA DEL CARSO	-	2	0,0%	-	-	
SALUS	-	1	0,0%	-	-	
SAN GIORGIO	-	1	0,0%	-	1	0,0%
Totale FVG	1.210	1.686	71,8%	1.244	1.750	71,1%

TAB. 23. TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER BPCO

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

Azienda	INDICATORE 2016	INDICATORE 2017
ASUITS	55,10	107,31
AAS2	42,04	59,04
AAS3	65,02	84,54
ASUIUD	54,85	56,61
AAS5	51,02	39,53
totale FVG	52,79	66,99

TAB. 24. TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER SCOMPENSO CARDIACO

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

Azienda	INDICATORE 2016	INDICATORE 2017
ASUITS	230,18	240,23
AAS2	268,58	276,67
AAS3	201,73	188,96
ASUIUD	199,57	180,23
AAS5	191,09	188,76
totale FVG	218,20	215,39

TAB. 25. TASSO DI AMPUTAZIONI MAGGIORI PER DIABETE

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

Azienda	INDICATORE 2016	INDICATORE 2017
ASUITS	36,83	36,91
AAS2	27,81	30,56
AAS3	13,74	25,63
ASUIUD	34,33	26,46
AAS5	33,02	29,89
totale FVG	30,27	30,08

2.1.4 SPECIALISTICA AMBULATORIALE

TAB. 26. PRESTAZIONI AMBULATORIALI EROGATE DA STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE DEL FVG

	Gennaio - Dicembre 2016	Gennaio - Dicembre 2017	%
Prestazioni ambulatoriali erogate per residenti	4.319.354	4.226.381	-2,2%
Prestazioni ambulatoriali erogate per non residenti	258.633	253.941	-1,8%
Totale FVG	4.577.987	4.480.322	-2,1%

Al netto delle prestazioni di laboratorio

TAB. 27. PRESTAZIONI AMBULATORIALI EROGATE A RESIDENTI DA STRUTTURE DEL FVG

Azienda Residenza	Gennaio - Dicembre		%	Fuga 2016
	2016	2017		
ASUITS	1.100.721	1.106.557	0,53%	16.129
AAS2	884.638	903.207	2,1%	26.774
AAS3	540.314	519.073	-3,9%	12.803
ASUIUD	869.184	806.871	-7,2%	20.008
AAS5	924.497	890.673	-3,7%	53.216
Totale FVG	4.319.354	4.226.381	-2,2%	128.930

Compresa Fuga 2016

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

Azienda erogante	Gennaio - Dicembre 2016	Gennaio - Dicembre 2017	%
ASUITS	1.088.763	1.096.166	0,68%
AAS2	805.071	811.449	0,79%
AAS3	421.173	393.823	-6,49%
ASUIUD	1.058.234	1.015.113	-4,07%
AAS5	932.930	874.348	-6,28%
BURLO	105.493	107.735	2,13%
CRO	166.323	181.688	9,24%
Totale FVG	4.577.987	4.480.322	-2,1%

Al netto delle prestazioni di laboratorio

TAB. 29. PRESTAZIONI AMBULATORIALI PER ABITANTE SULLA POPOLAZIONE PESATA

(OBIETTIVO REGIONALE <= 3,5 PRO-CAPITE)

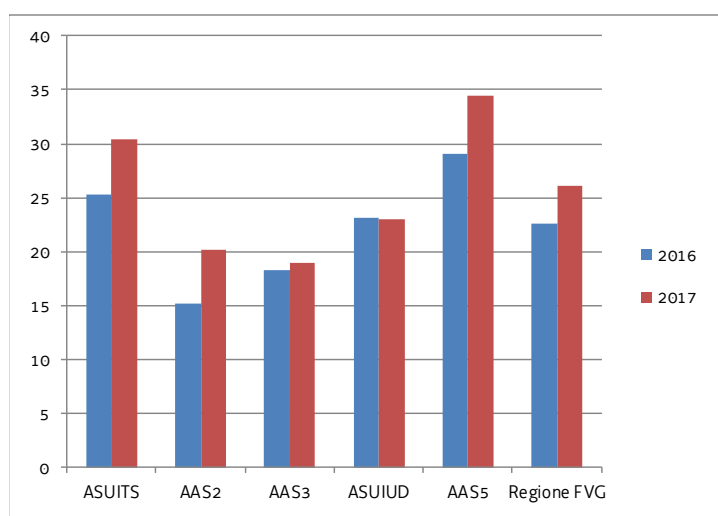
Azienda Residenza	popolazione residente 2016	Prestazioni per abitante		popolazione pesata LG 2017	Prestazioni per abitante per popolazione pesata	
		2016	2017		2016	2017
ASUITS	234.746	4,8	4,8	279.877	3,99	4,01
AAS2	250.589	3,6	3,7	285.289	3,19	3,26
AAS3	168.719	3,3	3,2	191.377	2,89	2,78
ASUIUD	251.831	3,5	3,3	281.329	3,16	2,94
AAS5	312.051	3,1	3,0	333.041	2,94	2,83
Totale FVG	1.217.936	3,7	3,6	1.370.913	3,24	3,18

TAB. 30 PRESTAZIONI AMBULATORIALI EROGATE DA STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE DEL FVG DISTINTE PER AZIENDA EROGANTE

PRESTAZIONI	Gennaio - Dicembre 2016			Gennaio - Dicembre 2017			Variazioni periodo %		
	pubblico	privato	totale prestazioni	pubblico	privato	totale prestazioni	pubblico	privato	totale prestazioni
ALTRE PRESTAZIONI	634.370	15.265	649.635	340.954	11.795	352.749	-46,3%	-22,7%	-45,7%
ANESTESIA	25.672	1.484	27.156	28.024	926	28.950	9,2%	-37,6%	6,6%
CARDIOLOGIA	212.225	17.218	229.443	223.750	18.927	242.677	5,4%	9,9%	5,8%
CHIRURGIA GENERALE	44.621	5.264	49.885	47.550	5.386	52.936	6,6%	2,3%	6,1%
CHIRURGIA PLASTICA	75.282	2.352	77.634	75.108	1.537	76.645	-0,2%	-34,7%	-1,3%
CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	8.602	1.091	9.693	10.322	1.220	11.542	20,0%	11,8%	19,1%
DERMOSIFILOPATIA	108.015	12.969	120.984	120.853	12.567	133.420	11,9%	-3,1%	10,3%
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: MEDI	15.290		15.290	14.603		14.603	-4,5%		-4,5%
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADI	426.896	192.185	619.081	443.185	196.205	639.390	3,8%	2,1%	3,3%
ENDOCRINOLOGIA	56.429	1	56.430	65.580	2	65.582	16,2%	100,0%	16,2%
GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA	67.953	8.343	76.296	72.740	7.391	80.131	7,0%	-11,4%	5,0%
LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE	9.612.246	896.350	10.508.596	9.725.270	849.602	10.574.872	1,2%	-5,2%	0,6%
MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	368.679	304.604	673.283	356.518	314.623	671.141	-3,3%	3,3%	-0,3%
MULTIBRANCA	320.183	189.191	509.374	313.944	192.778	506.722	-1,9%	1,9%	-0,5%
NEFROLOGIA	200.580	9.242	209.822	210.794	8.440	219.234	5,1%	-8,7%	4,5%
NEUROCHIRURGIA	6.621	1.364	7.985	9.849	1.158	11.007	48,8%	-15,1%	37,8%
NEUROLOGIA	57.164	1.825	58.989	63.776	1.874	65.650	11,6%	2,7%	11,3%
OCULISTICA	242.675	38.367	281.042	268.858	39.503	308.361	10,8%	3,0%	9,7%
ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIRURGIA	85.697	2.635	88.332	87.150	3.715	90.865	1,7%	41,0%	2,9%
ONCOLOGIA	120.763	65	120.828	155.501	176	155.677	28,8%	170,8%	28,8%
TRAUMATOLOGIA	130.781	13.764	144.545	139.000	14.875	153.875	6,3%	8,1%	6,5%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	109.639	9.005	118.644	118.350	8.909	127.259	7,9%	-1,1%	7,3%
OTORINOLARINGOIATRIA	119.407	6.559	125.966	132.539	6.695	139.234	11,0%	2,1%	10,5%
PNEUMOLOGIA	96.312	6.069	102.381	102.059	5.922	107.981	6,0%	-2,4%	5,5%
PSICHIATRIA	15.793	142	15.935	18.561	150	18.711	17,5%	5,6%	17,4%
RADIOTERAPIA	131.015		131.015	139.331		139.331	6,3%		6,3%
UROLOGIA	50.764	7.555	58.319	59.354	7.295	66.649	16,9%	-3,4%	14,3%
Totale FVG	13.343.674	1.742.909	15.086.583	13.343.523	1.711.671	15.055.194	0,0%	-1,8%	-0,2%

TAB. 31. TASSO DI PRESTAZIONI DI RM MUSCOLOSCHЕLETRICHE PER 1000 RESIDENTI (>=65 ANNI)
(OBIETTIVO REGIONALE <= 24 PRO-CAPITE)

Azienda Residenza	Prestazioni in FVG		Fuga	Popolazione Residente ≥ 65 anni	Prestazioni erogate ogni 1000 residenti	
	2016	2017	2016	2016	2016	2017
ASUITS	1.687	2.037	8	67.165	25,24	30,45
AAS2	986	1.314	6	65.450	15,16	20,17
AAS3	807	837	5	44.301	18,33	19,01
ASUIUD	1.470	1.460	7	63.952	23,10	22,94
AAS5	2.107	2.495	3	72.620	29,06	34,40
Totale FVG	7.057	8.143	29	313.488	22,60	26,07



2.1.5 PARTI

TAB. 32. PARTI IN PUNTI NASCITA DELLA REGIONE

		Parti 2016	Parti 2017	% differenza	di cui da madri	
					residenti in FVG	non residenti in FVG
AAS2	MONFALCONE	664	741	12%	714	27
	LATISANA	111	2	-98%	2	0
	PALMANOVA	847	729	-14%	702	27
AAS3	SAN DANIELE	879	905	3%	886	19
	TOLMEZZO	459	388	-15%	376	12
ASUI UD	UDINE	1.612	1.524	-5%	1.462	62
AAS5	PORDENONE	1.001	987	-1%	836	151
	SAN VITO	956	799	-16%	578	221
BURLO	Ospedali Infantile Burlo G.	1.573	1.495	-5%	1.441	54
SAN GIORGIO	Casa di cura S. Giorgio (PN)	716	694	-3%	575	119
	Domicilio/Altro luogo	22	33	50%	31	2
Totale FVG		8.840	8.297	-6%	7.603	694

TAB. 33 NATI IN PUNTI NASCITA DELLA REGIONE

		Nati 2016	Nati 2017	% differenza	di cui da madri	
					residenti in FVG	non residenti in FVG
AAS2	MONFALCONE	670	748	12%	721	27
	LATISANA	111	2	-98%	2	0
	PALMANOVA	853	738	-13%	711	27
AAS3	SAN DANIELE	883	917	4%	898	19
	TOLMEZZO	460	391	-15%	379	12
ASUI UD	UDINE	1.677	1.587	-5%	1.523	64
AAS5	PORDENONE	1.024	1.012	-1%	853	159
	SAN VITO	962	802	-17%	581	221
BURLO	Ospedali Infantile Burlo G.	1.607	1.528	-5%	1.469	59
SAN GIORGIO	Casa di cura S. Giorgio (PN)	719	698	-3%	579	119
	Domicilio/Altro luogo	22	33	50%	31	2
Totale FVG		8.988	8.456	-6%	7.747	709

TAB. 34. PERCENTUALE PARTI CESAREI

(OBIETTIVO REGIONALE: MANTENIMENTO PARTI CESAREI ≤ 20%)

	2016			2017		
	Parti	Cesarei	%	Parti	Cesarei	%
ASUITS	1	-	0,00	-	-	0,00
LATISANA	103	12	11,65	3	-	0,00
MONFALCONE	586	63	10,75	652	66	10,12
PALMANOVA	746	95	12,73	664	96	14,46
AAS2	1.435	170	11,85	1.319	162	12,28
SAN DANIELE	803	115	14,32	846	125	14,78
TOLMEZZO	415	56	13,49	348	50	14,37
AAS3	1.218	171	14,04	1.194	175	14,66
ASUIUD	1.471	371	25,22	1.351	334	24,72
PORDENONE	870	197	22,64	845	173	20,47
SAN VITO	857	105	12,25	711	81	11,39
AAS5	1.727	302	17,49	1.556	254	16,32
BURLO	1.420	243	17,11	1.318	223	16,92
SALUS	-	-	0,00	1	-	0,00
SAN GIORGIO	644	116	18,01	638	115	18,03
Totale FVG	7.916	1.373	17,34	7.377	1.263	17,12

TAB. 35. PERCENTUALE PARTI CESAREI DEPURATI (NTSV)

	2016			2017		
	Parti	Cesarei NTSV	%	Parti	Cesarei NTSV	%
LATISANA	52	6	11,54	-	-	0,00
MONFALCONE	263	24	9,13	313	34	10,86
PALMANOVA	389	57	14,65	313	45	14,38
AAS2	704	87	12,36	626	79	12,62
SAN DANIELE	364	54	14,84	399	54	13,53
TOLMEZZO	202	29	14,36	175	29	16,57
AAS3	566	83	14,66	574	83	14,46
ASUIUD	625	145	23,20	620	121	19,52
PORDENONE	416	108	25,96	387	81	20,93
SAN VITO	375	38	10,13	311	30	9,65
AAS5	791	146	18,46	698	111	15,90
BURLO	704	108	15,34	641	98	15,29
SAN GIORGIO	282	53	18,79	301	61	20,27
Domicilio/Altro luogo	5	1	20,00			
Totale FVG	3.672	622	16,94	3.460	553	15,98

TAB. 36. PERCENTUALE PARTI INDOTTI FARMALOGICAMENTE

	2016			2017		
	Parti	parti indotti farmacologicamente	%	Parti	parti indotti farmacologicamente	%
MONFALCONE	538	90	16,73	607	107	17,63
LATISANA	90	20	22,22	2	-	0,00
PALMANOVA	694	127	18,30	582	122	20,96
AAS2	1.322	237	17,93	1.191	229	19,23
SAN DANIELE	722	122	16,90	743	150	20,19
TOLMEZZO	368	73	19,84	308	49	15,91
AAS3	1.090	195	17,89	1.051	199	18,93
ASUIUD	1.078	264	24,49	1.077	220	20,43
PORDENONE	704	154	21,88	721	172	23,86
SAN VITO	767	143	18,64	647	149	23,03
AAS5	1.471	297	20,19	1.368	321	23,46
BURLO	1.228	210	17,10	1.172	187	15,96
SAN GIORGIO	539	93	17,25	535	74	13,83
ALTRO LUOGO	18	-	0,00	33	-	0,00
Totale FVG	6.746	1.296	19,21	6.427	1.230	19,14

TAB. 37. PERCENTUALE PARTI INDOTTI

	2016			2017		
	Parti	parti indotti	%	Parti	parti indotti	%
MONFALCONE	538	93	17,29	607	113	18,62
LATISANA	90	23	25,56	2	-	0,00
PALMANOVA	694	133	19,16	582	122	20,96
AAS2	1.322	249	18,84	1.191	235	19,73
SAN DANIELE	722	127	17,59	743	151	20,32
TOLMEZZO	368	77	20,92	308	52	16,88
AAS3	1.090	204	18,72	1.051	203	19,31
ASUIUD	1.078	320	29,68	1.077	290	26,93
PORDENONE	704	155	22,02	721	173	23,99
SAN VITO	767	147	19,17	647	152	23,49
AAS5	1.471	302	20,53	1.368	325	23,76
BURLO	1.228	278	22,64	1.172	243	20,73
SAN GIORGIO	539	95	17,63	535	74	13,83
ALTRO LUOGO	18	-	0,00	33	-	0,00
Totale FVG	6.746	1.448	21,46	6.427	1.370	21,32

2.2 Assistenza territoriale

2.2.1 ASSISTENZA SANITARIA DI BASE

TAB. 38. ASSISTENZA SANITARIA DI BASE 2017

Azienda	medico	n. medici	assistiti per classi di età ^(a)				totale assistenza sanitaria di base	
			0-13	14-64	65-W	Totale	MMG + PLS	tot. assistiti
ASUITS	MMG	178	2.113	137.280	66.597	205.990	198	227.071
	PLS	20	20.944	137	21.081			
AAS2	MMG	178	2.869	152.205	65.028	220.102	204	244.272
	PLS	26	24.081	89	24.170			
AAS3	MMG	131	2.967	101.503	43.726	148.196	146	162.973
	PLS	15	14.710	67	14.777			
ASUIUD	MMG	184	2.971	156.514	64.085	223.570	209	247.410
	PLS	25	23.809	31	23.840			
AAS5	MMG	203	3.577	194.389	73.098	271.064	238	306.809
	PLS	35	35.575	170	35.745			
Totale FVG	MMG	874	14.497	741.891	312.534	1.068.922	995	1.188.535
	PLS	121	119.119	494	-	119.613		

(a) assistiti al 31.12.2017

TAB. 39. COPERTURA DELL'ASSISTENZA

Azienda	Assistenza sanitaria di base				Pediatri di libera scelta			
	assistiti	residenti	differenza	diff %	assistiti	residenti 0-13 aa	differenza	diff %
ASUITS	227.071	210.350	16.721	7,9%	21.081	24.396	-3.315	-13,6%
AAS2	244.272	222.608	21.664	9,7%	24.170	27.981	-3.811	-13,6%
AAS3	162.973	150.146	12.827	8,5%	14.777	18.573	-3.796	-20,4%
ASUIUD	247.410	223.049	24.361	10,9%	23.840	28.782	-4.942	-17,2%
AAS5	306.809	272.034	34.775	12,8%	35.745	40.017	-4.272	-10,7%
Totale FVG	1.188.535	1.078.187	110.348	10,2%	119.613	139.749	-20.136	-14,4%

2.2.2 RSA

TAB. 40 DIMISSIONI DEI RESIDENTI IN RSA

	posti letto 31/12/2016	posti letto 31/12/2017	2016	2017	Diff %	Presenza media giornaliera	Degenza media	% Occup. media
ASUITS	233	233	3.217	3.126	-2,8%	227,49	26,6	97,63%
ASS 2	155	175	1.626	1.732	6,5%	133,13	28,1	76,08%
ASS 3	164	167	1.927	2.192	13,8%	130,87	21,8	78,36%
ASUI UD	140	140	1.707	1.823	6,8%	123,23	24,7	88,02%
ASS 5	179	179	2.309	2.293	-0,7%	153,54	24,4	85,78%
Totale FVG	871	894	10.786	11.166	3,5%	768,25	25,1	85,93%

TAB. 41. GIORNATE DI DEGENZA DEI RESIDENTI IN RSA

	posti letto 31/12/2016	posti letto 31/12/2017	2016	2017	Diff %
ASUITS	233	233	80.555	83.033	3,1%
ASS 2	155	175	46.799	48.594	3,8%
ASS 3	164	167	39.425	47.766	21,2%
ASUI UD	140	140	44.171	44.978	1,8%
ASS 5	179	179	53.300	56.042	5,1%
Totale FVG	871	894	264.250	280.413	6,1%

2.2.3 ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

TAB. 42. ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

UTENTI

	Utenti			Utenti con Piano Assistenziale		
	2016	2017	%	2016	2017	%
ASUITS	9.160	9.215	0,6%	5.163	5.245	1,6%
AAS2	8.064	8.296	2,9%	4.570	4.565	-0,1%
AAS3	5.854	5.978	2,1%	3.378	3.419	1,2%
ASUIUD	7.572	7.784	2,8%	3.176	3.666	15,4%
AAS5	9.435	9.442	0,1%	3.835	3.802	-0,9%
Totale FVG	40.085	40.715	1,6%	20.122	20.697	2,9%

ACCESSI

	Accessi			Accessi con Piano Assistenziale		
	2016	2017	%	2016	2017	%
ASUITS	138.992	140.614	1,2%	119.215	120.088	0,7%
AAS2	108.539	112.391	3,5%	95.209	98.250	3,2%
AAS3	101.169	98.942	-2,2%	92.706	90.243	-2,7%
ASUIUD	131.142	141.717	8,1%	99.961	117.295	17,3%
AAS5	135.131	136.213	0,8%	99.484	98.316	-1,2%
Totale FVG	614.973	629.877	2,4%	506.575	524.192	3,5%

TAB. 43. UTENTI OVER 65 CON PIANO ASSISTENZIALE

AZIENDA

	Assistiti Over 65 anno 2016	indicatore 2016	Stima Assistiti Over 65 2017	Indicatore 2017	Residenti Over 65 31/12/2016
ASUITS	1.491	2,22	1.556	2,32	67.165
AAS2	2.129	3,25	2.092	3,20	65.450
AAS3	1.308	2,95	1.193	2,69	44.301
ASUIUD	1.459	2,28	1.751	2,74	63.952
AAS5	1.838	2,53	2.459	3,39	72.620
Totale FVG	8.225	2,62	9.051	2,89	313.488

DISTRETTO

	Residenti Over 65 31/12/2016	Assistiti Over 65 2016	Assistiti Over 65 2017	indicatore 2016	indicatore 2017
VIA STOCK	17.370	352	405	2,05	2,33
VIA PIETA'	14.829	376	440	2,52	2,97
VALMAURA	18.881	429	376	2,30	1,99
SAN GIOVANNI	15.922	334	335	2,10	2,10
DISALLINEAM. TS	163				0,00
ASUITS	67.165	1.491	1.556	2,23	2,32
ALTO ISONTINO	18.727	444	421	2,36	2,25
BASSO ISONTINO	18.436	412	497	2,24	2,70
CERVIGNANO	14.096	614	553	4,41	3,92
LATISANA	14.191	659	621	4,67	4,38
AAS 2	65.450	2.129	2.092	3,26	3,20
GEMONA	8.735	324	305	3,74	3,49
TOLMEZZO	10.265	351	337	3,44	3,28
SAN DANIELE	12.505	366	358	2,97	2,86
CODROIPO	12.796	267	193	2,09	1,51
AAS 3	44.301	1.308	1.193	2,98	2,69
TARCENTO	10.978	295	321	2,71	2,92
CIVIDALE	12.824	410	499	3,23	3,89
UDINE	40.150	754	931	1,89	2,32
ASUIUD	63.952	1.459	1.751	2,30	2,74
SAN VITO (EST)	9.226	251	316	2,76	3,43
MANIAGO (NORD)	13.308	488	620	3,71	4,66
SACILE (OVEST)	14.171	359	510	2,57	3,60
AZZANO X (SUD)	12.667	356	415	2,86	3,28
PORDENONE	23.248	384	598	1,68	2,57
AAS 5	72.620	1.838	2.459	2,57	3,39
Totale FVG	313.488	8.225	9.051	2,65	2,89

2.2.4 Hospice

TAB. 44. DIMISSIONI DA HOSPICE

	posti letto 31/12/2016	posti letto 31/12/2017	2016	2017	Diff %
ASUITS	19	19	349	357	2,3%
AAS 2	21	21	288	306	6,3%
AAS 3	3	0	44	6	-86,4%
ASUI UD	12	12	223	276	23,8%
AAS 5	10	10	313	288	-8,0%
Totale FVG	65	62	1.217	1.233	1,3%

TAB. 45. GIORNATE DI DEGENZA IN HOSPICE

	posti letto 31/12/2016	posti letto 31/12/2017	2016	2017	Diff %
ASUITS	19	19	5.607	5.383	-4,0%
AAS 2	21	21	5.801	5.482	-5,5%
AAS 3	3	0	645	65	-89,9%
ASUI UD	12	12	3.363	3.724	10,7%
AAS 5	10	10	2.765	2.551	-7,7%
Totale FVG	65	62	18.181	17.205	-5,4%

2.2.5 Salute Mentale

TAB. 46. UTENTI IN CARICO NEI CENTRI DI SALUTE MENTALE

(OBIETTIVO REGIONALE: >= 10 PER 1.000 ABITANTI)

	Popolazione >=18 anni	Utenti DSM	Prevalenza DSM
ASUITS	203.033	4.126	20,3
AAS2	213.906	4.003	18,7
AAS3	144.386	3.252	22,5
ASUIUD	214.492	3.739	17,4
AAS5	260.643	4.508	17,3
totale FVG	1.036.460	19.628	18,9

3. LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

La gestione delle risorse umane per l'anno 2017 è proseguita nell'ambito del consolidamento del percorso avviato dalla riforma del Servizio Sanitario Regionale. Nel corso del 2016 ha, infatti, trovato completamento il nuovo assetto istituzionale poiché oltre alle 5 aziende sanitarie territoriali e all'Ente per la gestione integrata dei servizi condivisi operanti dal 1.01.2015, si è, altresì, realizzata l'incorporazione delle Aziende ospedaliere universitarie di Trieste e Udine rispettivamente nelle aziende per l'assistenza sanitaria n. 1 e n. 4 che hanno assunto il nome di "Azienda sanitaria universitaria integrata di Trieste" e di "Azienda sanitaria universitaria integrata di Udine".

Coerentemente al documento recante i Principi e criteri per l'adozione dell'atto aziendale, le aziende ed enti del SSR hanno adottato i propri atti aziendali ed hanno iniziato a darne applicazione; le aziende sanitarie integrate hanno, invece, presentato la proposta di atto aziendale nel corso 2017.

In tale contesto, le regole per la programmazione delle risorse umane nell'anno 2017 dettate dal documento Linee per la gestione del servizio sanitario regionale approvato con DGR n. 2550/2016 sono proseguite sulla scorta di quanto stabilito nel 2016, con la finalità di portare a compimento i fondamentali provvedimenti di programmazione regionale nel rispetto dei vincoli economici stabiliti. La manovra del personale doveva, quindi, definirsi alla luce delle progettualità, delle scelte strategiche regionali nonché dei fondamentali provvedimenti di programmazione.

Nel 2017 si sono conservate misure complessive di contenimento dei costi coerentemente alle vigenti normative nazionali orientate ad operare la revisione e la riduzione dei programmi di spesa e ridimensionare gli assetti organizzativi.

Nel 2017 è stato ribadito il limite di costo per l'assunzione di personale: il costo del personale dipendente non poteva superare il valore a consuntivo dell'esercizio 2012 abbattuto dell'1%, limitatamente alle competenze fisse non ricadenti nei fondi contrattuali di ciascun ruolo, con l'eccezione per l'EGAS che poteva prevedere risorse umane in sviluppo in base all'implementazione delle funzioni via via affidate da dedursi in pari misura dalle altre aziende.

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

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

- 1) assunzioni di personale in deroga al rispetto dell'abbattimento dell'1% del costo del personale 2012 (voci fisse) per l'attuazione delle seguenti specifiche progettualità regionali:
 - a. sviluppo dell'assistenza primaria;
 - b. piano dell'odontoiatria sociale;
 - c. liste di attesa;
 - d. disturbi comportamentali, autismo (nelle loro varie forme) se trattasi di assunzioni da realizzarsi nel 2017.

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

- sostenibilità economica della singola assunzione con l'equilibrio economico dell'esercizio 2017 e garanzia dell'assorbimento dei costi sul 2018 (cosiddetto effetto trascinamento);
 - realizzazione della singola assunzione in coerenza con le progettualità regionali;
- 2) assunzioni di personale nel rispetto dell'abbattimento dell'1% del costo del personale 2012 (voci fisse);

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

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

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

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

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

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

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

Nell'ambito degli obiettivi di carattere generale appena descritti, le successive indicazioni metodologiche trasmesse con nota prot. n. 20996 del 27.12.2016 hanno poi specificato i criteri sui

quali le aziende e gli enti del SSR dovevano programmare il piano assunzioni 2017. Sono state, in particolare, stabilite le seguenti regole:

-le competenze fisse del personale non ricadenti sui fondi contrattuali da prendere in considerazione per l'abbattimento dell'1% sono state individuate nelle corrispondenti voci del nuovo piano dei conti approvato con decreto DC n. 853/DICE del 10.09.2014 e riepilogate in apposita tabella;

-a distanza di due anni dalle modifiche apportate all'articolo 9 L. n. 122/2010, dalla Legge n. 190/2014 (legge di stabilità 2015), che hanno prodotto costi ricadenti nelle voci fisse si è stabilito che gli effetti di tali automatismi rientrassero anche essi nel rispetto dell'obiettivo di costo dell'1%;

-il valore complessivo di parte dei giustificativi concessi nel 2016 è stata "congelata" nel 2017 continuando ad essere considerata un giustificativo anche nel 2017, mentre gli eventuali maggiori oneri per le medesime voci, nel 2017, rientravano nel rispetto dell'obiettivo di costo dell'1%;

-il costo relativo ai rapporti di lavoro trasferiti fra le Aziende in attuazione del processo di riforma del SSR (compreso quello delle unità trasferite all'EGAS), che impatta sul calcolo dell'1%, doveva risultare da apposita certificazione congiunta delle aziende interessate attestante l'ammontare delle risorse trasferite. I singoli PAL/PAO dovevano quantificare il costo delle voci fisse (ai fini dell'1%) delle unità già trasferite all'EGAS dal 1.01.2015. A livello regionale i predetti trasferimenti di risorse dovevano risultare ad impatto economico neutrale;

-la manovra annuale, sulla base degli elementi noti (cessazioni conosciute/programmazione fabbisogno) doveva essere predisposta nel PAL/PAO secondo le regole di cui sopra; le aziende, partendo dalla dotazione al 31.12.2016 dovevano fornire l'evidenza dettagliata delle figure che intendevano assumere rappresentando la dotazione al 31.12.2017, anche sotto forma di tabella;

-dal punto di vista economico, la manovra del personale doveva essere predisposta nel pieno rispetto delle risorse economiche disponibili;

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

Sono, inoltre, state fornite le seguenti specifiche prescrizioni:

- 1% fondo produttività/risultato: nel bilancio di previsione 2017 le aziende non dovevano accantonare al fondo incentivazioni del personale dipendente l'incremento fino all'1% (come tetto massimo), in quanto tale cifra può essere eventualmente erogata qualora sia accertato a consuntivo l'avanzo di amministrazione.
- mobilità volontaria: nell'ambito della messa in atto del trasferimento dei rapporti di lavoro, quale conseguenza dei processi di riordino, di riorganizzazione di specifiche funzioni disciplinati e dai documenti di programmazione annuale e stante la complessità dei diversi contesti organizzativi con particolare riguardo alla loro valenza sovra -aziendale, si è condiviso che lo spostamento del personale debba avvenire prioritariamente su base volontaria.

A tal fine, nell'interesse del sistema, è stato stabilito che le aziende ed enti del SSR dovessero dare attuazione ai processi di mobilità all'interno del SSR concedendo il previsto parere sulle richieste di trasferimento del personale interessato in modo tale da consentire in via prevalente la mobilità volontaria e contribuire al graduale compimento della riforma sanitaria.

Con specifico riferimento al trasferimento del personale del comparto all'EGAS per l'avvio della Centrale Operativa regionale 118, era prevista la possibilità di rientro nell'Amministrazione di provenienza da parte di ciascun dipendente interessato durante il secondo anno di attività della Centrale Operativa.

- Obiettivi di produttività collettiva/risultato: nell'individuazione degli obiettivi correlati al sistema di incentivazione di cui al fondo "della produttività collettiva per il miglioramento dei servizi e per il premio della qualità delle prestazioni individuali" e al fondo "per la retribuzione di risultato e per la qualità della prestazione individuale", le aziende ed enti del SSR dovevano tenere conto degli obiettivi presenti nelle Linee di Gestione.

Sulla base di questi elementi si è svolta la negoziazione delle aziende ed enti del SSR con la Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità nel corso del mese di dicembre 2016 che ha prodotto il bilancio preventivo 2017 debitamente deliberato da tutte le aziende.

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 2017 e in sede di bilancio preventivo avevano presentato un piano assunzioni che produceva costi fissi di personale 2017 rispettosi dei costi fissi 2012 diminuiti dell'1%: tale rispetto si realizzava tenuto conto dei giustificativi 2016 e 2017 indicati dalle Linee di gestione e tenuto conto, altresì, che i rapporti di lavoro trasferiti dalle aziende all'EGAS in attuazione del processo di riforma del SSR i cui costi impattano sull'1% sono stati valorizzati prudenzialmente dall'EGAS su base annua e non sull'effettivo arco temporale che di fatto proietta minori costi.

Le regole per la realizzazione concreta della manovra sono state poi coordinate dalla DGR n. 736 del 21 aprile 2017 di approvazione del documento di "programmazione annuale 2017 del servizio sanitario regionale" che confermava le disposizioni già contenute nelle linee per la gestione e in particolare una prudente gestione delle risorse umane e delle scelte assunzionali stante l'obiettivo di riduzione dei costi delle voci fisse di personale 2017, dell'1% rispetto al costo 2012. Ciò, in linea con il necessario perseguimento e realizzazione graduale delle misure di contenimento della spesa del personale derivante dalle disposizioni statali in un quadro regionale di complessiva riduzione delle risorse economiche.

Veniva, altresì, precisato che costituivano giustificativi ai fini del rispetto del tetto dell'1% i seguenti costi:

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

ed, inoltre:

le assunzioni effettuate per l'attuazione delle seguenti progettualità:

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

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

- assunzioni di personale effettuate con l'utilizzo dei fondi di cui all'articolo 13, comma 6, d. lgs. n. 81/2008 e s.m.e.i. verso progettualità approvate dalla DCSISPSF;
- assunzioni di personale effettuate per il Comitato Etico Unico Regionale (CERU) stante la natura del Comitato che svolge attività per conto del SSR;
- Piano dell'Emergenza: assunzioni di personale correlate a quanto previsto dal paragrafo 5.2.4. "Nuova Distribuzione territoriale dei mezzi di soccorso" della DGR n. 2039/2015 secondo le modalità organizzative indicate ai paragrafi 5.2.2 e 5.2.3 del citato provvedimento regionale.

L'analisi della gestione delle risorse umane del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2017 va quindi effettuata in relazione ai contenuti della DGR n. 2550/2016 (linee di gestione) e della DGR n. 736/2017 (approvazione del preventivo 2017).

IL PERSONALE DIPENDENTE

L'esposizione che segue, rappresenta la dotazione di personale del SSR nel 2017 rilevata dal sistema informativo con i criteri utilizzati nei consueti monitoraggi direzionali.

Per quanto riguarda la manovra del personale a livello regionale, la dotazione di personale alla data del 31.12.2017, rispetto alla dotazione di personale risultante al 31.12.2016, registra un incremento complessivo di personale dipendente del servizio sanitario regionale **pari a 227 unità**.

L'incremento più importante si registra nel personale di assistenza in quanto il personale infermieristico aumenta di 142 unità mentre gli oss di 245 unità. Il calo principale ha riguardato, invece, il personale amministrativo (- 39 unità).

In generale, il saldo tra unità in ingresso e unità in uscita nel SSR durante il 2017 è stato abbastanza graduale ed uniforme nel corso dei mesi, registrando saldi positivi più rilevanti nei mesi centrali dell'anno, con un calo negli ultimi mesi.

Si presenta, di seguito, la dotazione del personale al 31/12/2016 e al 31/12/2017 del SSR.

Si precisa che nelle seguenti 2 tabelle riepilogative non sono conteggiati i servizi delegati delle AAS 3, ASUI UD (ex AAS4), ASS 5.

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

Il dati riferiti vengono quindi rappresentati senza il personale somministrato.

Aziende/Enti SSR	31/12/2016	31/12/2017	diff. 2016/2015	delta %
TOTALE	19.923	20.150	227	1,14%

La tabella successiva rappresenta l'andamento a livello aziendale confrontando l'anno 2016 con il 2017.

AZIENDE	31/12/2016	31/12/2017	diff. 2017/2016	delta %
ASUITS	4.300	4.269	-31	-0,72%
A.A.S. 2 - Bassa Friulana - Isontina	3.252	3.214	-38	-1,17%
A.A.S. 3 - ALTO FR. COLL. MEDIO FR.	2.086	2.111	25	1,20%
ASUIUD *	5.144	5.300	156	3,03%
A.A.S. 5 - FRIULI OCCIDENTALE	3.720	3.782	62	1,67%
IRCCS Burlo Trieste	700	690	-10	-1,43%
IRCCS Cro Aviano	628	650	22	3,50%
EGAS	93	134	41	44,09%
TOTALE REGIONE	19.923	20.150	227	1,14%

* comprende anche il personale universitario

In generale, seppur con alcune differenze, la manovra sviluppata nel corso dell'anno registra saldi positivi nella maggioranza delle aziende, fatta eccezione per Burlo, ASUI TS e AAS2. Il dato più significativo di incremento si riscontra nell'ASUI UD.

La distribuzione del personale dipendente del SSR per ruolo, categoria contrattuale e profilo professionale alla data del 31.12.2017 è illustrata nella sottostante tabella (in calce alla stessa è stato evidenziato il personale appartenente ai Servizi delegati gestiti dalle AAS n° 3 "Alto Friuli", n° 4 "Friuli Centrale" e n° 5 "Friuli Occidentale").

DOTAZIONE COMPLESSIVA SSR 31.12.2017 PER PROFILO									
	ASUITS	AAS2	AAS3	ASUIUD	AAS5	BURLO di Trieste	C.R.O. di Aviano	EGAS	TOTALE AL 31/12/2017
RUOLO SANITARIO									
Dirigenti sanitari	94	62	38	95	58	18	35	7	407
di cui responsabile di SOC	4	3	1	3	1		2		14
Profilo									0
Biologi	12	5		29	14	9	19		88
Chimici	1	2		3	1	1	1		9
Dirigente delle Professioni Sanitarie	11	3	2	6	4	1	1	0	28
Farmacisti	13	9	8	15	9	4	5	7	70
Fisici	8			8	1		7		24
Psicologi	49	43	28	34	29	3	2		188
Comparto sanitari	2.232	1.708	1.109	2.815	1.974	340	286	39	10.503
Personale Infermieristico	1.624	1.279	827	2.025	1.428	224	189	38	7.634
Col.Prof.San.Assist.Sanitario	46	40	20	48	58		1		213
Altro personale infermieristico	26	62	49	68	62	62			329
Personale di assistenza	92	69	53	41	59	13	2		329
Tecnici diagnostici/tecnici assistenza	260	103	33	372	181	24	93	1	1.067
Tecnici prev.Ambiente e nei Luoghi di Lavoro	28	31	37	47	45	3	1		192
Personale della riabilitazione	156	124	90	214	141	14			739
Dirigenti Medici e Veterinari	579	505	294	819	569	134	116	4	3.020
Dirigenti medici	569	490	270	807	545	134	116	4	2.935
di cui responsabile di SOC	28	43	28	60	41	8	12	1	221
Dirigenti veterinari	10	15	24	12	24				85
di cui responsabile di SOC	1		1		2				4
Contratto Indiv. Penitenziario					1				1
Totale ruolo sanitario	2.905	2.275	1.441	3.729	2.602	492	437	50	13.931
RUOLO TECNICO									
Dirigenti tecnici	0	3	2	7	4	1	4	2	23
di cui responsabile di SOC									0
Analista		2	1	1	1				6
Sociologi		1	1	6	2			1	11
Statistico					1	1	4		6
Comparto tecnico	975	706	503	1.170	849	124	135	2	4.464
Assistente Tecnico	31	11	5	22	5	3	6		83
Aus.Spec.Serv.Socio-Assistenziali	118	40	36	105	42	9	22		372
Aus.Spec.Serv.Tec.Economali	4	16	7	20	13	4	4		68
Col.Prof.Assist.Soc.Esperto	1	3	1	1	1				6
Col.Prof.Assistente Sociale	28	13	14	20	17	1			93
Col.Tecn.Prof.Esperto	3	3	1	5	3	1			16
Col.Tecn.Professionale	48	10	8	24	15	4	3	1	113
Op.Tecn.Addetto Assistenza	11	10	4	21	8	1	4		59
Op.Tecnico Coord.Spec. Esperto		2	4	9	6		2		23
Op.Tecnico Specializzato	61	45	16	31	40	1	9		203
OP.Tecnico Specializzato Esperto	37	22	31	42	30	1	6		169
Operatore Socio Sanitario	563	469	348	792	592	76	49	1	2.890
Operatore Tecnico	69	62	28	78	76	21	27		361
Programmatore	1				2	2	3		8
totale ruolo tecnico	975	709	505	1.177	853	125	139	4	4.487
RUOLO AMMINISTRATIVO									
Dirigenti amministrativi	18	12	8	15	14	6	6	11	90
di cui responsabile di SOC	9	6	2	7	5	2	2	3	36
Comparto amministrativo	358	213	155	366	306	64	66	64	1.592
Totale ruolo amministrativo	376	225	163	381	320	70	72	75	1.682
RUOLO PROFESSIONALE									
Dirigenti professionali	13	5	2	10	7	3	2	5	47
di cui responsabile di SOC	3	2	1	4	3	2	1		16
Comparto professionale Assistente Religioso				3					3
Totale ruolo professionale	13	5	2	13	7	3	2	5	50
TOTALE PER ATTIVITA' SANITARIE	4.269	3.214	2.111	5.300	3.782	690	650	134	20.150
SERVIZI DELEGATI									
Personale servizi in delega			136	60	74			1	271
TOTALE PERSONALE SSR FVG	4.269	3.214	2.247	5.360	3.856	690	650	135	20.421

comprende il personale universitario (n. 59 unità di cui 55 medici e 4 biologi) della sola ASUI UD. Si segnala che il personale universitario, alla data del 31 dicembre 2017, è presente anche nelle seguenti aziende:

- azienda Ospedaliero Universitaria "Ospedali Riuniti" di Trieste : n. 54 dirigenti medici;
- IRCCS "Burlo Garofalo" : n. 12 di cui 8 dirigenti medici e 4 dirigenti sanitari
- IRCCS Cro Aviano: n. 1 unità dirigente medico

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

RUOLO	31/12/2016	31/12/2017	diff. 2017/2016	delta %
Sanitario	13.833	13.931	98	0,71%
<i>di cui personale infermieristico</i>	7.492	7.634	142	1,90%
Tecnico	4.323	4.487	164	3,79%
<i>di cui operatori socio sanitari</i>	2.645	2.890	245	9,26%
Amministrativo	1.721	1.682	-39	-2,27%
Professionale	46	50	4	8,70%
TOTALE SSR	19.923	20.150	227	1,14%

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

Il ruolo sanitario considerato nel suo insieme complessivo registra un incremento di 98 unità rispetto al 2016; alla data del 31.12.2017 il personale appartenente al ruolo sanitario del SSR raggiunge un dato complessivo di 13.931 unità. Per quanto riguarda il personale infermieristico alla data del 31.12.2017, il SSR si attesta ad un dato pari a 7.634, con un incremento rispetto al 2016 di + 142 unità.

Il numero dei dirigenti medici e veterinari del SSR si attesta ad un dato complessivo di n. 3.020, di cui n. 2.935 dirigenti medici e n. 85 dirigenti veterinari, mentre sono 658 in totale le unità di personale riconducibili alla categoria "altro personale infermieristico" e "personale di assistenza". La consistenza del personale della riabilitazione al 31.12.2017 risulta di n. 739 unità, mentre i tecnici del ruolo sanitario (tecnici diagnostici/tecnici di assistenza e tecnici della prevenzione e ambienti di lavoro) si attestano complessivamente a n. 1.259 unità.

Il ruolo tecnico, complessivamente inteso, nel corso dell'anno 2017 registra un aumento di n. 164 unità. Si evidenzia, in particolare, un aumento significativo di unità del profilo professionale OSS, categoria Bs, che registra un dato complessivo al 31.12.2017 di 2890 unità (245 unità in più rispetto al 31.12.2016, dato questo ultimo che conferma il trend in crescita di tale profilo nell'ultimo triennio).

Evidenza un lieve aumento rispetto al 2016 (+ 4 unità) la consistenza di personale del ruolo professionale che registra un dato complessivo pari a 50 unità, di cui 47 dirigenti.

Il personale del ruolo amministrativo registra un calo di -39 unità rispetto al 2016 attestandosi alla data del 31.12.2017 a 1.682 unità di cui 1.592 unità appartengono al comparto (- 47 rispetto al 2016) e n. 90 alla dirigenza (+ 8 rispetto al 2016).

Per quanto riguarda la dirigenza delle professioni sanitarie alla data del 31.12.2017 risultano n. 28 unità in servizio (-1 rispetto al 2016) e di queste, 2 unità sono titolari di un incarico di direzione di SC (AAS2 e ASUI TS).

Si rappresenta, di seguito, la distribuzione nelle diverse aziende dei dirigenti delle professioni sanitarie confrontando il 2016 e il 2017.

	31/12/2016	31/12/2017	diff. 2017/2016
ASUI TS	11	11	0
A.A.S. 2 - Bassa Friulana - Isontina	3	3	0
A.A.S. 3 - ALTO FR. COLL. MEDIO FR.	2	2	0
ASUI UD	6	6	0
A.A.S. 5 - FRIULI OCCIDENTALE	4	4	1
IRCCS Burlo Trieste	1	1	0
IRCCS Cro Aviano	2	1	-1
EGAS	0	0	0
TOTALE REGIONE	29	28	0

Di seguito la distribuzione del personale del comparto in regime di part-time alla data del 31.12.2017 suddiviso per azienda

AZIENDE	31/12/2017
A.S.U.I. TS	221
A.A.S. 2 - Bassa Friulana - Isontina	223
A.A.S. 3 - ALTO FR. COLL. MEDIO FR.	293
A.S.U.I. UD	586
A.A.S. 5 - FRIULI OCCIDENTALE	443
I.R.C.C.S. BURLO di Trieste	51
I.R.C.C.S. C.R.O. di Aviano	69
Ente Gestione Accentrata Servizi	9
TOTALE REGIONE	1.895

Con riferimento al personale supplente, va evidenziato un decremento di 23 unità rispetto al dato del 2016:

Supplenti AZIENDE	31/12/2016	31/12/2017	diff. 2017/2016	delta %
A.S.U.I. TS	6	11	5	83,3%
A.A.S. 2 - Bassa Friulana - Isontina	3	3	0	0,0%
A.A.S. 3 - ALTO FR. COLL. MEDIO FR.	26	5	-21	-80,8%
A.S.U.I. UD	13	13	0	0,0%
A.A.S. 5 - FRIULI OCCIDENTALE	24	17	-7	-29,2%
I.R.C.C.S. BURLO di Trieste	1	0	-1	-100,0%
I.R.C.C.S. C.R.O. di Aviano	1	2	1	100,0%
TOTALE REGIONE	74	51	-23	-31,1%

Si segnala, infine, nella tabella successiva il dato del personale dipendente a tempo determinato presente al 31.12.2017 (già compreso nel numero di unità complessive alla data del 31.12.2017 pari a 20.120).

TEMPI DETERMINATI AZIENDE	31/12/2016	31/12/2017	diff. 2017/2016	delta %
A.S.U.I. TS	281	250	-31	-11,0%
A.A.S. 2 - Bassa Friulana - Isontina	160	156	-4	-2,5%
A.A.S. 3 - ALTO FR. COLL. MEDIO FR.	80	79	-1	-1,3%
A.S.U.I. UD	255	352	97	38,0%
A.A.S. 5 - FRIULI OCCIDENTALE	178	232	54	30,3%
I.R.C.C.S. BURLO di Trieste	71	79	8	11,3%
I.R.C.C.S. C.R.O. di Aviano	22	29	7	31,8%
Ente Gestione Accentrata Servizi	8	27	19	237,5%
Totale complessivo	1055	1204	149	14,1%

Nel corso dell'anno si rileva un incremento del dato del personale a tempo determinato (+ 149 unità rispetto al 2016).

Per quanto riguarda gli incarichi dirigenziali ex articolo 15-septies del d. lgs 502/92 e s.m.e.i., alla data del 31.12.2017 risultano pari a 6 unità (3 unità presso ASUI TS, 1 unità presso l'AAS n. 3, 1 unità presso il CRO di Aviano e 1 unità presso il Burlo di Trieste).

Metodologia e fonte rilevazioni dati

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

I dati riferiti al 31 dicembre 2017 sono quelli aggiornati al mese di aprile 2018.

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

Rientra nel computo di AOU UD anche il personale universitario.

DGR n. 2550 del 23.12.2016: VINCOLO GESTIONALE 1% DEL COSTO DEL PERSONALE 2012

Come accennato in premessa, la DGR n. 2550 del 23.12.2016 recante le Linee per la gestione del SSR 2017 ha prescritto come per il 2016, il rispetto del seguente vincolo economico: il costo del personale dipendente nel 2017 non poteva superare quello dell'esercizio consuntivo 2012 abbattuto dell'1%, limitatamente alle competenze fisse non ricadenti nei fondi contrattuali di ciascun ruolo.

La DGR n. 736 del 21 aprile 2017 di approvazione del documento di "programmazione annuale 2017 del servizio sanitario regionale" oltre a precisare che il costo consuntivo 2012 doveva essere integrato o ridotto del costo del personale derivante dal trasferimento di funzioni di attività tra azienda, in pari misura per l'azienda "cedente" e per l'azienda "acquirente", ha precisato, altresì, i c.d. "giustificativi di costi ai fini del rispetto del vincolo dell'1%.

Le aziende, nei singoli piani, hanno fornito l'evidenza degli elementi di costo della manovra del personale dipendente 2017, da cui risulta che è stato rispettato l'obiettivo di costo del personale dipendente 2017, tenuto conto dei giustificativi di costi, per le seguenti aziende: ASUI TS, AAS 2, AAS 3, AAS 5, BURLO, CRO, EGAS (quest'ultimo Ente per specifica previsione delle Linee di gestione 2017 non è soggetto all'obiettivo).

L'obiettivo non è stato rispettato dall'ASUI UD.

Il valore dei "giustificativi" a livello regionale ammonta a circa 8,6 milioni di €.

CONTRATTI ATIPICI E PERSONALE SOMMINISTRATO

Le aziende hanno fornito l'evidenza dei rapporti di somministrazione alla data del 31.12.2017.

Alla data del 31.12.2017 risultano in forza nelle singole aziende ed enti del SSR i seguenti rapporti di somministrazione:

AZIENDE	rapporti somministrazione al 31/12/2017	RUOLO	RUOLO	RUOLO	RUOLO
		SAN	AMM	PROF	TEC
ASUI TS	41	0	27	0	14
ASUI UD	55	21	12	0	22

AAS 2	101	49	15	0	37
AAS 3	20	6	8	0	6
AAS 5	35	13	10	0	12
BURLO	13	3	9	0	1
CRO	26	6	12	0	8
EGAS	18	0	17	0	1
totale	309	98	110	0	101

Il dato riferito ai rapporti di somministrazione rappresenta forza lavoro in aggiunta al numero di unità complessive di personale dipendente del SSR a tempo determinato e indeterminato alla data del 31.12.2017 pari a 20.150 (a decorrere dal 1.01.2015 il dato dei somministrati non rientra nei monitoraggi del personale dipendente).

RENDICONTAZIONE RISORSE REGIONALI AGGIUNTIVE 2017

Le intese regionali sulle risorse aggiuntive (c.d. RAR), sottoscritte nell'anno 2017, per il personale del comparto e della dirigenza, hanno definito il valore delle risorse assegnate a ciascuna Azienda ed Istituto del Servizio Sanitario Regionale per tale esercizio.

Le suddette intese hanno confermato quanto definito negli accordi del 2016 cui è stata attribuita validità triennale per la parte normativa ed economica.

Sulla base di quanto previsto dalle direttive di chiusura 2017 (note Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità prot. n. 7750 del 10 aprile 2018; n. 7944 del 12 aprile 2018; n. 8349 del 19 aprile 2018) le Aziende hanno predisposto la rendicontazione delle risorse regionali aggiuntive distintamente per le tre aree contrattuali sia in termini economici (allegati nn. 1, 4, 5,8 alle direttive) che di progettualità (allegati nn. 2, 3, 6, 7, 9, 10, alle direttive).

Le tabelle relative alla "rendicontazione economica" riportano il riepilogo dei dati forniti dalle Aziende/Istituti, secondo le indicazioni stabilite nelle note sopra citate e contenenti il dettaglio degli importi assegnati, di quelli liquidati al 31 dicembre 2017, del loro impegno, degli eventuali residui degli anni precedenti e la quantificazione del liquidato degli stessi al 31 dicembre 2017, degli estremi delle eventuali risultanze finali del Collegio dei Sindaci, dell'evidenza degli obiettivi e dei risultati conseguiti così come approvati dall'Organismo Indipendente di Valutazione.

Gli allegati nn. 2, 3, 6, 7, 9, 10 riportano una sintetica analisi dell'attività progettuale per ciascuna area contrattuale.

Occorre ricordare che a seguito dell'entrata in vigore della c.d. legge Brunetta (25.06.2008), nel corso del 2008, si è reso necessario fornire indicazioni di raccordo per l'applicazione dell'articolo 71 della citata legge ai fini della rendicontazione delle risorse regionali aggiuntive. Tali indicazioni sono state confermate anche per il 2017 richiamandosi in particolare le regole per la gestione dei risparmi

derivanti dall'articolo 71, comm1, del testo coordinato del DL 112/2008 e della L. 133/2008 nelle ipotesi di assenze per malattia del pubblico dipendente.

Conformemente a quanto stabilito, le Aziende hanno rendicontato l'utilizzo delle risorse aggiuntive regionali del 2017 al lordo della trattenuta di cui all'articolo 71, comma 1, in quanto il valore concreto delle economie può essere quantificato solo dopo aver liquidato l'esercizio 2017.

Per effetto di quanto sopra si fa quindi presente che la rendicontazione economica delle risorse regionali aggiuntive 2017 del personale del comparto e dell'area della dirigenza, di seguito illustrata, viene rappresentata al lordo delle trattenute effettuata in applicazione dell'articolo 71 del DL 112/2008 convertito nella L. n. 133/2008.

Area contrattuale del Comparto

La DGR n. 1000 del 01 giugno 2017 ha approvato l'intesa sottoscritta il 25 maggio 2017 tra l'Assessore regionale alla salute integrazione socio sanitaria politiche sociali e famiglia , e le OO.SS del comparto riguardante la trattazione complessiva delle risorse regionali aggiuntive da attribuire al personale del comparto nell'anno 2017.

L'accordo regionale, oltre a confermare quote e vincoli stabiliti dalle parti nel Protocollo di intesa del 27 febbraio 2012 approvato con DGR n. 576/2012 ha previsto l'attribuzione alle Aziende ed Enti del SSR dell'importo complessivo € 15.525.752,07 per il 2017 al netto di qualsiasi onere.

Nel citato accordo le parti hanno, altresì, confermato che i contratti integrativi aziendali, di applicazione dell'intesa, dovevano essere sottoscritti entro 3 mesi dalla data di azione del provvedimento di Giunta Regionale e pertanto entro 3 mesi dalla data del 01.06.2017. In proposito è stato chiesto alle Aziende di specificare il rispetto di tale prescrizione.

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

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

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

- Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 "Bassa Friulana – Isontina";
- Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 "Alto Friuli – Collinare – Medio Friuli";
- Azienda per l'assistenza sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale";
- IRCCS Centro di Riferimento Oncologico di Aviano.

Rispetto alla cifra complessivamente assegnata di € 15.525.752,07, le Aziende hanno comunicato di avere liquidato alla data del 31.12.2017 risorse pari ad € 10.593.544,59 con la conseguenza che, alla medesima data, residuano risorse pari ad € 4.932.207,48.

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

- risorse pari ad € 9.077.350,91 per gli obiettivi di cui al Protocollo di intesa del 27 febbraio 2012 approvato con D.G.R. n. 576/2012, confermati anche nell'intesa del 25 maggio 2017 di cui :
 - 1) € 4.888.514,79 quale quota impegnata per personale turnista;
 - 2) € 3.542.487,29 quale quota impegnata per lavoro notturno e festivo;
 - 3) € 334.003,62 quale quota impegnata per personale ota/oss;
 - 4) € 312.345,21 quale quota per coordinatori e tutor.
- risorse pari ad € 3.730.914,57 per gli obiettivi regionali da perseguire in via prioritaria;
- risorse pari ad € 2.660.474,35 demandati alla contrattazione integrativa aziendale per obiettivi strategici in raccordo con la programmazione regionale e i piani attuativi aziendali non direttamente correlati alle priorità regionali.

per un totale di risorse regionali aggiuntive impegnate pari ad € 15.468.739,83 risulta, invece, non impegnato un importo di RAR pari ad € 57.012,24 queste ultime, per effetto di quanto previsto dall'intesa regionale del 04 aprile 2016 (punto 5, pagina 9 dell'accordo) di validità triennale e confermato nel 2017, dovranno essere riportate dalla singola azienda nell'esercizio successivo a quello di attribuzione con competenza riferita all'anno di assegnazione.

Le Aziende hanno, inoltre, fornito oltre alla rendicontazione economica anche quella progettuale delle quote di RAR impegnate e vincolate alle indicazioni regionali (processi di riorganizzazione; assistenza domiciliare nell'ambito dell'assistenza primaria; interventi sociosanitari; percorsi di riabilitazione; qualità delle cure; contenimento dei tempi di attesa; percorsi hub e spoke; integrazione ospedale/territorio e sviluppo percorsi assistenziali); come sopra detto, risulta che le aziende abbiano impegnato l'importo complessivo di € 3.730.914,57 di rar prioritariamente correlate ad obiettivi regionali.

Analogamente è stata evidenziata la rendicontazione economica e progettuale delle quote di risorse regionali NON prioritariamente correlate agli obiettivi regionali e la cui destinazione era demandata alla Contrattazione Integrativa Aziendale; di queste risorse, come detto, è stato impegnato un importo complessivo pari € 2.660.474,35.

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

PIANO VACCINALE

La DGR n. 1785 del 22 settembre 2017 ha approvato l'intesa sottoscritta il 14 settembre 2017 tra l'Assessore regionale alla salute integrazione socio sanitaria politiche sociali e famiglia , e le OO.SS del comparto riguardante l'attribuzione delle Risorse Aggiuntive Regionali relative al piano vaccinale.

L'accordo regionale ha previsto l'attribuzione alle Aziende ed Enti del SSR dell'importo complessivo di € 321.002,69 così ripartito:

- 1) una quota pari a € 172.796,00 finalizzata a finanziare l'intervento correlato all'adozione del DM n. 73 del 7 giugno 2017 "Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale" che ha visto impegnati ulteriormente i servizi vaccinali (soprattutto gli infermieri/assistenti sanitari) per raggiungere le coperture vaccinali previste e per garantire la frequenza scolastica ai bambini/ragazzi da 0 a 16 anni;
- 2) una quota pari a € 148.206,69 assegnata alla sola Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 "Alto Friuli – Collinare – Medio Friuli" per far fronte l'emergenza avvenuta nel codroipese cui ha fatto seguito il piano denominato dall'AAS3 "vaccinare-sì".

Per superare questa emergenza sono stati utilizzati operatori soprattutto della citata Azienda e dell'Azienda sanitaria universitaria integrata di Udine, ma vi ha partecipato anche personale delle altre Aziende Sanitarie regionali grazie alla collaborazione tra le Direzioni strategiche all'attività. Nell'accordo regionale del 14 settembre 2017 è stato pertanto stabilito che l'Azienda 3 avrebbe dovuto distribuire il suddetto importo alle altre aziende del SSR sulla base dell'apporto/collaborazione del relativo personale al piano "vaccinare –sì".

Per quanto attiene la quota di cui al punto 1), le Aziende hanno comunicato di avere liquidato alla data del 31.12.2017 risorse pari ad € 0,00 con la conseguenza che, alla medesima data, residuano risorse pari ad € 172.796,00.

Per quanto attiene la quota di cui al punto 2), un importo pari a €102.355,75 è rimasto assegnato all' Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 "Alto Friuli – Collinare – Medio Friuli che ha provveduto a distribuire alle altre Aziende del SSR l' importo residuo pari a € 45.850,94 come di seguito specificato :

A.A.S. n. 2 Bassa Friulana Isontina: € 177,39;

A.A.S. n. 3 Alto Friuli - Collinare -Medio Friuli: € 102.355,75;

A.A.S. n. 5 Friuli Occidentale : € 5.986,81;

ASUI Udine: € 37.646,79;

Burlo Trieste: € 2.039,95;

TOTALE: 148.206,69

Area contrattuale della Dirigenza

Per quanto riguarda l'area della dirigenza del SSR, l'importo di risorse regionali aggiuntive complessivamente messo a disposizione dalla Regione per il 2017 è stato pari ad € 7.330.736,27 al netto degli oneri riflessi.

La trattativa inerente le risorse per il personale medico e veterinario, anche nel 2017, si è svolta separatamente da quella riguardante il personale della dirigenza sanitaria professionale tecnica ed amministrativa.

Area contrattuale della Dirigenza medica e veterinaria

Relativamente alla dirigenza medica e veterinaria, la DGR n. 1678 del 08 settembre 2017 ha approvato l'intesa sottoscritta il 29 agosto 2017 dall'Assessore regionale alla salute integrazione socio sanitaria politiche sociali e famiglia, e dalle OOSS della dirigenza medica e veterinaria riguardante la trattazione complessiva delle risorse regionali aggiuntive da attribuire al personale della dirigenza medica e veterinaria del SSR nell'anno 2017.

L'assegnazione per l'anno 2017 delle risorse regionali aggiuntive per il predetto personale è stato di € 6.178.763,43 al netto degli oneri riflessi.

Nel citato accordo le parti hanno, altresì, confermato che i contratti integrativi aziendali, di applicazione dell'intesa, dovevano essere sottoscritti entro 3 mesi dalla data di azione del provvedimento di Giunta Regionale e pertanto entro 3 mesi dalla data del 08.09.2017. In proposito è stato chiesto alle aziende di specificare il rispetto di tale prescrizione.

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

- Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 "Alto Friuli – Collinare – Medio Friuli";
- Azienda per l'assistenza sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale";
- Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine ;
- IRCCS Burlo Garofolo;
- Ente per la Gestione Accentrata dei Servizi Condivisi.

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

- Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 "Bassa Friulana – Isontina";
- Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste ;
- IRCCS Centro di Riferimento Oncologico di Aviano.

Rispetto all'importo assegnato, le Aziende hanno comunicato di avere liquidato complessivamente al 31 dicembre 2017 € 1.198.644,41. Residuano, pertanto, alla medesima data risorse regionali aggiuntive pari a € 4.980.119,01.

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

Risulta che le Aziende abbiano impegnato l'importo complessivo di € 4.374.526,30 di rar prioritariamente correlate ad obiettivi regionali.

Analogamente è stata evidenziata la rendicontazione economica e progettuale delle quote di risorse regionali NON prioritariamente correlate agli obiettivi regionali e la cui destinazione era demandata alla Contrattazione Integrativa Aziendale; di queste risorse è stato impegnato un importo complessivo pari a € 1.804.106,94

Rispetto alle risorse complessivamente assegnate, risulta non impegnato a livello regionale l'importo di € 130,18.

Queste ultime, per effetto di quanto previsto dall'intesa regionale del 24 maggio 2016 (Punto 3, n. 3 di pagina 7 dell'accordo), di validità triennale e confermato nel 2017, dovranno essere riportate dalla singola azienda nell'esercizio successivo a quello di attribuzione con competenza riferita all'anno di assegnazione.

Area contrattuale della Dirigenza sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa

Per quanto attiene il personale della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa SPTA, la DGR n. 1682 del 08.09.2017 ha approvato l'intesa sottoscritta il 30 agosto 2017 dall'Assessore regionale alla salute integrazione socio sanitaria politiche sociali e famiglia e dalle OOSS delle dirigenza SPTA riguardante la trattazione complessiva delle risorse regionali aggiuntive da attribuire al personale della dirigenza dei ruoli sanitario, professionale, tecnico e amministrativo nell'anno 2017.

L'assegnazione per l'anno 2017 delle risorse regionali aggiuntive per il predetto personale è stato di € 1.151.972,84 al netto degli oneri riflessi.

Rispetto all'importo assegnato, le Aziende hanno comunicato di avere liquidato complessivamente al 31 dicembre 2017 la somma di € 0,00. Residuano, pertanto, alla medesima data risorse regionali aggiuntive pari a € 1.151.972,84

Nel citato accordo le parti hanno, altresì, confermato che i contratti integrativi aziendali, di applicazione dell'intesa, dovevano essere sottoscritti entro 2 mesi dalla data di azione del provvedimento di Giunta Regionale e pertanto entro 2 mesi dalla data del 08.09.2017. In proposito è stato chiesto alle aziende di specificare il rispetto di tale prescrizione.

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

- Azienda per l'assistenza sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale";
- IRCCS Burlo Garofolo;

- Ente per la Gestione Accentrata dei Servizi Condivisi.

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

- Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 "Bassa Friulana – Isontina";
- Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 "Alto Friuli – Collinare – Medio Friuli";
- Azienda sanitaria universitaria integrata di Trieste;
- Azienda sanitaria universitaria integrata di Udine;
- IRCCS Centro di Riferimento Oncologico di Aviano.

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

Risulta che le aziende abbiano impegnato l'importo complessivo di € 954.603,63 di RAR prioritariamente finalizzate agli obiettivi regionali.

Analogamente è stata evidenziata la rendicontazione economica e progettuale delle quote di risorse regionali NON prioritariamente correlate agli obiettivi regionali e la cui destinazione era demandata alla Contrattazione Integrativa Aziendale; di queste risorse è stato impegnato un importo complessivo pari a € 197.351,38 ed è data evidenza degli obiettivi progettuali correlati a tali risorse.

Rispetto alle risorse complessivamente assegnate, risulta non impegnato a livello regionale l'importo di € 17,83. Queste ultime, per effetto di quanto previsto dall'intesa regionale del 01 giugno 2016 (Punto n. 3 di pagina 7 dell'accordo), di validità triennale e confermato nel 2017, dovranno essere riportate dalla singola azienda nell'esercizio successivo a quello di attribuzione con competenza riferita all'anno di assegnazione.

RENDICONTAZIONE RISORSE REGIONALI AGGIUNTIVE 2017

Rendicontazione economica risorse regionali aggiuntive Personale del Comparto - Esercizio 2017 ALLEGATO 1													
AZIENDA	quota assegnata da accordo 25 maggio 2017 (ultima colonna tabella allegata all'accordo)	Importo liquidato al 31.12.2017	Residuo al 31.12.2017	a	b	a-b	RISORSE IMPEGNATE						RISORSE NON IMPEGNATE
				Risorse regionali aggiuntive: IM PORTO RESIDUI esercizi precedenti	di cui liquidati al 31/12/2017		quota per personale turnista	quota per lavoro notturno e festivo	quota per personale ota/oss	quota per coordinatori e tutor	quota demandata alla CIA con destinazione prioritaria ad obiettivi regionali	quota demandata alla CIA per obiettivi strategici in raccordo con programmaz. Reg.le e i piani attuativi aziendali	eventuale importo non impegnato
A.A.S. n. 2 Bassa Friulana Isontina	2.506.771,93	1.774.363,00	732.408,93	111.520,74	72.870,64	38.650,10	815.206,31	628.910,07	26.501,55	23.626,23	338.655,00	673.870,00	2,78
A.A.S. n. 3 Alto Friuli - Collinare - Medio Friuli*	1.722.420,08	991.045,77	731.374,31	1.319.435,07	974.120,50	345.314,57	626.048,66	378.472,00	34.917,48	7.000,00	664.709,00	-	11.272,94
A.A.S. n. 5 Friuli Occidentale	2.712.954,06	1.910.469,13	802.484,93	2.027.862,23	1.153.226,83	874.635,40	804.817,67	626.476,31	57.849,42	45.964,44	493.560,00	684.286,22	-
ASUI Trieste	3.381.302,13	2.248.360,09	1.132.942,04	1.606.062,57	1.509.681,57	96.381,00	1.110.354,37	742.878,74	103.022,16	100.000,00	718.368,62	606.678,25	-
ASUI Udine	4.061.601,27	2.922.366,79	1.139.234,48	-	-	-	1.273.210,03	954.327,54	72.534,05	130.404,54	1.102.449,90	484.683,57	43.991,64
Burlo Trieste	539.464,69	457.240,04	82.224,65	28.878,62	-	28.878,62	185.882,30	129.516,46	27.219,58	-	195.101,38	-	1.744,88
CRO Aviano**	311.080,94	113.365,58	197.715,36	16.559,88	4.243,63	12.316,25	53.661,79	65.775,36	11.959,38	5.350,00	143.378,17	30.956,31	-
EGA.S.	290.156,97	176.334,19	113.822,78	-	-	-	19.333,66	16.130,81	-	-	74.692,50	180.000,00	-
TOTALE	15.525.752,07	10.593.544,59	4.932.207,48	5.110.319,11	3.714.143,17	1.396.175,94	4.888.514,79	3.542.487,29	334.003,62	312.345,21	3.730.914,57	2.660.474,35	57.012,24

** il cro specifica di aver detratto dall'ammontare delle risorse RAR una quota pari a € 7.019,59 per pagare maggiorazione indennità turni

Risorse aggiuntive per il personale - esercizio 2016

Rendicontazione progettuale risorse regionali aggiuntive Personale del Comparto - Esercizio 2017 ALLEGATO 2		
AZIENDA	quote 2017 demandate alla CIA IMPEGNATE con destinaz.prioritaria ad ob regionali	progetti/obiettivi correlati alle RAR destinate prioritariamente agli obiettivi regionali
A.A.S. n. 2 Bassa Friulana Isontina	338.655,00	importo impegnato per i seguenti 40 obiettivi: 2.250,00: predisposizione mensile del personale OSS/Ausiliario per pronto soccorso e terapie intensive; 2.250,00: valutazione e controllo contratto ristorazione Latisana - Palmanova; 6.845,00: riorganizzazione attività ammv; 3.825: mantenimento attività ammv in carenza di organico; 750,00: garanzia autorizzativa e monitoraggio ricoveri all'estero per cure ad alta specializzazione; 750,00: coordinamento e organizzazione dei processi ammv per le nuove strutture accreditate dell'ospizio Marinodi Grado; 3.825,00: implementazione nuova procedura di gestione delle esenzioni e mantenimento attività ammv front office in tutte le sedi distrettuali; 1.200,00: servizio riorganizzazione logistica, archiviazione e gestione documenti per la conservazione della doc. sanitaria e ammv (presidio di gorizia e Monfalcone); 4.500,00: attivazione follow up ambulatoriale per i pazienti con diabete di tipo II; 1.150,00: garanzia presenza allo sportello presso sedi di Cervignano e Palmanova; 300,00: garantire attività di trasparenza e anticorruzione nei DIP; 300,00: garantire le attività ammv per gli assistiti stranieri; 1.500,00: ridefinizione utilizzo palazzine A e B di GO per la realizzazione dei CAP; 600,00: centralizzazione processo di liquidazione della LP; 1.000,00: garanzia approvvigionamento sede di Monfalcone (materiale diagnostico, dispositivi medici e materiale protesico); 1.000,00: analisi logistica prodotti farmaceutici, sanitari ed economici intra - aziende; 1.000,00: centralizzazione distribuzione ordinaria stupefacenti; 1.100,00: centralizzazione distribuzione diretta dei farmaci alle case di riposo nella farmacia di gorizia e monfalcone; 700,00: gestione criticità nuova gestione EGAS (prodotti presenti in MAGRep non presenti nei fabbisogni di AAS2); 400,00: centralizzazione allestimento galeonico presso farmacia PO di GO; 270,00: attivazione funzione di segreteria SS Area Farmaceutica H; 1.400,00: supporto ammv PO Latisana per acquisizione beni di consumo e gestione contratti; 20.600,00: riorganizzazione RU; 2.610,00: assegnazione personale nel gestionale; 3.000,00: avvio nel 2017 di attività di controllo domiciliare dei pazienti in ossigeno terapia; 10.020,00: prosecuzione attività ERICA; 4.200,00: contatto telefonico entro 5 gg dalle dimissioni per raccogliere info relative al decorso clinico; 181.000,00: mantenimento indicatori livelli qualità ass.le; 3.800,00: implementazione funzioni del bed manager e attivazione front office; 9.650,00: qualità delle cure; 6.000,00: valutazione esiti ass.li infermieristici a livello territoriale; 2.860,00: aggiornamento guide servizi delle strutture H; 9.600,00: incremento ecocardiografie; 6.000,00: incremento visite cardiologiche; 33.000,00: incremento TC, RM e mammografie; 2.000,00: valutazione e presa in carico a domicilio persone over 75 anni; 3.800,00: attivazione PUA distretti alto e basso isontino; 3.600,00: percorso ass. integrata per persone con demenza (almeno 40 casi)
A.A.S. n. 3 Alto Friuli - Collinare - Medio Friuli	664.709,00	importo impegnato per i seguenti obiettivi: 454.150,00: processi di riorganizzazione; 20.000,00: assistenza domiciliare; 16.000,00: percorsi di riabilitazione; 146.559,00: qualità delle cure; 28.000,00: contenimento dei tempi di attesa
A.A.S. n. 5 Friuli Occidentale	493.560,00	importo impegnato sui seguenti 47 obiettivi: 7.200,00: collaborazione avvio 118; 52.000,00: attività operatoria; 20.550,00: puerperio attivo (controllo ostetrico); 6.900,00: riorganizzazione aree diagnostiche di anatomia patologica e genetica medica; 17.400,00: riorganizzazione attività aggiornamento tecnologici; 6.300,00: assicurazione attività del sabato presso POCT PPI sacile e attività pre analitica centro prelievi; 9.200,00: promozione e sviluppo della consegna risposta esami di laboratorio on line; 10.500,00: adeguamento standard linee guida preparazione, uso e assicurazione della qualità del sangue; 25.000,00: attività pre festive garantite per la raccolta sangue; 11.700,00: attività di supporto ai percorsi di sviluppo e riorganizzazione; 2.100,00: attività di controllo ricoveri; 4.500,00: attività di rischio clinico; 7.200,00: garanzia della continuità nello svolgimento delle attività in carenza di organico; 1.800,00: implementazione del percorso di continuità ass.le nel paziente dimesso dai reparti chirurgici; 6.000,00: governo dell'offerta di prestazioni di specialistica ambulatoriale; 2.200,00: consulenza dietetica per il paziente sottoposto a percorso di chirurgia bariatrica; 2.750,00: estensione servizio dietetico presso le strutture di cure intermedie; 11.000,00: accreditamento istituzionale H e strutture residenziali (RSA e HOSPICE); 6.000,00: collaborazione alle attività di attuazione del nuovo atto aziendale; 9.000,00: attività di supporto ai percorsi di sviluppo e riorganizzazione; 4.750,00: riorganizzazione/estensione protocollo iter atti; 5.800,00: ritiro referti on line; 3.360,00: riorganizzazione procedure interventi manutentivi; 22.500,00: adempimenti attuativi e modificativi dell'atto aziendale; 5.000,00: riorganizzazione servizio trasporti; 5.000,00: riorganizzazione sportelli casse e accettazione esami di laboratorio; 6.250,00: miglioramento procedure interne di acquisto beni non gestite da egas; 6.250,00: odontoiatria sociale; 8.100,00: mantenimento attività a fronte della contrazione della DO; riabilitazione distrettuale ospedaliera: 18.000,00 per trattamenti aggiuntivi realizzati e 2.000,00: per appuntamenti in orario aggiuntivo; 36.000,00: percorso sviluppo profes.le e di integrazione aziendale "laboratori infermieristici ostetrici"; 13.200,00: ricerca prevalenza ricorso a pratiche di contenzione meccanica; 10.800,00: attività di supporto per sviluppo percorsi di accreditamento istituzionale e riorganizzazione; 11.400,00: revisione dei processi operativi dell'afir e del pua in tutti i distretti; 15.000,00: attività polispecialistica ambulatoriale con introduzione di odontoiatria sociale; 31.800,00: assistenza infermieristica domiciliare con particolare riferimento a cure palliative, telecardiologia, woundcare; 3.000,00: studio assetto gestione degli ausili; 8.750,00: studio fattibilità per avvio sportelli ammv sanitari negli uffici dei comuni; 3.500,00: riorganizzazione gestionale interdistrettuale delle attività di anagrafe sanitaria; 5.500,00: miglioramento tempi preparazione della terapia sostitutiva con il sistema informatizzato MFP; 16.650,00: organizzazione e attuazione di interventi di prevenzione, controllo, sorveglianza epidemiologica di immigrati richiedenti asilo; 1.800,00: revisione del percorso di il livello degli utenti aderenti al programma di screening del colon retto - 2012; 600,00: domiciliarità diffusa; 900,00: metodologia ABA neo centri diurni; 5.400,00: efficientamento operativo e miglioramento qualitativo area di attività clinica/ass.le; 5.400,00: budget di salute; 17.550,00: riorganizzazione delle attività della SC NPI implementazione sistema on line di programmazione prestazioni di tutto il personale)

AZIENDA	quote 2017 demandate alla CIA IMPEGNATE con destinaz.prioritaria ad ob regionali	progetti/obiettivi correlati alle RAR destinate prioritariamente agli obiettivi regionali
ASUI Trieste	718.368,62	<p>importo impegnato sui seguenti 123 obiettivi: 954,60: revisione protocollo continuità ass.le; 17.131,20: ass.domiciliare nell'ambito dell'ass. primaria; 1.272,80: interventi sociosanitari; 636,40: interventi sociosanitari; 1.436,20: processi di riorganizzazione; 3.500,20: presa in carico a domicilio delle persone valutate in continuità ass.le; 954,60: continuità ass.le e dimissioni protette; 19.702,60: continuità delle cure; 1.935,00: produzione doc. che sintetizzi i nuovi processi di riorganizzazione; 2.227,40: accessi integrati con altre strutture/enti (scuole, ricreatorio, comune) per bambini/adolescenti; 3.182,00: percorsi di riabilitazione; 954,60: accessi domiciliari delle persone in continuità ass.le; 318,20: implementazione procedure comuni nel rapporto servizio sociale/TSBADOF; 954,60: integrazione h/territorio e sviluppo percorsi ass.li; 19.823,00: ass. domiciliare nell'ambito dell'ass. primaria; 1.969,40: qualità delle cure; 1.591,00: interventi socio sanitari; 1.221,20: verbali processi di riorganizzazione; 2.545,60: sviluppo percorsi ass.li h/territorio; 954,60: recepimento nuovi protocolli continuità ass.le; 22.919,00: garantire continuità ass.le nel territorio; 2.459,60: garantire attività CAP nella sede decentrata di via Pietà e garantire l'accesso alle prestazioni ambulatoriali (Distretto 4); 1.591,00: accessi integrati con altre strutture (scuole, ricreatorio, comuni) per bambini adolescenti distretto 4; 318,20: analisi situazione familiare e sociale delle persone sottoposte a trattamento sostitutivo di dialisi peritoneale; 3.500,20: presa in carico persone in continuità ass.le dall'H e dalle strutture private accreditate; 636,40: piani di zona 2017 - applicazione procedure comuni per i nuovi casi complessi di minori o adulti; 2.502,60: garantire la corretta attuazione dei nuovi regolamenti e delle direttive; 3.500,20: ampliare l'offerta di cura nei servizi diabetologici; 1.083,60: redistribuzione dei carichi di lavoro di tipo ammv nel Dip. di salute mentale; 5.091,20: garantire l'implementazione del lavoro in sotto equipe nei 4 CSM 24 ore; 318,20: redistribuzione carichi di lavoro nella gestione dell'habitat (Dip. salute mentale); 2.777,80: presa in carico delle situazioni di crisi con necessità di sostegno anche a domicilio; 17.174,20: continuità terapeutica e monitoraggio nei luoghi di vita (dip.salute mentale); 5.443,80: garanzia della presenza infermieristica nell'equipe multiprofessionale per le attività terapeutiche riabilitative (dip. delle dipendenze); 3.341,10: garantire al target di utenti più svantaggiati maggiori info per le pratiche relative ai bandi ATER; 2.287,60: aumento offerta di prestazioni di medicina dello sport; 2.055,40: presa in carico pazienti dimessi con cardiopatia; 1.186,80: paracetamici a domicilio; 2.657,40: rispetto tempi di rilascio copia cartella clinica; 1.978,00: inserimento SDO dei dimessi nel 2017 nel flusso informativo; 3.336,80: ottimizzazione delle criticità; 9.872,80: prevenire complicanze dovute dal diabete; 8.909,60: supporto alla SC cardiologia Emodinamica; 12.728,00: percorsi hub e spoke (SC cardiologia emodinamica); 11.837,04: percorsi hube spoke (SC cardiologia emodinamica); 25.569,52: percorsi hub e spoke (gestione delle CVE); 6.266,82: integrare il personale neoassunto nella med.d'urgenza; 2.654,82: somministrare e produrre le schede PAM-PHE; 2.353,82: contenimento tempi di attesa; 4.781,60: riorganizzazione assistenza; 7.000,40: qualità delle cure in chirurgia plastica; 3.981,80: percorso clinico condiviso (stomatologia-anestesia e rianimazione); 18.855,50: screening dello stato confusionale/cognitivo; 14.473,80: utilizzo di 200 sovramentrassi per il DA; 7.955,00: screening pazienti accolti nei DA; da medicina interna, ch.generale e ortopedia; 10.590,90; implementazione nella cartella informatizzata per i pazienti in emodialisi; 18.004,10: revisione cartella infermieristica; 2.257,50: ottimizzazione organizzazione day surgery HM sala operatoria; 9.210,60: ottimizzazione sale operatorie H maggiore; 9.305,20: apertura terapie intensive e dei servizi ambulatoriali; 16.873,20: sostenere la raccolta di sangue intero; 12.409,80: trasferimento sede reperibilità del tecnico da gorizia a monfalcone; 4.588,10: garanzia ass. intensiva paziente con stato confusionale acuto; 2.386,50: riduzione lista di attesa tramite chiamate tel. per il polisonnografo; 2.941,20: contenere ansia ed bambini egentori prima di trattamento ch. con LASER; 12.917,20: per pazienti con frattura al femore esami ematochimici urgenti e agli esami pre operatori; 5.409,40: percorsi di riabilitazione in SC medicina riabilitativa; 9.563,20: mantenimento n. dimissioni protette; 2.025,30: riorganizzazione attività ambulatoriali; 9.124,60: mantenimento del regolare flusso lavorativo nel periodo di ristrutturazione; 4.523,60: valutazione rischio nutrizionale; 4.588,10: innovare cure del paziente in fase acuta post stroke; 14.396,40: supportare i volumi di attività in clinica oculistica; 10.646,80: garanzia continuità operativa nel DA; medicina dei servizi, cattinara e burlo; 1.909,20: ampliamento offerta diagnostica DA; medicina dei servizi; 2.545,60: realizzazione nuova area informatica; 1.272,80: realizzazione nuova postazione PoCT spoke del burlo; 1.431,90: migliorare la gestione dei campioni microbiologici; 636,40: mantenimento tempistiche di refertazione in UCO igiene; 21.654,80: garantire funzionamento UFA e il graduale aumento dei volumi di attività; 933,10: mettere in atto la tecnica VMAT; 4.657,60: percorsi diagnostici dedicati a pazienti con elevato sospetto clinico di neoplasia e secondarismi; 1.505,00: messa a punto della procedura programmativa in radiologia; 19.092,00: garanzia presenza 4° unità tecnica in radiologia; 7.000,40: rispetto volume di attività come nel 2016 in sc radiologia; 2.773,50: processi di riorganizzazione con elaborazione di una scheda sinottica; 2.786,40: corretta gestione rifiuti del cantiere; 1.302,90: analisi normativa in tema di potestà disciplinare delle amm; 1.431,90: introduzione di un sistema di monitoraggio dinamico di indicatori sanitari nelle forme associative dei MMG; 2.386,50: progetto sostegno donna; 903,00: organizzare attività preautorizzativa alla conduzione degli studi clinici; 1.421,90: analisi delle procedure esistenti per la predisposizione e invio dei report; 6.798,30: riorganizzazione rete referenti della formazione; 3.586,20: analisi rich. dei cittadini attraverso il n. verde; 1.302,90: agevolare accesso degli utenti in H Cattinara nonostante i lavori di ristrutturazione; 2.051,10: contenimento tempi di attesa in specialistica ambulatoriale; 1.909,20: interventi socio sanitari; 636,40: garantire la prima visita e l'impostazione del PAI; 318,20: valutazione esiti chirurgici dei pazienti ricoverati presso la casa di cura Pneta del Carso; 318,20: nuovo regolamento Equipe multidisciplinare dell'handicap; 5.727,60: potenziamento distribuzione diretta dei farmaci; 825,60: addebito alle farmacie dei costi farmaci DPC; 7.550,80: integrazione h/territorio SC prevenzione; 498,80: processi di riorganizzazione SS verifiche strutture pubbliche e private; 954,60: interventi socio sanitari UFF. servizio civile e rapporti con il III settore; 1.831,80: organizzazione a tutela della salute e della sicurezza sui luoghi di lavoro; 1.831,80: gestione percorso - evento delle istituzioni che a vario titolo accedono presso le strutture aziendali; 868,60: interventi sociosanitari (individuazione scuole interessate);</p>
ASUI Udine	1.102.449,90	<p>importo impegnato sui seguenti 7 obiettivi: 392.712,80: processi di riorganizzazione; 22.380,00: assistenza domiciliare nell'ambito dell'assistenza primaria; 15.666,00: interventi sociosanitari; 28.512,00: processi di riabilitazione; 439.031,10: qualità delle cure; 167.594,00: contenimento dei tempi; 36.554,00: integrazione ospedale/territorio</p>
Burlo Trieste	195.101,38	<p>importo impegnato sui seguenti 26 obiettivi cui sono stati impegnati ulteriori 28.878,62 residui anni precedenti: 80.000,00: assicurare la continuità dei servizi ass.li e tecnico diagnostico; 50.000,00: elaborare progetti innovativi; 740,00: assicurare l'org. ammv e la verbalizzazione dei comitati/consigli sanitari/collegio di direzione; 7.770,00: riorganizzazione attività del servizio; 1.850,00: regolamentazione attività di sala operatoria; 740,00: supporto alle attività direzionali di riorganizzazione dell'offerta sanitaria; 740,00: riorganizzazione attività di laboratorio; 1.480,00: elaborazione e applicazione dei protocolli di continuità assistenziale; 32.560,00: riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali e chirurgiche; 4.440,00: progetto di continuità gestionale dei coordinatori; 2.960,00: assicurare il trasporto neonatale; 2.220,00: implementazione del SGSL; 1.110,00: gestione sicurezza e dell'ambiente; 2.960,00: supporto alle attività direzionali; 7.400,00: progetto accreditamento e jacie trapianti di midollo; 3.700,00: ufficio formazione (assicurare la presenza a eventi pomeridiani o nei giorni festivi e prefestivi); 1.850,00: assicurare la presenza di personale URP nelle manifestazioni che coinvolgono associazioni, enti, eventi che interessano il pubblico; 2.220,00: progettazione nuovo modello gestione sinistri; 2.220,00: adeguamento dei regolamenti al nuovo atto aziendale; 2.220,00: percorsi attuativi della certificabilità di bilancio; 2.220,00: ricognizione del patrimonio nell'ambito delle immobilizzazioni in corso; 2.220,00: monitoraggio utilizzo apparecchiature informatiche; 2.960,00: gestione percorso riforma IRCCS; 2.220,00: definizione di strumenti a supporto della gestione dell'orario di lavoro/servizio; 2.220,00: studio fattibilità per la programmazione e la rendicontazione dei progetti di ricerca; 2.960,00: avvio attività del punto benvenuto</p>
CRO Aviano	143.378,17	<p>importo impegnato sui seguenti 34 obiettivi: 3.801,69: inserimento oss di sala operatoria; 2.715,57: supervisione nuovo sistema dei trasporti di sala operatoria; 4.887,89: revisione della documentazione clinica integrata della SOC ARTI; 3.801,69: accogliimento TCAD presso il reparto di chirurgia; 2.715,50: omogenizzazione percorso di accoglienza dei pazienti afferenti alle strutture ambulatoriali; 5.430,99: proceduralizzazione delle attività dipartimentali; 2.715,50: inserimento OSS nel turno notturno nelle degenze mediche oncologiche; 2.715,50: trasferimento degenze di day - surgery al I° piano; 1.629,30: trasferimento funzione di oncologia fra aas5 e cro; 1.086,20: proseguire nel progetto di riorganizzazione in risposta all'atto aziendale; 28.784,25: garantire attività unità farmaci antiblastici; 3.258,59: attuazione accordo integrato cro aas 5 per attività donatori; 5.974,09: sostenere le attività segretariali e ausiliarie in chiave dipartimentale; 5.430,99: riduzione tempi di attesa per RNM3-T prostata; 5.430,99: impatto della PET-CT con F- colina nelle neoplasie della prostata; 24.439,46: pianificazione avanzata del trattamento radioterapico; 2.172,40: gestione externalizzazione dell'archivio cartelle; 2.715,50: integrazione/trasferimento funzioni cro - aas5; 1.629,30: garanzia mantenimento del servizio consegna/ritiro farmaci; 3.258,59: organizzazione interventi di primo soccorso; 2.172,40: miglioramento procedure "controllo servizi in out scoring"; 1.086,20: servizio catering per convegni; 3.801,69: miglioramento delle attività di ricerca e cura; 5.430,99: estensione copertura WiFi; 1.629,30: gestione informatica CREU; 7.060,29: certificazione ISO secondo nuova normativa; 1.629,30: miglioramento sicurezza gestione pazienti in trattamento con farmaci sperimentali; 1.629,30: monitoraggio biologico umano; 543,10: nuova procedura frequentatori; 543,10: controllo SDO 2017; 1.629,30: miglioramento servizio cartelle cliniche; 543,10: miglioramento servizio cassa; 543,10: attuazione nuove modalità operative assegnazione esenzione 048; 543,10: attuazione nuove modalità operative (controllo anno 2017)</p>
E.G.A.S.	74.692,50	<p>importo impegnato sui seguenti 6 obiettivi: 8.500,00: utilizzo piattaforma regionale E-Procurement per espletamento gare beni e servizi; 12.000,00: provvedimenti e atti regolamentari necessari a dare graduale attuazione alle nuove organizzazioni; 1.200,00: supporto CEUR; 3.000,00: supporto alle attività di adeguamento informatico e introduzione del nuovo sistema di stoccaggio e picking propedeutica all'ingresso nel magazzino in nico di ASUI TS; 15.000,00: svolgimento delle funzioni aggiuntive rispetto a quelle proprie del profilo di inquadramento e non già altrimenti valorizzate; 34.992,50: avvio centrale operativa unica regionale</p>
TOTALE	3.730.914,57	

Rendicontazione progettuale risorse regionali aggiuntive Personale del Comparto - Esercizio 2017 ALLEGATO 3		
AZIENDA	quote 2017 demandate alla CIA IMPEGNATE per ob strat in raccordo con progr. reg. le e i piani att.aziendali	progetti/obiettivi correlati alle RAR demandate alla CIA per obiettivi strategici in raccordo con programmaz. reg. le e i piani attuativi aziendali
A.A.S. n. 2 Bassa Friulana Isontina	673.870,00	importo impegnato per i seguenti 77 obiettivi: 52.700,00: revisione fast track + attivazione nuovo percorso dip. infortunato; 5.600,00: nuovo sistema monitoraggio su 14 PL della terapia intensiva; 3.200,00: avvio apertura saletta chirurgica per abbattimento liste di attesa; 3.900,00: armonizzazione percorsi di valutazione e trattamento per i disturbi di neurosviluppo e psicopatologici di infanzia e adolescenza; 50.000,00: medicina dello sport; 81.000,00: assicurare attività del PPS di Lignano; 2.700,00: garanzia copertura infermieristica per IVG; 18.000,00: assicurare la turnistica anche in carenza di organico; 4.590,00: mantenimento livelli di accessibilità del servizio di laboratorio (Palmanova); 2.400,00: accessibilità laboratorio (Gorizia e Monfalcone); 8.415,00: accessibilità laboratorio Latisana; 10.500,00: assicurare guardia estiva serale (Latisana); 4.500,00: addestramento per nuova RM; 27.000,00: assicurare la turnistica nel PS di GOe nella centrale operativa 118 di GO; 7.500,00: attività di trasporto secondario urgente pazienti critici verso centri di riferimento; 9.600,00: assicurare la turnistica anche in carenza di organico; 5.400,00: inserimento SDO nei presidi H durante il periodo di non funzionamento del sistema ADT; 2.100,00: attività richiesta dalla Prefettura di Go a seguito del Vertice dei Balcani Occidentali; 7.200,00: mantenimento dei livelli di servizio gastroenterologia; 6.000,00: continuità nell'attività di trasporto pazienti tra H e trasferimento materiali biologici ai centri di riferimento; 4.800,00: riscontri diagnostici per malattie professionali; 7.230,00: mantenimento attività di prelievo d'organi presso H di Gorizia; 2.500,00: trasporto provette e sacche di sangue sabato mattina (08.00-12.00); 900,00:messa in mora cittadini segnalati dal Sistema Tessera Sanitaria; 8.750,00: garanzia servizio centralina/portineria negli H anche in carenza di organico; 6.000,00: garanzia orario apertura CUP e attività in back office; 7.375,00: garanzia gestione turni infermieristici e del personale di supporto presso i centri di salute mentale; 1.250,00:creazione archivio generale cartelle cliniche di persone dimesse o decedute dal CSMAI; 17.725,00: realizzare per il 10% dei nuovi sogg.presi in carico nel 2017 una visita domiciliare; 8.700,00: incremento sedute vaccinali; 1.200,00: vaccinazioni obbligatorie di tutti capi sensibili alla Blue Tongue in Regione; 1.800,00: restituzione e diffusione dati progetto "OKKIO ALLA SALUTE"; 1.800,00: commissione aziendale per le strutture sanitarie di cui alla dgr 3586 del 2004; 8.280,00: proseguimento e completamento attività di mappatura delle imprese alimentari attive sul territorio di competenza; 10.950,00: assicurare turni dell'assistenza infermieristica serale presso la casa circondariale di GO; 750,00: gestione episodi di aggressività verbale e/o fisica del paziente; 3.000,00: elaborazione di un percorso operativo specifico per adozioni, affidò, prevenzione femminile in età post - fertile; 4.500,00: mantenimento livelli ass.li in carenza di organico; 1.350,00: gestione servizio guardia medica turistica per assistiti presenti nel comune di Lignano; 1.200,00: procurament tessuti oculari; 2.020,00: sistemazione archivio SS Formazione; 2.020,00: dematerializzazione documentazione; 2.400,00:attività di equipe nel trattamento chirurgico dell'obesità patologica; 1.400,00: mantenimento funzioni di distribuzione diretta farmaci ad alto costo; 270,00: regolare gestione della VAC -Therapy; 270,00: regolare distribuzione dei pacchetti farmaci per l'area di Monfalcone; 275,00: mantenimento attività amm.ve del servizio farmaceutico territoriale; 700,00: chiusure controlli tecnici - contabili delle ricette spedite dalle farmacie convenzionate nell'anno 2016; 600,00: valutazioni esposizionevibrazioni/umore indoor e outdoor; 480,00: valutazione iniziale impatti ambientali H di GO; 960,00: definizione ed alimentazione registro informatizzato dei partecipanti ai corsi di formazione FAD in materia di sicurezza; 1.000,00: App "Percorso Gravidanza"; 1.500,00: dematerializzazione modistica personale; 1.000,00: gestione informatizzata parco auto; 510,00:mappatura allarmi H di Latisana; 1.500,00:centrale delle emergenze di Palmanova e latisana; 750,00:ricognizione contratti di telefonia licenze software; 1.200,00: monitoraggio degli accantonamenti per i sinistri RC sanitari 2017; 4.000,00: attribuzione ai vari centri di costo degli oneri gestionali e manutentivi delle apparecchiature biomedicali; 3.500,00: gestione globale del parco automezzi aziendale e sistema di prenotazione; 14.205,00: rilievo e aggiornamento planimetrie degli H; 7.000,00: revisione organizzativa delle SC Medicina del dipartimento LEA DA; 3.600,00: digitalizzazione documenti - prima fase; 2.100,00: gestione verifica raggiungimento obiettivi regionali ed aziendali (medici aderenti a AFT/UDMG 2016/2017); 450,00: controllo, incompatibilità medici specialisti e psicologi ambulatoriali interni; 450,00: aggiornamento e crediti ECM specialisti ambulatoriali; 2.025,00: incremento produttività e riduzione dei tempi di riallineamento contabile; 1.430,00: mantenimento livelli di servizio offerti da deformed anche in carenza di organico; 3.090,00: dematerializzazione fatture elettroniche; 2.000,00: costruzione modello calcolo dei costi delle prestazioni di specialistica ambulatoriale; 2.000,00: adesione al progetto CERGAS Bocconi sullo studio dei costi dell'assistenza primaria; 180.000,00: assicurare i richiami in servizio; 15.000,00: armonizzazione istituti giuridici; 1.800,00: allineamento cartellini e profili orari
A.A.S. n. 3 Alto Friuli - Collinare - Medio Friuli	-	
A.A.S. n. 5 Friuli Occidentale	684.286,22	importo impegnato per i seguenti 36 obiettivi cui sono stati aggiunti ulteriori 518.206, 79 residui anni precedenti: 399.000,00: richiami in servizio; 2.500,00: pronta disponibilità "fuori sede"; 300.000,00: disagio lgato al servizio di pronta disponibilità; 280.500,00: garanzia del servizio in carenza di organico; 26.940,00: attività aggiuntiva esami radiologici; 1.200,00: disponibilità e flessibilità organizzativa; 20.000,00: procedura NORA; 25.000,00: turni di pronta disponibilità; 11.000,00: attività di dialisi per ospiti in vacanza; 2.700,00: garanzia attività in carenza di organico (DMO); 16.000,00: ristrutturazione corpo A H san Vito; 4.200,00: nuova SDO; 3.000,00: realizzazione viabilità comunale comprensorio H di via monterea a PN; 6.750,00: rendicontazione obiettivi formazione; 1.350,00: formazione permanente; 10.500,00: predisposizione convenzioni in AAS 5 come capofila in regione; 15.000,00: ottimizzazione delle attività amm.ve e tecnica; 3.360,00: redazione del regolamento incentivanete per funzioni tecniche; 2.500,00: adempimenti applicativi del regolamento orario comparto; 2.500,00: ufficio medicina onvenzionata; 3.750,00: ricognizione materiale di guardaroba (sia circolante che magazzino); 7.500,00: attività aggiuntive: vigilanza sacie e chiamata reperibili; 5.000,00: unificazione percorso/procedure per la gestione dei contratti esternalizzati tra sede centrale e periferie; 3.850,00: gestione solleciti su fatture emesse e non pagate; 3.000,00: referti on line; 8.750,00: sicurezza informatica; 1.750,00: riorganizzazione/estensione protocollo iter atti; 1.800,00: commissione oncontrollo farmacie; 1.800,00: organizzazione ed esecuzione Il protocollo delle interviste previste dal sistema di sorveglianza PASSI; 16.800,00: raggiungimento LEA in ambito sicurezza alimentare; 2.400,00: campionamenti e sopralluoghi di vigilanza in extrapiro area tecnica veterinaria; 2.208,00: garanzia della continuità nello svolgimento delle attività amm.ve in carenza di organico; 4.500,00: promozione dell'attività fisica; 3.600,00: sorveglianza sanitaria necessaria per consentire l'accesso al tirocinio; 1.050,00: indagine radioattività nei reflui ospedalieri del PO di PN; 735,00: sviluppo sistema budget CSS e servizi in delega
ASUI Trieste	606.678,25	importo impegnato sui seguenti 15 obiettivi: 5.727,60: realizzazione progetto "Overnight"; 28.612,20: garanzia attività accertative di tipo medico legale; 1.754,40: realizzazione nuovo assetto degli incarichi; 2.451,00: uniformare i procedimenti della medicina convenzionata; 21.242,00: applicazione degli accordi relativi alle progressioni economiche orizzontali 2017; 2.154,30: supporto al team di progetto mediante controllo sui servizi pregressi; 1.173,90: emergenza disinfestazione zanzara tigre e zika virus; 1.909,20: studio pilota di monitoraggio biologico umano per le popolazioni residenti in prossimità dell'impianto siderurgico Ferreria di TS; 3.057,30: attività supporto/consulenza ed erogazione fasce retributive; 1.408,00: mantenimento del turno 24 h presso il laboratorio spoke del burlo; 269.068,34: mantenimento livelli assistenziali a fronte delle assenze nel periodo estivo cui sono stati impegnati ulteriori 89.547,50 (residui 2016) e 66.726,27 (produttività strategica 2017); 35.000,00: mantenimento dei livelli di attività a fronte di assenze non programmate nel periodo estivo (personale strutture economali); 32.000,00: mantenimento livelli di attività di vigilanza anticendio; 81.120,00: garantie il completamento delle sedute operatorie oltre l'orario programmato; 120.000,00: remunerare il personale che svolge attività articolata su 3 turni chiamato a garantire la continuità dei servizi essenziali durante il turno notturno
ASUI Udine	484.683,57	importo impegnato su obiettivi qualitativi/quantitativi di efficienza e sviluppo derivanti da programmazione aziendale (Piano attuativo) e/o regionale
Burlo Trieste	-	
CRO Aviano	30.956,31	importo impegnato sui seguenti 5 obiettivi: 10.318,88: integrazione/trasferimento funzioni cro aas5; 543,14: integrazione delle attività di medicina di laboratorio; 13.577,48: garanzia mantenimento del servizio con incremento dell'attività per il 2campus"; 5.430,99: fornire attività di competenza finalizzata all'efficace svolgimento delle attività di prevenzione; 1.086,20: fornire attività di competenza finalizzata al regolare funzionamento della CT
E.G.A.S.	180.000,00	importo impegnato sui seguenti 6 obiettivi cui sono stati distribuiti ulteriori 30.576,00 (rar centralizzate 2016): 1.500,00: nomina comitato Enti SSR. Supporto e partecipazione ai comitati aziendali; 4.000,00: implementazione sistema PACS; 5.000,00: provveditorato centralizzato; 37.500,00: espletamento procedure concorsuali centralizzate; 7.000,00: avvio accentrato trattamento economico medicina convenzionata per almeno una azienda; 12.000,00: effettuazione delle attività richieste da EGAS a personale dipendente da altre aziende del SSR; 143.576,00: centrale operativa unica 118 regionale
TOTALE	2.660.474,35	

**PERSONALE DEL COMPARTO PIANO VACCINALE
ALLEGATO 4**

accordo 14.09.2017 per progetto denominato "VACCINARE SI"

denominazione azienda	quota assegnata da AAS 3 agli eltri Enti del SSR
-----------------------	--

A.A.S. n. 2 Bassa Friulana Isontina	177,39
A.A.S. n. 3 Alto Friuli - Collinare - Medio Friuli*	102.355,75
A.A.S. n. 5 Friuli Occidentale	5.986,81
ASUI Trieste	-
ASUI Udine	37.646,79
Burlo Trieste	2.039,95
CRO Aviano	-
E.G.A.S.	-
TOTALE	148.206,69

accordo 14.09.2017 per progetto denominato "DISPOSIZIONI URGENTI IN MATERIA DI PREVENZIONE VACCINALE"

denominazione azienda	quota assegnata	importo liquidato al 31.12.2017	rsiduo al 31.12.2017
-----------------------	-----------------	---------------------------------	----------------------

A.A.S. n. 2 Bassa Friulana Isontina	34.880,00	-	34.880,00
A.A.S. n. 3 Alto Friuli - Collinare - Medio Friuli*	23.299,00	-	23.299,00
A.A.S. n. 5 Friuli Occidentale	49.087,00	-	49.087,00
ASUI Trieste	30.046,00	-	30.046,00
ASUI Udine	35.484,00	-	35.484,00
Burlo Trieste	-	-	-
CRO Aviano	-	-	-
E.G.A.S.	-	-	-
TOTALE	172.796,00	-	172.796,00

**Rendicontazione economica risorse regionali aggiuntive
Personale della Dirigenza Medica e Vetrinaria - Esercizio 2017
ALLEGATO 5**

AZIENDA	quota assegnata da accordo 29 agosto 2017 (tabella allegata all'accordo)	Importo liquidato al 31.12.2017	Residuo al 31.12.2017	a	b	a-b	RISORSE IMPEGNATE		RIS NON IMPEGNATE
				Risorse regionali aggiuntive: IM PORTO RESIDUI esercizi precedenti	di cui liquidati al 31/12/2017		quota demandata alla CIA con destinazione prioritaria ad obiettivi regionali	quota demandata alla CIA per ob.strat, in raccordo con progr.reg.le e piani attuati az.li	eventuale importo non impegnato
A.A.S. n. 2 Bassa Friulana Isontina	1.048.416,27	336.941,40	711.474,87	52.015,00	-	52.015,00	301.564,00	746.852,27	-
A.A.S. n. 3 Alto Friuli - Collinare - Medio Friuli	621.129,32	-	621.129,32	797.863,34	600.630,00	197.233,34	621.000,00	-	129,32
A.A.S. n. 5 Friuli Occidentale	1.160.969,91	627.015,00	533.954,91	851.112,77	689.074,24	162.038,53	263.609,91	897.360,00	-
ASUI Trieste	1.196.403,46	17.000,01	1.179.403,45	1.343.553,99	1.247.055,00	96.498,99	1.172.463,46	23.940,00	-
ASUI Udine	1.629.943,39	-	1.629.943,39	-	-	-	1.525.980,00	103.963,39	-
Burlo Trieste	264.709,48	217.688,00	47.021,48	24.245,78	-	24.245,78	264.708,62	0,00	0,86
CRO Aviano	223.022,94	-	223.022,94	36.863,01	22.078,53	14.784,48	221.031,66	1.991,28	-
E.G.A.S.	34.168,65	-	34.168,65	10.000,00	-	10.000,00	4.168,65	30.000,00	-
TOTALE	6.178.763,42	1.198.644,41	4.980.119,01	3.115.653,89	2.558.837,77	556.816,12	4.374.526,30	1.804.106,94	130,18

**Rendicontazione progettuale risorse regionali aggiuntive con destinazione prioritaria agli obiettivi regionali
Personale della Dirigenza Medica e Veterinaria - Esercizio 2017
ALLEGATO 6**

AZIENDA	importo quote 2017 IMPEGNATE per ob. Reg.li	progetti/obiettivi correlati alle RAR destinate prioritariamente agli obiettivi regionali (escluso screening mammografico);
A.A.S. n. 2 Bassa Friulana Isontina	301.564,00	importo impegnato sui seguenti 22 obiettivi:10.000,00: governare l'assistenza delle patologie nella fase di urgenza ed emergenza; 4.875,00: partecipazione al tavolo di Lavoro interaziendale costituito da EGAS per definizione del capitolato "Fornitura di ausilli per disabili" 10.000,00: garanzia continuità ass.le persone affette da patologie cronico degenerative; 10.000,00: coordinamento percorsi ass.li relativi alle patologie oncologiche; 10.000,00: integrazione diversi setting ass.li per persone affette da patologie croniche degenerative; 10.000,00: governo del complesso sistema dei servizi riabilitativi sanitari e sociali aziendali; 3.000,00: sostituzione cannule tracheali a domicilio; 30.000,00: assicurare le urgenze endoscopiche in collaborazione con la gastroenterologia e con la chirurgia generale; 3.900,00: interventi di promozione e prevenzione nel territorio; 6.600,00: promuovere la cultura della prevenzione oncologica; 6.000,00: avvio sperimentazione del percorso ass.le integrato per persone con demenza; 5.851,00: sostituzione cannule tracheali a domicilio (Latisana e Monfalcone); 4.875,00: controllo utenti in ventiloterapia domiciliare; 6.000,00: addestramento per nuova RM; 72.000,00: assicurare la colonscopia da screening; 72.163,00: assicurare la lettura delle mammografie da screening; 11.400,00: realizzare per i nuovi soggetti presi in carico nel 2017 una visita domiciliare; 14.400,00: processo di riclassificazione strutture protette per anziani; 1.500,00: elaborazione di un percorso operativo specifico per tematiche quali adozioni, affiso, prevenzione femminile in età post fertile; 6.000,00: promuovere la sicurezza dell'anziano a domicilio; 3.000,00: armonizzazione percorsi di valutazione e trattamento per i disturbi del neurosviluppo e psicopatologici dell'infanzia e dell'adolescenza
A.A.S. n. 3 Alto Friuli - Collinare - Medio Friuli	621.000,00	importo impegnato nei seguenti 3 obiettivi: 227.580,00: qualità delle cure; 322.620,00: contenimento dei tempi di attesa; 70.800,00 integrazione ospedale/territorio
A.A.S. n. 5 Friuli Occidentale	263.609,91	importo impegnato sui seguenti 17 obiettivi cui sono stati aggiunti ulteriori 84.230,09 per lo screening: 1.800,00: protocollo sedazione palliativa; 15.000,00: implementazione sistema on line di programmazione delle prestazioni di tutto il personale; 14.400,00: attuazione convenzioni con la fondazione bambini autismo e anfas; 13.080,00: attività presso maniago (visita cardiologica/eco cardiaca/ECG; 7.800,00: refertazione tracciati ECG per la medicina dello sport; 4.700,00: cure odontostomatologiche a pazienti disabili; 15.000,00: esecuzione ECG ai soggetti in trattamento; 14.000,00: organizzazione di interventi di prevenzione , controllo, sorveglianza epidemiologica di immigrati richiedenti asilo; 7.000,00: organizzazione di interventi di promozione delle vaccinazioni nel territorio; 18.000,00: garanzia attività DSM; 17.400,00: screening colon retto; 10.000,00: accessibilità visite urologiche presso la sede di Maniago; 1.620,00: sedute operatorie prolungate; 95.040,00: turni aggiuntivi diurni 8-20; 30.000,00: attività aggiuntiva in carenza di organico; 65.000,00: screening mammografico; 18.000,00: biopsie screening colon retto
ASUI Trieste	1.172.463,46	importo impegnato sui seguenti 10 obiettivi: integrazione ospedale/territorio:97.065,00; qualità delle cure: 712.530,00; processi di riorganizzazione: 77.470,26; interventi sociosanitari: 4.050,00; contenimento dei tempi d'attesa: 133.290,00; prevenzione: 24.300,00; progettualità per malattie cardiovascolari: 15.228,00; migliorameto dei servizi a fronte dell'elevato turn over: 15.750,00; percorsi hub e spoke (neurologia): 14.400,00; screening mammografico: 78.380,20. a questi importi sono stati aggiunti 46.772,00 (esidui RAR 2016) per progettualità malattie cardiovascolari - percorsi hub e spoke; 100.000,00 (finanziati dal fondo criticità) : progettualità malattie cardiovascolari (incrementare o mantenere le attività di ricovero, ambulatoriali,infermieristiche, tempi di attesa e attrazione su non residenti nell'ambito della rete hub e spokeper le patologie cardiovascolari; 148.969,74 (finanziati dal fondo criticità): per la riorganizzazione della chirurgia generale e mantenimento della guardia chirurgica nosocomiale
ASUI Udine	1.525.980,00	importo impegnato sui seguenti 3 obiettivi: 161.280,00: processi di riorganizzazione; 690.780,00: qualità delle cure; 673.920,00: contenimento dei tempi di attesa
Burlo Trieste	264.708,62	importo impegnato sui seguenti 11 obiettivi cui sono stati aggiunti ulteriori 24.245,78 residui anni precedenti: 1.800,00: mantenimento/riduzione tempi di attesa neuropsichiatria; 4.140,00: mantenimento/riduzione tempi di attesa prestazioni ambulatoriali; 5.400,00: assicurare la continuità dell'assistenza in carenza di personale o incremento dell'attività; 210.000,00: mantenimento/riduzione dei tempi di attesa per attività chirurgica; 4.800,00: mantenimento/riduzione dei tempi di attesa per prestazioni diagnostiche interventistiche; 24.000,00: mantenimento/riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali e di quelle chirurgiche; 4.320,00: mantenimento/riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali e di quelle chirurgiche;3.000,00: assicurare il trasporto neonatale; 29.400,00: assicurare la continuità dell'assistenza in carenza di organico e per incremento attività; 2.094,50: redazione di una prorposta di documento sulla rete integrata dei servizi raccolti ai miniro; 4.800,00: mantenimento/riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni chirurgiche e di quelle ambulatoriali in carenza di personale o a incremento dell'attività
CRO Aviano	221.031,66	importo impegnato sui seguenti 16 obiettivi: 31.860,42: pianificazione avanzata del trattamento radioterapico; 5.973,83: messa a regime procedure interventistiche di biopsia mammaria sotto guida RM; 5.973,83: riduzione dei tempi di attesa per pazienti in attesa di biopsie TC - guida; 5.973,83: valutare impatto della pet/ct con F-Colina nella gestione dei pazienti con neoplasia prostatica; 29.869,14: contributo ai processi di certificazione e accertamento; 39.825,53: evidena nuove modalità organizzative (percorso DH medico; separazione in diverse giornate delle terapie lunghe; spostamento dei prelievi in area unica istituzionale; spostamento area medicazione); 19.912,76: riduzione dei tempi di attesa per pazienti che iniziano trattamento antineoplastico in endovena sia in regime di ricovero che in DH;13.938,93: partecipazione ai meeting multidisciplinari presso la sede di aviano; 9.956,38: formazione sul campo: miglioramento qualità delle cure; 17.921,49: contenimento prestazioni anestesiolgiche da parte di medici degli ospedali di Ud e Pn a fronte della riduzione della DO; 13.938,93: riorganizzare le liste di attesa in patologia in coerenza coi principali PDTAR;7.965,11: implementazione e miglioramento della qualità delle cure e del PDT chirurgico nel tumore dell'ovaio; 5.973,83: applicazione dei criteri di qualità come da linee guida europee per gli esami endoscopici; 1.991,28: rischio clinico e qualità "adozione delle misure di antimicrobial stewardship"; 1.991,28: accorpamento punti di accettazione e di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali e delle prestazioni strumentali
E.G.A.S.	4.168,65	importo impegnato sui seguenti due obiettivi: 1.200,00: processi di riorganizzazione; 2.968,65: contenimento dei tempi di attesa
TOTALE	4.374.526,30	

**Rendicontazione progettuale ulteriori risorse regionali aggiuntive demandate alla CIA
Personale della Dirigenza Medica e Veterinaria - Esercizio 2017
ALLEGATO 7**

AZIENDA	quote 2017 per CIA IMPEGNATE per ob strat in raccordo con progr. reg. le e i piani att.aziendali	progetti/obiettivi correlati alle RAR demandate alla CIA per obiettivi strategici in raccordo con programmaz. reg. le e i piani attuativi aziendali
A.A.S. n. 2 Bassa Friulana Isontina	746.852,27	importo impegnato sui seguenti 33 obiettivi: 57.430,20: assicurare la turnistica a fronte della carenza di organico; 8.000,00: riscontri diagnostici per malattie professionali; 18.000,00: mantenere le sedute di sala operatoria dell'attività in carenza di organico; 8.921,40: mantenere le sedute di sala operatoria dell'attività chirurgica in carenza di organico; 23.404,08: vaccinazione obbligatoria di tutti i capi sensibili alla Blue Tongue; 35.574,20: assicurare la copertura della turnistica anche in carenza di organico; 11.702,04: mantenimento offerta visita per innovo /1° visita entro 5 gg dal trattamento farmacologico di nuovi anticoagulanti; 3.042,53: aumento attività dell'equipe multidisciplinare nel trattamento chirurgico dell'obesità patologica; 17.553,06: assicurare la copertura della turnistica anch ein carenza di organico; 8.776,53: assicurare la copertura dell'ambulatorio urologico nel perido estivo; 8.425,47: assicurare l'attività dell'ambulatorio del piede diabetico presso Palmanova; 8.425,00: assicurare l'attività dell'ambulatorio di endocrinologia presso Gorizia; 1.170,20: gestione episodi di aggressività verbale e fisica del paziente; 1.755,31: sorveglianza sanitaria richiedenti asilo; 8.776,53: verifiche nuova medicina di gruppo integrata; 2.340,41: presidenza commissioni individuali di prima istanza palmanova; 4.973,37: posizionamento di PEG e sondini nasogastrici al domicilio su richiesta SID10.707,37: svolgere attività di medico autorizzato per il personale a rischio radiologico; 9.361,63: nuove sedute vaccinali; 44.935,83: assicurare il servizio anche in carenza di organico in microbiologia; 137.526,29: mantenimento attività di ricovero e/o ambulatorio a fronte di carenza di organico; 52.659,18: assicurare attività di medicina dello sport; 14.627,55: garanzia livelli di attività in carenza di organico per malattia prolungata di nefrologo operante a GO; 23.404,08: assicurare ambulatorio consultoriale a gorizia e monfalcone; 101.586,33: garantire continuità clinica assistenziale in PS; 1.500,00: assicurare l'assistenza sanitaria prestata presso l'aeroporto FVG; 20.159,47: continuità clinica assistenziale nei PS in casodi carenza di organico; 7.723,35: assicurare la guardia attiva del medico radiologo nei giorni di festività; 5.851,02: assicurare l'attività dell'ambulatorio diabetologico; 11.702,04: partecipazione alle attività interaziendali; 35.880,00: mantenimento attività in carenza di organico in pediatria; 14.627,55: garantire l'attività del PPS di Lignano; 26.329,59: continuità clinica assistenziale in PS di GO in carenza di organico
A.A.S. n. 3 Alto Friuli - Collinare - Medio Friuli	-	
A.A.S. n. 5 Friuli Occidentale	897.360,00	importo impegnato sui seguenti 21 obiettivi cui sono stati aggiunti 126.300,00 residui anni precedenti. 1.800,00: garanzia attività (giovedì e sabato mattina) medicina riabilitativa; 7.200,00: ore aggiuntive (gen-giug) medici di chirurgia; 240.000,00: attività operatoria medici di chirurgia; 23.400,00: garanzie attività in carenza di organico (sedute operatorie, ore aggiuntive,accessibilità strutture periferiche, turni diurni e notturni); 24.000,00: garanzie attività aggiuntive in carenza di organico; 20.400,00: accreditamento secondo standard GMP; 310.000,00: attività aggiuntiva in carenza di organico (medici ps e medicina d'urgenza); 65.000,00: copertura turni di guardia internistica; 21.600,00: copertura turni guardia internistica; 100.000,00: turni notturni e diurni di 12 ore (pediatria); 51.840,00: garanzia copertura turni medici di pediatria di PN; 1.440,00: garanzia attività medici in carenza di organico; 12.000,00: evedente attività realizzate medici; 42.000,00: garanzia assistenza medica nei CAD; 15.600,00: garanzia attività presso le sedi distrettuali ed h di maniago, spilimbergo e san vito; 1.500,00: sorveglianza medica per studenti università e ceformed; 4.800,00: monitoraggio straordinario dei prodotti fitosanitari nelle acque superficiali di falda nel FVG; 3.600,00: indagine sui casi già individuati nel corso di una attività OCCAM; 12.480,00: servizi veterinari a favore di macelli privati convenzionati; 58.000,00: supporto alle attività veterinarie in disciplina o in territorio diversi da quelli di assegnazione; 7.000,00: partecipazione del personale medicoe veterinario alla commissione di controllo delle farmacie
ASUI Trieste	23.940,00	importo impegnato sul seguente obiettivo: garantire le attività accertative di tipo medico - legale attribuite ex lege al DDD (SO Dipartimento delle Dipendenze)
ASUI Udine	103.963,39	importo interamente impegnato su obiettivi qualitativi/quantitativi di efficienza e di sviluppo derivanti da programmazione aziendale (Piano Attuativo)e/o regionale di cui all'accordo integrativo aziendale 26.10.2017 e int.20.12.2017
Burlo Trieste	-	
CRO Aviano	1.991,28	importo impegnato interamente sul seguente obiettivo: valutare la fattibilità di uno studio di monitoraggio biologico umano della popolazine del comune di monfalcone residente in vicinanza della zona industriale , in particolare della Centrale A2A
E.G.A.S.	30.000,00	importo interamente impegnato per l'attuazione della DGR 2039/2015 (attivazione centrale operativa unica regionale 118) cui sono stati impegnati ulteriori 10.000,00 RAR 2016
TOTALE	1.804.106,94	

Rendicontazione economica risorse regionali aggiuntive
 Personale della Dirigenza S.P.T.A. - Esercizio 2017
 ALLEGATO 8

AZIENDA	quota assegnata da accordo del 30 agosto 2017	Importo liquidato al 31.12.2017	Residuo al 31.12.2017	a	b	a-b	RISORSE IMPEGNATE		RIS NON IMPEGNATE
				Risorse regionali aggiuntive: IM PORTO RESIDUI esercizi precedenti	di cui liquidati al 31/12/2017		quota dem andata alla CIA con destinazione prioritaria ad obiettivi regionali	quota dem andata alla CIA per ob.strat, in raccordo con progr.reg.le e piani attuati az.li	eventuale importo non impegnato
A.A.S. n. 2 Bassa Friulana Isontina	163.196,05	-	163.196,05	3.500,00	-	3.500,00	81.140,00	82.056,05	-
A.A.S. n. 3 Alto Friuli - Collinare - Medio Friuli	97.917,63	-	97.917,63	140.711,25	105.090,00	35.621,25	97.900,00	-	17,63
A.A.S. n. 5 Friuli Occidentale	175.435,75	-	175.435,75	267.039,92	178.865,00	88.174,92	144.235,75	31.200,00	-
ASUI Trieste	252.953,88	-	252.953,88	254.139,51	246.616,71	7.522,80	237.053,88	15.900,00	-
ASUI Udine	246.834,02	-	246.834,02	-	-	-	226.200,00	20.634,02	-
Burlo Trieste	53.038,72	-	53.038,72	7.201,48	-	7.201,48	53.038,52	-	0,20
CRO Aviano	89.757,83	-	89.757,83	14.419,28	10.471,98	3.947,30	72.196,52	17.561,31	-
EGA.S.	72.838,96	-	72.838,96	1.389,69	-	1.389,69	42.838,96	30.000,00	-
TOTALE	1.151.972,84	0,00	1.151.972,84	688.401,13	541.043,69	147.357,44	954.603,63	197.351,38	17,83

Rendicontazione progettuale risorse regionali aggiuntive con destinazione prioritaria agli obiettivi regionali - Personale della Dirigenza S.P.T.A. - Esercizio 2017 ALLEGATO 9		
AZIENDA	importo quote 2017 IMPEGNATE per ob. Reg.li	progetti/obiettivi correlati alle RAR destinate prioritariamente agli obiettivi regionali
A.A.S. n. 2 Bassa Friulana Isontina	81.140,00	importo impegnato sui seguenti 24 obiettivi: 540,00: assegnazione del personale nel gestionale in attuazione dell'Atto aziendale; 6.920,00: riorganizzazione RU; 540,00: allineamento cartellini e profili orari; 4.980,00: revisione standardizzazione e semplificazione dell'iter amm.vo propedeutico alle procedure di gara; 4.980,00: revisione organizzative aree mediche e predisposizione degli standard quali-quantitativi; 2.400,00: costruzione di un modello di calcolo dei costi delle prestazioni di specialista ambulatoriale da utilizzare per la costruzione della tariffa di libera professione; 2.580,00: riorganizzazione delle funzioni amm.ve del Dip. di assistenza primaria; 7.980,00: attività propedeutiche all'istituzione del CURPE e al trasferimento al CUVB e all'EGAS; 1.500,00: App "percorso gravidanza"; 2.880,000: realizzare per il 10% dei nuovi soggetti presi in carico nel 2017 una visita domiciliare; 6.000,00: autorizzazione/accredimento delle RSA e Hospice dell'AAS 2; 2.040,00: monitoraggio e mantenimento/ incremento della qualità assistenziale nelle strutture residenziali per anziani; 5.040,00: centralizzazione della distribuzione ordinaria degli stupefacenti della farmacia ospedaliera sulla sede di Palmanova e messa a punto dei buffer per le emergenze; 13.320,00: mantenimento delle funzioni del servizio farmaceutico di distribuzione diretta in carenza di organico; 6.660,00: revisione delle procedure aziendali per la distribuzione dei beni sanitari; 1.500,00: dematerializzazione modulistica personale; 1.020,00: implementazione di nuovi servizi o attività: gestione informatizzata parco auto; 1.020,00: acquisizione ed avvio di una suite software per la gestione di opere pubbliche; 1.200,00: attribuzione ai vari centri di costo degli oneri gestionali e manutentivi relativi alle apparecchiature biomedicali; 1.680,00: gestione globale del parco automezzi aziendale e sistema di prenotazione; 1.260,00: incremento della produttività e riduzione dei tempi di riallineamento contabile con la tesoreria a seguito della ricostituzione dell'organico del ciclo attivo; 3.060,00: estensione a tutte le strutture aziendali della dematerializzazione delle fatture elettroniche; 1.500,00: digitalizzazione documenti - prima fase; 540,00: dematerializzazione documentazione
A.A.S. n. 3 Alto Friuli - Collinare - Medio Friuli	97.900,00	importo impegnato sui seguenti 3 obiettivi: 2.400,00: processi di riorganizzazione; 88.200,00: qualità delle cure; 7.300,00: contenimento spesa farmaceutica e gestione centralizzata del farmaco
A.A.S. n. 5 Friuli Occidentale	144.235,75	importo impegnato sui seguenti 23 obiettivi cui sono stati impegnati ulteriori 35.000,00 (residui anni precedenti): 24.000,00 garanzie delle attività; 6.300,00: odontoiatria sociale; 6.000,00: riorganizzazione sportelli casse e sportelli accettazione esami di laboratorio; 4.800,00: snellimento e semplificazione delle procedure interne di acquisto di beni non gestiti da egas per ottimizzare le risorse umane a disposizione; 4.800,00: unificazione percorso/procedure per la gestione dei contratti esternalizzati tra sede centrale e sedi periferiche; 12.600,00: ottimizzazione dell'attività amm.va e tecnica; 1.200,00: riorganizzazione delle procedure degli interventi manutentivi; 3.000,00: riorganizzazione/estensione protocollo iterativi; 4.200,00: ritiro referti on line; 9.000,00: atto aziendale adeguamenti modificative attuativi dell'atto aziendale; 9.000,00: collaborazione alle attività di attuazione del nuovo atto aziendale (collaborazione alla stesura degli accordi integrativi aziendali); 2.500,00: supporto e coordinamento all'attuazione del progetto "puerperio attivo"; 1.200,00: mantenere l'attuale presa in carico del servizio adozioni relativa gli studi di coppia in corso al primo anno di post adozione; 19.200,00: realizzazione della viabilità comunale attorno al comprensorio ospedaliero di via monterea PN; 10.800,00: prosecuzione attuazione atto aziendale - piattaforme assistenziali; 3.600,00: promozione e organizzazione servizio infermieristico ed ostetrico aziendale; 19.200,00: garanzia dell'attività della struttura in situazione di ridotta disponibilità di personale dirigente; 18.720,00: riorganizzazione delle attività della SC NPI per l'implementazione di un sistema online di programmazione delle prestazioni di tutto il personale; 3.600,00: mangia giusto: contesti favorevoli alle scelte alimentari nelle scuole dell'infanzia parificate provinciali; 3.000,00: attività di controllo Reach; 5.040,00: garanzia delle attività; 5.400,00: valutazione dell'efficacia del trattamento grupale all'interno dell'intervento psicologico nei programmi terapeutici del Dip. delle Dipendenze
ASUI Trieste	237.053,88	importo impegnato sui seguenti 7 obiettivi: contenimento tempi di attesa: 25.200,00; integrazione ospedale/territorio: 16.200,00; 75.900,00: qualità delle cure; interventi socio-sanitari: 2.100,00; processi di riorganizzazione: 76.447,20; processi hub e spoke: 9.376,68; contenimento spesa farmaceutica: 31.800,00 A questi importi sono stati aggiunti: 7.477,20 (RAR 2016) per il progetto di riorganizzazione della SC Microbiologia; 20.000,00 (finanziati dal fondo criticità) +1.823,32 retribuzione di risultato strategica) per i percorsi hub e spoke della SC Patologia Clinica
ASUI Udine	226.200,00	importo impegnato sui seguenti 8 obiettivi: 70.800,00: processi di riorganizzazione; 61.200,00: contenimento spesa farmaceutica + processi di riorganizzazione; 15.000,00: riorganizzazione percorsi di riabilitazione -interventi socio sanitari; 17.400,00: contenimento dei tempi di attesa; 1.800,00: qualità delle cure; 15.000,00: contenimento tempi di attesa e qualità delle cure; 15.000,00: revisione dei processi di semplificazione amm.va; 30.000,00 contenimento dei tempi di attesa
Burlo Trieste	53.038,52	progetto impegnato sui seguenti 8 obiettivi cui sono stati aggiunti 7.201,48 residui RAR anni precedenti. 2.400,00: assicurare la continuità dei servizi assistenziali e tecnico diagnostici; 2.400,00: benchmarking dei sistemi di accreditamento in un h e sviluppo delle attività di accreditamento istituzionale; 14.700,00: mantenimento/riduzione dei tempi di attesa; 9.000,00: assicurare la continuità delle cure in urgenza; 2.100,00: avviare l'attività di laboratorio della SS sia di ricerca che a fini assistenziali; 1.440,00: supporto alle attività direzionali di riorganizzazione dell'offerta sanitaria; 27.000,00 (nuovo modello gestione sinistri, adeguamento dei regolamenti al nuovo atto aziendale, percorsi attuativi certificabilità bilancio, ricognizione del patrimonio nelle immobilizzazioni, valutazione tasso di utilizzo delle apparecchiature di maggior rilievo e censimento di quelle informatiche); 1.200,00: supporto alle attività direzionali di riorganizzazione dell'offerta sanitaria
CRO Aviano	72.196,52	importo impegnato sui seguenti 9 obiettivi: 40.976,40: contributo ai processi di certificazione e accreditamento; 15.610,06: upgrade hardware e software dell'apparecchiatura di tomoterapia; 1.951,26: nuova procedura abbonamenti; 1.951,26: aumento prestazioni per esterni rispetto all'obiettivo stabilito nella scheda di budget 2016; 3.902,51: miglioramento gestione/liquidazione lavoro straordinario; 1.951,26: innovazione gestionale; 1.951,26: nuova metodologia analisi; 1.951,26: riallineamento procedure a seguito nuovo codice appalti; 1.951,26: miglioramento procedure acquisizione manutenzioni
E.G.A.S.	42.838,96	importo interamente impegnato sui processi di riorganizzazione cui sono stati aggiunti 449,69 residui rar esas 2016
TOTALE	954.603,63	

Rendicontazione progettuale ulteriori risorse regionali aggiuntive demandate alla CIA Personale della Dirigenza S.P.T.A. - Esercizio 2017 ALLEGATO 10		
AZIENDA	quote 2017 per CIA IMPEGNATE per ob strat in raccordo con progr. reg. le e i piani att.aziendali	progetti/obiettivi correlati alle RAR demandate alla CIA per obiettivi strategici in accordo con programmaz. reg.le e i piani attuativi aziendali
A.A.S. n. 2 Bassa Friulana Isontina	82.056,05	importo impegnato sui seguenti 29 obiettivi: 2.400,00: avvio sperimentazione percorso assistenziale integrato per persona con demenza; 960,00: partecipazione, con esito positivo, ad un corso base di specializzazione in materia di prevenzione incendi; 1.020,00: ridefinizione dell'utilizzo delle palazzine A e B di GO al fine della realizzazione del CAP; 960,00: mappatura allarmi dell'H di Latisana; 1.020,00: centrale delle emergenze Palmanova e Latisana; 2.100,00: rilievo e aggiornamento planimetrie degli ospedali e raccolta documentale per l'adesione al mies 2; 1.980,00: aggiornamento del database aziendale con gli elenchi dei dirigenti autorizzati all'esercizio dell'ALP; 2.040,00: attività come componente del servizio ispettivo dell'AAS 2; 3.000,00: monitoraggio degli accantonamenti per sinistri o RC sanitari 2017; 600,00: mantenimento livelli di servizio offerti dal Ceformed in carenza di organico; 2.460,00: attività responsabile anticorruzione; 2.460,00: attività responsabile trasparenza; 1.560,00: gestione verifica raggiungimento risultati obiettivi regionali ed aziendali connessi ad erogazione compensi ai medici aderenti alle AFT/UDMG anni 2016-2017; 540,00: sistemazione archivio SS formazione; 1.980,00: coordinamento dell'attività amm.va progetti di ricerca finalizzata; 5.580,00: adesione al progetto CERGAS Bocconi sullo studio dei costi dell'assistenza primaria; 600,00: supervisione psicologi scuole aderenti al progetto w hat's up; 2.040,00: valutazioni esposizione vibrazioni/rumore indoor e outdoor; 2.040,00: valutazione iniziale impatti ambientali H di Gorizia; 1.200,00: gestione episodi di aggressività verbale e/o fisica (gestione del paziente violento); 7.500,00: elaborazione di un percorso operativo specifico per : adozioni, affido, prevenzione femminile in età post - fertile; 8.400,00: armonizzazione dei percorsi di valutazione e di trattamento per i disturbi del neurosviluppo e psicopatologici dell'infanzia e dell'adolescenza nelle 4 sedi distrettuali dell' SC neuropsichiatria infantile; 20.400,00: assicurare le attività nell'orario pomeridiano anche in carenza di organico; 480,00: aumento attività dell'equipe multidisciplinare nel trattamento chirurgico dell'obesità patologica; 3.000,00: invio primo sollecito di pagamento con A/R per lamessa in mora dei cittadini segnalati dal sistema Tessera Sanitaria (anno 2013); 1.740,00: promuovere lo sviluppo di un ambiente favorevole alla promozione della salute e dell'attività fisica e alla sicurezza stradale attraverso il supporto ad enti e Comuni nelle procedure di VAS e di verifiche di assoggettabilità a VAS; 1.740,00: garantire l'effettuazione delle istruttorie per impianti ad impatto ambientale nei tempi previsti; 1.500,00: commissione aziendale per le strutture sanitarie di cui al dgr 3586/2004 attività di vigilanza e controllo art. 43 titolo VII capo II del dgr 1266/2015; 696,00: obiettivi personale comandato in DCS
A.A.S. n. 3 Alto Friuli - Collinare - Medio Friuli	-	
A.A.S. n. 5 Friuli Occidentale	31.200,00	importo impegnato sui seguenti 8 obiettivi: 12.000,00: sicurezza informatica; 3.000,00: predisposizione convenzione aas 5 come capo fila in regione; 3.000,00: aggiornamento della regolamentazione della conservazione sostitutiva dei documenti informatici e dell'accesso ai documenti amm.vi di aas 5; 1.200,00: gestione solleciti su fatture emesse e non pagate al 31.12.2016; 3.600,00: commissione controllo farmacie; 3.000,00: formazione; 3.000,00: promozione dell'attività fisica; 2.400,00: transition team
ASUI Trieste	15.900,00	importo impegnato sui seguenti 6 obiettivi: 2.400,00: garantire le attività accertative di tipo medico - legale attribuite ex lege al DDD; 1.800,00: mantenimento/incremento dell'attività erogata nel 2016 per quanto riguarda alcune prestazioni ambulatoriali del distretto 2; 2.700,00: ,mantenimento/incremento quali quantitativo dell'attività erogata nel (prime visite e valutazione nuovi casi) Distretto consultorio familiare; 4.800,00: applicazione accordi sulle progressioni economiche orizzontali; 1.800,00: uniformare i procedimenti inerenti la materia della medicina convenzionata in conformità all'organizzazione della SC gestione e valorizzazione del personale; 2.400,00: realizzazione di un nuovo assetto incarichi, in base all'organigramma di cui alla proposta di atto aziendale di asui ts
ASUI Udine	20.634,02	importo interamente impegnato su obiettivi qualitativi/quantitativi di efficienza e sviluppo derivanti da programmazione aziendale (piano attuativo) e/o regionale di cui all'accordo integrativo aziendale dd 28.11.2017 e dd 7.12.2017
Burlo Trieste	-	
CRO Aviano	17.561,31	importo impegnato sui seguenti 4 obiettivi: 5.853,77: valutazione fattibilità di uno studio di monitoraggio biologico umano della popolazione del comune di Monfalcone residente in vicinanza della zona industriale, in particolare della centrale A2A; 1.951,26: revisione manuale procedure operative del sistema gestione qualità del CAF; 1.951,26: collaborazione attiva al fine di aprire e rendere operativo il campus del CRO; 7.805,03: attivazione del programma di gestione per gas medicali individuato da convenzione EGAS
E.G.A.S.	30.000,00	importo impegnato sui seguenti 6 obiettivi cui sono stati aggiunti 940 € di residui rar centralizzate: 1.000,00: cure sicure; 3.500: implementazione PACS; 6.500,00: provveditorato centralizzato; 12.500,00: espletamento procedure concorsuali centralizzate; 940,00: centralizzazione stipendi e previdenza AAS 3 e ASUI UD in capo a EGAS; 6.500,00: supporto alle attività facenti capo a EGAS
TOTALE	197.351,38	

4. SINTESI DELLA PROGRAMMAZIONE AZIENDALE NELL'ANNO 2017

VALUTAZIONE 2017 - NOTA ESPLICATIVA

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

- attuazione al 31/12/2017: le aziende descrivono lo stato di attuazione di quanto previsto nei risultati attesi;
- valutazione Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità (di seguito direzione Centrale Salute): viene rappresentata la valutazione sintetica della Direzione rispetto al raggiungimento dell'obiettivo.

La valutazione è stata effettuata in base ai seguenti criteri:

Un obiettivo può essere considerato:

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

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

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

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

Azienda sanitaria universitaria integrata di Trieste

3.1 PROGETTI DI RIORGANIZZAZIONE DELLE FUNZIONI

3.1.1. Atti aziendali	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso
Atto aziendale	<ul style="list-style-type: none"> - Entro il 28 febbraio 2017 la ASUI di Trieste trasmetterà alla DCS la proposta di Atto aziendale. In tal modo potrà essere dato avvio all'applicazione dello stesso, una volta approvato. - Nel corso del mese di ottobre ASUITs invierà alla DCS una relazione sullo stato di applicazione del proprio Atto aziendale al 30.09.2017.
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Atto Aziendale trasmesso in Direzione Centrale Salute con nota prot. n. 20405 dd. 18.4.2017</p> <p>Con nota prot. n. 10889 dd. 28.2.2017 l'Azienda ha comunicato alla DCS di aver ultimato la redazione della proposta di Atto Aziendale sulla base della programmazione e delle direttive regionali e di essere in procinto di concludere i già calendarizzati incontri sindacali nonché di essere in attesa del parere del Magnifico Rettore dell'Università degli Studi di Trieste, poi trasmesso con nota prot. 13476 dd. 12.4.2017.</p> <p>Quindi, con nota prot. n. 20405 dd. 18.4.2017 è stata inviata alla Direzione Centrale Salute, Integrazione sociosanitaria, Politiche sociali e Famiglia la proposta di Atto Aziendale dell'A.S.U.I. di Trieste.</p> <p>La Direzione Centrale ha riscontrato la richiesta aziendale con nota prot. n. 28508 dd. 31.5.2017, formulando alcune osservazioni e prescrizioni in ordine alla predetta proposta preliminare, recepite nella versione definitiva del documento, successivamente re-inoltrato alla DCS con nota prot. n. 31986 dd. 20.6.2017.</p> <p>L'Atto Aziendale è stato quindi adottato con decreto n. 476/2017, su decreto del Direttore Centrale Salute, Integrazione sociosanitaria, Politiche sociali e Famiglia n. 879/SPS dd. 30.6.2017 di approvazione della proposta di Atto Aziendale dell'A.S.U.I. di Trieste.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

3.1.2. Applicazione delle DGR 2673/2014, 929/2015 e 2151/2015	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso
Applicazione delle DGR 2673/2014, 929/2015 e 2151/2015	- Entro il 30 giugno 2017 ASUITs trasmetterà una relazione sullo stato di applicazione delle DGR 2673/2014 e 929/2015.

	- Ove la relazione presentasse degli scostamenti, questi dovranno essere motivati e corretti entro l'anno 2017
Attuazione al 31.12.2017 Vedi Sopra	
Motivazioni scostamento del risultato atteso	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

3.1.3. Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso
EGAS	<ul style="list-style-type: none"> - Collaborare alle iniziative intraprese da EGAS in base alle direttive regionali. - Attuare quanto stabilito in Comitato di Indirizzo Egas
Attuazione al 31.12.2017 ASUITs ha garantito nel corso del 2017 la collaborazione e la partecipazione alle iniziative intraprese da EGAS in base alle direttive regionali e ha attuato, per quanto di propria competenza, quanto stabilito in Comitato di Indirizzo	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.4 Chirurgia e procedure invasive	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso
Definizione della funzione chirurgica.	Partecipazione ai lavori regionali, finalizzati alla definizione di un documento di riorganizzazione dell'attività di chirurgia e delle procedure invasive
Attuazione al 31.12.2017 ASUITs ha partecipato ai lavori regionali	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Concentrazione attività di chirurgia oncologica	<p>L'azienda deve riorganizzare l'attività di chirurgia oncologica relativamente ai seguenti tumori:</p> <ul style="list-style-type: none"> - esofago: nessun intervento realizzato; - pancreas: concentrazione in un'unica struttura e sede; - ovaio: nessun intervento realizzato; - stomaco: concentrazione in un'unica struttura e sede. <p>Con le strutture private l'azienda deve concordare la sospensione dell'attività al di sotto della soglia</p>

	<p>minima.</p> <p>Presentazione progetto operativo alla Direzione Centrale Salute entro il 30.6.2017.</p> <p>Avvio di riorganizzazione entro il 1.9.2017</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>- Obiettivo raggiunto in quanto in ASUITS opera una sola Struttura di Chirurgia Generale che affronta le problematiche relative a pancreas e stomaco.</p> <p>Recepita la Nota del Direttore centrale salute prot. nr. 0008604 dd. 05/05/2017 con la quale viene modificata la tempistica prevista dalla modalità di valutazione</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.5 Urgenza emergenza	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Implementazione del Piano Regionale dell'Emergenza Urgenza	- Partecipazione ai lavori regionali sull'omogeneizzazione dei protocolli operativi dei servizi di Pronto Soccorso
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>ASUIT ha partecipato ai lavori regionali</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.6 Geriatria	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso
Geriatria	- Garantirà la necessaria collaborazione alle attività coordinate dalla Regione.
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>ASUITS ha partecipato ai lavori regionali</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

3.1.7. Medicina di laboratorio	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso
Medicina di laboratorio	<p>- Nel 2016 si è avviata la fase di predisposizione del programma di riorganizzazione delle funzioni per l'AAS2 che comprende l'analisi organizzativa attuale, un piano di transizione ed un programma di realizzazione (<i>to be</i>) che sarà avviato nel corso del 2017.</p> <p>- Per il 2017 si prevede per il presidio ospedaliero Cattinara-Maggiore di Trieste di dare seguito al documento di riorganizzazione complessiva delle</p>

	<p>attività di Laboratorio analisi, Anatomia Patologica e Microbiologia e virologia che coinvolge le sedi del presidio ospedaliero di Gorizia-Monfalcone.</p> <p>Il programma di riorganizzazione partirà dalla fase di valutazione <i>as-is</i> descritto nel documento che sarà congiunto.</p> <p>- Messa a regime del sistema informatico/informativo fra i centri hub e spoke con adozione delle procedure informatiche già scelte, al fine di realizzare un unico sistema regionale integrato</p>
--	--

Attuazione al 31.12.2017

-Nel 2016 è stato redatto il "Documento di riorganizzazione della Medicina di Laboratorio dell'area giuliano-isontina" che comprende (pag. 83 – 105) l'as is, il to be nonché il piano di transizione per i Laboratori di Gorizia e Monfalcone dell'AAS2. Il documento è comprensivo delle attività di Laboratorio Analisi e Microbiologia e Virologia.

-Nel 2017 è stato redatto il documento di riorganizzazione (action plan), per la riorganizzazione delle attività di Medicina di Laboratorio. Si è proceduto inoltre alla progettazione e condivisione delle attività comuni tra ASUITs e AAS2 di Anatomia Patologica.

- E' stato messo a punto il Sistema Informatico Unico con le azioni sul Sistema Centrale Regionale e sui Sistemi Informatici di ASUITs, AAS2 e IRCCS Burlo Garofolo finalizzati alla realizzazione del Sistema Informatico Unico Integrato tra presidi hub&spoke secondo le procedure informatiche predefinite dal SSR.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO MANCA ANATOMIA PATOLOGICA
Cell Factory	Definizione con CRO e ASUI-Ud di un progetto di organizzazione per la <i>Cell Factory</i> regionale

Attuazione al 31.12.2017

Il progetto non risulta essere stato attivato.

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

3.1.8 Oncologia	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Oncologia	- Collaborazione con la Direzione Centrale Salute per la definizione del nuovo Piano oncologico
Attuazione al 31.12.2017	
ASUITs ha partecipato ai lavori regionali	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

3.1.10 Riabilitazione	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Riabilitazione	- Collaborazione con la Direzione Centrale Salute per la definizione del nuovo Piano della Riabilitazione
Attuazione al 31.12.2017 ASUITs ha partecipato ai lavori regionali	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

3.2. PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

3.2.1. Tutela della salute della donna	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Consolidare il ruolo dell'ostetrica nel supporto della donna in ogni fascia d'età, anche attraverso l'inserimento della figura all'interno degli istituendi CAP, insieme ai MMG	Ostetrica inserita nel 30% dei CAP istituiti nel 2017
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>FRAGIACOMO</p> <p>SOLA</p> <p>Nell'ottica del consolidamento del ruolo dell'ostetrica, in particolare nelle attività inerenti il Percorso Nascita e la presa in carico della gravidanza fisiologica, parallelamente al processo di concretizzazione delle attività dei CAP, nel 2017 si sono svolte le seguenti attività: partecipazione del referente ASUITs al Comitato Tecnico Regionale Percorso Nascita e al sottogruppo predisposizione del "Percorso nascita in Friuli Venezia Giulia. Progetto gravidanza a basso rischio a gestione ostetrica"; tavolo di lavoro parallelo ASUITs per la rilevazione delle attività SCBADO/Consultorio Familiare inerenti l'assistenza in gravidanza e post parto; avvio delle modalità organizzative preliminari per l'attuazione del Percorso nascita regionale; completamento del percorso ASUITs per la definizione della Core Competence dell'Ostetrica di Comunità. Nelle sedi di Aurisina e Muggia sono collocate le attività distrettuali dei SCBADO/Consultorio Familiare che prevedono la presenza plurisettimanale delle ostetriche che svolgono in modo autonomo attività rivolte alle donne in gravidanza e nel puerperio, insieme altri professionisti, in raccordo con MMG/ PLS.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Strutturare i percorsi della gravidanza fisiologica anche con la prescrizione degli esami diagnostici, e quelli successivi al parto, con il ripristino ed il rafforzamento, dove già esistenti, delle visite domiciliari.	Percorsi della gravidanza fisiologica: procedura definita in collaborazione tra le aziende
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>SOLA</p> <p>Nel corso del 2017, nell'ambito del Comitato Regionale Percorso Nascita è stato istituito un sottogruppo di lavoro interaziendale (referente per ASUTs dott. ssa Sola) che ha prodotto il documento "Percorso nascita in Friuli Venezia Giulia. Progetto gravidanza a basso rischio a gestione ostetrica" (del. 723 del 2173/2018).</p> <p>In parallelo si è svolto un gruppo di lavoro Aziendale (ostetriche, coordinatori, responsabile di SSCF e responsabile di SCBADO) che in parallelo al percorso regionale ha effettuato la rilevazione delle attività delle SSCF inerenti al Percorso Nascita e ha valutato la applicabilità del percorso regionale presso le strutture di ASUITs.</p> <p>Nell'ambito delle attività integrate ASUITs- IRCCS Burlo Garofolo si è sperimentato l'"Accordo di continuità tra ASUITs e Irccs Burlo Garofolo per le donne in situazioni di rischio psicosociale e sanitario durante la gravidanza, il parto ed il puerperio e per i bambini dopo la nascita". A tutte le donne risultate</p>	

positive alla check list di individuazione sono state offerte una o più visite domiciliari dell'ostetrica nel corso della presa in carico.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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

Attuazione al 31.12.2017

Nel corso del 2017 tutti i gruppi Post parto dei Corsi di accompagnamento alla nascita hanno ricevuto un intervento da parte degli operatori dei centri vaccinali distrettuali (infermieri/ass. sanitarie) riguardante le vaccinazioni e la nuova normativa relativa all'obbligo vaccinale (l.119/17).

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Tutela della salute della donna (progettualità aziendali)	<ul style="list-style-type: none"> - Prosecuzione dei lavori del gruppo interistituzionale con percorsi di armonizzazione dell'offerta ospedale territorio, miglioramento delle attività di continuità di cura, in particolare dopo la dimissione dalla maternità di mamma e bambino. - Studio di fattibilità e definizione di procedure per la maggior responsabilizzazione dell'ostetrica nei percorsi di gravidanza fisiologica-

Attuazione al 31.12.2017

Durante il 2017 sono proseguire le seguenti attività:

1. gruppo di lavoro regionale (sottogruppo Comitato Regionale Percorso Nascita) che ha prodotto le linee di indirizzo "Percorso nascita in Friuli Venezia Giulia. Progetto gravidanza a basso rischio a gestione ostetrica" (del. 723 del 2173/2018);
2. gruppo di lavoro ASUITS IRCCS Burlo Garofolo che ha sperimentato l'"Accordo di continuità tra ASUITS e Irccs Burlo Garofolo per le donne in situazioni di rischio psicosociale e sanitario durante la gravidanza, il parto ed il puerperio e per i bambini dopo la nascita", a partire dal 30/6/2017;
3. gruppo di lavoro ASUITS- Gravidanza fisiologica: analisi delle cartelle cliniche delle donne seguite dalle SSCF per la valutazione dei fabbisogni strutturali, formativi, organizzativi in relazione all'applicazione delle linee di indirizzo regionale;
4. mantenimento dell'attività a cura dell'ostetrica:
 - a. gruppi pre e postparto (CAN preparto: gruppi 66; 955 donne/1357 parti residenti= 70,3%);
 - b. percorsi individualizzati di Accompagnamento alla Nascita preparto (situazioni a rischio psicosociale e sanitario);
 - c. attività di accoglienza Mamma Bambino dopo la dimissione dalla maternità (1223/1357 parti= 90%);
 - d. consulenze allattamento= 3489/ anno;
5. mantenimento delle attività integrate ASUITS- IRCC Burlo Garofolo sull'allattamento: formazione Sul Campo dal titolo "Continuità delle cure nella promozione dell'allattamento materno e della sana alimentazione nella prima infanzia", condivisa tra Gruppi Aziendali Allattamento di ASUITS e di IRCCS (codice IRCBG_00720- Resp. Scientifici dott.ssa Laura Travan- IRCCS e dott.ssa M. V. Sola

ASUITS), in cui, tra l'altro, sono stati effettuati audit di casi clinici condivisi tra ospedale e territorio

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

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

Obiettivo azienda	Risultato atteso
<p>Conclusione del Progetto Cardio 50 con l'analisi dei risultati al fine di valutarne l'estensione a tutta la regione come screening a chiamata attiva (ASUIUD)</p>	<p>Il progetto Cardio 50 ASUIUD si è concluso con una buona adesione allo screening (75% dei 50enni chiamati) ed il riscontro di almeno un fattore di rischio nel 40% degli screenati sani (40% in classe C - nuovi ipertesi, iperglicemici, ipercolesterolemici). Il progetto potrebbe essere esteso in ASUITs come screening opportunistico dei MMG e delle strutture aziendali (ambulatori specialistici e/o internistici, Distretti, Dipartimento di Prevenzione, Banca del Sangue) del rischio CV sulla popolazione dei 35-69enni.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>E' stato attivato in ASUITs il progetto di screening opportunistico dei MMG e delle strutture aziendali dedicate (ambulatori specialistici e/o internistici, Distretti, Dipartimento di Prevenzione, Banca del Sangue) del rischio CV sulla popolazione dei 50-65enni. E stato concordato e deliberato dalla DCS FVG lo stanziamento di 400.000 Euro per attivare lo screening gratuito degli esami biumorali necessari (colesterolo, HDL, trigliceridi, Hb glicata, creatinina) che dovrebbe essere disponibile entro la prima metà del 2018. Sarà a questo punto invitata tramite lettera alla popolazione interessata (50-65enni che non ha già eseguito gli esami negli ultimi 3 anni, né ha diagnosi di malattia cardiovascolare, diabete mellito con eventuale danno d'organo, insufficienza renale) ad usufruire di questa opportunità previ accordi con i MMG, per la classificazione del rischio e l'attivazione dei PDTA appropriati e presenti sul Manuale dei Percorsi di Prevenzione Cardiovascolare redatto dal Gruppo Regionale di Prevenzione Cardiovascolare e diffuso nel 2016</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>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</p>	<p>Le persone intercettate dal personale medico-infermieristico delle AFT e/o delle strutture aziendali coinvolte avvieranno una fase di screening opportunistico del rischio CV utilizzando la cartella informatizzata del MMG o il Portale per la raccolta dati e per definire il Rischio CV acquisito da ASUITs impostare immediatamente un counselling breve sul rischio CV ed avviare, ove indicato sulla base del "Manuale di Prevenzione CV" regionale, il PDTA appropriato che potrà giovare di percorsi facilitati (ad es. per visita cardio/angiologica, refertazione ECG on line, posti dedicati per ECO TSA, ABI ed ecocardiogramma) e della esenzione del ticket per "Screening Cardiovascolare".</p>

Attuazione al 31.12.2017

Il progetto pilota per lo screening opportunistico del paziente a rischio CV sulla popolazione dei 50-65enni (allegato 2) è stato creato dal gruppo regionale della prevenzione. A livello di ASUITS il progetto pilota di screening opportunistico dei MMG e delle strutture aziendali dedicate (ambulatori specialistici e/o internistici, Distretti, Dipartimento di Prevenzione, Banca del Sangue) è stato recepito nell'ambito degli obiettivi sulla prevenzione CV e verrà attuato secondo le caratteristiche locali (anche in base a PDTA già presenti). È stato concordato e deliberato dalla DCS del FVG lo stanziamento di 400.000 Euro per attivare lo screening gratuito degli esami biomorali necessari (colesterolo totale, HDL, trigliceridi, glicemia, creatinina) che dovrebbe essere disponibile (con esenzione specifica per prevenzione CV) entro la prima metà del 2018.

Questo consentirà ai MMG di inviare il paziente nella fascia di età 50-65 anni a eseguire esami di laboratorio necessari per il calcolo del rischio CV, purché gli stessi esami di laboratorio non siano stati già eseguiti negli ultimi 2-3 anni), e che non ci sia già una diagnosi di malattia cardiovascolare, (ipertensione arteriosa, diabete mellito, dislipidemia con eventuale danno d'organo, insufficienza renale). La classificazione del paziente a rischio CV moderato/alto prevede la successiva esecuzione di esami per la miglior stratificazione del rischio CV, come indicato nel Manuale dei percorsi della Prevenzione CV (allegato 1). La classificazione del paziente a rischio CV molto alto prevede la valutazione da parte dello specialista di riferimento e eventuale presa in carico secondo PDTA condivisi. La piattaforma per la valutazione del rischio CV è stata completata ed è disponibile da dicembre 2017. Dal 2018 sono partite alcune installazioni prova nei singoli studi MMG, con lo scopo di installarla da remoto successivamente su tutti i software dei MMG che aderiscono al progetto.

Il progetto Pilota è stato presentato a livello regionale alla riunione Ceformed organizzata a grado il 27 settembre 2017.

A livello di ASUITS vi sono state riunioni per la presentazione del progetto pilota in direzione generale ai rappresentanti della MG, per condividere un obiettivo di screening CV opportunistico e invio dei dati attraverso il software del rischio CV alla piattaforma regionale per valutazione delle percentuali di pazienti screenati e calcolo del rischio CV nella fascia 50-65 anni. Il percorso prevede la successiva esecuzione degli esami strumentali di approfondimento, inizio tempestivo di terapia, modifica degli stili di vita non corretti e indirizzamento precoce ai PDTA appropriati per presa in carico.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Avvio a livello aziendale dei gruppi di lavoro per i Percorsi Assistenziali definiti in coerenza con il documento regionale di indirizzo</p>	<p>A livello aziendale ASUITS viene identificato e designato dalla Direzione un gruppo aziendale multidisciplinare per l'applicazione dei Percorsi Assistenziali in Prevenzione Cardiovascolare composto dai componenti del Gruppo Regionale per il Piano di Prevenzione Regionale, il/i referenti Aziendali per la Prevenzione Cardiovascolare, rappresentanti della Direzione Strategica, del Dipartimento di Prevenzione, dei Distretti, della Medicina Generale. Il gruppo di lavoro promuoverà la diffusione in tutta l'Azienda di brochure informative/educative sull'importanza e le modalità aziendali di raccolta dei dati per la classificazione del rischio CV, sui principi cardine</p>

	della promozione della salute CV e sui percorsi clinico-assistenziali attivati a livello aziendale.
Attuazione al 31.12.2017	
<p>E' stato identificato a livello aziendale ASUITs un gruppo aziendale multidisciplinare per l'applicazione dei Percorsi Assistenziali in Prevenzione Cardiovascolare composto dai componenti del Gruppo Regionale per il Piano di Prevenzione Regionale, il/i referenti Aziendali per la Prevenzione Cardiovascolare, rappresentanti della Direzione Strategica, del Dipartimento di Prevenzione, dei Distretti, della Medicina Generale. E' stata inviata dalla Direzione Sanitaria lettera di adesione in settembre 2017 (allegato 3). Il gruppo di lavoro che si riunirà a breve promuoverà nel 2018 la diffusione in tutta l'Azienda di brochure informative/educative sulle modalità di accesso alle strutture aziendali coinvolte nei percorsi di prevenzione CV e sull'importanza e le modalità di raccolta dei dati per la classificazione del rischio CV, sui principi cardine della promozione della salute CV e sui percorsi clinico-assistenziali attivati a livello aziendale.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Prosecuzione della formazione (tutte le aziende)	La formazione aziendale è fondamentale per il successo delle iniziative del Piano Regionale Prevenzione a livello aziendale. Nel 2017 verranno aggiornate le 5 FAD previste dal Piano Regionale Prevenzione specifici per gruppi omogenei regionali e verrà organizzato 1 corso residenziali aziendale per varie categorie professionali sulla sorveglianza delle MCNT, sulla promozione della salute e sui principi della prevenzione cardiovascolare (prevista dal PRP la partecipazione di personale sanitario in una percentuale cumulativa con il 2016 di almeno il 9%).
Attuazione al 31.12.2017	
<p>Le FAD per i medici di medicina generale (MMG), specialisti in cardiologia, igiene e personale non medico sono state aggiornate secondo le indicazioni delle linee guida della prevenzione CV e delle dislipidemie del 2016.</p> <p>Le FAD sono state accreditate dall'Ufficio formativo di ASUITs e hanno ottenuto 22,5 punti ECM. Il materiale scientifico è stato caricato sulla piattaforma di ASUIUD (https://fad.informasanitaudine.it/) e reso disponibile per la compilazione da ottobre 2017. I MMG e gli altri specialisti hanno ricevuto un invito sulla mail istituzionale con allegata una lettera della DCS (vedi allegato 4/a/b) che indicava lo scopo del progetto regionale, mentre il personale non medico che fa capo ai Dipartimenti coinvolti nella prevenzione CV è stato iscritto alla FAD dopo l'invio dei nominativi al dipartimento di informatica ASUIUD.</p> <p>Per il 2018 le FAD sono state riaccreditate dall'Ufficio Formativo ASUITs, le categorie coinvolte sono le stesse più i Medici del Lavoro. La riattivazione delle FAD verrà pubblicizzata attraverso gli Uffici Formativi Aziendali e la Formazione Regionale FVG. Obiettivo per il 2018 è il raggiungimento della percentuale cumulativa di compilazione delle FAD del 9% per ogni figura professionale coinvolta.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
PRESA IN CARICO PRECOCE DEI SOGGETTI CON DISTURBI D'ANSIA /DEPRESSIVI	

Definizione condivisa di un modello per la presa in carico	modello individuato
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Il DSM dell'ASUI di Trieste e Centro Collaboratore OMS ha proseguito il programma per il miglioramento della qualità dei percorsi di cura in collaborazione con i MMG – PLS e con i Centri di Assistenza Primaria territoriale (CAP) per il trattamento dei disturbi d'ansia/depressivi e per la diffusione della versione italiana del Mental Health Gap (MHGap).</p> <p>Il modello per la presa in carico delle persone con disturbi d'ansia e/o depressivi è stato definito e condiviso con i MMG e PLS nell'ambito del percorso formativo concordato.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Formazione di MMG e PLS	percorso formativo realizzato
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Il percorso formativo "Mental Health Gap – linee guida internazionale sui disturbi psichiatrici comuni dell'OMS. Presentazione di esperienze di medicina collaborativa.", con l'attivazione della Continuità Assistenziale, si è tenuto il 6 luglio 2017.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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

Obiettivo azienda	Risultato atteso
Raggiungere e/o mantenere un'adesione ai programmi di screening pari al 65% per la cervice uterina, al 65% per la mammella, e al 70% per il carcinoma del colon retto	Adesione pari al 65% per la cervice uterina, al 65% per la mammella, e al 70% per il carcinoma del colon retto
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Adesione pari al 60,33% per la cervice uterina, al 66,3% per la mammella, e al 56,5% per il carcinoma del colon retto</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
garantire il rispetto degli standard di qualità, come previsto dall'Atto d'Intesa del 18 dicembre 2014 della Conferenza Stato-Regioni sul documento recante "Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete dei Centri di Senologia".	Adozione formale di un sistema regionale di verifica dei requisiti dei centri di senologia. Rispetto dei requisiti da parte delle Aziende
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Mantenuta la certificazione EUSOMA per la nostra Breast unit</p> <p>la regione non ha definito un sistema di verifica dei requisiti; la Breast Unit di Trieste si attiene a quanto stabilito per la certificazione EUSOMA confermata per tutto il 2018</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
garantire che i radiologi certificati svolgano sia la lettura del test mammografico di screening sia la	- lettura del primo livello e gestione del percorso di approfondimento diagnostico da parte di radiologi

gestione del percorso di approfondimento diagnostico dei casi richiamati	certificati
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Il programma di screening prevede un referente nella persona della dott.ssa Dellach e del prof. Zanconati; a tutt'oggi non esiste una formalizzazione delle figure responsabili a seguito dell'unificazione delle aziende</p> <p>I radiologi che leggono gli esami di screening sono tutti certificati</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
garantire la tempestiva refertazione dello screening mammografico e ridurre i richiami intermedi (early recall) dopo approfondimento	<ul style="list-style-type: none"> - >90% esami negativi di primo livello refertato entro 15 giorni - percentuale di early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso"/totale dei casi chiusi dall'unità senologica inferiore al 10%
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>1° indicatore rispettato : Tutti gli esami sono refertati entro 15 giorni .</p> <p>2° indicatore rispettato: early recall < 4%</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
garantire il rispetto dei requisiti definiti dalla regione per i centri di secondo livello.	<ul style="list-style-type: none"> - Adozione formale di un sistema regionale di verifica dei requisiti dei centri di secondo livello. - Rispetto dei requisiti da parte della aziende
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>La regione non ha definito un sistema di verifica dei requisiti; ASUITS si attiene a quanto stabilito per la certificazione EUSOMA confermata per tutto il 2018</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica per gli esami di 2° livello di screening	Percentuale di compilazione dei campi fondamentali >=95%
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>La cartella endoscopica viene compilata correttamente</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
mantenere aggiornate, tramite i distretti, le anagrafi sanitarie verificando assistiti in base ai dati del monitoraggio delle lettere inesitate fatti pervenire dalla Direzione Centrale Salute.	Anagrafe sanitaria aggiornata
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Tutti i pazienti che si sono rivolti ai Distretti sono stati gestiti in modo tempestivo e le loro anagrafiche verificate. Relativamente alle lettere inesitate si è verificato che una significativa quota parte riporta indirizzi incompleti riguardo ad attributi del numero civico (eventuale esponente) a causa di malfunzionamento dell'integrazione con le anagrafi comunali.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

3.2.5. Salute e sicurezza nelle scuole e benessere dei giovani (Programma III PRP)	
Obiettivo azienda	Risultato atteso
Salute e sicurezza nelle scuole e benessere dei giovani (Programma III PRP)	<ul style="list-style-type: none"> - mantenimento delle attività di Peer Education negli Istituti superiori Statali del territorio di Trieste (reclutamento dei Peer, formazione/ laboratorio per i Peer Educator, interventi di sensibilizzazione/ rinforzo nelle classi 2e, formazione degli insegnanti) - attuazione del percorso di Peer Education nelle scuole di Formazione Professionale (reclutamento dei Peer, formazione/ laboratorio per i Peer Educator, interventi di sensibilizzazione) - valutazione dell'impatto degli interventi di Peer education nelle scuole statali coinvolte (in collaborazione con l'Unità di Psicologia del Dipartimento di Scienze della Vita dell'Università degli Studi di Trieste)
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Nel corso del 2017 è stato mantenuto il progetto Afrodite- Meglio Sapere Tutto per la sua penultima annualità.</p> <p>E' proseguita l'attività di Peer Education presso le scuole statali (Deledda- Max Fabiani, Galvani, Petrarca, Galilei) e professionali (IAL, CIOFS, Civiform ed Edilmaster) come previsto dall'impianto del progetto (reclutamento formazione dei Peer Junior- 27 classi terze, interventi dei Peer Junior e Senior nelle classi seconde- 27 classi, interventi di rinforzo degli insegnanti, evento finale congiunto Statali- Professionali presso il Polo Giovanile Toti). Nel 2017 complessivamente hanno lavorato 65 PJ e 46 PS delle scuole statali e 33 delle Scuole professionali per un totale di 144 Peer educator.</p> <p>La formazione degli insegnanti delle Statali e delle Professionali (5 ore, 2 edizioni successive) ha riguardato la resilienza degli adolescenti ed è stata sviluppata con il Dipartimento di Scienze della Vita- Unità di Psicologia.</p> <p>Sono state discusse 3 tesi di laurea magistrale presso l'Unità di Psicologia- Dipartimento di Scienze della Vita con la raccolta dati relativa al progetto.</p> <p>L'avvio dell'anno scolastico 2017- 2018 ha visto la partecipazione di 2 nuovi istituti (Nordio e Oberdan): sono in corso le attività previste (reclutamento, avvio della formazione, mantenimento della Cabina di Regia per e Scuole Statali e Professionali).</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Le aziende sanitarie collaborano e sostengono percorsi ed azioni coerenti a diffondere in tutta la Regione il modello di Scuola che promuove la salute, che ha lo scopo di migliorare il successo scolastico e facilitare l'azione in favore della salute.	almeno il 20% delle 167 scuole della Regione dovranno esser raggiunte dalla proposta di aderire alla rete Scuole che promuovono salute (SHE).
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>30 scuole su 35 (85.7%) hanno aderito alla rete Scuole che promuovono salute (SHE).</p>	

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Presentazione e avvio, da parte di tutte le aziende sanitarie, di una progettualità, con il finanziamento dedicato, di peer education nelle scuole della regione. Continua la diffusione e implementazione dei progetti riconducibili alle buone pratiche, quali modello What's up, Unplugged, peer education ecc	Aderiscono alla progettazione almeno il 45% delle scuole della regione (almeno 60 scuole raggiunte).
Attuazione al 31.12.2017 Presso la nostra Azienda hanno aderito alla progettazione 20 scuole su 35 (57%)	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2.6. Prevenzione delle dipendenze (Programma IV PRP)	
Obiettivo azienda	Risultato atteso
Creare un Gruppo di formatori per i docenti delle scuole primarie e secondarie sulle life skills come strumento di prevenzione anche delle dipendenze, attraverso l'organizzazione di un Workshop regionale teorico-pratico	<ul style="list-style-type: none"> - 1 workshop formativo Regionale - almeno 4 operatori formati per Azienda (Prevenzione, Dipendenze e altre strutture interessate) - almeno n. 1 workshop di "trasferimento LS contesto scuola" per azienda
Attuazione al 31.12.2017 <ul style="list-style-type: none"> - il Workshop formativo denominato "Interventi nelle scuole. Un percorso formativo sulla promozione delle life skills", si è tenuto il 29-30 maggio e il 5-6 giugno a Udine, Aula magna Ospedale S. Maria della Misericordia; - alla formazione regionale hanno partecipato 12 operatori del gruppo promozione della salute intra-aziendale, referenti dei diversi servizi aziendali (DIP, DDD, DSM e Distretti); - il progetto Unplugged, basato sulla metodologia delle LS, è stato realizzato durante l'anno 2017 dal gruppo integrato di operatori aziendali, sia nelle scuole statali che negli Enti di formazione professionale; tale progetto sta continuando anche nel 2018 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Formare gli Assistenti sociali degli ambiti territoriali per diffondere gli strumenti di identificazione precoce delle persone vulnerabili al gioco d'azzardo patologico	Almeno 1 corso per Assistenti sociali degli ambiti su ogni territorio Aziendale;
Attuazione al 31.12.2017 Effettuato il percorso formativo in collaborazione con Area Welfare; l'edizione di Trieste si è tenuta il 6 novembre 2017.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2.7. Promozione dell'attività fisica (Programma V PRP)	
Obiettivo azienda	Risultato atteso
Promozione dell'attività fisica (Programma V PRP)	Proseguimento forme di attività fisica che sono state reputate funzionali all'obiettivo quali: <ul style="list-style-type: none"> - muoviamoci insieme - attività benessere - attività fisica nei ricreatori
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <ul style="list-style-type: none"> - è continuata anche nel 2017 l'attività "muoviamoci insieme" attività fisica rivolta alla popolazione over 65 con patologie croniche osteoarticolari, con la stessa modalità degli anni passati - l'attività benessere è continuata nel 2017 si sono fatti 4 gruppi rivolti a persone con malattie croniche (diabete, scompenso cardiaco...) con circa 10/15 persone a gruppo - è continuata l'attività fisica fatta dalle associazioni nei ricreatori, nelle mattinate, messi a disposizione dal Comune di Trieste e nel 2017 si è aggiunta la possibilità di utilizzare altri 2 ricreatori 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
avvio di un progetto di attività fisica rivolto alla popolazione adulta da realizzare con il finanziamento dedicato	presentazione del progetto alla DC e avvio realizzazione
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>ASUITs con DEC 282 dd. 03/05/2017 ha predisposto l'avviso alle Associazioni a manifestare l'interesse e con successivo DEC 590 dd. 06/09/2017 ha individuato le 5 Associazione che hanno avuto il contributo derivato dal finanziamento regionale dedicato. Entro dicembre 2017 almeno 5 attività, definite nei progetti presentati, sono iniziate</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
realizzazione progetti di promozione attività fisica adattata	Almeno 1 iniziativa/progetto
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>ASUITs anche nel 2017 ha continuato "Il Programma di promozione della Salute, attraverso la fase di mantenimento (III fase) dell'Attività Fisica Adattata (AFA) per adulti a rischio cardiovascolare e metabolico" attraverso la collaborazione tra Associazione sportiva ed il Centro Cardiovascolare</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
diffusione del catalogo aziendale delle offerte e opportunità di attività fisica presenti sul territorio e aggiornamento dello stesso	Catalogo aziendale pubblicato sul sito aziendale e aggiornato auspicando la possibilità di utilizzo di strumenti adeguati di pubblicazione.
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Le associazioni sportive, di volontariato e di protezione sociale utilizzano il link regionale "Invecchiamento attivo" in accordo tra Aziende Sanitarie e l'Area Promozione salute e prevenzione Direzione centrale salute integrazione sociosanitaria politiche sociali e famiglia Regione Friuli Venezia Giulia.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2.8. Prevenzione degli incidenti stradali (Programma VI PRP)	
Obiettivo azienda	Risultato atteso
Prevenzione degli incidenti stradali (Programma VI PRP)	<p>Proseguimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - progettualità per la prevenzione e riduzione dei rischi nei giovani nei luoghi del divertimento, con azioni mirate anche alla prevenzione degli incidenti stradali all'interno del Progetto Overnight quali: utilizzo di mezzi di trasporto alternativo (es. buoni taxi); campagne per il guidatore designato; esecuzione dell'etiltest. - coinvolgimento i cittadini in una campagna strutturata di sensibilizzazione sulle problematiche alcol correlate <p>Implementazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - progetto "Overnight 2017" - campagna "Aprile mese di prevenzione alcolologica"
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>E' stato predisposto il Decreto assegnazione Finanziamento (ProtGen/GEN 0062486A dd 30.011.2017) linea "Incidenti stradali" disponibili per azioni da sviluppare nel 2018</p> <p>"Overnight": nel 2017 l'équipe ha realizzato 39 uscite notturne in occasione di eventi di particolare rilevanza per il target giovanile; oltre 7000 i contatti complessivi per tutte le prestazioni. In tema di prevenzione degli incidenti stradali durante le uscite sono state distribuite 660 tessere taxi (apposita convenzione con i tassisti), sono stati effettuate 824 misurazione alcolimetriche, distribuiti 750 alcoltest monouso e distribuiti oltre 1000 litri di acqua.</p> <p>Campagna "Aprile mese di prevenzione alcolologica": 14-15 aprile 2017, ore 10-13 e 15-18 stand in Via delle Torri. Punto informativo e possibilità di sperimentare le alterazioni sensoriali indotte dall'alcol con utilizzo di "occhiali alcolvista" e simulatore di guida, gestito in sinergia con Polizia Locale e ACI. Presenti anche Associazioni As.Tr.A. e Hyperion</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Sensibilizzazione alla prevenzione degli incidenti stradali	- Partecipazione ad una iniziativa regionale di comunicazione e informazione nell'ambito scolastico, in collaborazione con l'Assessorato ai Trasporti e le Istituzioni locali
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Realizzata la Giornata di studio: "Educazione stradale: le variabili in gioco, Salute, Cervello, Sostanze, Rischi. L'iniziativa integra e completa i percorsi formativi in tema di educazione alla mobilità, ne sono state tenute due edizioni, a Udine il 16 ottobre 2017 e a Pordenone il 25 ottobre 2017.</p> <p>Effettuata la formazione a livello regionale per la Polizia Locale e le Forze di Polizia dello Stato, aperta anche agli operatori degli Enti interessati alle tematiche trattate.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
- ASUI UD: effettuare presso IMFR Gervasutta attività di approfondimento neuropsicologico	Condivisione dei risultati dell'attività svolta presso IMFR Gervasutta attività di approfondimento

dell'idoneità alla guida in qualità di centro di riferimento regionale - fungere da riferimento regionale (formazione, acquisizione hardware e software...) per l'eventuale estensione dell'offerta presso ulteriori centri di valutazione sul territorio regionale.	neuropsicologico dell'idoneità alla guida in qualità di centro di riferimento regionale ed adozione delle raccomandazioni
Attuazione al 31.12.2017 Sulla base della procedura concordata le persone eleggibili residenti nel territorio dell'ASUITs sono state inviate all' IMFR Gervasutta.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
ASUITs: adottare le raccomandazioni regionali per l'invio ad approfondimento neuropsicologico dell'idoneità alla guida	Raccomandazioni adottate e accertamenti eseguiti
Attuazione al 31.12.2017 Nel II semestre del 2017 si sono presentati a visita presso la CML 23 persone con disturbi cognitivi. A tutte è stata applicata la procedura concordata con i CDDC dei 4 distretti. In 20 casi la valutazione del CDDC è stata sufficiente al fine di esprimere un giudizio (risponso chiaramente patologico e conseguente giudizio di non idoneità). Tre persone sono state inviate all'IMFR Gervasutta per l'effettuazione del test di II livello "Vienna". Anche per queste il risultato finale, alla luce del test di II livello (risponso patologico) ha comportato un giudizio di non idoneità.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2.9. Prevenzione degli incidenti domestici (Programma VII PRP)	
Obiettivo azienda	Risultato atteso
1. coordinare le attività relative al perseguimento degli obiettivi del programma VII PRP prevenzione degli incidenti domestici. 2. continuare nell'attività di sensibilizzazione della popolazione nella prevenzione degli incidenti domestici	1. Report congiunto di monitoraggio relativo alle attività previste dal Programma VII PRP inviato alla DCS 2.a Nel corso del 2017, utilizzando i fondi ex art. 13, verrà diffuso almeno 1 spot televisivo. 2.b Il materiale informativo esistente per la popolazione verrà aggiornato, in collaborazione con le aziende sanitarie della regione e con l'IRCCS Burlo Garofolo. 2.c Al fine di raggiungere anche gli stranieri stanziali sul territorio, in particolare le famiglie con figli, verrà tradotto nelle lingue delle etnie minoritarie più rappresentate (cinese, turco). Gli opuscoli in italiano e nelle lingue identificate saranno stampati e diffusi.
Attuazione al 31.12.2017 1.	

In data 04/01/2018 Inviato report via PEC Direzione Centrale Salute, Area promozione con Prtogen 521/T-GEN-IV-1-A SODIP 18/P 12

2a.

E' stato stipulato un accordo per l'elaborazione di materiale informativo (target anziani e bambini) con la Scuola Internazionale Superiore di Studi Avanzati di Trieste (SISSA). Il primo degli spot elaborati è stato trasmesso dalla RAI FVG il 22/12/2017 nella trasmissione Buongiorno Regione; di seguito il link

<http://www.rai.it/dl/RaiTV/programmi/media/ContentItem-dcd2dcba-004c-4845-90d3-a6ec8821496c.html>

2b.

Il materiale informativo esistente è stato aggiornato e rielaborato in collaborazione con la SISSA e pubblicato sul sito <http://www.lacasasicura.com/>

Nel corso del 2017, partendo dai dati della sorveglianza della popolazione anziana PASSI D'Argento raccolti nel corso del 2016, è stato elaborato e diffuso un report sulle "Cadute nella ASUITs" (allegato). Le informazioni sono state diffuse alla popolazione anche attraverso la partecipazione alla trasmissione televisiva "Star bene in TV" della rete locale Telequattro dd 7 luglio 2017 <https://www.youtube.com/watch?v=n29ykrkKPk>

2.c Non raggiungibile nel 2017, già comunicato.

Valutazione Direzione Centrale Salute	1. OBIETTIVO RAGGIUNTO 2.a OBIETTIVO RAGGIUNTO 2.b OBIETTIVO RAGGIUNTO 2.c OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
proseguire la rilevazione attraverso la check-list dei rischi nelle abitazioni con analisi dei risultati	Almeno 50 abitazioni valutate

Attuazione al 31.12.2017

Valutate 50 abitazioni mediante le specifiche check list, nell'ambito di 2 edizioni di un programma di alternanza scuola lavoro (maggio 2017: liceo sloveno Preseren; settembre 2017: liceo Oberdan). Effettuati momenti divulgativi presso le associazioni di volontariato.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
formare operatori sanitari e dell'assistenza, con particolare riferimento al personale di assistenza dell'anziano	Almeno 1 evento

Attuazione al 31.12.2017

Come concesso dal Direttore dell'Area Promozione salute e prevenzione della Direzione centrale salute integrazione sociosanitaria politiche sociali e famiglia (e mail dd 28/09/2017, allegata), al fine di una maggiore efficienza delle risorse, l'obiettivo è stato rimodulato come segue:

"Almeno un evento regionale a cui partecipano operatori di tutte le aziende"

Nel corso del 2017, in un'ottica di collaborazione fra le aziende e di ottimizzazione delle risorse, in continuità con gli anni precedenti, come concordato con il gruppo di lavoro regionale nel 2016, e successivamente autorizzato dal Direttore dell'Area Prevenzione della nostra Regione, l'AAS5 ha organizzato un evento formativo sulle tematiche relative ai rischi degli infortuni domestici, aperto a tutte le Aziende Sanitarie della regione (07 giugno 2017, 83 partecipanti fra operatori sanitari, medici di medicina generale, rappresentanti delle Amministrazioni Comunali e personale degli ambiti).

<p>Motivazioni scostamento del risultato atteso</p> <p>Ob. 1 Mancato invio, nei tempi compatibili con la stesura del documento, delle integrazioni e dei dati di dati di competenza di alcune aziende della regione.</p> <p>Per noi: inviato in data 21/12/2017 ai direttori dei dipartimenti di prevenzione delle aziende della regione FVG ed ai referenti aziendali del programma VII la bozza del report congiunto per l'implementazione con i dati di competenza e per l'approvazione definitiva. Al 28/12/2017 avevano inviato i dati integrativi solo AAS5 e Burlo, mentre quelle dell'AAS3 venivano inviate nel pomeriggio di venerdì 29/12/2017. Mai pervenute le integrazioni e le osservazioni da parte di AAS2 e ASUIUD. Il report veniva quindi integrato con quanto raccolto ed inviato in DCS.</p> <p>Ob. 2c La produzione di materiale destinato alle famiglie straniere residenti sul territorio aziendale e regionale è necessariamente subordinata alla realizzazione di materiale informativo in lingua italiana. Nel corso del 2017 le azioni si sono concentrate sull'aggiornamento e l'implementazione del materiale divulgativo in italiano.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2.10. Miglioramento della qualità nelle attività del dipartimento di prevenzione con particolare riferimento alle attività di vigilanza e controllo (Programma VIII PRP)	
Obiettivo azienda	Risultato atteso
SPSAL: partecipare ad azioni di verifica della omogeneità dell'applicazione in ambito regionale delle procedure di vigilanza in edilizia e prosecuzione della diffusione delle stesse ai portatori di interesse	<p>Partecipazione ai lavori del GRE</p> <p>Report elaborato da parte del GRE sulla omogeneità dell'applicazione delle procedure di vigilanza in edilizia in regione.</p> <p>Realizzazione di almeno un incontro provinciale con i portatori di interesse sulle problematiche connesse all'applicazione delle norme poste a tutela del lavoro in edilizia</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>referenti del GRE per la nostra Azienda hanno partecipato ai lavori del Gruppo.</p> <p>Sono state prodotte le linee guida regionali per i MOGS – Modelli di Organizzazione e Gestione della Sicurezza in edilizia, cui fare riferimento nell'attività di vigilanza.</p> <p>La referente regionale, Dott.ssa Claudia Zuliani dell'ASUIUD ha prodotto il report regionale sulla base dei dati inviati anche dalla Nostra Azienda.</p> <p>In data 14.12.2017, presso l'Istituto A. Volta è stato organizzato un convegno informativo sulla sicurezza del lavoro in edilizia in collaborazione tra il Gruppo Regionale Edilizia, l'INAIL ed il CPT</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
SPSAL: partecipare ad azioni di verifica della omogeneità dell'applicazione in ambito regionale delle procedure di vigilanza in agricoltura e prosecuzione della diffusione delle stesse ai portatori di interesse	<p>Partecipazione ai lavori del GRA</p> <p>Report elaborato da parte del GRA sulla omogeneità dell'applicazione delle procedure di vigilanza in agricoltura in regione.</p> <p>Realizzazione di almeno un incontro provinciale con i portatori di interesse sulle problematiche connesse all'applicazione delle norme poste a tutela</p>

	del lavoro in edilizia
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>I referenti del GRA per la nostra Azienda hanno partecipato ai lavori del gruppo.</p> <p>Sono state prodotte le linee guida regionali per la verifica dei requisiti di sicurezza per le macchine e le attrezzature utilizzate in agricoltura.</p> <p>Il GRA ha prodotto il report sulla omogeneità dell'applicazione delle procedure di vigilanza in agricoltura in regione.</p> <p>In data 19.12.2017 è stata fatta una riunione informativa, presso la sala riunioni del Dipartimento di Prevenzione, con i portatori di interesse di livello provinciale</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
ASUI UD: coordinare i lavori di stesura di linee guida regionali sulla prevenzione di rischi infettivi nelle attività correlate alle pratiche estetiche e di protocolli operativi sulla uniformità dei controlli ASUITs: partecipare ai lavori	Partecipazione ai lavori per la stesura delle linee guida regionali sulla prevenzione di rischi infettivi nelle attività correlate alle pratiche estetiche e di protocolli operativi sulla uniformità dei controlli
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Le linee guida regionali sono state prodotte ed inviate dal coordinatore del gruppo di lavoro regionale, con nota Prot. 92416 del 28.11.2017 alla D.C.S.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
SIAN/VET: partecipare alla formazione degli auditor e al programma di mantenimento della qualifica	Partecipazione alla formazione di almeno 36 auditor ufficiali su scala regionale
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>4 operatori del DIP hanno partecipato alla formazione, sulla base della programmazione regionale.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
SPSAL: realizzare un programma di audit mirato alle aziende dei comparti agricolo ed edile con il coinvolgimento dei comitati paritetici e bilaterali	Formazione di 4 operatori SCPSAL Scheda di audit realizzata, programma di audit realizzato
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>E' stato realizzato il primo corso di formazione per gli operatori SPSAL, cui hanno partecipato 4 operatori dell'ASUITs.</p> <p>Il gruppo di lavoro regionale, stante problematiche indipendenti da questa Azienda e dalla programmazione fatta, e legate all'impossibilità di organizzare in tempo i corsi per i formatori, non ha ancora definito i programmi di audit. Questa parte dell'obiettivo è stato stralciato dal PAL dell'azienda referente a livello Regionale (AAS5) e non ha potuto essere raggiunto dalla nostra Struttura.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
ASUITs: partecipare alla revisione della lista dei controlli sulle imprese e alla diffusione del documento ai portatori di interesse	Partecipazione al Gruppo regionale che provvederà alla revisione ed integrazione della Lista regionale dei controlli sulle imprese disponibile sul sito aziendale
<p>Attuazione al 31.12.2017</p>	

Gli operatori del Dipartimento hanno partecipato alla revisione ed integrazione della Lista regionale dei controlli sulle imprese, disponibile sul sito aziendale:

http://www.asuits.sanita.fvg.it/opencms/export/sites/ass1/it/_materiale_informativo/docs/imprese/check-list-ditte_sicurezza_lavoro.pdf

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

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

Obiettivo azienda	Risultato atteso
mantenere un'adeguata vigilanza nei settori edile e agricolo secondo i parametri definiti a livello nazionale	5% delle aziende vigilate. - Agricoltura: mantenimento dell'attività di vigilanza dell'anno precedente. - Edilizia: vigilanza su almeno il 12% dei cantieri notificati nell'anno precedente

Attuazione al 31.12.2017

Sono state visitate 446 aziende (il 5,23% delle 8515 aziende)

In agricoltura sono state visitate 4 aziende, come nel 2016, sulla base della programmazione regionale.

In edilizia è stata effettuata attività di vigilanza in 233 cantieri, il 19,98% dei cantieri notificati nel 2016 (1166)

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

realizzare almeno un incontro informativo/formativo rivolto ai soggetti della prevenzione operanti nel settore edile e agricolo	Realizzare l'incontro informativo/formativo ed inviare il report di attività alla DCS (descrizione dell'evento, numero di operatori formati suddivisi per categoria).
---	---

Attuazione al 31.12.2017

In data 14.12.2017, presso l'Istituto A. Volta è stato organizzato un convegno informativo sulla sicurezza del lavoro in edilizia in collaborazione tra il Gruppo Regionale Edilizia, l'INAIL ed il CPT, i destinatari dell'incontro erano referenti della sicurezza in cantiere. L'evento è stato organizzato nell'ambito del coordinamento regionale SCPSAL con la DCS. Vi hanno partecipato 150 operatori del comparto, di cui il 60% CSP e CSE (ex art. 98, co. 2, del d.lgs. 81/08), il 20% RSPP ed ASPP, il 5% RLS (Costruzioni, ex ATECO F) e Datori di lavoro del comparto.

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

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

Obiettivo azienda	Risultato atteso
realizzare in modo coordinato, 2 corsi accreditati o 2 iniziative di sensibilizzazione, finalizzati ad una maggiore conoscenza della corretta valutazione dei rischi, al reinserimento dei soggetti patologici e all'appropriatezza e qualità delle segnalazioni di	Collaborazione alla realizzazione su scala regionale di 2 corsi accreditati o 2 iniziative di sensibilizzazione

malattia professionale.	
Attuazione al 31.12.2017	
Organizzato un corso regionale sul rischio da sovraccarico biomeccanico degli arti superiori (16.11.2018, a Pordenone), cui hanno contribuito i referenti ASUITS del gruppo di lavoro regionale.	
Organizzato un corso regionale/nazionale sugli strumenti per il miglioramento della sicurezza nel lavoro portuale (19.9.2017, Trieste)	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Partecipare all'avvio dell'applicazione del metodo OCCAM (pag. 90 PRP)	Analisi OCCAM sulle neoplasie naso-faringee e naso-sinusalì
Attuazione al 31.12.2017	
E' stata effettuata l'attività di programmazione dell'attività, di cui è referente il Responsabile del Servizio Regionale di Epidemiologia e le coordinatrici SCPAL regionali sono medici di questa Azienda, tuttavia, a valle del mutato contesto nazionale relativo alla privacy, non è stato possibile ottenere le informazioni dall'INPS essenziali all'indagine stessa. In accordo con il Servizio Epidemiologico Regionale e il Direttore della DCS è stata data comunicazione alla Direzione Centrale Salute che la specifica azione sarà attivata soltanto al momento in cui tali dati si renderanno disponibili.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
proseguire in ogni azienda il programma integrato di promozione della salute dei dipendenti, che coinvolge i medici competenti, per la declinazione operativa delle azioni dell'obiettivo specifico "Progetto pilota per un programma integrato di salute e benessere dei dipendenti pubblici..." del PRP.	- produzione di un report sui lavoratori a rischio cardiovascolare globale - offerta di percorsi per smettere di fumare ai fumatori soggetti a sorveglianza sanitaria
Attuazione al 31.12.2017	
Il report sui lavoratori a rischio cardiovascolare globale è stato realizzato.	
- Realizzato report relativo al 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 (programma X)	
- Effettuata "Valutazione del Work Ability Index (WAI) nei lavoratori delle Aziende sanitarie della Regione Friuli Venezia Giulia"	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2.13. Miglioramento dei sistemi informativi e di sorveglianza (Programma XI PRP)	
Obiettivo azienda	Risultato atteso
alimentare le banche dati Informo e Malprof e coordinarsi per la stesura di un report regionale	Collaborazione alla predisposizione di un report congiunto di attività tra tutte le SPSAL regionali, report che verrà inviato alla DCS
Attuazione al 31.12.2017	
Il report dell'attività svolta a livello regionale è stato prodotto dai coordinatori regionali di progetto, Dr.i	

Dino Toscani e Carlo Venturini, e trasmesso alla DCS (referente della DCS il Dr. Carlo Venturini).	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Sviluppo di sistemi informativi rivolta alla dematerializzazione delle comunicazioni obbligatorie	a. Informatizzazione delle notifiche ex art. 250 e 256 del D.Lgs. 81/08 b. Avvio delle procedure per l'informatizzazione delle notifiche ex art. 99 del D.Lgs 81/08
Attuazione al 31.12.2017 L'attività di informatizzazione delle notifiche ex art. 250 e 256 del D.Lgs. 81/08 è stata avviata ed è diventata operativa. E' stato realizzato lo studio di fattibilità per l'informatizzazione delle notifiche ex art.99 del D.Lgs 81/08.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
inviare i dati di attività dei servizi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro delle aziende alla regione per trasmissione al comitato interregionale di coordinamento	Dati inviati alla DCS
Attuazione al 31.12.2017 Il report dell'attività è stato trasmesso alla DCS da parte del D.G., ed è andato a costituire il documento complessivo regionale.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
monitorare le verifiche periodiche delle attrezzature di lavoro con inserimento dei dati in apposito database	il 50% delle verifiche effettuate inserito nello specifico database
Attuazione al 31.12.2017 Il 50% delle verifiche è stato inserite nello specifico database.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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

Obiettivo azienda	Risultato atteso
stesura delle linee di indirizzo regionali sulla VIS (Valutazione di impatto sulla salute per la Pubblica Amministrazione) secondo i contenuti delle "Linee Guida VIS - Tools 4 HIA" attraverso la partecipazione al tavolo tecnico VIS	Partecipazione al tavolo regionale per la stesura delle linee di indirizzo regionali sulla VIS
Attuazione al 31.12.2017 I referenti delle aziende sanitarie della "Linea ambiente e salute" ed in particolare il "gruppo ristretto linee guida V.I.S.", allo scopo designato dal Direttore dell'Area Promozione Salute e Prevenzione nel corso della riunione del 24 maggio 2017 ha prodotto il documento Programma XII PRP 2014-2018 "Ambiente e salute, facilitare una migliore qualità dell'ambiente e del territorio, secondo il modello della salute in tutte le politiche".	

Proposta di linee di indirizzo regionali valutazione di impatto sulla salute. Vi hanno partecipato i Referenti della SCISP.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
partecipazione attiva al “Gruppo Tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali” di cui al Decreto n° 630/SPS del 12.08.15 finalizzato alla valutazione delle ricadute sulla salute connesse ai determinanti ambientali, comportamentali e sociali;	Partecipazione, al “Gruppo Tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali”
Attuazione al 31.12.2017 Il Direttore del Dipartimento ha partecipato al “Gruppo Tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali”, le cui sedute sono state verbalizzate dalla DCS.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
il monitoraggio straordinario delle acque destinate al consumo umano, per le aziende nei cui territorio sono state rilevate criticità	Non rilevate criticità nel 2016 nel territorio dell'ASUITs
Attuazione al 31.12.2017 In assenza di criticità non è stato necessario ricorrere a monitoraggi straordinari. Sono disponibili i referti di potabilità dell'acqua ad uso umano rilasciati da ARPA FVG.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
promozione della sostenibilità e della eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, in relazione al rischio radon anche attraverso iniziative di formazione;	Collaborazione nella realizzazione del corso per professionisti realizzato a livello regionale
Attuazione al 31.12.2017 Il corso è stato organizzato presso l'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 2 "Bassa Friulana-Isontina" in data 13.11.2017 (accreditato sul portale regionale della formazione)	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
promozione del corretto uso della telefonia cellulare attraverso la programmazione di eventi formativi nelle scuole.	Proposta della formazione ad almeno il 50% degli istituti comprensivi
Attuazione al 31.12.2017 Nell'incontro dei referenti aziendali del 24 maggio a Palmanova, cui ha partecipato per ASUITs il dott Zorzut (e-mail dd. 24 maggio 2017), presenti i D.ri Pischiutti, Bomben, Trani, Padovani e TdP della altre aziende regionali, è stato deciso di non attivare incontri nelle scuole su questa problematica, privilegiando gli interventi su altri aspetti della prevenzione, l'obiettivo regionale è stato quindi stralciato.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
Esposti ex amianto	

ASUITs 1. Raccogliere i dati relativi ai mesoteliomi degli ex esposti e inviare al COR assicurando la trasmissione delle schede ReNaM 2. trasmettere i dati sui soggetti attualmente esposti al CRUA e alla DCS secondo le relazioni annuali compilate dalle ditte di bonifica.	- i dati relativi ai mesoteliomi degli ex esposti verranno inviati al COR - Le schede ReNaM verranno trasmesse al COR - i dati sui soggetti attualmente esposti verranno trasmessi al CRUA e alla DCS
Attuazione al 31.12.2017 I dati relativi ai mesoteliomi degli ex esposti, attraverso le schede/questionari RENAM sono stati trasmessi al COR Sulla base del lavoro del gruppo di studio regionale è stato rilasciato l'applicativo MELAM - portale ditte – ditta esecutrice dell'INSIEL, i cui dati vengono trasmessi dalla DCS al COR ed al CRUA	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
ASUITs garantisce un numero di controlli coerenti con il piano nazionale annuale dei controlli in materia di REACH/CLP, per quanto attiene target group e tipologia di sostanze controllate,	almeno 1 controllo
Attuazione al 31.12.2017 Nel 2017 il piano prevedeva due controlli, uno per la ricerca di ftalati nei giocattoli e l'altro sulle schede di sicurezza per la formaldeide. Il primo è stato effettuato presso il Centro Commerciale Monte d'Oro, il secondo presso la ditta Alder spa.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2.15. Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive (Programma XIII PRP)	
Obiettivo azienda	Risultato atteso
Adottare e applicare le Linee guida regionali per il controllo della tubercolosi e realizzare la formazione degli operatori	- partecipazione ad un evento regionale - Organizzazione di un'iniziativa di informazione/formazione degli operatori
Attuazione al 31.12.2017 Sul sito intranet aziendale sono state pubblicate le Procedure operative: Gestione delle attività conseguenti alla segnalazione di casi di TBC e Gestione delle attività conseguenti alla segnalazione di casi di TBC in ospiti di residenze per anziani. L'iniziativa di informazione/formazione per quanto concerne casi di TBC in strutture residenziali per anziani ha già avuto luogo nei confronti degli operatori delle case di riposo "Ieralla" (97 dipendenti – 2 incontri) e "Casa Bartoli" (48 dipendenti - 1 incontro).	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
ASUITs garantisce l'offerta attiva e gratuita del test HIV, anche in forma anonima, anche ad utenti in trattamento per problemi alcol correlati.	Report testing anno 2017
Attuazione al 31.12.2017	

Il test viene assicurato in forma anonima e gratuita presso il Centro Malattie Sessualmente trasmesse - MST; il percorso è esplicitato nella pagina aziendale ex AAS1 del centro MST (in attesa di revisione come ASUITS). Nel corso del 2017 il testing è stato assicurato a 1113 persone.

Per quanto riguarda i dati del testing degli utenti in carico al Dipartimento delle Dipendenze i soggetti della SCDSI testati sono n.770.

Sono state avviate le opportune revisioni organizzative per assicurare in modo sistematico dal 2018 il testing anche ai soggetti in trattamento per problemi alcol correlati; nel 2017 la sperimentazione ha coinvolto 24 utenti.

La reportistica di dettaglio è disponibile sulla Piattaforma Informatica MFP5

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Assicurare il proseguimento delle campagne vaccinali già avviate	Attuazione di una collaborazione tra IRCCS Burlo Garofolo, Distretti, PLS, Pediatri Sumaisti e Dipartimento di Prevenzione al fine di migliorare le coperture vaccinali

Attuazione al 31.12.2017

Nell'anno 2017 sono stati convocati 6 incontri del tavolo vaccinazioni nelle seguenti date: 22.02.17 – 29.03.17- 10.05.17 – 28.06.17 – 30.08.17 – 20.09.17.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Adeguare la progressione dell'offerta vaccinale al nuovo PNPV attraverso la</p> <ul style="list-style-type: none"> – Formazione – Revisione organizzativa – Attività di comunicazione per operatori (MMG, PLS) e utenti 	<ul style="list-style-type: none"> - Effettuazione di un corso di formazione sul campo in materia di vaccinazioni - Effettuazione di un corso di formazione degli operatori dei servizi vaccinali al counselling prevaccinale (il corso deve essere svolto anche se già effettuato nel 2014). - Attivazione dell'offerta attiva garantita per meningococco B - offerta garantita (non attiva) per rotavirus - offerta garantita (non attiva) per herpes zoster (ai 65enni) - Effettuazione di almeno un'iniziativa di comunicazione nei confronti di operatori ed utenti, anche con la collaborazione dell'OMCEO

Attuazione al 31.12.2017

A fronte della entrata in vigore della L.119/17 (ex "Decreto Lorenzin"), che modificava radicalmente il contesto e il carico di lavoro delle strutture interessate, si è deciso di implementare gli aspetti relativi all'applicazione della nuova legge nell'ambito della FSC Analisi, revisione, individuazione delle azioni tese ad un piano di miglioramento delle coperture vaccinali, nell'ambito del quale sono stati discussi anche gli aspetti relativi al counselling vaccinale.

Il 30 agosto è stato effettuato un incontro di discussione/informazione con i rappresentanti dei MMG, presente il Direttore Sanitario, relativo alle procedure messe in atto da parte dell'ASUITS, al fine di fornire una corretta informazione agli operatori ed agli utenti.

Attivazione di offerta attiva:

<p>Nel Corso del 2017 risultano vaccinati:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. per meningococco B 2584 bambini 2. per rotavirus n 44 neonati 3. per HZ n 27 utenti <p>Iniziative di comunicazione:</p> <p>Telequattro,</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trento (vice presidente OMCEO) 13 dicembre 2017 su vaccinazione antiinfluenzale • Tominz e Franzin (MMG) 20 novembre, 31 ottobre, 2 e 3 novembre su vaccinazione antiinfluenzale • Michieletto, 8 settembre, su vaccinazioni in genere <p>Il Piccolo (• 21 dicembre intervista su antiinfluenzale • 26 ottobre articolo su Sanità a Trieste su vaccinazione antiinfluenzale • 15 giugno due articoli su Sanità a Trieste “Malattia di Lyme: studiosi a confronto e Zecche: indicazioni utili”)</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Assicurare procedure uniformi per la gestione dei soggetti inadempienti/esitanti alla vaccinazione	Adozione formale protocollo regionale
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Il problema è stato affrontato nel corso di più incontri del gruppo regionale vaccinatori e del tavolo interaziendale di ASUITS. Non essendo pervenute nel corso del 2017 le attese specifiche da parte del Ministero non è stato possibile preparare e adottare una procedura formale.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Offerta vaccinazioni in categorie a rischio	<ul style="list-style-type: none"> - Predisposizione di una procedura aziendale in applicazione ai protocolli regionali relativi all’offerta delle vaccinazioni in categorie a rischio. - Applicazione del Protocollo Operativo per la vaccinazione HPV alle categorie a rischio (soggetti Hiv+, omosessuali maschi) presso il Centro MST.
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>La vaccinazione viene assicurata agli utenti appartenenti alla categoria a rischio in carico al centro MST in forma anonima e gratuita secondo un protocollo operativo concordato con il reparto di Malattie Infettive per gli utenti HIV+/AIDS.</p> <p>Nel 2017 sono stati vaccinati un totale di 52 soggetti a rischio (30 omosessuali maschi e 22 Hiv+)</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Avvio di un processo di accreditamento dei servizi vaccinali	Revisione delle procedure adottate al fine di iniziare un processo di accreditamento dei servizi vaccinali
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Nel corso dell’anno sono state predisposte e adottate le seguenti procedure:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1.A AREA VACCINAZIONI (Centro Unico Vaccinale - CUV) - Esecuzione di vaccinazioni obbligatorie (0-16 anni) - Gestione delle vaccinazioni nell'adolescente oggetto di offerta attiva - Gestione vaccinazioni prenotate CUP e vaccinazioni ad accesso libero 	

Le procedure sono state inserite sul sito Intranet aziendale.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Garantire la rilevazione delle reazioni avverse a vaccino	Report aziendale inviato alla DCS
Attuazione al 31.12.2017 Attualmente il sistema si sviluppa su due binari paralleli: 1. Da un lato la segnalazione alla farmacovigilanza 2. Dall'altra è stata implementata in SIASI la "Linea lavoro vaccinazioni", allo scopo di mantenere, accanto alla registrazione delle vaccinazioni della singola persona, anche traccia della segnalazione di eventuali avventi avversi seguiti alla vaccinazione medesima. I dati introdotti in entrambi i sistemi sono visionabili a livello Regionale. L'implementazione dei dati su rete informatica sostituisce di fatto il report aziendale, che non trova più necessità di essere trasmesso, in quanto il sistema produce automaticamente tale documento.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
ASUITs partecipa ai programmi di sorveglianza delle ICA, con evidenza di monitoraggio degli indicatori regionali.	indicatori regionali monitorati
Attuazione al 31.12.2017 ASUITs è in linea con l'obiettivo	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
ASUITs effettua la Point Prevalence Survey sulle Infezioni correlate all'assistenza.	PPS effettuata
Attuazione al 31.12.2017 L'indagine di prevalenza PPS si è svolta dal 3 al 26 ottobre	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
ASUITs effettua la Point Prevalence Survey sul consumo degli antibiotici.	Report aziendale sul consumo di antibiotici
Attuazione al 31.12.2017 L'analisi dei dati raccolti in corso di PPS è contenuta nel I report periodico sulla qualità del 31/01/2018 che è stato trasmesso alla direzione strategica e successivamente esposto e divulgato nel corso del collegio di direzione	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Formazione degli operatori sull'uso appropriato degli antibiotici in ospedale e nelle strutture residenziali per anziani	Almeno 1 iniziativa di formazione
Attuazione al 31.12.2017 Corso ECM denominato "Buon uso dell'antibioticoterapia: dalle linee guida ai casi clinici (cod. ASUITS_00415)" effettuato in data 12/12/2017	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

Formazione degli operatori sull'uso appropriato degli antibiotici negli allevamenti industriali	Organizzazione di evento formativo
Attuazione al 31.12.2017 Il corso "Antimicrobicoresistenza negli allevamenti zootecnici: impatto ambientale - nuove strategie – possibili soluzioni" si è tenuto il 19 ottobre 2017 a Cordenons.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2.16. Comunicazione del rischio e gestione delle emergenze (Programma XIV PRP)	
Obiettivo azienda	Risultato atteso
applicare il protocollo regionale sull'assistenza sanitaria alle persone migranti ed inviare settimanalmente i dati di attività	Report settimanale sugli interventi di assistenza a migranti
Attuazione al 31.12.2017 I report sono stati regolarmente inviati alla Regione.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
realizzare in modo coordinato tra le aziende sanitarie almeno un intervento formativo/informativo per la sensibilizzazione di gruppi specifici (tatuatori, estetisti, piercers..) sui problemi correlati alle malattie trasmissibili	Effettuazione di un intervento formativo/informativo
Attuazione al 31.12.2017 Personale SCISP ha partecipato ad una FSC (Formazione operatori sanitari addetti al controllo per le pratiche estetiche (cod. ASUIUD_17286) esitata nella preparazione delle Linee Guida Regionali ed effettuazione dell'evento formativo presentate ai gruppi specifici (tatuatori, estetisti, piercers..) nel corso di un evento tenutosi a Udine in data 11 dicembre 2017.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
garantire la formazione dei propri operatori sull'antimicrobial stewardship	In ogni azienda almeno il 25% di medici prescrittori formati
Attuazione al 31.12.2017 Corso formativo (CIO) in tema di Antibiotic stewardship effettuato il 12.12.17 (66 partecipanti) Son state implementate le consulenze infettivologiche nelle strutture ASUITS per l'impiego degli antibiotici secondo protocolli di terapia indicati dal CIO (2016 =1790 2017= 2762)	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
diffondere a tutti gli operatori sanitari la reportistica regionale sulle resistenze batteriche	Report inviato in formato elettronico a tutti gli operatori sanitari coinvolti in prescrizione e somministrazione di farmaci
Attuazione al 31.12.2017 Il previsto report regionale "Epidemiologia delle Resistenze agli antibiotici della Regione Friuli Venezia Giulia" del 2017 non è stato prodotto e quindi la sua diffusione avverrà nel 2018	

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
In applicazione del Piano generale regionale di risposta alle emergenze, definire e formalizzare l'unità di crisi aziendale	Unità di crisi aziendale formalizzata
Attuazione al 31.12.2017 E' stato approvato e pubblicato nel mese di giugno 2017 su intranet il documento "Gestione delle Maxiemergenze" che definisce al cap.10 "Il sistema di allerta interno" la catena di allertamento e la composizione dell'unità di crisi .	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2.17. Alimentazione e salute: promozione di un'alimentazione sana, sicura e sostenibile (Programma XV PRP)	
Obiettivo azienda	Risultato atteso
sviluppare il piano d'azione elaborato da ogni azienda per i propri punti nascita e garantire la partecipazione degli operatori dedicati, al percorso formativo programmato a livello regionale	40% operatori dedicati formati
Attuazione al 31.12.2017 ASUITS è stata riconosciuta Comunità amica dei Bambini da UNICEF Italia nel 2014. Il percorso prevede una rivalutazione periodica che per ASUITS è programmata per il 2018. Il 2017 è stato dedicato all'avvio delle procedure di verifica dell'adesione agli Standard UNICEF (7 Passi e codice Internazionale) ed all'aggiornamento dei materiali. Il Piano d'Azione è stato elaborato dal Gruppo di Lavoro Multiprofessionale (5/4/2017) ed l'Autovalutazione è stata completata il 31/7/2017. La percentuale di operatori dedicati formati al 31/7/2017 è del 96.2% (25/26 dedicati) come da Registro Generale della formazione ASUITS del 25/7/2017).	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
tutela della salute della donna e maternità responsabile	<ul style="list-style-type: none"> - dovranno essere attivati i percorsi formativi sull'allattamento al seno, organizzati dall' IRCCS "Burlo Garofolo" e diretti agli operatori dedicati. - valutazione dell'allineamento agli Standard Nazionali (7 Passi e Codice Internazionale) con audit degli operatori e delle madri che hanno accesso ai servizi di ASUITS - mantenimento della formazione degli operatori sanitari secondo le responsabilità (dedicati >40%) - avvio delle pratiche di rivalutazione di ASUITS con UNICEF nazionale.

Attuazione al 31.12.2017

Nel corso del 2017 4 formatori ASUITS hanno partecipato al percorso di costruzione del Corso Regionale "Protezione allattamento" nell'ambito delle attività del Tavolo Regionale Allattamento sul Programma XV del PRP 2014- 2018 (costruzione del Curricolo secondo la metodologia PBL).

Il Piano di formazione degli operatori dedicati è gestito a livello regionale.

La percentuale di operatori dedicati formati al 31/7/2017 è del 96.2% (25/26 dedicati) come da Registro Generale della formazione ASUITS del 25/7/2017. Audit degli operatori: nel corso del 2017 (dal 10/4 al 31/12) si è svolta una Formazione Sul Campo dal titolo "Continuità delle cure nella promozione dell'allattamento materno e della sana alimentazione nella prima infanzia", condivisa tra Gruppi Aziendali Allattamento di ASUITS e di IRCCS (codice IRCBG_00720- Resp. Scientifici dott.ssa Laura Travan- IRCCS e dott.ssa M. V. Sola ASUITS), in cui, tra l'altro, sono stati effettuati audit di casi clinici condivisi tra ospedale e territorio. Audit delle madri: si è svolto attraverso la somministrazione di questionario presso le sedi distrettuali alle donne in gravidanza ed alle madri, nei mesi di luglio/ agosto 2017.

Nel corso del 2017 è stata deliberato il Gruppo di lavoro multiprofessionale aziendale (decreto n. 464 21/7/2017), sono state predisposti gli aggiornamenti del Manuale dell'Operatore e della Politica Aziendale.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Monitorare le gare di appalto di PA e Enti già mappate nel 2016 e fornire il proprio contributo nelle gare d'appalto in corso nel 2017 per favorire il maggior consumo di frutta e verdura, la riduzione del consumo di sale, usando quello iodato, l'utilizzo di prodotti preferibilmente tipici e a filiera corta	<ul style="list-style-type: none"> - contributo al 5% delle gare d'appalto di PA e Enti in corso nel 2017 in ogni Azienda - Monitoraggio dell'offerta, nelle gare d'appalto, di frutta e verdura e di prodotti preferibilmente tipici e a filiera corta, della riduzione del consumo di sale, usando quello iodato (50% delle RC di PA e Enti)

Attuazione al 31.12.2017

La SCIAN ha collaborato alla stesura del 100% della gare d'appalto di amministrazioni pubbliche in corso nel 2017 (4 su 4)

Il monitoraggio, legato all'evidenza e al controllo della scadenza delle gare d'appalto, è costante.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Realizzare corsi di formazione in ogni azienda su stili alimentari salutari per operatori sanitari della prevenzione, delle cure primarie e degli ospedali, anche integrati con le proposte dei programmi I e X	Realizzazione di un corso di formazione ogni Azienda

Attuazione al 31.12.2017

Effettuati 3 corsi (5 edizioni totali) rivolti e frequentati da operatori di tutte le professioni sanitarie di ASUITs (accreditati ECM)

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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
Attuazione al 31.12.2017 La SCIAN ha provveduto all'accreditamento dei due corsi a valenza regionale effettuati in modo integrato in data 10.10.17: ASUITS_00468 e ASUITS_00469. In data 20.12 il materiale del corso è stato inviato via e-mail alle imprese del territorio che hanno partecipato e in data 21.12 lo stesso materiale è stato implementato sul sito di ASUITS	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2.18. Alimentazione e salute: promozione di un'alimentazione sana, sicura e sostenibile (Programma XV PRP)	
Obiettivo azienda	Risultato atteso
Effettuare i controlli sulla condizionalità come da convenzione con il MIPAAF/AGEA	Effettuare il 100% dei controlli previsti per gli atti di interesse della condizionalità e inserire le evidenze ed i verbali in BDN.
Attuazione al 31.12.2017 Sono stati effettuati tutti i controlli sulle condizionalità programmati ed i risultati sono stati inseriti nella Banca dati nazionale degli allevamenti con i relativi verbali.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi contenuti nel Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare anche attraverso l'attività di ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base ai criteri del rischio, delle imprese alimentari; a parità di rischio dovrà essere mantenuto almeno il tasso di copertura 2016	<i>Effettuazione delle seguenti attività di ispezione, audit, campionamento e classificazione:</i> - n. 370 interventi ispettivi per settore (Veterinaria) - n. 4 audit per settore (Veterinaria) - 6 audit (SCIAN) - n. 100 controlli ufficiali dei campionamenti di alimenti e 25 valutazioni del rischio (Veterinaria) - n. 480 interventi di controllo ufficiale e 250 valutazioni del rischio (SCIAN) - 100% di campioni ufficiali programmati (SCIAN) - n. 6 controlli congiunti tra Servizio veterinario e SIAN, come da Accordo in Conferenza Stato Regioni.
Attuazione al 31.12.2017	

<p>SCIAN: 515 ispezioni 515 valutazioni del rischio 100% campioni (previsti 157, effettuati 161) 7 audit 7 sopralluoghi congiunti</p> <p>Veterinaria: 375 interventi ispettivi per settore 4 audit per settore 115 controlli ufficiali di campionamento 25 valutazioni del rischio 7 controlli ufficiali congiunti tra Servizio veterinario e SIAN come da accordo in conferenza Stato Regioni</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Attuazione del quarto anno del Progetto Piccole Produzioni Locali in accordo con la Direzione centrale agricoltura. Applicazione del nuovo Regolamento con coinvolgimento del Servizio SIAN.</p>	<p>Aumentare l'informazione e la formazione sul territorio, informando le Aziende dell'allargamento del paniere dei prodotti come da DPR 0179-2015 del 01/09/2015. Stesura di una relazione finale di verifica Aziendale indicante il numero di PPL registrate ed il numero di ispezioni eseguite su:</p> <ul style="list-style-type: none"> - carni suine e avicunicole - carni di specie diverse - prodotti lattiero caseari di malga - vegetali, confetture, conserve, prodotti da forno, erbe aromatiche, prodotti dell'alveare, vegetali fermentati, lumache, ecc... <p>Nel corso di tutte le verifiche programmate (PRISAN) presso le Aziende agricole verrà data informazione del Progetto Piccole Produzioni Locali e dei corsi di formazione regionali. Redazione report annuale</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>SCIAN: Oltre alla informazione fornite in occasione delle visite ispettive si è provveduto a inviare notizia via e-mail alle associazioni di Categoria del territorio in merito all'organizzazione dei 4 corsi PPL effettuati dalla regione.</p> <p>Veterinaria: E' stata effettuata una relazione finale di verifica sul numero di aziende che hanno aderito al progetto Piccole Produzioni Locali. 7 aziende hanno aderito al progetto PPL carni suine, 6 aziende hanno aderito al progetto PPL miele e derivati. In totale nel corso del 2017 sono stati effettuati 7 controlli ispettivi per la verifica del mantenimento dei requisiti strutturali ed igienico sanitari e per la verifica delle Buone Prassi di Lavorazione. Sono stati effettuati 16 campioni per PPL salumi.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

Misure di prevenzione su base genetica per l'eradicazione della Scrapie ovina classica, finalizzate all'incremento dell'allele di resistenza della proteina prionica (ARR) nell'intero patrimonio ovino nazionale	Controlli sierologici sui capi destinati alla riproduzione in funzione di quanto previsto nel decreto Ministeriale, al fine di ottenere un patrimonio ovino regionale indenne da Scrapie.
Attuazione al 31.12.2017 Sono stati eseguiti i controlli sierologici programmati sui capi destinati alla riproduzione, finalizzati all'incremento dell'allele di resistenza della proteina prionica (ARR)	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Attuazione del Piano regionale di monitoraggio e controllo della malattia di Aujeszky dei suini.	Controllo degli allevamenti della coorte individuati dal Piano regionale al fine del mantenimento dell'indennità.
Attuazione al 31.12.2017 Sono stati effettuati i controlli sugli allevamenti soggetti al piano regionale di monitoraggio e controllo della malattia di Aujeszky, con prelievi in allevamento ed al macello.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Attuazione dei controlli sul benessere animale negli allevamenti e durante il trasporto secondo le linee guida operative dettate dalla Task Force benessere animale, istituita con Decreto 659/SPS del 20/08/2015	Effettuazione degli interventi di controllo sul rispetto del benessere animale richiesti dal PRISAN 2017
Attuazione al 31.12.2017 Sono stati effettuati i controlli sul benessere animale negli allevamenti e durante il trasporto secondo le indicazioni dell'Ufficio veterinario per gli adempimenti comunitari e della Direzione regionale.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Attuazione dei controlli sull'anagrafe ovi caprina come da indirizzi LEA Ministeriali.	Raggiungimento del 3% dei controlli su base Regionale come richiesto da LEA Ministeriali.
Attuazione al 31.12.2017 E' stato effettuato il controllo per l'anagrafe ovicaprina sul 3,4% degli allevamenti, come richiesto dai LEA ministeriali.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Applicazione del PRP sull'Igiene Urbana Veterinaria.	Effettuare il 100% dei controlli sulle strutture di ricovero e custodia della Regione Autonoma FVG sia convenzionate che non convenzionate.
Attuazione al 31.12.2017 E' stato effettuato il controllo nelle strutture di ricovero e custodia attive convenzionate e non convenzionate.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Applicazione piano vaccinale blue tongue	100% entro 28 febbraio 2017
Attuazione al 31.12.2017	

E' stato applicato il piano di vaccinazione contro la blue tongue negli allevamenti soggetti secondo le indicazioni regionali.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

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

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

Attuazione al 31.12.2017

Per le nuove Medicine di Gruppo integrate sono pervenute 13 domande entro il 31.12.2016. Le nuove MGI si sono sviluppate secondo quanto previsto come da relazione inviata alla DCS il 14 marzo 2017.

A regime presso questa Azienda sono previsti due Centri di Assistenza Primaria per Distretto.

Attualmente il CAP del Distretto 2, ubicato presso l'Ospedale Maggiore, secondo piano, ha iniziato in data 13 marzo 2017 l'attività di medicina di iniziativa avvalendosi di 11 MMG, nonché l'attività specialistica anche avvalendosi di personale ospedaliero.

In particolare la medicina di iniziativa avviata riguarda la valutazione di assistiti con:

- BPCO (radiologia, laboratorio, pneumologia, personale del distretto, MMG);
- scompenso cardiaco (radiologia, laboratorio, Centro cardiovascolare; personale del distretto 2, MMG);
- polifarmacoterapia (personale del distretto, MMG, specialisti).

Il CAP del Distretto 3, ubicato a Muggia, Via Battisti 6, ha iniziato sperimentalmente l'attività nel novembre 2014 con 10 MMG che turnano per sette ore dal lunedì al venerdì e dalle 8.00 alle 10.00 il sabato, nella sede del Distretto 3 a Muggia, Via Battisti 6 (pur mantenendo i propri ambulatori). Tale sperimentazione è stata supportata da una formazione sul campo specifica e integrata.

E' iniziata formalmente l'attività di medicina di iniziativa in integrazione con il personale dei Servizi distrettuali, con gli specialisti ambulatoriali già presenti in sede e con gli specialisti ospedalieri. Tale attività consiste nella valutazione di:

- assistiti con BPCO (percorso con radiologica, laboratorio, pneumologia, personale del distretto, MMG);
- assistiti con scompenso cardiaco (radiologia, laboratorio, Centro Cardio Vascolare; personale del distretto, MMG);
- assistiti con Diabete e persone che assumono Polifarmacoterapia (personale distretto, MMG, specialisti).

E' attivo il Punto Unico in integrazione con il servizio sociale ogni mercoledì dalle 9 alle 11. Infine si segnala che presso il CAP di Muggia è presente una postazione analitica decentrata "Point of Care"

(POC) per l'esecuzione di analisi di laboratorio.

Presso il CAP del Distretto n. 4, ubicato presso l'Ospedale Maggiore, vengono svolte le seguenti attività:

- Ambulatorio Infermieristico (medicazioni, determinazione INR, glucometrie, rilevazione parametri vitali, terapia iniettiva);
- Ambulatorio di Pneumologia;
- Punto Unico Integrato di accesso (Comune-Distretto);
- Ambulatorio Disturbi Alimentari.

Per quanto riguarda l'avvio dei programmi nell'ambito della gestione delle patologie croniche sono stati concordati obiettivi di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e diagnostica.

Come da monitoraggio regionale sugli indicatori del diabete l'andamento nel 2017 risulta migliorato rispetto al 2015.

Nel 2017 è stata effettuata la revisione del protocollo di continuità assistenziale infermieristica con implementazione del raccordo con MMG . Decreto n. 100 del 07.02.18

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

3.3.2. Accreditemento	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
<p>1. Partecipazione attiva al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti.</p> <p>2. Gli enti del SSR collaborano allo sviluppo dell'organismo tecnicamente accreditante (OTA), costituito da tutti i referenti dell'accREDITamento istituzionale, secondo le direttive dell'Intesa CSR del 19/2/2015 recepita con la DGR 2220/2015</p>	<p>1. ASUITs mette a disposizione per i sopralluoghi, secondo le indicazioni della direzione centrale salute, i valutatori per almeno 20 giornate; ogni IRCCS per almeno dieci giornate.</p> <p>2. L'organismo tecnicamente accreditante (OTA), con il coordinamento dei referenti dell'accREDITamento di ASUITs, AAS 2 e EGAS che hanno partecipato al corso di formazione organizzato dall'AGENAS, definisce le regole di funzionamento interno e la propria politica (mission, vision e obiettivi) secondo le indicazioni della DGR 2220/2015 e le trasmette per l'approvazione alla direzione centrale salute entro il 2017.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>1. ASUITs ha messo a disposizione i propri professionisti (valutatori, esperti e coordinatori di visita) per i sopralluoghi connessi al processo di autorizzazione ed accREDITamento secondo l'agenda predisposta dalla DCS.</p> <p>2. Il documento è stato elaborato dai referenti dell'accREDITamento di ASUITs AAS 2 e, approvato dall'OTA FVG e trasmesso alla DCS. La DCS lo ha adottato il documento con Decreto n° 1977/SPS del 18/12/2017</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.3. Odontoiatria sociale	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Aumento delle prestazioni LEA erogate raggiungendo la media aziendale di almeno 1,5 prestazioni/ora per odontoiatra 2. Prestazioni non LEA erogate 3. Percentuale aziendale di visite odontostomatologiche 4. predisposizione di un progetto per l'attivazione di un percorso specifico di odontoiatria sociale dedicato ad utenti in carico ai servizi per le dipendenze	1. +10% delle prestazioni erogate nel 2015 2. 200 casi di terapia ortodontica e 600 protesi totali, complessivamente nelle sedi attivate 3. non superiore al 50% del totale delle prestazioni erogate (sono escluse le visite del pronto soccorso odontostomatologico) 4. formalizzazione del progetto
Attuazione al 31.12.2017 Su base regionale le prestazioni erogate nel 2017 sono state 128137 mentre nel 2016 116529 (+9,97%). Su base regionale il numero di prestazione/ora odontoiatra è risultato pari a 2 prestazioni/ora. Nel 2017 sono state fornite 352 protesi (pe mancata attivazione ambulatorio ASUIUD e ritardata attivazione in AAS5 e AAS3. Sono stati iniziati 272 casi ortodontici. Le visite su base regionale sono state il 28% del totale delle prestazioni. Il progetto per il percorso per i soggetti in carico preso i servizi per le dipendenze è stato presentato alla direzione aziendale di ASUITs.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Odontoiatria (coordinamento regionale)	- configurazione e implementazione della cartella clinica odontoiatrica che dovrà essere attiva in tutti i centri erogatori entro il 31.12.2017, al controllo dell'apertura degli ambulatori per le prestazioni NON LEA di protesi e ortodonzia, e la razionalizzazione dell'offerta in AAS 5 e 2, nonché l'aumento di efficacia per raggiungere il target di prestazioni di +20% rispetto al 2015 e 200 casi di terapia ortodontica e 1000 protesi totali nel 2017. ASUITs ha già provveduto all'acquisizione della <u>cartella clinica informatizzata</u> e, come da piani, intende avviarla a regime entro il primo semestre in modo che entro l'anno possa essere avviata nelle altre aziende della regione. Si auspica a tal proposito che Insiel realizzi le integrazioni previste nonché si renda disponibile a integrare anche il CUP.
Attuazione al 31.12.2017 Su base regionale le prestazioni erogate nel 2017 sono state 128137 mentre nel 2016 116529 (+9,97%). Su base regionale il numero di prestazione/ora odontoiatra è risultato pari a 2 prestazioni/ora. Nel 2017 sono state fornite 352 protesi (pe mancata attivazione ambulatorio ASUIUD e ritardata attivazione in AAS5 e AAS3. Sono stati iniziati 272 casi ortodontici. Le visite su base regionale sono state il 28% del totale delle prestazioni. Il progetto per il percorso per i soggetti in carico preso i servizi per le dipendenze	

è stato presentato alla direzione aziendale di ASUITs.

La cartella clinica elettronica è attiva presso ASUITs da 1.9.2017, non ancora nelle altre aziende per inadempienza delle stesse (che però hanno provveduto entro il 31.12 a eseguire l'ordine al vincitore della gara.

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

3.3.4. Cure palliative e terapia del dolore

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Attivazione della rete locale per le cure palliative	1. Entro il primo semestre 2017 in ogni AAS e ASUI è attivata la rete locale per le cure palliative ed è nominato formalmente il responsabile della rete locale

Attuazione al 31.12.2017

Il responsabile è stato nominato formalmente.

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

2. Istituzione/potenziamento degli hub e spoke della rete locale per la terapia del dolore dell'età adulta	2. ASUITs, ASUIUD e AAS 5 attivano il centro hub di terapia del dolore e negli altri ospedali sono attivati i centri spoke secondo le indicazioni della DGR 165/2016 che ne ha definito le caratteristiche e i requisiti.
--	---

Attuazione al 31.12.2017

In ambito ospedaliero esiste la funzione hub della terapia de dolore che fornisce risposte sia ad interni che ad esterni, che è stata potenziata nel corso del 2017

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

3. ASSISTENZA H24 7 su 7: sono garantite Cure Palliative domiciliari 7 giorni su 7, dalle 8 alle 20, attraverso l'erogazione diretta degli operatori dell'équipe e per le restanti fasce orarie attraverso una delle seguenti modalità: Pronta disponibilità dedicata (servizio h24 garantito dall'UCP), Consulenza telefonica (agli assistiti e/o ai Medici dei servizi di Continuità assistenziale e al 118)	3. Assistenza garantita h24 7 giorni su 7 in ogni AAS e ASUI
--	--

Attuazione al 31.12.2017

L'assistenza infermieristica domiciliare opera sulle 24h. E' garantita la reperibilità di un medico in ambito distrettuale e sovradistrettuale con uno specialista di riferimento.

E' attivo il protocollo per la continuità tra centrale operativa ex 118 e distretti (SID) per la risposta H24.

L'attivazione formale del servizio UCP previsto dal nuovo atto aziendale è stata differita al 2018. Nel corso del 2017 è stato sottoscritto un accordo con i medici SCA in raccordo con il PS dell'ospedale e l'ambito territoriale per continuità assistenziale che prevede tra l'altro la comunicazione telefonica tra professionisti.

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

<p>4. TEMPISTICA DI PRESA IN CARICO MALATI ONCOLOGICI DECEDUTI: Suddividere il numero di malati oncologici deceduti in base al tempo intercorso tra il momento della segnalazione e la presa in carico. Entro 1 giorno dalla segnalazione/Tra 1 e 2 giorni dalla segnalazione/Tra 2 e 3 giorni dalla segnalazione/Oltre 3 giorni dalla segnalazione/Momento della segnalazione non noto.</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>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Tutte le persone con patologia oncologia segnalate dall'ospedale ai servizi distrettuali tramite servizio di continuità assistenziale ricevono una valutazione durante la degenza e vengono presi in carico senza interruzione di continuità. Il 100% delle segnalazioni che arrivano da altri servizi in caso di richiesta di intervento tempestivo entro le 24h salvo quando l'attivazione non venga concordata diversamente con gli specialisti di riferimento o l'MMG</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>
<p>5. CIA (coefficiente di intensità assistenziale) dell'assistenza domiciliare a favore dei pazienti terminali presi in carico dalla rete delle cure palliative</p>	<p>5. superiore o uguale a 0,5</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Il dato non è disponibile</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</p>
<p>6. Percentuale di malati oncologici deceduti a domicilio</p>	<p>6. uguale o superiore al 50%</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>I dati di mortalità non sono ancora aggiornati a tutto il 2017. Ma le proiezioni dimostrano una tendenziale stazionarietà rispetto al 2016 in cui il livello era superiore al 50%.</p> <p>I dati del servizio di cure palliative del Centro Sociale Oncologico nel 2017 raggiungono il 72,9% di decessi fuori ricovero.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</p>
<p>7. attivazione del monitoraggio dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni di terapia del dolore in tutti i setting assistenziali</p>	<p>7. trasmissione report alla direzione centrale salute</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>I tempi di accesso vengono monitorati</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO NON RISULTA ALCUN REPORT INVIATO</p>
<p>8. Attivazione di almeno una campagna informativa sulle reti delle cure palliative e della</p>	<p>8. Almeno il 20%</p>

terapia del dolore da realizzarsi con finanziamento della LR 10/2011 in ciascuna Azienda	
Attuazione al 31.12.2017 Non risulta attivato	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
9. Attivazione di presa in carico dei malati oncologici in "fase avanzata" con supporto psico-relazionale individuale e della famiglia.	9. Almeno il 50% dei pazienti presi in carico
Attuazione al 31.12.2017 La modalità di presa in carico prevede la risposta agli aspetti psicologici e relazionali del malato e della sua famiglia. A persona e la sua famiglia vengono accompagnate durante tutto il percorso anche per tutti gli aspetti amministrativi per l'attivazione del FAP specifico per persone con patologia oncologica qualora il nucleo sia in difficoltà.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.5. Superamento della contenzione	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Dare attuazione alla DGR n. 1904/2016	1. Produzione di un report di monitoraggio del fenomeno della contenzione in tutte le strutture sanitarie, socio-sanitarie e assistenziali secondo quanto disposto nella DGR 1904/2016
Attuazione al 31.12.2017 Il report è stato prodotto secondo quanto disposto nella DGR 1904/2016. Il 2017 ha visto l'attivazione con decreto di un gruppo e di un albo aziendale di 45 volontari a garanzia dei diritti dell'art 13 della costituzione, i quali appartengono a 7 associazioni triestine ed assicurano che anche nei reparti ospedalieri non si pratici la contenzione. Si ricorda che Trieste in forma solenne nel 2013 alla presenza delle autorità cittadine è stata dichiarata "città libera da contenzione". Il monitoraggio nelle strutture viene effettuato dagli infermieri e dai fisioterapisti dei distretti e della direzione infermieristica nei reparti ospedalieri.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.6. Riabilitazione	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Attivazione a livello aziendale della rete per le malattie neuromuscolari e la sclerosi laterale amiotrofica	1. In ASUITs è attivato un gruppo integrato neuromuscolare (GIN) con la finalità della presa in carico della persona con malattia neuromuscolare nell'ambito territoriale di competenza.
Attuazione al 31.12.2017 Il percorso delle malattie neuromuscolari è in corso di definizione con riunioni seriate e documenti	

condivisi basti sull'evidence e sull'operatività.
 Al momento è concluso il PDTA della Sclerosi Laterale amiotrofica.
 Il gruppo GIN è stato costituito con differenti professionisti. Ci sono già dei percorsi condivisi tra Neurologia, Pneumologia e Distretti territoriale

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
2. Attivazione a livello aziendale del PDTA per la sclerosi multipla entro la seconda metà del 2017.	2. Entro il 2017 almeno il 50% dei pazienti con sclerosi multipla è preso in carico con le modalità previste dal percorso assistenziale

Attuazione al 31.12.2017

IL PDTA per la Sclerosi Multipla è stato portato a termine grazie al supporto di tutti i professionisti della regione. E' stato deliberato nei primi mesi del 2018 ed era già completo alla fine del 2017 con la parte neurologica e la parte Riabilitativa.

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

Attuazione al 31.12.2017

- E' attivo un percorso condiviso di riabilitazione per persone con Sclerosi Multipla in fase acuta, post acuta e cronica; il percorso aziendale che comprende la presa in carico di tutti gli aspetti riabilitativi coinvolge la Clinica Neurologica, la S.C. di Medicina Riabilitativa ed il Territorio ed è conforme a quello regionale.
 - E' attivo un percorso condiviso aziendale di presa in carico riabilitativa per le persone con M. di

Parkinson; il percorso coinvolge la Clinica Neurologica e la S.C. Medicina Riabilitativa.

- E' attivo un percorso per la presa in carico riabilitativa di persone colpite da ICTUS, il percorso aziendale che coinvolge la Stroke Unit, la S.C. Medicina Riabilitativa ed il Territorio è conforme con quello regionale.
- E' attivo un percorso condiviso per la gestione con paziente affetto da Ictus con Dolore e spasticità iniziato da questo anno
- Per quanto concerne le malattie neuromuscolari siamo in attesa di definizione del percorso regionale, per quanto riguarda la S.C. Medicina Riabilitativa per il momento prendiamo in carico le gravi polineuropatie.

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

3.3.7. Assistenza domiciliare

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

Attuazione al 31.12.2017

Il dato 2017 della presa in carico secondo indicatore risulta pari a 2,31%

Fast track: realizzata la formazione teorica e pratica degli infermieri dei distretti per la gestione dei cateteri delle pegg delle stomie per anticipare la deospedalizzazione

Per la peritoneale è proseguito il lavoro di formazione ed è incrementata l'attività 2017

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO Valore regionale: 2,32
--	---

3.3.8 Salute mentale

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Adozione del nuovo Piano della Salute Mentale	Collaborazione con la DCS per l'elaborazione del Piano d'azione regionale per la Salute Mentale.

Attuazione al 31.12.2017

Il personale del DSM dell'ASUITs ha partecipato ai tavoli tecnici in vista della stesura del Piano d'Azione regionale per la Salute Mentale che sarà pubblicato nel 2018.

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

Salute mentale	<ul style="list-style-type: none"> - Implementazione delle attività previste dal programma "Mens sana in corpore sano" Il DSM di ASUITs individua la necessità di qualificare ulteriormente gli interventi relativi a: <ul style="list-style-type: none"> - Miglioramento della qualità delle cure per le persone in trattamento presso il DSM. - Ottimizzazione della collaborazione del DSM con le agenzie di confine.
----------------	---

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

Attuazione al 31.12.2017

1. Implementazione delle attività previste dal programma "Mens sana in corpore sano"

Il programma "Mens sana" ha visto il coinvolgimento di 175 persone in contatto con i CSM dell'ASUI di Trieste che hanno partecipato ai 10 incontri dedicati.

2. Miglioramento della qualità delle cure per le persone in trattamento presso il DSM.

I percorsi di miglioramento delle cure per le persone in contatto con i servizi di salute mentale territoriali si sono declinati attraverso l'ottimizzazione degli interventi con le agenzie di confine e l'attivazione dell'STID (punto3) e lo sviluppo del programma "Mens sana" (punto 19 e attività del Centro Diurno Diffuso.

3. Ottimizzazione della collaborazione del DSM con le agenzie di confine.

Si è tenuto il percorso di FSC dedicato a "Gestione integrata di situazioni complesse tra SPDC, Rianimazione O.M. e Sistema 118. "finalizzato al miglioramento della risposta alle emergenze psichiatriche, in collaborazione con le forze dell'ordine, il 118 ed il Pronto Soccorso.

Il 30 settembre 2017 si è concluso il percorso formativo relativo a crisi ed urgenza ed il 2 ottobre 2017 è diventato operativo il team funzionale (STID – Supporto Trattamento Intensivo Domiciliare) a ponte tra SPDC e CSM che lavora specificatamente con le agenzie dell'emergenza ed il Pronto Soccorso.

4. Manualizzazione dell'attività dei servizi del DSM in vista dell'accreditamento istituzionale.

Si sono definiti ei requisiti ed i criteri che indirizzano l'operatività dei CSM 24 ore anche in vista dell'Accreditation Canadian che coinvolgerà l'ASUI di Trieste.

La prevista riformulazione dell'articolazione delle varie SS e SSD del DSM non ha permesso un'approfondita revisione del regolamento del DSM che rimane in fase di riscrittura.

5. Con l'entrata in funzione del nuovo sistema l'Azienda metterà a disposizione i dati recuperati dall'applicativo PSM nei formati definiti a livello regionale. Attualmente l'applicativo PSM è a regime in modo consolidato in tutto il DSM con più di 200 utenti ti abilitati e formati, e una continua attività di configurazione, perfezionamento e adattamento.

Motivazioni scostamento del risultato atteso

Punto 5.

Il recupero dei dati dal gestionale pSM in uso nell'ASUI di Trieste verso l'applicativo con i formati definiti a livello regionale non potrà avvenire nel corso del 2017 perché sono ancora in corso i lavori del tavolo tecnico per la definizione delle caratteristiche tecniche che andranno esplicitate nel bando di gara.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.9. Disturbi del comportamento alimentare

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

Attuazione al 31.12.2017

Il personale del DSM dell'ASUITS partecipa ai tavoli tecnici in vista della stesura del Piano d'Azione regionale per la Salute Mentale che sarà pubblicato nel 2018.

La referente dell'Ambulatori per i DCA ha partecipato ai Tavoli tecnici salute mentale – DCA.

Per l'analisi dei dati 2017 si resta in attesa delle indicazioni dell'Osservatorio Epidemiologico DCA che

tutt'ora non sono pervenute.
 Sono stati individuati gli spazi destinati ad accogliere il CD dedicato all'età adulta e sono stati eseguiti i lavori di riqualificazione
 E' stato formulato il piano di lavoro previsto dal PDTA deliberato dalla regione.
 I programmi formativi sono organizzati dalla Clinica psichiatrica dell'ASUI di Udine.
 Per intanto è stato programmato per ottobre un evento formativo rivolto ai MMG e PLS.
 Il Decreto 693 ha istituito il Servizio integrato per i disturbi del comportamento alimentare – DCA (ambulatoriale e semiresidenziale) dell'ASUI di Trieste e nominato il referente con l'equipe dedicata.

Valutazione Direzione Centrale Salute	1. OBIETTIVI RAGGIUNTI 2. OBIETTIVO RAGGIUNTO 3. OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO 4. OBIETTIVO RAGGIUNTO
--	---

Disturbi comportamento alimentare	Il DSM di ASUI di Trieste, nonché Centro Collaboratore dell'OMS, intende procedere alla formalizzazione del gruppo di lavoro multiprofessionale dedicato e dei percorsi di cura e protocolli connessi alla presa in carico delle persone con DCA finalizzati sia alla gestione degli aspetti internistici - nel caso di accertamenti medici e/o di acuzie in regime di ricovero- che alla presa in carico congiunta tra servizi competenti (CSM, SC BADOOF, NPI) e durante la transizione.
-----------------------------------	--

Attuazione al 31.12.2017
 Il DSM di ASUI di Trieste ha formalizzato il gruppo di lavoro multiprofessionale dedicato formato da personale del DSM e definito i percorsi di cura e protocolli di collaborazione connessi alla presa in carico delle persone con DCA finalizzati sia alla gestione degli aspetti internistici nonché la presa in carico congiunta tra servizi competenti (CSM, SC BADOOF, NPI) e durante la transizione.

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

3.3.10. Salute mentale in età evolutiva

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Salute mentale in età evolutiva	<ul style="list-style-type: none"> - Nel corso del 2017 sarà individuata con atto formale la rete regionale dei servizi di salute mentale per l'età evolutiva. Verranno individuati i requisiti per l'accreditamento delle strutture residenziali e semiresidenziali per i minori con disturbi neuropsichici. - ASUITs proseguirà nel rinforzo dei servizi di salute mentale per l'età evolutiva come previsto dalla DGR n.1671/09.09.2016

Attuazione al 31.12.2017

Con DGR 122/18 è stato adottato il Piano regionale salute mentale 2018-2020 nel quale è indicato la rete regionale dei servizi di salute mentale in età evolutiva. Al tavolo per l'area minori ha partecipato il dott. Cesarino Zago, presente a tutte le sedute.

In Asuits nel 2017 è stato deliberato il centro diurno per adolescenti e giovani adulti e individuate le risorse da assegnare per il suo funzionamento. Sono stati inoltre attuati corsi di formazione per migliorare la risposta alla popolazione minorile e l'integrazione con i servizi sociali degli ambiti 1.1., 1.2, 1.3 con protocollo di segnalazione e presa in carico condivisi.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.11. Autismo

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

Attuazione al 31.12.2017

Gli incontri del tavolo tecnico sono avvenuti nei seguenti giorni:

14 luglio 2016, 22 settembre 2016, 9 novembre 2016, 14 dicembre 2016, 17 gennaio 2017, 3 maggio 2017, 8 giugno 2017, 3 ottobre 2017

Il referente individuato per ASUITs, ha partecipato a tutte le giornate.

Organizzato il corso di I livello di (Early Start Denver Model) previsto nel 2017 dalla programmazione regionale a cui hanno partecipato 71 operatori da tutte e cinque le aziende sanitarie regionali. Per quanto riguarda la FSC per il II livello il referente della formazione regionale ha deciso di spostarla nel 2018 (comunicazione con mail 5/12/17)

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Disturbi comportamenti spettro autistico nell'adulto	1. Mettere a fuoco un percorso autismo che utilizzi in modo razionale e sinergico tutte le risorse presenti nella provincia di Trieste; tale percorso deve essere monitorabile in tempo "quasi reale" grazie ad una cartella clinica informatizzata e condivisa da tutti i nodi della rete (pSM). 2. Individuare un Protocollo di valutazione diagnostica condiviso tra IRCS Burlo, Ospedali Riuniti e SC BADOE. 3. Definire i percorsi di continuità, diagnostica e presa in carico e trattamento tra NPI e servizi di salute mentale territoriali. 4. Collegare la valutazione diagnostica ai Progetti Terapeutico Riabilitativi Individuali
--	---

	definendo modalità condivise tra i servizi che accertano il disturbo per garantire la continuità informativa alle famiglie nel periodo della transizione.
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Il tavolo regionale per i disturbi dello spettro autistico nell'adulto ha svolto solo gli incontri propedeutici alla stesura degli indirizzi regionale. Pertanto non sarebbe stato possibile e coerente attivare un percorso con protocolli per l'area triestina che avrebbero corso il rischio di non trovare riscontro negli atti di indirizzo regionali (non è stato per esempio ancora definito se la transizione dovrà avvenire verso il DSM o verso le strutture distrettuali della disabilità).</p> <p>Infine non risulta alla DCS questa seconda parte negli atti formali assunti.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.12. Consulteri familiari	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
<p>1. Implementazione dell'offerta della visita domiciliare ostetrica in puerperio.</p> <p>2. Promozione della salute della donna in età post-fertile</p>	<p>1. Attivazione del servizio.</p> <p>2. Evidenza di interventi a favore della salute della donna in età post-fertile</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Nel corso del 2017 è stato sperimentato l' "Accordo di continuità tra ASUITs e Irccs Burlo Garofolo per le donne in situazioni di rischio psicosociale e sanitario durante la gravidanza, il parto ed il puerperio e per i bambini dopo la nascita". A tutte le donne segnalate con check list è stata offerta la visita domiciliare in puerperio (ostetrica/ altro operatore).</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
Consulteri familiari	<ul style="list-style-type: none"> - messa a sistema dell'offerta dei CAN alle donne in gravidanza con particolare attenzione ai gruppi più vulnerabili e a scarso accesso - analisi di fattibilità per avvio dell'implementazione più estensiva della visita domiciliare in puerperio.
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Nel corso del 2017 è stata mantenuta l'offerta di CAN alle donne in gravidanza residenti nella provincia di Trieste. Sono stati confermati i criteri di accesso e le caratteristiche dell'attività, descritta nel Manuale degli operatori" riguardante lo standard "Percorso assistenziale" UNICEF - Comunità Amica dei Bambini per l'Allattamento - BFCl.</p> <p>Tutte le donne hanno avuto un primo colloquio da parte dell'ostetrica prima dell'avvio dei gruppi dei Corsi Accompagnamento alla Nascita (CAN). Per le donne maggiormente vulnerabili sono stati proposti, qualora impossibile l'inserimento nei gruppi, percorsi individualizzati/ potenziati con l'ostetrica (individuali/ di coppia).</p> <p>In relazione alle risorse disponibili si sono definiti i criteri più estensivi per l'offerta della visita domiciliare.</p>	

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
3.3.13. Diabete	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1 L'ASUITs organizzerà nel primo trimestre del 2017 i corsi di formazione per garantire l'applicazione del "Documento di indirizzo regionale sull'Assistenza alla Persona con Diabete"	1. Evidenza entro il 31.3.2017 dell'attuazione dei corsi a livello aziendale rivolti ai MMG e agli operatori dei distretti che si occupano di diabete nell'assistenza primaria.
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Organizzato ed effettuato il corso di formazione per garantire l'applicazione del "Documento di indirizzo regionale sull'Assistenza alla Persona con diabete" rivolto ai tutti gli MMG e agli operatori dei distretti che si occupano di diabete nell'assistenza primaria in data 13/04/2017 (Nota il corso non è stato organizzato nel primo trimestre ma poco dopo per le esigenze formative dei colleghi MMG). Il corso si è svolto in plenaria per la prima parte di relazioni frontali nella mattina mentre la seconda parte dei lavori di gruppo è stata svolta nel pomeriggio in ciascuno dei 4 Distretti con la partecipazione degli MMG e degli operatori afferenti a ciascun Distretto.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Diabete	<ul style="list-style-type: none"> - applicazione della rete aziendale clinico assistenziale sulle problematiche connesse alla patologia diabetica redatta nel 2016 - attuazione dei PDTA clinico assistenziali con definizione dei ruoli e responsabilità dei numerosi professionisti che sono attivi nel settore
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>1) Dopo il corso di formazione è iniziata a livello Aziendale l'applicazione pratica del "Documento di indirizzo regionale sull'Assistenza alla Persona con Diabete". Da aprile 2017 le Strutture di Diabetologia hanno inserito tutti i pazienti, che rientravano nei criteri definiti dal documento, nel percorso di gestione integrata. Gli indicatori di processo previsti dal documento regionale ed elaborati sempre a livello Regionale indicano un miglioramento complessivo della performance per quanto riguarda l'esecuzione di emoglobina glicata, microalbuminuria, profilo lipidico, creatininemia e fondo oculare. Per quanto riguarda lo screening della retinopatia diabetica, che già di base dimostrava una buona performance, il dato risulta significativamente migliorato nel monitoraggio successivo tanto da far sì che l'ASUITs sia l'Azienda che in Regione ha il miglior risultato per questo indicatore.</p> <p>2) Redatto il PDTA condiviso tra la Diabetologia ed il Centro Studi Fegato, per la gestione e la presa in carico delle persone con diabete ed epatopatia e delle persone con epatopatia ed alterazioni del metabolismo glucidico o diabete ed iniziata l'applicazione del PDTA che viene allegato al presente documento.</p> <p>Nel 2017 sono stati presi in carico, secondo i criteri previsti dal documento, 15 pazienti diabetici con epatopatia segnalati dal Centro Studi Fegato alla Diabetologia e sono stati segnalati al Centro Studi Fegato e presi in carico 14 pazienti.</p> <p>3) Messi in atto gli incontri tra i professionisti coinvolti che hanno portato alla definizione, condivisione e razionalizzazione delle attività svolte dalle dietiste in ambito diabetologico in ospedale e sul territorio.</p>	

In tale contesto è in fase finale di realizzazione il materiale informativo ed educativo sulla corretta alimentazione e stili di vita nelle persone con diabete, condiviso tra i professionisti (dietiste, infermiere, diabetologi) operanti sul territorio e quelli operanti in ospedale, da consegnare ai pazienti con diabete alla dimissione o in corso delle visite ambulatoriali.

4) Messi in atto gli incontri tra i professionisti e redatto il PDTA per la definizione del percorso di dimissione e presa in carico precoce presso la Diabetologia delle persone con diabete dimesse dalla Cardiologia, secondo quanto previsto dalla DGR 1572/2917: "Linee di indirizzo Regionali per la gestione dell'iperglicemia e del diabete in ospedale".

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

3.3.14. Sanità penitenziaria

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

Attuazione al 31.12.2017

Nella redazione del piano locale è stata prevista una formazione specifica a livello locale nella quale viene prevista la distribuzione del manuale "Prevenire il suicidio in carcere".

Il gruppo tecnico regionale per l'organizzazione della formazione a livello locale si è posto l'obiettivo di coinvolgere capillarmente il numero maggiore di professionisti sanitari e dell'amministrazione penitenziaria, identificando la metodologia più appropriata, di seguito sinteticamente descritta:

fase 1: predisposizione di un corso di formazione regionale per formatori, che si svolgerà il 5 giugno 2018 a Pordenone.

fase 2: a seguito del corso regionale a livello locale verrà organizzato in più edizioni una formazione ad hoc entro il 2018

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

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

Attuazione al 31.12.2017

Con nota della Direzione Centrale Salute n° 2604 del 06.02.2017 è stato istituito il Gruppo tecnico prevenzione rischio suicidario, sono stati individuati i rappresentanti per ASUI

Trieste: Dott.ssa Franca Masala Sanità Penitenziaria e Dr.ssa Alessandra Oretti medico psichiatra Dipartimento di Salute Mentale

In data 25.09.2017, il gruppo tecnico prevenzione rischio suicidario ha licenziato il Piano prevenzione dei suicidi in carcere locale, condiviso con Osservatorio Permanente Sanità Penitenziaria Regionale e la Direzione Sanitaria ASUI Trieste.

In data 6/11/2017 con delibera n°2145 è stato approvato il Piano Regionale per la prevenzione delle condotte suicidarie e dei gesti autolesivi in carcere e indicazioni per i piani locali.

In data 29/12/2017 è stato sottoscritto il Piano locale per la prevenzione delle condotte suicidarie e dei gesti autolesivi in carcere tra ASUI Trieste e Casa Circondariale di Trieste a firma del Direttore Generale ASUI dr. Adriano Marcolongo e la dr.ssa Iannucci Direttore del carcere di Trieste

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.15. Ospedali psichiatrici giudiziari

Obiettivo Aziendale

Risultato atteso

Ospedali psichiatrici giudiziari

- ASUITs proseguirà nel programma regionale di superamento degli OPG, garantendo il funzionamento delle strutture per l'esecuzione delle misure di sicurezza regionali (REMS) e, più in generale, attivando percorsi di fronteggiamento della deriva di internamento e predisponendo i progetti riabilitativi personalizzati per le persone internate.

- In caso di mancato utilizzo della REMS di Aurisina per persone residenti in regione, grazie al lavoro di prevenzione, secondaria e terziaria, svolto dai DSM regionali, sia sul piano operativo che nel rapporto con la magistratura, verranno sperimentate modalità di reimpiego del personale REMS nel supporto ai programmi personalizzati di persone a rischio di misure di sicurezza, di detenzione e deriva sociale

Attuazione al 31.12.2017

La predisposizione del progetto riabilitativo personalizzato per le due persone accolte nel 2017 ha reso possibile la dimissione delle due persone accolte, in accordo con il Magistrato di Sorveglianza.

Il personale REMS, in assenza di accoglimenti, è stato reimpiegato nel supporto ai programmi personalizzati di persone a rischio di misure di sicurezza, di detenzione e deriva sociale.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.16. Dipendenze	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Collaborazione con l'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze.	1. Partecipazione dei referenti del gruppo tecnico operativo ad almeno il 70% delle riunioni indette dall'Osservatorio sulle Dipendenze. Invio e validazione dei dati per i flussi informativi regionali raccolti dell'osservatorio.
Attuazione al 31.12.2017 E' stata garantita la partecipazione a tutti gli incontri di coordinamento regionale organizzati dall'Osservatorio sulle Dipendenze: 27/1, 22/2, 21/3, 20/4, 24/5, 19/6 (poi annullato), 18/7, 18/9, 17/10, 21/11 e 12/12. Il DDD ha inviato i report periodici relativi ai flussi informativi SIND previsti ex lege, sia sui dati di utenza che sui dati di attività secondo le tempistiche regionali.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
2. Partecipazione alla realizzazione di un workshop regionale, in collaborazione con il terzo settore sui trattamenti alcologici.	2. Partecipazione dei almeno il 70% del personale dei Servizi per le dipendenze dedicati al trattamento alcologico al workshop regionale.
Attuazione al 31.12.2017 L'evento regionale rivolto agli operatori dei servizi e alle realtà del terzo settore si è tenuto il 25 novembre nell'Auditorium della Regione di via Sabadini a Udine; prima di tale evento finale il gruppo allargato integrato pubblico/privato sociale si è trovato regolarmente, sia in forma plenaria che in sottogruppi tecnici di lavoro, per approfondire le tematiche individuate e preparare i contenuti del workshop.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
3. Promuovere e aumentare il numero di programmi terapeutico riabilitativi in misura alternativa alla detenzione per detenuti con dipendenza patologica e di messe alla prova..	3.a Partecipazione alla realizzazione di una formazione a valenza regionale sulle misure alternative e messe alla prova. 3.b Aumento delle misure alternative e messe alla prova (2017 vs 2016).
Attuazione al 31.12.2017 Nel 2016 sono stati 64 i soggetti che hanno beneficiato di un programma terapeutico in misura alternativa alla detenzione (fonte dati sistema MFP5). Nel 2017 sono state complessivamente 75 le persone seguite con programmi di cura in misura alternativa alla detenzione (fonte dati report finale progetto), con incremento pari al 17%. La formazione regionale è stata invece rinviata al 2018, per decisione concordata con i servizi regionali del Ministero della Giustizia.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	3.a OBIETTIVO STRALCIATO 3.b OBIETTIVO RAGGIUNTO
4. Partecipazione ai tavoli di monitoraggio sugli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale.	4. Individuazione di almeno 3 indicatori di outcome relativi agli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale.
Attuazione al 31.12.2017 Le Assistenti sociali hanno partecipato con continuità ai lavori del tavolo tecnico regionale, secondo il	

segunte calendario:

- 17.02.2017 a Palmanova
- 17.03.2017 a Palmanova
- 11.04.2017 a Palmanova
- 16.05.2017 riunione poi sospesa per motivi organizzativi indipendenti dagli operatori
- 13.06.2017 a Palmanova

Il tavolo di lavoro regionale ha contribuito alla stesura della proposta di "Linee guida per l'attivazione di tirocini di orientamento, formazione e inserimento o reinserimento finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia e alla riabilitazione in favore di persone prese in carico ai servizi sanitari competenti", che ha individuato 8 indicatori di outcome:

- drop out tirocinio;
- conclusione anticipata per raggiungimento obiettivi;
- numero di rinnovi (con specifica delle motivazioni);
- percentuale di presenze rispetto agli orari previsti da PF;
- numero di obiettivi raggiunti come previsto da PF a fine percorso;
- n. competenze acquisite;
- grado di soddisfazione del tirocinante e del tutor del soggetto ospitante rispetto ai compiti appresi e alle relazioni attivate;
- n° di ricadute nell'uso delle sostanze/dipendenza (laddove applicabile).

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
5. Produzione di almeno 3 indicatori di outcome	5. Report con l'esito di almeno 3 indicatori di outcome.

Attuazione al 31.12.2017

Il report è stato inviato al referente della Direzione centrale salute della Regione in data 6 marzo 2018 sugli indicatori di outcome concordati:

1. follow-up dei soggetti tabagisti a 6 mesi dal trattamento;
2. monitoraggio drop out;
3. monitoraggio decessi per suicidio o overdose

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.17. Privacy

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

Attuazione al 31.12.2017

La raccolta dei consensi si è intensificata ed estesa il più possibile a tutti i cittadini

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

3.3.18. Continuità assistenziale 116-117

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

Continuità assistenziale 116-117	Predisporre un'ipotesi di un'organizzazione con risorse infermieristiche ancorché non sia ancora prevista l'apposita attivazione della linea telefonica dedicata da parte dei gestori telefonici, per garantire la continuità assistenziale dei pazienti in cura/assistenza domiciliare, coerentemente con l'Accordo Stato-Regioni
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Dal 1 luglio 2017 è stato predisposto ed attivato il nuovo "numero unico per i servizi sanitari non urgenti", numero verde gratuito attivo e disponibile 7 giorni su 7, 24 ore su 24, esclusivamente dedicato ai cittadini della provincia di Trieste. Seguendo le indicazioni della Conferenza Stato Regioni atto n. 221/CSR del 24/11/2016, tale servizio è partito con modalità organizzativa che prevede la presenza di 2 professionisti infermieri h 24, esperti e formati nell'identificazione delle problematiche di salute ed in grado di attivare i servizi al fine di garantire la risposta più adeguata e la continuità assistenziale a tutte le richieste non urgenti. Il servizio si è inserito a pieno regime nella rete organizzativa e operativa dei servizi sanitari e socio-sanitari territoriali.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.4. PROGETTI ATTINENTI LE ATTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALI

3.4.1 Insufficienze d'organo e trapianti	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
CUORE	
Cuore	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dopo la formalizzazione della filiera cuore della rete per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti, predisposizione di almeno 2 percorsi assistenziali a valenza regionale (VAD e ECMO). 2. Utilizzo presso il Centro trapianti di almeno l'85% degli organi prelevati in regione (diretti o in scambio con altre regioni). 3. Riduzione del tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti di 50-74 anni, portandolo per ogni AAS/ASUI sotto il valore di 210 (valore medio regionale 2015 di 208,26 – fonte Bersaglio)
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Si pone attenzione al fatto che i ricoverati per scompenso nella fascia d'età considerata sono in gran parte oggetto di cardiologia interventistica, e che quindi i dati leggermente superiori al target richiesto e costanti nel tempo sono da attribuirsi ad una migliore performance del sistema. In ogni caso, fatta questa premessa, ASUITS si adopererà per selezionare al meglio i casi di ricovero.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	<ol style="list-style-type: none"> 1. OBIETTIVO RAGGIUNTO 2. OBIETTIVO STRALCIATO <p>NON DI COMPETENZA</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO <p>240,23 (DATO REGIONALE)</p>
Cuore – scompenso cardiaco	<p>Mantenimento e miglioramento dei seguenti interventi in favore dei pazienti con scompenso cardiaco di 50-74 anni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presa in carico medico-infermieristica (ambulatoriale o telemonitoraggio remoto) entro 30 giorni dalla dimissione ospedaliera di almeno 1/3 dei pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco (1° diagnosi), selezionati tra quelli a maggiore rischio di reospedalizzazione - Mantenimento in carico medico-infermieristico presso l'ambulatorio dedicato della SC Centro Cardiovascolare e Cardiologia di almeno il 50% dei pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco selezionati tra quelli a maggior rischio di ospedalizzazione

	<ul style="list-style-type: none"> - Condivisione con le AFT aziendali e con i Distretti di percorsi facilitati di presa in carico dei pazienti con scompenso cardiaco. - Condivisione con il Pronto Soccorso e 118 di percorsi facilitati di presa in carico urgente senza necessità di ricovero presso l'ambulatorio dedicato della SC Centro Cardiovascolare o Cardiologia dei pazienti con scompenso cardiaco selezionati tra quelli a minore rischio
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>1. Report ricoveri per SC pazienti 50-75 anni: E' stato preparato il primo report sul PDTA Scompenso che riporta andamento dei ricoveri per 1° diagnosi Scompenso (criteri Mes), ricoveri ripetuti, re-ricoveri a 30 giorni, mortalità a 30 giorni suddivisi per età (<50, 50-75, >75 anni) e per sede di ricovero (Cardiologia vs altro). Nei pazienti 50-75 anni, il numero dei ricoveri per scompenso cardiaco è rimasto stabile nel 2017 rispetto al 2016. Si è invece ridotto il numero dei re-ricoveri o decessi a 30 giorni ed i ricoveri nei reparti di Medicina o Geriatria. Al contrario sono (correttamente) aumentati i ricoveri in Cardiologia, motivati dalla necessità di eseguire esami di diagnostica eziologica invasiva o terapia interventistica (rivascolarizzazione, interventi su valvole o impianto device). (Allegato 1)</p> <p>2. Mantenimento e miglioramento dei seguenti interventi in favore dei pazienti con scompenso cardiaco di 50-74 anni:</p> <p>a) Continuità assistenziale: sono state organizzate 2 riunioni, per condivisione del percorso, il 19 giugno, presso lo spazio ex Villas nel Comprensorio di S. Giovanni, ed il 20 giugno al Centro Cardiovascolare. Al 31-12-2017 sono stati segnalati alla dimissione ospedaliera 483 assistiti con diagnosi di scompenso cardiaco, di questi: il 15,7% dopo il follow-up telefonico infermieristico e condivisione del caso con i cardiologi è stato riaffidato al proprio MMG, lo 0,4% non ha eseguito la visita per exitus, 405 assistiti (83,9%) sono stati presi in carico dal team medico-infermieristico entro 30 giorni dalla dimissione. (Allegato 2)</p> <p>b) Presa in carico: E' rimasto in carico all'Ambulatorio dello Scompenso Cardiaco Avanzato l'82,5% dei casi visti mentre il 17,5% è stato riaffidato al suo MMG/CAP. Vedere documento PDTA scompenso pag. 20-21. (Allegato 2)</p> <p>c) AFT aziendali e Distretti: Negli incontri del 10 ottobre, presso la sala riunioni della Clinica Psichiatrica, e 24 ottobre, presso la Direzione di Cattinara, sono stati condivisi i criteri e percorsi per la presa in carico degli assistiti con scompenso cardiaco ed è stato aggiornato il documento del PDTA scompenso (pag. 1-2-3-4-5-21). (Allegato 2). Dal 1° novembre al 31.12.2017 sono stati condivisi e presi in carico 49 assistiti. (D1 12 assistiti; D2 10 assistiti; D3 13 assistiti; D4 14 assistiti).</p> <p>d) PS-118: Tra il 5/9 e 5/10/2017 è stato realizzato il documento per la presa in carico dal PS dei pazienti con SC a basso rischio. I contenuti sono visionabili nel documento PTDA scompenso pag. 6-7-8. (Allegato 2). Tra fine ottobre e 31-12-2017 sono stati segnalati al CCV 12 assistiti.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO STRALCIATO</p>
<p>RENE</p>	
<p>Rene</p>	<p>1. Potenziamiento della Dialisi peritoneale e dei trapianti con l'obiettivo di ridurre i pazienti in emodialisi al di sotto del 46% del totale (trapiantati +</p>

	<p>emodializzati + in dialisi peritoneale).</p> <p>2. Ulteriore potenziamento del programma Trapianti di rene con riduzione dei Tempi di iscrizione in lista trapianto di almeno il 75% dei nuovi dializzati entro 6 mesi dall'inizio della dialisi e aumento dei casi di trapianto (almeno 70/anno comprensivi di tutte le tipologie di trapianto).</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>L'attività è stata potenziata. ASUITs passa da una percentuale che superava il 50% nel 2016 ad un 48% nel 2017.</p> <p>Emodializzati 167;</p> <p>Trapiantati 133;</p> <p>Dializzati peritoneali 48</p> <p>Totale pazienti in terapia sostitutiva renale (T+HD+DP) 348</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	<p>1. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</p> <p>VALORE REGIONALE: 51,59</p> <p>2. OBIETTIVO STRALCIATO</p>
Rene - pdta	<p>1. Effettuazione di un audit di monitoraggio congiunto dei nefrologi entro marzo '17 ed un secondo fra ottobre e dicembre '17.</p> <p>2. proseguire con la formazione teorico pratica (circa 18 ore presso il reparto) degli infermieri dei servizi territoriali (Distretti RSA Strutture Protette) per arrivare a circa 200 formati. Al momento sono formati 130;</p> <p>3. promuovere in primis il trattamento domiciliare. Si utilizzeranno tutti gli strumenti per favorire il trattamento domiciliare peritoneale (con i diversi livelli di assistenza fornibili: dalle visite periodiche alle medicazioni etc.), fino alla forma di gestione infermieristica domiciliare della metodica nel paziente non autosufficiente senza sostegni (care givers) familiari.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Nel anno 2017 la Commissione Regionale Dialisi e Trapianto ha lavorato al nuovo osta del trapianto renale che è stato definito compiutamente ed è in attesa di essere deliberato.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
FEGATO	
Fegato	<p>- Partecipazione ai lavori regionali per la formalizzazione di almeno 2 percorsi assistenziali a valenza regionale di cui almeno uno che riguarda i pazienti trapiantati</p>

	- . ASUITs si impegna, per il 2017, all'iscrizione in lista trapianto, presso il centro trapianti dell'ASUIUd, di almeno 10 pazienti
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Pazienti trapiantati/segnalati nel 2017:</p> <ul style="list-style-type: none"> • RD trapiantato • MT trapiantata • BA trapiantato • DGR trapiantata • DA segnalato rifiutato trapiantato presso altra sede • GR segnalato in lista • PE segnalata non considerata indicata a trapianto per MELD basso • CF segnalato, deceduto in corso di staging pre OLT <p>In preparazione dal 2017 ed inviati con studio completato nel 2018:</p> <ul style="list-style-type: none"> • TR • DF • VG • DV • HP <p>Sono a tutt'oggi in fase di stesura definitiva PDTA cirrosi (che prevederà un allegato trapianti) e ipertansaminasemia iniziati nel 2017 e in completamento 2018</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	<p>1. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</p> <p>DATO CRT: 3 PAZIENTI ISCRITTI/TRAPIANTATI</p> <p>2. OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>
PANCREAS	
Pancreas	<p>1. partecipazione dei propri professionisti, alla costruzione della rete dedicata alle patologie del pancreas e diabete</p> <p>2. ridurre il tasso di amputazioni maggiori in pazienti diabetici (tasso atteso: <30 casi/1.000.000 residenti in Provincia di Trieste; valore medio regionale 2015 di 29,39/1.000.000 – fonte bersaglio).</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>1) Partecipazione del referente aziendale per ASUITs al Tavolo Tecnico Regionale sul diabete ed in particolare agli incontri svoltisi nelle seguenti date:</p> <p>18 gennaio 2017</p> <p>15 marzo 2017</p> <p>23 maggio 2017</p> <p>27 giugno 2017</p> <p>03 ottobre 2017</p> <p>2) Contribuito, da parte del referente aziendale per ASUITs al Tavolo Tecnico Regionale sul diabete, alla</p>	

realizzazione delle diverse attività messe in atto dal Tavolo Regionale sul diabete e partecipazione alle stesse.

3) Partecipazione dei referenti Aziendali per ASUITs al Tavolo Tecnico Regionale ristretto sulla Malattia Diabetica in Ospedale e contributo attivo degli stessi alla stesura e realizzazione delle: "Linee di indirizzo Regionali per la gestione dell'iperglicemia e del diabete in ospedale" deliberato dalla Regione ad agosto 2017 (DGR 1572/2917).

4) Per il tasso di amputazioni maggiori io non ho i dati per cui chiedo a te Marco cortesemente di inserirli.

In relazione all'obiettivo amputazioni maggiori si rileva che le modalità di definizione del tasso di amputazione maggiore non sono del tutto appropriate sulla base anche di quanto rilevato dalle Società scientifiche. L'analisi condotta per definire l'obiettivo viene infatti effettuata accorpando alle amputazioni maggiori (ICD9-CM: 84.13-84.19) anche le amputazioni minori (ICD9-CM: 84.11-84.12). La definizione di amputazione minore o maggiore è riconosciuta a livello internazionale e si intende minore se eseguita su segmenti distali all'articolazione tibio-astragolica e maggiore se coinvolge strutture prossimali a questa articolazione. Si rileva che l'amputazione minore può rappresentare in molti casi una opzione terapeutica (non sempre è un indicatore negativo e quindi "evitabile"), mentre le amputazioni maggiori sono un evento da limitare al massimo e rappresentano uno degli obiettivi a cui tutta l'organizzazione diabetologica si ispira in coerenza con la letteratura scientifica. Accorpate le amputazioni minori con le maggiori comporta, quindi, interpretazioni non corrette sull'attività di prevenzione e riduzione delle amputazioni "maggiori" degli arti inferiori.

Sono state messe in atto iniziative di rivalutazione dei casi che sono numericamente molto pochi. La maggior parte di queste amputazioni sono sfuggite alla rete dei Centri Diabetologici Distrettuali. Si rileva che dai dati ricavati dal sistema informatico della diabetologia aziendale si osserva un lieve incremento negli ultimi tre anni delle amputazioni minori, ma di converso una riduzione delle amputazioni maggiori nelle persone in carico alla diabetologia. In aggiunta una consistente parte dei pazienti (39%) seguiti presso la Diabetologia Aziendale ha una età > 75 anni (la quota percentualmente più consistente) e come si evince dai dati di letteratura sono propri questi i soggetti con diabete a maggior rischio di amputazioni maggiori. Infine considerando che l'insufficienza renale terminale e la dialisi costituiscono di per se fattori di rischio importanti di amputazione maggiore va valutato quanti di questi casi riguardino persone con diabete dializzate.

Valutazione Direzione Centrale Salute	1. OBIETTIVO STRALCIATO 2. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO VALORE REGIONALE: 36,91
POLMONE	
Polmone	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formalizzazione della filiera polmone della rete per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti 2. Riduzione del tasso di ospedalizzazione per BPCO portandolo per tutte le AAS/ASUI al di sotto del 60 per 100.000 residenti di 50-74 anni (valore medio regionale 2015 del 65,84 per 100.000 residenti – fonte Bersaglio). 3. Formazione di 3 infermieri per ogni distretto sanitario per la gestione integrata con le

	<p>Pneumologie di riferimento dell'ossigenoterapia domiciliare</p> <p>4. Formazione di 2 fisioterapisti per distretto, da parte delle Pneumologie di riferimento, finalizzata alla riabilitazione respiratoria ambulatoriale e domiciliare</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Formalizzazione filiera polmone per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti avvenuta con l'attuazione del PDTA e la collaborazione dello pneumologo del territorio, dei Distretti e MMGG. In particolare la SC Pneumologia ha partecipato, per quanto di sua competenza, alla progettazione dei MMGG e alla formazione dei 3 infermieri e 2 fisioterapisti per Distretto</p> <p>Il tasso di ospedalizzazione per BPCO è tornato a salire fino a quota 107,3.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>1. OBIETTIVO STRALCIATO</p> <p>2. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</p> <p>VALORE REGIONALE: 107,31</p> <p>3. OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>4. OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>
<p>Polmone</p>	<p>ASIUTs si impegna ad attivare un modello organizzativo innovativo che preveda:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. vari incontri per coinvolgere i professionisti ospedalieri, distrettuali e MMG nonché il personale infermieristico ed i fisioterapisti 2. Un insieme di interventi coordinati tra loro (bundle) riguardanti: <ol style="list-style-type: none"> a. la prevenzione delle riacutizzazioni della BPCO/IRA e degli accessi al PS, attraverso l'incremento della vaccinazione antinfluenzale e antipneumococcica, anche in regime di ricovero, le pratiche di self management, comprendenti anche il corretto uso dei farmaci, una maggiore facilitazione per l'accesso alle strutture pneumologiche e alla riabilitazione respiratoria, un coordinamento tra il sistema 118 e pneumologi b. la dimissione dal PS, attraverso l'attivazione dello pneumologo territoriale e del SID c. la riduzione della durata della degenza, attraverso la valutazione pneumologica dei ricoverati per un corretto PDTA e, alla dimissione, riferimento clinico per i punti a e b.3. 3. Formazione del personale di cui al punto 3 e 4 delle Filiera Polmone delle Linee di gestione 2017
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Presentato progetto innovativo in forma di bozza il 2/11/ e poi in forma definitiva il 29/12/2017.</p>	

Attuati anche tutti gli interventi coordinati elencati qui sopra e la formazione del personale di cui al punto 3 e 4 della Filiera Polmone delle Linee di gestione 2017.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Tessuti oculari	
Tessuti oculari	1. Potenziamento del programma di donazione cornee (+20% delle donazioni del 2015) 2. Aumento del numero di trapianti (almeno 100 in Regione)
Attuazione al 31.12.2017 ASUITS contribuisce per la sua parte al conseguimento del target regionale	
Valutazione Direzione Centrale Salute	1. OBIETTIVO RAGGIUNTO Nel 2015 sono stati effettuati 5 prelievi, nel 2017 14 2. OBIETTIVO RAGGIUNTO IL NUMERO DEI TRAPIANTI E' SOSTANZIALMENTE COSTANTE TRA 2016 E 2017. A LIVELLO REGIONALE EFFETTUATI NEL 2017 135 TRAPIANTI.

3.4.2 Emergenza Urgenza

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
ICTUS	
Ictus - trombolisi	1. <i>Aumento/Mantenimento numero trombolisi: 120 interventi di Trombolisi venosa eseguita nei confronti di pazienti con Ictus acuto riferiti dal territorio giuliano-isontino</i>
Attuazione al 31.12.2017 Gli interventi di Trombolisi venosa eseguita nei confronti di pazienti con Ictus acuto riferiti dal territorio giuliano-isontino nel 2017 sono stati 130	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO VALORE REGIONALE. 160 TRATTAMENTI
Ictus – tempi intercorrenti	2. <i>Misurazione dei tempi intercorrenti fra allertamento-TAC e TAC-trombolisi venosa (relazione di analisi dei dati 2016 e primo semestre 2017). ASUITS si impegna nel 2017 a rendere disponibili le relazioni di analisi dei tempi intercorrenti tra “allertamento-TAC” e tra “TAC-rTPa” per gli anni 2017 ed il I semestre 2017, rispettivamente entro il 30 giugno 2017 ed entro il 31 dicembre 2017.</i> Trasmissione alla DCS di un report/semestre con i dati di attività

<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Sono stati misurati gli intertempi door to needle (PS e esecuzione della trombolisi): il 50 % è tra 61 e 90 minuti il 30% è tra il 90 e il 120 minuti il 20 % > 120 minuti.</p> <p>Verrà inviato un report dettagliato con i dati di attività 2016-2017. In corso progetto di miglioramento nella misura e nella velocizzazione del processo</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
Ictus – utilizzo scale	<p>3. Produzione e trasmissione alla DCS di un report semestrale sulla presenza e compilazione, nella cartella clinica, delle scale Barthel Index e Rankin Scale modificata.</p> <p>I dati dovranno essere raccolti su un campione di cartelle (ricoveri con DRG 14 o codici ICD-9-CM indicati) con le seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> - periodi di riferimento: 01/01/2017-30/06/2017 e 1/7/2016-31/12/2017; - campione cartelle: <ul style="list-style-type: none"> ospedali con ricoveri < 500/anno: 30 cartelle per periodo esaminate; ospedali con ricoveri > 500/anno: 50 cartelle per periodo esaminate; - rappresentatività delle diverse unità operative che accolgono e/o dimettono i pazienti, (campione proporzionato al numero dei ricoveri/anno di ciascuna unità operativa); - esclusione dal campione dei pazienti con esito ricovero “deceduto”.
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Esecuzione della Barthel e della Rankin Scale in tutti i ricoveri effettuati presso la Neurologia (Clinica e Stroke Unit)</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
EMERGENZE CARDIOLOGICHE	
Emergenze cardiologiche	<ul style="list-style-type: none"> - Formalizzazione di almeno 1 percorso assistenziale che definisca anche specifici indicatori di esito - ASUITs si impegna inoltre, sul tema delle emergenze cardiologiche, a formulare un progetto per verificare la possibilità di inserire la formazione BLS-D nelle Scuole superiori ed i Corsi Universitari extra sanitari.
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Dal 2003 la S.C. Cardiologia è dotata di un protocollo clinico-assistenziale per il trattamento dei pazienti affetti da STEMI, con particolare riferimento ai pazienti candidati alla riperfusione meccanica tramite angioplastica coronarica emergente. Il protocollo viene periodicamente aggiornato sulla base della letteratura scientifica. Attualmente il documento ha valenza interaziendale nell'ambito della rete</p>	

assistenziale Hub & Spoke con i centri inviati di Monfalcone e Gorizia (ASS 2) ed è fra i documenti proposti presso il tavolo di lavoro per le Emergenze cardiologiche del CREU-STEMI.

Nel corso del 2017 il protocollo è stato nuovamente aggiornato sulla base delle Linee Guida della Società Europea di Cardiologia del 2017 per il trattamento dei pazienti con STEMI (v. allegato 1), con particolare riferimento al pretrattamento con terapia antiaggregante, al trattamento con ossigeno e al principale indicatore temporale di riperfusione (intervallo ECG-passaggio del filo guida oltre la lesione colpevole). Gli indicatori di processo sono stati aggiornati sulla base dell'elenco promosso ed approvato dal CREU in data 24/1/2017 (v. allegato 2), alla cui stesura la ASUI di Trieste – S.C. Cardiologia ha attivamente partecipato nella persona del dr. Andrea Perkan.

Sul tema delle emergenze cardiologiche sono stati realizzati i 3 corsi di "Ricomincia la vita" rivolta agli studenti universitari ed è stato impostato il programma di incontri per il 2018.

Valutazione Direzione Centrale Salute	1. OBIETTIVO RAGGIUNTO 2. OBIETTIVO STRALCIATO
Misurazione del tempo intercorrente fra l'effettuazione dell'ECG sul territorio e l'inizio della procedura in emodinamica (relazione di analisi dei dati 2016 e primo semestre 2017)	Presentazione dei dati relativi al tempo intercorrente tra ECG sul territorio e inizio della procedura emodinamica per il 2016 e primo semestre 2017
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Le attuali (2017) Linee Guida della Società Europea di Cardiologia sul trattamento dei pazienti con STEMI promuovono l'intervallo di tempo tra esecuzione dell'ECG diagnostico ed il passaggio del filo guida oltre la lesione durante angioplastica coronarica emergente, quale principale indicatore temporale di processo per la riperfusione meccanica della lesione colpevole d'infarto.</p> <p>Presso la S.C. Cardiologia è attiva la raccolta prospettica dei tempi di rivascolarizzazione dei pazienti affetti da STEMI, con distinzione relativa alle modalità di accesso al sistema sanitario e della provenienza (area triestina e isontina). I dati relativi agli anni 2016-2017 sono confrontati con l'anno 2015, indicando una sostanziale stabilità dei tempi, con mediana tra i 70 e 74 minuti per i pazienti triestini e tra i 100 e 108 minuti per i pazienti isontini (v. allegato 3 – nelle tabelle sono disponibili i dati per i vari sottogruppi di pazienti relativi alle diverse modalità di accesso).</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Rivascolarizzazione dell'Infarto Miocardico Acuto STEMI (progettualità aziendale)	
Aderenza al percorso assistenziale	<p>Criteria di inclusione: Tutti i pazienti di età compresa tra 18 e 85 anni che si presentano all'attenzione del sistema regionale dell'emergenza (sia sul territorio che nei pronto soccorso ospedalieri) per "dolore toracico insorto da meno di 12 ore" ed all'elettrocardiogramma iniziale (CON DEFINIZIONE DI ORA DI ESECUZIONE) dimostrano elevazione del segmento ST (superiore a 0.1 mV in almeno due derivazioni contigue) oppure Blocco di Branca Sinistro di quasi certa nuova insorgenza</p> <p>ESITI: Mortalità a 30 gg (ottenuta da sistema informativo sanitario regionale)</p> <p>Mortalità a 1 anno (idem)</p>

	<p>Degenza media dell'episodio iniziale di ricovero per STEMI trattato con PPCI (da SDO)</p> <p>Percentuale di pazienti in follow up a 3 mesi presso riabilitazione cardiologica</p> <p>- Trasmissione alla DCS di un report/semestre con i dati di attività</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Presso la S.C. Cardiologia, i dati relativi alle caratteristiche cliniche e di outcome dei pazienti affetti da STEMI e sottoposti a rivascolarizzazione con angioplastica coronarica emergente sono oggetto di costante monitoraggio. Nel corso del 2017 si è osservata una mortalità a 30 gg inferiore rispetto agli anni precedenti (v. allegato 4), con particolare riferimento ai pazienti con arresto cardiaco. Si allega il report di attività sul programma di angioplastica in corso di STEMI per l'anno 2017 (allegato 5).</p> <p>I dati relativi alla mortalità a lungo termine (1 anno) e di degenza media dovranno essere derivati dal sistema informativo sanitario regionale.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
TRAUMA	
Trauma	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formalizzazione di un sistema di indicatori clinici per il monitoraggio dei tempi e degli esiti. 2. Trattamento della Frattura di femore entro 48H in almeno il 70% (hub) o 80% (spoke) dei casi trattati dal presidio ospedaliero. 3. Implementazione, all'interno dei presidi ospedalieri di 2° livello, di un'organizzazione per l'urgenza traumatologica distinta dalle altre urgenze, in modo da accelerare i tempi di trattamento di tutta la traumatologia. 4. è in corso riorganizzazione dell'attività chirurgica nel complesso operatorio per aprire una sala operatoria dedicata ai traumi dal lunedì al venerdì fino alle 18.30 e, in una seconda fase, il sabato dalle 8 alle 18.30.
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Il trattamento della frattura di femore entro 48 h in almeno il 70% (hub) dei casi trattati dal presidio ospedaliero è stato conseguito con una percentuale per il 2017 pari a 74,7.</p> <p>100% dei pazienti accolti con frattura di femore in Pronto Soccorso ha eseguito gli accertamenti stabiliti: accertamenti radiologici, Rx torace, ECG, esami ematochimici preoperatori, consulenza ortopedica.</p> <p>Raggiunto il target di pazienti operati entro le 48 ore. Istituito il percorso breve h 24 di traumatologia dal Pronto Soccorso distinto dalle altre urgenze. E' in corso come previsto la riorganizzazione dell'attività del complesso operatorio per prevedere sedute supplementari specifiche.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	<p>1. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</p> <p>2. OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>VALORE REGIONALE: 74,7</p>

	3. OBIETTIVO RAGGIUNTO 4. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
PRONTO SOCCORSO	
Pronto soccorso	<ol style="list-style-type: none"> 1. impegno a migliorare l'attività della Struttura di Cattinara e investire nel potenziamento di quella potenziamento di quella dell'Ospedale Maggiore fino a portarla a pieno regime 2. Aumentare la percentuale dei pazienti registrati al Pronto soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde, ad almeno 65% (hub) 3. Aumentare la percentuale dei pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto Soccorso meno di 4 ore, portandola a valori superiori al 75% (hub) 4. Revisione e confronto interaziendali della gestione clinica per 5 eventi patologici acuti, più frequenti
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>L'obiettivo relativo ai codici verdi non è stato certamente raggiunto. Questo obiettivo allo stato attuale non è ragionevolmente raggiungibile da nessun Ospedale Hub. Tale impossibilità è stata espressa nel 2017 in occasione di un incontro richiesto dai Direttori di tutti i Pronto Soccorso della regione alla Direzione Centrale della salute</p> <p>Per quanto riguarda "Revisione e confronto interaziendali" si è in attesa delle indicazioni regionali</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	1. OBIETTIVO STRALCIATO 2. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO VALORE REGIONALE: 32,67 3. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO VALORE REGIONALE: 40,02 4. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO L'OBIETTIVO PREVEDEVA UN'INIZIATIVA AZIENDALE NON REGIONALE

3.4.3. Reti di patologia	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
MALATTIE RARE	
Produrre almeno 1 percorso assistenziale per ogni gruppo nosologico	Percorsi prodotti entro il 31 dicembre 2017
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Nell'ultimo trimestre del 2017 i referenti aziendali delle reti di patologia hanno condiviso quali PDTA attinenti le malattie rare sviluppare nel corso del 2018</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

Implementazione, da parte dei presidi autorizzati, del flusso informativo al registro regionale di cui al DM 279/2011.	Evidenza dell'implementazione del flusso informativo al registro regionale di cui al DM 279/2011.
Attuazione al 31.12.2017 Il flusso informativo da ASUITS a Centro Regionale delle Malattie Rare è stato costantemente presente al fine di alimentare il registro regionale. L'evidenza di tale flusso è desumibile dal registro regionale (resp. dott. Bembi ASUIUD)	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
MALATTIE REUMATICHE	
Malattie reumatiche	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoraggio dell'applicazione dei percorsi assistenziali già formalizzati. ASUITs applicherà lo strumento informatico del miglioramento del percorso 2. Evidenza, entro il 30 giugno, nel sito aziendale dei medici reumatologi aggregati alle medicine interne e di quelli appartenenti ai servizi ASUITs.
Attuazione al 31.12.2017 Il sito aziendale di AOOUTS e AAS1 sono in fase di migrazione sotto un unico portale (NB per quanto riguarda il punto 2 nel vecchio sito al 30/06 ci doveva essere l'aggregazione dei nominativi dei medici reumatologi: attualmente non è possibile contestualizzare il dato perché il sito è migrato nel nuovo portale)	
Valutazione Direzione Centrale Salute	1. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO' 2. OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.4.4. Materno-infantile	
Obiettivo	Risultato atteso
Responsabilizzazione ostetriche	<p>Nel 2017 si proseguirà con il consolidamento dell'offerta dei percorsi di cura per le donne con gravidanze fisiologiche da parte dell'ostetrica, valutando la fattibilità della responsabilizzazione diretta ulteriore delle ostetriche e dell'ampliamento dell'offerta</p> <p>- Trasmissione alla DCS dell'analisi di fattibilità entro il 31.12.2017</p>
Attuazione al 31.12.2017 Nel corso del 2017, nell'ambito del Comitato Regionale Percorso Nascita è stato istituito un sottogruppo di lavoro interaziendale (referente per ASUTs dott. ssa Sola) che ha prodotto il documento "Percorso nascita in Friuli Venezia Giulia. Progetto gravidanza a basso rischio a gestione ostetrica" (del.723 del 21/3/2018). Nel documento sono stati definite modalità e criteri tecnico amministrativi per l'avvio della responsabilizzazione diretta dell'ostetrica nella presa in carico della gravidanza fisiologica.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.4.5 Percorso nascita	
Obiettivo	Risultato atteso
Percorso nascita	<ul style="list-style-type: none"> - prosecuzione della partecipazione del referente ASUITs ai lavori del Comitato Regionale (almeno 80 % delle sedute) - mantenimento delle attività di accoglienza ambulatoriale per Mamma Bambino dopo la dimissione dalla maternità - supporto e aiuto alle giovani famiglie dopo il parto, con specifico servizio domiciliare e ambulatoriale. Presa in carico di almeno il 30% dei nati.
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>ASUITs ha partecipato all'80% delle riunioni del Comitato Regionale e del sottogruppo che ha prodotto il documento "Percorso nascita in Friuli Venezia Giulia. Progetto gravidanza a basso rischio a gestione ostetrica" (del. 723 del 21/3/2018).</p> <p>L'attività di accoglienza mamma bambino (offerta attiva da parte del personale della maternità secondo accordo ASUITs- IRCCS Burlo Garofolo) è proseguita nel corso dell'anno a cura delle ostetriche consultoriali (primi bilanci di salute 1223/1357 parti residenti = 90%), in raccordo con gli operatori del Punto Nascita e con il PLS (Uso del Libretto Regionale di Salute consegnato alla nascita, per la comunicazione tra ospedale, consultori e PLS). Le visite domiciliari su indicazione clinica sono state 409.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.4.6. Sangue ed emocomponenti	
Obiettivo	Risultato atteso
Raccolta plasma	Raccolta di plasma destinato al frazionamento industriale per la produzione di farmaci emoderivati in quantità sufficiente a garantire la produzione programmata di farmaci emoderivati concordata con le regioni aderenti all'accordo interregionale plasma (valore 2016 +/- 2 %), con adeguamento della produzione agli standard qualitativi concordati in sede di coordinamento interregionale con il fornitore del servizio di plasma-derivazione.
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Rispetto al 2016, nel corso del 2017, abbiamo registrato un significativo calo del numero di emocomponenti raccolti dal Dipartimento di Medicina Trasfusionale Giuliano Isontino (DIMT): -1847, pari a -8,6%.</p> <p>La riduzione ha interessato sia il sangue intero (-1488, -9,2%) che il plasma (-493, -10,5%), mentre si è osservato un incremento significativo nelle unità di piastrine (+134, +20%).</p>	

Per quanto riguarda la raccolta di plasma da aferesi, va specificato che in conseguenza del nuovo decreto 2-11-2015, dal 1 giugno 2016 il volume di plasma raccolto per unità è aumentato da 600 a 700 ml. Quindi se il calcolo viene effettuato sull'effettivo volume di plasma raccolto:

- nel 2016 vanno distinti due periodi:
- 1 gennaio al 31 maggio : 2132 unità da 600 ml pari a 1279 litri
- 1 giugno al 31 dicembre : 2551 unità da 700 ml pari a 1786 litri
- Nel 2017, sono stati raccolti 2933 Litri di plasma, pari a -4,3% rispetto all'anno precedente.

Il calo della raccolta si osserva principalmente nelle sedi di Gorizia (-5,2%), Monfalcone (-1,6%), Burlo (-39,5%, giustificato dalla chiusura 3 giorni su 5), autoemoteca Regionale (-13,4%) mentre il centro presso l'ospedale Maggiore è sostanzialmente stabile (+0,1%).

Con l'obiettivo di contrastare il trend negativo della raccolta, oltre al monitoraggio mensile dei dati (con condivisione con le associazioni di volontariato), sono state messe in atto le seguenti azioni:

- Pubblicazione di articoli sulla stampa locale, informandola cittadinanza sulla carenza e invitando a venire a donare
- Partecipazione a programmi televisivi
- Appello al personale dipendente di ASUITS e di AAS. 2 con invito alla donazione
- Riunione di Dipartimento (aprile 2017) sulla carenza di sangue allargata alle associazioni di volontariato
- Riunioni con tutte le associazioni del volontariato della Regione sulla carenza
- Richiesta ai Direttori dei Dipartimenti della Università di Trieste, di sensibilizzare gli studenti sul tema della donazione di sangue.

Standard Qualitativi: il 6 luglio 2017 il DIMT è stato sottoposto a visita da parte degli ispettori della CSL Behring (industria di plasmaderivazione convenzionata con il FVG). L'audit è stato condotto allo scopo di qualificare la struttura quale fornitore di plasma destinato al frazionamento per CSL Plasma GmbH. ed ha confermato la validità del Plasma Master File. Il DIMT sta provvedendo ad integrare il proprio sistema di gestione della qualità con le Linee di Buona Prassi (DE 1214/2016) ed a dicembre 2017, è stata confermata la certificazione ISO 9001 (con la versione 2015 della norma).

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
Centro Unico di Donazione	completamento del Centro Unico di Donazione presso l'Ospedale Maggiore, attualmente in fase di progettazione esecutiva con fondi Regionali deliberati, comporterà un accentramento su unica sede con chiusura del centro dell'IRCCS Burlo Garofolo e conseguente miglioramento del rapporto costi/efficacia.
Attuazione al 31.12.2017	
Il progetto esecutivo del nuovo centro e la relazione sanitaria sono stati inviati in Regione all'inizio maggio per l'autorizzazione da parte del nucleo di valutazione; l'autorizzazione è stata concessa il 15 settembre. I lavori non sono iniziati all'inizio del 2018 e si prevede termineranno a luglio.	
Il nuovo centro unico consentirà di migliorare l'efficienza della raccolta sangue ed emocomponenti e offrirà un miglior confort sia ai donatori che ai pazienti ambulatoriali.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

Mantenimento quota di compensazione	Mantenimento della quota di compensazione interregionale assegnata dalla pianificazione nazionale (Centro nazionale Sangue) ed interregionale (Nuovo Accordo Interregionale Plasma)
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Nel 2016 sono state raccolte circa 800 unità di sangue intero in più rispetto al fabbisogno di unità di globuli rossi concentrati, ma come evidenziato nel primo punto, nel 2017 abbiamo osservato un calo nella raccolta di globuli rossi pari a -9,2%. Al calo della raccolta si aggiunge un incremento del numero di unità trasfuse pari a 3,7%. Per quanto attiene agli interventi atti a modificare il trend di raccolta, oltre alle azioni elencate al punto 1, da febbraio abbiamo iniziato a prenotare le donazioni di sangue intero tramite Call center regionale e l'applicativo DonUp (Insiel). I risultati dei primi 10 mesi sono incoraggianti, la prenotazione sembra essere gradita ai donatori e contribuisce alla programmazione della raccolta.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
Riorganizzazione attività raccolta	Riorganizzazione dell'attività di raccolta mobile di sangue e plasma sul territorio da parte di EGAS, producendo ed attuando, con il coordinamento della Direzione Centrale Salute, una progettualità specifica per la raccolta sangue territoriale a livello regionale.
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Le attività previste per il raggiungimento del risultato sono in linea. È prevista la collaborazione con la DCS per quanto attiene alla raccolta territoriale con l'autoemoteca di Gorizia. L'autoemoteca Regionale è stata modificata per consentire le visite da parte del medico a bordo, allineando il mezzo con quello di Udine. La cessione dell'autoemoteca alla struttura CUPRO-CUVB-Coordinamento, è prevista per fine luglio.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Garanzia della sicurezza e dell'appropriatezza trasfusionale attraverso la partecipazione ai programmi regionali di sorveglianza trasfusionale.	<p>Proseguiranno gli Audit sull'appropriatezza delle richieste trasfusionali i cui risultati verranno restituiti ai reparti e discussi nelle riunioni del Comitato per il Buon Uso del Sangue.</p> <p>Per ciò che attiene alla sicurezza trasfusionale, si continuerà la raccolta e monitoraggio degli eventi avversi inerenti sia la donazione che la trasfusione. Parteciperemo al gruppo di lavoro Regionale dell'Emovigilanza e valuteremo l'impatto dell'applicazione del nuovo DM (nuova check-list, filtrazione in linea) sulla sicurezza trasfusionale.</p> <p>Ai fini di migliorare la sicurezza trasfusionale, si aumenterà il ricorso alla richiesta trasfusionale informatizzata (Emonet Web), come previsto dal nuovo decreto.</p>

Attuazione al 31.12.2017

Le attività previste per il raggiungimento del risultato sono in linea. Gli audit delle richieste trasfusionali è parte integrante del lavoro di routine dei medici del Dipartimento. I report con i dati 2017 per reparto, sono stati illustrati nel corso dei 6 incontri dei Comitati Ospedalieri per il Buon Uso del Sangue svolti in ASUITs, IRCCS Burlo e AAS2. Nel 2017, le richieste appropriate in ASUITs sono state 99,7%, al Burlo 99,1% , a Gorizia 98,8% mentre a Monfalcone, le richieste appropriate sono state 99,6%.

Gli ottimi risultati ottenuti in ASUITs sono da imputare all'aumento delle richieste informatizzate tramite EmonetWeb e pertanto, si continua a invitare tutti i reparti di ASUITs, IRCCS Burlo, Gorizia e Monfalcone, ad adottare questa modalità nell'interesse di una trasfusione di sangue più sicura.

Nel corso del 2017, si è continuato a segnalare eventi avversi delle donazioni e delle trasfusioni alla rete Regionale di Emovigilanza.

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

3.4.7. Erogazione dei livelli di assistenza

Obiettivo	Risultato atteso
Erogazione dei livelli di assistenza	<ol style="list-style-type: none"> 1. Riduzione del tasso di ospedalizzazione al 125 x mille 2. Riduzione dei numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica portando la percentuale al di sotto del 30% per gli adulti (valore medio regionale del 2015 di 37,37% per gli adulti - fonte Bersaglio). 3. Riduzione della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti ≥ 65 anni portandola al di sotto del 4% (valore medio regionale 2015 di 5,23% - fonte Bersaglio). 4. Individuazione da parte di ogni AAS/ASUI/IRCCS di almeno 3 pacchetti di prestazioni da eseguire in day service ambulatoriali, con formale trasmissione degli stessi alla DCS entro il 30 giugno 2017, per l'autorizzazione. 5. Le AAS e le ASUI proseguono ad effettuare i controlli di appropriatezza delle prestazioni effettuate dagli erogatori pubblici e privati, secondo il piano dei controlli programmato dallo specifico gruppo di coordinamento regionale. 6. verrà riformulata la proposta di pacchetto relativo alle prestazioni ambulatoriali onnicomprensive per l'osservazione geriatrica breve. 7. Recupero di almeno il 25% della fuga extra-regionale di ricovero e specialistica ambulatoriale (dato cumulativo) rispetto al 2015

Attuazione al 31.12.2017

1. Il tasso di ospedalizzazione ha segnato negli ultimi due anni un rialzo rispetto al trend di discesa molto marcato manifestato negli ultimi due decenni. Ciò è dovuto essenzialmente all'aumento dei ricoveri degli anziani ultra75enni per DRG medico. Il dato ASUITS riferito al 2017 risulta 135,57.

Come già segnalato sia nel corso degli incontri di negoziazione in DCS sia per iscritto nel PAL ASUITS 2017 l'obiettivo di contrarre i ricoveri entro il 125 per mille non è realistico per una realtà come Trieste. Negli ultimi anni la discesa del tasso di ospedalizzazione è stata assai significativa e non si ritiene sia ulteriormente comprimibile, pur a fronte di una ben articolata organizzazione territoriale.

2. Per quanto attiene i DH diagnostici medici si segnala come ASUITS abbia un totale di DH medici inferiore alla media regionale. Pertanto l'obiettivo del 30% su una base minima appare più complesso. Il dato del numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica nel 2017 risulta 35,93% contro il 29,43% del 2016.

4. La Direzione Sanitaria di ASUITs ha inviato alla DCS in data 28.03.2017 e in data 22.05.2017 rispettivamente 28 e 7 proposte e la loro descrizione delle attività di specialistica ambulatoriale da organizzare in "day service" secondo la metodologia PACC.

L'attività di riorganizzazione delle attività previste dalla DGR 600/2017 è stata avviata per i PACC che coinvolgono le strutture cardiologiche aziendali (percorsi di pertinenza aziendale per pazienti con scompenso cardiaco; codici DMD.014, DMD.015, DMD.016, DMD.017 e DMD.018).

Sono stati inoltre richiesti dei richiести a proposito dell'attività in Day Service alla DCS con nota ProtGen/0023169 – P d.d. 04/05/2017.

5. Per le prestazioni erogate dal privato accreditato agli assistiti di competenza ASUITS (provincia di Trieste e fuori regione) per il 2017 i controlli si sono fatti secondo le disposizioni regionali della DGR 1321 dd 11.7.2014 che prevede verifiche campionarie sul 12,5% delle cartelle cliniche e sul 2% delle prestazioni ambulatoriali. I controlli informatici e campionari si sono fatti su oltre il 12,5% cartelle cliniche e su oltre il 2% delle impegnative e referti. Per l'ambulatoriale si sono controllate 6453 impegnative (su un totale di 230.458 impegnative per 723833 prestazioni). Per la degenza si sono controllate 1278 SDO su 4946 dimessi totali.

Valutazione Direzione Centrale Salute	<p>1. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO Valore regionale: 134,55</p> <p>2. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO Valore regionale: 35,92</p> <p>3. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO Valore regionale: 5,32</p> <p>4. OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>5. OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>6. OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>7. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</p>
--	--

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

Obiettivo	Risultato atteso
Rischio clinico	

- definire al proprio interno e a strutturare la Rete Cure Sicure in conformità alla DGR nr 1970 dd. 21.10.2016 e a identificare i referenti dei progetti e i link professional da coinvolgere anche con la necessaria formazione (incluso quella a livello regionale).
- predisporre un piano annuale del rischio clinico e garantisce il monitoraggio degli indicatori concordati a livello regionale. Inoltre, diffonde e mette a regime le raccomandazioni ministeriali e dei programmi specifici.
- sicurezza del farmaco:
 - ✓ il mantenimento delle azioni sull'uso prudente dei farmaci (con un ulteriore focus su target di popolazione individuati attraverso le rilevazioni effettuate nel 2016);
 - ✓ la sistematica adozione della riconciliazione farmacologica nei diversi contesti assistenziali;
 - ✓ la predisposizione e la diffusione della reportistica periodica destinata ai medici di medicina generale.
- adozione delle misure di "antimicrobial stewardship", incluse:
 - ✓ la valutazione dell'aderenza alle linee guida terapeutiche regionali;
 - ✓ l'implementazione e la valutazione dell'impatto delle azioni in essere;
 - ✓ l'adozione di specifiche misure per il coinvolgimento nel programma regionale di setting clinico-assistenziali extraospedalieri (cure intermedie);
 - ✓ l'adozione e la promozione delle strategie per favorire l'empowerment di pazienti e cittadini sull'uso più razionale e consapevole degli antibiotici.
- partecipazione alla "Point Prevalence Survey" e diffusione capillare dei risultati.
- adozione di strumenti per la valutazione dello stato nutrizionale del paziente.
- empowerment dei cittadini e dei pazienti sulle tematiche del rischio mediante:
 - ✓ la valutazione dell'utilizzo del modulo di "integrazione della lettera di dimissione";
 - ✓ la predisposizione e la diffusione dei materiali informativi destinati ai cittadini.

Attuazione al 31.12.2017

Le attività connesse alla gestione del rischio clinico così come delineate dalla linea 3.4.8 sono state strutturate e implementate secondo le indicazioni del tavolo regionale dei Risk manager del FVG ed in particolare:

- nel 2017 sono stati identificati i referenti di linea della Rete Cure Sicure ed è stato svolto il percorso formativo ECM loro dedicato
- nel 2017 sono stati identificati i link professional di ASUITs
- sono stati trasmessi gli indicatori di valutazione semestrali previsti dal piano di valutazione secondo le scadenze prefissate
- è stata effettuata l'indagine di prevalenza PPS 2017 e ne sono stati diffusi i risultati
- è stata effettuata l'indagine su polifarmacoterapia nell'anziano
- sono state adottate le iniziative connesse alle linee di attività identificate

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

L'OBIETTIVO DI PREDISPOSIZIONE E LA DIFFUSIONE DELLA REPORTISTICA PERIODICA DESTINATA AI MEDICI DI MEDICINA GENERALE È STATO STRALCIATO

Qualità e appropriatezza nell'erogazione delle cure

nel corso del 2017 si dovranno redigere, con l'aiuto degli specialisti medici, alcune liste di interventi da prescrivere con maggior prudenza poiché spesso non necessari, inutili o addirittura potenzialmente

dannosi, aderendo al programma internazionale di *choosing wisely*. In particolare ci si riferisce ai seguenti:

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

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

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

Attuazione al 31.12.2017

Nel 2017 sono state implementate iniziative di sensibilizzazione sul corretto utilizzo degli inibitori di pompa protonica da parte della SC Farmacia

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO STRALCIATO

3.5. ASSISTENZA FARMACEUTICA

Assistenza Farmaceutica	
Obiettivo	Risultato atteso
TETTI SPESA FARMACEUTICA	
<p>la bozza di legge di stabilità 2017 prevede invece ai commi 2 e 3 dell'articolo 59 che i tetti per l'assistenza farmaceutica siano così ridefiniti: un tetto per l'assistenza farmaceutica ospedaliera comprensiva anche della spesa per i farmaci di fascia A erogati direttamente e in distribuzione per conto denominato "tetto per la spesa farmaceutica per acquisti diretti" pari al 6,89 % del FSR e un tetto per l'assistenza farmaceutica territoriale, contenente la sola spesa farmaceutica convenzionata denominato "tetto per la spesa farmaceutica convenzionata" pari al 7,96 % del FSN.</p>	
Assicurerà ogni utile misura per rispettare i vincoli fissati a livello nazionale, sia sulla componente convenzionata della spesa che su quella ospedaliera, impegnandosi a privilegiare in esclusiva l'acquisto di farmaci aggiudicati in gara EGAS, qualora espletata, rispettando l'ordine di aggiudicazione, salvo shortage della specialità vincitrice.	Numero di acquisti extra gara EGAS/ numero acquisti totali
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Le attività previste per il raggiungimento del risultato atteso sono state rispettate. Tutto il fabbisogno per gli acquisti di materiale in ASUITS è stato segnalato ad EGAS per accedere a gare su base regionali. Successivamente il 100% del materiale aggiudicato tramite determina EGAS è stato acquistando facendovi ricorso,</p> <p>salvo quando inesistenti od in ritardo di approntamento rispetto l'urgenza locale. In tal caso comunque tutti gli acquisti sono stati eseguiti con procedure nel rispetto del capitolato degli appalti.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
PRESCRITTORI	
Dovranno essere individuati specifici obiettivi per tutti i prescrittori, correlati ad indicatori di risultato predefiniti, sia a livello territoriale (distrettuale, ambulatoriale, MMG) che ospedaliero. A tal fine gli Enti del SSR effettueranno un monitoraggio periodico sull'utilizzo delle categorie di farmaci a maggior impatto di spesa e rischio di inappropriata favorendo l'impiego di medicinali con il miglior rapporto di costo-efficacia, redigendo un report semestrale con evidenza delle azioni intraprese nel corso del primo e secondo semestre da inviare alla DCS sia con riferimento alle iniziative di audit e feedback che alle iniziative più significative adottate (in particolare oncologici,	<p>Al fine di garantire il rispetto dei vincoli fissati per la farmaceutica verranno messe in atto opportune azioni volte al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e all'incentivazione dei medicinali dal miglior profilo di costo/efficacia, privilegiando a parità di efficacia e sicurezza i medicinali dal minor impatto economico</p> <p><u>Indicatore:</u> Evidenza quali e quantitativa di comunicazioni trasmesse dalla SC Farmacia ai decisori di spesa farmaceutica (dossier, report, segnalazioni, comunicazioni, conteggi, email, solleciti, riunioni di audit-feedback, presentazioni, verifica richieste con modello apposito, dossier per farmaci da inserire nel PTA, relazioni per la DS in</p>

immunologici, farmaci per l'epatite C, terapie intra-vitreali, farmaci del PHT_DPC, equivalenti, biosimilari).	caso di richieste di farmaci extra PTA, istruttoria impiego farmaci off label ecc) - è necessario prevedere specifici obiettivi da assegnare ai prescrittori nonché l'invio del report
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>In riferimento al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva si segnalano alcune comunicazioni trasmesse agli operatori sanitari (MMG, PLS, Specialisti ambulatoriali e Ospedalieri, infermieri) dalla SC Assistenza Farmaceutica nel corso del 2017 e sono stati inviati alla DSC i due report richiesti con il dettaglio delle iniziative che in linea generale sono risultate in:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaborate 5 newsletter di interesse farmaceutico periodiche di aggiornamento. • Prodotti 3 report sulle categorie a maggior impatto di spesa convenzionata, DPC e diretta • 11 note/alert a tutti i prescrittori (MMG strutture dipendenti e accreditate) su varie tematiche quali costo sicurezza ed efficacia di svariati farmaci: • E' garantito l'invio puntuale e periodico delle evidenze degli obiettivi AIR 2017 ai singoli MMG con evidenza personalizzata di scostamento dall'obiettivo previsto. • Ciascun MMG ha poi ricevuto nel corso dell'anno 2 report personalizzati con i dati estratti dal portale SISSR • Tutti i MMG iperprescrittori hanno ricevuto e mail personalizzata con indicazioni volte a migliorare l'appropriatezza prescrittiva • Sono stati organizzati 3 incontri con MMG e UDMG • E' stato condotto un approfondimento specifico con le Diabetologie Distrettuali sui nuovi antidiabetici e con il Centro Cardiovascolare sui NAO • A livello ospedaliero è proseguito il monitoraggio delle richieste riguardanti antibiotici (245 terapie), antifungini (80 terapie) e farmaci vari per criticità di impiego dovuta a sicurezza, costi elevati ecc • Valutate 1.475 di richieste di acquisto per farmaci di fascia A non presenti in PTA ed a basso impatto di spesa. • Valutate ed approntato il dossier per 35 richieste per farmaci ad alto impatto di spesa non presenti in PTA • Valutate ed approntati i dossier per 70 richieste di farmaci off label • Elaborati i report quadrimestrali sull' andamento della spesa farmaceutica attribuibile ai centri ASUITS a carattere generale • Elaborati su base mensile per i centri di risorsa ASUITS con scostamento rispetto il preventivo della spesa farmaceutica ed organizzati incontri di audit. • Nello specifico poi sono stati trasmessi e spediti con protocollo interno 102 note aventi temi riguardanti l'ottimizzazione della spesa farmaceutica ai centri di risorsa ASUITS • Monitoraggio su categorie quali anti HCV ed intravitreali (il 60% delle prescrizioni totali di intravitreali in ASUITS sono di Bevacizumab) • Monitoraggio delle nuove richieste di Biologici a brevetto scaduto per proporre il ricorso al biosimilare qualora non richiesto in prima istanza dal prescrittore <p>Effettuate 3 riunioni della Commissione per il PTA con l'approntamento di 26 dossier , la discussione di 23 e l' inserimento finale di 14 principi attivi.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

<p>Al fine di perseguire un governo sulle politiche regionali di acquisto dei farmaci e dei dispositivi medici, l'EGAS, avvalendosi delle competenze interne e di quelle delle aziende sanitarie, nel corso del 2017 (compresa la gara farmaci in fase di predisposizione) dovrà potenziare la capacità di coordinamento e di stesura di capitolati tecnici, assumendo a pieno la funzione di aggregatore della domanda, soprattutto al fine di contribuire alla realizzazione di un sistema regionale più regolato e in linea con le evidenze scientifiche e con i principi dell'HTA.</p>	<p>Collaborazione fattiva dei dirigenti farmacisti di ASUITs alla identificazioni quali e quantitative del fabbisogni dei farmaci, stesura dei capitolati tecnici e partecipazione in qualità dei componenti delle commissioni aggiudicatrici.</p> <p><u>Indicatore:</u> Partecipazioni dirigenti farmacisti ASUITs per allestimento, aggiudicazioni gare/Totale gare EGAS</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Il 100% delle gare EGAS è stata partecipata dai farmacisti di ASUITs, quando nelle convocazioni era ritenuta mandataria la loro presenza.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
DISTRIBUZIONE DIRETTA FARMACI ALTO COSTO	
<p>Nell'ambito della distribuzione diretta dei farmaci ad alto costo le Aziende eroganti in tale ambito definiscono idonei percorsi che consentano la verifica dell'appropriatezza d'uso anche da parte delle AAS e le ASUI di residenza del paziente.</p>	<p>Farmacisti di ASUITs si rendono disponibili a fornire tutte le documentazioni riguardanti i processi decisionali che hanno portato a concedere i farmaci a pazienti residenti extra azienda, inclusa la volontà a partecipare ad eventuali iniziative di audit richieste.</p> <p>Devono inoltre farsi parte attiva per il controllo della prescrizione.</p> <p><u>Indicatore:</u> Numero di risposte fornite/istanze di chiarimento avanzate da altre Aziende Sanitarie</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>La disponibilità allo scambio di informazioni e dati in entrata ed uscita è stata assicurata nel 100%.</p> <p>I farmacisti di ASUITs hanno sempre chiarito con i prescrittori extra aziendali il motivo della scelta quando questa non era in linea con la disponibilità di prodotto vincitrice di gara regionale e/o non fosse in linea con le norme regionali sulla distribuzione di detti prodotti .</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
PRESCRIZIONE MEDICINALI A BREVETTO SCADUTO	
<p>In ambito territoriale la prescrizione dei medicinali a brevetto scaduto, con particolare riferimento alle classi terapeutiche individuate dagli indicatori AIFA-MEF presenti sul sistema Tessera Sanitaria (TS) e riportati nella Tabella n. 1, dovranno tendere ai valori target indicati</p>	<p>In ambito territoriale si provvederà ad incentivare la prescrizione dei medicinali a brevetto scaduto, con particolare riferimento alle classi terapeutiche individuate dagli indicatori AIFA-MEF presenti sul sistema Tessera Sanitaria (TS) e riportati nella Tabella n. 1 che dovranno tendere ai valori target indicati. Si provvederà alla diffusione di almeno 3 comunicazioni ai prescrittori delle evidenze al fine</p>

di raggiungere il valore target definito nelle linee di gestione 2017.
ASUITs valuterà inoltre l'appropriatezza d'uso delle categorie di farmaci a maggior impatto di spesa e rischio di inappropriately favorendo l'impiego di medicinali con il miglior rapporto di costo-efficacia, con l'invio di report ai prescrittori.

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

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

†basato sul report nazionale gennaio-agosto 2016.

Attuazione al 31.12.2017

Si è provveduto alla diffusione di una comunicazione ai prescrittori delle evidenze degli indicatori AIFA-MEF al fine di raggiungere il valore target definito nelle linee di gestione 2017.

ASUITs ha valutato l'appropriatezza d'uso delle categorie di farmaci a maggior impatto di spesa e rischio di inappropriately favorendo l'impiego di medicinali con il miglior rapporto di costo-efficacia, con l'invio di un report ai prescrittori.

Sono state inoltrate comunicazioni personalizzate ai MMG che si discostano dalle medie aziendali/distrettuali/AFT su spesa farmaceutica e % di utilizzo di farmacia brevetto scaduto. Nel corso degli incontri sono state date indicazioni condivise con le UDMG sull'appropriatezza di utilizzo dei medicinali a base di Vit. D e su ezetimibe, le due molecole a maggior crescita in termini di spesa.

Altresì è stato fatto un approfondimento con i diabetologi sui nuovi farmaci antidiabetici (SGLT-2) al fine di migliorarne l'appropriatezza d'uso.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO VALUTAZIONE APPROPRIATEZZA D'USO: RAGGIUNTO RAGGIUNTI 4/8 TARGET: PARZIALMENTE RAGGIUNTO
--	--

BIOSIMILARI

PERCENTUALI UTILIZZO MEDICINALI A BREVETTO SCADUTO E BIOSIMILARI

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

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

Indicatori:

<p>attestarsi per i nuovi pazienti, al miglior valore possibile ovvero dovranno rappresentare una quota non inferiore all'80% del totale delle prescrizioni/confezioni erogate, ferma restando comunque la possibilità per il prescrittore di indicare il farmaco più opportuno motivando la scelta effettuata a seconda delle indicazioni d'uso e delle popolazioni interessate, secondo percorsi definiti a livello aziendale.</p> <p>Oltre alla promozione d'uso di medicinali a brevetto scaduto e biosimilari a livello territoriale, dovranno essere valutate a campione, in tempistiche e reparti che saranno comunicati dalla direzione centrale, le % percentuali di utilizzo di queste categorie di medicinali e le % di prescrizioni in dimissione o dopo visita ambulatoriale. I reparti interessati riguarderanno in particolare reumatologie, cardiologie, medicine, centri osteoporosi, nefrologie, oncologie, neurologie con riserva di integrare anche altri reparti nel corso dell'anno.</p>	<p>In attesa degli indicatori che saranno fornite della Regione, quello individuati da ASUITs sono di tipo descrittivo (A) e numerico (B)</p> <p>A) descrizione delle iniziative messe in opera dalla SC Farmacia per la promozione e sviluppo dei biosimilari di epoetina, filgrastim, infliximab, etanercept, insulina glargine</p> <p>B) la prescrizione di farmaci biosimilari per i principi attivi sopra indicati è pari almeno all' 80% del totale nei pz naive</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Per i biologici con scarico nominale è stato possibile verificare sempre in via prospettica su tutte le prime immissioni in terapia se la scelta ricadeva sul prodotto biosimilare. In caso negativo veniva proposto dal farmacista.</p> <p>E' proseguita la politica di informazione attiva ai medici interessati riguardo l'opportunità di impiego dei biosimilari attraverso l'invio di mail, note e quant'altro. E' stato redatto e trasmesso un report sui farmaci biosimilari in ASUITs a coprire l'intero anno 2017.</p> <p>Tutti i biosimilari aumentano nel 2017 le quote rispetto al 2016, a cominciare da Abasaglar che passa dal 6% del 2016 al 24% di mercato e le epoetine biosimilari alfa che passano dal 31% del 2016 al 59% del mercato nel 2017 ed in particolare per i farmaci scaricati nominalmente si stabilisce che:</p> <ul style="list-style-type: none"> -il 98% dei fattori di crescita granulocitari sono biosimilari. -il 66% dei pz in trattamento nel 2017 con Remicade impiegano il biosimilare. Il 100% dei pz che hanno iniziato infliximab nel 2017 lo hanno fatto col biosimilare - il 26% dei pz in trattamento con etanercept nel 2017 faceva il biosimilare. Dei nuovi pz che hanno iniziato etanercept nel 2017, l'83% ha ricevuto il biosimilare. 	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>
<p>MEDICINALI REGISTRO AIFA</p>	
<p>La prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA dovrà avvenire nel rispetto delle indicazioni prefissate, assicurando la registrazione di tutti i dati richiesti, al fine di assicurare appropriatezza d'uso e consentire il recupero di quanto dovuto in</p>	<p>I farmacisti evadono le richieste di farmaci su registro web based, soltanto se correttamente compilata dal medico richiedente. Posizioni divergenti andranno sanate con i compilatori richiedenti prima della fornitura.</p>

<p>termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing. La richiesta del farmaco dovrà sempre essere accompagnata dalla scheda di registrazione paziente nel registro. A tal fine potranno essere programmata analisi a campione da parte della direzione centrale. L'EGAS, nell'ambito della centralizzazione della logistica d'acquisto consolida le modalità con cui assicurare, per tutti i farmaci per i quali sono previste forme di compartecipazione dei costi da parte delle aziende farmaceutiche e condivisione del rischio (risk sharing, cost sharing e payment by results), il ristoro delle somme spettanti a ciascun Ente.</p>	<p><u>Indicatore:</u> Il 100% delle richieste vengono evase dopo la compilazione della richiesta web-based.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Nel 2017 sono state inviate il 100% delle RdR (richieste di rimborso) presenti nel registro AIFA AOTS per un totale di 66 RdR relative a 93 trattamenti rimborsabili per cui si stima, dopo accettazione dei produttori, un recupero di € 916.304,41.</p> <p>Per tutti i farmaci sottoposti a registro web base o cartaceo, il farmacista ha proceduto all' evasione della richiesta solo dopo verifica sulla completezza della compilazione</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>
<p>DISTRIBUZIONE DIRETTA 1° CICLO TERAPIA</p>	
<p>A seguito di dimissione da ricovero e/o di visita specialistica ambulatoriale dovrà essere assicurata l'erogazione del 1° ciclo di terapia in distribuzione diretta. L'attività di distribuzione diretta continua ad essere garantita nell'ambito della residenzialità, della semi-residenzialità e dell'assistenza domiciliare presso tutte le strutture afferenti alle Aziende per l'assistenza sanitaria. Inoltre relativamente ai medicinali di nuova autorizzazione all'immissione in commercio e che sono inseriti nell'elenco dei farmaci erogabili in DPC, le aziende sanitarie attueranno ogni utile percorso per favorire la distribuzione diretta nelle more della effettiva disponibilità di tali medicinali in DPC fornendo anche le opportune informazioni ai prescrittori.</p>	<p><u>Indicatore:</u> Viene assicurata l'erogazione del I ciclo di terapia in distribuzione diretta dopo visita specialistica ambulatoriale.</p> <p>Relativamente ai medicinali di nuova autorizzazione all'immissione in commercio e che sono inseriti nell'elenco dei farmaci erogabili in DPC, si attuerà ogni utile percorso per favorire la distribuzione diretta nelle more della effettiva disponibilità di tali medicinali in DPC fornendo anche le opportune informazioni ai prescrittori.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Nel corso del 2017 la SC Assistenza farmaceutica ha erogato cicli personalizzati di farmaci in distribuzione diretta a 20.036 pz, rispetto i 19.681 dell'anno 2016, incrementando pertanto l'attività.</p> <p>Relativamente ai medicinali di nuova autorizzazione all'immissione in commercio e che sono inseriti nell'elenco dei farmaci erogabili in DPC (es. Entresto), è stato attuato ogni utile percorso per evitare aggravati di costo generati dall'erogazione tramite il canale convenzionale nelle more della effettiva</p>	

disponibilità di tali medicinali in DPC correlandosi con i prescrittori e fornendo via email le opportune informazioni.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
DISTRIBUZIONE PER CONTO	
L'EGAS, al fine di favorire l'impiego dei medicinali acquistati centralmente, rende disponibile a tutte le Aziende con frequenza di aggiornamento mensile la lista dei farmaci aggiudicati a gara con particolare riferimento a quelli della DPC. A questo proposito EGAS assicura un monitoraggio puntuale delle politiche di acquisto dei medicinali in DPC, e adotta ogni misura conseguente, al fine di garantire la maggiore economicità per l'SSR rispetto ai costi della convenzionata. Per i medicinali DPC per i quali si rilevi un elevato ricorso alla non sostituibilità da parte del prescrittore, le aziende attuano specifici approfondimenti con i prescrittori, dando evidenza alla direzione centrale dei monitoraggi effettuati e delle azioni adottate.	L'azienda monitora l'andamento della DPC informando i prescrittori nel caso in cui si evidenzi un elevato ricorso alla non sostituibilità, dando evidenza alla Direzione Centrale dei monitoraggi effettuati e delle azioni adottate.
Attuazione al 31.12.2017 L'azienda ha effettuato un monitoraggio relativo a tutto l'anno 2016 e al I semestre 2017 relativo all'andamento della DPC informando i prescrittori nel caso in cui si evidenzi un elevato ricorso alla non sostituibilità. E' stato fornito un report sull'andamento della DPC all'IRCCS Burlo inerente i medicinali indotti dagli specialisti dello stesso a ricaduta territoriale.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
INTEGRAZIONE FARMACIE	
Oltre alla DPC le aziende promuovono l'attività di integrazione delle farmacie nel SSR nell'ambito della farmacia dei servizi, con particolare riferimento alle farmacie ubicate nelle zone più disagiate, prioritariamente su temi quali le patologie croniche, l'aderenza alle terapie, la prevenzione di interazioni ed eventi avversi.	Promozione dell'attività di integrazione delle farmacie del SSR nell'ambito della farmacia dei servizi: evidenza di specifiche azioni/attività intraprese
Attuazione al 31.12.2017 E' stata inviata una nota con disponibilità di un incontro al fine di incentivare il processo di integrazione delle farmacie del SSR nell'ambito della farmacia dei servizi (es. aderenza al trattamento).	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
FARMACOVIGILANZA	
Sul tema della farmacovigilanza continuano le	ASUITs assicurerà la partecipazione di tutti i

<p>attività già avviate a livello regionale dalla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, quali la segnalazione spontanea in pronto soccorso, la segnalazione nell'ambito della dimissione da ricovero ospedaliero. Verranno inoltre avviati un percorso formativo a distanza (FAD) specifico sull'utilizzo della nuova piattaforma nazionale Vigifarmaco, nonché i progetti di farmacovigilanza attiva approvati dall'Agenzia italiana del farmaco. Su tali iniziative gli Enti del SSR assicurano la partecipazione dei sanitari interessati e per il supporto alle attività organizzative. In tale ambito continua a trovare applicazione la convenzione di cui alle DGR 435/2013 e 2199/2014. In generale, anche tramite convenzione della direzione centrale con gli Enti del SSR potranno essere avviati progetti sulle attività stabilite dalla DGR 1365/2015, volti a favorire un'informazione indipendente sull'impiego sicuro del farmaco, utilizzando i fondi statali dedicati a tali iniziative.</p>	<p>sanitari interessati alle progettualità regionali definite dalla Direzione Centrale Salute integrazione sociosanitaria politiche sociali e famiglia in termini di farmacovigilanza, oltre ad adottare in proprio iniziative per accrescere la sensibilità alle segnalazione di reazioni avverse come strumento di protezione per i pazienti e di miglioramento delle evidenze dei farmaci in termini di sicurezza.</p> <p>- l'obiettivo va integrato anche con la partecipazione alle attività formative</p> <p><u>Indicatore:</u> Il numero di segnalazioni per ASUITs di ADR è in linea o >al valore regionale.</p> <p>In generale, ASUITs che da tempo promuove l'attività di informazione indipendente sull'impiego sicuro dei farmaci (es. newsletter periodiche, bollettino "Così è se vi pare", schede "Principi attivi in pillole") è interessata ad implementare tale attività anche tramite convenzione con la Direzione Centrale per avviare progetti sulle attività stabilite dalla DGR 1365/2015, utilizzando i fondi statali dedicati a tali iniziative.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Il numero di segnalazioni di ADR in ASUITs nel corso del 2017 è risultato pari a 265, in diminuzione del 1.8% rispetto le 270 segnalazioni del 2016.</p> <p>ASUITs nel corso del 2017 ha fornito piena collaborazione e supporto al Centro Regionale per il potenziamento delle attività di Farmacovigilanza</p> <p>Inviata 23 segnalazioni EMA AIFA</p> <p>Organizzate tre edizioni obbligatorie "Corso Farmacovigilanza" in combinazione con la Regione sono state il 22 settembre, 20 ottobre e 24 novembre 2016.</p> <p>Sara ha fatto un corso agli infermieri il 21 novembre 2017, le slides sono nell'anno in cartella condivisa.</p> <p>Elaborato e diffuso un report di attività annuale 2017 contenente tipologia delle segnalazioni, centri segnalatori, fonte della segnalazione, classificazione della gravità ecc.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>
<p>APPROPRIATEZZA USO DISPOSITIVI ASSISTENZA INTEGRATIVA</p>	
<p>Le aziende potenziano il monitoraggio e la verifica dell'appropriatezza d'uso dei dispositivi per l'assistenza integrativa al fine di porre in essere ogni azione utile ad una razionalizzazione della spesa e dei consumi di tali prodotti. Dovranno, inoltre, essere avviate a livello aziendale o in collaborazione tra aziende iniziative che prevedano</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</p>

<p>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>distribuzione dei prodotti AFIR, anche ausili per i pazienti diabetici, economicamente vantaggiose per il SSR (es. accordi le farmacie, distribuzione diretta).</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>L'azienda riduce nel 2017 vs 2016 sia il numero di ricette che la spesa per l'erogazione di ausili per autocontrollo glicemia. E' stato organizzando un gruppo di lavoro per ottimizzare l'erogazione dell'assistenza integrativa (es. stomie, cateteri,...) con ricadute economicamente vantaggiose per il SSR. E' stato redatto un documento di sintesi dei risultati delle analisi delle prescrizioni delle strisce per glicemia al fine di porre in essere ogni azione utile ad una razionalizzazione della spesa e dei consumi di tali prodotti, soprattutto con riferimento ai limiti massimi prescrivibili dei dispositivi per diabetici. I report elaborati e presentati in una riunione con i MMG sono tre (I semestre 2016, II semestre 2016, I quadrimestre 2017).</p> <p>Sono state inviate email personalizzate a tutti i prescrittori di prodotti AFIR (strisce) se rilevate difformità o per informarli dei corretti percorsi da seguire.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO VA IMPLEMENTATA LA DISTRIBUZIONE DIRETTA DELLA PROTESICA</p>
<p>CARTELLA ONCOLOGICA</p>	
<p>Implementazione cartella oncologica La cartella oncologia informatizzata dovrà essere implementata relativamente ai campi: diagnosi/sede, protocollo/farmaco, stadiazione con un grado di completezza pari ad almeno il 95% dei pazienti (due rilevazioni sulla completezza della compilazione: al 30.06.2017 e al 31.12.2017).</p>	<p>Completezza dei dati in cartella oncologica, pari ad almeno il 95% dei pazienti, per i campi: diagnosi/sede, protocollo/farmaco, stadiazione (due rilevazioni annue)</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017 Il target regionale è rispettato</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO % ONCOLOGIA MAGGIORE= 94.28% % CSO= 98.92 (MEDIA 96.6%)</p>
<p>AZIENDE CON LOGISTICA CENTRALIZZATA</p>	
<p>Aziende servite dalla logistica centralizzata, la</p>	<p>Copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM dovrà essere garantita per l'85% delle confezioni destinate alla distribuzione diretta nominale erogate mediante lo stesso applicativo, anche al fine di consentire un</p>

	puntuale monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e la promozione dei medicinali acquisiti centralmente da EGAS.
Attuazione al 31.12.2017 Il sistema in atto in ASUITs non è ancora agganciato per quanto riguarda la fase distributiva al PSM.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO NON APPLICABILE ASUI-TS
PRESCRIZIONE INFORMATIZZATA PIANI TERAPEUTICI	
Tutte le Aziende dovranno garantire il ricorso (prima prescrizione e rinnovi) alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici implementati/disponibili a sistema, tramite l'applicativo PSM-PT, in almeno il 50% dei nuovi pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive. Va inoltre assicurato il controllo dei piani terapeutici ed il rispetto delle note limitative AIFA, favorendo l'implementazione di tale sistema informatizzato.	<u>Indicatore:</u> ASUITs, che non si serve ancora della logistica centralizzata, persegue la prescrizione informatizzata dei piani terapeutici in almeno il 50% dei nuovi pazienti che necessitano di tali medicinali
Attuazione al 31.12.2017 Attività in linea. Oltre il 50% delle prescrizioni con piano terapeutico sono fatte in forma informatizzata.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO PSM-PT: % SU NUOVI PAZIENTI 50%
FLUSSI INFORMATIVI	
Le Aziende sanitarie assicurano, per tramite dei responsabili individuati dalle stesse, l'implementazione, le verifiche ed i controlli di congruenza dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese, anche utilizzando la reportistica a disposizione sul portale SISR (mancati invii, prezzi medi, revocati, ecc). Va in particolare garantita, per il corretto calcolo del rispetto dei tetti di spesa, l'integrale copertura della fase 3 su fase 2 (100% della spesa negli ambiti previsti) per quanto riguarda la distribuzione diretta. In fase di erogazione diretta dei medicinali è inoltre inserito a sistema il codice targatura. Sempre con riferimento ai flussi informativi, l'EGAS e le singole Aziende danno riscontro agli eventuali approfondimenti richiesti dalla Direzione Centrale, anche su istanza Ministero della Salute, entro 15 giorni dalle comunicazioni.	<u>Indicatore:</u> Saranno assicurati il monitoraggio e informatizzazione dei piani terapeutici ed il rispetto delle note limitative AIFA. 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 Garantire riscontro alle eventuali richieste da parte della Direzione Central Salute entro 15 giorni

<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Le attività previste per il raggiungimento del risultato atteso sono in linea nel rispetto dei tempi di trasmissione richiesti.</p> <p>I flussi sono mensilmente stati trasmessi con la tempistica richiesta e la SC Assistenza Farmaceutica ha sempre garantito il riscontro alle richieste della Direzione Centrale Salute nei tempi richiesti</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO FASE3/FASE2: 99,96% TARGATURA DPC 100%
INDICATORI	
<p>Allegato B.</p> <p>19. Specialistica ambulatoriale</p> <p>Consumo pro-capite di farmaci inibitori di pompa protonica</p>	25 up pro capite
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>In seguito alle molteplici azioni messe in atto, il consumo pro-capite degli inibitori di pompa in ASUITS è inferiore al valore standard definito (25 u.p pro capite) e risulta essere il più basso in Regione (22,43 u.p pro capite).</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO 22,22 pro-capite

3.6. PROGETTI ATTINENTI LA PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI SOCIOSANITARI

3.6.1 Non autosufficienza e disabilità	
Obiettivo	Risultato atteso
GOVERNO E RIQUALIFICAZIONE DEL SISTEMA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE PER ANZIANI	
1. Processo di riclassificazione delle residenze per anziani già funzionanti	<p>Sarà garantita la partecipazione all'attuazione del processo di riclassificazione delle residenze per anziani secondo le modalità e i termini previsti al titolo X del D.P.Reg. 144/2015. Inoltre, in continuità con le attività realizzate negli anni precedenti sulla linea di intervento Governo e riqualificazione del sistema residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti, sono inoltre previsti i seguenti obiettivi/azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la verifica del possesso dei requisiti strutturali ed edilizi dichiarati dagli enti gestori delle strutture residenziali nell'ambito del processo medesimo (art. 52, comma 5 del D.P.Reg. 144/2015) nei casi richiesti dalla Regione; - il supporto alla valutazione delle domande di nuova classificazione presentate dagli enti gestori (articolo 56, comma 2), secondo le modalità indicate dalla Regione; - il supporto alla valutazione dei bisogni degli utenti delle residenze per anziani attraverso l'utilizzo del sistema di valutazione multidimensionale Val.Graf.-FVG (articolo 50 del D.P.Reg. 144/2015), in particolare nelle residenze per anziani non convenzionate.
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Nell'anno 2017 sono state eseguite le verifiche dei requisiti per tutte le residenze per anziani convenzionate con ASUITS. E' stata costituita altresì una commissione aziendale composta da personale del Distretti e del DIP.</p> <p>Tutte le domande di nuova classificazione sono state valutate nei tempi previsti</p> <p>Ogni persona è stata valutata attraverso la scheda Val.Graf prima dell'ingresso in struttura convenzionata.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
2. Monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani	ASUITS proseguirà nelle attività di verifica e approfondimento dei percorsi avviati negli anni precedenti realizzando almeno tre nuove visite di audit approfondite. Si provvederà, inoltre, a redigere e trasmettere alla Direzione Centrale Salute entro il

	primo semestre 2017, una dettagliata relazione illustrativa delle attività di monitoraggio e promozione della qualità svolte nell'anno precedente
Attuazione al 31.12.2017 ASUITS ha trasmesso con nota PROTGEN n. 34058 – P del 30/06/2017 la relazione illustrativa delle attività di monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
3. Sistemi informativi:	ASUITS garantirà il monitoraggio, la verifica e l'eventualmente sollecito l'utilizzo sistematico dello strumento di VMD Val.Graf.-FVG e dei sistemi informativi e-GENeSys e SIRA-FVG nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati del proprio territorio.
Attuazione al 31.12.2017 ASUITS garantisce il monitoraggio la verifica e l'eventualmente sollecito l'utilizzo sistematico dello strumento di VMD Val.Graf.-FVG e dei sistemi informativi e-GENeSys e SIRA-FVG nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati del proprio territorio	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
4. Sistema di VMD Val.Graf.-FVG	ASUITS provvede a valutare, mediante l'utilizzo del sistema di VMD Val.Graf.-FVG, tutte le persone per le quali è previsto l'accoglimento in un servizio semiresidenziale o residenziale convenzionato. La valutazione sarà effettuata da un'équipe multiprofessionale distrettuale, costituita da professionalità di tipo sanitario e sociale appartenenti dal Distretto e all'Ambito dei servizi sociali, territorialmente competenti.
Attuazione al 31.12.2017 ASUITS ha regolarmente valutato, 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 mediante équipe multiprofessionale distrettuale.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
DISABILITA'	
ASUITS effettuerà un'attività di valutazione delle condizioni di vita degli utenti in carico ai servizi residenziali e semiresidenziali, di cui all'art.6 comma 1 della LR 41/96, nello specifico si evidenzia la necessità di approfondire le tematiche di carattere sanitario	– valutazione di tutti gli utenti dei servizi residenziali e semiresidenziali per persone con disabilità secondo le modalità approvate dalla Regione; - individuazione di un referente aziendale che coordini e monitori l'attività di valutazione
Attuazione al 31.12.2017 Come da accordi regionali sono stati valutate 10 persone a distretto (totale 40) dalle responsabili di	

EMH con la scheda informatizzata proposta da Area Welfare per la rilevazione del profilo di salute di persone con disabilità. Le persone valutate sono state scelte dalla regione. La referente ha mantenuto i contatti con Area Welfare ed i distretti per l'attuazione dell'obiettivo.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
FONDO PER L'AUTONOMIA POSSIBILE – SALUTE MENTALE	
Fondo per l'Autonomia Possibile – salute mentale	<ul style="list-style-type: none"> - ASUITs in base alle disposizioni contenute nel regolamento che disciplina il Fondo per l'Autonomia Possibile (FAP), cofinanzierà al 50% i progetti (il restante 50% è assicurato dai fondi regionali). Tale quota sarà aggiuntiva e non sostitutiva di interventi e servizi di competenza istituzionale in materia di prevenzione, cura e riabilitazione. - Il DSM dell'ASUI di Trieste continuerà, nel corso del 2017, gli incontri trimestrali con i servizi sociali dei comuni di Trieste, Duino Aurisina e Muggia per il monitoraggio dei progetti sostenuti con il FAP - salute mentale e l'attività rendicontativa per l'ambito del comune di Trieste. - il DSM si propone di promuovere, nell'ambito dei programmi finalizzati all'individuazione di forme di abitare supportato e domiciliarità, con particolare attenzione alle persone over 65 e con disabilità, tutte le attività rivolte a garantire la necessaria integrazione con le Aree di competenza per sostenere percorsi qualitativamente rispondenti ai bisogni nonché contrastare nuove forme di istituzionalizzazione.
<p>Attuazione al 31.12.2017 Nel corso del 2017, sono stati cogestiti con gli Ambiti 47 progetti terapeutici abilitativi personalizzati, per tutta la quota FAP disponibile a finanziamento congiunto.</p>	
<p>E' proseguito il tavolo con il Comune di Trieste, a cadenza trimestrale con l'obiettivo di verificare tutti i progetti in essere (42), l'attribuzione dell'assistente sociale, viste le numerose modifiche organizzative e la formalizzazione delle schede di progetto. Con Duino Aurisina e Muggia sono proseguiti gli incontri operativi, con la revisione sostanziale di tre progetti e l'avvio di un progetto nuovo. Tutti i progetti sono rivolti a persone ad alto carico o alta priorità.</p>	
<p>Nel corso del 2017 si è giunti alla formalizzazione della presa in carico integrata (Servizi Sociali e Distretti) di 11 persone tutte provenienti da strutture del DSM e in particolare, di queste, l'attivazione per 10 del FAP anziani e per una persona del FAP disabilità. Ciò ha permesso la permanenza delle persone, nell'ambito del Decreto Regionale sulla domiciliarità innovativa, in piccoli nuclei di convivenza in alloggi centrali sulle 24 ore, in partenariato con la cooperazione sociale, come da autorizzazione regionale prevista, la mobilitazione delle risorse private, e una multidimensionalità della presa in carico, a contrasto di nuove forme di istituzionalizzazione.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
FONDO GRAVISSIMI	

<p>Fondo gravissimi</p>	<p>- tutte le AA e ASUI, in collaborazione con gli Ambiti distrettuali, sono tenute alle attività di accertamento e segnalazione dei casi di gravissima disabilità fornendo alla Direzione Centrale altresì tutta la documentazione necessaria alla valutazione selettiva.</p> <p>- A seguito delle disposizioni contenute nel decreto interministeriale di ripartizione del Fondo nazionale non autosufficienze 2016 (art. 3), ASUITs si rende disponibile alla rilevazione (da effettuarsi entro il primo trimestre 2017) del numero di persone con disabilità gravissima secondo le condizioni individuate nel decreto medesimo.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>E' stato compilato dai distretti l'elenco delle persone in condizioni di disabilità gravissima residenti a domicilio e/o ospiti in strutture residenziali secondo i 5 criteri definiti nell'incontro del 21/02/2017 con rappresentanti della Direzione Centrale Salute e ed Area Welfare ed è stato inviato il file compilato nella data prestabilita (agosto 2017)</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>
<p>AUTOVEICOLI PRIVATI PER IL TRASPORTO DI PERSONE DISABILI</p>	
<p>Autoveicoli privati per il trasporto di persone disabili</p>	<p>a tutte le AAS e ASUI è stata demandata la competenza in materia di contributi a favore di persone con disabilità per l'acquisto e l'adattamento di autoveicoli per il trasporto personale e per il conseguimento dell'abilitazione alla guida.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Per l'attuazione abbiamo predisposto una modalità operativa, tutte le domande arrivano alla referente che verifica la correttezza della documentazione ed invia la pratica al distretto di appartenenza, il distretto avvia l'iter amministrativo per il pagamento. Nel 2017 sono state finanziate 4 richieste di contributi autoveicoli. Inoltre la referente ha anche funzione di informazione per le persone.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>
<p>VIGILANZA SERVIZI SEMIRESIDENZIALI E RESIDENZIALI SOCIOSANITARI DESTINATI A PERSONE ANZIANE E CON DISABILITA'</p>	
	<p>Per l'anno 2017, ASUITs effettuerà l'attività di vigilanza e controllo dei servizi/strutture collocati sul territorio di competenza. Appare di difficile raggiungimento la percentuale indicata del 30% (nell'anno) per la provincia di Trieste caratterizzata da un numero elevatissimo di residenze polifunzionali. ASUITs si impegnerà, compatibilmente con le risorse a disposizione, ad effettuare il maggior numero possibile di controlli.</p>

	Per implementare questa attività, affinché risulti esaustiva in tutte le sue caratteristiche, con visione/gestione completa da parte di tutte le strutture interessate dal progetto, è fondamentale venga sviluppato uno specifico software gestionale, omogeneo a livello regionale, software che vada a garantire, al pari del gestionale MeLa-INSIEL per le SCPSAL l'attività delle Strutture SCISPPA e SCIAN dei Dipartimenti di Prevenzione.
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>L'attività di vigilanza è stata condotta su 11 strutture, nell'ambito di un percorso pluriennale programmato, mirato alla valutazione periodica di tutte le 84 strutture del territorio.</p> <p>La Regione non ha implementato uno specifico software gestionale, l'ASUITs ha quindi predisposto un software proprio di registrazione delle informazioni raccolte nelle Strutture visitate, che potranno pertanto confluire nel sistema regionale non appena questo si renderà disponibile. Le informazioni raccolte sono a disposizione delle strutture competenti, impegnate nel progetto.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.6.2 Minori	
Obiettivo	Risultato atteso
AFFIDO	
Affido	E' già vigente tra ASUITs e Ambiti della provincia un protocollo operativo sull'affido familiare che è in linea con i contenuti delle linee guida regionali (DGR 1115 dd, 12./06/15). L'attività integrata sulla tematica è consolidata. Da diversi anni l'Azienda mette a disposizione ore settimanali di psicologo dei Consultori Familiari per le attività del Servizio Affidi gestito dal Comune di Trieste, oltre agli interventi sanitari e sociosanitari dei Distretti nella presa in carico dei minori e delle famiglie target.
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Prosegue l'attività integrata ASUITs-Comune sul tema. Oltre all'attività che svolge in Comune il dott. Bruni (15 ore settimanali - Distretto 3 - Consultorio Familiare) vanno considerati sul tema affido agli interventi sanitari e sociosanitari dei Distretti nella presa in carico dei minori e delle famiglie target.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
ADOZIONI	
Adozioni	Per il 2017 si conferma la partecipazione di ASUITs con un proprio rappresentante al tavolo di lavoro regionale. Continuerà parallelamente, all'interno dei Consultori Familiari di ASUITs, il lavoro di omogeneizzazione e definizione del percorso

	integrato di assistenza relativamente all'adozione, ridefinendo in modo omogeneo gli aspetti metodologici e organizzativi nei 4 distretti.
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Durante il 2017 è proseguita la partecipazione al tavolo di lavoro regionale, concludendo il percorso di revisione del protocollo regionale sull'adozione internazionale e nazionale, e producendo il nuovo documento per la firma degli attori coinvolti.</p> <p>E' proseguita inoltre l'applicazione e il monitoraggio del percorso integrato di assistenza dei Consulitori Familiari di ASUITS relativo al tema, che sarà prassi permanente all'interno dei Consulitori dei 4 distretti.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.6.3 Piani di Zona	
Obiettivo	Risultato atteso
Pianificazione locale congiunta tra le AAS e ASUI e le Unioni territoriali intercomunali nelle aree di integrazione socio sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborazione congiunta di un documento che costituisce il livello di programmazione locale integrata nelle aree di integrazione sociosanitaria in ciascun ambito territoriale per l'anno 2017, in continuità con il percorso iniziato nel 2013. - Sottoscrizione tra il Direttore generale dell'AAS e ASUI e il Presidente dell'UTI dell'Atto di intesa che impegna le parti alla realizzazione, per quanto di competenza, dei contenuti della suddetta programmazione. - Elaborazione congiunta del monitoraggio semestrale al 30/06/2017 e al 31/12/2017.
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Il PAA 2017 (Programma Attuativo Annuale) che costituisce il documento di programmazione locale integrata nelle aree di integrazione sociosanitaria è stato elaborato di concerto con i Gruppi di Lavoro per area tematica tra gli operatori di ASUITs e dei ambiti territoriali con il coordinamento della Cabina di Regia.</p> <p>L'atto d'intesa per il Programma Attuativo Annuale 2017 (PAA) tra l'UTI Giuliana e la Direzione Generale di ASUITs è stato sottoscritto, come risulta dalla documentazione ricevuta PROTGEN/GEN 0025202 - A del 15/05/2017.</p> <p>Il monitoraggio riferito al I semestre 2017 è stato elaborato e inviato e puntualmente inviato all'Ufficio di Piano del Comune di Trieste, quale coordinatore della Cabina di Regia. Il monitoraggio riferito al II semestre al 31/12 è puntualmente in fase di elaborazione visto che la scadenza per la consegna è stata fissata per il II trimestre del 2018.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO NON È PERVENUTO NEI TEMPI PREVISTI IL MONITORAGGIO RELATIVO AL 2 SEMESTRE 2017.

3.7 RAPPORTO CON I CITTADINI

3.7.1. Tempi d'attesa	
Obiettivo	Risultato atteso
Garanzia erogativa	<p>L'ASUITs è tenuta a garantire per le priorità Brevi e Differite il rispetto dei tempi previsti, per i propri residenti, con le proprie strutture o altre pubbliche e private accreditate.</p> <p>L'ASUITs, nell'erogazione delle prestazioni oggetto di monitoraggio regionale di cui al presente Piano, è tenuta al rispetto della classe di priorità definita dal prescrittore assicurando la "garanzia" erogativa per la priorità B al 95%, per la priorità D al 90 % e per la priorità P al 85 % dei volumi delle prenotazioni di ogni singola prestazione.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>ASUITs ha predisposto il Piano annuale 2017 di garanzia dei tempi attesa. Il Piano rilevava le criticità annuali, garantiva un monitoraggio costante delle prestazioni oggetto del monitoraggio regionale e prevedeva le azioni di miglioramento.</p> <p>Dai dati ricevuti dal servizio di epidemiologia regionale (mail DG dd 05/02/2017) il monitoraggio rilevato era:</p> <p>prestazioni in priorità B 90%</p> <p>prestazioni in priorità D 86%</p> <p>Si segnala che ASUITs durante il 2017 ha segnalato al Servizio di epidemiologia regionale diversi scostamenti fra il monitoraggio regionale e il monitoraggio aziendale.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
Informatizzazione agende	<p>Le agende devono rimanere aperte per 12 mesi continuativi.</p> <p>Secondo le indicazioni dell'EGAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ASUITs proseguirà ad organizzare le agende delle prestazioni ambulatoriali specialistiche per consentire la prenotazione on line del cittadino per tutta l'offerta: - entro il 31 dicembre 2017 tutte le agende delle prestazioni ambulatoriali saranno informatizzate e rese disponibili a sistema CUP regionale.
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>ASUITs ha garantito l'apertura delle agende di prenotazione sui 12 mesi, ha reso disponibile la prenotazione delle prestazioni on line stabilite da EGAS e ha informatizzato l'attività ambulatoriale</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBBIETTIVO RAGGIUNTO

LR 7/2009: abbattimento liste di attesa	rendicontare alla DCS: - le modalità di utilizzo, i risultati ottenuti e finanziamento attribuito nell'indistinto procapite, individuato con la legge 7/2009, tenendo conto che una quota di almeno il 25 % è da utilizzare, in extra tetto, per l'acquisto di prestazioni dagli erogatori privati convenzionati. Di tale accordo si darà comunicazione alla Direzione Centrale Salute																																		
Attuazione al 31.12.2017 A seguito delle modifiche all'accordo triennale 2017-2019, avvenute con DGR n. 2181 dd. 10.11.2017, gli accordi con le associazioni del privato accreditato in attuazione della Legge 7/2009 sono stati sottoscritti in data 28.11.2017, per un totale del 40% del finanziamento annuale, rispettivamente pari al 20% per le case di cura ed al 20% per le strutture che erogano esclusivamente prestazioni di specialistica ambulatoriale. Gli accordi sono stati approvati con Decreto n. 873 dd. 20.12.2017. Degli accordi è stata data comunicazione alla DCS nel 2018.																																			
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO																																		
Rimodulazione dell'offerta CUP																																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="293 981 544 1010">Branca / prestazione</th> <th data-bbox="544 981 1294 1010">Azioni correttive</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="293 1010 544 1039">Cardiologia</td> <td data-bbox="544 1010 1294 1039">Visita cardiologica e holter: rimodulazione dell'offerta</td> </tr> <tr> <td data-bbox="293 1039 544 1068">Elettromiografia</td> <td data-bbox="544 1039 1294 1068">Rimodulazione dell'offerta</td> </tr> <tr> <td data-bbox="293 1068 544 1162">Endoscopie digestive</td> <td data-bbox="544 1068 1294 1162">Gli esami endoscopici B e D sono a quasi completo carico di ASUITs. Le agende dei privati accreditati non sono aperte in modo continuativo. Aumentare l'offerta dei privati accreditati.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="293 1162 544 1223">Oculistica</td> <td data-bbox="544 1162 1294 1223">Rimodulare l'offerta del fondo oculare con priorità B. Implementare l'offerta di visite P.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="293 1223 544 1252">Otorinolaringoiatria</td> <td data-bbox="544 1223 1294 1252">Visita ORL: implementare l'offerta di P</td> </tr> <tr> <td data-bbox="293 1252 544 1281">Spirometria</td> <td data-bbox="544 1252 1294 1281">Rimodulare l'offerta.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="293 1281 544 1310">Visita endocrinologica</td> <td data-bbox="544 1281 1294 1310">Presente un'unica struttura erogante.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="293 1310 544 1339">Visita gastroenterologica</td> <td data-bbox="544 1310 1294 1339">Presente un'unica struttura erogante</td> </tr> <tr> <td data-bbox="293 1339 544 1368">Visita ortopedica</td> <td data-bbox="544 1339 1294 1368">Rimodulazione dell'offerta</td> </tr> <tr> <td data-bbox="293 1368 544 1462">Visita dermatologica</td> <td data-bbox="544 1368 1294 1462">Rimodulazione e coordinamento dell'offerta tra ospedale, territorio e privati accreditati per agende chiuse non compensate dalla disponibilità dell'altra azienda.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="293 1462 544 1491">Visita neurologica</td> <td data-bbox="544 1462 1294 1491">L'offerta attuale non è sufficiente a garantire i tempi massimi: aumentare l'offerta.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="293 1491 544 1585">Radiologia</td> <td data-bbox="544 1491 1294 1585">Rimodulazione e coordinamento dell'offerta tra ospedale e accreditati esterni (per esempio agende chiuse e non compensate con aumento dei posti nell'altra Azienda).</td> </tr> <tr> <td data-bbox="293 1585 544 1646">- Risonanze Magnetiche</td> <td data-bbox="544 1585 1294 1646">Rimodulazione dell'offerta, soprattutto per indagini con mdc</td> </tr> <tr> <td data-bbox="293 1646 544 1675">- TAC</td> <td data-bbox="544 1646 1294 1675">Rimodulazione dell'offerta, soprattutto per indagini con mdc</td> </tr> <tr> <td data-bbox="293 1675 544 1704">- Ecografie</td> <td data-bbox="544 1675 1294 1704">Rimodulazione dell'offerta, al momento settorializzata</td> </tr> <tr> <td data-bbox="293 1704 544 1771">- Ecografia ghiandole salivari</td> <td data-bbox="544 1704 1294 1771">Prenotabili solo per ASUITs, estendere anche a accreditati</td> </tr> </tbody> </table>		Branca / prestazione	Azioni correttive	Cardiologia	Visita cardiologica e holter: rimodulazione dell'offerta	Elettromiografia	Rimodulazione dell'offerta	Endoscopie digestive	Gli esami endoscopici B e D sono a quasi completo carico di ASUITs. Le agende dei privati accreditati non sono aperte in modo continuativo. Aumentare l'offerta dei privati accreditati.	Oculistica	Rimodulare l'offerta del fondo oculare con priorità B. Implementare l'offerta di visite P.	Otorinolaringoiatria	Visita ORL: implementare l'offerta di P	Spirometria	Rimodulare l'offerta.	Visita endocrinologica	Presente un'unica struttura erogante.	Visita gastroenterologica	Presente un'unica struttura erogante	Visita ortopedica	Rimodulazione dell'offerta	Visita dermatologica	Rimodulazione e coordinamento dell'offerta tra ospedale, territorio e privati accreditati per agende chiuse non compensate dalla disponibilità dell'altra azienda.	Visita neurologica	L'offerta attuale non è sufficiente a garantire i tempi massimi: aumentare l'offerta.	Radiologia	Rimodulazione e coordinamento dell'offerta tra ospedale e accreditati esterni (per esempio agende chiuse e non compensate con aumento dei posti nell'altra Azienda).	- Risonanze Magnetiche	Rimodulazione dell'offerta, soprattutto per indagini con mdc	- TAC	Rimodulazione dell'offerta, soprattutto per indagini con mdc	- Ecografie	Rimodulazione dell'offerta, al momento settorializzata	- Ecografia ghiandole salivari	Prenotabili solo per ASUITs, estendere anche a accreditati
Branca / prestazione	Azioni correttive																																		
Cardiologia	Visita cardiologica e holter: rimodulazione dell'offerta																																		
Elettromiografia	Rimodulazione dell'offerta																																		
Endoscopie digestive	Gli esami endoscopici B e D sono a quasi completo carico di ASUITs. Le agende dei privati accreditati non sono aperte in modo continuativo. Aumentare l'offerta dei privati accreditati.																																		
Oculistica	Rimodulare l'offerta del fondo oculare con priorità B. Implementare l'offerta di visite P.																																		
Otorinolaringoiatria	Visita ORL: implementare l'offerta di P																																		
Spirometria	Rimodulare l'offerta.																																		
Visita endocrinologica	Presente un'unica struttura erogante.																																		
Visita gastroenterologica	Presente un'unica struttura erogante																																		
Visita ortopedica	Rimodulazione dell'offerta																																		
Visita dermatologica	Rimodulazione e coordinamento dell'offerta tra ospedale, territorio e privati accreditati per agende chiuse non compensate dalla disponibilità dell'altra azienda.																																		
Visita neurologica	L'offerta attuale non è sufficiente a garantire i tempi massimi: aumentare l'offerta.																																		
Radiologia	Rimodulazione e coordinamento dell'offerta tra ospedale e accreditati esterni (per esempio agende chiuse e non compensate con aumento dei posti nell'altra Azienda).																																		
- Risonanze Magnetiche	Rimodulazione dell'offerta, soprattutto per indagini con mdc																																		
- TAC	Rimodulazione dell'offerta, soprattutto per indagini con mdc																																		
- Ecografie	Rimodulazione dell'offerta, al momento settorializzata																																		
- Ecografia ghiandole salivari	Prenotabili solo per ASUITs, estendere anche a accreditati																																		
Attuazione al 31.12.2017 Sono state rimodulate le offerte ambulatoriali per le prestazioni in oggetto. Si segnala che il privato accreditato ha erogato però meno endoscopie di quelle richieste, compensato parzialmente da un aumento delle endoscopie di ASUITs.																																			

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Interventi chirurgici	L'Azienda si impegna a garantire il rispetto dei tempi di attesa per gli interventi indicati, per almeno il 95% dei casi con priorità A e per almeno il 90 % dei casi con priorità B, C e D.
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>I dati relativi al rispetto dei tempi di attesa per gli interventi chirurgici monitorati sono al di sotto del target prestabilito.</p> <p>Va precisato che nel corso del 2017 ASUITs ha mantenuto la programmazione standard delle sale operatorie nonostante l'elevato turnover del personale del comparto, che ha di fatto impedito un incremento di sedute operatorie per la difficoltà a reperire personale di ruolo da assegnare a questa branca ove è previsto un periodo di formazione compreso tra i 6 e 8 mesi</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Diritti in caso di superamento dei limiti di tempo	L'Azienda, in conformità a quanto previsto dall'art. 13 della L.R. 7/2009 e dalla DGR n. 1439/2011 Parte VIII n. 22, garantisce idonee ed omogenee modalità di informazione ai cittadini prevalentemente attraverso l'uso dei siti aziendali, dei social network (twitter e facebook), delle comunicazioni mediate dai Medici di Medicina generale e dai Pediatri di libera scelta, oltre che attraverso un'adeguata cartellonistica da apporre nelle varie sedi aziendali.
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Predisposta informativa con Nota Prot. n.DIRSAN/ASUIT 0001300-P d.d. 11/04/2017 per i MMG, Strutture ambulatoriali distrettuali, ospedaliere e dei Privati Accreditati su quanto previsto dall'art. 13 della L.R. 7/2009 e dalla DGR n. 1439/2011 Parte VIII n. 22, garantisce idonee ed omogenee modalità di informazione ai cittadini. Aggiornato sito internet aziendale.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Sorveglianza sull'attività erogata in regime di libera professione	L'azienda, al fine di far rispettare il rapporto tra attività libero professionale di cui al CCNLL e le priorità fissate in "garanzia" per il cittadino, procede con il monitoraggio periodico dei tempi di attesa e dei volumi di attività. Sarà esplicitato il rapporto tra i volumi di prestazioni erogate nell'ambito delle attività istituzionali e quelli nell'attività di libera professione intramuraria ambulatoriale e di ricovero. Tale rapporto dovrà essere in linea con le indicazioni regionali. Qualora dovessero emergere delle criticità, l'azienda si impegna a mettere in moto gli strumenti e le azioni previste dalla normativa vigente e previste dalle stesse Linee Guida del

	2017.
Attuazione al 31.12.2017 Effettuato il monitoraggio previsto	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Monitoraggio	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorare l'andamento delle prenotazioni e definire gli strumenti che consentono, per ogni struttura erogante, di rimodulare l'offerta in relazione all'andamento della domanda e dei tempi di attesa - definire con gli erogatori di prestazioni della provincia di Trieste, le misure di intervento per situazioni improvvise di forza maggiore (scioperi, guasti, ecc.), concordando le soluzioni da intraprendere e le modalità di informazione all'utenza (mediante incontri specifici, sentiti anche gli specialisti coinvolti compresi i privati accreditati) - produrre mensilmente, ed eventualmente al bisogno, un report sulla percentuale di prestazioni garantite nel limite dei tempi massimi stabiliti - produrre mensilmente la rilevazione dei tempi di attesa effettuata il primo giorno del mese, da pubblicare sul sito aziendale - effettuare il monitoraggio nazionale dei tempi di attesa - monitoraggio dei tempi di attesa e dei volumi di attività della Libera Professione
Attuazione al 31.12.2017 Effettuato il monitoraggio previsto	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.7.2. Apertura dei reparti di terapia intensiva e semi-intensiva ai care giver	
Obiettivo	Risultato atteso
Apertura dei reparti di terapia intensiva e semi-intensiva ai care giver	<ul style="list-style-type: none"> - evidenza del percorso e sua attuazione per garantire l'obiettivo regionale - ASUITs si impegnerà affinché uno degli obiettivi dell'équipe dei reparti di Terapia intensiva e semi-intensiva sia "una <u>razionale riduzione o abolizione di tutte le limitazioni non motivatamente necessarie</u> poste a livello temporale, fisico e relazionale". Vi sono una serie di situazioni che fanno riferimento

	<p>alla logistica concreta dei luoghi di cura intensiva, allo stato clinico del malato e dei malati con lui confinanti, alle procedure approntate o da approntare ed alla loro concentrazione oraria, all'impiego di radiazioni ionizzanti in certe fasce orarie, alle priorità assistenziali nei confronti del malato e dei malati, che però vanno tenute nel debito conto dalle realtà assistenziali e da chi le governa</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017 Il percorso di apertura dei reparti di terapia intensiva e semintensiva è stato avviato.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

3.7.3. Presenza del care giver in corso di visita nei reparti di degenza	
Obiettivo	Risultato atteso
<p>Presenza del care giver in corso di visita nei reparti di degenza</p>	<ul style="list-style-type: none"> - evidenza del percorso e sua attuazione per garantire l'obiettivo regionale - Al momento in ASUITs tutte le Medicine (ma anche altri reparti) hanno tolto l'orario di visita consentendo ai care giver di accedere in qualunque orario (h 24) Ciò avviene da alcuni mesi con soddisfazione dei familiari ed anche del personale che vede diluire in un arco temporale più esteso un'affluenza che prima era concentrata in poche ore: si inizia a pensare al care giver come a una risorsa affettiva e assistenziale. <p>Nel corso del 2017 si ritiene di incoraggiare la presenza del care-giver durante la visita medica.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017 In ASUITs tutte le Medicine (ma anche altri reparti) hanno tolto l'orario di visita consentendo ai care giver di accedere in qualunque orario (h 24), nel corso del 2017 si è incoraggiata la presenza del care-giver durante la visita medica</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

3.7.4. Contatto telefonico dopo la dimissione da un intervento chirurgico (recall)	
Obiettivo	Risultato atteso
<p>Accertamento delle condizioni cliniche e assistenziali del paziente dopo la dimissione da un intervento chirurgico</p>	<p>Contatto telefonico entro 5 giorni dalla dimissione per raccogliere informazioni relative al decorso clinico assistenziale.</p> <p>La valutazione sarà effettuata su un campione di pazienti e l'obiettivo sarà:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - raggiunto: risposta positiva in almeno il 90% dei pazienti campionati - non raggiunto: risposta positiva al di sotto del 40% dei pazienti - parzialmente raggiunto: risposta positiva per percentuali comprese tra 40% ed il 90%
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>ASUITs ha partecipato attivamente all'obiettivo con le SSCC chirurgiche tramite la formazione iniziale, la raccolta delle informazioni necessarie per il campione identificato a livello regionale. I dati sono stati trasmessi secondo la tempistica indicata. I dati sulla valutazione della performance non sono ancora stati comunicati ad ASUITs</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

3.7.5. Individuazione del medico responsabile della gestione del ricovero del paziente	
Obiettivo	Risultato atteso
Individuazione del medico responsabile della gestione del ricovero del paziente	<ul style="list-style-type: none"> - evidenza del percorso e sua attuazione per garantire l'obiettivo regionale - Ciascun paziente ricoverato in ospedale deve ricevere l'informazione di chi è il medico responsabile della gestione del proprio caso e che assicura la coerenza delle diverse azioni che caratterizzano l'intera degenza. <p>Il call center regionale effettuerà delle chiamate a campione ai pazienti dimessi da un ricovero ospedaliero durato più di 4 giornate. L'obiettivo si considererà completamente raggiunto al superamento del 90% di risposte positive e non raggiunto al di sotto del 40%.</p> <p>Per procedura aziendale di ASUITs il medico referente delle cure è chiaramente individuato e il suo nominativo è riportato in cartella clinica.</p> <p>Nel corso del 2017, ASUITs fornirà collaborazione alla DCS per lo svolgimento dell'indagine telefonica.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Per procedura aziendale di ASUITs il medico referente delle cure è chiaramente individuato e il suo nominativo è riportato in cartella clinica. Ciascun paziente ricoverato in ospedale riceve l'informazione di chi è il medico responsabile della gestione del proprio caso</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

3.7.6 Esperienza nei percorsi assistenziali	
Valutazione dell'esperienza dei cittadini sui seguenti percorsi assistenziali: - ictus - diabete	- evidenza del percorso e sua attuazione per garantire l'obiettivo regionale
Attuazione al 31.12.2017 Il percorso dell'ictus è stato regolarmente portato avanti nel corso del 2017. Per il diabete sono presenti le associazioni di volontariato del diabete presso le diabetologie distrettuali e per collaborazione attiva nell'ambito dell'informazione e della facilitazione nell'accesso e nella gestione della patologia.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

4. FLUSSI INFORMATIVI E VALUTAZIONI

Flussi informativi e valutazioni	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
AVVIO NUOVA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA (SDO)	
avvio della nuova SDO secondo le configurazioni definite dal il Ministero della salute	Evidenza dell'uso della nuova SDO a partire dai dimessi del mese di gennaio
Attuazione al 31.12.2017 La nuova SDO regionale è stata adottata dal mese di gennaio 2017 secondo le indicazioni regionali	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
QUALITA' DEI DATI AI FINI AMMINISTRATIVI, EPIDEMIOLOGICI E GESTIONALI	
Corretta compilazione delle SDO e delle Schede di Morte	correttezza della compilazione in almeno il 90% delle SDO e in almeno il 90% delle schede di morte. (valutazione effettuata nel periodo successivo al completamento della formazione da parte della Regione)
Attuazione al 31.12.2017 La valutazione delle SDO dal punto di vista dei contenuti previsti dalla normativa è stata effettuata secondo il piano dei controlli previsto. In fase di avvio della nuova SDO sono stati introdotti i correttivi al fine della validazione dei flussi con frequenza mensile. Per quanto attiene la reportistica regionale sulla correttezza formale dei flussi si segnala che il primo report ufficiale è pervenuto a gennaio 2018 e che il previsto iter formativo regionale non è stato avviato. Per quanto attiene invece la compilazione delle schede di morte si segnala che il previsto iter formativo regionale non è stato avviato.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO NON SONO STATE COMPILATE LE SCHEDE DI MORTE
FLUSSI MINISTERIALI	
Alimentazione flussi ministeriali	Le aziende sono tenute per quanto di loro competenza alla corretta alimentazione di tutti i flussi ministeriali. Considerato che ritardi o omissioni generano il mancato riconoscimento alla Regione dei fondi ministeriali previsti, una quota del finanziamento corrispondente allo 0,1% di quanto attribuito ad ogni Ente verrà trattenuta a livello centrale e sarà erogata solo ad adempimento completamente espletato.
Attuazione al 31.12.2017 Nel corso del 2017 ASUITs ha provveduto alla corretta alimentazione attraverso il Sistema Nsis, di tutti i flussi ministeriali, aggregati e individuali, entro i termini previsti dal Ministero della Salute.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO NON È STATO CORRETTAMENTE ALIMENTATO IL

FLUSSO EMUR 118	
OBBLIGHI INFORMATIVI E INDICATORI	
Le basi dati gestionali attualmente in uso nella aziende rappresentano uno strumento fondamentale per la pianificazione regionale e per gli adempimenti in termini di flussi informativi che la Regione ha nei confronti delle strutture centrali (Ministero della salute e il Ministero dell'economia e delle finanze) ai fini delle varie attività ministeriali.	- manutenzione e monitoraggio della congruità delle basi dati con il coordinamento della DCS.
Attuazione al 31.12.2017 Nel corso del 2017 ASUITs ha monitorato l'avvenuta implementazione e la congruità delle basi dati dei sistemi gestionali che alimentano i flussi individuali e aggregati verso i Ministeri, con il coordinamento della DCS.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
SUPPORTO A PROGETTI DI VALENZA REGIONALE INTEGRATI TRA ASSESSORATI	
Monitoraggio biologico Aree di Monfalcone e Servola	Collaborazione con il Cro al progetto di Monitoraggio biologico Aree di Monfalcone e Servola
Attuazione al 31.12.2017 Sono stati raccolti i campioni previsti come da relazione annuale dello studio (CRO-2016-50) "Studio pilota di monitoraggio biologico umano per le popolazioni residenti in prossimità dell'impianto siderurgico Ferriera di Trieste e centrale termoelettrica A2A di Monfalcone [Studio approvato nella seduta del 22.11.2016 (Odg 5.4) per i Centri CRO e AAS 2 e nella seduta del 06.12.2016 (Odg 3.1) per ASUITs (PI dr. Ruscio).	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
CLIMA INTERNO	
effettuare la seconda valutazione regionale del clima interno secondo un percorso definito dalla DCS	Evidenza della realizzazione della valutazione del clima interno secondo le indicazioni fornite dalla DCS
Attuazione al 31.12.2017 Non risulta attivato nessun percorso dalla DCS per il 2017	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

5. IL SISTEMA INFORMATIVO

Il sistema informativo	
Obiettivo	Risultato atteso
Ricetta dematerializzata	Farmaceutica e specialistica da estendere a tutti i medici convenzionati, specialisit, MMG e PLS
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>L'attività propedeutica (preparazione manuali, configurazioni, pubblicazione su intranet) si è conclusa nel 2016.</p> <p>Sono abilitati i seguenti reparti: Chirurgia Generale, Clinica Dermatologica, Geriatria, CCV, CSO, Ematologia, Clinica Odontostomatologica, Clinica Patologie Fegato, Oncologia.</p> <p>I MMG e PLS dispongono dello strumento informatico di prescrizione.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
Sistema informativo	Proseguire il percorso di miglioramento e mantenimento degli standard di qualità, sicurezza e continuità di servizio caratteristici della infrastruttura IT (ex AOUTs)
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Si è definito un modello ad alto livello per la sicurezza informatica e di protezione dei dati ad adeguamento a quanto previsto da AgID per la infrastruttura IT di ASUITS</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
Servizi on line per i cittadini	Collaborare man mano con i servizi e le indicazioni di utilizzo che verranno messi a disposizione.
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>È stata prestata la richiesta collaborazione ed i sistemi sono stati messi a disposizione.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Pubblicazione dei tempi di attesa per i principali interventi chirurgici	<p>Difficoltà nella gestione delle liste di attesa per tutti gli interventi erogati in regime ambulatoriale, poiché non previsti nel modulo software Insiel dedicato allo scopo. Questo limite, purtroppo, impedisce di gestire in maniera coordinata interventi eseguiti in regime ambulatoriale ed in regime di ricovero (ordinario/DH) da cui deriva una difficoltà ad avere un'unica pianificazione di sala ma soprattutto rende parziale l'elenco degli interventi in lista e, di conseguenza, costruire l'indicatore.</p> <p>Si richiede inoltre un adeguamento del modulo liste di attesa tale da consentirne l'utilizzo per gli tutti gli interventi chirurgici, a prescindere dal regime di erogazione degli stessi, prima che i dati in</p>

	esso inseriti vengano resi pubblici.
Attuazione al 31.12.2017 Si tratta di una nostra richiesta a Regione/Insiel. In attesa di riscontro	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
Riduzione del tempo di consegna del referto	Risulta indispensabile un potenziamento del sistema di stampa massiva per escludere i referti a maggior tutela privacy indicandone la presenza, se del caso, e verificare l'eventuale pagamento prima di rendere disponibile il referto per la consegna.
Attuazione al 31.12.2017 Alla data non è ancora disponibile il controllo dell'avvenuto pagamento da stampa massiva.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
Interventi sul sistema ICT del SISR	Si auspica che gli stessi vengano attuati da parte di Insiel con l'utilizzo di automatismi ad hoc tali da non richiedere pesanti attività di data entry agli operatori ASUITs e sempre in linea con quanto previsto dalla normativa sulla privacy.
Attuazione al 31.12.2017 Il riordino fase 2 è stato effettuato, come programmato da Insiel, a fine 2017.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
Nuova cartella clinica informatizzata	Si auspica che i tempi di diffusione siano brevi e, considerato che sono sospese le iniziative di sviluppo, si chiede che le risorse Insiel possano rendersi disponibili per garantire la messa a norma per i moduli non direttamente afferenti alla stessa, relativamente alla marcatura CE DM per il modulo prescrizioni del SEI e relativamente al nuovo DM dd. 01.07.2016 sulla regolamentazione dell'attività trasfusionale per Emonet.
Attuazione al 31.12.2017 Al 31.12.2017 nessuna attività di adeguamento del modulo prescrittivo del Sei risulta avviata da Insiel. Al 31.12.2017 la gara per la nuova cartella non era stata aggiudicata. Al 31.12.2017 i rilasci di Emonet garantiscono la rispondenza al DM citato.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
Utilizzo della firma digitale	Mantenimento utilizzo della firma digitale a livelli tali da garantire le percentuali indicate dalla Regione su tutti i sistemi in cui tale strumento è già stato implementato (referti G2 Clinico, referti Cardionet, SEI, DNLAB, APSYS). A tal proposito si richiede che, per conseguire una completa dematerializzazione, sostenibile dal

	<p>punto di vista organizzativo, è necessario disporre di uno strumento informatico facilitatore per garantire la dovuta completezza della cartella clinica con il "link" all'originale.</p> <p>Si fa presente, altresì, che la firma digitale della lettera di dimissione risulterà operativa non appena verrà garantito il sistema di conservazione che verifica, nel suo complesso, la validità del processo di firma.</p> <p>Per quanto riguarda gli ECG inoltre, l'azienda si impegna ad introdurre la firma digitale dal momento in cui verrà messo a disposizione uno strumento a ciò atto.</p> <p>Per quanto riguarda le performance aziendali richieste, ASUITs garantirà la firma digitale su:</p> <ul style="list-style-type: none"> - G2 Clinico referti ambulatoriali, compresi quelli della Medicina Trasfusionale > 90% - Laboratorio, Microbiologia e Medicina Trasfusionale su DNLAB > 98% - Anatomia patologica su APSYS > 98 % - Radiologia su G2 Clinico > 98 <p>Si fa presente, tuttavia, che nel primo quadrimestre 2017 scadranno in maniera massiva le firme digitali e non si ha ad oggi indicazione delle modalità e dei tempi di distribuzione dei loro rinnovi.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Le lettere di dimissione sono firmabili correttamente dal 18/12/2017 a seguito del rilascio da parte di Insiel della versione corretta di G2 Clinico.</p> <p>Percentuali: vedi cruscotto direzionale di monitoraggio agenda digitale.</p> <p>Si segnala che non vi è ad oggi strumento regionale per la firma degli ECG.</p> <p>Si segnala che da fine 2017 si hanno problemi di rilascio delle carte operatore sia jolly che definitive.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</p>
<p>Funzioni rivolte al sistema</p>	<p>si auspica di poter avere al più presto a disposizione una suite di software organica e rinnovata, sia tecnologicamente che dal punto di vista della capacità di risposta ai bisogni organizzativi e clinici, tale da non introdurre rischi per il paziente (attenzione alla privacy, requisiti minimi ed adeguati di sicurezza dei dati e dei sistemi). Il tutto integrato ed integrabile in modo semplice ed efficace con i software specialistici in uso e che verranno acquisiti e con gli apparecchi medicali di moderna concezione.</p>

<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Al 31.12.2017 la nuova cartella non è stata aggiudicata.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
Normalizzazione della gestione delle credenziali	ASUITs già da anni integra nel directory service aziendale i sistemi di autorizzazione di applicativi, sistemi e servizi di terze parti utilizzando di conseguenza MS AD come unico sistema di autenticazione per mezzo di protocolli sicuri, standard (kerberos ed LDAP) e proposti dal mercato, garantendo credenziali unificate e certezza per l'operatore di non impersonificazione da parte di altri. Si auspica quindi l'estensione ad ogni altro sistema possibile.
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>A tutt'oggi non ci sono indicazioni su attività sul tema da parte di Insiel.</p> <p>La gestione e sua normalizzazione relativamente soprattutto all'are ex territorio è tuttora molto critica.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Condivisione dei tracciati ECG	nell'ambito degli accordi tra Regione e Slovenia per il trattamento IMA-Stemi, ASUITs intende fornire la massima collaborazione per il raggiungimento degli obiettivi previsti in tema di sanità transfrontaliera.
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Non abbiamo attività in corso sull'argomento.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
Assistenza primaria	Si auspica di poter avere a disposizione al più presto una suite di software che risponda ai bisogni anche delle nuove aggregazioni emergenti quali i CAP, e che sia integrata con la cartella ospedaliera sempre senza introdurre rischi per il paziente e con particolare attenzione alla privacy, con requisiti minimi ed adeguati di sicurezza dei dati e dei sistemi.
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Al 31.12.2017 la nuova cartella clinica non è aggiudicata.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
Servizio telefonico 116117	Avvio numero per l'emergenza secondaria Si precisa che ad oggi nessun provider telefonico ha dato disponibilità per l'avvio di tale servizio verso una singola azienda, né risulta che tale numerazione sia stata resa disponibile da parte del Ministero per lo Sviluppo Economico. L'intervento regionale si auspica possa risolvere la cosa.

<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Il sistema software applicativo è stato avviato nel mese di luglio con numero verde (non 116117 non ancora messo a disposizione)</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

PACS	
<p>Programmazione regionale</p>	<ul style="list-style-type: none"> – perseguire l'avvio e la messa a regime della migrazione del sistema PACS ASUITs al PACS Regionale, secondo quanto già previsto nel progetto redatto con i fornitori Insiel e Ebit e a valle della messa a disposizione, da parte di quest'ultimi, delle soluzioni e delle risorse in esso previste; – valutare l'impatto sui propri sistemi e secondariamente predisporre un piano per l'implementazione degli ulteriori casi d'uso previsti in ambito regionale (ad esempio per l'emergenza interaziendale, per la visibilità interaziendale e l'espansione nel settore dell'endoscopia)
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Le attività sono concluse.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Sviluppo e implementazione del caso d'uso relativo alla consultazione/ visualizzazione di referti e immagini in ambito inter-aziendale per il tramite del fascicolo sanitario, nel pieno rispetto dei vincoli e raccomandazioni del Garante della Privacy, previa verifica di disponibilità della rete telematica regionale a banda larga.</p>	<p>Supporto all'implementazione del caso d'uso secondo le indicazioni regionali</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Il FSE ad uso degli operatori sanitari non è ancora disponibile. Si è comunque sempre garantito il supporto richiesto</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Conservazione legale immagini</p>	<p>Per quanto riguarda la conservazione legale delle immagini PACS, ASUITs auspica che la stessa venga fatta rientrare al più presto nel sistema IT di conservazione regionale, anche in considerazione del fatto che lo strumento attualmente in uso dal conservatore (per tramite di Insiel ed Ebit) a partire da marzo non sarà più rispondente alla norma. Fin da marzo quindi, comunque, la conservazione delle immagini PACS dovrà essere espletata con strumenti diversi dall'attuale.</p>

Attuazione al 31.12.2017	
Per quanto a nostra conoscenza da settembre il nuovo strumento di Ebit è operativo, la conservazione è comunque in capo a Insiel.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Conduzione dello sviluppo e avvio della fase di test della soluzione di integrazione SIO/PACS per la produzione di un referto multimediale /strutturato in Radiologia, Medicina nucleare e Ecocardiografia	Supporto alla conduzione secondo le indicazioni regionali
Attuazione al 31.12.2017	
Supporto costante.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

5. PROGETTUALITA' AZIENDALI

Progettualità proposte per l'anno 2017 a favore dell'integrazione territorio/ospedale/territorio	
Obiettivo	Risultato atteso
PROGETTO DRIN: DIAGNOSI RAPIDA E INTEGRATA DI NEOPLASIA	
Creare un percorso facilitato per il paziente con elevato sospetto clinico di neoplasia per consentire di ridurre i tempi di inquadramento diagnostico.	Sviluppo di un progetto per verificare la fattibilità, l'efficienza ed il gradimento di un ambulatorio che si metta a disposizione del MMG per ottenere una diagnosi precoce di neoplasia o la sua esclusione. Trasmissione risultato progetto alla direzione centrale salute
Attuazione al 31.12.2017 A fronte di numerose riunioni (21.5.17 – 26.7.17 – 7.9.17 – 29.9.17 – 30.10.17) tra le strutture coinvolte (Radiologia OM, Distretto 3, Oncologia, Pneumologia, Gastroenterologia, Anatomia Patologica) è stato prodotto il protocollo (allegato), sono state create agende dedicate presso la Radiologia OM per esami TC e per biopsie ecoguidate ed è stata data la possibilità ai colleghi coinvolti di effettuare direttamente la prenotazione nell'ultimo trimestre del 2017. Sono state prenotate nel periodo indicato 5 prestazioni TC in 3 pazienti che rientravano nei criteri di arruolamento. Tutte le procedure sono state effettuate entro 10 gg dalla prenotazione. L'obiettivo quindi è stato pienamente raggiunto.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Progetto valutazione del rischio, prevenzione, monitoraggio e trattamento della malnutrizione degli anziani	
formulazione di un protocollo che coinvolga ospedale e territorio (DIP, Distretti, Cure primarie Team Nutrizionale Territoriale), finalizzato alla valutazione del rischio, alla prevenzione, al monitoraggio ed al trattamento della malnutrizione degli anziani nei diversi setting di residenza e di cura (domicilio, strutture residenziali ed assistenziali).	Stesura e condivisione del protocollo entro il 31.12.2017.
Attuazione al 31.12.2017 Le attività realizzate nel 2017 per la stesura del previsto protocollo sono confluite nel tavolo di lavoro aziendale T-H-T a cui il progetto si raccorda per il prosieguo nel 2018 (relazione allegata).	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
prevenzione, al monitoraggio ed al trattamento della malnutrizione degli anziani	diffusione nella popolazione bersaglio della preparazione domiciliare di integratori, che sarà condotta in collaborazione fra i team nutrizionale ospedaliero e territoriale.
Attuazione al 31.12.2017 E' stato attivato nel 2017 un tavolo ospedale territorio sul tema della nutrizione in particolare dell'anziano individuando le azioni e le modalità operative per la presa in carico di persone con problemi	

di salute inerenti al tema della nutrizione comprendente la preparazione domiciliare di integratori.
E' attiva una modalità di lavoro integrato distretti/prevenzione per garantire la risposta ai problemi nutrizionali delle persona anziane accolte nelle case di riposo

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Sistema di gestione della comunicazione per il cittadino	
Governance della comunicazione: come una buona comunicazione interna può facilitare l'accesso ai Servizi da parte dei cittadini.	Attualmente il numero verde rappresenta uno dei principali punti di informazione del cittadino e fa maggior riferimento ai Servizi ex AAS1. ASUITs si impegna pertanto per il suo potenziamento nell'ottica di concretizzare l'integrazione di tutti i Servizi informativi di Asuits coordinati dal numero verde. La riorganizzazione del Servizio permetterà di coinvolgere la parte ospedaliera (CUP, PS, Centro Prime Cure), i CAP, le Farmacie, il call center regionale, gli MMG e i PLS, oltre al numero 116.117.
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Da settembre 2017 con decreto è stato formalizzata l'integrazione tra gli operatori dell'ex AOUTS con gli operatori ex AAS1 rendendo il servizio omogeneo per tutta ASUITs</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

TABELLA INDICATORI

			ASUITS	
			DATO AZIENDA	DATO DIREZIONE
1. LEA	PREVENZIONE Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base	>= 95%	89,70%	89,41% 90,35 (obbligatorie)
1.a LEA	Difterite-tetano	>= 95%	90,50%	90,5 difterite 90,6 tetano
1.b LEA	Antipolio	>= 95%	90,60%	90,60%
1.c LEA	Antiepatite B	>= 95%	89,70%	89,70%
2 LEA	PREVENZIONE Vaccinazione raccomandate MPR	>= 90%	86,1% 85,6%	86,10%
3 LEA	PREVENZIONE Vaccinazione raccomandata contro l'influenza dell'anziano	>=70%	47,55%	47,60%
7 LEA	PREVENZIONE Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro	>=85	non fornito	91,98%
8 LEA	TUTELA DELLA SALUTE NEI LUOGHI DI LAVORO Percentuale di unità controllate sul totale di unità da controllare	>= 5%	5,20%	5,20%
9 LEA	SANITA' ANIMALE Percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina	>= 98%	100,00%	100%
10.a LEA	SANITA' ANIMALE Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi bovina/bufalina	>= 98% del 20% allevamenti	100,00%	100%
10.b LEA	SANITA' ANIMALE Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi ovicaprina	>= 98% del 10% dei capi	150,00%	100,00%
11 LEA	SANITA' ANIMALE Percentuale di aziende ovicaprine controllate (3%) per anagrafe ovicaprina	>= 98% del 3% aziende	100,00%	100%
12 LEA	SALUTE DEGLI ALIMENTI Percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati dal Piano Nazionale Residui	>=98%	98,00%	100%
13	SALUTE DEGLI ALIMENTI Percentuale di unità controllate sul totale delle imprese alimentari registrate	>= 20%	14,00%	15%
14	DISTRETTUALE Tassi di ospedalizzazione evitabile con la metodologia sviluppata dall'Agenzia statunitense AHRQ per i Prevention Quality Indicators	somma indicatori <= 115	136,70	138,5
15	ASSISTENZA DOMICILIARE Percentuale di anziani >=65 trattati in ADI con PAI	>= 3,8%	2,31%	2,32%
16	HOSPICE Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100)	> 1	2,20%	base dati non alimentata
17	SPECIALISTICA AMBULATORIALE Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1000 residenti (>=65 anni)	<= 24	30,45	30,45
18	FARMACEUTICA Incidenza di sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (anti-ipertensivi)	<=30%	34,33%	34,23%
19	FARMACEUTICA Consumo pro-capite di farmaci inibitori di pompa protonica	25 up pro cap	non fornito	22,22%
20	SALUTE MENTALE utenti in carico nei centri di salute mentale per 1.000 abitanti	>=10	20,40	20,3

			ASUITS	
			DATO AZIENDA	DATO DIREZIONE
21	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	>= 38%	35,35%	35,60%
22	Rapporto tra i ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza (allegato B Patto Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inapproprietezza in regime ordinario	<= 0,32	0,26%	0,26
24	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 48 h in regime ordinario (criterio pne)	>70%	75,39%	74,70%
25	EMERGENZA Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	<= 20'	14'31"	14'51'
BERSAGLIO valore 2014 226,31 (C.11a.1.1)	CUORE riduzione del tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti di 50-74 anni	< 210	240,23	240,23
	RENE potenziamento della Dialisi peritoneale e dei trapianti con l'obiettivo di ridurre i pazienti in emodialisi al di sotto del 46% del totale (trapiantati +	< 46%	48,00%	51,59%
BERSAGLIO (C11.a.2.4)	PANCREAS riduzione del tasso di amputazioni maggiori per diabete	< 30 per milione di residenti	36,91	36,91
BERSAGLIO (C11.a.3.1)	POLMONE riduzione del tasso di ospedalizzazione per BPCO	< 60 per 100.000 residenti 50-74	107,31	107,31
Linea 3.4.2	ICTUS aumento dell'attività di Trombolisi endovenosa/endoarteriosa con il raggiungimento nel 2016 di almeno 300 trattamenti nel territorio	100 trattamenti	146,00	165
Linea 3.4.3	TRAUMA trattamento della frattura di femore entro 48 h in almeno il 70% (hub) o 80% (spoke) dei casi trattati dal presidio ospedaliero;	>= 70% hub per presidio	74,70%	74,70%
BERSAGLIO (C16.2)	PRONTO SOCCORSO ED EMERGENZA URGENZA aumentare la percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1 h rispetto al totale dei pazienti con codice	>= 65% hub	36,92%	32,67%
BERSAGLIO (C16.3)	PRONTO SOCCORSO ED EMERGENZA URGENZA aumentare la percentuale dei pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto Soccorso meno di 4 ore	>= 75% hub	43,00%	40,02%
Tasso standardizzato	TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE riduzione dal 128,5 x mille al 125 x mille	125 x mille	135,57	134,55
BERSAGLIO (C14.2.a)	DAY HOSPITAL MEDICO DI TIPO DIAGNOSTICO - ADULTI riduzione dei numero di ricoveri in Day Hospital medico per acuti con finalità diagnostica portando la percentuale al di sotto del 30% per gli	< 30% adulti	35,93%	35,92%
BERSAGLIO (C14.4)	RICOVERI MEDICI OLTRE SOGLIA riduzione della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni portandola al di sotto del 4%	< 4%	non fornito	5,32

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

3.1 PROGETTI DI RIORGANIZZAZIONE DELLE FUNZIONI

3.1.1 Atti aziendali	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Implementazione dell'applicazione dell'Atto Aziendale	Invio, entro il 31.10.2017, di una relazione alla DCS sullo stato di applicazione dell'Atto Aziendale al 30.09.2017.
Attuazione al 31.12.2017 La relazione è stata trasmessa alla DCS con nota prot. n. 61567 dd 25/10/17 a firma del DG.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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

Attuazione al 31.12.2017

In data 29 giugno 2017, con nota prot. n. 38103, è stata inviata alla DCS una relazione sullo stato di applicazione delle DGR 2673/2014 e 929/2015, contenente tutte le informazioni richieste.

Nel corso del 2017 l'Azienda ha proseguito nel dare attuazione all'atto aziendale attraverso la copertura dei Dipartimenti e l'avvio delle procedure per la copertura delle strutture semplici e degli incarichi professionali. È stato inoltre definito l'assetto organizzativo del personale del comparto attraverso la definizione delle piattaforme e delle aree assistenziali, avvenuta con decreto DG n. 470 del 24.8.2017 e decreto DG n. 788 del 28.12.2017, che troveranno completa attribuzione nel corso del 2018.

Anche l'adeguamento dei posti letto sta proseguendo seppur con la richiesta avanzata alla DCS, con nota prot. 7117/P/GEN/DIRGEN del 12.12.2017, di procedere a fasi progressive. Con decreto DG n. 763 del 22.12.2017 ad oggetto "Variazione dei posti letto del Presidio Ospedaliero di Gorizia e Monfalcone" si è dato avvio ad un processo di riorganizzazione intermedia (1^a fase) che ha riguardato la dotazione dei posti letto delle Strutture di PS e Medicina d'urgenza di Gorizia, PS e Medicina d'urgenza di Monfalcone.

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

3.1.3 Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
EGAS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nel corso del 2017 l'EGAS acquisirà le funzioni relative al Cefomed e all'Area Welfare attualmente gestite dall'AAS2. L'Azienda garantirà la necessaria collaborazione per favorire il trasferimento in parola. 2. Attuare quanto stabilito in Comitato di Indirizzo Egas

Attuazione al 31.12.2017

Nel corso dell'anno 2017 EGAS non ha attivato alcuna attività finalizzata all'acquisizione delle funzioni relative a Cefomed e Area Welfare.

Motivazioni scostamento del risultato atteso

La programmazione regionale (linee di gestione SSR 2018) ha previsto che EGAS acquisisca – entro il 30.06.2018 – la funzione di gestione del Centro regionale di formazione per l'area delle cure primarie con sede nell'Ospedale di Monfalcone mentre l'Area Welfare continua ad essere incardinata all'interno di AAS2 proseguendo le azioni intraprese nell'ambito dei progetti attinenti alla programmazione degli interventi sociosanitari.

Nel corso dei primi mesi del 2018 saranno pertanto definite con l'EGAS le modalità di transito della funzione CEFORMED e censite le risorse oggetto di trasferimento; il progetto sarà sottoposto al vaglio del Comitato di Indirizzo.

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

3.1.4 Chirurgia e procedure invasive	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Partecipazione ai lavori regionali per la definizione della riorganizzazione dell'attività chirurgica e delle procedure invasive	Partecipazione ai lavori regionali, finalizzati alla definizione di un documento di riorganizzazione dell'attività chirurgia e delle procedure invasive
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>L'Azienda ha partecipato, qualora convocata, ai lavori regionali finalizzati alla definizione di un documento di riorganizzazione dell'attività chirurgia e delle procedure invasive</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Progressiva riqualificazione delle sedi ospedaliere per quanto riguarda l'area chirurgica	Redazione di uno studio di fattibilità per la concentrazione delle urgenze chirurgiche ed ortopediche in una delle sedi di ciascuno dei due presidi ospedalieri.
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Lo studio di fattibilità è stato redatto e formalizzato dal Direttore del Dipartimento Progetto con nota prot. 31511/2017.</p> <p>Relativamente al P.O. di Latisana e Palmanova: l'Ospedale di Latisana è stato orientato prevalentemente alla chirurgia oncologica maggiore, alla chirurgia laparoscopica del colon retto ed è sede di attività chirurgica ORL, urologica e della senologia mentre l'Ospedale di Palmanova è stato orientato all'offerta chirurgica programmata attinente le diverse discipline (chirurgia, ortopedia, oculistica) ed è sede di Punto nascita.</p> <p>Per l'area isontina invece: l'Ospedale di Gorizia garantisce l'offerta chirurgica programmata attinente le diverse discipline (chirurgia, urologia, ortopedia), la senologia, e la chirurgia bariatrica. mentre nell'Ospedale di Monfalcone è stata concentrata l'attività chirurgica oncologica maggiore, la chirurgia laparoscopica colon rettale, la chirurgia del piede diabetico ed è sede di punto nascita.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO MANCA DEFINIZIONE DELLE SEDI PER L'URGENZA
Concentrazione attività di chirurgia oncologica	<p>L'azienda deve riorganizzare l'attività di chirurgia oncologica relativamente ai seguenti tumori:</p> <ul style="list-style-type: none"> – esofago: nessun intervento realizzato; – pancreas: nessun intervento realizzato; – ovaio: concentrazione in un'unica struttura e sede; – stomaco: concentrazione in un'unica struttura e sede <p>Presentazione progetto operativo alla Direzione Centrale Salute entro il 30.6.2017</p> <p>Avvio riorganizzazione entro il 1.9.2017.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>La DGR 1001/2017 ha dichiarato "espunto" l'obiettivo, in particolare per la chirurgia dello stomaco, in attesa dell'adozione del nuovo piano oncologico di cui alla linea 3.1.8.</p>	

L'AAS2 non effettua interventi di chirurgia oncologica relativamente ai tumori dell'esofago, pancreas e ovaio.	
Motivazioni scostamento del risultato atteso La DGR 1001/2017 ha dichiarato "espunto" l'obiettivo, in particolare per la chirurgia dello stomaco, in attesa dell'adozione del nuovo piano oncologico di cui alla linea 3.1.8. L'AAS2 non effettua interventi di chirurgia oncologica relativamente ai tumori dell'esofago, pancreas e ovaio.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.5 Urgenza emergenza	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Implementazione del Piano Regionale dell'Emergenza Urgenza	<ul style="list-style-type: none"> – Partecipazione ai lavori regionali sull'omogeneizzazione dei protocolli operativi dei servizi di Pronto Soccorso – Evidenza della realizzazione dell'implementazione entro il 31.12.2017.
Attuazione al 31.12.2017	
<p>Si garantisce la partecipazione ai tavoli regionali.</p> <p>Definito il documento "PERCORSO BREVE – FAST TRACK" nel Pronto Soccorso Ospedale di Palmanova e Latisana con cui sono stati individuati: il percorso breve Oculistico, il percorso breve Ostetrico-ginecologico ed il percorso breve Pediatrico</p> <p>Definito il documento "PERCORSO BREVE – FAST TRACK" nel Pronto Soccorso Ospedale di Gorizia e Monfalcone con cui sono stati individuati: il percorso breve Patologia dermatologica minore, il percorso breve Disturbo oculare isolato ed il percorso breve Pediatrico (0-16 anni).</p> <p>I percorsi di cui sopra sono stati applicati.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.6 Geriatria	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Geriatria	<p>Entro il 31 dicembre del 2017 la Regione adotterà un documento di riorganizzazione dell'attività geriatrica che ridefinisca l'organizzazione ospedaliera e distrettuale per i pazienti grandi anziani (oltre 85 anni).</p> <p>L'Azienda garantirà la necessaria collaborazione alle attività coordinate dalla Regione.</p>
Attuazione al 31.12.2017	
<p>Non è stato attivato il tavolo regionale per cui l'Azienda non ha potuto partecipare alle relative attività. La Regione non ha adottato un documento riorganizzazione dell'attività geriatrica che ridefinisca l'organizzazione ospedaliera e distrettuale per i pazienti grandi anziani (oltre 85 anni).</p>	

<p>Motivazioni scostamento del risultato atteso</p> <p>Non è stato attivato il tavolo regionale per cui l'Azienda non ha potuto partecipare alle relative attività. La Regione non ha adottato un documento riorganizzazione dell'attività geriatrica che ridefinisca l'organizzazione ospedaliera e distrettuale per i pazienti grandi anziani (oltre 85 anni).</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

3.1.7 Medicina di laboratorio	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
<p>Dare seguito al documento di riorganizzazione complessiva delle attività di Anatomia Patologica, Patologia Clinica e di Microbiologia e virologia che coinvolge anche le sedi del Presidio Ospedaliero di Gorizia-Monfalcone</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Messa a regime del sistema informativo-informatico fra il centro hub e i centri spoke, al fine di realizzare un unico sistema regionale integrato - Evidenza dell'avvio della nuova organizzazione per le sedi di Gorizia e Monfalcone
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>LABORATORIO: Nel corso del 2017 è stata definita la modalità per la realizzazione di un Sistema Unico integrato che colleghi il Sistema CUP centrale ai Sistemi Informatici del Laboratorio Hub di Trieste ed i laboratori Spoke di GO-MN. E' stato definito il cronoprogramma per il trasferimento dei campioni esterni dei Centri Prelievi dei Distretti Alto e Basso Isontino e dell'ospedale di Gorizia e Monfalcone verso il centro Hub di riferimento a TS.</p> <p>Il trasferimento è stato avviato a febbraio 2018 per i pazienti esterni dei Centri Prelievi dei Distretti di Cormons, Gradisca e Grado, ed entro marzo 2018 per i pazienti esterni dei Centri prelievi di Monfalcone e Gorizia verso il HUB ASUITS.</p> <p>ANATOMIA PATOLOGICA: effettuato il 1° incontro tra il Direttore della SC Anatomia Patologica di ASUITS ed il Direttore del Dip.to di Assistenza Ospedaliera di AAS2 il 23/8/2017 per concordare le prime azioni di riorganizzazione. A seguito dell'incontro è stata trasmessa documentazione tecnica al Direttore della Anatomia Patologica di TS che si era impegnato a produrre in tempi rapidi un documento di progetto. Il progetto non è mai pervenuto.</p> <p>La realizzazione dell'obiettivo da parte di AAS2 era condizionata dall'attività di coordinamento del centro hub</p>	
<p>Motivazioni scostamento del risultato atteso</p> <p>L'avvio della nuova organizzazione di Anatomia Patologica per le sedi di Gorizia e Monfalcone era condizionata alla stesura di un documento di progetto da parte di ASUITS ed al coordinamento delle relative attività, quale Centro Hub di riferimento.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

3.1.8 Oncologia	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Oncologia	<ul style="list-style-type: none"> - Entro il 30 giugno del 2017 la Regione adotterà il nuovo Piano Oncologico. Il piano dovrà fornire gli strumenti operativi per integrarsi con le Reti delle Cure palliative e della Terapia del dolore, nonché

	<p>con le attività di chirurgia oncologica.</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'Azienda si impegna a realizzare nel secondo semestre le eventuali attività indicate dalla Regione - Collaborazione con la Direzione Centrale Salute per la definizione del nuovo Piano oncologico
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>L'Azienda ha partecipato regolarmente alle attività della DCS ma il nuovo piano oncologico regionale non è stato deliberato entro fine anno.</p> <p>L'approvazione del piano e l'avvio della rete oncologica regionale è prevista per i primi mesi del 2018.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

3.1.9 Pediatria ospedaliera	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Pediatria ospedaliera	<p>Entro il 31 dicembre del 2017 la Regione adotterà un documento di riorganizzazione dell'attività pediatrica. Lo stesso dovrà contenere anche le seguenti sezioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Emergenze e urgenze pediatriche (intra ed extra ospedaliere) - Chirurgia programmata in età pediatrica - Oncologia e onco-ematologia pediatrica <p>L'AAS2 garantirà la necessaria collaborazione ai tavoli regionali finalizzati alla stesura del documento.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>L'Azienda ha garantito la partecipazione e la collaborazione ai tavoli regionali, coordinati dall'IRCCS Burlo di Trieste, per la stesura del documento di riorganizzazione dell'attività pediatrica ospedaliera in FVG.</p> <p>Il documento "La pediatria ospedaliera del FVG – proposta di rete pediatrica ospedaliera regionale" è stato approvato con dalla Regione con DGR n. 730 del 21.3.2018.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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

	Riabilitazione
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>L'Azienda ha partecipato regolarmente ai lavori del tavolo regionale ma il nuovo Piano regionale della riabilitazione non è stato approvato entro fine anno. La sua formalizzazione è prevista per i primi mesi del 2018.</p>	
<p>Motivazioni scostamento del risultato atteso</p> <p>Il Piano della riabilitazione non è stato adottato dalla Regione</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO IL PIANO NON È STATO APPROVATO PER CAUSE NON IMPUTABILI ALLE AZIENDE

3.1.11 Salute Mentale	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Salute Mentale	<ul style="list-style-type: none"> - Entro il 31 dicembre del 2017 la Regione adotterà il nuovo Piano della Salute Mentale che comprenderà anche le sezioni riguardanti l'età evolutiva e le strutture psichiatriche per la detenzione - Collaborazione con la Direzione Centrale Salute per la definizione del nuovo Piano della Salute Mentale
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>La SC di Neuropsichiatria infantile ha partecipato al tavolo regionale con 2 dirigenti (un medico e uno psicologo) per la stesura del documento regionale. In AAS2 non sono attive strutture psichiatriche per la detenzione.</p> <p>L'approvazione definitiva del nuovo Piano regionale della salute mentale - infanzia, adolescenza ed età adulta - anni 2018-2020 è avvenuta con DGR n. 732 del 21.3.2018.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2 PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

3.2.1 Tutela della salute della donna	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
consolidare il ruolo dell'ostetrica nel supporto della donna in ogni fascia d'età, anche attraverso l'inserimento della figura all'interno degli istituendi CAP, insieme ai MMG	Ostetrica inserita nel 30% dei CAP istituiti nel 2016 e 2017
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>E' stata garantita, per tutto l'anno, la presenza di una ostetrica nel CAP di Grado la quale effettua le prestazioni di pap test e le visite ostetriche domiciliari rivolte alle puerpere. A partire da novembre 2017 l'attività dell'ostetrica è stata consolidata ed incrementata fino a 18 ore settimanali.</p> <p>L'impegno dell'Azienda è di inserire la figura dell'ostetrica anche nei nuovi CAP compatibilmente con la programmazione complessiva dell'Azienda.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	prevenzione inevasi
strutturare i percorsi della gravidanza fisiologica anche con la prescrizione degli esami diagnostici e quelli successivi al parto, con il ripristino ed il rafforzamento, dove già esistenti, delle visite domiciliari.	Percorsi della gravidanza fisiologica: procedura definita in collaborazione tra le Aziende
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>I referenti aziendali hanno partecipato regolarmente al tavolo regionale "Percorso Nascita" con un Direttore di Distretto, la Referente infermieristica della Pediatria di Gorizia e Monfalcone, il Direttore della Pediatria di Gorizia e Monfalcone, il Direttore del Dip.to Materno-infantile aziendale e la Referente Ostetrica aziendale.</p> <p>La procedura regionale è stata formalmente adottata con DGR n. 723 del 21/3/2018 ad oggetto "Accordo Stato-regioni del 16/12/2010 rep Atti n. 137/CU recante Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo: Percorso nascita per la gravidanza a basso rischio in Friuli Venezia Giulia."</p>	
<p>Motivazioni scostamento del risultato atteso</p> <p>Il gruppo tecnico multidisciplinare dei professionisti del Servizio sanitario regionale operanti nell'ambito del percorso nascita, ha elaborato il documento "Percorso nascita in Friuli Venezia Giulia. Percorso Gravidanza a basso rischio a gestione ostetrica", entro fine 2017 ma la relativa formalizzazione da parte della DCS è avvenuta ad inizio 2018, dopo l'approvazione definitiva delle Linee per la gestione del SSR 2018 di cui alla DGR 185 del 2/2/2018.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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.

Attuazione al 31.12.2017

Nel corso del 2017 l'Azienda si è impegnata a veicolare, negli ambulatori del Consultorio e del Dipartimento Prevenzione, il messaggio dell'importanza della vaccinazione infantile e dell'adozione di stili di vita sani (alimentazione, astensione dal fumo, attività fisica, malattie sessualmente trasmesse, screening oncologici ecc).

In tutti i quattro Distretti è stata garantita la presenza delle assistenti sanitarie con le ostetriche nei corsi di accompagnamento al parto e negli incontri sul massaggio del bambino e trattati i temi riguardanti la vaccinazione infantile e gli stili di vita sani.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

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

Obiettivo Aziendale

Risultato atteso

Avvio di un progetto di analisi sulla possibilità di attivazione di uno "screening opportunistico" su stili di vita e rischio cardiovascolare globale nelle Aziende sanitarie della Regione, in coordinamento con l'A.I.R. dei MMGG

- evidenza di avvio della progettazione dello screening opportunistico in collaborazione con i MMGG nel rispetto dell'Air condizionatamente alle indicazioni da parte del tavolo regionale della prevenzione cardiovascolare
-avvio operatività nei distretti condizionatamente alle indicazioni da parte del tavolo regionale della prevenzione cardiovascolare

Attuazione al 31.12.2017

Non sono pervenute indicazioni dal tavolo regionale della prevenzione cardiovascolare ai fini dell'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.

E' stato comunque realizzato un corso residenziale sulla prevenzione cardiovascolare nelle sedi di Palmanova il 28/6/2017 e a Monfalcone il 22/6/2017

Motivazioni scostamento del risultato atteso

Non sono pervenute indicazioni dal tavolo regionale della prevenzione cardiovascolare ai fini dell'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.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO STRALCIATO

Avvio a livello aziendale dei gruppi di lavoro per i Percorsi Assistenziali definiti in coerenza con il documento regionale di indirizzo sullo scompenso cardiaco

evidenza di gruppi di lavoro attivi in seguito alla definizione del documento di indirizzo regionale sulla gestione dello scompenso cardiaco

Attuazione al 31.12.2017

Nel corso del 2017 l'AAS2 si è impegnata a sviluppare ulteriormente il potenziale preventivo legato al ruolo degli operatori sanitari che intercettano in vari contesti i soggetti a rischio di sviluppare malattie croniche, cardiovascolari; è stato attivato il gruppo di lavoro multiprofessionale aziendale sulla gestione dello scompenso ed è stato aggiornato il documento aziendale sulla gestione dello scompenso cardiaco, in coerenza con quello di indirizzo regionale.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Prosecuzione della formazione	<ul style="list-style-type: none"> - Realizzazione di 1 corso residenziale sulla prevenzione cardiovascolare - la partecipazione del personale sanitario ed in percentuale cumulativa con 2016, deve raggiungere almeno il 9% dei MMG e del personale operante nelle Cardiologie, nelle medicine e nella riabilitazione
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>- Percorso concluso con due edizioni del corso "Percorsi della prevenzione cardiovascolare in FVG" rispettivamente a Monfalcone il 22/6 ed a Palmanova il 28/6/2017 a cui hanno partecipato complessivamente 87 operatori (79 dirigenti medici, 2 dietiste, 1 assistente sanitaria, 5 infermieri) su 240 posti a disposizione, pari al 36,2%.</p> <p>Degli 87 partecipanti alle 2 edizioni dell'evento: 72 su 79 dirigenti medici erano MMG o appartenenti alle discipline di Medicina, Cardiologia o Riabilitazione) richieste) e 3 Infermieri su 5 lavorano in Cardiologia.</p> <p>Nel 2016 era stato organizzato un corso accreditato su "Arresto cardiocircolatorio e manovre rianimatorie di base" a Monfalcone il 18/05/2016 a cui avevano partecipato 17 MMG su 18 posti a disposizione.</p> <p>- La % cumulativa 2016-2017 del personale sanitario operante nelle Cardiologie, nelle medicine o nella Riabilitazione e dei MMG che hanno partecipato al percorso formativo nei 2 anni risulta quindi pari al 15% del totale del personale sanitario afferente alle strutture citate e MMG.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Definizione condivisa di un modello per la presa in carico dei soggetti con disturbi d'ansia depressivi	Evidenza dell'identificazione del modello
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Definito il percorso aziendale per la presa in carico dei soggetti con disturbi d'ansia depressivi. E' stato individuato lo strumento mhGAP-IG per affrontare le problematiche di ansia e depressione, condividendolo con i MMG in n. 8 incontri informativi/formativi svolti dal DSM in sede di AFT distrettuali (verbali conservati agli atti. Predisposta guida interventi mhGAP.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Formazione di mmg e pls finalizzata alla presa in carico dei soggetti con disturbi d'ansia depressivi	Evidenza della realizzazione del percorso formativo
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Effettuati diversi incontri formativi/informativi a livello di AFT, da parte dei Direttori del CSM dei diversi ambiti territoriali, per la presentazione del percorso e degli strumenti di presa in carico del paziente con disturbi d'ansia depressivi (Distretto Est e Ovest – S. Giorgio di N. in dd 28/11 e 12/12, Distretto Alto Isontino - Gorizia e Cormons in dd 18/5, 21/9 e 19/10, Distretto Basso Isontino – Monfalcone in dd 19/10). I verbali degli incontri sono conservati agli atti dei CSM.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2.3 Gli screening oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia (Programma II PRP)	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
raggiungere e/o mantenere un'adesione ai programmi di screening pari al 65% per la cervice uterina, al 65% per la mammella, e al 70% per il carcinoma del colon retto	Adesione pari a: - 65% per la cervice uterina, - 65% per la mammella, - 70% per il carcinoma del colon retto
Attuazione al 31.12.2017 Al 31.12.2017 risulta quanto segue: adesione cervice: 59,08% adesione mammella: 72,25% adesione colon retto: 65,07%	
Motivazioni scostamento del risultato atteso Il raggiungimento del risultato atteso ha presentato delle criticità relativamente allo screening della cervice e del colon retto.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
garantire il rispetto degli standard di qualità, come previsto dall'Atto d'Intesa del 18 dicembre 2014 della Conferenza Stato-Regioni sul documento recante "Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete dei Centri di Senologia".	Rispetto dei requisiti previsti dal "sistema regionale di verifica per le unità senologiche" che verrà adottato dalla Regione nel corso del 2017
Attuazione al 31.12.2017 Trasmesse alla DCS con nota prot. n. 68733 del 30.11.2017, le check list relativi agli screening mammografico e della cervice uterina, compilate mediante colloqui effettuati con i direttori delle strutture interessate e validate dal referente aziendale degli screening oncologici e dal Direttore Sanitario, come da indicazioni regionali.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
garantire che i radiologi certificati svolgano sia la lettura del test mammografico di screening sia la gestione del percorso di approfondimento diagnostico dei casi richiamati	lettura del primo livello e gestione del percorso di approfondimento diagnostico da parte di radiologi certificati
Attuazione al 31.12.2017 Garantita la lettura delle mammografie di primo livello e la gestione del percorso di approfondimento diagnostico da parte di radiologi certificati di AAS2.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
garantire la tempestiva refertazione dello screening mammografico e ridurre i richiami intermedi (earlyrecall) dopo approfondimento	- >90% esami negativi di primo livello refertato entro 15 giorni - % di earlyrecall (casi con esito di secondo livello "sospeso"/totale dei casi chiusi dall'unità senologica) < 10%

<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Al 31.12.2017 risulta quanto segue:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 84,56% esami negativi di 1° livello refertati entro 15 giorni - 6,99% di ealy recall 	
<p>Motivazioni scostamento del risultato atteso</p> <p>Rispetto alla tempistica dei 15 giorni della refertazione degli esami negativi, la percentuale < 90% è localizzata nell'area bassa friulana, mentre per l'area isontina la % è rispettata. Tuttavia va segnalato che la bassa friulana è inserita all'interno del centro lettura di Udine ed è il centro di coordinamento screening regionale che calendarizza le letture e le mette a disposizione dei vari medici del centro lettura udinese. L'AAS2 ha sempre messo a disposizione nei tempi concordati il medico certificato per la lettura degli screening che ha sempre svolto nei tempi dell'attività. Si ritiene che eventuali ritardi non siano imputabili all'Azienda, questo si evince anche dal fatto che tutte le Aziende afferenti al centro di lettura udinese non hanno rispettato i 15 giorni fissati a dimostrazione che la problematica è evidentemente di organizzazione della lettura.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</p>
<p>garantire il rispetto dei requisiti definiti dalla Regione per i centri di secondo livello per lo screening per la cervice uterina</p>	<p>Rispetto dei requisiti previsti dal "sistema regionale di verifica per i centri di secondo livello per lo screening per la cervice uterina" che verrà adottato dalla Regione nel corso del 2017</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Trasmesse alla DCS con nota prot. n. 68733 del 30.11.2017, le check list relative agli screening mammografico e della cervice uterina, compilate mediante colloqui effettuati con i direttori delle strutture interessate e validate dal referente aziendale degli screening oncologici e dal Direttore Sanitario, come da indicazioni regionali.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>
<p>garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica per gli esami di 2° livello di screening</p>	<p>Percentuale di compilazione dei campi fondamentali >=95%</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>La percentuale di compilazione dei campi fondamentali della cartella endoscopica è stata del 98,20%.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>
<p>mantenere aggiornate, tramite i distretti, le anagrafi sanitarie verificando assistiti in base ai dati del monitoraggio delle lettere inesitate fatti pervenire dalla Direzione Centrale Salute.</p>	<p>Anagrafe sanitaria aggiornata</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>L'anagrafe sanitaria è aggiornata regolarmente tramite i Distretti</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</p>

3.2.4 Gli screening neonatali (Programma II PRP)	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
diffusione e applicazione in tutti i punti nascita di una procedura regionale per lo screening neonatale audiologico definita dall'IRCCS Burlo.	diffusione e applicazione della procedura per lo screening neonatale audiologico definita dall'IRCCS Burlo
Attuazione al 31.12.2017 In attesa della definizione da parte del Burlo della procedura regionale per lo screening audiologico neonatale, il 100% dei neonati vengono sottoposti a screening (eccetto i neonati trasferiti in centri di II livello)	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
diffusione e applicazione in tutti i punti nascita di una procedura regionale per lo screening neonatale oftalmologico definita dall'IRCCS Burlo.	diffusione e applicazione della procedura per lo screening neonatale oftalmologico definita dall'IRCCS Burlo
Attuazione al 31.12.2017 Si è partecipato alla riunione con i referenti regionali in dd 3/2/2017. La procedura per lo screening neonatale oftalmologico è stata definita dall'IRCCS Burlo in dd 3/2/2017 e si sta applicando in AAS2	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
assicurare da parte di tutti i punti nascita la regolare comunicazione IRCSS Burlo della rilevazione del TSH neonatale.	Trasmissione dei dati all'IRCSS Burlo secondo i criteri e i modi da loro definiti
Attuazione al 31.12.2017 I punti nascita aziendali trasmettono regolarmente al Burlo i dati del TSH neonatale, secondo i criteri da loro definiti.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Partecipare ai lavori coordinati dall'IRCCS Burlo alla definizione di un programma di identificazione precoce della fibrosi cistica e di un programma per l'identificazione precoce dei neonati con emoglobinopatia nella popolazione a rischio.	- Evidenza della partecipazione ai lavori coordinati dall'IRCCS Burlo - Formale adozione della procedura in tutti i punti nascita
Attuazione al 31.12.2017 Si è garantita la partecipazione agli incontri regionali sotto il coordinamento dell'IRCCS Burlo ma il protocollo non è stato elaborato. La formalizzazione e l'implementazione del programma di identificazione precoce della fibrosi cistica e del programma per l'identificazione precoce dei neonati con emoglobinopatia nella popolazione a rischio è prevista nella programmazione regionale 2018 (linee gestione SSR 2018).	
Motivazioni scostamento del risultato atteso La formalizzazione e l'implementazione del programma di identificazione precoce della fibrosi cistica e del programma per l'identificazione precoce dei neonati con emoglobinopatia nella popolazione a rischio è prevista nella programmazione regionale 2018 (linee gestione SSR 2018).	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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
Attuazione al 31.12.2017 La Referente aziendale del Programma III PRP ha trasmesso alla DCS, via mail, il 22 febbraio 2018, il report di rendicontazione delle attività svolte e dei risultati raggiunti nell'anno 2017 per la Salute e sicurezza nelle scuole e benessere dei giovani.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Le aziende sanitarie collaborano e sostengono percorsi ed azioni coerenti a diffondere in tutta la Regione il modello di Scuola che promuove la salute, che ha lo scopo di migliorare il successo scolastico e facilitare l'azione in favore della salute.	Contribuire al seguente obiettivo regionale: almeno il 20% delle 167 scuole della Regione dovranno esser raggiunte dalla proposta di aderire alla rete Scuole che promuovono salute (SHE).
Attuazione al 31.12.2017 Gli istituti comprensivi afferenti ad AAS2 sono 25 (risultato atteso per AAS2 >=5 istituti comprensivi) Il programma è stato presentato a tutti i 25 istituti con conferenza stampa il 1 febbraio 2017. Di essi 15 Istituti comprensivi hanno aderito al programma e sono in fase operativa. Essi sono elencati nel sito di riferimento http://www.sistemawhatsup.org/scuole-in-rete/	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Continua la diffusione e implementazione dei progetti riconducibili alle buone pratiche, quali modello What's up, Unplugged, peereducation ecc.	Aderiscono alla progettazione almeno il 45% delle scuole della regione (almeno 60 scuole raggiunte).
Attuazione al 31.12.2017 Il target atteso per AAS2 era di far aderire alla progettazione almeno 11 istituti comprensivi a livello aziendale. Il risultato è stato raggiunto: 21 istituti comprensivi sono stati coinvolti nella progettazione. In particolare sono attivi progetti riconducibili alle buone pratiche in 21 Istituti Comprensivi (15 IC Sistema What's Up= 11.170 studenti; 6 IC Promozione della cultura della sicurezza nei luoghi di lavoro ed in ambito scolastico = 414 studenti coinvolti).	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
3.2.6 Prevenzione delle dipendenze (Programma IV PRP)	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Creare un Gruppo di formatori per i docenti delle scuole primarie e secondarie sulle life skills come strumento di prevenzione anche delle dipendenze, attraverso l'organizzazione di un Workshop regionale teorico-pratico	– Partecipazione al workshop formativo Regionale da parte di almeno 4 operatori aziendali (Prevenzione, Dipendenze e altre strutture interessate) – Realizzazione di almeno 1 workshop di

	"trasferimento LS contesto scuola" per Azienda
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Il risultato è stato raggiunto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'AAS2 ha partecipato al workshop (svolto in data 29/5, 30/5 e 5/6) con 3 operatori delle Dipendenze e 2 del Dipartimento di Prevenzione. - Il 4/5 settembre 2017 è stato realizzato il workshop contesto scuola in AAS2. 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Formare gli Assistenti sociali degli ambiti territoriali per diffondere gli strumenti di identificazione precoce delle persone vulnerabili al gioco d'azzardo patologico	Almeno 1 corso per Assistenti sociali degli ambiti su ogni territorio Aziendale;
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Il 25.10.17 si è svolto a Ialmicco-Palmanova il corso di formazione/informazione per Assistenti sociali unico per tutti i 4 Ambiti territoriali. L'evento è stato accreditato. La SC Dipendenze ha partecipato mettendo a disposizione tre operatori nel ruolo di docenti del corso (uno psicologo, una assistente sociale ed un educatore professionale).</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2.7 Promozione dell'attività fisica (Programma V PRP)																			
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso																		
avvio di un progetto di attività fisica rivolto alla popolazione adulta da realizzare con il finanziamento dedicato da parte della Regione	presentazione del progetto alla DCS e avvio realizzazione in seguito ad approvazione																		
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Realizzato il bando, individuato il vincitore ed approvati 2 progetti di attività fisica rivolta alla popolazione. L'attività è stata avviata nell'ultimo trimestre 2017 e continuerà nel 2018 come da PRP.</p>																			
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO																		
realizzazione progetti di promozione attività fisica adattata	Almeno 1 iniziativa/progetto																		
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Il Dipartimento di Prevenzione in collaborazione con la SC Riabilitazione ha attivato diversi nuovi gruppi di attività fisica adattata (progetto ERICA) come di seguito riportato:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3">Nuovi gruppi attivati nel 2017</th> </tr> <tr> <th>Comune</th> <th>distretto</th> <th>n.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Gorizia</td> <td>Alto Isontino</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Mariano</td> <td>Alto Isontino</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Moraro</td> <td>Alto Isontino</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Mossa</td> <td>Alto Isontino</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		Nuovi gruppi attivati nel 2017			Comune	distretto	n.	Gorizia	Alto Isontino	3	Mariano	Alto Isontino	1	Moraro	Alto Isontino	1	Mossa	Alto Isontino	2
Nuovi gruppi attivati nel 2017																			
Comune	distretto	n.																	
Gorizia	Alto Isontino	3																	
Mariano	Alto Isontino	1																	
Moraro	Alto Isontino	1																	
Mossa	Alto Isontino	2																	

Cervignano	Est	2	
Porpetto	Ovest	1	
Valutazione Direzione Centrale Salute		OBIETTIVO RAGGIUNTO	
diffusione del catalogo aziendale delle offerte e opportunità di attività fisica presenti sul territorio e aggiornamento dello stesso		Catalogo aziendale pubblicato sul sito aziendale e aggiornato	
Attuazione al 31.12.2017			
A livello regionale è stato concordato che le associazioni sportive interessate possano iscriversi direttamente sul sito regionale invecchiamentoattivo.fvg dove gli utenti e gli MMG possono raccogliere informazioni riguardo l'offerta di attività fisica presente sul territorio. Il catalogo è presente nel sito regionale invecchiamentoattivo.fvg .			
Valutazione Direzione Centrale Salute		OBIETTIVO RAGGIUNTO	

3.2.8 Prevenzione degli incidenti stradali (Programma VI PRP)	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
sensibilizzare alla prevenzione degli incidenti stradali	iniziative di comunicazione e informazione alla popolazione
Attuazione al 31.12.2017	
Sono stati svolti incontri con la popolazione con particolare attenzione alle fasce fragili (bambini, ciclisti, pedoni e anziani).	
Effettuato un incontro ad Aquileia il 29.6.2017 sul tema della "Sicurezza stradale" con la partecipazione della Polizia stradale, la Polizia Municipale e le Associazioni Nagaye Proiect e AUSER di Aquileia. Sostenuto attivamente progetto PiediBUS a Trivignano Udinese in collaborazione col Comune e con l'Associazione dei genitori.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
adottare le raccomandazioni regionali per l'invio ad approfondimento neuropsicologico dell'idoneità alla guida	Adozione delle raccomandazioni regionali
Attuazione al 31.12.2017	
Le raccomandazioni regionali sono adottate solo nei casi conosciuti o indicati dal MMG quali affetti da patologie di tipo neurologico e/o psichiatrico	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2.9 Prevenzione degli incidenti domestici (Programma VII PRP)	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
continuano nell'attività di sensibilizzazione della popolazione nella prevenzione degli incidenti domestici	Report congiunto di monitoraggio relativo alle attività previste dal Programma VII PRP inviato alla DCS
Attuazione al 31.12.2017	

Svolti incontri di sensibilizzazione e proposte di progetti alle scuole.

Il Report congiunto di monitoraggio relativo alle attività 2017 previste dal Programma VII PRP "Prevenzione incidenti domestici" è stato inviato dal referente regionale di ASUITS al Direttore dell'Area promozione salute e prevenzione della DCS via PEC il 4/1/2018. Tale report era già stato dallo stesso anticipato ai referenti di programma delle singole Aziende ed alla Direzione Centrale Salute il giorno 21/12/2017.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
prosegue la rilevazione attraverso la check-list dei rischi nelle abitazioni con analisi dei risultati	Almeno 50 abitazioni valutate
Attuazione al 31.12.2017	
Si è proceduto nella rilevazione anche attraverso la collaborazione con AUSER e le associazioni di volontariato. Sono state valutate 50 abitazioni ed inserite le relative schede nel database.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
formazione operatori sanitari e dell'assistenza, con particolare riferimento al personale di assistenza dell'anziano	Almeno 1 evento
Attuazione al 31.12.2017	
L'evento si è svolto il 28 settembre 2017 nella RSA/Hospice di Palmanova con la finalità di prevenire infortuni e cadute dell'anziano in ambito domestico. Sono stati evidenziati i rischi legati a fragilità, anziani polifarmacoterapia ed interazione fra alcol e farmaci. L'evento è stato rivolto ad operatori sanitari, famigliari e care giver.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
SPSAL: partecipare ad azioni di verifica della omogeneità dell'applicazione in ambito regionale delle procedure di vigilanza in edilizia e prosecuzione della diffusione delle stesse ai portatori di interesse	<ul style="list-style-type: none"> – Partecipazione ai lavori del GRE – Report elaborato da parte del GRE sulla omogeneità dell'applicazione delle procedure di vigilanza in edilizia in regione. – Realizzazione di almeno un incontro provinciale con i portatori di interesse sulle problematiche connesse all'applicazione delle norme poste a tutela del lavoro in edilizia
Attuazione al 31.12.2017	
<ul style="list-style-type: none"> - si è partecipato ai lavori del GRE - il report congiunto sulle attività svolte dal gruppo regionale edilizia è stato predisposto dal referente del GRE (di AAS2) ed inviato via mail ai direttori PSAL ed alla referente di linea della DCS (dott.ssa B.A. di AAS3) in data 30/11/2017. - l'incontro provinciale con gli stakeholders dal titolo "Corso di aggiornamento Coordinatori per la sicurezza in fase di progettazione ed esecuzione dei lavori nei cantieri edili" si è svolto a Monfalcone il 19 	

ottobre 2017.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
SPSAL: partecipare ad azioni di verifica della omogeneità dell'applicazione in ambito regionale delle procedure di vigilanza in agricoltura e prosecuzione della diffusione delle stesse ai portatori di interesse	<ul style="list-style-type: none"> - Partecipazione ai lavori del GRA - Report elaborato da parte del GRA sulla omogeneità dell'applicazione delle procedure di vigilanza in agricoltura in regione. - Realizzazione di almeno un incontro provinciale con i portatori di interesse sulle problematiche connesse all'applicazione delle norme poste a tutela del lavoro in edilizia
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si è partecipato ai lavori del GRA. - La relazione congiunta sulle attività svolte dal gruppo regionale agricoltura è stata predisposta dalla referente del gruppo regionale (di ASUIUD) ed inviata via mail ai direttori PSAL ed alla referente di linea della DCS in data 29/1/2018. - l'incontro provinciale con i portatori di interesse dal titolo "Agricoltura e lavoro sicuro. Prevenzione degli infortuni nel lavoro agricolo" si è svolto a Palmanova il 4/12/2017. 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Partecipare ai lavori coordinati da ASUI UD per sperimentare le linee guida regionali sulla prevenzione di rischi infettivi nelle attività correlate alle pratiche estetiche e di protocolli operativi sulla uniformità dei controlli	effettuare nei primi 6 mesi del 2017 la sperimentazione del protocollo operativo dei controlli in almeno: 2 tatuatori/piercer, 2 estetisti e 2 acconciatori".
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Il risultato è stato raggiunto. Controlli eseguiti nel 1° semestre.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
SIAN/VET: partecipare alla formazione degli auditor e al programma di mantenimento della qualifica	<ul style="list-style-type: none"> - Invio alla formazione degli auditor di 2 dirigenti veterinari - Completamento del percorso formativo di 2 tecnici della prevenzione
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Il risultato è stato raggiunto.</p> <p>Due dirigenti veterinari sono stati inviati alla formazione in parola.</p> <p>E' stato completato il percorso formativo di 2 tecnici della prevenzione.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
SPSAL: realizzare un programma di audit mirato alle aziende dei comparti agricolo ed edile con il coinvolgimento dei comitati paritetici e bilaterali	<ul style="list-style-type: none"> - Partecipazione al corso di formazione realizzato a livello regionale. - Scheda di audit realizzata e programma di audit realizzato secondo le indicazioni regionali
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>L'AAS2 ha partecipato con 2 medici, 2 tecnici e 1 dirigente tecnico nella 1° edizione del corso regionale</p>	

realizzato a gennaio-febbraio 2017 e con 1 medico e 4 tecnici nella 2° edizione tenuta a novembre-dicembre 2017.	
Riguardo il secondo indicatore: la scheda di audit non è stata ancora definita a livello regionale.	
Motivazioni scostamento del risultato atteso La scheda di audit non è stata ancora definita dalla Regione.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
partecipare alla revisione della lista dei controlli sulle imprese e alla diffusione del documento ai portatori di interesse	Partecipazione al Gruppo regionale che provvederà alla revisione ed integrazione della Lista regionale dei controlli sulle imprese disponibile sul sito aziendale
Attuazione al 31.12.2017 Partecipato al gruppo regionale che ha provveduto alla revisione della Lista dei controlli sulle imprese. La lista è pubblicata sul sito aziendale.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2.11 Migliorare la salute e la sicurezza nei comparti a maggior rischio (Programma IX PRP)	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
tutte le Aziende Sanitarie: mantenere un'adeguata vigilanza nei settori edile e agricolo secondo i parametri definiti a livello nazionale	<ul style="list-style-type: none"> - Realizzare l'attività di vigilanza in almeno il 5% delle unità produttive del territorio. – Agricoltura: mantenimento dell'attività di vigilanza dell'anno precedente: 15 aziende agricole a livello aziendale – Edilizia: vigilare un numero di cantieri pari al 12% dei cantieri notificati nell'anno precedente – (Report di attività alla DCS)
Attuazione al 31.12.2017 <ul style="list-style-type: none"> - Realizzata attività di vigilanza nel 5% delle unità produttive presenti nel territorio (vigilate tutte le 507 unità previste). - Mantenuta l'attività di vigilanza in 15 aziende agricole presenti sul territorio aziendale come da programmazione regionale. - Effettuata vigilanza nel 12% dei cantieri notificati nell'anno precedente (195 cantieri vigilati sui 195 previsti) - Il report di attività 2016 è stato trasmesso alla DCS con nota prot. n. 6812 dd 3/2/2017; il report di attività 2017 è stato trasmesso alla DCS con nota prot. 6967 dd 2/2/2018. 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
tutte le Aziende Sanitarie: realizzare almeno un incontro informativo/formativo rivolto ai soggetti della prevenzione operanti nel settore edile e agricolo	Report di attività alla DCS con descrizione evento formativo, numero di operatori formati suddivisi per categoria
Attuazione al 31.12.2017 Il report di attività è stato inviato alla DCS, a firma del Direttore della S.C. PSAL, in data 15/12/2017 con	

evidenza dei 2 eventi formativi ed informativi svolti nel comparto edile ed agricolo (descrizione evento, luogo, attività svolta, durata corso, soggetti formati) rispettivamente il 19 ottobre ed il 4 dicembre 2017.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2.12 Emersione e prevenzione delle malattie professionali in Friuli Venezia Giulia e promozione della salute nei luoghi di lavoro (Programma X PRP)	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
realizzare in modo coordinato tra le Aziende della Regione, 2 corsi accreditati o 2 iniziative di sensibilizzazione, finalizzati ad una maggiore conoscenza della corretta valutazione dei rischi, al reinserimento dei soggetti patologici e all'appropriatezza e qualità delle segnalazioni di malattia professionale.	Realizzare in modo coordinato tra le aziende 2 corsi accreditati o 2 iniziative di sensibilizzazione
Attuazione al 31.12.2017 La Regione non ha organizzato i corsi previsti per cui il personale dello PSAL non ha potuto parteciparvi.	
Motivazioni scostamento del risultato atteso La Regione non ha organizzato i corsi previsti per cui il personale dello PSAL non ha potuto parteciparvi.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Partecipare all'avvio dell'applicazione del metodo OCCAM	Analisi a livello regionale secondo metodologia OCCAM su una neoplasia professionale secondo le indicazioni del gruppo regionale
Attuazione al 31.12.2017 Nel corso del 2017 si sono svolti degli incontri tra i referenti regionali, ma non è ancora stato definito l'ambito di applicazione. Il Referente regionale di ASUITS con apposita nota prot. n. 55914/GEN/IV1C-7567 dd 22.12.2017 inviata alla DCS ha spiegato l'impossibilità di procedere all'analisi OCCAM su almeno una neoplasia professionale in quanto non è stato possibile, per ragioni di privacy, ottenere dall'INPS le informazioni essenziali per l'indagine. Per tali motivi nella nota citata è stato richiesto, in accordo col Servizio Epidemiologico Regionale, di rinviare tale analisi al momento in cui i dati si renderanno disponibili.	
Motivazioni scostamento del risultato atteso A livello regionale, è stata verificata la possibilità di collaborare con INPS, INAIL, Servizio Epidemiologico Regionale e Registro regionale dei Tumori per l'avvio dell'applicazione a livello regionale del metodo OCCAM. Si è ancora in attesa delle determinazioni degli enti di cui sopra per la realizzazione del progetto, a causa delle difficoltà poste dal Garante della Privacy sulla trattazione dei dati sensibili.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
tutte le Aziende Sanitarie: proseguire in ogni azienda il programma integrato di promozione della salute dei dipendenti, che coinvolge i medici competenti, per la declinazione operativa delle azioni dell'obiettivo specifico "Progetto pilota per	<ul style="list-style-type: none"> – Report sui lavoratori a rischio cardiovascolare globale – Offerta di percorsi per smettere di fumare

un programma integrato di salute e benessere dei dipendenti pubblici..." del PRP.	
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>I Medici competenti AAS n.2, nel corso della sorveglianza sanitaria periodica, hanno proseguito la raccolta dei dati relativi al rischio cardiovascolare tramite somministrazione di specifico questionario.</p> <p>Sempre nell'ambito della promozione salute, per quanto riguarda il tabagismo, è proseguita l'azione di dissuasione, con l'indicazione ai singoli interessati dei possibili percorsi messi in campo dall'Azienda per "smettere di fumare", tra cui i Corsi organizzati dal SERT.</p> <p>Inoltre, i Medici competenti hanno partecipato al Programma di Formazione sulla sicurezza per i dipendenti e, al riguardo, hanno organizzato eventi formativi in cui è stato trattato anche l'argomento "Fumo, alcol e sostanze stupefacenti nei luoghi di lavoro".</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Proseguita l'alimentazione delle banche dati Informo e Malprof.</p> <p>Il report congiunto di attività del gruppo regionale MALPROF è stato inviato a fine anno alla DCS dal coordinatore regionale del Programma IX del PRP (di AAS5).</p> <p>Il report congiunto di attività del gruppo regionale InForMo è stato inviato a fine anno alla DCS ed ai direttori dal referente regionale di ASUIUD.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Sviluppo di sistemi informativi rivolta alla dematerializzazione delle comunicazioni obbligatorie	<p>a) Informatizzazione delle notifiche ex art.250 e 256 del D.Lgs. 81/08</p> <p>b) Avvio delle procedure per l'informatizzazione delle notifiche ex art.99 del D.Lgs 81/08</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>L'informatizzazione è seguita dalla Regione tramite INSIEL.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>E' stata garantita la trasmissione dei dati di attività al COR nei casi di mesotelioma, entro i tempi stabiliti dalla Regione</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

monitorare le verifiche periodiche delle attrezzature di lavoro con inserimento dei dati in apposito database	il 50% delle verifiche effettuate è inserito a data base aziendale
Attuazione al 31.12.2017 Tutte le verifiche impiantistiche effettuate nel 2017 sono state inserite nel data base aziendale, in attesa del rilascio del data base unico regionale.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2.14 Ambiente e salute, facilitare una migliore qualità dell'ambiente e del territorio, secondo il modello della salute in tutte le politiche (Programma XII PRP)	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
stesura delle linee di indirizzo regionali sulla VIS (Valutazione di impatto sulla salute per la Pubblica Amministrazione) secondo i contenuti delle "Linee Guida VIS - Tools 4 HIA" attraverso la partecipazione al tavolo tecnico VIS	Partecipazione alla stesura della proposta linee di indirizzo VIS regionali
Attuazione al 31.12.2017 Partecipato alla riunione del tavolo "Ambiente e Salute" in data 24 maggio 2017 e all'incontro del gruppo ristretto per la stesura delle Linee di indirizzo VIS in data 18 luglio. In qualità di referenti regionali del Programma XII del P.R.P. 2014-2018 "Ambiente e salute" con nota Prot. n. 0073158/P/GEN/DPTPREV-ISP di data 21/12/2017 è stata trasmessa alla Direzione Centrale Salute la proposta di "Linee di indirizzo regionali relative alla procedura di Valutazione di impatto sulla salute per la pubblica Amministrazione" (V.I.S.)"	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
partecipazione attiva al "Gruppo Tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali" di cui al Decreto n. 630/SPS del 12.08.15 finalizzato alla valutazione delle ricadute sulla salute connesse ai determinanti ambientali, comportamentali e sociali	evidenza di partecipazione al "Gruppo Tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali"
Attuazione al 31.12.2017 Il DP ha partecipato con i propri referenti alla riunione del "Gruppo Tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali" tenutasi in Direzione Centrale Salute – Trieste il 13 settembre 2017, convocata con nota della DCS prot.n. 0014914 dd. 29/08/2017 per il giorno 13 settembre.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
il monitoraggio straordinario delle acque destinate al consumo umano, per le aziende nei cui territorio sono state rilevate criticità	Report sui risultati del monitoraggio
Attuazione al 31.12.2017 Il report è stato redatto ed inviato al Direttore del Dipartimento di Prevenzione con nota prot.n. 72861 di data 20/12/2017	

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
promozione della sostenibilità e della eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, in relazione al rischio radon anche attraverso iniziative di formazione;	Realizzazione di 1 corso per professionisti
Attuazione al 31.12.2017 Realizzato l'evento formativo dal titolo "Radon: rischi sanitari e interventi di risanamento e prevenzione " in data 13/12/2017 a Palmanova in collaborazione con l'ordine degli ingegneri.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2.14-bis Ambiente e salute, facilitare una migliore qualità dell'ambiente e del territorio, secondo il modello della salute in tutte le politiche (Programma XII PRP)	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
AAS n. 2 "Bassa friulana - Isontina" - Centro Regionale Unico per l'Amianto (CRUA) realizzare una campagna informativa rivolta alla popolazione, in accordo con l'Area Promozione della Salute e Prevenzione della Regione.	Campagna informativa realizzata
Attuazione al 31.12.2017 La Campagna informativa è stata realizzata: inviati i libretti informativi stampati dalla Regione a tutti i MMG ed ai Sindaci tramite la stessa Regione e consegnati ad ogni paziente che accede al CRUA per visita o semplice richiesta di informazioni. Il testo del libretto è disponibile anche sul sito internet dell'azienda assieme alle nuove raccomandazioni relative alla vaccinazione Herpes zoster.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
AAS n. 2 "Bassa friulana - Isontina" - Centro Regionale Unico per l'Amianto (CRUA): mantenere a Palmanova e Monfalcone ambulatori specificamente dedicati alla sorveglianza ex esposti ad amianto, coordinando inoltre l'analoga attività nelle altre aziende sanitarie.	Report regionale di attività
Attuazione al 31.12.2017 L'attività è coordinata dal CRUA tramite l'applicazione della DGR 250/2016 e del relativo protocollo sul "Percorso socio sanitario assistenziale del soggetto esposto o ex-esposto ad amianto nella regione FVG". Tutte le AAS applicano il programma di sorveglianza sanitaria richiamato dalla DGR 250/2016 Il CRUA nel 2017 ha effettuato 532 visite (a fronte delle 414 del 2016) e iscritto al registro 146 pazienti (84 nel 2016). La CRUA è in attesa di ricevere dalla DCS il dato del n. visite e del n. degli iscritti al registro di tutte le AAS regionali, come previsto dal vigente Accordo Stato - Regioni, ai fini della stesura del Report regionale di attività 2017.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Raccogliere i dati relativi ai mesoteliomi degli ex	- dati inviati al COR

<p>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>– schede ReNaM trasmesse</p> <p>– i dati sui soggetti attualmente esposti trasmessi al CRUA e alla DCS</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>1) e 2) Sono stati inviati al COR tutti i dati riguardanti le schede ReNaM per quanto concerne i casi di mesotelioma (inviati al COR n. 33 pratiche Mela/questionari ReNaM nel corso del 2017).</p> <p>3) Come concordato con la Regione, i dati sui soggetti attualmente esposti vengono inviati dai servizi PSAL alla DCS che dovrebbe successivamente trasmetterli al CRUA. Ad oggi la DCS non ha ancora trasmesso al CRUA i dati del 2016 e 2017 relativi alle Aziende Regionali</p> <p>Dalla fine del 2017, le relazioni annuali possono essere prodotte ed inviate automaticamente dalle ditte di bonifica amianto, tramite il sistema informativo MeLa, alla DCS, la quale provvede quale Ente autorizzato, al calcolo del lavoratori attualmente esposti ad amianto.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>garantire un numero di controlli coerenti con il piano nazionale annuale dei controlli in materia di REACH/CLP, per quanto attiene target group e tipologia di sostanze controllate,</p>	<p>almeno 1 controllo</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Il risultato è stato raggiunto. Realizzato un controllo presso distributore/rivendita prodotti fitosanitari in data 20/06/2017.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>AAS n.2 "Bassa Friulana-Isontina": realizzare un evento formativo per le imprese quale ricaduta del corso di formazione per formatori realizzato nel corso del 2016 sul rischio chimico nel settore dei fitofarmaci</p>	<p>1 evento formativo</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Il risultato è stato raggiunto. Realizzato l'evento formativo dal titolo "Regolamenti comunitari REACH-CLP e direttiva 2009/128/Ce - utilizzo fitofarmaci: formazione nei confronti delle aziende "end users" in data 30 maggio 2017 a Palmanova.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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	<p>– Assicurare la partecipazione ad un evento regionale</p> <p>– 1 iniziativa formativa/informativa in Azienda</p>

<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'evento regionale non è stato organizzato e quindi non si è potuto partecipare - L'Azienda ha organizzato il 15/12/2017 un evento formativo residenziale accreditato ECM dal titolo "Applicazione a livello aziendale delle linee guida nazionali e regionali per il controllo della malattia tubercolare". 	
<p>Motivazioni scostamento del risultato atteso</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'evento regionale non è stato organizzato e quindi non si è potuto partecipare 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
garantire l'offerta attiva e gratuita del test HIV, anche in forma anonima, anche ad utenti in trattamento per problemi alcol correlati.	Report aziendale
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Garantita l'offerta del test HIV in forma anonima in tutte le sedi.</p> <p>L'offerta è attiva su tutte le sedi anche per gli alcol dipendenti. Sono stati testati il 53% degli alcoldipendenti afferenti alla sede di Gorizia, il 15% afferenti alla sede di Monfalcone, il 49% afferenti alle sedi di Palmanova e Latisana (report agli atti della SC Dipendenze).</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Assicurare il proseguimento delle campagne vaccinali già avviate	Miglioramento delle coperture vaccinali
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Assicurato lo svolgimento delle campagne vaccinali. I tassi relativi alle coperture vaccinali sono riportati nella Tabella degli indicatori LEA allegata.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Adeguare la progressione dell'offerta vaccinale al nuovo PNPV attraverso la</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formazione - Revisione organizzativa - Attività di comunicazione per operatori (MMG, PLS) e utenti 	<p>Risultato atteso</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un corso di formazione sul campo in materia di vaccinazioni in Azienda - Formazione degli operatori dei servizi vaccinali al counselling prevaccinale - offerta attiva garantita per meningococco B - offerta garantita per rotavirus - offerta garantita per herpes zoster (ai 65enni) - evidenza di iniziative di comunicazione
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <ul style="list-style-type: none"> - è stato organizzato il corso FSC – AAS2 17108 "Strategia organizzativa per l'implementazione dei protocolli di intervento, controllo e sorveglianza nell'ambito delle malattie infettive e per la condivisione degli aspetti normativi e dei criteri di valutazione in materia di igiene urbana e ambientale" rivolta a medici, infermieri e assistenti sanitarie addetti all'attività vaccinale. Il corso aveva la durata di 12 ore, gli incontri si sono svolti il 19/5, 9/6, 22/9, 13/10, 24/11 e 11/12 (14 partecipanti di cui 9 persone hanno completato l'intero percorso formativo: 5 medici e 4 infermieri e assistenti sanitarie) - la formazione degli operatori dei servizi vaccinali al counselling pre-vaccinale, da effettuarsi con un relatore esterno, non è stata realizzata 	

- è stata garantita l'offerta attiva per meningococco B; per rotavirus e herpes zoster l'offerta è a richiesta.

L'offerta attiva del vaccino antimeningococco B è stata avviata già dalla coorte di nascita 2015 ed è stata rivolta a tutti i bambini nati nel 2016 e 2017 in base all'età. La prima dose di vaccino è prevista dopo il compimento dei 6 mesi età secondo il calendario regionale, quindi è stato estratto il dato di copertura per i bambini nati nel primo semestre 2017 – 77,9% alla prima dose del vaccino Men B. È stata inviata una lettera ai pediatri di libera scelta in data 21.03.2017 con le indicazioni operative per l'anno 2017 in rapporto alle vaccinazioni in età pediatrica, tra cui il vaccino Men B.

Secondo le indicazioni della DGR 365/2017 nel corso del 2017 il vaccino rotavirus era disponibile ai genitori che lo richiedevano, ma non era prevista una offerta attiva. Dai dati relativi alle vaccinazioni antirotavirus eseguite nel primo semestre 2017 risulta che: 65 bambini hanno eseguito la prima dose e 62 hanno eseguito anche la seconda dose del vaccino Rotavirus. È stata inviata una lettera ai pediatri di libera scelta in data 21.03.2017 con le indicazioni operative per l'anno 2017 in rapporto alle vaccinazioni in età pediatrica; in tale occasione è stato predisposto anche un foglio informativo per i genitori riguardo alla vaccinazione antirotavirus.

La DGR n. 365 dd. 3 marzo 2017 riguardante l'estensione dell'offerta vaccinale in Regione FVG prevedeva la messa a disposizione del vaccino herpes zoster per le persone appartenenti alle categorie a rischio specificate e per le persone che compivano 65 anni di età nel corso del 2017. È stata inviata una lettera ai MMG in data 20.06.2017 contenente una serie di indicazioni sulle strategie vaccinali previste per l'anno 2017 tra cui la vaccinazione contro lo Zoster, evidenziando la disponibilità dei centri vaccinali aziendali ad eseguire questo vaccino in forma gratuita alle persone con fattori di rischio o a soggetti ultra 65-enni indirizzati dagli MMG ai suddetti centri vaccinali.

- sono stati svolti incontri con PLS e MMG sui programmi vaccinali nelle seguenti date:
 - PLS: 14 giugno 2017 (argomento: piano nazionale vaccini 2017-2019 - obbligo vaccinale)
 - MMG - AFT del Basso Isontino: 20 settembre 2017 (argomento: campagna influenza e nuovi vaccini per gli adulti previsti dal piano nazionale e regionale vaccini)
 - MMG- AFT dell'Alto Isontino: 21 settembre 2017 (argomento: campagna influenza e nuovi vaccini per gli adulti previsti dal piano nazionale e regionale vaccini e legge sull'obbligo vaccinale)
- sono state realizzate 2 newsletter per i PLS con la finalità di mantenere il flusso di informazioni sulle coperture vaccinali nell'infanzia e nell'adolescenza, sui dati epidemiologici e delle malattie infettive registrate e su altri aspetti rilevanti di sanità pubblica, con evidenza degli assistiti non aderenti alla campagna vaccinale e degli aggiornamenti inerenti i profili epidemiologici delle malattie prevenibili con vaccinazioni.
- realizzati n. 4 incontri pubblici con la popolazione sul tema delle vaccinazioni a Cervignano, Cormons, Gradisca d'Isonzo e S. Maria la Longa.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
Assicurare procedure uniformi per la gestione dei soggetti inadempienti/esitanti alla vaccinazione	Adozione formale protocollo regionale
Attuazione al 31.12.2017 Non esiste un protocollo regionale adottato formalmente ma delle linee guida condivise da tutte le Aziende che AAS2 ha applicato regolarmente anche attraverso l'inserimento dei soggetti inadempienti con codifica specifica nel sistema SIASI.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

Offerta vaccinazioni in categorie a rischio	definiti i protocolli aziendali in applicazione ai protocolli regionali
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>La S.C. di Igiene e sanità pubblica ha partecipato alle riunioni tecniche organizzate dalla DCS – Area della Prevenzione, nel corso delle quali sono state presentate e discusse le linee guida regionali relative alle vaccinazioni raccomandate nei soggetti a rischio per condizioni cliniche o altri fattori.</p> <p>Non esiste un protocollo regionale adottato formalmente ma una la DGR 365 del 03.03.2017 ha individuato le categorie a rischio a cui ampliare l'offerta vaccinale. L' AAS2 ha applicato regolarmente le indicazioni regionali.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Avvio di un processo di accreditamento dei servizi vaccinali	evidenza di avvio del processo secondo le indicazioni regionali
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Negli incontri del tavolo tecnico di coordinamento regionale era stato concordato un percorso comune a cui avrebbero partecipato tutti i Servizi di igiene e sanità pubblica regionali, con la consulenza di un esperto in materia di accreditamento, in continuità con il progetto di accreditamento all'eccellenza dei centri vaccinali che era già stato realizzato negli anni precedenti. Tale percorso non è stato ancora avviato dalla Direzione Regionale Salute.</p>	
<p>Motivazioni scostamento del risultato atteso</p> <p>Si è in attesa dell'avvio del percorso di accreditamento dei servizi vaccinali, da parte della Regione</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
Garantire la rilevazione delle reazioni avverse a vaccino	Report aziendale inviato alla DCS
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Il report aziendale è stato inviato alla DCS con nota prot. 25774 del 24/4/2018.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
tutti gli ospedali partecipano ai programmi di sorveglianza delle ICA, con evidenza di monitoraggio degli indicatori regionali.	indicatori regionali monitorati
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Il risultato è già stato raggiunto. Gli indicatori regionali relativi sono stati monitorati e trasmessi alla Direzione Centrale Salute con nota prot. n. 13526 del 07.03.2017 e nota prot. n. 51208 del 06.09.2017</p> <p>In data 22.03.2018 sono stati inviati ufficialmente in DCS con nota prot. n. 17849/2018 gli esiti dei monitoraggi degli indicatori sul rischio clinico relativi al 2° semestre 2017.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
effettuare in tutti gli ospedali per acuti la Point Prevalence Survey sulle Infezioni correlate all'assistenza.	PPS effettuata
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>E' stato fatto lo studio di prevalenza (HALT 3) per le strutture territoriali.</p>	

La Point Prevalence Survey per gli ospedali per acuti è stata effettuata nel mese di ottobre 2017. File spedito a DCS il 13.12.17	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
effettuare in tutti gli ospedali per acuti la Point Prevalence Survey sul consumo degli antibiotici.	Report aziendale sul consumo di antibiotici
Attuazione al 31.12.2017 La PPS sul consumo degli antibiotici è stata effettuata nel mese di ottobre. File spedito a DCS il 13.12.17	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Formazione degli operatori sull'uso appropriato degli antibiotici in ospedale e nelle strutture residenziali per anziani	Almeno 1 iniziativa di formazione
Attuazione al 31.12.2017 Il corso di formazione è stato effettuato in data 14.12.17 a Palmanova	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Formazione degli operatori sull'uso appropriato degli antibiotici negli allevamenti industriali	Partecipare al corso di formazione organizzato dal livello regionale tramite AAS n. 5
Attuazione al 31.12.2017 Hanno partecipato al corso di formazione organizzato dall'AAS 5 (evento n. 17157 del 19 ottobre 2017) tutti i cinque dirigenti-veterinari titolari di incarichi professionali attinenti alla farmacovigilanza.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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
Attuazione al 31.12.2017 Il report viene inviato settimanalmente.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
realizzare in modo coordinato tra le aziende sanitarie almeno un intervento formativo/informativo per la sensibilizzazione di gruppi specifici (tatuatori, estetisti, piercers..) sui problemi correlati alle malattie trasmissibili	1 intervento formativo/informativo
Attuazione al 31.12.2017 L'evento è stato realizzato a Udine il 11/10/2017.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
garantire la formazione dei propri operatori	In ogni azienda almeno il 25% di medici prescrittori

sull'antimicrobial stewardship	formati
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Il corso sull'uso appropriato degli antibiotici è stato effettuato in data 14.12.17 a Palmanova e sono stati formati n. 48 medici.</p> <p>Nel 2016 era stata fatta un'edizione del corso a Gorizia a dicembre. Complessivamente in azienda alla data del 31.12.2016 risultavano formati 106 medici prescrittori (pari al 26% dei medici prescrittori formati).</p> <p>Complessivamente nel biennio 2016-2017 sono stati formati 154 medici (106+48) che, rapportati alla numero di medici e odontoiatri presenti al 31/12/2017 (pari a 480), determina una percentuale di unità formate pari al 32%.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
diffondere a tutti gli operatori sanitari la reportistica regionale sulle resistenze batteriche	Report inviato in formato elettronico a tutti gli operatori sanitari coinvolti in prescrizione e somministrazione di farmaci
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Il report regionale sulle resistenze batteriche è stato presentato in bozza a settembre alla riunione dei risk manager; non appena pronto (fine aprile 2018) la DCS lo trasmetterà alle Aziende per la relativa diffusione interna.</p>	
<p>Motivazioni scostamento del risultato atteso</p> <p>Si è in attesa del ricevimento del report definitivo da parte della Regione</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
In applicazione del Piano generale regionale di risposta alle emergenze, definire e formalizzare l'unità di crisi aziendale	Unità di crisi aziendale formalizzata
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Le procedure per l'identificazione dei professionisti sono ancora in corso. Nelle more della formalizzazione dell'unità di crisi aziendale, la responsabilità dell'unità resta in capo ai Direttori delle singole SOC.</p>	
<p>Motivazioni scostamento del risultato atteso</p> <p>Le procedure per l'identificazione dei professionisti che costituiranno l'unità di crisi aziendale non sono stata completate entro fine anno.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

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

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

Attuazione al 31.12.2017	
Nel 2017 sono stati formati n. 5 operatori aziendali, secondo le indicazioni della programmazione regionale.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Monitorare le gare di appalto di PA e Enti già mappate nel 2016 e fornire il proprio contributo nelle gare d'appalto in corso nel 2017 per favorire il maggior consumo di frutta e verdura, la riduzione del consumo di sale, usando quello iodato, l'utilizzo di prodotti preferibilmente tipici e a filiera corta	contributo al 5% delle gare d'appalto di PA e Enti in corso nel 2017 in ogni Azienda
Attuazione al 31.12.2017	
L'obiettivo è stato raggiunto. Garantito contributo in misura >=5%.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
Attuazione al 31.12.2017	
Realizzato il corso "Alimenta la Salute" (AAS2 n. accreditamento 17196) in data 28/11/2017 presso l'aula formazione di Palmanova.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
Attuazione al 31.12.2017	
L'Azienda ha partecipato al corso regionale tenutosi a Trieste il 10/10/2017. I contenuti del corso sono stati diffusi tramite la pubblicazione del materiale nel sito internet aziendale, a disposizione dei soggetti interessati e della cittadinanza.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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 di

convenzione con il MIPAAF/AGEA	interesse della condizionalità e inserire le evidenze ed i verbali in BDN.
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>n. 81 controlli effettuati su 81 pianificati al 31 dicembre 2017 (100 %). Evidenze inserite in BDN con relativi verbali e liste di riscontro ministeriali</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi contenuti nel Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare anche attraverso l'attività di ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base ai criteri del rischio, delle imprese alimentari; a parità di rischio dovrà essere mantenuto almeno il tasso di copertura 2016</p>	<p>Effettuare il 100% dei controlli ufficiali (interventi ispettivi, audit, campionamenti, e controlli congiunti SIAN e Veterinaria B) previsti dal PRISAN 2017</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Eseguiti 1818 interventi ispettivi rispetto ai 1375 previsti. Eseguito il 100% dei campionamenti (pari a 497 campioni sui 497 previsti) e il 100% degli audit (eseguiti 16 audit sui 14 previsti).</p> <p>E' stato quindi garantito il 100% dei controlli ufficiali (congiunti SIAN e SIAOA) previsti dal PRISAN 2017</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Attuazione del quarto anno del Progetto Piccole Produzioni Locali in accordo con la Direzione centrale agricoltura. Applicazione del nuovo Regolamento con coinvolgimento del Servizio SIAN.</p>	<p>Aumentare l'informazione e la formazione sul territorio, informando le Aziende dell'allargamento del paniere dei prodotti come da DPRReg 0179-2015 del 01/09/2015.</p> <p>Stesura di una relazione finale di verifica Aziendale indicante il numero di PPL registrate ed il numero di ispezioni eseguite su:</p> <ul style="list-style-type: none"> - carni suine e avicunicole - carni di specie diverse - prodotti lattiero caseari di malga - vegetali, confetture, conserve, prodotti da forno, erbe aromatiche, prodotti dell'alveare, vegetali fermentati, lumache, ecc...
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Gli operatori del Servizio di Igiene degli alimenti di origine animale hanno partecipato agli incontri per l'applicazione del Regolamento Regionale PPL e all'elaborazione della proposta per il riconoscimento UE. Hanno effettuato n. 1 sopralluogo preventivo e tenuto un corso di formazione: "Metodi di lavorazione e buone prassi igieniche per il miele ed i prodotti dell'alveare PPL" (16 operatori). Relazione agli atti predisposta dal Referente aziendale presso la Direzione regionale.</p> <p>In merito al secondo punto, non vi sono nel territorio aziendale registrazioni di attività PPL per i prodotti di origine animale.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

Misure di prevenzione su base genetica per l'eradicazione della Scrapie ovina classica, finalizzate all'incremento dell'allele di resistenza della proteina prionica (ARR) nell'intero patrimonio ovino nazionale	100% controlli sierologici sui capi destinati alla riproduzione come da quanto previsto nel decreto Ministeriale, al fine di ottenere un patrimonio ovino regionale indenne da Scrapie.
Attuazione al 31.12.2017 9 controlli sierologici eseguiti su 9 pianificati sui capi adibiti alla riproduzione al 31 dicembre 2017, pari al 100%.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Attuazione del Piano regionale di monitoraggio e controllo della malattia di Aujeszky dei suini.	Controllo del 100% del n° di allevamenti della coorte individuati dal Piano regionale, eventualmente ridefiniti dalla Regione, al fine del mantenimento dell'indennità.
Attuazione al 31.12.2017 n. 159 allevamenti della coorte individuati dal Piano regionale controllati al fine del mantenimento dell'indennità, di cui 32 (riproduzione e ingrasso con capacità superiore a 30 capi) e 127 (ingrasso con capacità compresa fra 4 e 30 capi). Eseguiti prelievi in allevamento o al macello sul 100% degli allevamenti individuati dal Piano regionale. Ulteriori 70 allevamenti familiari (non compresi nella coorte) su 105 registrati in BDN sono stati campionati al momento della macellazione per contribuire al raggiungimento del target complessivo regionale.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Attuazione dei controlli sul benessere animale negli allevamenti e durante il trasporto secondo le linee guida operative dettate dalla Task Force benessere animale, istituita con Decreto 659/SPS del 20/08/2015	Realizzazione del 100% degli interventi di controllo sul rispetto del benessere animale richiesti dal PRISAN 2017
Attuazione al 31.12.2017 Realizzati 71 controlli sul benessere animale negli allevamenti e durante il trasporto su 71 pianificati al 31.12.2017 (pari al 100%) ed eseguiti secondo le linee guida operative dettate dalla Task Force benessere animale, istituita con Decreto 659/SPS del 20/08/2015.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
Attuazione al 31.12.2017 n. 5 allevamenti controllati su 5 pianificati al 31 dicembre (100%)	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Applicazione del PRP sull'Igiene Urbana Veterinaria.	Effettuare il 100% dei controlli sulle strutture di ricovero e custodia sia convenzionate che non convenzionate.
Attuazione al 31.12.2017	

Effettuato il 100% dei controlli sulle strutture di ricovero e custodia sia convenzionate che non convenzionate (15 controlli eseguiti su 15 pianificati al 31 dicembre 2017).	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Applicazione piano vaccinale blue tongue	100% entro 28 febbraio 2017
Attuazione al 31.12.2017 L'obiettivo è stato raggiunto al 100% con il completamento del piano vaccinale blue tongue nei termini stabiliti dalla Direzione Centrale della Salute FVG.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3 ASSISTENZA PRIMARIA

3.3.1 Attuazione accordo per la medicina generale	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1 - Avvio delle Nuove medicine di Gruppo in ogni Azienda 2- Sviluppo dei CAP in ogni Azienda 3- Attivazione di programmi di medicina d'iniziativa 4- Revisione procedure dimissione protetta	1- Sviluppo delle Nuove medicine di gruppo conforme a quanto previsto dalla DGR 39/2016. 2- Sono presenti nel territorio aziendale almeno 4 CAP 3- Evidenza dell'effettivo avvio dei programmi nell'ambito della gestione delle patologie croniche; miglioramento del livello degli obiettivi raggiunti per quanto riguarda il diabete previsti dall'AIR di cui alla DGR 39/2016 nel 2017 vs 2015 4- Evidenza di aggiornamento della procedura delle dimissioni protette sulla base delle nuove indicazioni regionali
Attuazione al 31.12.2017 1. istruttorie predisposte, costituite le Nuove medicine di gruppo con appositi decreti del DG. E' disponibile agli atti stampa di riepilogo dei decreti citati tratta da ADWEB. 2. Si rimanda alla nota PEC prot. n. 10738 del 21.2.2018 ad oggetto "trasmissione relazione avvio di 4 Centri di Assistenza Primaria (CAP) di cui alla DGR 774/2017" trasmessa alla DCS. 3. E' stata avviata la medicina di iniziativa per la presa in carico delle persone con Diabete tipo II assistite dai MMG delle Medicine di Gruppo. Sono stati registrati sensibili miglioramenti nei dati di performance nella gestione del diabete da parte degli mmg fra il 2016 e il 2015 (dati regionali). Tale tendenza di miglioramento viene monitorata anche per il 2017 da parte dell'UDMG. Il Distretto tiene alta l'attenzione sul tema e nell'applicazione dello specifico PDTA sul diabete. Sono stati liquidati i premi relativi al raggiungimento degli obiettivi connessi al Piano di intervento AFT 2016 con decreto del DG n. 338 dd. 29.6.2017 e sono stati liquidati i premi di cui al punto 8 - anno 2016 dell'AIR 2016-2018 con decreto del DG n. 462 dd. 24.8.2017. Si rinvia a tali decreti per l'evidenza dei criteri di valutazione adottati circa il raggiungimento degli obiettivi. 4. non sono ancora state adottate a livello regionale le nuove indicazioni sulle dimissioni protette.	
Motivazioni scostamento del risultato atteso Per l'indicatore n° 4 si è in attesa dell'adozione delle nuove indicazioni sulle dimissioni protette da parte della Regione.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

3.3.2 Accreditemento	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Partecipazione attiva al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti.	1. L'AAS2 mette a disposizione per i sopralluoghi, secondo le indicazioni della direzione centrale salute, i valutatori per almeno 20 giornate;

<p>2. Gli enti del SSR collaborano allo sviluppo dell'organismo tecnicamente accreditante (OTA), costituito da tutti i referenti dell'accREDITAMENTO istituzionale, secondo le direttive dell'Intesa CSR del 19/2/2015 recepita con la DGR 2220/2015</p>	<p>2. Partecipazione, dei referenti dell'accREDITAMENTO dell'AAS2, all'organismo tecnicamente accreditante (OTA), per la definizione delle regole di funzionamento interno e la propria politica (mission, vision e obiettivi) secondo le indicazioni della DGR 2220/2015 e successiva trasmissione, per l'approvazione, alla direzione centrale salute entro il 2017.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>1. I valutatori aziendali hanno partecipato a tutte le visite richieste da parte della DCS per un totale di 52 giornate</p> <p>2. È stata individuato il componente aziendale dell'OTA con DGR n. 1899 dd 13.12.2017 il quale ha contribuito alla predisposizione del "Regolamento dell'OTA" e del "Manuale delle competenze dei valutatori dei gruppi di valutazione e dei criteri di svolgimento delle verifiche di accREDITAMENTO" , adottato dalla DCS in data 18.12.2017 con DGR n. 1977.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>

<p>3.3.3 Odontoiatria sociale</p>	
<p>Obiettivo Aziendale</p>	<p>Risultato atteso</p>
<p>1. Aumento delle prestazioni LEA erogate raggiungendo la media aziendale di almeno 1,5 prestazioni/ora per odontoiatra</p>	<p>1. +10% delle prestazioni LEA erogate nel 2015 (risultato atteso modificato dalla DGR 261/2018)</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>La percentuale delle prestazioni LEA su quelle erogate nel 2015 è +28%.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>
<p>2. Prestazioni non LEA erogate</p>	<p>2. 200 casi di terapia ortodontica e 600 protesi totali, complessivamente nelle sedi attivate</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>L'attività aziendale è stata realizzata seppur con delle criticità.</p> <p>Protesi consegnate al 31.12.2017: n. 47 (il dato indicato è inteso come numero di arcate dentarie).</p> <p>Non è chiaro se il risultato atteso riguardi l'intera Regione (nel qual caso non è possibile conoscere i dati delle altre Aziende regionali per poter valutare lo stato di avanzamento dell'obiettivo) o Aziendale (in questo caso il target era irraggiungibile).</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</p>
<p>3. Percentuale aziendale di visite odontostomatologiche</p>	<p>3. Percentuale aziendale di visite odontostomatologiche non superiore al 50% del totale delle prestazioni erogate (sono escluse le visite del pronto soccorso odontostomatologico)</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>La percentuale della Visita odontostomatologica - 89.7B.5 sul totale delle prestazioni erogate è pari al</p>	

20%.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
4. Razionalizzazione dell'offerta	4. recupero delle risorse dall'ambulatorio di Cormons per il potenziamento delle sedi di Gorizia e Monfalcone
Attuazione al 31.12.2017 Entro il 31/12/2017 è avvenuta la chiusura dell'ambulatorio di Cormons e sono state potenziate le sedi di Gradisca d'Isonzo e Monfalcone (come previsto dal Piano regionale dell'odontoiatria sociale).	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.4 Cure palliative e terapia del dolore	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Attivazione della rete locale per le cure palliative	1. Entro il primo semestre 2017 è attivata la rete locale per le cure palliative ed è nominato formalmente il responsabile della rete locale
Attuazione al 31.12.2017 Istituita formalmente la rete locale delle Cure Palliative e nominato il responsabile con Decreto DG n.339 del 29.06.2017. L'attivazione della rete non si è potuta realizzare in modo completo nel 2017 a causa delle difficoltà di acquisire risorse mediche ed infermieristiche tramite mobilità aziendale ed interaziendale.	
Motivazioni scostamento del risultato atteso L'attivazione della rete non si è potuta realizzare in modo completo nel 2017 a causa delle difficoltà di acquisire risorse mediche ed infermieristiche tramite mobilità aziendale ed interaziendale.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
2. Istituzione/potenziamento dei centri spoke della rete locale per la terapia del dolore dell'età adulta secondo le indicazioni della DGR 165/2016 che ha definito le caratteristiche e i requisiti	2. Evidenza dell'istituzione/potenziamento dei centri spoke
Attuazione al 31.12.2017 Garantita l'attività di terapia del dolore con ambulatori dedicati in tutte le sedi ospedaliere.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
3. ASSISTENZA H24 7 su 7: sono garantite Cure Palliative domiciliari 7 giorni su 7, dalle 8 alle 20, attraverso l'erogazione diretta degli operatori dell'équipe e per le restanti fasce orarie attraverso una delle seguenti modalità: Pronta disponibilità dedicata (servizio h24 garantito dall'UCP), Consulenza telefonica (agli assistiti e/o ai Medici dei servizi di Continuità assistenziale e al 118)	3. Assistenza garantita h24 7 giorni su 7
Attuazione al 31.12.2017	

L'attivazione completa dell'offerta ha risentito della difficoltà di acquisire risorse mediche ed infermieristiche tramite mobilità aziendale ed interaziendale. Entro fine anno non è stato possibile implementare l'organico atto a garantire l'assistenza domiciliare per le cure palliative su 12 ore diurne, 7 giorni su 7.

Nei primi mesi del 2018 si prevede di completare l'organico che porterà la struttura a dotarsi di n. 5 medici e n. 6 infermieri per poter garantire l'assistenza di 40 ore settimana in fascia orario diurna feriale.

Motivazioni scostamento del risultato atteso

L'attivazione completa dell'offerta ha risentito della difficoltà di acquisire risorse mediche ed infermieristiche tramite mobilità aziendale ed interaziendale.

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

<p>4. TEMPISTICA DI PRESA IN CARICO MALATI ONCOLOGICI DECEDUTI: Suddividere il numero di malati oncologici deceduti in base al tempo intercorso tra il momento della segnalazione e la presa in carico. Entro 1 giorno dalla segnalazione/Tra 1 e 2 giorni dalla segnalazione/Tra 2 e 3 giorni dalla segnalazione/Oltre 3 giorni dalla segnalazione/Momento della segnalazione non noto.</p>	<p>4. % dei malati presi in carico entro 3 giorni >=80%</p>
--	--

Attuazione al 31.12.2017

Al momento i dati non sono disponibili in quanto i data base messi a disposizione dalla Regione non contengono le informazioni necessarie.

E' stata avviata una rilevazione manuale dei casi nei Distretti della Bassa Friulana a partire dal mese di settembre 2017. Nel periodo analizzato la Struttura di Cure Palliative ha preso in carico entro 3 gg dalla segnalazione: n. 24 pazienti oncologici del Distretto Ovest (di cui 14 deceduti) e n.14 casi del Distretto Est. (di cui 3 deceduti).

Di conseguenza, limitatamente al periodo ed al campione oggetto di osservazione, la % di malati oncologici deceduti presi in carico entro 3 gg è stato pari al 44,7%

Motivazioni scostamento del risultato atteso

Il dato rilevato è limitato ad un quadrimestre ed ai soli Distretti della Bassa Friulana e risente del fatto non è stato possibile implementare l'organico atto a garantire l'assistenza domiciliare per le cure palliative su 12 ore diurne, 7 giorni su 7.

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

<p>5. CIA (coefficiente di intensità assistenziale) dell'assistenza domiciliare a favore dei pazienti terminali presi in carico dalla rete delle cure palliative</p>	<p>5. almeno il 30% dei pazienti deve avere CIA>= a 0,5 (risultato atteso modificato dalla DGR 261/2018)</p>
--	---

Attuazione al 31.12.2017

Al momento i dati non sono disponibili in quanto i data base messi a disposizione dalla Regione non contengono le informazioni necessarie

E' stato avviato un sistema di raccolta e rilevazione manuale, in via sperimentale, dei casi nei Distretti

<p>est ed ovest a partire dal mese di settembre 2017. Dai dati disponibili risulta quanto segue:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Distretto OVEST 80%; - Distretto EST 50%. 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
6. Percentuale di malati oncologici deceduti non in ospedale	6. Percentuale di malati oncologici deceduti non in ospedale >= 50%
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>La percentuale di malati oncologici deceduti non in ospedale al 31.12.2017 è 44,82%</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
7. attivazione del monitoraggio dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni di terapia del dolore in tutti i setting assistenziali	7. trasmissione report alla direzione centrale salute
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Non sono pervenute indicazioni regionali circa i criteri con cui attivare il monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni di terapia del dolore nei diversi setting assistenziali.</p>	
<p>Motivazioni scostamento del risultato atteso</p> <p>In attesa di indicazioni regionali per la definizione dei criteri di monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni di terapia del dolore.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
8. Attivazione di almeno una campagna informativa sulle reti delle cure palliative e della terapia del dolore da realizzarsi con finanziamento della LR 10/2011 in ciascuna Azienda	8. Evidenza della campagna informativa
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Il Coordinamento Regionale delle reti aziendali delle cure palliative ha optato per la realizzazione di una carta dei servizi offerti. Sul sito internet aziendale è stata pubblicata la guida ai servizi della rete delle cure palliative.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
9. Attivazione di presa in carico dei malati oncologici in "fase avanzata" con supporto psico-relazionale individuale e della famiglia.	Almeno il 50% dei pazienti presi in carico (la valutazione avverrà nel 3° quadrimestre 2017)
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Da settembre è stata acquisita la figura dello psicologo dedicata alla presa in carico dei malati oncologici in fase avanzata: a tutti i pazienti e relative famiglie viene proposto il supporto psico-relazionale.</p> <p>Dal monitoraggio effettuato nel 3° quadrimestre 2017 risulta che circa il 50% dei pazienti presi in carico ha accettato il supporto della psicologa.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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
Attuazione al 31.12.2017 Identificato e attivato il gruppo di lavoro aziendale, predisposto lo strumento per la valutazione del fenomeno e completata l'osservazione nelle strutture coinvolte (Medicine, RSA, Dipartimento chirurgico e Case di riposo convenzionate) sia nell'area Isontina che nella Bassa Friulana. E' agli atti il report di monitoraggio 2017 predisposto dal Gruppo aziendale rischio clinico.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.6 Riabilitazione	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Attivazione a livello aziendale della rete per le malattie neuromuscolari e la sclerosi laterale amiotrofica 2. Attivazione a livello aziendale del PDTA definito a livello regionale per la sclerosi multipla entro la seconda metà del 2017.	1. attivato un gruppo integrato neuromuscolare (GIN) con la finalità della presa in carico della persona con malattia neuromuscolare nell'ambito territoriale di competenza. 2. Entro il 2017 almeno il 50% dei pazienti con sclerosi multipla è preso in carico con le modalità previste dal percorso assistenziale
Attuazione al 31.12.2017 1) In data 26/10/2017 nell'ambito di un incontro dedicato, convocato dal Direttore del Dipartimento Funzionale Aziendale di Riabilitazione (verbale dell'incontro agli atti della S.C. Riabilitazione) sono state identificate le figure professionali che costituiscono il Gruppo Integrato Neuromuscolare aziendale 2) Il PDTA aziendale per la sclerosi multipla non è stato elaborato, in attesa della definizione del protocollo regionale. L'Azienda ha partecipato attivamente ai lavori del tavolo regionale per la definizione del percorso sulla sclerosi. La formalizzazione del PDTA regionale è avvenuta però solo ad inizio 2018 con la DGR n. 11 del 12/1/2018 che ha approvato il documento "percorso diagnostico terapeutico assistenziale per le persone con sclerosi multipla nella Regione FVG". L'implementazione dello stesso e la sua contestualizzazione in AAS2 è prevista per l'anno corrente.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.7 Assistenza domiciliare	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Presa in carico	≥ 3.8% popolazione > 65 anni (secondo nuova griglia LEA)
Attuazione al 31.12.2017	

<p>La stima della copertura aziendale al 31.12.2017 è del 3,4%.</p> <p>Il raggiungimento del risultato atteso ha presentato delle criticità nei Distretti Alto (2,3%) e Basso Isontino (2,9%) per carenza di risorse infermieristiche.</p>	
<p>Motivazioni scostamento del risultato atteso</p> <p>Il raggiungimento del risultato atteso ha presentato delle criticità nei Distretti Alto (2,3%) e Basso Isontino (2,9%) per carenza di risorse infermieristiche.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</p> <p>Valore regionale: 3,2%</p>
<p>Progressiva estensione dell'assistenza infermieristica di comunità, nelle AFT e nei CAP</p>	<p>Evidenza dell'implementazione dell'assistenza infermieristica di comunità nelle AFT e nei CAP tendente ad una copertura di 1 infermiere ogni 3500 abitanti</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Assegnata n. 1 unità infermieristica per ciascuna delle 10 AFT attive in azienda. Per quanto concerne il CAP la risorsa infermieristica ad oggi dedicata svolge contestualmente anche le funzioni per l'AFT.</p> <p>E' stato altresì realizzato un Piano di sviluppo dell'infermieristica di Comunità che ha previsto l'apertura di 6 nuovi ambulatori di infermiere di comunità. Sono stati attivati 5 di cui 3 nel Basso Isontino (Turriaco, Fogliano e Fossaloni) e 2 nell'Alto Isontino (Villesse e Quartiere S'Anna di Gorizia). L'apertura del sesto nodo prevista a Pertegada (Distretto Ovest) è stata procrastinata al 2018 a causa di criticità correlate alla logistica da parte del Comune.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>

3.3.8. Salute mentale

<p>Nel corso del 2017 è prevista l'approvazione del Piano d'azione regionale per la salute mentale elaborato con la collaborazione dei referenti tecnici delle Aziende sanitarie. L'Azienda garantirà la partecipazione.</p>	
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>L'Azienda ha partecipato con i propri referenti ai tavoli tecnici per la stesura del Piano regionale per la Salute Mentale. L'approvazione definitiva del Piano regionale Salute Mentale, Infanzia, Adolescenza ed età adulta per gli anni 2018-2020 è avvenuta nel 2018 con DGR n. 732 del 21/3/2018.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>

3.3.9 Disturbi del comportamento alimentare

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

4. Formazione specifica degli operatori	aziendale strutturato per l'intervento semiresidenziale 4. Evidenza di corsi formativi
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il Direttore del DSM e la Coordinatrice infermieristica hanno partecipato regolarmente agli incontri del tavolo tecnico regionale Salute Mentale. I referenti AAS2 del DCA individuati dal Direttore del Dipartimento hanno partecipato agli incontri e collaborato attivamente nel tavolo tecnico regionale DCA (effettuati 7 incontri nel 2016 e 3 incontri 2017). - Costituito l'ambulatorio DCA nella sede di Monfalcone (reperiti spazi idonei e personale dedicato) e nominato referente aziendale. E' stata istituita l'equipe funzionale per i DCA composta da un operatore del CSM a tempo pieno, un operatore delle Dipendenze a tempo pieno, una dietista per 10 ore settimanali, un neuropsichiatra con ore dedicate per l'età evolutiva e uno psichiatra con ore dedicate per gli adulti. L'attività del DCA si svolge in collaborazione tra i CSM, la Neuropsichiatria infantile, le Medicine ed il Servizio Dietetico. Questa modalità di lavoro ha consentito di creare un'equipe unica integrata. - E' stato elaborato un documento per il trattamento in regime ambulatoriale e semiresidenziale del paziente DCA. Sono stati individuati un modulo per gli adulti e un modulo per l'età evolutiva. - L'attività formativa si è svolta a Monfalcone ed stata articolata su 5 giornate: 18 settembre, 9 ottobre, 30 ottobre, 20 novembre, 4 dicembre. Alla formazione specifica per la presa in carico dei DCA hanno partecipato 22 operatori di cui 3 operatori della Neuropsichiatria Infantile. 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.10. Salute mentale in età evolutiva

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
<p>Nel corso del 2017 sarà individuata con atto formale la rete regionale dei servizi di salute mentale per l'età evolutiva. Verranno individuati i requisiti per l'accreditamento delle strutture residenziali e semiresidenziali per i minori con disturbi neuropsichici. L'Azienda proseguirà nel rinforzo dei servizi di salute mentale per l'età evolutiva come previsto dalla DGR 1671/2016 e in maniera coerente con l'intera programmazione aziendale</p>	
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>L'Azienda ha partecipato con i propri referenti della Neuropsichiatria infantile ai tavoli tecnici per la stesura del Piano regionale per la Salute Mentale. L'approvazione definitiva del Piano regionale Salute Mentale, Infanzia, Adolescenza ed età adulta per gli anni 2018-2020 è avvenuta con DGR n. 732 del 21/3/2018.</p> <p>L'AAS2 ha comunque consolidato, nel corso del 2017, la rete di offerta per l'età evolutiva attivando l'Equipe Funzionale Integrata per i DCA con operatori dedicati ai pazienti in età evolutiva. E' prevista l'ulteriore implementazione dell'Equipe con l'acquisizione di nuove figure professionali (educatore, infermiere dietista).</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.11 Autismo	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Partecipazione dei referenti individuati delle NPIA al tavolo tecnico regionale in tema di salute mentale 2. Implementazione del percorso diagnostico assistenziale per il minore affetto da disturbi dello spettro autistico	1. I referenti individuati hanno partecipato all'80% degli incontri regionali organizzati 2. n° di operatori che hanno partecipato ai corsi realizzati nel 2017 in tema di gestione del minore con disturbi dello spettro autistico
Attuazione al 31.12.2017 - I referenti aziendali hanno partecipato regolarmente agli incontri regionali. - La formazione per il trattamento dei minori con disturbi dello spettro autistico/modello ESDM è stata organizzata ad ottobre dalla Regione (con il coordinamento di ASUITS) e vi hanno partecipato n° 17 operatori della NPI di AAS2. Il percorso formativo in essere è pluriennale e continuerà nel 2018.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.12 Consulteri familiari	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Implementazione dell'offerta della visita domiciliare ostetrica in puerperio. 2. Promozione della salute della donna in età post-fertile	1.a. Completamento dell'implementazione del servizio nel Distretto Basso Isontino. 1.b L'offerta della visita domiciliare in puerperio va implementata anche nei distretti Est ed Ovest 2. Evidenza di interventi a favore della salute della donna in età post-fertile
Attuazione al 31.12.2017 1a) La visita ostetrica domiciliare è garantita da luglio 2014 a tutte le puerpere residenti nei Comuni del DAI che partoriscono a Monfalcone. Da inizio 2017 l'offerta è stata implementata anche a tutte le donne residenti nel Comune di Grado (attraverso l'ostetrica che opera nel CAP di Grado) ed a tutte le puerpere fragili o che afferiscono al percorso nascita, residenti negli altri comuni del DBI. A partire da Novembre 2017 la presenza dell'Ostetrica nel Cap di Grado è stata incrementata da 6 ore a 18 ore settimanali. 1b): L'offerta è stata implementata dal 1° luglio 2017 in modalità sperimentale ed in collaborazione con l'Ambito del Distretto Ovest, nel Comune di S. Giorgio di Nogaro, garantendola a tutte le neo-mamme residenti nel Comune. 2) E' proseguita, nelle sedi consultoriali aziendali, l'offerta di consulenze, colloqui, visite ginecologiche, prescrizioni di indagini di laboratorio e terapia, attività di gruppo di informazione e di prevenzione, rivolta alle donne nel periodo del climaterio. Sono stati organizzati tre incontri su tematiche correlate alla menopausa. E' disponibile agli atti un report dell'attività svolta e degli eventi informativi realizzati. L'Azienda ha altresì predisposto un Piano dell'Ostetrica di Comunità da implementare nel 2018, a seguito dell'assunzione di ulteriori unità di ostetriche.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.13 Diabete	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Le Aziende organizzeranno corsi di formazione per garantire l'applicazione del "Documento di indirizzo regionale sull'Assistenza alla Persona con Diabete"	1. Evidenza entro il 31 marzo 2017 dell'attuazione dei corsi a livello aziendale rivolti ai MMG e agli operatori dei distretti che si occupano di diabete nell'assistenza primaria.
Attuazione al 31.12.2017 I corsi sono stati realizzati (uno il 31 marzo e uno 5 aprile 2017, la posticipazione al 5 aprile è giustificata da problemi logistici legata alla disponibilità dell'aula)	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.14 Sanità penitenziaria	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
A seguito dei lavori del Gruppo tecnico regionale le Aziende elaborano programmi per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario in carcere.	Evidenza del Programma aziendale per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario in carcere entro il 2017.
Attuazione al 31.12.2017 Nel corso del 2017 è stato definito il Piano regionale per la prevenzione del suicidio in carcere, in collaborazione con le Aziende e con gli Istituti penitenziari (casa circondariale di Gorizia), cui sarà data attuazione nel corso del 2018. Recepito il documento sulla prevenzione rischio suicidario con Decreto del DG n° 742 del 21/12/2017	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.15. Ospedali psichiatrici giudiziari	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
L'AAS2 proseguirà anche nel 2017 nel programma regionale di superamento degli OPG	
Attuazione al 31.12.2017 E' proseguito anche nel 2017 il programma regionale di superamento degli OPG predisponendo progetti riabilitativi personalizzati per le persone internate.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.16 Dipendenze	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Collaborazione con l'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze.	1.a Partecipazione dei referenti del gruppo tecnico operativo ad almeno il 70% delle riunioni indette dall'Osservatorio sulle Dipendenze. 1.b Invio e validazione dei dati per i flussi informativi regionali raccolti dell'osservatorio.

<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Il direttore della SC Dipendenze ha partecipato a tutti gli incontri del gruppo tecnico regionale (27.01.17, 22.02.17, 21.03.17, 20.04.17, 24.05.17, 18.07.17, 18.09.17, 17.10.17, 21.11.17 e 12.12.17)</p> <p>E' stato mantenuto costante l'inserimento dei dati nel sistema informativo (MFP5) da parte di tutti gli operatori della SC.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
2. Partecipazione alla realizzazione di un workshop regionale, in collaborazione con il terzo settore sui trattamenti alcolologici.	2. Partecipazione di almeno il 70% del personale dei Servizi per le dipendenze dedicati al trattamento alcolologico al workshop regionale.
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>In data 25/11 si è svolto a Udine il work-shop a valenza regionale presso l'Auditorium del Palazzo Regionale dei Congressi. L'Azienda ha collaborato nella preparazione dell'evento e vi ha poi partecipato con n. 8 operatori della SC Dipendenze.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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.a. Partecipazione alla realizzazione di una formazione a valenza regionale sulle misure alternative e messe alla prova.</p> <p>3.b. Aumento delle misure alternative e messe alla prova (2017 vs 2016).</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>3a) Non è stata organizzata dalla Regione la formazione prevista sulle "misure alternative e messe alla prova" per cui l'Azienda non vi ha potuto partecipare.</p> <p>3b) Sono state comunque incrementate le misure alternative: attivate n. 8 misure alternative nel 2017 rispetto alle 5 attivate nel 2016.</p>	
<p>Motivazioni scostamento del risultato atteso</p> <p>3a) La Regione non ha organizzato la formazione prevista sulle "misure alternative e messe alla prova"</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	<p>3.a OBIETTIVO STRALCIATO</p> <p>3.b OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>
4. Partecipazione ai tavoli di monitoraggio sugli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale.	4. Individuazione di almeno 3 indicatori di outcome relativi agli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale.
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Il Tavolo regionale relativo agli strumenti riabilitativi ha prodotto una scheda con più di tre indicatori di outcome per la valutazione dell'efficacia dello strumento di reinserimento/inclusione sociale/riabilitazione. E' disponibile evidenza della scheda prodotta, agli atti della SC Dipendenze.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
5. Produzione di almeno 3 indicatori di outcome.	5. Report con l'esito di almeno 3 indicatori di outcome.
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>E' stato prodotto il Report finale di monitoraggio al 31.12.17 con gli esiti dei 3 indicatori definiti</p>	

nell'anno 2016 dal tavolo regionale Dipendenze.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.17. Privacy

Obiettivo Aziendale

Risultato atteso

Incrementare il livello di copertura dei consensi raccolti ed inseriti nel sistema GECO rispetto la popolazione assistita

Evidenza di un incremento della copertura della raccolta dei consensi

Attuazione al 31.12.2017

L'Azienda non dispone dei dati relativi alla copertura della raccolta dei consensi, tuttavia si conferma che l'attività di raccolta è proseguita per tutto il 2017

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO STRALCIATO

3.3.18. Continuità assistenziale 116-117

Obiettivo Aziendale

Risultato atteso

Predisposizione dell'organizzazione con risorse infermieristiche per garantire la continuità assistenziale dei pazienti in cura/assistenza domiciliare, coerentemente con L'Accordo Stato-Regione

Evidenza del modello definito e dell'organizzazione predisposta

Attuazione al 31.12.2017

E' stato istituito un gruppo tecnico ristretto per l'analisi organizzativa. Effettuati incontri (in data 7/6 e 25/6) ed avviata la nuova organizzazione delle reti PUA (Punto unico d'accesso) e delle funzioni di centrale operativa. La rete PUA è stata completata in tutta l'Azienda con l'implementazione nelle sedi distrettuali di Gorizia (DAI) e Monfalcone (DBI) avvenuta a dicembre 2017. Per i distretti EST ed OVEST la rete PUA era già presente ed attiva.

Il completamento della rete PUA rappresenta la preconditione essenziale per garantire la continuità assistenziale dei pazienti in cura/assistenza domiciliare.

E' disponibile evidenza documentata della rete attivata.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.4 PROGETTI ATTINENTI LE ATTIVITA' CLINICO ASSISTENZIALI

3.4.1 Insufficienze d'organo e trapianti	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
CUORE	
Partecipazione ai lavori regionali per la predisposizione di almeno 2 percorsi assistenziali a valenza regionale (VAD e ECMO)	Evidenza della partecipazione ai lavori regionali
Attuazione al 31.12.2017 L'Azienda ha partecipato qualora convocata	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Riduzione del tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti di 50-74 anni, portandolo sotto il valore di 210 (valore medio regionale 2015 di 208,26 – fonte Bersaglio)	tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti di 50-74 anni \leq 210
Attuazione al 31.12.2017 Il tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco al 31.12.2017 è 275,51	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO VALORE REGIONALE: 276,67
RENE	
Potenziamento della Dialisi peritoneale e dei trapianti con l'obiettivo di ridurre i pazienti in emodialisi al di sotto del 46% del totale (trapiantati + emodializzati + in dialisi peritoneale).	% dei pazienti in emodialisi sul totale dei pazienti (trapiantati+emodializzati+in dialisi peritoneale) \leq 46%
Attuazione al 31.12.2017 Nel 2017 la % dei pazienti in emodialisi sul totale dei pazienti (trapiantati+emodializzati+in dialisi peritoneale) è stata del 55,45%	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO VALORE REGIONALE: 57,1
potenziamento del programma Trapianti di rene con riduzione dei Tempi di iscrizione in lista trapianto e aumento dei casi di trapianto (almeno 70/anno comprensivi di tutte le tipologie di trapianto).	% pazienti che hanno dato il consenso all'iscrizione in lista trapianti inseriti in donor manager T3 entro 10 mesi dal rilascio del consenso \geq 75%
Attuazione al 31.12.2017 Sono stati inseriti in lista 11 pazienti (6 a Gorizia, 5 a Palmanova), con un percorso inferiore a 10 mesi in 10 casi (il caso di durata superiore è stato motivato dalla necessità di raggiungere un peso forma richiesto dal centro trapianti). I dati sono documentati nelle cartelle cliniche di reparto. La percentuale come da indicatore è pari al 91%	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

FEGATO	
Partecipazione ai lavori regionali per la predisposizione di almeno 2 percorsi assistenziali dei quali uno che riguarda i pazienti trapiantati	Evidenza della partecipazione ai lavori regionali
Attuazione al 31.12.2017 L'Azienda ha partecipato regolarmente agli incontri regionali	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Attività Centro Trapianti	Iscrizione in lista trapianto presso il Centro Trapianti dell'ASUIUD di almeno 10 pazienti
Attuazione al 31.12.2017 Vengono iscritti tutti i pz che sono eleggibili	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO DATO CRT: 3 PAZIENTI ISCRITTI/TRAPIANTATI
PANCREAS	
Partecipazione ai lavori regionali per la formalizzazione della filiera pancreas per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti	Evidenza della partecipazione ai lavori regionali
Attuazione al 31.12.2017 Il tavolo regionale non è ancora stato avviato	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
Riduzione del tasso di amputazioni maggiori per diabete portandolo per tutte le AAS/ASUI al di sotto di 30 casi per milione di residenti (valore medio regionale 2015 di 29,39 x milione – fonte Bersaglio).	tasso di amputazioni maggiori per diabete ≤ 30 casi per milione di residenti
Attuazione al 31.12.2017 Il tasso di ospedalizzazione per amputazioni maggiori per diabete al 31.12.2017 è 30,56	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO VALORE REGIONALE: 30,56
POLMONE	
Partecipazione ai lavori regionali per la formalizzazione della filiera polmone per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti	Evidenza della partecipazione ai lavori regionali
Attuazione al 31.12.2017 Si partecipa ai lavori regionali, se convocati.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

Riduzione del tasso di ospedalizzazione per BPCO portandolo per tutte le AAS/ASUI al di sotto del 60 per 100.000 residenti di 50-74 anni (valore medio regionale 2015 del 65,84 per 100.000 residenti – fonte Bersaglio).	tasso di ospedalizzazione per BPCO<=60 per 100.000 residenti di 50-74 anni
Attuazione al 31.12.2017 Il tasso di ospedalizzazione per BPCO al 31.12.2017 è 59,04	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO VALORE REGIONALE 59,04
Formazione di 3 infermieri per ogni distretto sanitario per la gestione integrata con le Pneumologie di riferimento dell'ossigenoterapia domiciliare	Evidenza della formazione di 3 infermieri per distretto
Attuazione al 31.12.2017 Effettuato in accordo con S.S. Formazione corso di formazione residenziale (accreditamento n. 17173) "Ossigenoterapia e riabilitazione respiratoria: Update e Focus sul trattamento domiciliare, presso sede di Palmanova in data 17/10/2017. Sono stati formati 3 infermieri e 2 fisioterapisti per ogni distretto. Agli atti l'elenco dei partecipanti formati al corso	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Formazione di 2 fisioterapisti per distretto, da parte delle Pneumologie di riferimento, finalizzata alla riabilitazione respiratoria ambulatoriale e domiciliare	Evidenza della formazione di 2 fisioterapisti per distretto
Attuazione al 31.12.2017 Effettuato in accordo con S.S. Formazione corso di formazione residenziale (accreditamento n. 17173) "Ossigenoterapia e riabilitazione respiratoria: Update e Focus sul trattamento domiciliare, presso sede di Palmanova in data 17/10/2017. Sono stati formati 3 infermieri e 2 fisioterapisti per ogni distretto. Agli atti l'elenco dei partecipanti formati al corso	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
OCCHI	
Potenziamento del programma di donazione cornee	Mantenimento del n° di prelievi di cornee registrato nell'anno 2015
Attuazione al 31.12.2017 N° prelievi dell'anno 2015: 107 N° prelievi dell'anno 2017: 110	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
DONAZIONE D'ORGANI	
Formalizzazione del protocollo per prelievo d'organi da paziente con accertamento del decesso con criteri cardiologici. (OBIETTIVO STRALCIATO dalla DGR 261/2018) Formalizzazione del protocollo per la donazione multi-tessuto.	

<p>Monitoraggio dell'attività al 31.12.2017</p> <p>Formalizzazione del protocollo per prelievo d'organi da paziente con accertamento del decesso con criteri cardiologici: OBIETTIVO STRALCIATO dalla DGR 261/2018</p> <p>Formalizzazione del protocollo per la donazione multi-tessuto: il Coordinamento locale della Bassa Friulana ha elaborato il documento "procedura per la gestione del donatore multitessuto a cuore fermo", formalizzato con nota prot. 72774 dd 20/12/2017. Tale procedura è stata condivisa col Centro Regionale Trapianti del FVG e redatta coerentemente al "protocollo per la gestione del donatore multitessuto" in uso presso ASUIUD.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.4.2 Urgenza emergenza	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
ICTUS	
Mantenimento dell'attività di trombolisi endovenosa/endoarterioso con il raggiungimento del 2017 di almeno 350 trattamenti nel territorio regionale	Assicurare il rispetto del protocollo sulla trombolisi endovenosa/endoarteriosa
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Nel 1° semestre si è partecipato agli incontri regionali a Trieste per l'aggiornamento PDTA. Nel 2° semestre si è dato applicazione al protocollo.</p> <p>In data 19.07.2017 è stato applicato il protocollo regionale della trombolisi ad un utente (B.S. aa 75 rif. verbale N° 2017/11476) presso l'Ospedale di Gorizia.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Misurazione dei tempi intercorrenti fra <i>alertamento-TAC</i> e <i>TAC-trombolisi venosa</i> (relazione di analisi dei dati 2016 e primo semestre 2017).	Trasmissione alla DCS di un report/semestre con i dati di attività
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Nel corso dell'anno si è registrato un solo caso di trombolisi in data 19.07.2017 nell'Ospedale di Gorizia. Già nella fase di accoglimento "Triage" è stata attivata la procedura del Protocollo Regionale attraverso l'attribuzione del CODICE ROSSO e riportando la positività della Scala Cincinnati: dall'accoglimento del paziente avvenuto alle ore 15.10 alla conferma della diagnosi radiologica avvenuta alle ore 15.48 sono trascorsi 38 minuti. In particolare, dall'analisi dei dati di attività assistenziale (Fonte dati: sistema S.E.I., sistema ADT e documentazione cartacea) si rileva che il percorso assistenziale si è articolato nelle seguenti fasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • accesso alle ore 15.10; • visita medica alle ore 15.22; • richiesta TAC Capo alle ore 15.40; • referto TAC Capo alle ore 15.48 (firmato digitalmente) • prima valutazione neurologica alle ore 15.20; 	

<ul style="list-style-type: none"> • Ricovero presso la Terapia Intensiva alle ore 16.29; • Rivalutazione neurologica alle ore 16.40 <p>Somministrazione Alteplase alle ore 17.47 previo consenso informato, con termine alle ore 18.48.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
<p>Presenza nella documentazione clinica informatizzata della scala Barthel Index e della Rankin Scale modificata all'ingresso e all'uscita di ogni setting assistenziale (almeno l'85% degli episodi di ricovero con DRG 14 o codici ICD-9-CM relativa a: 430.x, 431.x, 432.x, 433.x1, 434.x1, 436.x, 437.3, 438.x, 784.3 (afasia) - periodo di misurazione tutto l'anno 2017).</p>	<p>Produzione e trasmissione alla DCS di un report semestrale sulla presenza e compilazione, nella cartella clinica, delle scale Barthel Index e Rankin Scale modificata.</p> <p>I dati dovranno essere raccolti su un campione di cartelle (ricoveri con DRG 14 o codici ICD-9-CM indicati) con le seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> - periodi di riferimento: 01/01/2017-30/06/2017 e 1/7/2016-31/12/2017; - campione cartelle: <ul style="list-style-type: none"> ospedali con ricoveri < 500/anno: 30 cartelle per periodo esaminate; ospedali con ricoveri > 500/anno: 50 cartelle per periodo esaminate; - rappresentatività delle diverse unità operative che accolgono e/o dimettono i pazienti, (campione proporzionato al numero dei ricoveri/anno di ciascuna unità operativa); - esclusione dal campione dei pazienti con esito ricovero "deceduto".
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Elaborati i report di monitoraggio del primo e secondo semestre ed inviati i risultati ai reparti interessati. La rilevazione è stata effettuata in Medicina Gorizia, Medicina Monfalcone, Neurologia Gorizia, Medicina Palmanova, Medicina Latisana, Medicina d'urgenza di Latisana e Palmanova.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
	NONOSTANTE I DATI NON ABBIANO CONSENTITO IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO, SI EVIDENZIA LA QUALITÀ DEL REPORT E IL GRAN LAVORO SVOLTO DALLA EX BASSA FRIULANA NELLA PRODUZIONE DEL REPORT
EMERGENZA CARDIOLOGICA	
<p>Partecipazione ai lavori regionali per la formalizzazione di almeno 1 percorso assistenziale che definisca anche specifici indicatori di esito</p>	<p>Evidenza della partecipazione ai lavori regionali</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Si partecipa agli incontri regionali, se convocati.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

Misurazione del tempo intercorrente fra l'effettuazione dell'ECG sul territorio e l'inizio della procedura in emodinamica (relazione di analisi dei dati 2016 e primo semestre 2017).	collaborazione con la Direzione Centrale alla misurazione del tempo intercorrente fra ECG sul territorio e inizio della procedura di emodinamica
Attuazione al 31.12.2017 Vengono analizzati i tempi pre coronarici in collaborazione con ASUITS (centro hub di riferimento) al fine di ridurli. I referenti Aziendali non sono stati convocati dalla Regione su questo tema.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
TRAUMA	
Formalizzazione di un sistema di indicatori clinici per il monitoraggio dei tempi e degli esiti	Evidenza della partecipazione ai lavori regionali
Attuazione al 31.12.2017 L'Azienda partecipa ai tavoli regionali, qualora convocata.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
Trattamento della Frattura di femore entro 48H in almeno l'80% dei casi trattati dal presidio ospedaliero.	% di pazienti con frattura di femore operati entro 48 ore dall'ingresso in ospedale >= 80%
Attuazione al 31.12.2017 La percentuale di pazienti con frattura di femore operati entro 48 ore dall'ingresso in ospedale al 31.12.2017 è 66,84%.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO VALORE REGIONALE: 66,6%
PRONTO SOCCORSO ED URGENZA EMERGENZA	
Aumentare la percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde, ad almeno l'80% (spoke) o 65% (hub) (media regionale 2015 del 65,89% - fonte Bersaglio)	% pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde >= 80%
Attuazione al 31.12.2017 La percentuale di pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde al 31.12.2017 è 64,84%.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO VALORE REGIONALE 67,02% (GO-MO) – 73,88% (LA – PA)
Aumentare la percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore, portandola a valori superiori all'85% (spoke) e 75% (hub) (media regionale 2015 del 78,24% - fonte Bersaglio)	% pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore >= 85%
Attuazione al 31.12.2017	

La percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore al 30.06.2017 è 78,07%.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO VALORE REGIONALE 71,6% (GO-MO) – 85,54% (LA – PA)
Revisione e confronto interaziendali della gestione clinica per 5 eventi patologici acuti, più frequenti	Partecipazione ai tavoli tecnici per la revisione e il confronto interaziendali della gestione clinica per 5 eventi patologici acuti, più frequenti
Attuazione al 31.12.2017 L'Azienda assicura la partecipazione ai tavoli regionali qualora convocata	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO SONO STATI REALIZZATI DEGLI INCONTRI TRA IL PS BURLO E I DIRETTORI SC DI PEDIATRIA DI AAS2, AAS3, AAS5 (PERCORSI CLINICI: CHETOACIDOSI DIABETICA, GESTIONE FLUIDI, USTIONI)

3.4.3 Reti di patologia	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
MALATTIE RARE	
Malattie Rare	- Produrre entro il 31 dicembre 2017 almeno 1 percorso assistenziale per ogni gruppo nosologico. - Implementare il flusso informativo al registro regionale di cui al DM 279/2001 (aggiornamento dati del registro con inserimento del 100% dei casi in prevalenza al 30 novembre 2017) OBIETTIVI STRALCIATI dalla DGR 261/2018
Monitoraggio dell'attività al 31.12.2017 OBIETTIVO STRALCIATO dalla DGR 261/2018	
MALATTIE REUMATICHE	
L'Azienda è tenuta all'uso dello strumento informatico che sarà messo a disposizione entro il primo trimestre 2017.	Evidenza dell'utilizzo dello strumento informatico messo a disposizione dalla Regione OBIETTIVO STRALCIATO con DGR 1571/2017
Monitoraggio dell'attività al 31.08.2017 OBIETTIVO STRALCIATO con DGR 1571/2017	
Evidenza, entro il 30 giugno, nel sito aziendale dei medici reumatologi aggregati alle medicine interne	- evidenza entro il 31.10.2017 nel sito aziendale dei medici reumatologici aggregati alle medicine interne (Risultato atteso modificato dalla DGR 261/2018)
Attuazione al 31.12.2017 I nominativi sono stati pubblicati sul sito aziendale nel mese di ottobre.	

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
3.4.4 Materno-infantile	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Responsabilizzazione diretta delle ostetriche nella gestione del percorso per la gravidanza fisiologica	Attivazione degli ambulatori di gravidanza fisiologica a gestione ostetrica nei Distretti Est ed Ovest in relazione alla concentrazione in un'unica sede dell'attività ostetrico-ginecologica dell'ospedale di Latisana-Palmanova
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>L'individuazione della concentrazione in un'unica sede dell'attività ostetrico-ginecologica dell'ospedale di Latisana-Palmanova non è ancora avvenuta in quanto l'Azienda è ancora in attesa di determinazioni regionali.</p> <p>A Palmanova è attivo l'ambulatorio per la gravidanza a termine; a Latisana sono attivi l'ambulatorio gravidanza fisiologia e l'ambulatorio del puerperio.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Mantenimento della percentuale dei parti cesarei depurati (NTSV) al di sotto del 20% dei parti totali dei parti depurati (valore medio regionale 2015 pari a 16,38% - fonte Bersaglio).	% dei parti cesarei depurati (NTSV) sul totale dei parti depurati <=20%
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>La percentuale di parti cesarei depurati (NTSV) sul totale dei parti depurati al 31.12.2017 è 12,66%</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
I parti indotti farmacologicamente devono essere ridotti al di sotto del 20% (valore medio regionale 2015 pari a 21,44% - fonte Bersaglio).	% parti indotti farmacologicamente <= 20%
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>La percentuale di parti indotti farmacologicamente al 31.12.2017 è 19,29%.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Interventi chirurgici pediatrici	Collaborare con il Burlo a stilare l'elenco degli interventi chirurgici pediatrici che, per assicurare adeguati livelli di sicurezza e qualità è necessario centralizzare in un'unica struttura o essere eseguiti da una sola équipe chirurgica ed anestesiologicala del Burlo
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>L'Azienda collabora con il Burlo qualora convocata</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.4.5 Percorso nascita	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
verificare l'attuazione aziendale di quanto previsto nei provvedimenti nazionali e regionali, in termini di miglioramento della qualità, sicurezza e appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita	Report sulla verifica effettuata
Attuazione al 31.12.2017 Il documento sul percorso nascita in Friuli Venezia Giulia "Percorso Gravidanza a basso rischio a gestione ostetrica" è stato adottato formalmente con DGR n. 723 del 21/3/18.	
Motivazione dello scostamento dal risultato atteso Il documento sul percorso nascita in Friuli Venezia Giulia "Percorso Gravidanza a basso rischio a gestione ostetrica" è stato adottato formalmente con DGR n. 723 del 21/3/18, pertanto non è stato possibile effettuare la verifica sulla sua attuazione nel 2017.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
partecipare, per il tramite dei propri referenti, alle attività del Comitato percorso nascita regionale	Evidenza della partecipazione al Comitato percorso nascita regionale
Attuazione al 31.12.2017 I referenti aziendali individuati (Referente infermieristica del Dipartimento materno-infantile di Gorizia e Monfalcone, Direttore della Pediatria di Gorizia e Monfalcone, Direttore del Dip.to Materno infantile e Referente ostetrica aziendale) hanno partecipato regolarmente ai lavori del Comitato percorso nascita regionale.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Supporto ed aiuto alle giovani famiglie dopo il parto con specifico servizio domiciliare e ambulatoriale.	Presenza in carico di almeno il 30% dei nati.
Attuazione al 31.12.2017 Sono state effettuate sia visite domiciliari sia ambulatoriali in tutti i distretti aziendali. Su un numero pari a 1482 nati (Palmanova=734 e Monfalcone=748) sono state effettuate 453 visite domiciliari che rappresentano da sole il 30,57% dei nati. A queste vanno aggiunti gli interventi ambulatoriali.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.4.6. Sangue ed emocomponenti	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Attuazione della DGR 2673/2014 relativamente alla collocazione presso la sede ospedaliera di Palmanova del Centro Unico Regionale di Produzione degli Emocomponenti	Avvio dei lavori di ristrutturazione propedeutici all'attivazione del Centro Unico Regionale di Produzione degli Emocomponenti presso la sede ospedaliera di Palmanova (risultato atteso modificato dalla DGR 261/2018)
Attuazione al 31.12.2017	

I lavori di ristrutturazione propedeutici all'attivazione del Centro Unico Regionale di Produzione degli Emocomponenti presso la sede ospedaliera di Palmanova sono stati avviati nel 2017. Il completamento della sistemazione dei locali presso la sede di Palmanova, secondo il progetto definito, è avvenuto nel 2018.

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

3.4.7. Erogazione dei livelli di assistenza

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Riduzione del tasso di ospedalizzazione dal 128,57 x mille al 125 x mille.	tasso di ospedalizzazione <= 125 per 1000 ab.

Attuazione al 31.12.2017

La stima del tasso di ospedalizzazione è 120,44 per 1000 ab

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Riduzione dei numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica portando la percentuale al di sotto del 30% per gli adulti e del 50% per i pediatrici (valore medio regionale del 2015 di 37,37% per gli adulti e 69,57% per i pediatrici - fonte Bersaglio) – obiettivo valido sia per l'età adulta che pediatrica.	% di ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica <= 30% (adulti) e <= 50% (pediatrici)

Attuazione al 31.12.2017

La percentuale di ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica è 11,88% per i ricoveri per adulti e 19,67% per i ricoveri pediatrici.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	VALORE REGIONALE 11,84% ADULTI, 19,67 PEDIATRICI
Riduzione della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni portandola al di sotto del 4% (valore medio regionale 2015 di 5,23% - fonte Bersaglio).	% di ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni <= 4%

Attuazione al 31.12.2017

La percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni è 4,64%.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
Recupero di almeno il 25% della fuga extra-regionale di ricovero e di specialistica ambulatoriale rispetto ai dati 2015	Evidenza del recupero di almeno il 25% della fuga extra-regionale di ricovero e di specialistica ambulatoriale rispetto ai dati 2015 (dato cumulativo)

Attuazione al 31.12.2017

I dati non sono disponibili.

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

Individuazione di almeno 3 pacchetti di prestazioni da eseguire in day service ambulatoriali, con formale trasmissione degli stessi alla DCS entro il 30 giugno 2017, per l'autorizzazione.	Trasmissione alla DCS entro il 30.09.2017 di una proposta di 3 pacchetti di prestazioni da eseguire in day service ambulatoriale
Attuazione al 31.12.2017 Non sono stati individuati pacchetti di prestazioni da eseguire in day service ambulatoriale	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

3.4.8. Rischio clinico, qualità e appropriatezza nell'erogazione delle cure	
Obiettivo Aziendale	Risultato aziendale
RISCHIO CLINICO	
Realizzazione del programma rischio clinico regionale, in particolare per quanto riguarda: <ul style="list-style-type: none"> – sicurezza del farmaco – adozione delle misure di "antimicrobialstewardship" già definite. – partecipazione alla "Point PrevalenceSurvey" e diffusione capillare dei risultati. – adozione di strumenti per la valutazione dello stato nutrizionale del paziente. – identificazione, il coinvolgimento e la formazione anche attraverso la partecipazione agli eventi formativi organizzati dalla DCSISPS dei referenti e dei <i>link professional</i> aziendali dei progetti regionali. – <i>empowerment</i> dei cittadini e dei pazienti sulle tematiche del rischio 	Realizzazione delle attività previste dal programma rischio clinico regionale
Attuazione al 31.12.2017 Realizzate le attività previste dal programma rischio clinico regionale e trasmesse alla DCS le relazioni con gli esiti degli indicatori di rischio clinico per il 1° e 2° semestre 2017. (rif. nota prot. 51208 dd 6/9/2017 per il 1° semestre e prot. 17849 dd 22/3/2018 per il 2° semestre)	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Rischio clinico	Strutturazione della Rete in accordo con la Delibera 1970 del 21.10.2016 "Rete Cure Sicure FVG: modello organizzativo"
Attuazione al 31.12.2017 Istituita la "Rete cure sicure AAS2 Bassa Friulana - Isontina" con Decreto del DG n°203 del 20.04.2017	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
QUALITA' E APPROPRIATEZZA NELL'EROGAZIONE DELLE CURE	
Qualità e appropriatezza nell'erogazione delle cure	La strategia che verrà perseguita nella

	<p>riorganizzazione dell'offerta prestazionale è quella di assicurare una adeguata qualità assistenziale coerentemente con quanto previsto dal Patto per la salute 2014-2016, dal DM n. 70/2015 e dalla legge di stabilità 2016, nel rispetto dei principi enunciati all'art. 25 della L.R. n. 17/2014. La riorganizzazione dovrà inoltre tener conto degli eventuali indicazioni regionali che emergeranno dai tavoli tecnici previsti di cui alla linea progettuale 3.14; 3.1.6, 3.1.9 e 3.2.3.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Nel corso del 2017 è stata perseguita la differenziazione dell'attività nei dipartimenti chirurgici con concentrazione degli interventi chirurgici oncologici in una sola sede dei presidi ospedalieri. In particolare ciò è già avvenuto per la Chirurgia generale di Latisana e Palmanova, per la Senologia, per la Urologia e per la ORL . E' in atto la differenziazione per l'attività di Chirurgia generale del presidio di Gorizia Monfalcone.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>STRALCIATO</p>

3.5 ASSISTENZA FARMACEUTICA

Assistenza farmaceutica e AFIR	
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
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Percentuale non calcolabile a livello aziendale: l'Azienda dispone solo del dato del numeratore.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
PRESCRITTORI	
<p>Dovranno essere individuati specifici obiettivi per tutti i prescrittori, correlati ad indicatori di risultato predefiniti, sia a livello territoriale (distrettuale, ambulatoriale, MMG) che ospedaliero. A tal fine gli Enti del SSR effettueranno un monitoraggio periodico sull'utilizzo delle categorie di farmaci a maggior impatto di spesa e rischio di inappropriata favorendo l'impiego di medicinali con il miglior rapporto di costo-efficacia, redigendo un report semestrale con evidenza delle azioni intraprese nel corso del primo e secondo semestre da inviare alla DCS sia con riferimento alle iniziative di audit e feedback che alle iniziative più significative adottate (in particolare oncologici, immunologici, farmaci per l'epatite C, terapie intravitreali, farmaci del PHT_DPC, equivalenti, biosimilari).</p>	<p>Invio alla DCS di due report a cadenza semestrale da cui si evincano:</p> <ul style="list-style-type: none"> - obiettivi per i prescrittori (negoziazioni) - azioni intraprese
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>La AAS2 ha condotto un'azione di audit e feedback sia in ambito ospedaliero sia in ambito territoriale. In ambito ospedaliero, l'attenzione è stata rivolta particolarmente alle aree oncologica, reumatologica, HIV, ematologica e neurologica. Sono stati prodotti report specifici con un livello di dettaglio che arriva alla singola molecola, alla sua spesa assoluta e alla variazione percentuale con un periodo storico di riferimento.</p> <p>In ambito territoriale, si sono svolti momenti di presentazione dei dati e di discussione dei medesimi in ambito di AFT dei MMG.</p> <p>Sono state inviate le due rendicontazioni alla DCS.</p>	

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
DISTRIBUZIONE DIRETTA FARMACI ALTO COSTO	
Nell'ambito della distribuzione diretta dei farmaci ad alto costo le Aziende eroganti in tale ambito definiscono idonei percorsi che consentano la verifica dell'appropriatezza d'uso anche da parte delle AAS di residenza del paziente.	Trasmissione alla DCS delle evidenze delle attività svolte
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>La AAS2 ha mantenuto per l'intero anno 2017 un sistema di richiesta nominativa per tutti i farmaci con costo per confezione superiore a 100 euro. Per ogni paziente approvvigionato, anche se di altra AAS, è conservato un fascicolo personale con la documentazione relativa alla richiesta e alla dispensazione. L'accesso era ed è possibile alle AAS di residenza degli assistiti, nel rispetto della vigente norma sulla riservatezza dei dati.</p> <p>Sono state inviate le due rendicontazioni alla DCS.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
PRESCRIZIONE MEDICINALI A BREVETTO SCADUTO	
In ambito territoriale la prescrizione dei medicinali a brevetto scaduto, con particolare riferimento alle classi terapeutiche individuate dagli indicatori AIFA-MEF presenti sul sistema Tessera Sanitaria (TS) e riportati nella tabella 1, dovranno tendere ai valori target indicati.	<p>C09CA - antagonisti dell'angiotensina II, non associati >= 92,20%</p> <p>C09DA - antagonisti dell'angiotensina II e diuretici >= 87,80%</p> <p>C10AA - inibitori della HMG COA reduttasi >= 86,10%</p> <p>G04CB - inibitori della testosterone 5-alfa reduttasi >= 49,50%</p> <p>J01MA - fluorochinoloni >= 90,30%</p> <p>M05BA - bifosfonati >= 88,20%</p> <p>N03AX - altri antiepilettici >= 98,10%</p> <p>N02CC - agonisti selettivi dei recettori 5HT1 >= 93,70%</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Si sono svolti incontri di sensibilizzazione sia dei MMG che degli specialisti ospedalieri, per questi ultimi sono stati inoltre stati assegnati specifici obiettivi di budget.</p> <p>I target non sono completamente raggiunti: questi i risultati di AAS2:</p> <p>C09CA - antagonisti dell'angiotensina II, non associati >= 95,48%</p> <p>C09DA - antagonisti dell'angiotensina II e diuretici >= 93,85%</p> <p>C10AA - inibitori della HMG COA reduttasi >= 84,99%</p> <p>G04CB - inibitori della testosterone 5-alfa reduttasi >= 58,10%</p> <p>J01MA - fluorochinoloni >= 91,62%</p> <p>M05BA - bifosfonati >= 72,81%</p> <p>N03AX - altri antiepilettici >= 94,82%</p> <p>N02CC - agonisti selettivi dei recettori 5HT1 >= 94,26%</p>	

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO RAGGIUNTI 5/8 TARGET
BIOSIMILARI	
<p>Per i biosimilari dovranno essere assicurate azioni di incentivazione. In particolare le prescrizioni di biosimilari, ovvero di farmaci aggiudicatari di gara regionale con il profilo costo-efficacia più favorevole nell'ambito delle categorie in cui è presente l'alternativa biosimile, dovranno attestarsi per i nuovi pazienti, al miglior valore possibile ovvero dovranno rappresentare una quota non inferiore all'80% del totale delle prescrizioni/confezioni erogate, ferma restando comunque la possibilità per il prescrittore di indicare il farmaco più opportuno motivando la scelta effettuata a seconda delle indicazioni d'uso e delle popolazioni interessate, secondo percorsi definiti a livello aziendale (*)</p>	<p>Trasmissione alla DCS dei risultati della valutazione campionaria della quota di prescrizione di biosimilare, fornendo eventuale motivazione per il mancato raggiungimento del target fissato.</p> <p>(Attuazione al 31.12.2017</p> <p>La AAS2 ha gestito e aggiornato i vincoli nel sistema MAGREP per promuovere la prescrizione dei medicinali aggiudicatari di gara e con rapporto costo/efficacia più favorevole. La richiesta dei farmaci originatori e non aggiudicatari di gara è vincolata alla richiesta con modulo per fuori prontuario. Un archivio delle richieste è tenuto presso la farmacia ospedaliera. Il 100% delle terapie sono state effettuate con farmaci aggiudicatari di gara regionale, fatti salvi i casi in cui il prescrittore e il suo responsabile hanno certificato un'intolleranza, una mancata risposta, una continuazione terapeutica. La situazione è stata rendicontata alla DCS.)</p>
NUOVO Obiettivo aziendale	NUOVO Risultato atteso
<p>Per quanto riguarda i medicinali biosimilari (acquisti, prescrizione ed erogazione) va fatto riferimento alle specifiche direttive che regolamentano questo settore, come anche modificate dall'art. 1, comma 407 della legge n. 232/2016, promuovendo azioni di appropriatezza ed efficienza per il SSR</p>	<p>Invio alla DCS di una relazione sull'attività svolta</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>L'attività è in linea. La AAS2, per quanto riguarda i medicinali biosimilari, fa riferimento alle specifiche direttive di settore, con particolare riferimento alle novità introdotte dall'art. 1, comma 407 della legge n. 232/2016. La situazione è stata rendicontata alla DCS, appena disponibili i dati.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
PERCENTUALI UTILIZZO MEDICINALI BREVETTO SCADUTO E BIOSIMILARI	
<p>Oltre alla promozione d'uso di medicinali a brevetto scaduto e biosimilari a livello territoriale, dovranno essere valutate a campione, in tempistiche e reparti che saranno comunicati dalla direzione centrale, le percentuali di utilizzo di</p>	<p>Evidenza dell'analisi a campione, effettuata sulla base di indicazione della DCS, e trasmissione degli esiti nelle tempistiche indicate dalla DCS stessa.</p>

<p>queste categorie di medicinali e le % di prescrizioni in dimissione o dopo visita ambulatoriale. I reparti interessati riguarderanno in particolare reumatologie, cardiologie, medicine, centri osteoporosi, nefrologie, oncologie, neurologie con riserva di integrare anche altri reparti nel corso dell'anno.</p>	
<p>Attuazione al 31.12.2017 L'indagine è stata svolta e rendicontata alla DCS.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>
<p>MEDICINALI REGISTRO AIFA</p>	
<p>La prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA dovrà avvenire nel rispetto delle indicazioni prefissate, assicurando la registrazione di tutti i dati richiesti, al fine di assicurare appropriatezza d'uso e consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risksharing. 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.</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>
<p>Attuazione al 31.12.2017 La SC Farmacia Unica Aziendale ha erogato tutti i farmaci solo a fronte di apposita documentazione attestante la compilazione dei registri, si è data continuità all'inserimento di tutti i dati richiesti dal registro AIFA, al fine di consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk-sharing. L'archivio delle erogazioni e delle registrazioni era ed è disponibile presso la farmacia del PO di Palmanova: punto di erogazione unico per l'intera Azienda.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>
<p>DISTRIBUZIONE DIRETTA 1° CICLO TERAPIA</p>	
<p>A seguito di dimissione da ricovero e/o di visita specialistica ambulatoriale dovrà essere assicurata l'erogazione del 1° ciclo di terapia in distribuzione diretta. L'attività di distribuzione diretta continua ad essere garantita nell'ambito della residenzialità, della semi-residenzialità e dell'assistenza domiciliare presso tutte le strutture afferenti alle Aziende per l'assistenza sanitaria. Inoltre relativamente ai medicinali di nuova autorizzazione all'immissione in commercio e che sono inseriti nell'elenco dei farmaci erogabili in DPC, le aziende sanitarie attueranno ogni utile</p>	<p>Evidenza del ricorso al 1° ciclo di terapia e alla distribuzione diretta</p> <p>Evidenza delle eventuali comunicazioni ai prescrittori in merito ai nuovi farmaci inseriti in DPC temporaneamente non disponibili sulla piattaforma</p> <p>Trasmissione alla Direzione Centrale Salute entro il 31.01.2018 di una relazione con la quale viene illustrata l'attività svolta e i risultati raggiunti nel</p>

percorso per favorire la distribuzione diretta nelle more della effettiva disponibilità di tali medicinali in DPC fornendo anche le opportune informazioni ai prescrittori.	2017
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>La AAS2 ha continuato a garantire regolarmente la distribuzione diretta: sia il 1° ciclo di terapia sia l'erogazione alle strutture residenziali, semi residenziali e assistenza domiciliare.</p> <p>La AAS2 ha adottato un'istruzione operativa aziendale per l'erogazione del 1° ciclo di terapia.</p> <p>La AAS2 ha reso consultabile nel proprio sito aziendale, in internet, la lista dei prodotti giornalmente disponibili in DPC, così da limitare la prescrizione di prodotti non ancora disponibili nella rete delle farmacie convenzionate (per i casi più urgenti e critici è garantita la distribuzione diretta).</p> <p>La situazione è stata rendicontata alla DCS.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
DISTRIBUZIONE PER CONTO	
Per i medicinali in DPC per i quali si rilevi un elevato ricorso alla non sostituibilità da parte del prescrittore, le aziende attuano specifici approfondimenti con i prescrittori, dando evidenza alla direzione centrale dei monitoraggi effettuati e delle azioni adottate.	Evidenza dei monitoraggi effettuati e delle azioni adottate.
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Sono stati effettuati due monitoraggi sull'anno 2017: l'esito dei medesimi è stato inviato alle AFT per approfondimenti e confronti sul tema.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
INTEGRAZIONE FARMACIE	
Promuovere l'attività di integrazione delle farmacie nel SSR nell'ambito della farmacia dei servizi, con particolare riferimento alle farmacie ubicate nelle zone più disagiate, prioritariamente su temi quali le patologie croniche, l'aderenza alle terapie, la prevenzione di interazioni ed eventi avversi.	Evidenza delle specifiche azioni/attività intraprese nell'ambito della farmacia dei servizi.
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>La AAS2 ha incontrato le associazioni di categoria per arrivare alla definizione di un accordo CUP aziendale.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
FARMACOVIGILANZA	
Sul tema della farmacovigilanza continuano le attività già avviate a livello regionale dalla Direzione centrale salute, integrazione	Evidenza della partecipazione alle progettualità avviate dalla DCS e alle attività formative organizzate dalla stessa

<p>sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, quali la segnalazione spontanea in pronto soccorso, la segnalazione nell'ambito della dimissione da ricovero ospedaliero. Verranno inoltre avviati un percorso formativo a distanza (FAD) specifico sull'utilizzo della nuova piattaforma nazionale Vigifarmaco, nonché i progetti di farmacovigilanza attiva approvati dall'Agenzia italiana del farmaco. Su tali iniziative gli Enti del SSR assicurano la partecipazione dei sanitari interessati e per il supporto alle attività organizzative. In tale ambito continua a trovare applicazione la convenzione di cui alle DGR 435/2013 e 2199/2014. In generale, anche tramite convenzione della direzione centrale con gli Enti del SSR potranno essere avviati progetti sulle attività stabilite dalla DGR 1365/2015, volti a favorire un'informazione indipendente sull'impiego sicuro del farmaco, utilizzando i fondi statali dedicati a tali iniziative.</p>	
<p>Attuazione al 31.12.2017 La AAS2 ha regolarmente partecipato e supportato le attività promosse dalla DCS.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>
<p>APPROPRIATEZZA USO DISPOSITIVI ASSISTENZA INTEGRATIVA</p>	
<p>Le aziende potenziano il monitoraggio e la verifica dell'appropriatezza d'uso dei dispositivi per l'assistenza integrativa al fine di porre in essere ogni azione utile ad una razionalizzazione della spesa e dei consumi di tali prodotti. Dovranno, inoltre, essere avviate a livello aziendale o in collaborazione tra aziende iniziative che prevedano differenti modalità di erogazione/distribuzione dell'assistenza integrativa. In particolare, per quanto riguarda l'erogazione di ausili di assistenza protesica, gli enti del SSR dovranno favorire la distribuzione diretta come pure dovranno prevedere, relativamente agli ausili per diabetici modalità di erogazione vantaggiose per l'SSR (es. diretta, accordi con le farmacie).</p>	<p>Evidenza sui monitoraggi effettuati (es. dispositivi per diabetici) e delle specifiche iniziative intraprese.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017 La AAS2 ha incontrato i MMG in riunioni AFT presentando i dati di utilizzo delle strisce per l'autodeterminazione della glicemia. Assieme al report sono anche fornite informazioni sui limiti prescrittivi e sulle evidenze scientifiche che li sostengono.</p>	

<p>È stata formulata una proposta a Federfarma per l'inserimento in DPC delle strisce per l'autodeterminazione della glicemia aggiudicatarie di gara, lasciando al contempo le altre a rimborso in regime convenzionale, a prezzo di accordo regionale.</p> <p>Si sono altresì fornite indicazioni ai medici ospedalieri finalizzate a potenziare la distribuzione diretta.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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 30.06.2017 e al 31.12.2017).	% di completezza della cartella oncologica per i campi diagnosi/sede, protocollo/farmaco, stadiazione >= 95% (I target sono rilevati dalla DCS)
Attuazione al 31.12.2017	
La percentuale di completezza della cartella oncologica per i campi diagnosi/sede, protocollo/farmaco, stadiazione è 96,56%	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	GORIZIA MONFALCONE 96,95%
	LATISANA PALMANOVA 96,07%
AZIENDE CON LOGISTICA CENTRALIZZATA	
Per le Aziende servite dalla logistica centralizzata, la copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM dovrà essere garantita per l'85% 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 >=85%
Attuazione al 31.12.2017	
% delle confezioni erogate in distribuzione diretta nominale hanno una prescrizione effettuata con il sistema PSM= 47%	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
	PSM ITER ELETTRONICO: 45%
	PSM TUTTO 73%
	PERSONALIZZATA TUTTA (ASCOT + PSM): 91%
PRESCRIZIONE INFORMATIZZATA PIANI TERAPEUTICI	
Tutte le Aziende dovranno garantire il ricorso (prima prescrizione e rinnovi) alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici implementati/disponibili a sistema, tramite l'applicativo PSM-PT, in almeno il 50% dei nuovi	% di ricorso alla prescrizione informatizzata tramite PSM-PT per i nuovi pazienti >=50%
	Evidenza dei controlli effettuati sul rispetto delle modalità prescrittive per i medicinali soggetti a

<p>pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive. Va inoltre assicurato il controllo dei piani terapeutici ed il rispetto delle note limitative AIFA, favorendo l'implementazione di tale sistema informatizzato.</p>	<p>PT/nota AIFA (report)</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017 L'attività aziendale procede con criticità. L'indicatore non è misurabile in quanto si dispone del n° delle prescrizioni informatizzate ma non del numero totale delle prescrizioni per i nuovi pazienti.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO PSM-PT: % SU NUOVI: 31% (CALCOLATO SU PAZIENTI RESIDENTI, COMPRESA INDUZIONE DA ALTRE AZIENDE)</p>
<p>FLUSSI INFORMATIVI</p>	
<p>Le Aziende sanitarie assicurano, per tramite dei responsabili individuati dalle stesse, l'implementazione, le verifiche ed i controlli di congruenza dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese, anche utilizzando la reportistica a disposizione sul portale SISR (mancati invii, prezzi medi, revocati, ecc). Va in particolare garantita, per il corretto calcolo del rispetto dei tetti di spesa, l'integrale copertura della fase 3 su fase 2 (100% della spesa negli ambiti previsti) per quanto riguarda la distribuzione diretta. In fase di erogazione diretta dei medicinali è inoltre inserito a sistema il codice targatura.</p>	<p>- Le verifiche e controlli sui flussi informativi verso le amministrazioni centrali vengono effettuati entro il 10 di ogni mese - Viene garantita l'integrale copertura della fase 3 su fase 2 (I target sono rilevati dalla DCS) Trasmissione alla DCS delle evidenze di eventuali controlli e verifiche effettuate (report)</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017 La AAS2 garantisce la regolarità dei flussi. Su segnalazione, si interviene prontamente per la correzione di eventuali criticità.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO FASE 3/FASE 2 98,94% TARGATURA: 99,89% (CONFEZIONI)</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>
<p>Attuazione al 31.12.2017 La AAS2 garantisce la regolarità dei flussi. Su segnalazione, si interviene prontamente per la correzione di eventuali criticità.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>

3.6 PROGETTI ATTINENTI LA PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI SOCIOSANITARI

3.6.1. Non autosufficienza e disabilità	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
GOVERNO E RIQUALIFICAZIONE DEL SISTEMA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE PER ANZIANI	
partecipazione all'attuazione del processo di riclassificazione delle residenze per anziani secondo quanto previsto al titolo X del D.P.Reg. 144/2015	<ul style="list-style-type: none"> – evidenza della verifica del possesso dei requisiti strutturali ed edilizi dichiarati dagli enti gestori delle strutture residenziali nell'ambito del processo di riclassificazione (art. 52, comma 5 del D.P.Reg. 144/2015) nei casi richiesti dalla Regione; – valutazione delle domande di nuova classificazione presentate dagli enti gestori (articolo 56, comma 2), secondo le modalità indicate dalla Regione; – valutazione dei bisogni degli utenti delle residenze per anziani attraverso l'utilizzo del sistema di valutazione multidimensionale Val.Graf.-FVG (articolo 50 del D.P.Reg. 144/2015), in particolare nelle residenze per anziani non convenzionate.
<p>Monitoraggio dell'attività al 31.08.2017</p> <p>L'attività è in linea per i primi due indicatori</p> <p>L'attività aziendale è in fase di realizzazione con criticità per l'ultimo indicatore. Per le residenze per anziani non convenzionate sono state valutate le strutture dell'area bassa friulana nel corso del 2016 nel corso del 2017 verrà avviata la valutazione nelle strutture dell'area isontina, ma vista la numerosità di strutture e di ospiti presenti sul territorio non si ritiene di poter assicurare la valutazione di tutti gli anziani.</p> <p>Si chiede di MODIFICARE l'indicatore come segue:</p> <p>valutazione dei bisogni degli utenti delle residenze per anziani attraverso l'utilizzo del sistema di valutazione multidimensionale Val.Graf.-FVG (articolo 50 del D.P.Reg. 144/2015), in particolare nelle residenze per anziani non convenzionate verrà avviata la valutazione nell'area isontina.</p>	
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>AAS2 ha partecipato all'attuazione del processo di riclassificazione delle residenze per anziani secondo quanto previsto al titolo X del D.P.Reg. 144/2015: è stata effettuata la verifica del possesso dei requisiti strutturali ed edilizi dichiarati dagli enti gestori delle strutture residenziali e valutate le domande di nuova classificazione presentate, secondo le modalità indicate dalla Regione.</p> <p>Sono state valutate complessivamente 23 strutture su 27: le 4 rimanenti (Angelo Culot di Gorizia, Ardito Desio di Palmanova, La Cjase di Cormons e la Residenza per anziani di Monfalcone) hanno implementato un progetto di adeguamento strutturale finanziato dalla Regione che si sta completando in questi giorni per cui il loro percorso valutativo ed autorizzativo si completerà nel corso del 2018.</p>	

Va tuttavia precisato che il regolamento sulla riclassificazione delle residenze per anziani definito dal D.P.Reg. 144/2015 è stato modificato a fine anno dal D.P.Reg 290/2017 il quale ha previsto l'attribuzione alla Regione, supportata dall'Area Welfare, della competenza circa il rilascio dei pareri di ammissibilità delle strutture per anziani. L'Area Welfare istruisce il procedimento e predispose la proposta di parere che viene approvata dalla DCS con apposita nota protocollata inviata alla struttura ed all'AAS di riferimento.

Rimane invece in capo all' AAS territorialmente competente il rilascio dei nuovi atti autorizzativi.

Alla luce del nuovo percorso tracciato dal D.P.Reg 290/2017, la formulazione ed il rilascio dei pareri di ammissibilità alle strutture da parte della Regione (supportata dall'Area Welfare) è slittata ad inizio 2018.

Tutti i pazienti accolti nei servizi semiresidenziali o residenziali convenzionati sono stati valutati con il sistema Val.Graf. – FVG.

Per l'area Isontina, vista la numerosità delle strutture non convenzionate presenti sul territorio, è stato garantito che tutti i pazienti accolti nelle strutture convenzionate siano valutati con UVM e Val.Graf mentre per gli ingressi delle residenze non convenzionate è stata avviata la relativa valutazione con lo strumento di valutazione multidimensionale Val.Graf.-FVG.

Nel corso dell'anno è stato altresì organizzato dall'Area Welfare un percorso di formazione specifico per i referenti dei distretti e delle strutture residenziali sulla corretta compilazione delle schede di valutazione dei bisogni attraverso lo strumento della ValGraf-FVG.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
prosecuzione delle attività di verifica e approfondimento dei percorsi avviati negli anni precedenti e realizzano almeno tre nuove visite di audit approfondite	<ul style="list-style-type: none"> - Evidenza di 3 nuove visite di audit approfondite - Trasmissione alla DCS entro il 30.06.2017 di una relazione illustrativa delle attività di monitoraggio e promozione della qualità svolte nell'anno precedente
Monitoraggio dell'attività al 31.08.2017 L'attività è in linea.	
Attuazione al 31.12.2017 <ul style="list-style-type: none"> - Sono state effettuate n. 8 visite di audit e miglioramento della qualità secondo il manuale regionale - È stato trasmesso alla DCS la relazione illustrativa delle attività di monitoraggio e promozione della qualità svolte nell'anno precedente 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Monitoraggio, verifica ed eventuale sollecito dell'utilizzo sistematico dello strumento di VMD Val.Graf.-FVG e dei sistemi informativi e-GENeSys e SIRA-FVG nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati del proprio territorio	Evidenza dell'attività di verifica ed eventuale sollecito
Attuazione al 31.12.2017 Le verifiche sono state regolarmente effettuate da parte dei distretti anche con email di sollecito all'utilizzo sistematico dello strumento di VMD Val.Graf.-FVG e dei sistemi informativi e-GENeSys e SIRA-FVG nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati del proprio territorio. (email	

di sollecito e attività di verifica sui documenti cartaceri conservati c/o distretti)	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Valutazione mediante l'utilizzo del sistema di VMD Val.Graf.-FVG, tutte le persone per le quali è previsto l'accoglimento in un servizio semiresidenziale o residenziale convenzionato. La valutazione deve essere effettuata da un'équipe multiprofessionale distrettuale, costituita da professionalità di tipo sanitario e sociale appartenenti dal Distretto e all'Ambito dei servizi sociali, territorialmente competenti.	Evidenza della valutazione di tutti i pazienti accolti in un servizio semiresidenziale o residenziale convenzionato
Attuazione al 31.12.2017 100% degli utenti dei Distretti sono stati valutati con ValGgraf prima dell'accoglimento in struttura convenzionata.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
DISABILITA'	
valutazione di tutti gli utenti dei servizi residenziali e semiresidenziali per persone con disabilità secondo le modalità approvate dalla Regione;	Evidenza delle valutazioni secondo le indicazioni regionali
Monitoraggio dell'attività al 31.08.2017 L'attività aziendale procede ma con criticità individuato referente aziendale e operatori distrettuali che parteciperanno alla formazione dedicata presso l'area Welfare di Palmanova. Partecipato ad un primo incontro informativo per valutatori nel mese di settembre. Tenuto conto del ritardo con cui è stata avviata la formazione/informazione per i valutatori si presume che l'attività non sarà realizzabile su tutte le strutture del territorio aziendale. Si resta comunque in attesa delle indicazioni regionali sulle modalità operative da seguire.	
Attuazione al 31.12.2017 Effettuata la formazione dedicata nel mese di settembre c/o l'area Welfare a cui hanno partecipato vari operatori dei Distretti. Conclusa la valutazione degli ospiti di Cisi e Campp secondo le modalità regionali	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
individuazione di un referente aziendale che coordina e monitora l'attività di valutazione-	Evidenza dell'identificazione del referente aziendale
Attuazione al 31.12.2017 Individuato il referente aziendale (dott.ssa Marin)	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
FONDO GRAVISSIMI	
Partecipazione alla rilevazione del numero di persone con disabilità gravissima secondo le indicazioni regionali	Evidenza della rilevazione secondo le indicazioni regionali

Attuazione al 31.12.2017	
Rilevazione conclusa. Elenchi trasmessi all' Area Welfare da parte di tutti i Distretti.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
VIGILANZA SERVIZI SEMIRESIDENZIALI E RESIDENZIALI SOCIOSANITARI DESTINATI A PERSONE ANZIANE E CON DISABILITA'	
Per l'anno 2017, le AAS e ASUI devono effettuare l'attività di vigilanza e controllo su almeno il 30% dei servizi/strutture collocati sul territorio di competenza	Evidenza dell'attività di vigilanza e controllo sul almeno il 30% dei servizi/strutture collocati sul territorio di competenza
Attuazione al 31.12.2017	
Per il 2017 è stata completata l'attività di vigilanza nel territorio di competenza. Sono disponibili agli atti del DP i verbali dei sopralluoghi effettuati	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.6.2 Minori	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
AFFIDO	
Realizzare, in accordo con il servizio sociale e in collaborazione con l'associazionismo locale, interventi di sensibilizzazione e formazione del territorio con l'obiettivo di implementare le risorse familiari disponibili all'affido e garantire la massima copertura possibile delle richieste di presa in carico e di intervento.	Evidenza di almeno un intervento per distretto
Attuazione al 31.12.2017	
Sono state realizzate due giornate di approfondimento sulle tematiche della tutela dei minori. Una in presenza di referenti degli ambiti Alto e Basso Isontino e della NPI aziendale; l'altra ha visto la partecipazione di un rappresentante per gli ambiti est ed ovest (agli atti il programma dei lavori e i fogli presenza dei partecipanti)	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
ADOZIONI	
Adozioni	<ul style="list-style-type: none"> - Partecipazione agli incontri del tavolo di lavoro regionale per l'elaborazione delle Linee guida per le adozioni nazionali e internazionali. - all'interno dei Consulenti familiari aziendali, proseguire i lavori di omogeneizzazione e definizione del percorso integrato di assistenza all'adozione, ridefinendo in modo omogeneo gli aspetti metodologici e organizzativi in tutti i distretti.

<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Si è partecipato ai due incontri del tavolo di lavoro convocati dalla Regione</p> <p>E' stato costituito un gruppo di lavoro aziendale che ha elaborato un documento di definizione del percorso relativo alle adozioni. Sono stati trattati gli aspetti metodologici ed organizzativi nell'ottica di omogeneizzare le procedure nei quattro distretti. Documento agli atti del SC Età evolutiva, disabilità e consultorio.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.6.3 Piani di Zona	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
<p>attuare la pianificazione locale congiunta tra le AAS e ASUI e le Unioni territoriali intercomunali nelle aree di integrazione socio sanitaria</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborazione congiunta di un documento che costituisce il livello di programmazione locale integrata nelle aree di integrazione sociosanitaria in ciascun ambito territoriale per l'anno 2017, in continuità con il percorso iniziato nel 2013. - Sottoscrizione tra il Direttore generale dell'AAS e il Presidente dell'UTI dell'Atto di intesa che impegna le parti alla realizzazione, per quanto di competenza, dei contenuti della suddetta programmazione. - Elaborazione congiunta del monitoraggio semestrale al 30/06/2017 e al 31/12/2017.
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Sottoscritte le intese con le UTI dell'Area Bassa Friulana (Distretto EST in data 5/9/17 prot 50890, e Distretto OVEST in data 16/8/2017) e con l'UTI di Gorizia (Distretto Alto Isontino); non è stato possibile sottoscrivere l'intesa con l'UTI del Distretto Basso Isontino perché l'UTI non si è costituita.</p> <p>Effettuati i monitoraggi semestrali al 30/6/2017 e al 31/12/2017 con le UTI dell'Area Bassa Friulana ed il monitoraggio semestrale al 30/6 con l'UTI di Gorizia.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	<p>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</p> <ul style="list-style-type: none"> - MANCATA SOTTOSCRIZIONE UTI CARSO-ISONZO-ADRIATICO - NON SONO PERVENUTI TUTTI I MONITORAGGI SEMESTRALI PREVISTI

3.7 RAPPORTO CON I CITTADINI

3.7.1 Tempi di attesa	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Le AAS/ASUI/IRCCS dovranno proseguire ad organizzare le agende delle prestazioni ambulatoriali specialistiche per consentire la prenotazione online del cittadino di tutta l'offerta.	Implementazione della prenotazione on line secondo le indicazioni del coordinamento Regionale dell'Egas
Attuazione al 31.12.2017 Attività eseguita secondo le indicazioni regionali ricevute nel 2016. Per l'anno 2017 non sono pervenute indicazioni da EGAS per ulteriori implementazioni.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Nei riguardi dei cittadini deve essere assicurata la "garanzia" erogativa per le priorità B al > 95%, per la priorità D al > 90% e per le priorità P al > 85%.	% di prestazioni monitorate prescritte in priorità B ed erogate entro 10 gg >=95% % di prestazioni monitorate prescritte in priorità D ed erogate entro 30 gg se visite oppure 90 gg se diagnostiche >=90% % di prestazioni monitorate prescritte in priorità P ed erogate entro 180 gg >=85%
Attuazione al 31.12.2017 Il risultato presenta delle criticità. Priorità B: numero prestazioni che rispettano l'obiettivo: 7 numero prestazioni che non rispettano l'obiettivo: 34 (Visita cardiologica; Visita neurologica; Visita ortopedica; Visita ginecologica; Visita otorinolaringoiatrica; Visita urologica; Visita dermatologica; Visita gastroenterologica; Visita oncologica; Visita pneumologica; Mammografia; TC senza e con contrasto Torace; TC senza e con contrasto Addome superiore; TC senza e con contrasto Addome inferiore; TC senza e con contrasto Addome completo; TC senza e con contrasto Capo; TC senza e con contrasto Rachide e speco vertebrale; TC senza e con contrasto Bacino; RMN Cervello e tronco encefalico; RMN Muscoloscheletrica; RMN Colonna vertebrale; Ecografia Capo e collo; Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici; Ecocolordoppler dei vasi periferici; Ecografia Addome; Ecografia Mammella; Colonscopia; Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile; Esofagogastroduodenoscopia; Elettrocardiogramma dinamico (Holter); Elettrocardiogramma da sforzo; Spirometria; Fondo Oculare; Elettromiografia) numero prestazioni non valutabili per mancanza di richieste o perché di valenza regionale: 2 Priorità D: numero prestazioni che rispettano l'obiettivo: 22 numero prestazioni che non rispettano l'obiettivo: 19 (Visita cardiologica; Visita neurologica; Visita oculistica; Visita ortopedica; Visita ginecologica; Visita urologica; Visita dermatologica; Visita fisiatrica; Visita gastroenterologica; Visita pneumologica; RMN Cervello e tronco encefalico; RMN Colonna vertebrale; Ecografia cardiaca; Colonscopia; Sigmoidoscopia	

<p>con endoscopio flessibile; Esofagogastroduodenoscopia; Elettrocardiogramma; Spirometria; Elettromiografia)</p> <p>numero prestazioni non valutabili per mancanza di richieste o perché di valenza regionale: 2</p> <p>Priorità P:</p> <p>numero prestazioni che rispettano l'obiettivo: 28</p> <p>numero prestazioni che non rispettano l'obiettivo: 14</p> <p>(Visita endocrinologica; Visita neurologica; Visita oculistica; Visita urologica; Visita dermatologica; Visita gastroenterologica; Mammografia; RMN Cervello e tronco encefalico; Ecografia cardiaca; Colonscopia; Esofagogastroduodenoscopia; Elettrocardiogramma; Fondo Oculare; Elettromiografia)</p> <p>numero prestazioni non valutabili per mancanza di richieste o perché di valenza regionale: 1</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
Entro il 31 dicembre 2017 tutte le agende delle prestazioni ambulatoriali devono essere informatizzate ed essere rese disponibili a sistema CUP regionale.	Tutte le agende di prenotazione della specialistica ambulatoriale sono informatizzate e rese disponibili al sistema CUP
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Tutte le agende di prenotazione della specialistica ambulatoriale sono informatizzate e rese disponibili al sistema CUP</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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 d'attesa >= 90%</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Il risultato presenta delle criticità.</p> <p>Priorità A:</p> <p>numero interventi che rispettano l'obiettivo: 2</p> <p>numero interventi che non rispettano l'obiettivo: 9</p> <p>(Artroprotesi d'anca; Cataratta; Emorroidectomia; Neoplasia del colon retto; Neoplasia della prostata; Neoplasia del rene; Neoplasia della vescica; Riparazione ernia inguinale; Tonsillectomia)</p> <p>numero interventi non valutabili per mancanza di richieste o perché non erogate in azienda: 7.</p> <p>Priorità B:</p> <p>numero interventi che rispettano l'obiettivo: 7</p> <p>numero interventi che non rispettano l'obiettivo: 4</p> <p>(Artroprotesi d'anca; Cataratta; Emorroidectomia; Tonsillectomia)</p> <p>numero interventi non valutabili per mancanza di richieste o perché non erogate in azienda: 7.</p> <p>Priorità C:</p> <p>numero interventi che rispettano l'obiettivo: 7</p> <p>numero interventi che non rispettano l'obiettivo: 2</p>	

(Cataratta; Tonsillectomia)

numero interventi non valutabili per mancanza di richieste o perché non erogate in azienda: 9.

Priorità D:

numero interventi che rispettano l'obiettivo: 7

numero interventi che non rispettano l'obiettivo: 1

(Tonsillectomia)

numero interventi non valutabili per mancanza di richieste o perché non erogate in azienda: 10.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
rispettare il rapporto tra attività libero professionale di cui al CCNLL e le priorità fissate di "garanzia" per il cittadino assumendo ogni modalità organizzativa necessaria allo scopo, rivedendo l'organizzazione erogativa (rapporto tra offerta e domanda, analisi della tipologia di domanda, calibrazione del sistema di gestione delle code affrontando la contingenza, influenza della domanda, ecc.),	Evidenza del rispetto del rapporto tra attività libero professionale e attività istituzionale di cui al CCNLL

Attuazione al 31.12.2017

Di seguito si riporta una tabella riepilogativa con i dati 2017 delle strutture ospedaliere aziendali.

EROGATORI	SIASA	Libera Professione	% LP/SIASA
ANATP	10.158	723	7%
ANESD	2.354	42	2%
ANEST	5.198	27	1%
CARDI	38.059	5.554	15%
CHGEN	19.362	2.318	12%
DERMO	17.580	420	2%
DIABE	18.278	408	2%
DIET	3.540		0%
GASTR	20.873	930	4%
LABOR	1.577.850		0%
MEDIC	25.580	1.421	6%
MEDLV	561		0%
MEDTR	3.767		0%
NEFRO	50.039	1	0%
NEURO	33.819	1.577	5%
OCULI	31.062	6.463	21%
ODONT	6.138	23	0%

ONCOL	23.435	212	1%
ORTOP	38.501	7.142	19%
OSTET	37.906	8.201	22%
OTORI	27.035	1.818	7%
PEDIA	1.172	27	2%
PNEUM	12.162	404	3%
RADDI	103.592	4.566	4%
RIABI	67.734	1.713	3%
UROLO	11.637	475	4%

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

LR 7/2009: abbattimento liste di attesa

Le AAS/ASUI presentano una relazione alla Direzione Centrale Salute in cui vengono:

- rendicontate le modalità di utilizzo del finanziamento attribuito nell'indistinto pro-capite (L.R. 7/2009)
- illustrati i risultati ottenuti in termini di contenimento dei tempi di attesa.

Attuazione al 31.12.2017

Il finanziamento attribuito nell'indistinto pro-capite per l'abbattimento delle liste d'attesa (L.R. 7/2009) è stato utilizzato negli accordi con le strutture private accreditate del territorio aziendale secondo le modalità e gli importi previsti dalle DGR n. 42 dd 13.01.2017 e n. 2181 dd 10.11.2017. Gli importi assegnati alle singole strutture sono riepilogati nella tabella seguente:

STRUTTURE	ASSEGNAZIONE CON ACCORDI
UNIVERSTITA' CASTRENSE	85.000,00
RADIOLOGIA CERVIGNANESE	50.000,00
NOVA SALUS	73.102,00
totale	208.102,00
F.DO STORICO UNIVERSITA' CASTRENSE	172.000,00
totale complessivo	380.102,00

L'assegnazione è composta da un fondo storico ricompreso dalla DGR 42/17 nell'importo confermato del budget 2014-2016, attribuito ai singoli erogatori dall'art. 6 dell'allegato 2 "Accordo tra Regione Friuli Venezia Giulia e strutture private accreditate per la specialistica ambulatoriale. Periodo 2017-2019". Per l'AAS2 si tratta dell'importo di 172.000 euro destinato al C. M. Università Castrense.

Altri 208.102 euro sono stati assegnati in base criteri definiti con la DGR 2181/17, che prevede l'utilizzo di finanziamenti che hanno valore esclusivamente per l'anno di riferimento, non possono costituire

storicizzazione di budget e possono essere rimodulati di anno in anno. Si è potuto effettuare quest'ultima assegnazione solo sul finire del 2017, successivamente alla pubblicazione della DGR ed alla sottoscrizione dei conseguenti accordi.

Risultati ottenuti in termini di contenimento dei tempi di attesa:

Le prestazioni per l'abbattimento dei tempi d'attesa inserite negli accordi con le strutture private sono state determinate, per ciascun erogatore, dalle branche specialistiche previste dall'accreditamento vigente e dalle risorse tecnologiche disponibili. Considerati tali vincoli, sono state richieste per l'abbattimento dei tempi d'attesa le seguenti prestazioni: Visita fisiatrica, TC senza e con contrasto Addome completo, TC senza e con contrasto Capo, RMN Cervello e tronco encefalico, RMN Muscoloscheletrica, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Capo e collo, Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici, Ecocolordoppler dei vasi periferici, Ecografia Addome, Ecografia Mammella.

I risultati ottenuti possono essere così riassunti sulla base del report regionale dei tempi d'attesa:

- La percentuale di rispetto dei tempi d'attesa delle RMN hanno avuto marcato miglioramento in priorità B - Breve ed hanno complessivamente tenuto nelle priorità D - Differita.
- Le prestazioni di TAC hanno migliorato la percentuale in priorità D - Differita.
- Le prestazioni di ecografia hanno aumentato la percentuale in priorità D - Differita ed hanno complessivamente tenuto in priorità B - Breve.

Si riporta di seguito una tabella riassuntiva:

Prestazioni	B – Breve % nei tempi		D – Differita % nei tempi	
	Gennaio 2017	Dicembre 2017	Gennaio 2017	Dicembre 2017
11-Visita fisiatrica	94%	88%	85%	97%
19-TC senza e con contrasto Addome completo	87%	62%	93%	99%
20-TC senza e con contrasto Capo	89%	60%	98%	100%
23-RMN Cervello e tronco encefalico	24%	53%	72%	58%
25-RMN Muscoloscheletrica	35%	55%	93%	100%
26-RMN Colonna vertebrale	41%	43%	99%	99%
27-Ecografia Capo e collo	82%	79%	92%	100%
29-Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	94%	97%	97%	99%
30-Ecografia degli arti superiori o distrettuale, arteriosa o venosa	81%	90%	94%	100%
31-Ecografia Addome superiore, Ecografia Addome inferiore, Ecografia Addome completo	92%	81%	96%	99%
32-Ecografia Mammella	78%	93%	95%	100%

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

3.7.2 Apertura dei reparti di terapia intensiva e semi-intensiva ai care giver	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
In tutte le degenze intensive e semi-intensive sono abolite le limitazioni non motivatamente necessarie (es. effettiva necessità di isolamento) poste a livello temporale per i care giver indicati dai pazienti, con presenza di uno per volta	<ul style="list-style-type: none"> - evidenza del percorso e sua attuazione per garantire l'obiettivo regionale - La misurazione sarà fatta dal call center regionale che telefonerà ad un campione significativo di pazienti/familiari ricoverati in tali degenze. L'obiettivo si ritiene raggiunto in caso di risposta affermativa in almeno il 90% dei pazienti, non raggiunto al di sotto del 40%. Il calcolo sarà effettuato sui dimessi degli ultimi 6 mesi dell'anno 2017.
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Effettuata la formazione specifica ed implementato il modello di terapia Intensiva aperta per 6 ore al giorno nella Medicina d'urgenza dell'Ospedale di Palmanova e di Latisana.</p> <p>La formazione ed il modello è stato esteso anche alla Terapia intensiva di Monfalcone e nelle degenze intensive della Cardiologia di Gorizia e Monfalcone. La Terapia intensiva di Gorizia aveva già da tempo abolito le limitazioni se non motivatamente necessarie.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

3.7.3 Presenza del care giver in corso di visita nei reparti di degenza	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
In tutte le degenze è data la possibilità ai pazienti di avere accanto a sé il care giver al momento della visita medica o dell'esecuzione delle procedure assistenziali	<ul style="list-style-type: none"> - evidenza del percorso e sua attuazione per garantire l'obiettivo regionale - La misurazione sarà fatta dal call center regionale che telefonerà ad un campione significativo di pazienti/familiari ricoverati in tali degenze dopo il 1° maggio. Trattandosi dell'anno di avvio del progetto, la misurazione verrà effettuata solo sui pazienti > 70 anni. L'obiettivo si ritiene raggiunto in caso di risposta affermativa in almeno l'90% dei pazienti e non raggiunto al di sotto del 40%. Il calcolo sarà effettuato sui dimessi degli ultimi 6 mesi dell'anno 2017.
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>I reparti ospedalieri hanno elaborato delle progettualità volte a rivedere l'organizzazione dei reparti affinché i care giver possano essere sempre presenti al letto dei pazienti. La valutazione dell'obiettivo è demandata al call center regionale</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

3.7.4 Contatto telefonico dopo la dimissione da un intervento chirurgico (recall)	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Accertamento delle condizioni cliniche e assistenziali del paziente dopo la dimissione da un intervento chirurgico	<p>Contatto telefonico entro 5 giorni dalla dimissione per raccogliere informazioni relative al decorso clinico assistenziale.</p> <p>La valutazione sarà effettuata su un campione di pazienti e l'obiettivo sarà:</p> <ul style="list-style-type: none"> - raggiunto: risposta positiva in almeno il 90% dei pazienti campionati - non raggiunto: risposta positiva al di sotto del 40% dei pazienti - parzialmente raggiunto: risposta positiva per percentuali comprese tra 40% ed il 90%
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Sono stati inviati via mail a EGAS i report dei questionari telefonici dei pazienti sottoposti a intervento chirurgico nel secondo semestre 2017, secondo le scadenze indicate dalla DCS.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

3.7.5 Individuazione del medico responsabile della gestione del ricovero del paziente	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Dal maggio 2017 ogni paziente ricoverato in ospedale deve ricevere l'informazione di chi è il medico responsabile della gestione del proprio caso e che, pertanto, assicura la coerenza delle diverse azioni che caratterizzano l'intera degenza	<ul style="list-style-type: none"> - evidenza del percorso e sua attuazione per garantire l'obiettivo regionale - Il call center regionale effettuerà delle chiamate a campione ai pazienti dimessi da un ricovero ospedaliero durato più di 4 giornate. L'obiettivo si considererà completamente raggiunto al superamento del 90% di risposte positive e non raggiunto al di sotto del 40%.
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Tutti i reparti hanno identificato una modalità per l'individuazione del medico responsabile della gestione del ricovero del paziente. La valutazione dell'obiettivo è demandata al call center regionale</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

3.7.6 Esperienza nei percorsi assistenziali	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
<p>Per il 2017 verrà valutata l'esperienza dei cittadini dei seguenti percorsi assistenziali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ictus - diabete <p>Verrà inoltre valutata l'esperienza del cittadino nei</p>	<ul style="list-style-type: none"> - evidenza del percorso e sua attuazione per garantire l'obiettivo regionale - Il call center regionale effettuerà delle chiamate a campione ai pazienti dimessi da un ricovero ospedaliero durato più di 4 giornate. Le valutazioni

ricoveri che hanno previsto la gestione del percorso di cura anche presso altre sedi ospedaliere.	verranno svolte direttamente dal call center regionale.
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Il percorso dell'ictus si riferisce al PDTA regionale, il percorso del paziente diabetico si riferisce alle linee di indirizzo regionali su la gestione dell'iperglicemia e del diabete in ospedale, prescrizione e gestione del monitoraggio in continuo della glicemia nei pazienti diabetici nonché agli atti di indirizzo regionali sull'assistenza alle persone con diabete.</p> <p>La valutazione dell'obiettivo è demandato al call center regionale</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

3. FLUSSI INFORMATIVI E VALUTAZIONI

Flussi informativi e valutazioni	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
AVVIO NUOVA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA (SDO)	
avvio della nuova SDO secondo le configurazioni definite dal il Ministero della salute	<ul style="list-style-type: none"> - Evidenza dell'uso della nuova SDO a partire dai dimessi del mese di gennaio - Partecipare alle attività di monitoraggio e valutazione sull'utilizzo della nuova SDO
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>E' stata avviato l'uso della nuova SDO a partire dal mese di gennaio 2017</p> <p>Si è partecipato alle attività di monitoraggio e valutazione sull'utilizzo della nuova SDO, correggendo tutti gli errori o campi mancanti segnalati.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
QUALITA' DEI DATI AI FINI AMMINISTRATIVI, EPIDEMIOLOGICI E GESTIONALI	
Corretta compilazione delle SDO e delle Schede di Morte	correttezza della compilazione in almeno il 90% delle SDO e in almeno il 90% delle schede di morte. (valutazione effettuata nel periodo successivo al completamento della formazione da parte della Regione)
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Effettuate quattro edizioni del corso aziendale di formazione "Giuda alla compilazione della scheda di morte" in data 16/05/2017 a Palmanova, il 07/06/2017 a Gorizia, il 20/09/20147 a Latisana e il 25/10/2017 a Monfalcone.</p> <p>Completato entro il 30.06.2017 l'inserimento in SIASI dei dati delle schede di Morte 2016</p> <p>I dati delle schede di morte 2017 vengono inseriti in SIASI entro due mesi dall'evento, a partire da settembre 2017. (valutazione a partire dai decessi del mese di settembre).</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
FLUSSI MINISTERIALI	
<p>Le aziende sono tenute per quanto di loro competenza alla corretta alimentazione di tutti i flussi ministeriali. Considerato che ritardi o omissioni generano il mancato riconoscimento alla Regione dei fondi ministeriali previsti, una quota del finanziamento corrispondente allo 0,1% di quanto attribuito ad ogni Ente verrà trattenuta a livello centrale e sarà erogata solo ad adempimento completamente espletato.</p>	
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>L'Azienda ha assicurato, per quanto di competenza, l'alimentazione di tutti i flussi ministeriali.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO NON È STATO CORRETTAMENTE ALIMENTATO IL FLUSSO EMUR 118
OBBLIGHI INFORMATIVI E INDICATORI	

<p>Le basi dati gestionali attualmente in uso nella aziende rappresentano uno strumento fondamentale per la pianificazione regionale e per gli adempimenti in termini di flussi informativi che la Regione ha nei confronti delle strutture centrali (Ministero della salute e il Ministero dell'economia e delle finanze) ai fini delle varie attività ministeriali.</p>	<p>L'Azienda, pertanto, si impegna nel 2017 in attività di manutenzione e monitoraggio della congruità delle basi dati con il coordinamento della DCS.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>L'azienda ha garantito l'attività di manutenzione e controllo della congruità della basi dati con il coordinamento della DCS</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
SUPPORTO A PROGETTI DI VALENZA REGIONALE INTEGRATI FRA ASSESSORATI	
<p>Monitoraggio biologico Aree di Monfalcone e Servola</p>	<p>Collaborazione con il Cro al progetto di Monitoraggio biologico Aree di Monfalcone e Servola</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>L'AAS2 ha collaborato con il CRO nella realizzazione del monitoraggio biologico della Aree di Monfalcone raccogliendo i campioni biologici dell'intero gruppo programmato e di quello di confronto. Lo studio è stato completato con la stesura da parte del CRO del report. Il report in forma sintetica è stato trasmesso ai sindaci di Monfalcone e Trieste.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
CLIMA INTERNO	
<p>effettuare la seconda valutazione regionale del clima interno secondo un percorso definito dalla DCS</p>	<p>Evidenza della realizzazione della valutazione del clima interno secondo le indicazioni fornite dalla DCS</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>L'Azienda non ha ricevuto indicazioni da parte della DCS in merito alla valutazione del clima interno</p>	
<p>Motivazioni scostamento del risultato atteso</p> <p>Non sono pervenute le indicazioni regionali</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

4. IL SISTEMA INFORMATIVO

IL SISTEMA INFORMATIVO	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Implementazione della firma digitale	% di referti firmati digitalmente pari a: Referti prodotti da G2 Clinico > 90%, in particolare la lettera di dimissione ospedaliera Laboratorio e microbiologia > 98% Anatomia patologica > 98 % Radiologia > 98% ECG > 80% (successivamente all'avvio della firma digitale)
Attuazione al 31.12.2017 La percentuale di referti firmati digitalmente al 31.12.2017 è pari a: 86,1% per i referti prodotti da G2 Clinico (tutto radiologia) 100% per laboratorio e microbiologia 100% per Anatomia patologica 99,93% per radiologia Non disponibile il dato per ECG	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
Ricetta dematerializzata	Farmaceutica e specialistica da estendere a tutti i medici convenzionati, specialisti, MMG e PLS
Attuazione al 31.12.2017 E' stato chiesto ad INSIEL l'elaborazione di 2 report coi dati di dettaglio per singolo medico sia per la farmaceutica che per la specialistica. Per la specialistica, il report INSIEL ha fornito i seguenti dati riferiti al 2° semestre 2017: - sono state emesse complessivamente n. 601.736 ricette di specialistica da parte dei MMG, PLS, specialisti e guardie mediche (fonte: cruscotto direzionale regionale). Per la parte farmaceutica, invece, i dati prodotti riguardano l'interno anno 2017 ma limitatamente ai MMG e PLS di AAS2: - emesse n. 1.594.142 ricette dematerializzate e n. 774.531 non dematerializzate quindi, rispetto al totale di ricette emesse dai MMG/PLS, il 67% erano dematerializzate. Ai fini dell'attivazione della ricetta dematerializzata, l'AAS2 ha svolto le seguenti attività: - nel corso del 2016 sono state attivate tutte le strutture ospedaliere; - nel mese di giugno 2017 è stata attivata la dematerializzata per i medici specialisti ambulatoriali territoriali; - nel mese di ottobre 2017 è stata attivata la dematerializzata per il dipartimento di salute mentale, RSA, Neuropsichiatria Infantile. Permangono le seguenti criticità: - Le prestazioni della fisioterapia sono prescritte ancora come ricette elettroniche non essendo ancora	

state risolte le criticità relative alla prescrizione di cicli;
 - Alcune prescrizioni di ricette dematerializzate non sono andate a buon fine a causa delle criticità legate all'allineamento del SAR regionale con il SAC.

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

PACS

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
completamento dell'estensione del sistema PACS nel settore della diagnostica ecografica in ambito ostetrico/ginecologico	Realizzazione del completamento secondo le indicazioni regionali

Attuazione al 31.12.2017

Esteso il sistema PACS settore della diagnostica ecografica in ambito ostetrico/ginecologico

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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

Attuazione al 31.12.2017

Effettuata l'attività propedeutica all'adeguamento tecnologico. Con determina dirigenziale n. 753 del 4.12.2017 è stato disposto l'acquisto del modulo di integrazione ENDOX necessario per l'adeguamento al PACS regionale.

Motivazione dello scostamento dal risultato atteso.

La tempistica dell'acquisto della tecnologia necessaria all'estensione del PACS nel settore dell'endoscopia digestiva non ha permesso la completa realizzazione entro il 31.12.2018

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
Messa a regime del caso d'uso relativo alla consultazione /visualizzazione di referti e immagini in situazione emergenziale inter-aziendale nel pieno rispetto dei vincoli e raccomandazioni del Garante della Privacy, previa verifica di disponibilità della rete telematica regionale a larga banda	Supporto all'implementazione del caso secondo le indicazioni regionali

Attuazione al 31.12.2017

In coordinamento con EGAS, Direzione Medica ospedaliera e Pronto Soccorso, il 17/07/2017 sono stati attivati i percorsi per le strutture di Palmanova e Latisana. Il 14/12/2017 è stato attivato il caso d'uso neurochirurgico tra il P.O. di Gorizia e Monfalcone e ASUI Udine

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Sviluppo e implementazione del caso d'uso relativo alla consultazione/ visualizzazione di referti e immagini in ambito inter-aziendale per il tramite del fascicolo sanitario, nel pieno rispetto	Supporto all'implementazione del caso d'uso secondo le indicazioni regionali

dei vincoli e raccomandazioni del Garante della Privacy, previa verifica di disponibilità della rete telematica regionale a banda larga.	
Attuazione al 31.12.2017 Aggiornata la modulistica del consenso secondo le indicazioni regionali ai fini dell'attivazione del FSE	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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;	Integrazione secondo le indicazioni regionali
Attuazione al 31.12.2017 Non sono giunte indicazioni regionali relative ai moduli da implementare	
Motivazione dello scostamento dal risultato atteso. Non sono giunte indicazioni regionali relative ai moduli da implementare	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO NON SONO EMERSE ESIGENZE AZIENDALI DI IMPLEMENTAZIONE DI MODULI E/O PACCHETTI SOFTWARE DI ELABORAZIONE
Conduzione dello sviluppo e avvio della fase di test della soluzione di integrazione SIO/PACS per la produzione di un referto multimediale/strutturato in Radiologia, Medicina nucleare e Ecocardiografia	Supporto alla conduzione secondo le indicazioni regionali
Attuazione al 31.12.2017 L'Azienda ha fornito il supporto richiesto dalla Regione. Si resta in attesa di indicazioni regionali per gli sviluppi successivi.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

TABELLA INDICATORI

			AAS2	
			DATO AZIENDA	DATO DIREZIONE
1. LEA	PREVENZIONE Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base	>= 95%	88,70%	87,22% 88,68 (obbligatorie)
1.a LEA	Difterite-tetano	>= 95%	89,20%	89,00 difterite 89,3 tetano
1.b LEA	Antipolio	>= 95%	88,90%	88,90%
1.c LEA	Antiepatite B	>= 95%	87,50%	87,50%
2 LEA	PREVENZIONE Vaccinazione raccomandate MPR	>= 90%	84,50%	84,30%
3 LEA	PREVENZIONE Vaccinazione raccomandata contro l'influenza dell'anziano	>=70%	56,0%	55,70%
7 LEA	PREVENZIONE Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro	>=85	61,91	64,66%
8 LEA	TUTELA DELLA SALUTE NEI LUOGHI DI LAVORO Percentuale di unità controllate sul totale di unità da controllare	>= 5%	5,00%	5,00%
9 LEA	SANITA' ANIMALE Percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina	>= 98%	100%	100%
10.a LEA	SANITA' ANIMALE Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi bovina/bufalina	>= 98% del 20% allevamenti	100%	100%
10.b LEA	SANITA' ANIMALE Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi ovicaprina	>= 98% del 10% dei capi	100,00%	100,00%
11 LEA	SANITA' ANIMALE Percentuale di aziende ovicaprine controllate (3%) per anagrafe ovicaprina	>= 98% del 3% aziende	100%	100%
12 LEA	SALUTE DEGLI ALIMENTI Percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati dal Piano Nazionale Residui	>=98%	100%	100%
13	SALUTE DEGLI ALIMENTI Percentuale di unità controllate sul totale delle imprese alimentari registrate	>= 20%	22%	24%
14	DISTRETTUALE Tassi di ospedalizzazione evitabile con la metodologia sviluppata dall'Agenzia statunitense AHRQ per i Prevention Quality Indicators (PQIs): indicatore complessivo da 14.a a 14.1	somma indicatori <= 115	113,2	114,3
15	ASSISTENZA DOMICILIARE Percentuale di anziani >=65 trattati in ADI con PAI	>= 3,8%	3,36%	3,20%
16	HOSPICE Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100)	> 1	2,7	2,48
17	SPECIALISTICA AMBULATORIALE Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1000 residenti (>=65 anni)	<= 24	20,17	20,17
18	FARMACEUTICA Incidenza di sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (anti-ipertensivi)	<=30%	36,12	35,86
19	FARMACEUTICA Consumo pro-capite di farmaci inibitori di pompa protonica	25 up pro cap		30,15
20	SALUTE MENTALE utenti in carico nei centri di salute mentale per 1.000 abitanti	>=10	18,7	18,70

			AAS2	
			DATO AZIENDA	DATO DIREZIONE
21	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	>= 38%	39,72%	39,70%
22	Rapporto tra i ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza (allegato B Patto Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<= 0,32	0,23	0,23
23	Percentuale di parti cesarei	<20%	12,81%	12,28%
24	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 48 h in regime ordinario	>70%	66,84%	66,60%
25	EMERGENZA Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	<= 20'	15'26"	15'26"
BERSAGLIO valore 2014 226,31 (C.11.a.1.1)	CUORE riduzione del tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti di 50-74 anni	< 210	275,51	276,67
	RENE potenziamento della Dialisi peritoneale e dei trapianti con l'obiettivo di ridurre i pazienti in emodialisi al di sotto del 46% del totale (trapiantati + emodializzati + in dialisi peritoneale)	< 46%	55,45%	57,10%
BERSAGLIO (C.11.a.2.4)	PANCREAS riduzione del tasso di amputazioni maggiori per diabete	< 30 per milione di residenti	30,56	30,56
BERSAGLIO (C.11.a.3.1)	POLMONE riduzione del tasso di ospedalizzazione per BPCO	< 60 per 100.000 residenti 50-74 anni	59,04	59,04
Linea 3.4.3	TRAUMA trattamento della frattura di femore entro 48 h in almeno il 70% (hub) o 80% (spoke) dei casi trattati dal presidio ospedaliero;	>=80% spoke per presidio	66,84	62,8 GO-MO 71,0 PA-LA
BERSAGLIO (C.16.2)	PRONTO SOCCORSO ED EMERGENZA URGENZA aumentare la percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1 h rispetto al totale dei pazienti con codice verde (media regionale 2014 del 66,19% - fonte Bersaglio)	>= 80% spoke	64,84	57,02 GO-MO 73,88 LA-PA
BERSAGLIO (C.16.3)	PRONTO SOCCORSO ED EMERGENZA URGENZA aumentare la percentuale dei pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto Soccorso meno di 4 ore	>= 85% spoke	78,07%	71,6 GO-MO 85,54 LA-PA
BERSAGLIO (C.7.1)	MATERNO INFANTILE mantenimento della percentuale dei parti cesarei depurati (NTSV) al di sotto del 20% dei parti totale dei parti depurati	< 20%	12,66%	12,62%
BERSAGLIO valore 2014 26,78	MATERNO INFANTILE i parti indotti farmacologicamente devono essere ridotti al di sotto del 20%	< 20%	19,29%	19,23%
Tasso standardizzato	TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE riduzione dal 128,5 x mille al 125 x mille	125 x mille	120,44	120,38
BERSAGLIO (C.14.2.a)	DAY HOSPITAL MEDICO DI TIPO DIAGNOSTICO - ADULTI riduzione dei numero di ricoveri in Day Hospital medico per acuti con finalità diagnostica portando la percentuale al di sotto del 30% per gli adulti e del 50% per i pediatrici	< 30% adulti	11,88%	11,84%
BERSAGLIO (C.14.2.2)	DAY HOSPITAL MEDICO DI TIPO DIAGNOSTICO - PEDIATRICI riduzione dei numero di ricoveri in Day Hospital medico per acuti con finalità diagnostica portando la percentuale al di sotto del 30% per gli adulti e del 50% per i pediatrici	< 50% pediatrici	19,67%	19,67%
BERSAGLIO (C.14.4)	RICOVERI MEDICI OLTRE SOGLIA riduzione della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni portandola al di sotto del 4%	< 4%	4,64%	4,64%

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

3.1 PROGETTI DI RIORGANIZZAZIONE DELLE FUNZIONI

3.1.1 Atto aziendale	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Applicazione Atto aziendale	<ul style="list-style-type: none"> - Nel corso del 2017 si procederà al consolidamento degli assetti e all'implementazione di residue modifiche che si renderanno necessarie, fra cui l'attivazione della funzione di neurologia, in accordo con ASUIUD. - Periodico monitoraggio e valutazione dei flussi di attività derivanti dai nuovi assetti - Invio alla Direzione Centrale Salute di una relazione sullo stato di applicazione dell'Atto aziendale al 30.09.2017 - Sviluppo del proprio modello organizzativo basato sui progetti transmurali aziendali, in cui la pianificazione delle attività di una funzione non è circoscritta a specifici setting assistenziali, ma attraversa e aggrega diverse strutture o servizi aziendali, con lo scopo di conseguire la massima efficacia nei processi di cura. I Programmi transmurali sono: Percorsi Oncologici, Percorso Nascita, Percorsi Età Evolutiva e Disabilità, Percorsi di continuità assistenziale Territorio-Ospedale-Territorio, Presidio ospedaliero per la salute di Gemona, Percorsi operatori, Percorsi dell'emergenza. I Progetti transmurale sono: Medicina d'iniziativa e preventiva, appropriatezza diagnostica, Percorsi delle cure palliative e lotta al dolore, Alimentazione e salute.
<p>Nel corso del 2017 si è consolidato l'assetto organizzativo, avviando o espletando le procedure per assegnare le apicalità vacanti (SOC Pediatria, SOC ostetricia-ginecologia, SOC Medicina SD, Distretto 4). Di un tanto si è data informazione alla Direzione centrale in occasione del secondo rendiconto quadrimestrale.</p> <p>Con riferimento all'area del comparto è stata operata una revisione dell'articolazione di alcune piattaforme e posizioni organizzative territoriali, resasi necessaria in seguito ad alcune criticità emerse</p>	

nella prima fase di attuazione, e si è proceduto all'assegnazione dei nuovi incarichi.
 Si è provveduto, inoltre, a definire dei rapporti convenzionali con ASUIUD per la funzione di neurologia.
 A fronte del consolidamento della struttura organizzativa e dei meccanismi operativi, si producono periodicamente i report sull'attività sanitaria e gestionale.
 Il nuovo assetto organizzativo si è altresì consolidato attraverso il processo di budget svoltosi nel primo trimestre dell'anno, dove si è inserita oltre alla programmazione regionale anche quella dei programmi/progetti transmurali. Nel mese di ottobre ha preso avvio la programmazione 2018 dove si è fatto riferimento sia all'organizzazione strutturale dei dipartimenti, che all'organizzazione funzionale dei programmi transmurali.

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

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

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

Lo stato dell'arte è stato inviato alla Direzione Centrale con prot. nr 29319 dd 03.07.2017.

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

3.1.3. Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi

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

L'attività di supporto viene garantita nel rispetto delle tempistiche e degli impegni presi.

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

3.1.4 Chirurgia e procedure invasive

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Definizione della funzione chirurgica.	<ul style="list-style-type: none"> - Partecipazione ai lavori regionali, finalizzati alla definizione di un documento di riorganizzazione dell'attività di chirurgia e delle procedure invasive - Adozione del documento di riorganizzazione dell'attività chirurgica entro il 31.12.2017.

I professionisti individuati dalla nota della Direzione centrale n. 344 del 21 febbraio 2017 partecipano ai lavori regionali secondo le indicazioni regionali. Il gruppo di lavoro ha ultimato il documento di

riorganizzazione, che è stato poi presentato all'Assessore regionale della Sanità.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Concentrazione attività di chirurgia oncologica	<p>L'azienda deve riorganizzare l'attività di chirurgia oncologica relativamente ai seguenti tumori:</p> <ul style="list-style-type: none"> - esofago: nessun intervento realizzato; - pancreas: nessun intervento realizzato; - ovaio: nessun intervento realizzato; - stomaco: concentrazione in un'unica struttura e sede. <p>Presentazione progetto operativo alla Direzione Centrale Salute entro il 30.6.2017</p> <p>Avvio riorganizzazione entro il 1.9.2017</p>
<p>I professionisti individuati dalla nota della Direzione centrale n. 344 del 21 febbraio 2017 hanno partecipato ai lavori regionali secondo le indicazioni regionali, in coerenza con quanto previsto dalla nota della Direzione Centrale n. 8604 del 05.05.2017.</p> <p>L'Azienda con decreto nr. 157 del 30-06-17 "Rete Oncologica: i gruppi interdisciplinari" ha provveduto a dotarsi di un'organizzazione dedicata, multidisciplinare e in relazione con i centri hub, per la gestione del paziente con tumore alla mammella, allo stomaco e al colon-retto.</p> <p>Con nota del direttore generale del 29.08.17 del 27.10.2017, su proposta del Responsabile del programma transmurale dei percorsi oncologici, è stata tracciata l'organizzazione aziendale della rete professionale per il tumore alla mammella, per il tumore al colon-retto e per il tumore allo stomaco.</p> <p>Nel corso dell'anno non sono stati effettuati interventi di elezione all'esofago, al pancreas e ovaio, alcuni interventi sono stati svolti, ma con intento palliativo, con intento diagnostico o in situazione di urgenza.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.5 Piano Emergenza-Urgenza	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Implementazione delle dotazioni, secondo quanto previsto dalla DGR 2039/2015	Evidenza della realizzazione dell'implementazione entro 31.07.2017.
<p>E' stata consolidata l'operatività delle nuove postazioni periferiche, secondo gli standard organizzativi previsti dal piano regionale. Non è stato possibile attivare l'automedica, nonostante le ripetute procedure per l'acquisizione del personale, data la carenza di professionisti medici.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
Condivisione ed omogeneizzazione di alcune procedure in essere presso le sedi del PS/PPI (Ad es: Trasmissione dell'ECG dalle ambulanze 118, competenze e formazione dell'equipaggio 118 per i trasferimenti protetti, mantenimento delle competenze per la gestione dell'emergenza-urgenza)	Evidenza della realizzazione dell'implementazione entro 31.12.2017.

Nel 2017 è stato avviato un progetto per la rotazione del personale dell'emergenza nei diversi setting/contesti per garantire il mantenimento delle competenze per la gestione dell'emergenza-urgenza. Tutte le equipe trasmettono l'ECG secondo il territorio di riferimento.

E' stato realizzato un evento ECM in due edizioni per l'approccio al paziente con emorragia digestiva acuta alta.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Avvio dei lavori di adeguamento al volo notturno delle piazzole di atterraggio dell'eliambulanza dei presidi ospedalieri hub e spoke e del POS di Gemona	Vedi piano triennale preliminare degli investimenti
L'AAs3 prosegue con la conduzione del piano triennale.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.6 Geriatria	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Definizione dell'organizzazione dell'attività geriatrica.	<ul style="list-style-type: none"> - Adozione del documento di riorganizzazione dell'attività geriatrica ospedaliera e distrettuale per i pazienti grandi anziani (oltre 85 anni) entro il 31.12.2017. - Collaborazione con la Direzione Centrale Salute per la definizione dell'organizzazione dell'attività geriatrica
L'Aas3 rimane a disposizione per la definizione del documento	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

3.1.8 Oncologia	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Definizione dei PTDA Aziendali per pazienti con neoplasia alla mammella e al colon nel 2017, prostata e polmone nel 2018.	<ul style="list-style-type: none"> Definizione e applicazione dei percorsi Organizzazione Breast Unit 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, ...) Revisione del follow up oncologico (inclusa proposta di percorso in day-service)
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Oncologia	Collaborazione con la Direzione Centrale Salute per la definizione del nuovo Piano Oncologico
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

Nel 2017 si è consolidato il percorso di diagnosi e cura del tumore alla mammella, coinvolgendo i diversi servizi che insistono sul processo (dip. Prevenzione, Radiologia, Oncologia, Chirurgia) e l'hub (ASUIUD) per le funzioni che non sono presenti in AAS3. Il PDTA aziendale è stato revisionato e sono state messe in atto tutte le strategie necessarie per garantire la qualità delle cure. Nel 2017 la breast unit ha raggiunto volumi di casistica coerenti con gli standard richiesti (222 casi).

Anche per il tumore al colon la casistica è stata coerente (116 casi) e i gruppi di lavoro aziendali hanno prodotto una proposta di PDTA aziendale. Nel corso del 2017 è stato sperimentato un percorso ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) per il trattamento dei tumori al colon.

In base alle linee guida e alle indicazioni delle società oncologiche nazionali (AIOM) ed internazionali (ESMO) e del CIPOMO (collegio italiano primari oncologi medici ospedalieri) e tenuto anche conto del documento di consenso espresso a Palmanova il 14-05-2016 dai Direttori di Oncologia del FVG, è stata proposta una revisione del follow up oncologico principalmente per il carcinoma della mammella e del colon retto, con l'obiettivo di passare dalla cura della malattia alla presa in carico della persona secondo il modello survivorship care.

Tale percorso è stato proposto inizialmente come progetto pilota al CAP di Tarvisio il 21-12-2017

Il referente aziendale ha partecipato al tavolo regionale per la stesura del documento sulla rete oncologica.

3.1.9 Pediatria ospedaliera

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Riorganizzazione dell'attività pediatrica, con particolare riferimento a: <ul style="list-style-type: none"> - Emergenze e urgenze pediatriche (intra ed extra ospedaliera) - Chirurgia programmata in età pediatrica - Oncologia e onco-ematologia pediatrica - Sviluppare un modello di pediatria di comunità 	<ul style="list-style-type: none"> - Collaborazione ai tavoli finalizzati alla riorganizzazione dell'attività pediatrica - Adozione di un documento di riorganizzazione dell'attività pediatrica entro il 31 dicembre del 2017.

Il protocollo operativo per la gestione delle emergenze pediatriche tra AAS3 e ASUIUD è attivo.

La gestione della chirurgia programmata in età pediatrica è stata oggetto di un tavolo regionale, che ha esitato in un documento organizzativo, deliberato dalla Giunta regionale nel mese di marzo 2018.

È stato prodotto il progetto "per una nuova pediatria territoriale" che ha riletto l'offerta assistenziale pediatrica, tenuto conto delle peculiarità territoriali dell'AAS3, con particolare riferimento alle zone carenti di pediatria di libera scelta delle zone alpine.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.10 Riabilitazione

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

	- A partire dal secondo semestre 2017, dare attuazione al Piano della Riabilitazione
La collaborazione è stata garantita, quando richiesta. Il Piano regionale della riabilitazione non è stato adottato.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO IL PIANO NON È STATO APPROVATO PER CAUSE NON IMPUTABILI ALLE AZIENDE

3.1.11 Salute mentale	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Piano regionale della Salute Mentale	<ul style="list-style-type: none"> - Collaborazione con la Direzione Centrale Salute per la definizione del nuovo Piano della Salute Mentale - A partire dal secondo semestre 2017, dare attuazione al Piano della Salute Mentale
La partecipazione del referente aziendale è stata garantita. Il Piano regionale della Salute mentale è stato adottato nel marzo 2018.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.12 Accessibilità alle funzioni aziendali	
Accessibilità 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.
La direzione aziendale ha incontrato ad inizio anno la commissione trasporti e l'ente gestore del trasporto pubblico e ha dialogato con la rappresentanza dei sindaci per ottenere una collaborazione su questo fronte, ma sono mancati riscontri per definire la progettualità.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

3.2 PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

3.2.1 Tutela della salute e della donna	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Consolidare il ruolo dell'ostetrica nel supporto della donna in ogni fascia d'età, anche attraverso l'inserimento della figura all'interno degli istituendi CAP, insieme ai MMG	Ostetrica inserita nel 30% dei CAP istituiti nel 2017
I CAP nel 2017 hanno definito le loro operatività e le relazioni clinico-assistenziali con i professionisti delle varie strutture aziendali, tra cui quelle inerenti il percorso nascita. In 3 CAP su 4 è presente l'ostetrica territoriale, con una presenza oraria diversa, in funzione degli accordi presi.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Strutturare i percorsi della gravidanza fisiologica anche con la prescrizione degli esami diagnostici, e quelli successivi al parto, con il ripristino ed il rafforzamento, dove già esistenti, delle visite domiciliari	Percorsi della gravidanza fisiologica: procedura definita in collaborazione tra le aziende
L'azienda partecipa ai vari gruppi di lavoro aventi per oggetto il percorso nascita.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
nel corso dell'anno 2017 sono state intraprese le seguenti azioni:	
<ul style="list-style-type: none"> – percorso formativo rivolto in particolare alle strutture di Ostetricia, ma aperto anche agli ambiti distrettuali, denominato "alimenta la salute dalla gravidanza in poi" che si è svolto in due edizioni, una per sede ospedaliera. – condivisione tra servizio vaccinazioni e ostetricia sul tema del calendario vaccini e con un focus sulle vaccinazioni in gravidanza 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2.2 Migliorare la salute nei soggetti a rischio MCNT e malati cronici (programma I PRP)	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Avvio di un progetto di analisi sulla possibilità di attivazione di uno "screening opportunistico" su stili di vita e rischio cardiovascolare globale nelle Aziende sanitarie della Regione, in coordinamento con l'A.I.R. dei MMGG	Evidenza di avvio dell'operatività nei distretti
Il progetto per lo screening opportunistico non è stato finanziato nel corso del 2017. Sarà attivato nel 2018.	

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Avvio dei gruppi di lavoro aziendali per i Percorsi assistenziali definiti in coerenza con il documento regionale di indirizzo	<ul style="list-style-type: none"> - Evidenza di gruppi di lavoro attivi - Diffusione delle linee guida contenute nel "Manuale per i percorsi assistenziali in prevenzione cardiovascolare"
<p>Sono stati realizzati due incontri di aggiornamento per diffondere le linee guida contenute nel Manuale per i percorsi assistenziali in prevenzione cardiovascolare: il 29/03 per le AFT di Codroipo e San Daniele e il 17/05 per le AFT di Gemona e Tolmezzo</p> <p>L'elaborazione delle Linee guida aziendali è stata sospesa, perché la regione ha sospeso le attività legate al progetto Cardio50.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Prosecuzione della formazione	5 corsi FAD specifici per gruppi omogenei e 5 corsi residenziali (1 per azienda): la partecipazione del personale sanitario, come definito dal PRP ed in percentuale cumulativa con 2016, deve raggiungere almeno il 9%
Il corso residenziale è stato effettuato a maggio, con una massiccia partecipazione da parte della medicina generale.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2.3 Screening oncologici (programma II PRP)	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Mantenimento o miglioramento delle performance in termini di adesione della popolazione target, per raggiungere gli standard del programma regionale (adesione screening della cervice >=65% adesione screening mammella >=65% adesione screening colon retto >=70%)	Mantenimento adesione screening della cervice al di sopra del 65% Mantenimento adesione screening mammella al di sopra del 65% Adesione screening colon >= 70%
adesione screening della cervice 60,40% adesione screening mammella = 73,72% adesione screening colon retto = 66,57%	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
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".	<ul style="list-style-type: none"> - Costituzione della breast unit aziendale. - Adozione formale del sistema regionale di verifica dei requisiti dei centri di senologia e rispetto dei requisiti.
La Breast unit aziendale è stata costituita e ha trattato 222 casi secondo i criteri PNE. Nota del direttore	

generale del 29.08.17 è stata tracciata l'organizzazione aziendale della rete professionale per il tumore alla mammella.

La regione non ha adottato i requisiti per i centri di senologia.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Garantire che i radiologi certificati svolgano sia la lettura del test mammografico di screening sia la gestione del percorso di approfondimento diagnostico dei casi richiamati	Lettura del primo livello e gestione del percorso di approfondimento diagnostico da parte di radiologi certificati
L'attività svolta è coerente con i requisiti del programma regionale	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Garantire la tempestiva refertazione dello screening mammografico e ridurre i richiami intermedi (early recall) dopo approfondimento	<p>% di esami negativi di primo livello refertati entro 15 giorni dall'esecuzione >90%</p> <p>% di early recall per unità senologica (casi con esito di 2° livello "sospeso"/totale dei casi chiusi dall'unità senologica) < 10%</p>
<p>% di esami negativi di primo livello refertati entro 15 giorni dall'esecuzione = 66,39%</p> <p>La riduzione della performance su questo indicatore è dovuta ad una diversa programmazione dell'attività all'interno dell'area vasta udinese da parte di EGAS, che stabilisce il calendario dei camper nel territorio aziendale. La lettura del referto è garantito da un pool di professionisti</p> <p>% di early recall per unità senologica (casi con esito di 2° livello "sospeso"/totale dei casi chiusi dall'unità senologica) = 7,24%</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
Garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopia per gli esami di 2° livello di screening	Percentuale di compilazione dei campi fondamentali >=95%
La cartella è completa nel 99,2% dei casi.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Mantenere aggiornate le anagrafi sanitarie verificando assistiti in base ai dati del monitoraggio delle lettere inesitate fatti pervenire dalla Direzione Centrale Salute.	Anagrafe sanitaria aggiornata
L'anagrafe sanitaria è aggiornata in base ai ritorni delle lettere inesitate	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2.4 Screening neonatali (programma II PRP)

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Diffusione e applicazione in tutti i punti nascita di una procedura regionale per lo screening neonatale audiologico.	Diffusione e applicazione della procedura nei punti nascita

L'attività è garantita nei due punti nascita	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Diffusione e applicazione in tutti i punti nascita di una procedura regionale per lo screening neonatale oftalmologico.	Diffusione e applicazione della procedura nei punti nascita
L'attività è garantita nei due punti nascita	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Assicurare da parte di tutti i punti nascita la regolare comunicazione all'IRCSS Burlo della rilevazione del TSH neonatale.	Formale adozione della procedura in tutti i punti nascita
L'attività è garantita nei due punti nascita	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2.5 Salute e sicurezza nelle scuole e benessere dei giovani (programma III PRP)	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Le aziende sanitarie collaborano e sostengono percorsi ed azioni coerenti a diffondere in tutta la Regione il modello di Scuola che promuove la salute, che ha lo scopo di migliorare il successo scolastico e facilitare l'azione in favore della salute.	Almeno il 20% delle 167 scuole della Regione dovranno esser raggiunte dalla proposta di aderire alla rete Scuole che promuovono salute (SHE).
Attività non ancora svolta perché per proporre alle istituzioni scolastiche l'adesione alla rete SHE è necessario che si crei un coordinamento regionale in quanto alla Rete europea accedono "soggetti regionali" istituzionali e/o costituiti formalmente in Rete, quindi non singole istituzioni scolastiche.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
Presentazione e avvio di una progettualità, con il finanziamento dedicato, di peer education nelle scuole della regione. Continua la diffusione e implementazione dei progetti riconducibili alle buone pratiche, quali modello What's up, Unplugged, peer education, ecc	Aderiscono alla progettazione almeno il 45% delle scuole della regione (almeno 60 scuole raggiunte).
Per l'a.s. 2017-2018 è partito il progetto "Emozioni in regola" tra SISSA di Trieste, AAS1, AAS3 E AAS5, che coinvolge 5 scuole del territorio aziendale.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Realizzare interventi di promozione della salute nelle scuole compreso il modello <i>what's up</i> , raggiungendo almeno il 45% degli istituti scolastici di competenza.	Evidenza del report di attività alla DCS.
I servizi aziendali territoriali e gli ambiti dei servizi sociali dei comuni di tutti i distretti hanno lavorato con le scuole su queste tematiche. Report inviato.	

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

3.2.6 Prevenzione delle dipendenze (programma IV PRP)

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Creare un gruppo di formatori per i docenti delle scuole primarie e secondarie sulle life skills come strumento di prevenzione anche delle dipendenze, attraverso l'organizzazione di un Workshop regionale teorico-pratico.	1 workshop formativo Regionale Almeno 1 workshop di "trasferimento LS contesto scuola" per azienda Almeno 4 operatori formati per Azienda (Prevenzione, Dipendenze e altre strutture interessate)
Il workshop regionale è già stato realizzato nel mese di settembre. Sono stati formati i 4 operatori dell'Azienda.	

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Formare gli Assistenti sociali degli ambiti territoriali per diffondere gli strumenti di identificazione precoce delle persone vulnerabili al gioco d'azzardo patologico	Almeno 1 corso per Assistenti sociali degli ambiti
Il corso è stato attuato	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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
E' stato predisposto report di monitoraggio	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Avvio di un progetto di attività fisica rivolto alla popolazione adulta da realizzare con il finanziamento dedicato	Presentazione del progetto alla DC e avvio realizzazione
Pubblicato bando prot. nr. 14896 del 3/4/2017, che ha dato esito ad un successivo convenzionamento per l'avvio del progetto.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Realizzazione progetti di promozione attività fisica adattata	Almeno 1 iniziativa/progetto
Avviato presso diversi Comuni iniziativa "SPORT è movimento e salute", pubblicato sul sito aziendale.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Diffusione del catalogo aziendale delle offerte e opportunità di attività fisica presenti sul territorio	Catalogo aziendale pubblicato sul sito aziendale e aggiornato

e aggiornamento dello stesso	
Pubblicato catalogo su sito aziendale: Strutture per mantenersi in forma	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2.8 Prevenzione incidenti stradali (programma VI PRP)

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Sensibilizzare alla prevenzione degli incidenti stradali	Iniziative di comunicazione e informazione alla popolazione

Il gruppo di lavoro delle Aziende Sanitarie si è riunito più volte nei primi tre mesi dell'anno, per definire gli obiettivi prioritari per il 2017. E' stata avviata una collaborazione con l'Ufficio Regionale per le Autonomie locali, per la realizzazione, nel prossimo autunno, di un programma di seminario-aggiornamento rivolto alle Polizie Locali della Regione. Parallelamente sono stati ripresi i contatti con la Direzione Trasporti e infrastrutture per la condivisione delle linee di progetto e in particolare per la messa a disposizione (e relativa formazione all'utilizzo) di un sistema informativo derivato dal Centro di Monitoraggio Regionale per la Sicurezza Stradale (CeRMSS - MITRIS FVG), dal quale le Aziende potranno ricavare dati di dettaglio territoriale per le iniziative di comunicazione e di proposta di interventi a livello territoriale.

Sono stati realizzati due seminari formativi in collaborazione tra le AAS e l'assessorato enti locali per la formazione delle polizie municipali (Udine, 16 e 25 ottobre)

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Adottare le raccomandazioni regionali per l'invio ad approfondimento neuropsicologico dell'idoneità alla guida	Raccomandazioni adottate e accertamenti eseguiti

Le indicazioni sono cambiate, in quanto l'unico ente che li può prescrivere i test neuropsicologici sono le commissioni mediche provinciali.

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

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

Il report di monitoraggio dell'attività 2017 congiunto con l'ASUITS è realizzato nei primi mesi del 2018

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Rilevazione attraverso la check-list dei rischi nelle abitazioni con analisi dei risultati	Almeno 50 abitazioni valutate

L'obiettivo è già stato raggiunto. I dati rilevati sono stati inseriti nel database

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Formazione operatori sanitari e dell'assistenza,	Almeno 1 evento

con particolare riferimento al personale di assistenza dell'anziano	
L'evento è stato realizzato a novembre	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
PSAL: partecipare all'elaborazione collaborativa delle procedure di vigilanza in edilizia e in agricoltura e diffondere ai portatori di interesse	<ul style="list-style-type: none"> - Partecipazione ai lavori del GRE - Report elaborato da parte del GRE sulla omogeneità dell'applicazione delle procedure di vigilanza in edilizia in regione. - Realizzazione di almeno un incontro provinciale con i portatori di interesse sulle problematiche connesse all'applicazione delle norme poste a tutela del lavoro in edilizia
<p>3 operatori del Dipartimento hanno partecipato ai lavori del GRE.</p> <p>Il report regionale che riguarda l'attività 2017, è stato redatto i primi mesi del 2018.</p> <p>L'incontro è stato effettuato a Trieste il 14/12/17 con relatori AAS 3</p>	

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
SPSAL: partecipare ad azioni di verifica della omogeneità dell'applicazione in ambito regionale delle procedure di vigilanza in agricoltura e prosecuzione della diffusione delle stesse ai portatori di interesse	<ul style="list-style-type: none"> - Partecipazione ai lavori del GRA - Report elaborato da parte del GRA sulla omogeneità dell'applicazione delle procedure di vigilanza in agricoltura in regione. - Realizzazione di almeno un incontro provinciale con i portatori di interesse sulle problematiche connesse all'applicazione delle norme poste a tutela del lavoro in agricoltura
<p>2 operatori hanno partecipano ai lavori del GRA</p> <p>Report regionale che riguarda l'attività 2017, è stato redatto nei primi mesi del 2018</p> <p>L'incontro con gli utilizzatori di macchine agricole si è tenuto il 16/03/2017 e il 16/07/2017.</p>	

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Partecipare ai lavori di stesura di linee guida regionali sulla prevenzione di rischi infettivi nelle attività correlate alle pratiche estetiche e di protocolli operativi sulla uniformità dei controlli	<ul style="list-style-type: none"> - Effettuare nei primi 6 mesi del 2017 la sperimentazione del protocollo operativo dei controlli in almeno 6 tatuatori/piercer. - Proposta di linee guida regionali
<p>L'Azienda ha partecipato con i propri professionisti ai lavori del gruppo regionale per la definizione delle linee guida, che sono state presentate alle Associazioni di categorie e alle ditte interessate ad un convegno regionale. Con Delibera di Giunta regionale n. 2668 del 28/12/2017 sono state approvate le linee guida ed il protocollo dei controlli per le attività di servizio alla persona.</p>	

Nel corso dell'anno 2017 sono state controllate complessivamente 13 attività di servizio alla persona, in particolare: 7 tatuatori/piercer; 4 acconciatori; 2 estetiste.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
SIAN/VET: partecipare alla formazione regionale degli auditor e al programma di mantenimento della qualifica	<p>VETERINARIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - N° di nuovi auditor ufficiali formati >= 2 (36 target regionale complessivo) <p>SIAN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - N° di nuovi auditor ufficiali formati >= 4 (36 target regionale complessivo) <p>Il raggiungimento è vincolato alla presenza di operatori con i requisiti per essere accreditati.</p>
<p>SIAN: Partecipazione di n° 4 operatori del SIAN al corso di formazione regionale AUDITOR in gennaio 2017.</p> <p>VET.: n.03 operatori hanno partecipato al corso di formazione organizzato a livello regionale. Attuata la formazione sul campo per n. 4 operatori.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
PSAL: realizzare un programma regionale di formazione sull'audit	<ul style="list-style-type: none"> - Operatori formati secondo le indicazioni del PRP - Scheda di audit realizzata - Programma di audit realizzato
Sono stati formati 5 operatori sulla parte teorica dell'Audit, la formazione sul campo non è ancora stata avviata.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
PSAL: Partecipare alla revisione della lista dei controlli sulle imprese e alla diffusione del documento ai portatori di interesse	Partecipazione al Gruppo regionale che provvederà alla revisione ed integrazione della Lista regionale dei controlli sulle imprese disponibile sul sito aziendale
Nel 2017 nessuna iniziativa del Gruppo regionale.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

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"> - 2% delle aziende vigilate. - Agricoltura mantenimento dell'attività di vigilanza dell'anno precedente 90 aziende agricole a livello regionale (6 per AAS3) - Edilizia vigilare un numero di cantieri pari al 6% dei cantieri notificati nell'anno precedente (Report di attività alla DCS)
165 UL vigilate; 63 cantieri vigilati, 9 aziende agricole vigilate	

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
Attuazione 31.08.2017: L'incontro con gli utilizzatori di macchine agricole si è tenuto il 16/03/2017, quello in edilizia è programmato per l'autunno.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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
E' stato realizzato un corso su "Sovraccarico biomeccanico degli arti superiori: approccio semplificato alla valutazione del rischio e indicazioni sul reinserimento del lavoratore con patologia" edito il 25/05/17 e il 2 /12/17	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Partecipare all'avvio dell'applicazione del metodo OCCAM (pag.90 PRP)	Analisi OCCAM su una neoplasia professionale
Il Gruppo regionale è stato avviato e ha definito le procedure per utilizzare il metodo OCCAM	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
Sono stati raccolti i questionari regionali che vengono trasmessi per l'elaborazione all'Istituto di Medicina del Lavoro dell'Università degli studi di Trieste. E' disponibile una prima elaborazione sui dati della prima fase relativa al 2016. Per i dipendenti con evidenza di eccesso di rischio cardiovascolare si è provveduto ad un a informativa breve su guida individuata dal gruppo regionale dei medici competenti (brochure "il semaforo del cuore" elaborato dai servizi di cardiologia della Regione FVG).	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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
Le banche dati vengono regolarmente implementate con i dati come da direttive regionali. Il report è stato inviato dal gruppo di lavoro regionale.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Sviluppo di sistemi informativi rivolta alla dematerializzazione delle comunicazioni obbligatorie	<ul style="list-style-type: none"> – Informatizzazione delle notifiche ex art.250 e 256 del D.Lgs. 81/08 – Avvio delle procedure per l'informatizzazione delle notifiche ex art.99 del D.Lgs 81/08
Informatizzazione notifiche e piani amianto avviata il 01.01.2017. Sul punto due è in corso studio di fattibilità da parte di INSIEL.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Inviare i dati di attività dei servizi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro delle aziende alla regione per trasmissione al comitato interregionale di coordinamento	Dati inviati alla DCS
Dati inviati il 17/02/17.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Monitorare le verifiche periodiche delle attrezzature di lavoro con inserimento dei dati in apposito database	il 50% delle verifiche effettuate da ogni azienda sanitaria è inserito a data base
Database aziendale regolarmente implementato.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2.14 Ambiente e salute, facilitare una migliore qualità dell'ambiente e del territorio, secondo il modello della salute in tutte le politiche (programma XII PRP)	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Stesura delle linee di indirizzo regionali sulla VIS (Valutazione di impatto sulla salute per la Pubblica Amministrazione) secondo i contenuti delle "Linee Guida VIS – Tools 4 HIA" attraverso la partecipazione al tavolo tecnico VIS	Proposta linee di indirizzo VIS regionali
L'Azienda ha partecipato al gruppo tecnico	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
partecipazione attiva al "Gruppo Tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali" di cui al Decreto n°630/SPS del	evidenza di partecipazione al "Gruppo Tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali"

12.08.15 finalizzato alla valutazione delle ricadute sulla salute connesse ai determinanti ambientali, comportamentali e sociali;	
L'Azienda ha partecipato al Gruppo Tecnico inter-istituzionale finalizzato al monitoraggio degli inquinanti delle acque potabili.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
il monitoraggio straordinario delle acque destinate al consumo umano, per le aziende nei cui territorio sono state rilevate criticità	Report sui risultati del monitoraggio
Attività in seno al gruppo tecnico di cui fanno parte i Direttori di Dipartimento	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
promozione della sostenibilità e della eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, in relazione al rischio radon anche attraverso iniziative di formazione;	1 corso realizzato a livello regionale per professionisti
L'Azienda capofila del progetto è l'AAS2.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
promozione del corretto uso della telefonia cellulare attraverso la programmazione di eventi formativi nelle scuole.	realizzare la formazione in almeno il 50% degli istituti comprensivi
Nessuna attività svolta.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

Esposti ex amianto	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Raccogliere i dati relativi ai mesoteliomi degli ex esposti e inviare al COR assicurando la trasmissione delle schede ReNaM 2. trasmettere i dati sui soggetti attualmente esposti al CRUA e alla DCS secondo le relazioni annuali compilate dalle ditte di bonifica.	- dati inviati al COR - schede ReNaM trasmesse - i dati sui soggetti attualmente esposti, vanno trasmessi al CRUA e alla DCS
Segnalati tre casi di mesotelioma per cui sono in corso indagini. La Relazione annuale aziendale completata e i dati sono stati trasmessi.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Garantire un numero di controlli coerenti con il piano nazionale annuale dei controlli in materia di REACH/CLP, per quanto attiene target group e tipologia di sostanze controllate,	Almeno 1 controllo
Controllo svolto in autunno.	

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Realizzare un evento formativo sui Regolamenti Reach e CLP per operatori dei Dipartimenti di Prevenzione interessati alla vigilanza nei luoghi di lavoro con la finalità di informare e assistere le imprese del settore	1 evento formativo
Corso svoltosi il 21 novembre 2017	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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
Linee guida regionali non disponibili	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
Garantire in tutte le aziende sanitarie l'offerta attiva e gratuita del test HIV, anche in forma anonima, anche ad utenti in trattamento per problemi alcol correlati.	Report aziendale
Il test HIV è sempre garantito in forma anonima.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Assicurare il proseguimento delle campagne vaccinali già avviate	Miglioramento delle coperture vaccinali
Offerta vaccinale attiva e gratuita attiva in tutti i distretti e coerente con il calendario regionale. C'è stato un aumento delle coperture vaccinali in tutti gli ambiti (si veda tabella LEA), con particolare riferimento al distretto di Codroipo.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
Adeguare la progressione dell'offerta vaccinale al nuovo PNPV attraverso la: <ul style="list-style-type: none"> - Formazione - Revisione organizzativa - Attività di comunicazione per operatori (MMG, PLS) e utenti 	<ul style="list-style-type: none"> - Un corso di formazione sul campo in materia di vaccinazioni in ogni Azienda Sanitaria - Formazione degli operatori dei servizi vaccinali al counselling pre-vaccinale - offerta attiva garantita per meningococco B - offerta garantita (non attiva) per rotavirus - offerta garantita (non attiva) per herpes zoster (ai 65enni) - evidenza di iniziative di comunicazione
Il corso di formazione sul campo è stato garantito per gli operatori addetti agli ambulatori vaccinali.	

Le offerte vaccinali sono disponibili secondo le indicazioni regionali.	
Le iniziative di comunicazione sono continue attraverso il sito aziendale e il servizio whatass, intensificatesi per di più durante il progetto Vaccinare-sì.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Assicurare procedure uniformi per la gestione dei soggetti inadempienti/esitanti alla vaccinazione	Adozione formale protocollo regionale
L'Azienda ha partecipato al gruppo di lavoro regionale per definire il protocollo per la gestione dei soggetti inadempienti. Nelle more dell'approvazione, è stata adottata in via temporanea una istruzione operativa aziendale.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Offerta vaccinazioni in categorie a rischio	definiti i protocolli aziendali in applicazione ai protocolli regionali
E' stata adottata di una istruzione operativa aziendale contenente l'offerta di vaccinazioni raccomandate per soggetti a rischio	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Avvio di un processo di accreditamento dei servizi vaccinali	evidenza di avvio del processo
Il processo regionale sarà avviato nel 2018.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
Garantire la rilevazione delle reazioni avverse a vaccino	Report aziendale inviato alla DCS
Il report dell'attività 2016 effettuato e pubblicato sul sito internet aziendale.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
tutti gli ospedali partecipano ai programmi di sorveglianza delle ICA, con evidenza di monitoraggio degli indicatori regionali.	indicatori regionali monitorati
Gli indicatori sono periodicamente prodotti	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
effettuare in tutti gli ospedali per acuti la Point Prevalence Survey sulle Infezioni correlate all'assistenza.	PPS effettuata
La Survey è stata effettuata	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
effettuare in tutti gli ospedali per acuti la Point Prevalence Survey sul consumo degli antibiotici.	Report aziendale sul consumo di antibiotici
La Survey è stata effettuata	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Formazione degli operatori sull'uso appropriato degli antibiotici in ospedale e nelle strutture	Almeno 1 iniziativa di formazione

residenziali per anziani	
Effettuato un corso di formazione il 22/03/2017 a Tolmezzo dal titolo: "Antimicrobial Stewardship. Lettura ragionata dell'antibiogramma come strumento per una corretta terapia antibiotica che ha visto da la partecipazione di 14 operatori.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Formazione degli operatori sull'uso appropriato degli antibiotici negli allevamenti industriali	1 evento
Inizialmente inserito nel Piano Formativo Aziendale, l'evento è stato successivamente affidato all'organizzazione dell'AAS5. All'evento hanno partecipato i veterinari di area C.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Garantire la possibilità ai PLS di effettuare la vaccinazione presso i loro studi per i bambini che non hanno risposto all'invito del Dipartimento di Prevenzione.	Offerta attiva presso gli ambulatori
Si è avviata la possibilità per un PLS di Codroipo di effettuare la vaccinazione ai propri assistiti in collaborazione con l'ambulatorio vaccinale di riferimento. A fine anno è stato inviato a ciascun PLS un report di monitoraggio della copertura dei bambini che hanno in carico.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2.16 Comunicazione del rischio e gestione delle (programma XIV PRP)	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Applicare il protocollo regionale sull'assistenza sanitaria alle persone migranti ed inviare settimanalmente i dati di attività	Report settimanale
L'attività è stata garantita su tutti i migranti, come da report trasmessi periodicamente in regione.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
realizzare in modo coordinato tra le aziende sanitarie almeno un intervento formativo/informativo per la sensibilizzazione di gruppi specifici (tatuatori, estetisti, piercers..) sui problemi correlati alle malattie trasmissibili	1 intervento formativo/informativo
Attività in corso di programmazione a livello di gruppo regionale	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
garantire la formazione dei propri operatori sull'antimicrobial stewardship	In ogni azienda almeno il 25% di medici prescrittori formati
Come negli anni precedenti nell'ambito del rischio clinico è proseguita la formazione anche nel 2017 sul tema dell'antimicrobial stewardship. È stato effettuato un corso di formazione in data 22 marzo 2017 e un corso in data 14/12/2017.	

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Diffondere a tutti gli operatori sanitari la reportistica regionale sulle resistenze batteriche	Report inviato in formato elettronico a tutti gli operatori sanitari coinvolti in prescrizione e somministrazione di farmaci
Report inviato in formato elettronico a tutti gli operatori sanitari coinvolti in prescrizione e somministrazione di farmaci in data 17 novembre 2017 (mail inviata a tutti i responsabili di struttura con indicazione di darne ampia diffusione a tutti i collaboratori)	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
In applicazione del Piano generale regionale di risposta alle emergenze, definire e formalizzare l'unità di crisi aziendale	Unità di crisi aziendale formalizzata
A fine anno è stato predisposto il documento che disciplina l'unità di crisi aziendale.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2.17 Alimentazione e salute: promozione di un'alimentazione sana, sicura e sostenibile (programma XV PRP)	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Sviluppare il piano d'azione elaborato da ogni azienda per i propri punti nascita e garantire la partecipazione degli operatori dedicati, al percorso formativo programmato a livello regionale	40% operatori dedicati formati in ogni Azienda
E' stato organizzato un corso sull'alimentazione per personale coinvolto nel percorso nascita effettuato in due edizioni nelle giornate 26/10 a Tolmezzo e 08/11 a San Daniele.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Monitorare le gare di appalto di PA e Enti già mappate nel 2016 e fornire il proprio contributo nelle gare d'appalto in corso nel 2017 per favorire il maggior consumo di frutta e verdura, la riduzione del consumo di sale, usando quello iodato, l'utilizzo di prodotti preferibilmente tipici e a filiera corta	Contributo al 5% delle gare d'appalto di PA e Enti in corso nel 2017 in ogni Azienda
Garantito il contributo nel 28% delle gare.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Realizzare corsi di formazione in ogni azienda su stili alimentari salutari per operatori sanitari della prevenzione, delle cure primarie e degli ospedali, anche integrati con le proposte dei programmi I e X	un corso di formazione in ogni Azienda
E' stato organizzato un corso per personale coinvolto nel percorso nascita effettuato in due edizioni nelle giornate 26/10 a Tolmezzo e 08/11 a San Daniele.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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
Il corso è stato realizzato nel mese di agosto.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2.18 Sicurezza alimentare e salute e benessere animale	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Effettuare i controlli sulla condizionalità come da convenzione con il MIPAAF/AGEA	<ul style="list-style-type: none"> – % dei controlli previsti per gli atti di interesse della condizionalità=100% – Evidenza dell’inserimento dei verbali in BDN.
Programmati complessivi 73 controlli. Eseguiti 118 e inseriti in BDN.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi contenuti nel Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare anche attraverso l’attività di ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base ai criteri del rischio, delle imprese alimentari; a parità di rischio dovrà essere mantenuto almeno il tasso di copertura 2016	<ul style="list-style-type: none"> - n. interventi ispettivi per settore programmati per il 2017 pari al 100% del numero richiesto dal PRISAN - il n .audit e di valutazioni del rischio programmati per settore programmati per il 2017 pari al 100% del numero richiesto dal PRISAN - 60% dei campionamenti di alimenti 8 controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni.
<ul style="list-style-type: none"> • SIAN: C.U. 10% delle imprese presenti sul territorio con contestuale categorizzazione del rischio; C.U. condivisi MV 47; Campionamenti alimenti 100%. • VET: Programmate >= 550 ispezioni in stabilimenti Ric. 853 (escluse macellazioni controllate al 100%) eseguite n. 705. Programmate >= 100 ispezioni in stabilimenti Ric. 852 eseguite n. 150 Programmati >= 31 Audit e classificazioni del rischio; eseguiti n. 31 audit e classificazioni del rischio Eseguiti 100% campioni di alimenti Eseguiti n. 47 interventi congiunti SIAN/Servizi Veterinari 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Attuazione del quarto anno del Progetto Piccole Produzioni Locali in accordo con la Direzione	Aumentare l’informazione e la formazione sul territorio, informando le Aziende dell’allargamento

<p>centrale agricoltura. Applicazione del nuovo Regolamento con coinvolgimento del Servizio SIAN.</p>	<p>del paniere dei prodotti come da DPRReg 0179-2015 del 01/09/2015. Stesura di una relazione finale di verifica Aziendale indicante il numero di PPL registrate ed il numero di ispezioni eseguite su:</p> <ul style="list-style-type: none"> - carni suine e avicunicole - carni di specie diverse - prodotti lattiero caseari di malga - vegetali, confetture, conserve, prodotti da forno, erbe aromatiche, prodotti dell'alveare, vegetali fermentati, lumache, ecc...
<ul style="list-style-type: none"> • SIAN: Sopralluoghi effettuati nel 100% delle imprese richiedenti (3). • VET: Eseguite le attività necessarie alla prosecuzione del progetto PPL Malghe (controllo latte a valle, evento formativo). E' stata garantita l'attività di supporto alle aziende aderenti e partecipazione da parte del personale della AAS3 incaricato agli incontri tecnici previsti. 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Misure di prevenzione su base genetica per l'eradicazione della Scrapie ovina classica, finalizzate all'incremento dell'allele di resistenza della proteina prionica (ARR) nell'intero patrimonio ovino nazionale</p>	<p>Controlli sierologici sui capi destinati alla riproduzione come da quanto previsto nel decreto Ministeriale, al fine di ottenere un patrimonio ovino regionale indenne da Scrapie.</p>
<p>Controllati n. 86 capi maschi destinati alla riproduzione appartenenti ad una coorte di 20 greggi aderenti al piano</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Attuazione del Piano regionale di monitoraggio e controllo della malattia di Aujeszky dei suini.</p>	<p>n. allevamenti della coorte individuati dal Piano regionale da controllare al fine del mantenimento dell'indennità richiesti dal PRISAN 2017</p>
<p>Controllati tutti e 46 gli allevamenti indenni. Sul totale di n. 164 allevamenti tra ingrasso e riproduzione controllati n. 99 allevamenti.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Attuazione dei controlli sul benessere animale negli allevamenti e durante il trasporto secondo le linee guida operative dettate dalla Task Force benessere animale, istituita con Decreto 659/SPS del 20/08/2015</p>	<p>n. interventi di controllo sul rispetto del benessere animale richiesti dal PRISAN 2017</p>
<p>Eseguiti n. 71 controlli su n. 78 previsti</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Attuazione dei controlli sull'anagrafe ovi caprina come da indirizzi LEA Ministeriali.</p>	<p>Raggiungimento del 3% dei controlli su base Regionale come richiesto da LEA Ministeriali.</p>
<p>Eseguiti n. 20 controlli su 18 previsti</p>	

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Applicazione del PRP sull'Igiene Urbana Veterinaria.	Effettuare il 100% dei controlli sulle strutture di ricovero e custodia della Regione Autonoma FVG sia convenzionate che non convenzionate.
Eseguiti n. 3 controlli su 3 programmati	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Applicazione piano vaccinale blue tongue	I liberi professionisti dovranno vaccinare il 100% dei capir entro 28 febbraio 2017. L'Azienda supporta e monitora tale intervento.
Piano di vaccinazione completato.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3 ASSISTENZA PRIMARIA

3.3.1 Attuazione accordo per la medicina generale	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Avvio delle Nuove medicine di Gruppo in ogni Azienda	Sviluppo delle Nuove medicine di gruppo conforme a quanto previsto dalla DGR 39/2016
2. Sviluppo dei CAP in ogni Azienda	In Azienda sono presenti non meno di 4 CAP
3. Attivazione di programmi di medicina d'iniziativa	Evidenza di effettivo avvio dei programmi nell'ambito della gestione delle patologie croniche. Miglioramento del livello degli obiettivi raggiunti per quanto riguarda il diabete previsti dall'AIR di cui alla DGR 39/2016 nel 2017 vs 2015.
4. Revisione procedure dimissione protetta	Evidenza di aggiornamento della procedura delle dimissioni protette sulla base delle nuove indicazioni regionali
<p>1. AFT e CAP sono stati avviati.</p> <p>2. Nel 2017 hanno operato attivamente 4 CAP: Ovaro, Buja, Tarvisio e Mortegliano</p> <p>3. Attività programmata nei budget operativi dei Distretti e degli specialisti di riferimento. Presso ogni CAP è disponibile un registro delle persone prese in carico in modo integrato. Tutti gli obiettivi AIR inerenti il diabete hanno fatti registrare un miglioramento.</p> <p>4. Non sono pervenute le nuove indicazioni regionali.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

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

3.3.3 Odontoiatria sociale	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Aumento delle prestazioni LEA erogate raggiungendo la media aziendale di almeno 1,5 prestazioni/ora per odontoiatra	+20% delle prestazioni LEA erogate nel 2015
Tutti i servizi sono stati attivati secondo le indicazioni del programma regionale. Tuttavia la domanda dell'utenza non è aumentata come previsto. Le prestazioni odontoiatriche LEA con Accesso SSR o Accesso facilitato sono passate da 9686 del 2015 a 7500 nel 2017.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
Prestazioni non LEA erogate	200 casi di terapia ortodontica e 600 protesi totali, complessivamente nelle sedi attivate
Nel 2017 sono state erogate con contratto "DGR 1060" 191 prestazioni.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Percentuale aziendale di visite odontostomatologiche	non superiore al 50% del totale delle prestazioni erogate (sono escluse le visite del pronto soccorso odontostomatologico)
Il 22,21% di prestazioni odontostomatologiche erogate sono visite odontostomatologiche, escluse ai ricoverati e al ps.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.4 Cure palliative e terapie del dolore	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Attivazione della rete locale per le cure palliative	Entro il primo semestre 2017 è attivata la rete locale per le cure palliative ed è nominato formalmente il responsabile della rete locale
In AAS3 esiste dal 2016 il Progetto transmurale per le cure palliative, con un suo responsabile.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Istituzione/potenziamento degli hub e spoke della rete locale per la terapia del dolore dell'età adulta	AAS 3 attiva il centro spoke di terapia del dolore secondo le indicazioni della DGR 165/2016 che ne ha definito le caratteristiche e i requisiti.
L'azienda ha partecipato al tavolo di lavoro regionale per la definizione della rete e gli specialisti dell'azienda hanno partecipato al corso di formazione regionale come docenti.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
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),	Assistenza garantita h 24 7 giorni su 7

Consulenza telefonica (agli assistiti e/o ai Medici dei servizi di Continuità assistenziale e al 118)	
<p>L'attività è garantita 7 giorni su 7 dalle 8 alle 20 dagli operatori del SID (nel D3 e nel D4 la domenica 2 infermieri nelle 6 ore) e dall'equipe dei medici dal lunedì al venerdì (sabato e domenica dai medici di continuità assistenziale)</p> <p>Dalle 20 alle 8 l'attività è garantita dai medici di continuità assistenziale.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
<p>TEMPISTICA DI PRESA IN CARICO MALATI ONCOLOGICI DECEDUTI: Suddividere il numero di malati oncologici deceduti in base al tempo intercorso tra il momento della segnalazione e la presa in carico. Entro 1 giorno dalla segnalazione/Tra 1 e 2 giorni dalla segnalazione/Tra 2 e 3 giorni dalla segnalazione/Oltre 3 giorni dalla segnalazione/Momento della segnalazione non noto.</p>	<p>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>
Dato non disponibile a sistema.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
<p>CIA (coefficiente di intensità assistenziale) dell'assistenza domiciliare a favore dei pazienti terminali presi in carico dalla rete delle cure palliative</p>	<p>Superiore o uguale a 0,5</p>
Dato non disponibile a sistema. Nel 2018 la Regione ha dato indicazione su come registrare i pazienti domiciliari oncologici.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
<p>Percentuale di malati oncologici deceduti a domicilio</p>	<p>Uguale o superiore al 50%</p>
I malati oncologici deceduti a domicilio sono stati a 49,89%	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
<p>Attivazione del monitoraggio dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni di terapia del dolore in tutti i setting assistenziali</p>	<p>Trasmissione report alla direzione centrale salute</p>
Il monitoraggio non è stato avviato	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
<p>Attivazione di almeno una campagna informativa sulle reti delle cure palliative e della terapia del dolore da realizzarsi con finanziamento della LR 10/2011 in ciascuna Azienda</p>	<p>Almeno il 20%</p>
Nel 2017 sono stati spesi 3.315,46 euro per il miglioramento delle informazioni presenti nel sito web aziendale e per organizzazione e gestione di eventi istituzionali finalizzati alla conoscenza del servizio	

delle cure palliative.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Attivazione di presa in carico dei malati oncologici in "fase avanzata" con supporto psico-relazionale individuale e della famiglia.	Almeno il 50% dei pazienti presi in carico
Attività è garantita da figure psicologhe inserite nei percorsi di cura (2 inserite nella DMO e 1 risorsa messa a disposizione dall'Associazione oncologica Alto Friuli) L'associazione ha dato assistenza psico-oncologica a 93 persone: 38% i malati e 62% i familiari.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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.
Con decreto n° 38 del Direttore Generale è stata nominata la Commissione tecnica aziendale per il superamento della contenzione", ma non è ancora stato attivato il monitoraggio del fenomeno. E' stata invece avviata, in collaborazione con il Comitato Aziendale di Bioetica, la formazione del personale aziendale e delle strutture convenzionate con l'AAS3, in tre edizioni di 5 ore ciascuna.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

3.3.6 Riabilitazione	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Attivazione a livello aziendale della rete per le malattie neuromuscolari e la sclerosi laterale amiotrofica	E' attivato un gruppo integrato neuromuscolare (GIN) con la finalità della presa in carico della persona con malattia neuromuscolare nell'ambito territoriale di competenza.
Le indicazioni Regionali (Delibera n. 817 del 3 maggio 2017) prevedono che "Il Centro di coordinamento regionale per le malattie neuromuscolari, entro 60 giorni dalla sua formale costituzione e, previo censimento delle professionalità esistenti in ambito regionale, definisce la composizione del G.I.N. in ciascuna Azienda Sanitaria" per la presa in carico delle persone con SLA-neuromuscolari. L'AAS3 attiverà il GIN Aziendale e la presa in carico delle persone con malattia neuromuscolare consecutivamente alle necessarie indicazioni del Centro di coordinamento Regionale e in funzione alla convenzione con ASUIUD per la neurologia.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
Attivazione a livello aziendale del PDTA per la sclerosi multipla entro la seconda metà del 2017.	Entro il 2017 almeno il 50% dei pazienti con sclerosi multipla è preso in carico con le modalità previste dal percorso assistenziale.
Il PDTA regionale è stato deliberato a gennaio 2018 (Delibera n.11 del 12 gennaio 2018). L'Azienda lo	

applicherà nel corso del 2018.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.7 Assistenza domiciliare	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Presa in carico	<p>≥ 3,8% popolazione > 65 anni</p> <p>Mantenimento del numero di accessi garantito nel 2016 (stima 27 accessi medi per ciascun utente preso in carico)</p>
<p>Nel 2017 gli accessi medi sono stati mantenuti.</p> <p>L'indicatore regionale per la presa in carico è di 2,49. Questo valore misura le giornate effettive di accesso rispetto al totale delle giornate di cura.</p> <p>Il valore dell'indicatore è influenzato negativamente da più fattori:</p> <ul style="list-style-type: none"> - i servizi domiciliari, prima di chiudere la presa in carico, si dedicano all'educazione delle famiglie per la gestione sanitaria in autonomia del paziente a domicilio - i servizi domiciliari prendono in carico le persone anche per i monitoraggi delle patologie croniche: scompenso cardiaco, BPCO, diabete, che prevedono dei monitoraggi con frequenza mensile. - per le persone dimesse dall'ospedale spesso sono necessari accessi frequenti nelle prime fasi cui segue un periodo di monitoraggio con accessi diradati. - spesso sono prese in carico persone con patologie tumorali in fasi in cui non sono necessari frequenti accessi ma sono persone per cui si prevede un incremento degli accessi nei periodi successivi. 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO Valore regionale: 2,69

3.3.8 Salute mentale	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Partecipazione dei referenti aziendali individuati al Tavolo tecnico salute mentale	I referenti regionali individuati hanno partecipato all'80% degli incontri
Il Direttore del DSM ha partecipato a tutti gli incontri sino ad ora realizzati	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Fruire delle informazioni integrate derivanti dall'attività dei servizi per la salute mentale (età adulta e età evolutiva)	Adozione ed implementazione del nuovo gestionale regionale.
Il nuovo gestionale regionale non è ancora disponibile.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
Costruire/migliorare relazioni stabili e diffuse tra le cure primarie e il DSM attraverso la prima definizione di rapporti strutturati i CAP (almeno n. 1 per Distretto)	<ul style="list-style-type: none"> - Realizzazione in almeno un CAP o AFT per Distretto di due incontri finalizzati ad un reciproco approfondimento conoscitivo - Definizione di percorsi condivisi per

	<p>l'individuazione e l'affrontamento delle aree prioritarie di bisogno: ansia e depressione, precoce identificazione del disagio riconciliazione farmacologica, attenzione alla "cura somatica" di utenti in carico al DSM;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificazione di meccanismi e strumenti di collegamento tra i CSM e i CAP o AFT in particolare per utenti condivisi;
--	---

Nell'anno si sono svolti incontri e audit tra DSM e CAP/AFT, dando avvio a rapporti strutturati nel tempo, nonché ad attività sperimentali per la presa in carico dei pazienti (es: discussione dei casi e gestione delle segnalazioni).

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
Migliorare la qualità di cura offerta dai CSM 24 ore e renderla omogenea a livello regionale	<p>Miglioramento della capacità di presa in carico delle situazioni di crisi da parte dei CSM 24:</p> <ul style="list-style-type: none"> - monitoraggio dei ricoveri e dei TSO ripetuti in SPDC e nei CSM 24h; - audit clinici nei casi di ricovero e TSO ripetuti - Prosecuzione del percorso avviato per il trasferimento del CSM di Codroipo in altra sede - Ridefinizione dei percorsi e dei rapporti di collaborazione tra il CSM 24 ore di Gemona con il Punto di Primo Intervento del POS in particolare per alcune tipologie di utenti e di quadri clinici.

Nel 2017 non ci sono stati TSO ripetuti in SPDC.

La direzione Aziendale ha predisposto un piano che prevede un trasferimento di sede del CSM presso idonei spazi del Distretto di Codroipo in attesa della costruzione della sede definitiva del CSM 24 ore.

E' stato elaborato un documento tra PPI e CSM 24 ore di Gemona per la co-gestione di utenti noti già in carico al CSM

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

3.3.9 Disturbi del comportamento alimentare

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Collaborazione attiva alla revisione del percorso diagnostico, terapeutico e riabilitativo per i soggetti con Disturbi del comportamento alimentare DCA	Partecipazione ad almeno l'80% degli incontri al Tavolo tecnico regionale DCA

Partecipazione garantita.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Consolidamento della rete di offerta con l'attività a regime degli ambulatori dedicati e dei centri diurni per l'età adulta e per l'età evolutiva.	<p>Identificazione di un ambulatorio DCA con suo referente</p> <p>Evidenza documentale di un percorso aziendale</p>

	strutturato per l'intervento semiresidenziale
<p>Nel 2017 la regione ha deliberato il documento denominato "I disturbi del comportamento alimentare percorso diagnostico terapeutico assistenziale" (Delibera Regionale n. 668) prodotto dal dedicato tavolo di lavoro.</p> <p>Nella riunione delle strutture sanitarie del 29/11/2017 si è definito il "modello organizzativo di riferimento" della AAS 3 per la gestione dei disturbi del comportamento alimentare, distinguendo i casi dei minori e quelli degli adulti.</p> <p>Per i <u>minori</u> il modello prevede che:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la valutazione è effettuata dalla Pediatria - il secondo livello viene gestito da ASUIUD tramite la convenzione per NPI con ASUIUD, che è in corso di implementazione <p>Per gli <u>adulti</u> il modello prevede che:</p> <ul style="list-style-type: none"> - i CSM fanno una prima valutazione per il tramite di un referente individuato - il secondo livello viene gestito da AUUD, nel nuovo centro unificato. Il secondo livello propone gli inserimenti residenziali (Portogruaro) e semiresidenziali (San Vito); il Direttore DSM autorizza la spesa per conto di AAS 3 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
Formazione specifica degli operatori	Evidenza di corsi formativi
<p>In ottobre si è tenuto un Convegno organizzato dalla Clinica Psichiatrica di ASUIUD dal titolo "Il percorso diagnostico terapeutico per i DCA in FVG", in cui AAS3 partecipa con una docenza.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.10 Salute mentale in età evolutiva	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Proseguire il percorso avviato per la costruzione una rete integrata di servizi finalizzato alla identificazione e presa in carico precoce dei disturbi neuro psichici dell'età evolutiva,</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sviluppo di Tavoli di lavoro inter-servizi e inter professionale. - Prosecuzione di attività formative interprofessionali e interservizi per la creazione di culture e di metodi comuni (metodologia della presa a carico in chiave evolutiva) - Consolidamento/Disseminazione di percorsi comuni interservizi per la presa in carico integrata e precoce della situazioni a rischio/di esordio - Definizione di meccanismi e strumenti condivisi per assicurare il raccordo tra servizi al passaggio all'età adulta
<p>Sono state redatte e pervenute al Direttore del DSM le relazioni inerenti le attività svolte dai 4 CSM presso le scuole medie superiori dei territori di competenza.</p> <p>E' stata garantita agli operatori aziendali che operano in questo ambito la formazione sugli adolescenti con un formatore esterno.</p>	

Nell'ambito del "Progetto di tutorship per lo sviluppo manageriale dell'AAS3" si è elaborato un modello condiviso di presa in carico di adolescenti con disagio tra diversi servizi.

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

3.3.11 Autismo

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Partecipazione dei referenti individuati delle NPIA al tavolo tecnico regionale in tema di salute mentale	I referenti individuati hanno partecipato all'80% degli incontri regionali organizzati
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Implementazione del percorso diagnostico assistenziale per il minore affetto da disturbi dello spettro autistico	n° di operatori che hanno partecipato ai corsi realizzati nel 2017 in tema di gestione del minore con disturbi dello spettro autistico
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
La partecipazione del referente è garantita. Gli operatori individuati hanno partecipato alla formazione.	

3.3.12 Consulteri familiari

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Implementazione dell'offerta della visita domiciliare ostetrica in puerperio.	Attivazione del servizio.
L'offerta è attiva	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Promozione della salute della donna in età post-fertile	Evidenza di interventi a favore della salute della donna in età post-fertile
L'attività per la salute della donna in età post-fertile è garantita all'interno dei percorsi di cura degli ambulatori ginecologici.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.13 Diabete

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Garantire l'applicazione del "Documento di indirizzo regionale sull'Assistenza alla Persona con Diabete"	Evidenza entro il 31.3.2017 dell'attuazione dei corsi a livello aziendale rivolti ai MMG e agli operatori dei distretti che si occupano di diabete nell'assistenza primaria.
E' stata avviata la formazione dei MMG e operatori che si occupano di diabete il 29 marzo, coinvolti D1 e D2, completata per D3 e D4 il 17/05. E' stata avviata formazione infermiere territoriali presso ambulatorio specialistico di San Daniele.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.14 Sanità penitenziaria	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Programma aziendale per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario in carcere.	- Programma aziendale per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario in carcere entro il 2017. - Prosecuzione delle attività del DSM e degli specialisti ospedalieri presso il Carcere di Tolmezzo
<p>Il Piano aziendale per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario è stato siglato con la Direzione della Casa Circondariale il 18/12/17.</p> <p>Proseguono le attività del DSM, che è presente ogni 2 settimane, e con gli specialisti, che vengono attivati al bisogno.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.15 Ospedali psichiatrici giudiziari	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Superamento degli OPG attraverso le REMS come da modello regionale	Mantenimento della continuità della presa in carico da parte del CSM di competenza e precoce elaborazione di Progetti personalizzati alternativi alle misure detentive in stretta integrazione con l'UEPE e la magistratura di sorveglianza per utenti ristretti in REMS
<p>Ad oggi nessuno utente in carico ad DSM risulta accolto nelle REMS Regionali.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.16 Dipendenze – Mandato	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Collaborazione con l'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze.	Partecipazione dei referenti del gruppo tecnico operativo ad almeno il 70% delle riunioni indette dall'Osservatorio sulle Dipendenze. Invio e validazione dei dati per i flussi informativi regionali raccolti dell'osservatorio.
<p>Il responsabile del servizio ha sempre partecipato alle riunioni finora convocate.</p> <p>Si è mantenuto costante l'inserimento dei dati nel sistema informativo</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Partecipazione alla realizzazione di un workshop regionale, in collaborazione con il terzo settore sui trattamenti alcolologici.	Partecipazione dei almeno il 70% del personale dei Servizi per le dipendenze dedicati al trattamento alcolologico al workshop regionale
<p>Il workshop regionale, seguito ad una serie di incontri fra tutti gli attori regionali del sistema alcol cui il</p>	

<p>servizio ha regolarmente partecipato, è stato realizzato, con il nome "Trattamenti alcolologici 3.0" a Udine Sabato 25 novembre 2017.</p> <p>Il SerT ha partecipato nelle percentuali previste, in coerenza con il mantenimento dei servizi.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>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>	<p>1. Partecipazione alla realizzazione di una formazione a valenza regionale sulle misure alternative e messe alla prova.</p> <p>2. Aumento delle misure alternative e messe alla prova (2017 vs 2016).</p>
<p>La formazione regionale nel 2017 non era stata calendarizzata ed effettuata. Le misure alternative sono aumentate di una unità rispetto al 2016. Più marcato l'aumento delle messe alla prova, quasi raddoppiate rispetto al 2016, soprattutto in quanto è un istituto di recente attivazione.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	1. OBIETTIVO STRALCIATO 2. OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Partecipazione ai tavoli di monitoraggio sugli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale.</p>	<p>Individuazione di almeno 3 indicatori di outcome relativi agli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale.</p>
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Produzione di almeno 3 indicatori di outcome</p>	<p>Report con l'esito di almeno 3 indicatori di outcome.</p>
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>La referente dell'AAS3 è sempre stata presente al tavolo di lavoro.</p> <p>In luogo dei tre indicatori di outcome previsti, il tavolo di lavoro regionale delle assistenti sociali, analizzando le linee guida per l'attivazione di tirocinii di orientamento, formazione e inserimento o reinserimento finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia e alla riabilitazione in favore di persone prese in carico ai servizi sanitari competenti ha prodotto una scheda di valutazione che cerca di valutare la capacità dell'individuo nelle aree relazionale, professionale, dell'autonomia. Ogni soggetto inserito in un tirocinio, deve essere valutato attraverso questa scheda. Il tavolo ha prodotto anche uno schema tipo di convenzione da attivare tra Azienda sanitaria e soggetto ospitante.</p>	

3.3.17 Privacy	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Aumentare la raccolta del consenso informato, anche con la collaborazione dei MMG.</p>	<p>Riduzione della quota di cittadini che non hanno espresso il consenso</p>
<p>Il database che registra i consensi non ha uno storico, per cui non sono disponibili i dati per fare i confronti.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

3.3.18 Continuità assistenziale 116-117	
Continuità assistenziale 116-117	Le Aziende nel corso del 2017 predisporranno l'organizzazione con risorse infermieristiche, ancorché non sia ancora stata prevista l'apposita attivazione della linea telefonica dedicata da parte dei gestori telefonici, per garantire la continuità assistenziale dei pazienti in cura/assistenza domiciliare, coerentemente con l'Accordo Stato - Regioni.
All'interno del nuovo modello gestionale del POS di Gemona si era prevista una sperimentazione gestionale per la gestione del numero unico per rispondere e indirizzare rispetto a tutti servizi distrettuali. Tuttavia si è verificato che la strada non era percorribile, quindi la progettualità è stata momentaneamente sospesa.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

3.4 PROGETTI ATTINENTI LE ATTIVITA' CLINICO ASSISTENZIALI

3.4.1 Insufficienze d'organo e trapianti	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
CUORE	
Partecipazione ai lavori regionali per la predisposizione di almeno 2 percorsi assistenziali a valenza regionale (VAD e ECMO)	Evidenza della partecipazione ai lavori regionali
La partecipazione è stata garantita.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obiettivo aziendale: tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco <= 210 per 100000 ab di 50-74 anni	Risultato atteso: tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco <= 210 per 100000 ab di 50-74 anni (modalità calcolo "Bersaglio")
Nel 2017 il tasso è stato 188,96	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
RENE	
- potenziamento dialisi peritoneale e dei trapianti con l'obiettivo di ridurre i pazienti in emodialisi al di sotto del 46% del totale (trapiantati + emodializzati + dialisi peritoneale) - Potenziamento rete trapianti	1. % pazienti in emodialisi sul totale (trapiantati+emodializzati+dialisi peritoneale) <= 46% 2. Inserire almeno 1 paziente in lista per trapianto da vivente (contributo al raggiungimento obiettivo regionale) 3. studio di fattibilità per fare dialisi peritoneale a domicilio anche a pazienti/famiglie non completamente autonome, con la supervisione del CAP ed il supporto di volontari/assistenti domiciliari o di tecniche di teleassistenza. - Riduzione dei tempi di immissione in lista di attesa di trapianto (< 10 mesi) in almeno il 75% dei pazienti che hanno dato il consenso
<p>- Al 31/12/2017 i pazienti in emodialisi sono il 49.8% del totale dei pazienti seguiti per MRC terminale.</p> <p>- E' stato inserito 1 paziente in lista per trapianto da vivente.</p> <p>- E' stato avviato un progetto di telemonitoraggio, con analisi economica gestionale. Nel 2017 sono stati inseriti 25 pazienti nel progetto.</p> <p>- L'Azienda ha partecipato alla definizione di un PDTA, di procedure e documenti per incrementare ulteriormente la dialisi peritoneale in regione a livello regionale.</p> <p>-Tempi di immissione < 10 mesi nell'80% dei pazienti che hanno dato il consenso.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	1. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO VALORE REGIONALE: 50%

	2. OBIETTIVO RAGGIUNTO 3. OBIETTIVO RAGGIUNTO 4. OBIETTIVO RAGGIUNTO
PANCREAS	
Formalizzazione della filiera pancreas per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti	Evidenza della partecipazione ai lavori regionali
Partecipazione garantita, quando richiesta.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
tasso di amputazioni maggiori per diabete portandolo al di sotto di 30 casi per milione di residenti	tasso di amputazioni maggiori per diabete portandolo <= 30 per milione di residenti (modalità calcolo "Bersaglio")
Nel 2017 il tasso è stato di 25,63 per milione di residenti	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO VALORE REGIONALE: 25,63
FEGATO	
Formalizzazione di almeno 2 percorsi a valenza regionale dei quali almeno 1 riguarda i pazienti trapiantati	Evidenza della partecipazione ai lavori regionali
Partecipazione garantita, quando richiesta.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO Il rappresentante aziendale ha partecipato ad 1 incontro regionale su 4 complessive
Iscrizione in lista trapianto, presso il centro trapianti dell'ASUIUD, di almeno 50 pazienti nell'anno 2017 equamente distribuiti fra le AAS/ASUI in base alla popolazione residente	Iscrizione in lista trapianto di almeno 7 pazienti nell'anno 2017
L'Azienda segnala al centro di riferimento i pazienti candidabili al trapianto di fegato per la loro gestione e presa in carico.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO DATO CRT: 1 PAZIENTI ISCRITTO/TRAPIANTATO
POLMONE	
Formalizzazione rete polmone per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti	Evidenza della partecipazione ai lavori regionali
Partecipazione garantita, quando richiesta.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
Qualificazione dell'offerta dei servizi a favore dei pazienti con BPCO	1. Tasso di ospedalizzazione per BPCO <= 60 per 100.000 residenti di 50-74 anni (modalità calcolo "Bersaglio")

	<p>2. Formazione di 3 infermieri per ogni distretto sanitario per la gestione integrata con le Pneumologie di riferimento dell'ossigenoterapia domiciliare</p> <p>3. Formazione di 2 fisioterapisti per distretto, da parte delle Pneumologie di riferimento, finalizzata alla riabilitazione respiratoria ambulatoriale e domiciliare</p>
<p>Nel 2017 il tasso di ospedalizzazione è stato di 84,54</p> <p>Nei distretti 1 e 2 gli infermieri delle cure domiciliari seguono i pazienti in ossigenoterapia domiciliare, sulla base della formazione ricevuta in passato. Nei Distretti 3 e 4 si sta lavorando ad un progetto di presa in carico da parte dei CAP.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	<p>1. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</p> <p>Valore regionale: 84,54</p> <p>2. OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>3. OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</p>
OCCHI	
Potenziamento del programma di donazione cornee	+ 20% delle donazioni del 2015 a livello regionale
Nel 2017 il prelievo è stato eseguito su 27 persone.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	NEL 2015 ERANO STATI ESEGUITI 12 PRELIEVI
Aumento del numero di trapianti di cornea	almeno 100 in Regione
L'aas3 ha contribuito con l'aumento dei prelievi.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	A LIVELLO REGIONALE EFFETTUATI NEL 2017 135 TRAPIANTI
DONAZIONI D'ORGANI	
Donazione d'organi e altri tessuti	Nel 2017 la regione formalizzerà il protocollo per prelievo d'organi da paziente con accertamento del decesso con criteri cardiologici e il protocollo per la donazione multi-tessuto. L'AAS3 aderirà ai protocolli.
Non è stato formalizzato il protocollo regionale.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

3.4.2 Emergenza Urgenza

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

ICTUS

Misurazione dei tempi intercorrenti fra allertamento-TAC e TAC-trombolisi venosa (relazione di analisi dei dati 2016 e primo semestre 2017).	Trasmissione alla DCS di un report/semestre con i dati di attività
La procedura è espletata dalle aziende hub.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
Valutazione funzionale del paziente con ictus all'ingresso e all'uscita di ogni setting assistenziale	<p>Produzione e trasmissione alla DCS di un report semestrale sulla presenza e compilazione, nella cartella clinica, delle scale Barthel Index e Rankin Scale modificata.</p> <p>I dati dovranno essere raccolti su un campione di cartelle (ricoveri con DRG 14 o codici ICD-9-CM indicati) con le seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> - periodi di riferimento: 01/01/2017-30/06/2017 e 1/7/2017-31/12/2017; - campione cartelle: <ul style="list-style-type: none"> ospedali con ricoveri < 500/anno: 30 cartelle per periodo esaminate; ospedali con ricoveri > 500/anno: 50 cartelle per periodo esaminate; - rappresentatività delle diverse unità operative che accolgono e/o dimettono i pazienti, (campione proporzionato al numero dei ricoveri/anno di ciascuna unità operativa); - esclusione dal campione dei pazienti con esito ricovero "deceduto".
Nel corso del 2017 le valutazioni della scale Barthel Index sono state 91% all'accesso e 68% alla dimissione; per la Rankin Scale modificata sono state 55% all'accesso e 68% alla dimissione.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
EMERGENZE CARDIOLOGICHE	
Formalizzazione di un percorso assistenziale che definisca anche specifici indicatori di esito	Evidenza della partecipazione ai lavori regionali
La collaborazione è garantita, quando richiesta.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
La collaborazione è garantita, quando richiesta.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

TRAUMA	
Formalizzazione di un sistema di indicatori clinici per il monitoraggio dei tempi e degli esiti	Evidenza della partecipazione ai lavori regionali
La collaborazione è garantita, quando richiesta.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
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.
I pazienti sono trattati nei tempi nell'81,0% dei casi.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO VALORE REGIONALE: 81%
PRONTO SOCCORSO ED URGENZA EMERGENZA	
Aumentare la percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde, ad almeno l'80% (spoke) o 65% (hub) (media regionale 2015 del 65,89% - fonte Bersaglio)	% pazienti con tempo di attesa dei codici verdi <=1 ora >= l'80%
I pazienti sono trattati nei tempi nell'71,57% dei casi.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO VALORE REGIONALE: 71,57%
Aumentare la percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore, portandola a valori superiori all'85% (spoke) e 75% (hub) (media regionale 2015 del 78,24% - fonte Bersaglio)	% pazienti con codice verde con permanenza in PS<=4h non inviati a ricovero >85%
I pazienti sono trattati nei tempi nell'84,02% dei casi.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO VALORE REGIONALE: 84,02%
Revisione e confronto interaziendali della gestione clinica per 3 eventi patologici acuti, più frequenti.	Almeno 3 percorsi: cardiopatia ischemica, sepsi, urgenze vertebro-midollari, eventi acuti da trattare con radiologia interventistica, ustioni.
Vi è stato un contatto con la Direzione sanitaria ASUID, affinché la revisione clinica dei percorsi individuati dall'AAS3 entri nella programmazione operativa annuale dell'ASUIUD, ma nel 2017 non vi è stato alcun seguito.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO SONO STATI REALIZZATI DEGLI INCONTRI TRA IL PS BURLO E I DIRETTORI SC DI PEDIATRIA DI AAS2, AAS3, AAS5 (PERCORSI CLINICI: CHETOACIDOSI DIABETICA, GESTIONE FLUIDI, USTIONI)

3.4.3 Reti di patologie	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
MALATTIE RARE	
Produrre almeno 1 percorso assistenziale per ogni gruppo nosologico	Percorsi prodotti entro il 31 dicembre 2017
L'Azienda non è titolare di percorsi assistenziali per malattie rare, ma si coordina col centro hub per l'invio e l'eventuale gestione del paziente.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
Implementazione, da parte dei presidi autorizzati, del flusso informativo al registro regionale di cui al DM 279/2011.	Evidenza dell'implementazione del flusso informativo al registro regionale di cui al DM 279/2011.
E' garantito il collegamento con il centro Hub per le malattie rare.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
MALATTIE REUMATICHE	
Monitoraggio dell'applicazione dei percorsi assistenziali già formalizzati.	Monitoraggio dell'applicazione dei 2 percorsi assistenziali
Nel 2017 non si è riusciti ad implementare il controllo di tali linee di lavoro.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
Evidenza nel sito aziendale dei medici reumatologi aggregati alle medicine interne	Evidenza sul sito aziendale dei medici reumatologi entro il 30 giugno.
L'informazione è disponibile on line.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.4.4 Materno-infantile	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Responsabilizzazione diretta delle ostetriche nella gestione del percorso per la gravidanza fisiologica	presenza dell'ambulatorio di gravidanza fisiologica a gestione ostetrica
L'attività è garantita nella sede di San Daniele e di Tolmezzo.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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%
14,54%	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
I parti indotti farmacologicamente devono essere ridotti al di sotto del 20% (fonte Bersaglio escluso i parti pilotati).	Parti indotti farmacologicamente < 20%

19,04%	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Viene stilato l'elenco degli interventi chirurgici pediatrici che, per assicurare adeguati livelli di sicurezza e qualità è necessario centralizzare in un'unica struttura o essere eseguiti, eventualmente in più sedi, da una sola équipe chirurgica ed anestesiologicala.	Collaborare con il Burlo a stilare l'elenco degli interventi chirurgici pediatrici che, per assicurare adeguati livelli di sicurezza e qualità è necessario centralizzare in un'unica struttura o essere eseguiti da una sola équipe chirurgica ed anestesiologicala del Burlo.
La partecipazione è garantita, quando richiesta.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.4.5 Percorso nascita	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Miglioramento della qualità, sicurezza e appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita	Verifica dell'attuazione di quanto previsto nei provvedimenti nazionali e regionali
Nel mese di giugno è stato superato l'accreditamento all'eccellenza secondo gli standard ACI:	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Partecipazione alle attività del Comitato percorso nascita regionale	Individuazione nuovo referente
Il tavolo regionale non risulta essere stato convocato. Il nuovo referente aziendale sarà il Direttore della SOC Ostetricia ginecologia.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Supporto ed aiuto alle giovani famiglie dopo il parto, con specifico servizio domiciliare e ambulatoriale	Presenza in carico di almeno il 30% dei nati
L'Attività svolta sia con l'invio delle ostetriche a domicilio nel territorio montano e nelle situazioni di bisogno sociale, sia con l'attività dell'ambulatorio mamma-bambino.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

3.4.6. Sangue ed emocomponenti	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Garantire la sicurezza trasfusionale attraverso la partecipazione ai programmi regionali di sorveglianza del rischio trasfusionale.	Evidenza della partecipazione ai programmi regionali
L'AAS3 garantisce l'adesione agli standard di accreditamento del sistema trasfusionale, per quanto di competenza; assicura la gestione di deviazioni/non conformità, la segnalazione delle reazioni avverse, ecc.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

Implementazione del PBM (Patient Blood Management) da applicare in chirurgia ortopedica maggiore elettiva dell'adulto	Evidenza della valutazione di almeno il 20% dei candidati anemici a interventi elettivi di ortopedia maggiore
Nel 2017 è stata discussa la procedura in COBUS, per una sua adozione nel 2018	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.4.7 Erogazione dei livelli assistenziali

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Incremento dei livelli di appropriatezza dei ricoveri	<ol style="list-style-type: none"> tasso di ospedalizzazione ≤ 125 per mille % ricoveri in Day Hospital medico per acuti con finalità diagnostica $\leq 30\%$ per gli adulti e $\leq 50\%$ per i pediatrici (valore medio regionale del 2014 di 37,37% per gli adulti e 69,57% per i pediatrici – fonte Bersaglio) % ricoveri medici oltre soglia per pazienti ≥ 65 anni $\leq 4\%$ (valore medio regionale 2014 di 5,23% - fonte Bersaglio)
<p>- tasso di ospedalizzazione standardizzato: 118,77</p> <p>- % ricoveri in Day Hospital medico per acuti con finalità diagnostica = 11,6% per gli adulti e = 35,6% per i pediatrici</p> <p>- % ricoveri medici oltre soglia per pazienti ≥ 65 anni = 4,4%</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	<p>1. OBIETTIVO RAGGIUNTO VALORE REGIONALE 119,11</p> <p>2. OBIETTIVO RAGGIUNTO VALORE REGIONALE: ADULTI 12,04 – PEDIATRICI 34,78</p> <p>3. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO VALORE REGIONALE: 4,49</p>
Recupero della fuga extra-regionale di ricovero e di specialistica ambulatoriale rispetto ai dati 2015.	Recupero di almeno il 25% della fuga extra-regionale per i residenti dell'AAS3 (dato cumulativo).
Il dato non è ancora valutabile, perché non è disponibile la fuga extraaziendale 2017.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
<p>Individuazione da parte di pacchetti di prestazioni da eseguire in day service ambulatoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Percorso per la fase diagnostica e di follow-up all'interno del PTDA della mammella - Percorso per disabili gravi con necessità di assistenza ad alto contenuto sanitario - Completamento dell'iter diagnostico per pazienti 	Trasmissione delle proposte alla DCS per l'autorizzazione entro il 30 giugno 2017

da avviare ad intervento chirurgico - Accesso per lesioni cutanee (piede diabetico, lesioni da pressione, ...)	
Nel corso del 2017 i diversi tavoli di lavoro hanno riletto i percorsi dei pazienti sia in termini clinici che organizzativi, tracciandone il percorso amministrativo da proporre alla DCS.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Rischio clinico	
Obiettivo aziendale: Strutturazione della rete in accordo con la delibera n. 1970 del 21.10.2016 "DM 279/2001 – Rete Cure Sicure FVG Della Regione Friuli Venezia Giulia: Modello Organizzativo"	Attivazione dei momenti organizzativi previsti a livello aziendale e collaborazione alla rete regionale. Implementazione del risk management all'interno dei processi aziendale attraverso lo strumento di audit clinici in caso di sinistri o di altre segnalazioni (incident report, near miss,..)
<ul style="list-style-type: none"> - L'azienda ha strutturato la rete Cure sicure come da delibera n. 1970 del 21.10.2016 "DM 279/2001 ed ha collaborato alle rete regionale secondo il programma definito dal tavolo regionale Rischio Clinico. - E' stata implementata l'attività di audit non solo per gli Eventi sentinella, ma anche per near miss. Nel 2017 a seguito di segnalazioni (near miss), sono stati effettuati 5 audit interni 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Adozione delle misure di "antimicrobial stewardship" già definite a livello regionale	<ul style="list-style-type: none"> - valutazione dell'aderenza alle linee guida terapeutiche regionali; - implementazione e valutazione dell'impatto delle azioni in essere; - adozione di specifiche misure per il coinvolgimento nel programma regionale di setting clinico-assistenziali extra-ospedalieri (cure intermedie); - adozione e la promozione delle strategie per favorire l'empowerment di pazienti e cittadini sull'uso più razionale e consapevole degli antibiotici.
<ul style="list-style-type: none"> - effettuata Valutazione dell'adesione alle Linee Guida Regionali per il trattamento delle polmoniti batteriche negli Ospedali e Case di Cura Private Convenzionate del Friuli-Venezia Giulia, per i pazienti ricoverati nel mese di giugno-febbraio 2017 secondo il protocollo regionale, inviato via mail il data base per l'AAS3 alla regione in data 24/05/2017 - il 1 giugno partecipazione dei responsabili di programma aziendali per "antimicrobial stewardship al corso di formazione regionale - Il 15 dicembre 2017 è stato effettuato un incontro con i cittadini dal titolo "Le infezioni nei luoghi di 	

cura" presso il POS di Gemona.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Garantire la sicurezza del farmaco	<ul style="list-style-type: none"> - mantenimento delle azioni sull'uso prudente dei farmaci (con un ulteriore focus su target di popolazione individuati attraverso le rilevazioni effettuate nel 2016); - sistematica adozione della riconciliazione farmacologica nei diversi contesti assistenziali; - predisposizione e la diffusione della reportistica periodica destinata ai medici di medicina generale.
<p>Sono state riviste, adottate e diffuse la maggior parte delle procedure aziendali relativi alla gestione in sicurezza del farmaco.</p> <p>E' stata costituita la "commissione aziendale per il buon uso del farmaco" decreto n. 82 del 18.04.17, che a fine ottobre ha approvato il Prontuario Terapeutico Aziendale</p> <p>E' stata avviata la sperimentazione della riconciliazione farmacologica presso il Dipartimento di Salute Mentale.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	L'OBIETTIVO DI PREDISPOSIZIONE E LA DIFFUSIONE DELLA REPORTISTICA PERIODICA DESTINATA AI MEDICI DI MEDICINA GENERALE È STATO STRALCIATO
Empowerment dei cittadini e dei pazienti sulle tematiche del rischio	<ul style="list-style-type: none"> - valutazione dell'utilizzo del modulo di "integrazione della lettera di dimissione"; - predisposizione e la diffusione dei materiali informativi destinati ai cittadini
<p>I materiali informativi sono stati presentati agli operatori durante i corsi di formazione realizzati nei mesi di aprile e maggio per l'accreditamento all'eccellenza ACI.</p> <p>I fogli informativi inoltre sono stati diffusi dal personale della SOS QARC a tutte le strutture territoriali interessate, sono stati inseriti neò sito aziendale, e diffusi ai cittadini in occasione dell'incontro effettuato con i cittadini il 15/12/2017.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Partecipazione alla "Point Prevalence Survey" e diffusione capillare dei risultati	Evidenza della diffusione dei risultati della Point Prevalence Survey
<p>10 operatori dell'azienda hanno partecipato al corso della regione dei rilevatori aziendali.</p> <p>La Point Prevalence Survey in programma nel mese di ottobre- novembre 2017, è stata effettuata nel mese di ottobre in tutti i reparti che effettuano ricoveri.</p> <p>Il data base è stato inviato in regione in data 24/11/2017, i dati potranno essere diffusi dopo l'elaborazione a livello regionale.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Avviare la valutazione dello stato nutrizionale del paziente	Adozione di strumenti per la valutazione dello stato nutrizionale del paziente

Nel mese di ottobre 2017 in tutti i reparti ospedalieri che hanno ricoveri ordinari in occasione dell'indagine di prevalenza sulle infezioni correlate all'assistenza e sull'uso di antibiotici è stato valutato anche lo stato nutrizionale. Sono stati infatti raccolti i dati di peso e altezza che permettono il calcolo del BMI ed il numero di pazienti che erano in terapia parenterale ed enterale i dati elaborati a livello regionale saranno diffusi nel 2018.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Rischio clinico	Strutturazione della Rete in accordo con la Delibera 1970 del 21/10/16 "Rete Cure Sicure FVG: modello organizzativo"
<p>Sono stati individuati i referenti Aziendale di Programma (RAP) per ciascuna linee di lavoro regionale, i nominativi sono pubblicati sul sito: https://egas.sanita.fvg.it/it/aree-tematiche/rete-cure-sicure-fvg/struttura-organizzativa/</p> <p>Gli stessi hanno partecipato al corso di formazione regionale nel mese di maggio e giugno, ed hanno iniziato ad individuare la propria rete dei link professional,</p> <p>Si sono effettuati 2 incontri con i responsabili di programma aziendali (13/07/2017 e 30/08/2017) per la formazione dei link professional aziendali, organizzato due corsi di formazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> o "Formazione dei Link professional AAS3: «Incident Reporting», rischio cadute, buon uso del sangue" in data 22/11/2017 a cui hanno partecipato 63 operatori; o "Formazione dei Link professional AAS3: « Rischio Infettivo, Antimicrobial Stewardship, Sicurezza nell'uso dei farmaci, Polifarmacoterapia" in data 14/12/2017 a cui hanno partecipato 68 operatori; <p>Al 31/12/2017 la percentuale di link formati sul totale dei link identificati per i vari programmi, sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Buon Uso del sangue 77% o Incident Reporting 72% o Cadute 70% o Infezioni 70% o Antimicrobial Stewardship 41% o Sicurezza dei farmaci 56% o Polifarmacoterapia 32% 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Qualità ed appropriatezza nell'erogazione delle cure	
Analisi delle attività e dei volumi nei settori della <i>chirurgia oncologica</i> e della <i>chirurgia pediatrica</i> , anche fornendo da parte della DCS indicazioni di benchmarking.	<ul style="list-style-type: none"> - evidenza della convenzione con l'IRCCS Burlo per la chirurgia pediatrica - evidenza dell'attribuzione e valutazione dei privilegi per la chirurgia oncologica
<p>La convenzione con il Burlo è attiva.</p> <p>L'attività di valutazione dei privilegi è stata rimandata al 2018, dato che nel 2017 ci sono stati degli avvicendamenti nelle strutture di Urologia e Ginecologia e che era in divenire l'organizzazione della chirurgia oncologica per la mammella, colon-retto e stomaco.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
Redigere, con l'aiuto degli specialisti medici,	evidenza della lista di interventi/esami da

alcune liste di interventi da prescrivere con maggior prudenza poiché spesso non necessari, inutili o addirittura potenzialmente dannosi, aderendo al programma internazionale di choosing wisely	prescrivere con maggior prudenza
All'interno della revisione del percorso della Day Surgery sono stati rivisti gli esami ematochimici e radiologici da far eseguire al paziente nel pre-ricovero.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

3.4.10 Struttura intermedia per disabili gravi con necessità di assistenza ad alto contenuto sanitario	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Organizzare una risposta alle necessità delle famiglie e dei disabili quando non sono più caratterizzati dalla fase acuta/diagnostica, ma presentano riacutizzazioni di una malattia ormai stabile e nota.	- Sperimentazione di posti letto in una struttura intermedia per disabili gravi con necessità di assistenza ad alto contenuto sanitario, da sviluppare in stretta sinergia con la SOC Pediatria - Sperimentazione di percorsi in day-service
<p>Nel territorio aziendale al momento ci sono 4 situazioni di gravi disabilità con necessità di assistenza ad alto contenuto sanitario. I servizi stanno garantendo l'assistenza a domicilio, ma nel contempo hanno predisposto un dossier sanitario ed hanno informato l'equipe aziendale, in modo tale che al bisogno possa essere garantita l'accoglienza e l'assistenza necessaria.</p> <p>E' stata adottata la politica aziendale relativa la "Presenza in carico di disabili con necessità di assistenza ad alto contenuto sanitario".</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.5 ASSISTENZA FARMACEUTICA

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
<p>Al 31.12.2017 la spesa farmaceutica territoriale netta ha fatto registrare una sostanziale riduzione rispetto all'anno precedente (-2,0%) con una spesa netta pro-capite (123,46€) al di sotto del target fissato (125€).</p> <p>La farmaceutica diretta pur registrando una crescita pari al +4,7% ha in ogni caso rispettato gli standard fissati ponendosi al di sotto del target individuato dalle Linee per la Gestione del SSR 2017. In analogia la spesa Ospedaliera ha segnato un -2,4% con risultati ben al di sotto dell'1% indicato come obiettivo specifico. Al contrario la DPC è incrementata rispetto al 2016 di 9.1 punti percentuali nonostante valori pro-capite già al di sopra della media regionale.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
Prescrittori	
<p>1. Dovranno essere individuati specifici obiettivi per tutti i prescrittori, correlati ad indicatori di risultato predefiniti, sia a livello territoriale (distrettuale, ambulatoriale, MMG) che ospedaliero. A tal fine gli Enti del SSR effettueranno un monitoraggio periodico sull'utilizzo delle categorie di farmaci a maggior impatto di spesa e rischio di inappropriately favorendo l'impiego di medicinali con il miglior rapporto di costo-efficacia, redigendo un report semestrale con evidenza delle azioni intraprese nel corso del primo e secondo semestre da inviare alla DCS sia con riferimento alle iniziative di audit e feedback che alle iniziative più significative adottate (in particolare oncologici, immunologici, farmaci per l'epatite C, terapie intra-vitreali, farmaci del PHT_DPC, equivalenti, biosimilari).</p>	<p>1. Invio di due report a cadenza semestrale da cui si evincano:</p> <ul style="list-style-type: none"> - obiettivi negoziati con i prescrittori - azioni intraprese.
<p>Attuazione al 31.12.2017: report inviato in data 31.01.2018. Sul versante ospedaliero/ specialistico con ricadute sulla componente territoriale, sono stati individuati una serie di obiettivi in linea con le indicazioni regionali volti a migliorare l'appropriatezza delle prescrizioni e a ridurre la polifarmacoterapia. In particolare sono stati condivisi con gli specialisti i seguenti obiettivi specifici:</p>	

-nessun paziente naive per terapie con indicazione per il trattamento con HMGC_oA riduttasi dimesso con statine a tutela brevettuale attiva
 -in ambito urologico prediligere i farmaci per il trattamento del carcinoma prostatico i farmaci dal minor costo per il SSR;
 -impiego esteso dei biosimilari in campo reumatologico, nefrologico e diabetologico.
 Il monitoraggio è stato periodicamente effettuato anche se non sempre sono stati raggiunti gli obiettivi prefissati.

A titolo esemplificativo si riporta quanto segue:

- epoetina rapporto DDD biosimilare / DDD totali 68%
- insulina glargine rapporto DDD biosimilare / DDD totali 38%
- etanercept rapporto DDD biosimilare / DDD totali 11%
- infliximab rapporto DDD biosimilare / DDD totali 81%

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO																											
Distribuzione diretta farmaci ad alto costo																												
2. Nell'ambito della distribuzione diretta dei farmaci ad alto costo le Aziende eroganti in tale ambito definiscono idonei percorsi che consentano la verifica dell'appropriatezza d'uso anche da parte delle AAS di residenza del paziente.	2. Invio alla DCS dell'evidenza delle attività svolte																											
<p>Attuazione al 31.12.2017: a fronte dell'analisi dei medicinali erogati dal centro hub, sia in classe A che in classe H, sono evidenziati alcuni settori di potenziale intervento per favorire la prescrizione e l'erogazione di medicinali biosimilari e a brevetto scaduto oggetto di aggiudicazione EGAS (inibitori del TNF e della protein-tirosin-chinasi). I dati sono stati trasmessi alla direzione sanitaria aziendale.</p>																												
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO																											
Prescrizione medicinali a brevetto scaduto																												
3. In ambito territoriale la prescrizione dei medicinali a brevetto scaduto, con particolare riferimento alle classi terapeutiche individuate dagli indicatori AIFA-MEF presenti sul sistema Tessera Sanitaria (TS), dovranno tendere ai valori target indicati.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">CLASSE</th> <th style="text-align: center;">% media FVG (gen-ago 2016)</th> <th style="text-align: center;">% target nazionale a cui tendere†</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>C09CA - antagonisti dell'angiotensina II, non associati</td> <td style="text-align: center;">81,30%</td> <td style="text-align: center;">92,20%</td> </tr> <tr> <td>C09DA - antagonisti dell'angiotensina II e diuretici</td> <td style="text-align: center;">76,53%</td> <td style="text-align: center;">87,80%</td> </tr> <tr> <td>C10AA - inibitori della HMG COA riduttasi</td> <td style="text-align: center;">79,25%</td> <td style="text-align: center;">86,10%</td> </tr> <tr> <td>G04CB - inibitori della testosterone 5-alfa riduttasi</td> <td style="text-align: center;">39,62%</td> <td style="text-align: center;">49,50%</td> </tr> <tr> <td>J01MA - fluorochinoloni</td> <td style="text-align: center;">87,35%</td> <td style="text-align: center;">90,30%</td> </tr> <tr> <td>M05BA - bifosfonati</td> <td style="text-align: center;">82,27%</td> <td style="text-align: center;">88,20%</td> </tr> <tr> <td>N03AX - altri antiepilettici</td> <td style="text-align: center;">90,99%</td> <td style="text-align: center;">98,10%</td> </tr> <tr> <td>N02CC - agonisti selettivi dei recettori 5HT₁</td> <td style="text-align: center;">90,23%</td> <td style="text-align: center;">93,70%</td> </tr> </tbody> </table>	CLASSE	% media FVG (gen-ago 2016)	% target nazionale a cui tendere†	C09CA - antagonisti dell'angiotensina II, non associati	81,30%	92,20%	C09DA - antagonisti dell'angiotensina II e diuretici	76,53%	87,80%	C10AA - inibitori della HMG COA riduttasi	79,25%	86,10%	G04CB - inibitori della testosterone 5-alfa riduttasi	39,62%	49,50%	J01MA - fluorochinoloni	87,35%	90,30%	M05BA - bifosfonati	82,27%	88,20%	N03AX - altri antiepilettici	90,99%	98,10%	N02CC - agonisti selettivi dei recettori 5HT ₁	90,23%	93,70%
CLASSE	% media FVG (gen-ago 2016)	% target nazionale a cui tendere†																										
C09CA - antagonisti dell'angiotensina II, non associati	81,30%	92,20%																										
C09DA - antagonisti dell'angiotensina II e diuretici	76,53%	87,80%																										
C10AA - inibitori della HMG COA riduttasi	79,25%	86,10%																										
G04CB - inibitori della testosterone 5-alfa riduttasi	39,62%	49,50%																										
J01MA - fluorochinoloni	87,35%	90,30%																										
M05BA - bifosfonati	82,27%	88,20%																										
N03AX - altri antiepilettici	90,99%	98,10%																										
N02CC - agonisti selettivi dei recettori 5HT ₁	90,23%	93,70%																										
<p>Attuazione al 31.12.2017: nonostante i numerosi incontri per AFT effettuati nel corso del 2017 in cui gli indicatori AIR e AIFA-MEF sono sempre stati presentati, a livello aziendale il target è stato raggiunto solo per tre indicatori (AIFA MEF) su otto (C09CA C09DA G04CB).</p>																												
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO																											
3/8 CATEGORIE A TARGET																												
Biosimilari																												

<p>4. Per i biosimilari dovranno essere assicurate azioni di incentivazione. In particolare le prescrizioni di biosimilari, ovvero di farmaci aggiudicatari di gara regionale con il profilo costo-efficacia più favorevole nell'ambito delle categorie in cui è presente l'alternativa biosimile, dovranno attestarsi per i nuovi pazienti, al miglior valore possibile ovvero dovranno rappresentare una quota non inferiore all'80% del totale delle prescrizioni/confezioni erogate, ferma restando comunque la possibilità per il prescrittore di indicare il farmaco più opportuno motivando la scelta effettuata a seconda delle indicazioni d'uso e delle popolazioni interessate, secondo percorsi definiti a livello aziendale.</p>	<p>4. Invio alla DCS di una relazione annuale sull'attività svolta.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017: I risultati raggiunti grazie all'attività di promozione della prescrizione dei medicinali biosimilari sono riportati in una relazione inviata dalla direzione generale AAS3 alla DCS (prot. 4869 del 31.01.2018).</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Percentuali utilizzo medicinali a brevetto scaduto e biosimilari	
<p>5. Oltre alla promozione d'uso di medicinali a brevetto scaduto e biosimilari a livello territoriale, dovranno essere valutate a campione, in tempistiche e reparti che saranno comunicati dalla direzione centrale, le percentuali di utilizzo di queste categorie di medicinali e le % di prescrizioni in dimissione o dopo visita ambulatoriale</p>	<p>5. Analisi a campione su indicazione della DCS e comunicazione degli esiti nelle tempistiche indicate.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017: sulla scorta delle indicazioni regionali sono state riviste tutte le cartelle cliniche/lettere di dimissione dei pazienti dimessi a seguito di ricovero/ accesso ambulatoriale per le aree terapeutiche indicate, al fine di verificare l'utilizzo dei medicinali a brevetto scaduto ovvero dei medicinali dal miglior rapporto di costo efficacia. (nota prot. 0015649/P DCS). La relazione è stata inviata alla direzione aziendale in data 18.12.2017.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Medicinali registro Aifa	
<p>6. La prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA dovrà avvenire nel rispetto delle indicazioni prefissate, assicurando la registrazione di tutti i dati richiesti, al fine di assicurare appropriatezza d'uso e consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing. La richiesta del farmaco dovrà sempre essere accompagnata dalla scheda di registrazione paziente nel registro. A tal fine potranno essere</p>	<p>6. Evidenza dei monitoraggi / controlli effettuati e delle attività intraprese (incontri, comunicazioni etc.) per sensibilizzare le strutture in cui sono state riscontrate eventuali criticità</p>

<p>programmate analisi a campione da parte della direzione centrale.</p>	
<p>Attuazione al 31.12.2017: ogni terapia è stata erogata unicamente a fronte dell'inserimento del paziente nei registri ad assicurare l'appropriatezza prescrittiva; sono inseriti a sistema tutti i dati richiesti per la prescrizione, il monitoraggio della risposta al trattamento, l'erogazione dei medicinali, la chiusura della scheda paziente e le richieste di rimborso. Sono individuate, segnalate e monitorate fino a risoluzione della criticità eventuali situazioni di non conformità anche in collaborazione con help-desk AIFA. Un monitoraggio settimanale delle terapia prescritte ed erogate è trasmesso ai prescrittori per sollecitare eventuali mancati inserimenti (documentazione agli atti). Nel 2017 sono stati rimborsati ad AAS3 circa 180.000€.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Distribuzione diretta 1° ciclo terapia	
<p>7.a A seguito di dimissione da ricovero e/o di visita specialistica ambulatoriale dovrà essere assicurata l'erogazione del 1° ciclo di terapia in distribuzione diretta. L'attività di distribuzione diretta continua ad essere garantita nell'ambito della residenzialità, della semi-residenzialità e dell'assistenza domiciliare presso tutte le strutture afferenti alle Aziende per l'assistenza sanitaria.</p> <p>7.b Inoltre relativamente ai medicinali di nuova autorizzazione all'immissione in commercio e che sono inseriti nell'elenco dei farmaci erogabili in DPC, le aziende sanitarie attueranno ogni utile percorso per favorire la distribuzione diretta nelle more della effettiva disponibilità di tali medicinali in DPC fornendo anche le opportune informazioni ai prescrittori.</p>	<p>7.a Le aziende danno evidenza del ricorso al 1° ciclo di terapia e alla distribuzione diretta</p> <p>7.b Le aziende danno evidenza delle eventuali comunicazioni ai prescrittori in merito ai nuovi farmaci inseriti in DPC temporaneamente non disponibili sulla piattaforma</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017: L'evidenza del ricorso al 1° ciclo e alla distribuzione diretta sono riportati in una relazione inviata dalla direzione generale AAS3 alla DCS (prot. 4869 del 31.01.2018). Sul versante della DPC i prescrittori sono stati informati della disponibilità del prodotto quando in carico al magazzino EGAS. Nel contempo, è stata data sempre indicazione di privilegiare le molecole disponibili sino a quel momento.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Distribuzione per conto	
<p>8. Per i medicinali in DPC per i quali si rilevi un elevato ricorso alla non sostituibilità da parte del prescrittore, le aziende attuano specifici approfondimenti con i prescrittori, dando evidenza alla direzione centrale dei monitoraggi effettuati e delle azioni adottate.</p>	<p>8. Le aziende danno evidenza dei monitoraggi effettuati e delle azioni adottate.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017: la clausola di non sostituibilità viene apposta con maggiore frequenza per alcuni medicinali psichiatrici e reumatologici. Per i primi, una comunicazione è stata inoltrata al</p>	

<p>responsabile del dipartimento con l'indicazione di adottare la prescrizione per principio attivo o di individuare il medicinale oggetto di aggiudicazione EGAS (di cui si è trasmessa lista). Per i farmaci reumatologici comunicazione è stata trasmessa alle direzioni sanitarie dei centri prescrittori.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Integrazione farmacie	
<p>9. Oltre alla DPC le aziende promuovono l'attività di integrazione delle farmacie nel SSR nell'ambito della farmacia dei servizi, con particolare riferimento alle farmacie ubicate nelle zone più disagiate, prioritariamente su temi quali le patologie croniche, l'aderenza alle terapie, la prevenzione di interazioni ed eventi avversi.</p>	<p>9. Evidenza delle specifiche azioni/attività intraprese nell'ambito della farmacia dei servizi.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017: nel corso del 2017 tutte le farmacie dell'AAS3 sono state integrate nel sistema CUP con visibilità di tutte le agende. Inoltre è stata avviata la fase di accettazione dei campioni biologici dello screening colon-retto.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Farmacovigilanza	
<p>10. Sul tema della farmacovigilanza continuano le attività già avviate a livello regionale dalla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, quali la segnalazione spontanea in pronto soccorso, la segnalazione nell'ambito della dimissione da ricovero ospedaliero. Verranno inoltre avviati un percorso formativo a distanza (FAD) specifico sull'utilizzo della nuova piattaforma nazionale Vigifarmaco, nonché i progetti di farmacovigilanza attiva approvati dall'Agenzia italiana del farmaco. Su tali iniziative gli Enti del SSR assicurano la partecipazione dei sanitari interessati e per il supporto alle attività organizzative. In tale ambito continua a trovare applicazione la convenzione di cui alle DGR 435/2013 e 2199/2014. In generale, anche tramite convenzione della direzione centrale con gli Enti del SSR potranno essere avviati progetti sulle attività stabilite dalla DGR 1365/2015, volti a favorire un'informazione indipendente sull'impiego sicuro del farmaco, utilizzando i fondi statali dedicati a tali iniziative.</p>	<p>10. Riscontro sulla partecipazione da parte degli enti alle progettualità avviate dalla DCS e da parte degli operatori alle attività formative organizzate dalla stessa (report)</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017: Nel corso del 2017 è stato dato corso alle indicazioni regionali sui FAD di Farmacovigilanza ed è stata assicurata la presenza alle riunioni/ attività promosse e coordinate dalla DCS.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

Appropriatezza uso dispositivi assistenza integrativa	
<p>11. Le aziende potenziano il monitoraggio e la verifica dell'appropriatezza d'uso dei dispositivi per l'assistenza integrativa al fine di porre in essere ogni azione utile ad una razionalizzazione della spesa e dei consumi di tali prodotti.</p> <p>Dovranno, inoltre, essere avviate a livello aziendale o in collaborazione tra aziende iniziative che prevedano differenti modalità di erogazione/distribuzione dell'assistenza integrativa. In particolare, per quanto riguarda l'erogazione di ausili di assistenza protesica, gli enti del SSR dovranno favorire la distribuzione diretta come pure dovranno prevedere, relativamente agli ausili per diabetici modalità di erogazione vantaggiose per l'SSR (es. diretta, accordi con le farmacie).</p>	<p>11. Invio di evidenze sui monitoraggi effettuati (es. dispositivi per diabetici) e delle specifiche iniziative intraprese.</p> <p>Valutazione/avvio di nuove, più vantaggiose ed efficienti azioni da intraprendere per il SSR in merito alla modalità di erogazione e acquisizione dei dispositivi medici.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017: è mantenuta la distribuzione diretta degli ausili di assistenza protesica acquisiti tramite gare EGAS su autorizzazione dei distretti di riferimento che ne monitorano l'appropriatezza d'impiego.</p> <p>E' stata inoltrata una richiesta a Federfarma per l'erogazione in DPC delle strisce per il controllo della glicemia. I dati a sistema evidenziano peraltro che l'AAS3 è l'azienda con il residuo di ausili per l'assistenza protesica erogati tramite le farmacie più basso a livello regionale. In questo ambito continua l'attività di governo avviata.</p> <p>Infine è stata condotta un'analisi per valutare l'appropriatezza d'uso delle strisce reattive. I MMG che evidenziavano consumi anomali per tipologia di pazienti in terapia sono stati contattati al fine di verificare la congruenza delle prescrizioni di detti dispositivi nei casi di particolare scostamento dalle indicazioni regionali.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Cartella oncologica	
<p>12. La cartella oncologica informatizzata dovrà essere implementata relativamente ai campi: diagnosi/sede,, protocollo/farmaco, stadiazione con un grado di completezza pari ad almeno il 95% dei pazienti</p>	<p>12. Completezza cartella >0 95%</p>
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	<p>Onco Tolmezzo 95,59; Onco San Daniele 98,61</p>
Aziende con logistica centralizzata	
<p>13. Garantire la copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM per l'85% delle confezioni destinate alla</p>	<p>13. Prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM >=85%</p>

<p>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>Attuazione al 31.12.2017: tutte le prescrizioni sono implementate nell'applicativo PSM in sede di erogazione; in ambito aziendale il trend delle prescrizioni redatte in formato cartaceo si attesta al 6%. Sono escluse le erogazioni di alcuni farmaci da registro AIFA (ad es. lenalidomide) per la quale non sono state ancora definite le modalità di acquisizione centralizzata.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO PSM ITER ELETTRONICO: 77% PSM TUTTO 97,5% PERSONALIZZATA TUTTA (ASCOT + PSM): 98,3%</p>
<p>Prescrizione informatizzata piano terapeutici</p>	
<p>14. Tutte le Aziende dovranno garantire il ricorso (prima prescrizione e rinnovi) alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici implementati/disponibili a sistema, tramite l'applicativo PSM-PT, in almeno il 50% dei nuovi pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive. Va inoltre assicurato il controllo dei piani terapeutici ed il rispetto delle note limitative AIFA, favorendo l'implementazione di tale sistema informatizzato.</p>	<p>14. % di ricorso alla prescrizione informatizzata tramite PSM-PT per i nuovi pazienti >=50% Effettuazione dei controlli effettuati sul rispetto delle modalità prescrittive per i medicinali soggetti a PT/nota AIFA (report)</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017: in fase di erogazione del primo ciclo di terapia e continuità assistenziale il controllo della presenza delle note limitative e dei piani terapeutici è sempre stato assicurato. Per quanto attiene all'informatizzazione delle prescrizioni e dei piani, si è provveduto a sollecitare l'uso degli strumenti informatizzati ovvero ne' è stata migliorato l'impiego rispetto all'anno precedente.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO PSM-PT: % su nuovi: 46%</p>
<p>Flussi informativi</p>	
<p>15. Le Aziende sanitarie assicurano, per tramite dei responsabili individuati dalle stesse, l'implementazione, le verifiche ed i controlli di congruenza dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese, anche utilizzando la reportistica a disposizione sul portale SISSR (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</p>	<p>15. E' assicurata l'implementazione e il controllo dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali Il codice targatura è inserito a sistema per la distribuzione diretta in modalità PSM Gli Enti trasmettono le evidenze di eventuali controlli e verifiche effettuate (report)</p>

<p>dei medicinali è inoltre inserito a sistema il codice targatura.</p>	
<p>Attuazione al 31.12.2017: il controllo è applicato mensilmente utilizzando la reportistica presente sul portale SSSR adattata alle esigenze aziendali. Per l'anno 2017 la percentuale di copertura della fase 3 su fase 2 è stata del 99,96%; il codice targatura è stato regolarmente inserito a sistema sul 100% delle circa 54.000 confezioni di farmaci erogate</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO FASE3/FASE2: 99,96% TARGATURA 99,85% (CONFEZIONI)</p>
<p>16. Sempre con riferimento ai flussi informativi, l'Azienda dà riscontro agli eventuali approfondimenti richiesti dalla Direzione Centrale, anche su istanza Ministero della Salute, entro 15 giorni dalle comunicazioni.</p>	<p>16. Eventuali report trasmessi nei tempi richiesti.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017: La verifica richiesta con nota 0011966/P del 29/06/2017 è stata applicati ed i relativi risultati sono stati inviati nei tempi previsti.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>

3.6 PROGETTI ATTINENTI LA PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI SOCIO SANITARI

3.6.1 Non autosufficienza e disabilità	
Obiettivo aziendale.	Risultato atteso
Processo di riqualificazione delle residenze per anziani già funzionanti	
Partecipazione all'attuazione del processo di autorizzazione all'esercizio dei servizi semiresidenziali per anziani non autosufficienti, funzionanti, secondo le modalità e i termini previsti dall'articolo 45 del D.P.Reg. 144/2015.	Evidenza della partecipazione nei tempi e modi previsti dalla Regione
<p>Il processo di riclassificazione prevedeva delle visite congiunte fra operatori dei Distretti e dei Dipartimenti di prevenzione per la verifica dei requisiti delle strutture che avevano fatto richiesta di riclassificazione, sulla base di una check-list predisposta dalla regione stessa</p> <p>Nelle more della definizione della check-list, l'Azienda ha predisposto una check-list con la quale ha valutato 18 strutture convenzionate e non, anche se la Regione non aveva ancora inviato il fascicolo. L'attività proseguirà nel 2018 con il rilascio degli atti autorizzativi definitivi e provvisori, secondo modalità e tempistica definite dal Decreto n° 0290 / Pres. del 20 dicembre 2017</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Monitoraggio e promozione delle qualità all'interno delle residenze per anziani	
Tutte le AAS proseguono nelle attività di verifica e approfondimento dei percorsi avviati negli anni precedenti.	Evidenza, entro il primo semestre 2017, della relazione illustrativa dettagliata.
La relazione è stata predisposta nei tempi.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Non autosufficienza e disabilità: sistemi informativi	
Verificare ed eventualmente sollecitare l'utilizzo sistematico dello strumento di VMD Val.Graf.-FVG e dei sistemi informativi e-GENeSys e SIRA-FVG nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati del proprio territorio.	Evidenza delle verifiche e degli eventuali solleciti.
<p>Nel corso dell'anno è stata rivista la modalità di rilascio delle credenziali per i sistemi informativi e ciò ha determinato dei ritardi per quanto riguarda l'adempimento al debito informativo.</p> <p>La verifica dell'adempimento è avvenuta in concomitanza dell'accesso nelle strutture per il monitoraggio della qualità. Per le strutture aderenti all'adempimento del debito informativo si è garantito una sola verifica, per le altre più verifiche.</p> <p>Per le 15 strutture convenzionate sono state garantite 30 verifiche.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Non autosufficienza e disabilità: sistema di VMD VALGRAF-FVG	
Tutte le persone per le quali è previsto	100% ingressi con Valgraf

<p>l'accoglimento in un servizio semiresidenziale o residenziale convenzionato, sono valutate, mediante l'utilizzo del sistema di VMD Val.Graf.-FVG.</p>	
<p>Nel corso del 2017 la valutazione con Valgraf per gli inserimenti in strutture residenziali e semiresidenziali è stata del 100% per tutti i Distretti, ad eccezione del Distretto 1, dove per l'accesso in struttura residenziale è stato garantito il 97,7% delle valutazioni (un ingresso era stato valutato autosufficiente dal M.M.G e un ingresso è avvenuto con carattere d'urgenza, provenendo dall'ospedale).</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>
<p>Disabilità</p>	
<p>Valutazione delle condizioni di vita degli utenti in carico ai servizi residenziali e semiresidenziali, di cui all'art.6 comma 1 della LR 41/96, con particolare riferimento alle tematiche di carattere sanitario.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - valutazione di tutti gli utenti dei servizi residenziali e semiresidenziali per persone con disabilità secondo le modalità approvate dalla Regione; - individuazione di un referente aziendale che coordini e monitori l'attività di valutazione
<p>Tutte le strutture a gestione diretta, in convenzione o esternalizzata, a favore delle persone con disabilità, hanno completato la raccolta dati per la parte di loro competenza (rilevazione dati anagrafici, familiari, di contesto e dei bisogni socioassistenziali)</p> <p>La prima parte della scheda, a cura dell'Ente gestore, il quale ha completato parzialmente l'inserimento dei dati che si è ultimato con la fine di febbraio 2018.</p> <p>I dati sanitari previsti dalla scheda sono stati compilati, seguendo le indicazioni regionali (10 persone per distretto), da parte degli operatori distrettuali.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>
<p>Fondo per l'autonomia possibile – Salute mentale</p>	
<p>Tutte le AAS e ASUI in base alle disposizioni contenute nel regolamento che disciplina il Fondo per l'Autonomia Possibile (FAP), emanato con decreto del Presidente della Regione 8 gennaio 2015, n. 7 (artt. 10, 11 e 12 – progetti sperimentali a favore di persone con problemi di salute mentale), sono tenute a cofinanziare al 50% i progetti (il restante 50% è assicurato dai fondi regionali). Tale quota deve essere aggiuntiva e non sostitutiva di interventi e servizi di competenza istituzionale in materia di prevenzione, cura e riabilitazione.</p>	
<p>Il FAP Salute mentale è stato erogato tramite progetti personalizzati condivisi con tra CSM e Sociale.</p> <p>Nel 2017 il FAP Salute menatale Sanità è stato pari a 340.947,10 euro.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>
<p>Fondo gravissimi</p>	
<p>In base al regolamento emanato con DPR 247/2009, tutte le AA e ASUI, in collaborazione con gli Ambiti distrettuali, sono tenute alle attività di accertamento e segnalazione dei casi di gravissima disabilità fornendo alla Direzione Centrale altresì tutta la documentazione necessaria alla valutazione selettiva.</p> <p>A seguito delle disposizioni contenute nel decreto interministeriale di ripartizione del Fondo nazionale non autosufficienze 2016 (art. 3), tutte le AAS e ASUI saranno altresì attivamente coinvolte nella</p>	

rilevazione (da effettuarsi entro il primo trimestre 2017) del numero di persone con disabilità gravissima secondo le condizioni individuate nel decreto medesimo.

conferma casi in carico e segnalazione e dei nuovi casi, includendo l'istruzione dei casi (documentazione clinica, valutazione funzionale, integrazione informazioni su richiesta della Regione). E' stato raccolto e trasmesso gli ISEE, nonchè segnalato i casi di decesso e rinuncia (un caso del 2016 che ha rinunciato per il 2017). Sono stati monitorati le situazioni dei nuovi casi ricoverati al fine di segnalarne tempestivamente l'eventuale dimissione per l'accesso al fondo.

	casi in continuità	nuove segnalazioni	accolte	non accolte	totale casi 2017	deceduti
distretto 1	15	1	1	0	16	1
distretto 2	16	2	1	1	17	1
distretto 3	4	2	2	0	6	0
distretto 4	12	2	1	1	13	1
totale	47	7	5	2	52	3

Valutazione Direzione Centrale Salute **OBIETTIVO RAGGIUNTO**

Autoveicoli privati per il trasporti di persone disabili

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

L'attività è stata garantita.

Valutazione Direzione Centrale Salute **OBIETTIVO RAGGIUNTO**

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

Effettuare l'attività di vigilanza e controllo sui servizi semiresidenziali e residenziali per anziani non autosufficienti e delle strutture destinate all'accoglimento di persone con disabilità strutture collocati sul territorio di competenza.

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

L'attività è stata garantita da un'equipe aziendale che ha visitato e valutato le strutture sia per anziani non autosufficienti (in coerenza con il processo di riclassificazione) sia le strutture per disabili, ponendo particolare attenzione alla gestione della terapia farmacologica.

Valutazione Direzione Centrale Salute **OBIETTIVO RAGGIUNTO**

3.6.2 Minori

Obiettivo aziendale. Risultato atteso

Affido

Implementare le risorse familiari disponibili all'affido e garantire la massima copertura Attuazione di appositi interventi di sensibilizzazione e formazione del territorio, anche

possibile delle richieste di presa in carico e di intervento.	attraverso protocolli operativi e gruppi di lavoro multi-professionali, anche sovra-distrettuali, in sinergia fra servizio sanitario, servizio sociale, e, al caso, in collaborazione con l'associazionismo locale.
L'attività di affidamento è strettamente collegata alla pianificazione delle attività dei servizi sociali. Nel corso del 2017 è proseguita la collaborazione e sia su casi specifici, che su valutazioni multiprofessionali che hanno assunto il significato di audit e che sono finalizzate a consolidare i contenuti professionali delle équipe.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Adozioni	
Adozioni	<ul style="list-style-type: none"> - Partecipazione agli incontri del tavolo di lavoro regionale per l'elaborazione delle Linee guida per le adozioni nazionali e internazionali. - all'interno dei Consultori familiari aziendali, proseguire i lavori di omogeneizzazione e definizione del percorso integrato di assistenza all'adozione, ridefinendo in modo omogeneo gli aspetti metodologici e organizzativi in tutti i distretti.
Nel 2017 si è consolidata l'attività del gruppo adozioni aziendale a cui contribuiscono gli operatori dei consultori dei distretti.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.6.3 Piani di zona

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

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

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

- Elaborazione congiunta di un documento che costituisce il livello di programmazione locale integrata nelle aree di integrazione sociosanitaria in ciascun ambito territoriale per l'anno 2017, in continuità con il percorso iniziato nel 2013.
- Sottoscrizione tra il Direttore generale dell'AAS e ASUI e il Presidente dell'UTI dell'Atto di intesa che

impegna le parti alla realizzazione, per quanto di competenza, dei contenuti della suddetta programmazione.

- Elaborazione congiunta del monitoraggio semestrale al 30/06/2017 e al 31/12/2017.

Tutte le linee di lavoro previste dai PAA 2017 sono state attuate o sono proseguite nei modi e nei tempi previsti dalle relative schede contenenti sia obiettivi sociali che sociosanitari.

E' stato inviato alla Direzione Regionale competente il monitoraggio previsto.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

NON È PERVENUTO IL MONITORAGGIO RELATIVO AL 2 SEMESTRE 2017.

3.7 RAPPORTO CON I CITTADINI

3.7.1 Tempi di attesa

Obiettivo aziendale	Risultato atteso	
Per le prestazioni di primo accesso con priorità 'B' o 'D' ogni AAS è tenuta a garantire il rispetto dei tempi previsti con le proprie strutture o altre pubbliche e private accreditate	"garanzia" erogativa per le priorità B al > 95%, per la priorità D al > 90% e per le priorità P al > 85%	
<p>AAS3 si caratterizza per una mobilità superiore al 40%, molto maggiore rispetto alle altre Aziende, derivante dalla configurazione territoriale dell'Azienda stessa, in cui il Distretto più popoloso (Codroipo) può facilmente accedere ad molti punti di erogazione extraziendali, pubblici e privati.</p> <p>Sul territorio AAS3 esiste una sola struttura privata, accreditata per la sola branca specialistica di oculistica, che possa supportare l'Azienda nell'erogazione dell'offerta di prestazioni.</p> <p>Tali fattori limitano gli strumenti che AAS3 ha a disposizione per aumentare le percentuali di garanzia di prenotabilità per le prestazioni di specialistica ambulatoriale.</p>		
Prestazioni	Mobilità	Note
1-Visita cardiologica	media	E' stata rivista l'organizzazione delle agende, separando quelle dedicate ai primi accessi da quelle dedicate ai pazienti già in carico.
2-Visita chirurgia vascolare	alta	La prestazione è erogata in prevalenza presso erogatore hub.
3-Visita endocrinologica	alta	La prestazione è erogata in prevalenza presso erogatore hub.
4-Visita neurologica	alta	La prestazione è erogata in prevalenza presso erogatore hub.
5-Visita oculistica	media	La prestazione è erogata da medici SUMAI. Nel corso del 2017 medici sono stati assenti per congedo genitoriale e la sostituzione è stata garantita per un breve periodo a causa di assenza di professionisti disponibili. E' stata aumentata la commessa all'unico erogatore privato accreditato presente sul territorio, fino a saturazione della disponibilità.
6-Visita ortopedica	bassa	E' stata potenziata l'offerta nel Distretto di Codroipo. E' stata aumentata l'offerta di prime visite.
7-Visita ginecologica	media	\
8-Visita otorinolaringoiatrica	media	\
9-Visita urologica	media	Durante il 2017 l'organico ha perso 2 unità che non sono state integrate immediatamente. E' stata stipulata una convenzione con ASUITS che ha garantito la copertura di una parte di attività per esterni.

10-Visita dermatologica	media	\	
11-Visita fisiatrica	bassa	\	
12-Visita gastroenterologica	bassa	E' stata stipulata una convenzione con ASUITS che ha garantito la copertura di una parte di attività per esterni.	
13-Visita oncologica	media	La visita oncologica, come nelle altre Aziende, è prenotata direttamente dal servizio che valuta ciascun caso. I pazienti possono essere inviati dagli altri servizi (reparti, radiologia, ecc) o dal call center.	
14-Visita pneumologica	alta	La prestazione è erogata in prevalenza presso erogatore hub.	
15-mammografia	media	\	
16-TC senza e con contrasto Torace	media	\	
17-TC senza e con contrasto Addome superiore	media	\	
18-TC senza e con contrasto Addome inferiore	media	\	
19-TC senza e con contrasto Addome completo	media	\	
20-TC senza e con contrasto Capo	media	\	
21-TC senza e con contrasto Rachide e speco	media	\	
22-TC senza e con contrasto Bacino\	media	\	
23-RMN Cervello e tronco encefalico	alta	La prestazione è erogata in prevalenza presso erogatore hub.	
24-RMN Pelvi, prostata e vescica	alta	La prestazione è erogata in prevalenza presso erogatore hub.	
25-RMN Muscoloscheletrica	alta	La prestazione è erogata in prevalenza presso erogatore hub.	
26-RMN Colonna vertebrale	alta	La prestazione è erogata in prevalenza presso erogatore hub.	
27-Ecografia Capo e collo	media	\	
28-Ecografia cardiaca a riposo, Ecografia	media	\	
29-Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	media	\	
30-Ecografia degli arti	media	\	

31-Ecografia Addome superiore, Ecografia	media	\
32-Ecografia Mammella	media	\
33-Ecografia Ostetrico - Ginecologica	media	\
34-Colonscopia	media	E' stata stipulata una convenzione con ASUITS che ha garantito la copertura di una parte di attività per esterni.
35-Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile,	media	E' stata stipulata una convenzione con ASUITS che ha garantito la copertura di una parte di attività per esterni.
36-Esofagogastroduodenoscopia	bassa	E' stata stipulata una convenzione con ASUITS che ha garantito la copertura di una parte di attività per esterni.
37-Elettrocardiogramma	media	Attività gestita ad accesso libero (unica agenda presente nel Distretto di Codroipo)
38-Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	media	Prenotabile solo da parte della segreteria della Cardiologia
39-Elettrocardiogramma da sforzo	media	Prenotabile solo da parte della segreteria della Cardiologia
40-Audiometria	alta	La prestazione è erogata in prevalenza presso erogatore hub.
41-Spirometria semplice, Spirometria globale	alta	La prestazione è erogata in prevalenza presso erogatore hub.
42-Fondo Oculare	media	\
43-Elettromiografia	alta	La prestazione è erogata in prevalenza presso erogatore hub.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
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

La prenotabilità di tutte le prestazioni di primo livello è gestita attraverso agende informatizzate, aperte all'unità organizzativa "FVG uo Call Center".

Per le caratteristiche intrinseche del percorso oncologico la visita oncologica fa parte di un percorso di presa in carico che è svincolato da un'accessibilità generica alla prestazione.

Per garantire l'appropriatezza prescrittiva della risonanza magnetica, la richiesta prevede un percorso di valutazione professionale specialistica e quindi l'accessibilità è garantita localmente.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Assicurare il rispetto dei tempi di attesa per gli interventi chirurgici monitorati dalla Regione secondo i criteri di priorità definita dal prescrittore di priorità A (per almeno il 95% della casistica), B, C e D (per almeno il 90% della casistica) del punto 2 dell'allegato A.	Per gli interventi di: artroprotesi d'anca, biopsia percutanea del fegato, cataratta, emorroidectomia, endoarteriectomia carotidea, neoplasie (colon retto, mammella, prostata, rene, utero, vescica), riparazione di ernia inguinale, tonsillectomia. priorità A: 95% della casistica entro 30gg priorità B: 90% della casistica entro 60gg priorità C: 90% della casistica entro 180gg

	priorità D: 90% della casistica entro 12 mesi
<p>1. Gli interventi di chirurgia oncologica sono sempre eseguiti entro 30 giorni dalla diagnosi, salvo complicazioni collegate al quadro clinico del paziente o al percorso di cura (terapia neoadiuvante).</p> <p>2. Gli interventi di ernia inguinale sono gestiti nella quasi totalità presso la DS di Gemona, con tempi di attesa inferiori a 30 giorni.</p> <p>3. Gli interventi di protesi d'anca sono garantiti entro i 180 giorni, salvo complicazioni collegate al quadro clinico o a necessità organizzative del paziente.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
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.
<p>Nel 2017 l'Azienda ha iniziato a riorganizzare tutte le agende, con particolare riferimento a quelle strutture che devono erogare le prestazioni in più sedi aziendali, riducendo pertanto gli ambiti di flessibilità derivanti da un'organizzazione del lavoro gestita su un'unica sede fisica (Urologia, Cardiologia, Ortopedia, Gastroenterologia)</p> <p>Ha altresì continuato il lavoro di separazione tra percorsi di accesso del paziente, distinguendo tra pazienti cronici, nuovi o che devono sottoporsi ad approfondimenti diagnostici pre-intervento.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Potenziamento dell'offerta aziendale per alcune prestazioni in cui ci sono criticità nei tempi	<p>- Convenzione con ASUIUD per incremento di prestazioni ambulatoriali di neurologia in AAS 3 a fronte del rientro delle degenze in ASUIUD, e di cataratta presso la sede di Gemona.</p> <p>- Implementazione di un ecocardiografo presso la sede di Gemona.</p>
E' stata stipulata una convenzione con ASUIUD per la funzione neurologica in AAS3.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
LR 7/2009: abbattimento liste di attesa	<p>Le AAS / ASUI presentano una relazione alla Direzione Centrale Salute in cui vengono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - rendicontate le modalità di utilizzo del finanziamento attribuito nell'indistinto pro-capite (L.R. 7/2009) - illustrati i risultati ottenuti in termini di contenimento dei tempi di attesa.
<p>Le attività intraprese nel 2017 per abbattere i tempi di attesa sono state:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sostituzione medici SUMAI oculistica; - Aumento commessa a privato accreditato (SANITAS) per visita oculistica e intervento sul cristallino, come da indicazioni delle DGR n. 42 del 13.01.2017 e n. 2181 del 10.11.2017; - Stipula convenzione ASUITS per urologia e gastroenterologia; - Utilizzo RAR 	

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

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Nelle degenze intensive e semi-intensive sono abolite le limitazioni non motivatamente necessarie (es. effettiva necessità di isolamento) poste a livello temporale per i care giver indicati dai pazienti, con presenza di uno per volta.	- evidenza del percorso e sua attuazione per garantire l'obiettivo regionale - Almeno il 90% dei pazienti ha avuto la possibilità di accedere (il calcolo sarà effettuato sui dimessi degli ultimi 6 mesi dell'anno 2017, tramite un sondaggio telefonico del call center regionale).
E' garantito l'accesso ai care giver indicati dal paziente, nelle modalità previste dalla carta dei servizi della struttura.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

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 del percorso e sua attuazione per garantire l'obiettivo regionale - Almeno il 90% dei pazienti ha avuto la possibilità di accedere (il calcolo sarà effettuato sui ricoverati a partire dal 1° maggio, con >70 aa, tramite un sondaggio telefonico del call center regionale su un campione significativo dei dimessi dell'ultimo semestre 2017).
L'attività è stata avviata in via sperimentale nelle DIP di Gemona. E' stata garantita l'educazione del care giver durante l'esecuzione delle procedure assistenziali, quali gestione di presidi sanitari o terapeutici.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

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

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

<p>Accertamento delle condizioni cliniche e assistenziali del paziente dopo la dimissione da un intervento chirurgico o dalle medicine, con dimissione a domicilio senza servizi.</p>	<p>Contatto telefonico entro 5 giorni dalla dimissione per raccogliere informazioni relative al decorso clinico assistenziale.</p> <p>La valutazione sarà effettuata su un campione di pazienti e l'obiettivo sarà:</p> <ul style="list-style-type: none"> - raggiunto: risposta positiva in almeno il 90% dei pazienti campionati - non raggiunto: risposta positiva al di sotto del 40% dei pazienti - parzialmente raggiunto: risposta positiva per percentuali comprese tra 40% ed il 90%
<p>L'attività è stata svolta a partire dal mese di luglio dopo la dimissione da un intervento chirurgico e dopo la dimissione dalle discipline mediche, RSA, DIP.</p> <p>L'attività ha consentito di far sentire al cittadino la vicinanza della struttura che lo ha curato; di rilevare eventuali situazioni critiche a domicilio che richiedano la presa in carico del cittadino; di acquisire utili informazioni per cogliere opportunità di miglioramento dei servizi offerti.</p> <p>Le principali criticità rilevate sono state: gestione del dolore (20,69%), erogate informazioni incomplete (12,07%), rischio cadute/lesioni da pressione (12,07%), criticità del caregiver (10,34%), ridotta autonomia/ dipendenza ADL(10,34%).</p> <p>A fronte delle criticità riscontrate le principali soluzioni proposte sono state: Attivato servizi (MMG-SID-SRD-SAD-A.S.) (27%); Consigliato di contattare MMG (23,80%), Forniti consigli sulla gestione a domicilio (12,70%), Fornito informazione per l'attivazione del SID (11,10%).</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</p>

3.7.5 Individuazione del medico responsabile della gestione del ricovero del paziente

<p>Ogni paziente ricoverato in ospedale deve ricevere l'informazione di chi è il medico responsabile della gestione del proprio caso e che, pertanto, assicura la coerenza delle diverse azioni che caratterizzano l'intera degenza.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - evidenza del percorso e sua attuazione per garantire l'obiettivo regionale - A partire da maggio 2017 almeno il 90% dei dimessi per un ricovero superiore ai 4 giorni è stato "preso incarico" da un professionista individuato. <p>(valutazione campionaria del call center regionale)</p>
<p>Nella sede di Tolmezzo, nelle degenze internistiche, è stabilito il referente del Modulo, cosicché il paziente e la sua famiglia sanno chi è il medico responsabile.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO STRALCIATO</p>

3.7.6 Esperienza nei percorsi assistenziali

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

L'Azienda era disponibile all'attuazione della valutazione, che però non è stata avviata.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO STRALCIATO

3.4. FLUSSI INFORMATIVI E VALUTAZIONI

Flussi informativi e valutazione	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Avvio nuova scheda di dimissione ospedaliera (SDO)	
Scheda di dimissione ospedaliera	<p>Nel 2017 è previsto l'avvio della nuova SDO secondo le configurazioni definite dal Ministero della salute. Nelle more dell'avvio ufficiale legato al DM questa regione intende avviare autonomamente l'uso della nuova SDO a partire dai dimessi del mese di gennaio 2017.</p> <p>La corretta compilazione dei nuovi campi sarà monitorata all'interno di un programma comprendente anche le attività di supporto garantita dalla regione e diventerà oggetto di valutazione a partire dal secondo semestre 2017.</p>
L'Azienda ha partecipato come azienda pilota all'avvio del nuovo strumento, secondo le indicazioni regionali.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Qualità dei dati ai fini amministrativi, epidemiologici e gestionali	
Aumento della correttezza della compilazione delle SDO e delle schede di morte	Almeno il 90%
Il monitoraggio regionale, avviato nel gennaio 2018, ha fatto emergere per il 2017 un numero di SDO con anomalie pari al 7%, che sono state tutte corrette entro il termine di invio dei flussi ministeriali.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Flussi ministeriali	
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.
Tutti i flussi sono stati trasmessi nei tempi definiti con la Direzione centrale.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO NON È STATO CORRETTAMENTE ALIMENTATO IL FLUSSO EMUR 118
Obblighi informativi e indicatori	

<p>Obblighi informativi e indicatori</p>	<p>Le basi dati gestionali attualmente in uso nella aziende rappresentano uno strumento fondamentale per la pianificazione regionale e per gli adempimenti in termini di flussi informativi che la Regione ha nei confronti delle strutture centrali (Ministero della salute e il Ministero dell'economia e delle finanze) ai fini delle varie attività ministeriali.</p> <p>Le aziende pertanto si impegneranno nel 2017 in attività di manutenzione e monitoraggio della congruità delle basi dati con il coordinamento della DCS.</p> <p>Oltre agli indicatori altrimenti definiti, saranno usati come riferimento quelli previsti negli adempimenti LEA, nel Network delle Regioni "Bersaglio" e nel PNE (programma nazionale esiti).</p>
<p>Nel 2017 è stato avviato un gruppo di lavoro aziendale sulla revisione del processo ambulatoriale, che sottende l'erogazione e la registrazione delle attività.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>
<p>Clima interno</p>	
<p>Clima interno</p>	<p>L'AAS3 effettuerà la seconda valutazione regionale del clima interno con le procedure già espletate nel 2014, secondo un percorso definito dalla DCS.</p>
<p>Il percorso di valutazione regionale non è stato avviato.</p> <p>L'Azienda ha autonomamente somministrato ca 200 questionari e ha diffuso i risultati in collegio di direzione e durante la giornata della qualità aziendale. Tale rilevazione ha dato spunti alla Direzione per le azioni di miglioramento come per esempio la creazione di una newsletter interna.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO STRALCIATO</p>

3.5. IL SISTEMA INFORMATIVO

Sistema informativo	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Servizi on line per i cittadini	
Diffusione della ricetta dematerializzata per le prescrizioni farmaceutiche e di specialistica in tutti i setting assistenziali aziendali.	I Medici di medicina generale, i Pediatri di libera scelta e gli specialisti convenzionati e dipendenti del SSR prescrivono utilizzando la ricetta dematerializzata.
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
I medici sono messi nelle condizioni di prescrivere usando la ricetta dematerializzata.	
Utilizzo firma digitale	
Completamento dell'utilizzo della <i>firma digitale</i> per i documenti clinici.	<ul style="list-style-type: none"> - Dove presenti gli applicativi gestionali del G2 Clinico > 90%, in particolare la lettera di dimissione ospedaliera - Radiologia > 98% - ECG > 80%.
<ul style="list-style-type: none"> - 86,3% referti totali firmati digitalmente - 100% referti Radiologia firmati digitalmente - ECG: non è ancora possibile firmare digitalmente gli ECG. 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

PACS	
Completamento dell'estensione del sistema PACS nel settore della diagnostica ecografica in ambito ostetrico/ginecologico, prosecuzione dell'estensione nel settore dell'endoscopia digestiva ed avvio dell'estensione nell'ambito residuale dell'endoscopia ambulatoriale e in radioterapia	Evidenza dell'implementazione
<p>Attuazione 31.08.2017:</p> <p>L'implementazione dei flussi informativi da e verso il sistema PACS presso la diagnostica ecografica in ambito ostetrico/ginecologico è stata completata.</p> <p>Nel mese di aprile 2017 sono stati attivati i flussi informativi da e verso il sistema PACS del sistema Endox in dotazione all'Endoscopia Digestiva.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Messa a regime del caso d'uso relativo alla consultazione /visualizzazione di referti e immagini in situazione emergenziale inter-aziendale nel pieno rispetto dei vincoli e	Evidenza dell'implementazione

raccomandazioni del Garante della Privacy, previa verifica di disponibilità della rete telematica regionale a larga banda	
<p>Allo stato attuale il caso d'uso è sperimentale, così come indicato nella nota prot. 0006242/P dd. 31/03/2016 con la quale la Direzione Centrale Salute ha individuato AAS3, ed in particolare il Presidio Ospedaliero di Tolmezzo, quale sito pilota per l'uso sperimentale.</p> <p>Nel mese di aprile 2017 il gruppo PACS aziendale ha provveduto ad inviare al Responsabile del Progetto PACS regionale una relazione sull'esito dell'uso sperimentale dello strumento messo a disposizione.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Sviluppo e implementazione del caso d'uso relativo alla consultazione/ visualizzazione di referti e immagini in ambito inter-aziendale per il tramite del fascicolo sanitario, nel pieno rispetto dei vincoli e raccomandazioni del Garante della Privacy, previa verifica di disponibilità della rete telematica regionale a banda larga.	Supporto allo sviluppo e implementazione del caso d'uso secondo le indicazioni regionali
Il supporto è stato garantito ed è stato dato corso a quanto richiesto dalla regione.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Integrazione delle potenzialità elaborative del sistema PACS con moduli aggiuntivi per l'analisi diagnostica evoluta in distretti anatomici specifici, in coerenza con il progetto regionale di sviluppo dei sistemi informativi ospedalieri	Adesione alle progettualità regionali
Non sono emerse particolari esigenze di implementazione di moduli e/o pacchetti software di elaborazione	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Conduzione dello sviluppo e avvio della fase di test della soluzione di integrazione SIO/PACS per la produzione di un referto multimediale /strutturato in Radiologia, Medicina nucleare e Ecocardiografia	Supporto alla conduzione secondo le indicazioni regionali
Il supporto è stato garantito secondo le indicazioni regionali ricevute.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

6. CIRCOLARITA' DELL'INFORMAZIONE

Circolarità dell'informazione	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Aumentare la raccolta del consenso informato, anche con la collaborazione dei MMG.	Riduzione della percentuale aziendale di cittadini che non hanno espresso il consenso
Il database che registra i consensi non ha uno storico, per cui non sono disponibili i dati per fare i confronti.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

TABELLA INDICATORI

			AAS3	
			DATO AZIENDA	DATO DIREZIONE
1. LEA	PREVENZIONE Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base	>= 95%	manca	89,70% 91,10 (obbligatorie)
1.a LEA	Difterite-tetano	>= 95%	91,43%	91,4 difterite 91,6 tetano
1.b LEA	Antipolio	>= 95%	91,43%	91,40%
1.c LEA	Antiepatite B	>= 95%	90,03%	90,00%
2 LEA	PREVENZIONE Vaccinazione raccomandate MPR	>= 90%	85,83%	85,90%
3 LEA	PREVENZIONE Vaccinazione raccomandata contro l'influenza dell'anziano	>=70%	53,20%	56,90%
7 LEA	PREVENZIONE Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro	>=85	82,8%	82,88%
8 LEA	TUTELA DELLA SALUTE NEI LUOGHI DI LAVORO Percentuale di unità controllate sul totale di unità da controllare	>= 5%	2,5	2,50%
9 LEA	SANITA' ANIMALE Percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina	>= 98%	103,60%	100%
10.a LEA	SANITA' ANIMALE Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi bovina/bufalina	>= 98% del 20% allevamenti	105,70%	100%
10.b LEA	SANITA' ANIMALE Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi ovicaprina	>= 98% del 10% dei capi	100%	100,00%
11 LEA	SANITA' ANIMALE Percentuale di aziende ovicaprine controllate (3%) per anagrafe ovicaprina	>= 98% del 3% aziende	111,10%	100%
12 LEA	SALUTE DEGLI ALIMENTI Percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati dal Piano Nazionale Residui	>=98%	100%	100%
13	SALUTE DEGLI ALIMENTI Percentuale di unità controllate sul totale delle imprese alimentari registrate	>= 20%	10,9%	10%
14	DISTRETTUALE Tassi di ospedalizzazione evitabile con la metodologia sviluppata dall'Agenzia statunitense AHRQ per i Prevention Quality Indicators (PQIs): indicatore complessivo da 14.a a 14.1	somma indicatori <= 115	109,93	110,2
15	ASSISTENZA DOMICILIARE Percentuale di anziani >=65 trattati in ADI con PAI	>= 3,8%	2,49	2,69
16	HOSPICE Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100)	> 1	2,73	dato non pertinente
17	SPECIALISTICA AMBULATORIALE Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1000 residenti (>=65 anni)	<= 24	19	19,01
18	FARMACEUTICA Incidenza di sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (anti-ipertensivi)	<=30%	30%	36,62
19	FARMACEUTICA Consumo pro-capite di farmaci inibitori di pompa protonica	25 up pro cap	35	30,15
20	SALUTE MENTALE utenti in carico nei centri di salute mentale per 1.000 abitanti	>=10	22	22,50
21	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	>= 38%	41	41,7
22	Rapporto tra i ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (allegato B Patto Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	<= 0,32	0,21	0,2
23	Percentuale di parti cesarei	<20%	15,00%	14,66%
24	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 48 h in regime ordinario	>70%	81,00%	81,00%
BERSAGLIO valore 2014 226,31 (C.11a.1.1)	CUORE riduzione del tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti di 50-74 anni	< 210	188,96	188,96
	RENE potenziamento della Dialisi peritoneale e dei trapianti con l'obiettivo di ridurre i pazienti in emodialisi al di sotto del 46% del totale (trapiantati + emodializzati + in dialisi peritoneale)	< 46%	49,8%	50%

			AAS3	
			DATO AZIENDA	DATO DIREZIONE
BERSAGLIO (C11.a.2.4)	PANCREAS riduzione del tasso di amputazioni maggiori per diabete	< 30 per milione di residenti	25,63	25,63
BERSAGLIO (C11.a.3.1)	POLMONE riduzione del tasso di ospedalizzazione per BPCO	< 60 per 100.000 residenti 50-74 anni	84,54	84,54
Linea 3.4.3	TRAUMA trattamento della frattura di femore entro 48 h in almeno il 70% (hub) o 80% (spoke) dei casi trattati dal presidio ospedaliero;	>=80% spoke per presidio	81,0	81,00%
BERSAGLIO (C16.2)	PRONTO SOCCORSO ED EMERGENZA URGENZA aumentare la percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1 h rispetto al totale dei pazienti con codice verde (media regionale 2014 del 66,19% - fonte Bersaglio)	>= 80% spoke	71,57	71,57%
BERSAGLIO (C16.3)	PRONTO SOCCORSO ED EMERGENZA URGENZA aumentare la percentuale dei pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto Soccorso meno di 4 ore	>= 85% spoke	84,02%	84,02%
BERSAGLIO (C7.1)	MATERNO INFANTILE mantenimento della percentuale dei parti cesarei depurati (NTSV) al di sotto del 20% dei parti totale dei parti depurati	< 20%	14,54%	14,46%
BERSAGLIO valore 2014 26,78	MATERNO INFANTILE i parti indotti farmacologicamente devono essere ridotti al di sotto del 20%	< 20%	19,04%	18,93%
Tasso standardizzato	TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE riduzione dal 128,5 x mille al 125 x mille	125 x mille	118,77	119,11
BERSAGLIO (C14.2.a)	DAY HOSPITAL MEDICO DI TIPO DIAGNOSTICO - ADULTI riduzione dei numero di ricoveri in Day Hospital medico per acuti con finalità diagnostica portando la percentuale al di sotto del 30% per gli adulti e del 50% per i pediatrici	< 30% adulti	11,60%	12,04%
BERSAGLIO (C14.2.2)	DAY HOSPITAL MEDICO DI TIPO DIAGNOSTICO - PEDIATRICI riduzione dei numero di ricoveri in Day Hospital medico per acuti con finalità diagnostica portando la percentuale al di sotto del 30% per gli adulti e del 50% per i pediatrici	< 50% pediatrici	35,60%	34,78%
BERSAGLIO (C14.4)	RICOVERI MEDICI OLTRE SOGLIA riduzione della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni portandola al di sotto del 4%	< 4%	4,40%	4,49%

Azienda sanitaria universitaria integrata di Udine

3.1 PROGETTI DI RIORGANIZZAZIONE DELLE FUNZIONI

3.1.1 Atti aziendali	
Obiettivo	Risultato atteso
Definire la proposta di atto aziendale della nuova Azienda sanitaria universitaria integrata	Proposta definita ed inviata alla DCS entro il 30.4.2017 Relazione sullo stato di attuazione al 30.9.2017 entro il 31.10.2017
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Il documento di proposta dell'Atto Aziendale è stato trasmesso alla DCS con nota prot. 88417 del 14.11.2017, a seguito di proroga autorizzata dalla Regione.</p>	
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

3.1.2 Applicazione delle DGR 2673/14, 929/15 e 2151/15	
Obiettivo	Risultato atteso
Definire lo stato di applicazione delle DGR 2673/14, 929/15 e 2151/15	Relazione sullo stato di applicazione trasmessa entro il 30.6.2017 Allineamento entro il 31.12.2017 degli eventuali scostamenti riscontrati
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>L'allineamento agli standard previsti dalla normativa regionale sono legati all'attuazione dell'atto aziendale</p> <p>La revisione dei posti letto di Day Hospital nel P.O. S. Maria della Misericordia di Udine è stata ritardata in attesa della applicazione dei PACC approvati con la DGR 1570 del 22-8-17.</p> <p>Per quanto attiene alle RSA è stata effettuata l'analisi del fabbisogno complessivo distinto per livelli di assistenza e definiti i posti letto per singolo livello.</p>	
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

3.1.3. Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi	
Obiettivo	Risultato atteso
EGAS	ASUI – UD collabora alle iniziative intraprese da EGAS in base alle direttive regionali.

	Attuare quanto stabilito in Comitato di Indirizzo Egas
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>L'Azienda ha collaborato alle iniziative intraprese da EGAS.</p>	
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.4. Chirurgia e procedure invasive	
Obiettivo	Risultato atteso
Chirurgia e procedure invasive	ASUI –UD adotta un programma di riorganizzazione dell'attività chirurgica e delle procedure invasive con particolare riferimento alla chirurgia oncologica, vascolare, bariatrica, protesica ortopedica, posizionamento di elettrostimolatori e altre procedure mini-invasive anche per terapia antalgica in pazienti cronici ed acuti, compresi i pediatrici.
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Sulla chirurgia oncologica risulta attivato un tavolo regionale mentre per la chirurgia bariatrica l'attività è riferita ad ASUITS già dal 2015.</p>	
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
Concentrazione attività di chirurgia oncologica	<p>L'azienda deve riorganizzare l'attività di chirurgia oncologica relativamente ai seguenti tumori:</p> <ul style="list-style-type: none"> - mammella: concentrazione in un'unica struttura e sede; - esofago: concentrazione in un'unica struttura e sede; - pancreas: concentrazione in un'unica struttura e sede; - colon retto: almeno 50 interventi x unità operativa o in alternativa concentrazione della casistica su una sola struttura; - ovaio: assorbire attività cdc Città di Udine - prostata: concentrazione in un'unica struttura e sede; - stomaco: concentrazione in un'unica struttura e sede. <p>Con le strutture private l'azienda deve concordare la sospensione dell'attività al di sotto della soglia minima.</p> <p>Presentazione progetto operativo alla Direzione Centrale Salute entro il 30.6.2017</p>

	Avvio riorganizzazione entro il 1.9.2017
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Con nota n. 8604/P del 5.5.2017 la DCS comunica alle aziende di attendere l'approvazione da parte della Giunta Regionale del documento del gruppo tecnico della rete oncologica prima di procedere con l'attività prevista dal risultato atteso. Con DGR n. 1001 del 1-6-2017 l'obiettivo è stato espunto dalla programmazione regionale.</p>	
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

3.1.5 Piano Emergenza Urgenza	
Obiettivo	Risultato atteso
Prosecuzione del rinnovo del parco ambulanze	progressivo rinnovo dei mezzi secondo il fabbisogno identificato nella ricognizione 2015/16
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Adeguare al volo notturno la piazzola dell'eliambulanza	E' disponibile un'elisuperficie aziendale per le esigenze del volo notturno
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>E' completata la dotazione di parco ambulanze.</p> <p>E' stata attivata l'elisuperficie aziendale presso l'Aeroporto di Campoformido, adatta al volo notturno.</p>	

3.1.6. Geriatria	
Obiettivo	Risultato atteso
Geriatria	<p>Sviluppo del progetto anziano fragile già avviato nella sede di Cividale e attivazione di una collaborazione sperimentale con la Scuola di specializzazione di geriatria</p> <p>- Collaborazione con la Direzione Centrale Salute per la definizione dell'organizzazione dell'attività geriatrica</p>
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Il progetto anziano fragile, ed in particolare la collaborazione con la Scuola di specializzazione di geriatria, d'intesa con la Facoltà di Medicina dell'Università di Udine, è stato rinviato in attesa di ulteriori approfondimenti</p> <p>L'Azienda ha assicurato la collaborazione con la Direzione Centrale Salute.</p>	
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

3.1.7 Medicina di Laboratorio	
Obiettivo	Risultato atteso
Completare l'organizzazione del LUI	Sono attivi i laboratori satellite di San Daniele del Friuli e Tolmezzo

	Sono attivi i Point of care presso i Punti di primo intervento di Cividale del Friuli e di Gemona del Friuli
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
Definire il progetto di organizzazione della Cell Factory regionale	Progetto definito entro il 30.4.2017 in accordo con gli IRCCS e ASUITS
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Attivazione completata dei laboratori satellite di San Daniele del Friuli e Tolmezzo.</p> <p>Per i Point of Care presso i poli di Cividale del Friuli e di Gemona del Friuli è in fase di ridefinizione l'organizzazione delle competenze tecniche e l'organizzazione operativa delle professioni sanitarie.</p> <p>La proposta di progetto di organizzazione della Cell Factory regionale, affidata al C.R.O., è pervenuta all'Azienda in data 20 settembre 2017. Non risulta conclusa.</p>	

3.1.8. Oncologia	
Obiettivo	Risultato atteso
Oncologia	<ol style="list-style-type: none"> 1. ASUI-UD promuoverà modelli strutturati di integrazione con le strutture oncologiche ospedaliere dei presidi dell'ex Area Vasta udinese 2. Collaborazione con la Direzione Centrale Salute per la definizione del nuovo Piano Oncologico
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Attivato un coordinamento di ex Area vasta per la gestione di pazienti in trattamento con farmaci prescrivibili dal centro HUB, la gestione informatizzata delle UFA e la collaborazione per il reclutamento dei pazienti negli studi clinici</p> <p>L'Azienda ha assicurato la collaborazione con la Direzione Centrale Salute per la revisione dei documenti regionali con la partecipazione del Direttore SOC Oncologia</p>	
Valutazione Direzione Centrali Salute	1. OBIETTIVO RAGGIUNTO 2. OBIETTIVO STRALCIATO

3.1.9. Pediatria ospedaliera	
Obiettivo	Risultato atteso
Pediatria ospedaliera	<ul style="list-style-type: none"> - ASUI-UD sta riorganizzando il percorso del bambino chirurgico all'interno del presidio ospedaliero SMM ed entro il primo semestre 2017 è prevista l'adozione dei relativi protocolli. - Collaborazione ai tavoli finalizzati alla riorganizzazione dell'attività pediatrica
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>L'Azienda ha predisposto il documento che definisce il "Percorso chirurgico del bambino in elezione"</p>	

L'Azienda ha assicurato la partecipazione ai tavoli regionali.

Valutazione Direzione Centrali Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.10. Riabilitazione

Obiettivo

Risultato atteso

Riabilitazione

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

Risultato al 31.12.2017

La funzione di riabilitazione dell'età evolutiva presente presso l'IMFR è stata consolidata con l'assunzione di un nuovo medico.

L'Azienda ha assicurato la collaborazione con la Direzione Centrale Salute.

Valutazione Direzione Centrali Salute

OBIETTIVO STRALCIATO

IL PIANO NON È STATO APPROVATO PER CAUSE NON IMPUTABILI ALLE AZIENDE

3.1.11. Salute mentale

Obiettivo

Risultato atteso

Salute mentale

- L'offerta di accoglienza presso la REMS sarà adeguata alla programmazione regionale.
- Sarà definito un percorso unico per la cura dei disturbi del comportamento alimentare, superando l'attuale frammentazione, nel rispetto della necessità di prendere in carico in modo appropriato i soggetti appartenenti all'età evolutiva e all'età adulta.

Collaborazione con la Direzione Centrale Salute per la predisposizione del nuovo Piano della Salute Mentale.

Risultato al 31.12.2017

L'adeguamento del numero di posti di accoglienza presso la REMS è in corso di progettazione e non si prevede la sua realizzazione nell'anno. La REMS Udinese è stata riaperta in data 18 maggio 2017. I due posti letto sono stati occupati per 363 giorni totali. Sono stati impegnati 7 Infermieri e 7 OSS, un Medico con IPAS e la Coordinatrice Infermieristica del DSM.

E' stato definito il modello organizzativo per i DCA dell'adulto (decreto n. 1024 del 24.11.2017). L'ambulatorio specialistico è attivo nel presidio del Gervasutta e sarà trasferita l'attività nel presidio del S.M. Misericordia nel corso del 2018. E' stato individuato il referente aziendale.

L'Azienda ha assicurato la collaborazione con la Direzione Centrale Salute.

Valutazione Direzione Centrali Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2 PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

3.2.1. Tutela della salute della donna	
Obiettivo	Risultato atteso
Consolidare il ruolo dell'ostetrica nel supporto della donna in ogni fascia d'età, anche attraverso l'inserimento della figura all'interno degli istituendi CAP, insieme ai MMG	Nel 2017 la funzione ostetrica nei CAP è garantita in coerenza con i fabbisogni definiti dai Distretti di appartenenza.
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Strutturare i percorsi della gravidanza fisiologica anche con la prescrizione degli esami diagnostici, e quelli successivi al parto, con il ripristino ed il rafforzamento, dove già esistenti, delle visite domiciliari.	E' definito il percorso della gravidanza fisiologica all'interno del "Percorso nascita aziendale"
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>La funzione ostetrica è garantita nell'ambito delle attività distrettuali.</p> <p>È stato definito il "Percorso nascita aziendale integrato", in cui è strutturato il percorso della gravidanza fisiologica.</p> <p>Le ostetriche informano le gravide e le puerpere sull'importanza di effettuare le vaccinazioni obbligatorie nell'ambito delle attività previste dal percorso nascita.</p>	

3.2.2. Migliorare la salute nei soggetti a rischio MCNT e malati cronici (Programma I PRP)	
Obiettivo	Risultato atteso
1. Concludere il Progetto Cardio 50 con l'analisi dei risultati al fine di valutarne l'estensione a tutta la regione come screening a chiamata attiva (ASUIUD)	Il report di analisi è prodotto entro il primo semestre 2017
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
2. Avviare un progetto di analisi sulla possibilità di attivazione di uno "screening opportunistico" su stili di vita e rischio cardiovascolare globale nelle Aziende sanitarie della Regione, in coordinamento con l'A.I.R. dei MMGG	Adeguamento dei regolamenti dei CAP ed evidenza di avvio dell'operatività nei Distretti.

Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
3. Avviare a livello aziendale i gruppi di lavoro per i Percorsi Assistenziali definiti in coerenza con il documento regionale di indirizzo	Evidenza di gruppi di lavoro attivi
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
4. Proseguire la formazione	Almeno 1 corso FAD specifico per gruppi omogenei e almeno 1 corso residenziale: la partecipazione del personale sanitario, come definito dal PRP ed in percentuale cumulativa con 2016, deve raggiungere almeno il 9% del personale interessato.
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Il report è stato inviato alla DCS entro il termine 2. Lo specifico gruppo regionale ha redatto in documento presentato e discusso a Trieste nel mese di ottobre (verbale dell'incontro avvenuto il 26.10.2017) 3. In coerenza con il documento regionale di indirizzo è stato attivato un gruppo di lavoro aziendale che si è riunito per la prima volta il 12 dicembre 2017. 4. Il corso FAD è stato reso disponibile sul portale a fine anno. Hanno partecipato al corso due medici, 1 AS e 2 infermiere del Dipartimento di Prevenzione. Corso residenziale effettuato il 26 gennaio 2017. 	
Presa in carico soggetti con disturbi d'ansia/depressivi	
5. Definire in maniera condivisa di un modello per la presa in carico precoce dei soggetti con disturbi d'ansia/depressivi	Modello individuato
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
6. Formazione di mmg e pls per la presa in carico precoce dei soggetti con disturbi d'ansia/depressivi	Percorso formativo realizzato
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. E' stato redatto in data 27/12/17, il documento su "Modello per la presa in carico precoce dei soggetti con disturbi d'ansia e depressione" e presentato alla Direzione Sanitaria. 2. Attività in linea: corso programmato per il 18.04.2018 rispettando il calendario formativo dei dei PLS. 	

3.2.3. Gli screening oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia (Programma II PRP)	
Obiettivo	Risultato atteso
1. Raggiungere e/o mantenere un'adesione ai programmi di screening pari al 65% per la cervice uterina, al 65% per la mammella, e al 70% per il carcinoma del colon retto	Adesione pari al 65% per la cervice uterina, al 65% per la mammella, e al 70% per il carcinoma del colon retto
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

2. Garantire il rispetto degli standard di qualità, come previsto dall'Atto d'Intesa del 18 dicembre 2014 della Conferenza Stato-Regioni sul documento recante "Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete dei Centri di Senologia".	A seguito dell'avvio del programma aziendale Senologia, finalizzato alla costituzione dell'Unità Funzionale Senologica, l'organizzazione delle attività è adeguata agli standard di qualità, come previsto dall'Atto d'Intesa del 18 dicembre 2014 della Conferenza Stato-Regioni sul documento recante "Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete dei Centri di Senologia"
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
3. 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
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
4. Garantire la tempestiva refertazione dello screening mammografico e ridurre i richiami intermedi (early recall) dopo approfondimento	>90% esami negativi di primo livello refertato entro 15 giorni percentuale di early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso"/totale dei casi chiusi dall'unità senologica inferiore al 10%
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
5. Tutte le aziende con centro di secondo livello per il programma di screening per la cervice uterina: garantire il rispetto dei requisiti definiti dalla Regione per i centri di secondo livello.	ASUI rispetta i requisiti definiti dalla DCS per i centri di 2° livello.
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
6. Garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica per gli esami di 2° livello di screening	La percentuale di compilazione dei campi fondamentali >=95%
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
7. Mantenere aggiornate, tramite i distretti, le anagrafi sanitarie verificando assistiti in base ai dati del monitoraggio delle lettere inesitate fatti pervenire dalla Direzione Centrale Salute.	L'anagrafe sanitaria aggiornata
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>1. Adesioni 2017 (con delta rispetto al 2016): Adesione pari al 56,9% (+2,27%) per la cervice uterina, al 66,87% (+7,01%) per la mammella, e al 62,76% (+4,68%) per il carcinoma del colon retto</p> <p>2. Nel 2017 è stato redatto il questionario predisposto dalla DCS (che diventerà annuale) sulla qualità dei secondi livelli. Rilevata alcune non conformità</p>	

3. E' assicurata la lettura del 1° livello e il percorso di approfondimento diagnostico da parte dei radiologi certificati
4. L'azienda si attesta su un valore del 75% di esami di primo livello refertati entro 15 giorni e di 13,8% di early recall.
5. Nel 2017 è stato redatto il questionario predisposto dalla DCS (che diventerà annuale) sulla qualità dei secondi livelli. Rilevata alcune non conformità
6. La corretta compilazione si attesta al 99,18%
7. L'anagrafe sanitaria è mantenuta aggiornata

3.2.4. Gli screening neonatali (Programma II PRP)

Obiettivo	Risultato atteso
Diffusione e applicazione in tutti i punti nascita di una procedura regionale per lo screening neonatale audiologico	La procedura regionale di screening audiologico neonatale è operativa presso il punto nascita.
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Diffusione e applicazione in tutti i punti nascita di una procedura regionale per lo screening neonatale oftalmologico.	La procedura regionale di screening oftalmologico neonatale è operativa presso il punto nascita.
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Assicurare da parte di tutti i punti nascita la regolare comunicazione IRCSS Burlo della rilevazione del TSH neonatale.	Garantita la regolare comunicazione IRCSS Burlo della rilevazione del TSH neonatale.
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Adozione di un programma di identificazione precoce della fibrosi cistica e di un programma per l'identificazione precoce dei neonati con emoglobinopatia nella popolazione a rischio	Adozione dei programmi di identificazione precoce della fibrosi cistica e di identificazione precoce dei neonati con emoglobinopatia nella popolazione a rischio in accordo con l'I.R.C.C.S. Burlo Garofolo Assicurare regolare comunicazione al Burlo.
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Risultato al 31.12.2017 Nel punto nascita sono operative le procedure di screening audiologico e do screening oftalmologico. E' garantita la regolare comunicazione della rilevazione del TSH neonatale.	

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

Obiettivo	Risultato atteso
Le aziende sanitarie collaborano e sostengono percorsi ed azioni coerenti a diffondere in tutta la Regione il modello di Scuola che promuove la salute, che ha lo scopo di migliorare il successo scolastico e facilitare l'azione in favore della salute.	Almeno il 20% delle scuole presenti nel territorio dell'Azienda* dovranno esser raggiunte dalla proposta di aderire alla rete Scuole che promuovono salute (SHE). * Nota: Nell' Azienda sono presenti 36 tra Istituti

	comprensivi e Scuole secondarie di 2° grado
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Presentazione e avvio, da parte di tutte le aziende sanitarie, di una progettualità, con il finanziamento dedicato, di "peer education" nelle scuole della regione. Continua la diffusione e implementazione dei progetti riconducibili alle buone pratiche, quali modello What's up, Unplugged, "peer education" ecc	Aderiscono alla progettazione almeno il 45% delle scuole presenti nel territorio aziendale*.
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Risultato al 31.12.2017 Nel 2017 raggiunte 7 scuole (pari al 20%); in aggiunta agli incontri a tema specifico, è stata diffusa presso gli operatori/dirigenti scolastici la proposta di adesione alla rete Scuole che promuovono Salute. Avviata una progettualità di "peer education" in 20 scuole (pari al 55%) della nostra Azienda. E' continuata la diffusione di progetti riconducibili alle buone pratiche quale Unplugged, diretto agli insegnanti delle scuole secondarie di primo e secondo grado, in collaborazione con il Dipartimento delle Dipendenze, effettuato in tre corsi con la partecipazione di 83 docenti e due incontri post formazione.	

3.2.6. Prevenzione delle dipendenze (Programma IV PRP)	
Obiettivo	Risultato atteso
Creare un Gruppo di formatori per i docenti delle scuole primarie e secondarie sulle life skills come strumento di prevenzione anche delle dipendenze	Almeno 1 workshop di "trasferimento LS contesto scuola" Almeno 4 operatori formati in Azienda (Prevenzione, Dipendenze e altre strutture interessate)
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Formare gli Assistenti sociali degli ambiti territoriali per diffondere gli strumenti di identificazione precoce delle persone vulnerabili al gioco d'azzardo patologico	Almeno 1 corso per Assistenti sociali degli ambiti territoriali aziendali.
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Risultato al 31.12.2017 Corso di formazione organizzato dalla DCS il 29-30 maggio e 5-6 giugno cui hanno partecipato tre assistenti sanitari del Dipartimento di Prevenzione e operatori del Dipartimento delle Dipendenze. Partecipazione di due assistenti sanitari e due infermieri dei Dipartimenti di Prevenzione e delle Dipendenze a un percorso formativo per diventare "formatori Unplugged". Corso Assistenti Sociali: effettuata formazione il giorno 23 novembre 2017 rivolto a Assistenti Sociali dell'ambito territoriale aziendale, per l'identificazione precoce delle persone vulnerabili al GAP.	

3.2.7. Promozione dell'attività fisica (Programma V PRP)	
Obiettivo	Risultato atteso
Avviare un progetto di attività fisica rivolto alla popolazione adulta da realizzare con il finanziamento dedicato	Presentazione del progetto alla DCS e, ottenuta l'approvazione, avvio della sua realizzazione.
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Realizzare progetti di promozione attività fisica adattata	E' avviato almeno 1 iniziativa/progetto.
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Diffondere del catalogo aziendale delle offerte e opportunità di attività fisica presenti sul territorio e aggiornamento dello stesso	Catalogo aziendale pubblicato sul sito aziendale e aggiornato
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>I progetti presentati sono stati valutati da apposita commissione, ed è stato aggiudicato il finanziamento a quattro progetti che sono stati avviati, con rendicontazione nel 2018</p> <p>Continua la promozione dell'attività fisica adattata rivolta alla popolazione adulta/anziana, con il coinvolgimento dei MMG al progetto: diffusione di materiale informativo a cura della Regione, effettuato 1 incontro per UDMG per singolo distretto e nel mese di ottobre effettuati tre incontri con le AFT presso i Distretti di Cividale e Tarcento per la diffusione delle informazioni e migliorare l'accessibilità ai progetti di attività fisica adattata.</p> <p>L'attività relativa al catalogo, ovvero alla sua compilazione e diffusione non ha trovato al momento attuazione, per mancanza di contatti con le amministrazioni locali e difficoltà tecniche relative alla possibilità di inserimento all'interno del sito e relativo aggiornamento. L'attività verrà programmata nel 2018.</p>	

3.2.8. Prevenzione degli incidenti stradali (Programma VI PRP)	
Obiettivo	Risultato atteso
Sensibilizzare alla prevenzione degli incidenti stradali	Iniziative di comunicazione e informazione alla popolazione
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Effettuare presso IMFR Gervasutta attività di approfondimento neuropsicologico dell'idoneità alla guida in qualità di centro di riferimento regionale fungere da riferimento regionale (formazione, acquisizione hardware e software...) per l'eventuale estensione dell'offerta presso ulteriori centri di valutazione sul territorio regionale.	Definire le modalità per l'accesso al test, in coerenza con la DGR 2187/2016. Avvio dell'attività istituzionale
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Risultato al 31.12.2017</p>	

1. Effettuati due incontri previsti dal gruppo regionale i rivolti alle polizie municipali che effettuano gli interventi nelle scuole. Un intervento a Udine il 16.10.2017 ed uno a Pordenone il 25 ottobre 2018
2. Dopo la definizione delle modalità di accesso, l'attività dell' ambulatorio neuropsicologico è stata avviata da aprile 2017. Obiettivo raggiunto.

3.2.9. Prevenzione degli incidenti domestici (Programma VII PRP)	
Obiettivo	Risultato atteso
Proseguire dell'attività di sensibilizzazione della popolazione nella prevenzione degli incidenti domestici	Collaborazione alla redazione di un report congiunto di tutte le Aziende di monitoraggio relativo alle attività previste dal Programma VII PRP inviato alla DCS.
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Prosegue la rilevazione attraverso la check-list dei rischi nelle abitazioni con analisi dei risultati	Almeno 50 abitazioni valutate
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Formazione operatori sanitari e dell'assistenza, con particolare riferimento al personale di assistenza dell'anziano	Organizzato almeno 1 evento
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>E' stata fornita la collaborazione richiesta.</p> <p>Sono state effettuate 50 rilevazioni mediante check list nelle abitazioni.</p> <p>Nel giugno 2017 è stata effettuato un evento formativo. Negli anni sono stati formati 215 operatori sanitari tutt'ora in servizio.</p>	

3.2.10. Miglioramento della qualità nelle attività del dipartimento di prevenzione con particolare riferimento alle attività di vigilanza e controllo (Programma VIII PRP)	
Obiettivo	Risultato atteso
SPSAL: partecipare ad azioni di verifica della omogeneità dell'applicazione in ambito regionale delle procedure di vigilanza in edilizia e prosecuzione della diffusione delle stesse ai portatori di interesse	<p>Partecipazione ai lavori del GRE</p> <p>Report elaborato da parte del GRE sulla omogeneità dell'applicazione delle procedure di vigilanza in edilizia in regione.</p> <p>Realizzazione di almeno un incontro provinciale con i portatori di interesse sulle problematiche connesse all'applicazione delle norme poste a tutela del lavoro in agricoltura</p>
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
SPSAL: partecipare ad azioni di verifica della omogeneità dell'applicazione in ambito regionale delle procedure di vigilanza in agricoltura e	<p>Partecipazione ai lavori del GRA</p> <p>Report elaborato da parte del GRA sulla omogeneità dell'applicazione delle procedure di</p>

prosecuzione della diffusione delle stesse ai portatori di interesse	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
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Coordinare i lavori di stesura di linee guida regionali sulla prevenzione di rischi infettivi nelle attività correlate alle pratiche estetiche e di protocolli operativi sulla uniformità dei controlli	E' stata elaborata una proposta di linee guida regionali E' effettuata, nei primi 6 mesi del 2017, la sperimentazione del protocollo operativo dei controlli in almeno: 2 tatuatori/piercer, 2 estetisti e 2 acconciatori.
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
SIAN/VET: partecipare alla formazione degli auditor e al programma di mantenimento della qualifica	Raddoppiare il numero di personale formato come auditor ufficiale nel 2017
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
SPSAL: realizzare un programma di audit mirato alle aziende dei comparti agricolo ed edile con il coinvolgimento dei comitati paritetici e bilaterali	Operatori formati secondo le indicazioni del PRP, Scheda di audit realizzata, Programma di audit realizzato
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Partecipare alla revisione della lista dei controlli sulle imprese e alla diffusione del documento ai portatori di interesse	Partecipazione al Gruppo regionale che provvederà alla revisione ed integrazione della Lista regionale dei controlli sulle imprese disponibile sul sito aziendale
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>E' stata garantita la partecipazione ai lavori del GRE e realizzato un evento formativo in collaborazione con UAF: presenti 20 ddl .</p> <p>E' stata garantita la partecipazione ai lavori del GRA e realizzati 5 interventi nell'ambito di AGRIEST TECH presenti 180 persone (160 ddl e consulenti, 20 studenti); un evento in una scuola secondaria di II grado ad indirizzo agrario (70 studenti); 2 eventi formativi teorico pratico per operatori PSAL (62 operatori).</p> <p>Le linee guida regionali sulla prevenzione di rischi infettivi nelle attività correlate alle pratiche estetiche, unitamente ad un protocollo dei controlli, sono state elaborate da un gruppo di lavoro coordinato dall'ASUIUD. I documenti sono stati proposti alla Direzione Centrale Salute e successivamente sono stati recepiti mediante DGR n. 2668 del 28 dicembre 2017 . E' stata inoltre effettuata la sperimentazione del protocollo operativo dei controlli su 6 attività.</p> <p>Il numero di personale formato come auditor ufficiale nel 2017 è passato da 2 auditor a 4 (BUR FVG n. 1 del 3.1.2018 e nota del direttore Area DCS Regione FVG del 2.2.2018).</p> <p>Rispetto al programma di audit del SPSAL è stata realizzata la parte teorica del corso (40 ore) e sono stati formati 10 operatori. Al 31.12.2017 non era stata ancora organizzata la parte pratica e pertanto il percorso formativo non è stato completato. Di conseguenza non è stata predisposta la scheda e non si sono realizzati gli audit.</p>	

E' stata garantita la partecipazione al Gruppo regionale per la revisione ed integrazione della Lista regionale dei controlli sulle imprese.

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

Obiettivo	Risultato atteso
Mantenere un'adeguata vigilanza nei settori edile e agricolo secondo i parametri definiti a livello nazionale	1. 5% delle aziende vigilate. 2. Agricoltura: mantenimento dell'attività di vigilanza dell'anno precedente: 90 aziende agricole a livello regionale 3. Edilizia: vigilare un numero di cantieri pari al 12% dei cantieri notificati nell'anno precedente (cantieri notificati nel 2016: 1475; stima cantieri da vigilare nel 2017: 177)
Valutazione Direzione Centrali Salute	1. OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO 2. OBIETTIVO RAGGIUNTO 3. OBIETTIVO RAGGIUNTO
Realizzare almeno un incontro informativo/formativo rivolto ai soggetti della prevenzione operanti nel settore edile e agricolo	Report di attività alla DCS con descrizione evento formativo, numero di operatori formati suddivisi per categoria
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Risultato al 31.12.2017 L'ASUIUD ha effettuato ispezioni in 190 cantieri e 28 aziende agricole (previste 28 aziende agricole e 187 cantieri edili) Inviato alla DCS il report attività con mail del 05.02.2017.	

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

Obiettivo	Risultato atteso
Realizzare in modo coordinato, 2 corsi accreditati o 2 iniziative di sensibilizzazione, finalizzati ad una maggiore conoscenza della corretta valutazione dei rischi, al reinserimento dei soggetti patologici e all'appropriatezza e qualità delle segnalazioni di malattia professionale.	2 corsi accreditati o 2 iniziative di sensibilizzazione a livello regionale
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Partecipare all'avvio dell'applicazione del metodo OCCAM (pag.90 PRP)	Analisi OCCAM su una neoplasia professionale
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Proseguire in ogni azienda il programma integrato di promozione della salute dei dipendenti, che	Report sui lavoratori a rischio cardiovascolare globale

coinvolge i medici competenti, per la declinazione operativa delle azioni dell'obiettivo specifico "Progetto pilota per un programma integrato di salute e benessere dei dipendenti pubblici..." del PRP.	Offerta di percorsi per smettere di fumare
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Sono stati organizzati a livello regionale 3 corsi sulle tematiche del sovraccarico biomeccanico degli arti superiori: 25.05.2017 a Udine (c/o associazione di categoria), 16.11.2017 a Pordenone (c/o associazione di categoria), 02.12.2017 a Udine (c/o Ordine dei Medici).</p> <p>Operatori della SOC PSAL hanno partecipato all'incontro presso la DCS (dott. Loris Zannier) per definire l'avvio del progetto (azioni e specifiche competenze degli enti coinvolti).</p> <p>Con riguardo ai lavoratori a rischio cardiovascolare globale sono stati somministrati, raccolti e inviati alla Direzione Regionale Salute 280 questionari WAI (Work Ability Index).</p> <p>E' proseguita anche nel 2017 l'offerta informativa e di percorsi per smettere di fumare ai lavoratori ASUIUD, in collaborazione con il Medico Competente. Effettuata inoltre attività formazione il 21/11/2017 dal titolo "Prevenzione, diagnosi e cura del Tabagismo"; è proseguito il programma di disassuefazione dal fumo per i dipendenti.</p>	

3.2.13. Miglioramento dei sistemi informativi e di sorveglianza (Programma XI PRP)	
Obiettivo	Risultato atteso
Alimentare le banche dati Informo e Malprof e coordinarsi per la stesura di un report regionale	Report congiunto di attività inviato alla DCS
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Sviluppo di sistemi informativi rivolta alla dematerializzazione delle comunicazioni obbligatorie	- Informatizzazione delle notifiche ex art.250 e 256 del D.Lgs. 81/08 - Avvio delle procedure per l'informatizzazione delle notifiche ex art.99 del D.Lgs 81/08
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Inviare i dati di attività dei servizi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro delle aziende alla regione per trasmissione al comitato interregionale di coordinamento	Dati inviati alla DCS
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Monitorare le verifiche periodiche delle attrezzature di lavoro con inserimento dei dati in apposito database	il 50% delle verifiche effettuate da ASUIUD è inserito a data base
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Nell'ambito dell'alimentazione delle banche dati Informo e Malprof sono stati inseriti 3 casi di infortuni selezionati secondo i criteri definiti a livello regionale; è stato inserito il 100% dei casi di MP in nesso</p>	

causale o concausale (pari a 143 casi). Dati registrati in ME.LA

L'applicativo ME.LA. è stato implementato con la funzione ME.LAM per la presentazione delle notifiche art. 250 e dei piani di lavoro art. 256 ed è pienamente operativo. Le ditte di bonifica amianto, dopo aver ottenuto l'accreditamento, possono presentare la documentazione necessaria per la bonifica di materiali contenenti amianto; tale documentazione viene valutata da operatori PSAL i quali hanno la possibilità di chiedere integrazioni e/o formulare specifiche prescrizioni tramite il portale.

Il gruppo regionale ME.LA ha preso contatti con INSIEL per uno studio di fattibilità per l'implementazione di ME.LA con le notifiche ex art. 99 del D. Lgs. 81/08.

I dati di attività 2017 dei servizi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro sono stati inviati alla DCS secondo modello richiesto (pec del 12.02.2018)

E' stato inserito nel database il 50% delle verifiche periodiche delle attrezzature di lavoro effettuate

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

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

Monitoraggio dell'attività al 31-8-2017

1. E' stata garantita la partecipazione agli incontri del tavolo di lavoro regionale
2. E' stata garantita la partecipazione alle riunioni del gruppo che si è occupato di:
 - inquinamento atmosferico area di Servola (TS).
 - problema mercurio nel terreno attorno alla foce dell'Isonzo.
 - inquinamento acque da pesticidi
3. Il territorio dell'ASUIUD non è compreso tra quelli aventi attualmente la criticità per le reti acquedottistiche avendo risolto il problema della DACT con interventi strutturali anche con il coinvolgimento degli enti gestore
4. Il corso a livello regionale non è stato realizzato,
5. Dopo l'incontro formativo della fine 2016 per gli operatori sanitari e le istituzioni scolastiche gestito del "Burlo" di Trieste, lo specifico gruppo di lavoro regionale non si è più riunito per condividere la metodologia operativa di intervento nelle scuole.

3.2.14. Esposti ex amianto

Obiettivo	Risultato atteso
1. Raccogliere i dati relativi ai mesoteliomi degli ex esposti e inviare al COR assicurando la trasmissione delle schede ReNaM	dati inviati al COR schede ReNaM trasmesse
2. trasmettere i dati sui soggetti attualmente esposti al CRUA e alla DCS secondo le relazioni annuali compilate dalle ditte di bonifica.	i dati sui soggetti attualmente esposti trasmessi al CRUA e alla DCS
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Ogni Azienda Sanitaria garantisce un numero di controlli coerenti con il piano nazionale annuale dei controlli in materia di REACH/CLP, per quanto attiene target group e tipologia di sostanze controllate	Effettuato almeno 1 controllo
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Risultato al 31.12.2017 Il 100% delle schede ReNaM raccolte (1 scheda) sono state trasmesse al COR. L'applicativo ME.LAM elabora le relazioni annuali riportanti le attività svolte dalle ditte di bonifica amianto e i nominativi dei soggetti esposti ad amianto (tale funzione è visibile sia alla DCS che al CRUA). E' stato effettuato un controllo REACH e un controllo CLP	

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

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

Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
2. Garantire in tutte le aziende sanitarie l'offerta attiva e gratuita del test HIV, anche in forma anonima, anche ad utenti in trattamento per problemi alcol correlati.	Report aziendale
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
3. Assicurare il proseguimento delle campagne vaccinali già avviate	Miglioramento delle coperture vaccinali
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
4. Adeguare la progressione dell'offerta vaccinale al nuovo PNPV attraverso la Formazione Revisione organizzativa Attività di comunicazione per operatori (MMG, PLS) e utenti (counselling) Monitoraggio nelle scuole di infanzia e nei nidi, pubblici e privati Intensificazione del counselling per i genitori non aderenti alle proposte vaccinali	Un corso di formazione sul campo in materia di vaccinazioni in Azienda Formazione degli operatori dei servizi vaccinali al counselling prevaccinale offerta attiva garantita per meningococco B offerta garantita (non attiva) per rotavirus offerta garantita (non attiva) per herpes zoster (ai 65enni) evidenza di iniziative di comunicazione / counselling per operatori e utenti
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
5. Assicurare procedure uniformi per la gestione dei soggetti inadempienti/esitanti alla vaccinazione	Adozione formale di protocollo regionale
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
6. Offerta vaccinazioni in categorie a rischio	definiti i protocolli aziendali in applicazione ai protocolli regionali
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
7. Avvio di un processo di accreditamento dei servizi vaccinali	evidenza di avvio del processo
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
8. Garantire la rilevazione delle reazioni avverse a vaccino	Report aziendale inviato alla DCS
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
9. Partecipare ai programmi di sorveglianza delle ICA, con evidenza di monitoraggio degli indicatori regionali.	Indicatori regionali monitorati
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
10. Effettuare in tutti gli ospedali per acuti la Point Prevalence Survey sulle Infezioni correlate all'assistenza.	La PPS è completata

Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
11. Effettuare in tutti gli ospedali per acuti la Point Prevalence Survey sul consumo degli antibiotici.	Report aziendale sul consumo di antibiotici
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
12. Formazione degli operatori sull'uso appropriato degli antibiotici in ospedale e nelle strutture residenziali per anziani	Almeno 1 iniziativa di formazione
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
13. Formazione degli operatori sull'uso appropriato degli antibiotici negli allevamenti industriali	Realizzato almeno 1 evento
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <ol style="list-style-type: none"> Le linee guida regionali, alla cui predisposizione hanno partecipato operatori dell'ASUIUD, sono state approvate dalla DCS con Decreto n. 255 dd. 2.2.2018. Le attività formative correlate saranno quindi attuate nel 2018. L'ambulatorio MST-HIV della SOS Medicina sociale garantisce l'offerta gratuita del test HIV in forma anonima Per le coperture vaccinali vedi allegato Indicatori LEA Effettuato il corso sul campo Miglioramento della qualità dell'attività vaccinale, verso l'accreditamento dei servizi vaccinali – a partire dal 5/4/2017 per un totale di 32 ore. Hanno partecipato 37 operatori sanitari di cui 35 operatori dei servizi vaccinali aziendali e 2 operatori della SOS Tutela della Salute e Sicurezza dei Lavoratori. <p>Il 12.05.2017 si è tenuto il corso "Vaccini e conflitti: prevenire è meglio che curare" a cura del dott Arigliani prof. ac di "Counselling PFCC" presso l'Università Politecnica Marche a cui hanno partecipato operatori dei servizi vaccinali non precedentemente formati nel campo del counselling vaccinale</p> <p>La vaccinazione anti meningococco B viene offerta con invito attivo a tutti i nuovi nati a partire dal 7[^] mese di vita</p> <p>La vaccinazione anti rotavirus è stata effettuata nel corso delle sedute vaccinali a quanti l'hanno richiesta. Nel corso del 2017 sono state somministrate complessivamente 1.853 dosi di vaccino antirotavirus</p> <p>Il vaccino anti herpes zoster è disponibile presso il servizio vaccinale ed effettuato su richiesta. Nel corso del 2017 sono state effettuate 93 dosi di vaccino.</p> <p>Si sono svolte 3 iniziative di comunicazione rivolte alla popolazione (Cividale, Faedis, Pavia di Udine) e i iniziativa rivolta agli operatori del programma di screening</p> <ol style="list-style-type: none"> In data 28.02.2017 la DCSPSF con decreto del direttore di Area n.372/SPS ha approvato il documento "Procedure regionali per la gestione inadempienza/esitazione vaccinale" .documento che dopo l'approvazione della legge 119/17 sull'obbligo vaccinale non rispondeva, almeno nelle procedure finali , agli obblighi di legge (invio sanzioni amministrative) .Il gruppo di lavoro dei referenti dei servizi vaccinali regionali riunitosi più volte ha definito come procedere per il recupero degli inadempienti/esitanti con procedure definite nell'ambito del Sistema informativo a cui tutti si stanno attenendo. <p>Inoltre, a seguito dell'entrata in vigore della Legge sull'obbligo vaccinale, è stato individuato un gruppo di</p>	

lavoro a livello regionale con il compito di definire quale dovesse essere la procedura amministrativa . Il gruppo ha definito una bozza della procedura,tuttora non ancora formalizzata a livello regionale, in assenza di indicazioni univoche nazionali da parte del Ministero della Salute

6. Con DGR 365 del 3 marzo 2017 sono stati individuati i vaccini raccomandati per le categorie a rischio. In collaborazione con la Clinica malattie infettive sono stati predisposti i primi protocolli per singole categorie e si sta predisponendo la procedura definitiva da condividere con i vari specialisti. Pur non disponendo della procedura definitiva nell'ambito del servizio vaccinale di Udine è già attivo L' "Ambulatorio categorie a rischio" a cui vengono inviati i pazienti a rischio da parte di molti specialisti.

7. La necessità di sostenere AAS3, da parte del personale medico e comparto di diverse Aziende, in particolare dell'ASUIUD, nella correzione delle note vicende legate alle "finte" vaccinazioni, e della entrata in vigore della Legge sull'obbligo vaccinale, che ha comportato un corposo impegno organizzativo e di attività, ha di fatto bloccato tutte le attività programmate dal livello centrale per l'avvio del processo di accreditamento dei servizi vaccinali .

8. Le reazioni avverse vengono rilevate e inserite nella rete di farmacovigilanza. Report effettuato
Per gli obiettivi da 9 a 12 vedi capitolo 3.4.8 Rischio clinico, qualità e appropriatezza nell'erogazione delle cure

13. Evento di competenza regionale

3.2.16. Comunicazione del rischio e gestione delle emergenze (Programma XIV PRP)	
Obiettivo	Risultato atteso
1. Applicare il protocollo regionale sull'assistenza sanitaria alle persone migranti ed inviare settimanalmente i dati di attività	Report settimanale
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
2. Realizzare in modo coordinato tra le aziende sanitarie almeno un intervento formativo/informativo per la sensibilizzazione di gruppi specifici (tatuatori, estetisti, piercers..) sui problemi correlati alle malattie trasmissibili	E' effettuato almeno 1 intervento formativo/informativo
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
3. Garantire la formazione dei propri operatori sull'antimicrobial stewardship	In ASUI almeno il 25% di medici prescrittori è formato
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
4. 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
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
5. In applicazione del Piano generale regionale di risposta alle emergenze, definire e formalizzare l'unità di crisi aziendale	Unità di crisi aziendale formalizzata
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

Risultato al 31.12.2017

1. Vengono regolarmente inviati i report settimanali alla DCS
2. E' stato realizzato il convegno regionale "La prevenzione dei rischi per la salute nelle pratiche estetiche" in data 11 dicembre, in collaborazione con le altre aziende sanitarie, rivolto ai tatuatori, piercer, estetisti e acconciatori

Per gli obiettivi 3, 4 e 5 vedi 3.4.8 Rischio clinico, qualità e appropriatezza nell'erogazione delle cure

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

Obiettivo	Risultato atteso
1. Sviluppare il piano d'azione elaborato da ogni azienda per i propri punti nascita e garantire la partecipazione degli operatori dedicati, al percorso formativo programmato a livello regionale	40% operatori dedicati è formato in ASUI
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
2. Monitorare le gare di appalto di PA e Enti già mappate nel 2016 e fornire il proprio contributo nelle gare d'appalto in corso nel 2017 per favorire il maggior consumo di frutta e verdura, la riduzione del consumo di sale, usando quello iodato, l'utilizzo di prodotti preferibilmente tipici e a filiera corta	ASUI ha garantito il proprio contributo al 5% delle gare d'appalto di PA e Enti in corso nel 2017 in ogni Azienda
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
3. Realizzare corsi di formazione in ogni azienda su stili alimentari salutari per operatori sanitari della prevenzione, delle cure primarie e degli ospedali, anche integrati con le proposte dei programmi I e X	Un corso di formazione in ASUI
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
4. 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
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Risultato al 31.12.2017	
1. Le criticità legate alla programmazione dei corsi, di competenza regionale, hanno ritardato l'avvio degli stessi e non hanno permesso, pertanto, il raggiungimento dell'obiettivo.	
2. Nel corso del 2017 è stato possibile intervenire direttamente su 6 appalti sui 13 censiti in scadenza (>40% come da nota inviata alla DCS prot. 8973 del 31.1.2018)	

3. Effettuato un corso di formazione e programmato un secondo per l'anno 2018.
- 4: Report su attività svolta inviato (prot.n. 8837 del 31.1.2018). Materiale del corso pubblicato il 21.12.2017 sul sito aziendale

3.2.18. Sicurezza alimentare, salute e benessere animale	
Obiettivo	Risultato atteso
Effettuare i controlli sulla condizionalità come da convenzione con il MIPAAF/AGEA	Effettuare il 100% dei controlli previsti per gli atti di interesse della condizionalità e inserire le evidenze ed i verbali in BDN.
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi contenuti nel Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare anche attraverso l'attività di ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base a criteri del rischio, delle imprese alimentari; a parità di rischio dovrà essere mantenuto almeno il tasso di copertura 2016	Numero di interventi programmati per il 2017 che costituiscono il risultato atteso aziendale: n. interventi ispettivi per settore programmati per il 2017: 620 il n .audit programmati per il 2017: 6 n. dei controlli ufficiali dei campionamenti di alimenti e di valutazioni del rischio: 90 n. dei controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni.: 6
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Attuazione del quarto anno del Progetto Piccole Produzioni Locali in accordo con la Direzione centrale agricoltura. Applicazione del nuovo Regolamento con coinvolgimento del Servizio SIAN.	Aumentare l'informazione e la formazione sul territorio, informando le Aziende dell'allargamento del paniere dei prodotti come da DPRReg 0179-2015 del 01/09/2015. Stesura di una relazione finale di verifica Aziendale indicante il numero di PPL registrate ed il numero di ispezioni eseguite su: carni suine e avicunicole carni di specie diverse prodotti lattiero caseari di malga vegetali, confetture, conserve, prodotti da forno, erbe aromatiche, prodotti dell'alveare, vegetali fermentati, lumache, ecc...
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Misure di prevenzione su base genetica per l'eradicazione della Scrapie ovina classica, finalizzate all'incremento dell'allele di resistenza della proteina prionica (ARR) nell'intero patrimonio ovino nazionale	Controlli sierologici sui capi destinati alla riproduzione come da quanto previsto nel decreto Ministeriale, al fine di ottenere un patrimonio ovino regionale indenne da Scrapie.
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Attuazione del Piano regionale di monitoraggio e controllo della malattia di Aujeszky dei suini.	n. allevamenti della coorte individuati dal Piano regionale da controllare al fine del mantenimento

	dell'indennità.
Valutazione Direzione Centrali Salute	R OBIETTIVO RAGGIUNTO AG
Attuazione dei controlli sul benessere animale negli allevamenti e durante il trasporto secondo le linee guida operative dettate dalla Task Force benessere animale, istituita con Decreto 659/SPS del 20/08/2015	n. interventi di controllo sul rispetto del benessere animale richiesti dal PRISAN 2017
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Attuazione dei controlli sull'anagrafe ovi caprina come da indirizzi LEA Ministeriali.	Raggiungimento del 3% dei controlli su base Regionale come richiesto da LEA Ministeriali.
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Applicazione del PRP sull'Igiene Urbana Veterinaria.	Effettuare il 100% dei controlli sulle strutture di ricovero e custodia della Regione Autonoma FVG sia convenzionate che non convenzionate.
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO AG
Applicazione piano vaccinale blue tongue	100% entro 28 febbraio 2017
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>E' stato effettuato il 100% dei controlli previsti</p> <p>Effettuati 777 interventi ispettivi per settore (dato SISAVeR al 31.12.2017)</p> <p>Effettuati 7 audit</p> <p>Eseguiti 190 campionamenti su 168 previsti</p> <p>Effettuati 6 controlli congiunti con Servizio Veterinario e SIAN</p> <p>Sono state effettuate le ispezioni ed i campionamenti. La relazione è in fase di invio alla DCS</p> <p>Effettuati 10 controlli</p> <p>Eseguiti tutti i campionamenti programmati dalla Regione</p> <p>Effettuati 35 interventi di controllo</p> <p>Attuati 7 controlli su 240 allevamenti ovi caprini (3%)</p> <p>Effettuato il 100% dei controlli</p> <p>Applicazione al 100%.</p>	

3.3 ASSISTENZA PRIMARIA

3.3.1. Attuazione accordo per la Medicina generale

Obiettivo	Risultato atteso
1. Avvio delle Nuove medicine di Gruppo in ogni Azienda	1. Sviluppo delle Nuove medicine di gruppo conforme a quanto previsto dalla DGR 39/2016. Si ipotizza, dopo l'attivazione di Manzano, Cividale e Zugliano, nel 2017 l'avvio di almeno altre 2 nuove MGI.
2. Sviluppo dei CAP in ogni Azienda	2. Entro il 2017 sono attivi 4 CAP aziendali.
3. Attivazione di programmi di medicina d'iniziativa	3. Miglioramento del livello degli obiettivi raggiunti per quanto riguarda il diabete previsti dall'AIR di cui alla DGR 39/2016 nel 2017 vs 2015. Nel 2017 è richiesto un incremento dei livelli raggiunti nel 2016 non inferiore all'incremento registrato nel 2016 rispetto al 2015; in caso di peggioramento a consuntivo 2016, l'obiettivo è pari ad un incremento non inferiore al 15% per ogni indicatore rispetto al valore osservato nel 2015 (rif.: nota interpretativa autentica della DGR 39/2016 sottoscritta dal Comitato Regionale ex art.24 in data 3 maggio 2016)
4. Revisione procedure dimissione protetta	4. L'ASUI ha aggiornato la procedura delle dimissioni protette sulla base delle nuove indicazioni regionali e dei protocolli già sviluppati per il Punto Unico Integrato.
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>1. Lo sviluppo delle Nuove medicine di Gruppo è stato perseguito con la presentazione della proposta aziendale di altre 4 nuove MGI, autorizzate dalla DCS regionale ed attivate.</p> <p>2. Sono pienamente operativi i CAP di Cividale, Manzano e Zugliano, mentre è stato avviato quello di Povoletto. E' stato istituito e regolamentato anche il CAP di Feletto Umberto, per il quale sono stati completati nel mese di dicembre i lavori di adeguamento e la sua attivazione è prevista entro il primo trimestre 2018.</p> <p>3. Attivati nel 2016 tutti i programmi di medicina di iniziativa e monitorati gli indicatori secondo le indicazioni del comitato regionale ex art.24.Nel 2017 i miglioramenti conseguiti risultano ancora disomogenei e non in linea con gli obiettivi programmati.</p> <p>4. Sviluppata la procedura delle dimissioni protette per il PUI per il Distretto di Udine; previsto per il 2018 l'estensione delle indicazioni operative ai Distretti di Cividale e Tarcento.</p>	
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.2 Accredimento

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

Partecipare attivamente al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti.	Messa a disposizione di valutatori interni per i sopralluoghi in almeno 20 giornate secondo le indicazioni della direzione centrale salute.
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Gli enti del SSR collaborano allo sviluppo dell'organismo tecnicamente accreditante (OTA), costituito da tutti i referenti dell'accREDITAMENTO istituzionale, secondo le direttive dell'Intesa CSR del 19/2/2015 recepita con la DGR 2220/2015.	Partecipazione ai lavori dell'organismo tecnicamente accreditante (OTA) per la definizione delle regole di funzionamento interno e della propria politica (mission, vision e obiettivi) secondo le indicazioni della DGR 2220/2015.
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Nel 2017, in coerenza con quanto previsto dalla legge di riordino del SSR n. 17/2014, si procederà al completamento del processo di verifica e accreditamento delle strutture intermedie pubbliche e private ed in particolare delle RSA, Hospice, SUAP (speciali unità di assistenza protratta), strutture di riabilitazione funzionale per minori con disturbi neuropsichici e ospedali di comunità.	Raggiungimento dell'accREDITAMENTO istituzionale delle strutture pubbliche attualmente attive
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Risultati al 31.12.2017 I valutatori interni sono messi a disposizione per i sopralluoghi della Regione e partecipano alle attività di valutazione se contattati. E' stata garantita la partecipazione ai lavori dell'OTA per la definizione del regolamento di cui alla DGR 2220/2015. E' stato portato a termine il processo di accREDITAMENTO istituzionale della RSA di Cividale del Friuli, della RSA "Scrosoppi" di Udine e dell'Hospice con sede presso l'IMFR "Gervasutta".	

3.3.3. Odontoiatria sociale	
Obiettivo	Risultato atteso
1. Aumento delle prestazioni LEA erogate raggiungendo la media aziendale di almeno 1,5 prestazioni/ora per odontoiatra.	+10% delle prestazioni LEA erogate rispetto al 2015 (Modifica 1° e 2° RND)
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
2. Prestazioni non LEA erogate	200 casi di terapia ortodontica e 600 protesi totali complessivamente nelle sedi attivate (Regionali) (Modifica 1°RND)
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
3. Percentuale aziendale di visite odontostomatologiche	Non superiore al 50% del totale delle prestazioni erogate (sono escluse le visite del pronto soccorso odontostomatologico)

Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Risultati al 31.12.2017	
1. L'Azienda ha registrato un aumento del 4,8% (incr. 2017 vs. 2015) e del 8,6% (incr. 2017 vs. 2016)	
2. Sono inoltre stati effettuati 197 trattamenti ortodontici	
3. La percentuale di visite odontostomatologiche sul totale delle prestazioni erogate si è attestata sul 35%.	

3.3.4. Cure palliative e terapia del dolore	
Obiettivo	Risultato atteso
Attivazione della rete locale per le cure palliative.	Dopo l'istituzione della rete e la nomina del responsabile, avvenute nel dicembre 2016, entro il primo semestre 2017 in ASUIUD è attivata ed operativa la rete locale per le cure palliative.
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
2. Istituzione/potenziamento degli hub e spoke della rete locale per la terapia del dolore dell'età adulta.	2. Entro il primo semestre è attivato il centro hub di terapia del dolore secondo le indicazioni della DGR 165/2016 che ne ha definito le caratteristiche e i requisiti.
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
3. ASSISTENZA H24 7 su 7: sono garantite Cure Palliative domiciliari 7 giorni su 7, dalle 8 alle 20, attraverso l'erogazione diretta degli operatori dell'équipe e per le restanti fasce orarie attraverso una delle seguenti modalità: Pronta disponibilità dedicata (servizio h24 garantito dall'UCP), Consulenza telefonica (agli assistiti e/o ai Medici dei servizi di Continuità assistenziale e al 118)	3. Assistenza garantita h24 7 giorni su 7 in ASUIUD.
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
4. TEMPISTICA DI PRESA IN CARICO MALATI ONCOLOGICI DECEDUTI: Suddividere il numero di malati oncologici deceduti in base al tempo intercorso tra il momento della segnalazione e la presa in carico: Entro 1 giorno dalla segnalazione/Tra 1 e 2 giorni dalla segnalazione/Tra 2 e 3 giorni dalla segnalazione/Oltre 3 giorni dalla segnalazione/Momento della segnalazione non noto.	4. Attivazione del sistema di monitoraggio (Attualmente il dato non è noto)
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
5. CIA (coefficiente di intensità assistenziale) dell'assistenza domiciliare a favore dei pazienti terminali presi in carico dalla rete delle cure palliative.	5. almeno il 30% dei pazienti deve avere CIA >= a 0,5 (Modifica 2° Rendiconto)

Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
6. Percentuale di malati oncologici deceduti a domicilio.	6. Aumento del 20% rispetto al valore 2016 (stima 2016 pari al 44,5%)
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
7. attivazione del monitoraggio dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni di terapia del dolore in tutti i setting assistenziali.	7. Trasmissione report alla direzione centrale salute
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
8. Attivazione di almeno una campagna informativa sulle reti delle cure palliative e della terapia del dolore da realizzarsi con finanziamento della LR 10/2011 in ciascuna Azienda.	8. Effettuata almeno una campagna informativa.
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
9. Attivazione di presa in carico dei malati oncologici in "fase avanzata" con supporto psico-relazionale individuale e della famiglia.	9. Ad almeno il 50% dei pazienti presi in carico viene garantito il supporto psico-relazionale dopo la messa a regime della rete delle cure palliative.
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Risultati al 31.12.2017</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. L'attività è stata avviata nel primo semestre. 2. La realizzazione dell'obiettivo non è stata possibile nel 2017; il processo riorganizzativo aziendale sarà perseguito nel 2018. 3. L'assistenza H24 7/7 è garantita in sede Hospice. In fase di implementazione l'assistenza territoriale che troverà compimento nel 2018. 4. Il monitoraggio non è ancora stato attivato. 5. La raccolta dei dati è iniziata nell'ultima parte dell'anno su documentazione cartacea. I dati saranno elaborati nel 2018. 6. Il numero di malati oncologici deceduti a domicilio è aumentato del 25,8%. 7. La realizzazione dell'obiettivo non è stato perseguito nel 2017 anche per la mancanza della definizione di criteri omogenei regionali. 8. Attività non effettuata nel 2017; predisposto il materiale informativo. 9. Non è ancora definito in maniera univoca il criterio che individua il paziente in "fase avanzata". Il 50,3% dei pazienti deceduti dopo la presa in carico ha ricevuto prestazioni psicoterapeutiche. 	

3.3.5. Superamento della contenzione.

Obiettivo	Risultato atteso
Dare attuazione alla DGR n. 1904/2016	<ul style="list-style-type: none"> - La commissione tecnica per il monitoraggio è operativa - Produzione di un report di monitoraggio del fenomeno della contenzione in tutte le strutture

	sanitarie, socio-sanitarie e assistenziali secondo quanto disposto nella DGR 1904/2016.
<p>Risultati al 31.12.2017</p> <p>La commissione tecnica per il monitoraggio è operativa; sviluppata la procedura non ancora formalizzata. Previsto per il 2018 l'avvio dei monitoraggi secondo la nuova procedura aziendale. Nel 2017 sono state comunque mantenute le sorveglianze già operative nelle strutture sanitarie, sociosanitarie e assistenziali aziendali.</p>	
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.6. Riabilitazione	
Obiettivo	Risultato atteso
1. Completare il processo di riqualificazione dei posti letto di RSA pubblici e privati che entreranno a far parte della rete di riabilitazione estensiva extra ospedaliera.	1. Processo concluso entro il 2017.
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
2. Attivare a livello aziendale la rete per le malattie neuromuscolari e la sclerosi laterale amiotrofica	2. E' attivato un gruppo integrato neuromuscolare (GIN) con la finalità della presa in carico della persona con malattia neuromuscolare nell'ambito territoriale di competenza.
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
3. Attivare a livello aziendale il PDTA per la sclerosi multipla entro la seconda metà del 2017	3. Entro il 2017 almeno il 50% dei pazienti con sclerosi multipla è preso in carico con le modalità previste dal percorso assistenziale
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>1. Vedi obiettivo 3.1.2.</p> <p>2. Attività avviata nel 2017; il consolidamento della rete è previsto nel 2018</p> <p>3. Il PDTA regionale non è stato approvato dalla Regione.</p>	

3.3.7. Assistenza domiciliare	
Obiettivo	Risultato atteso
Presenza in carico in ADI popolazione >65 anni. Flusso SIAD (con PAI, ValGraf, CIA>0,13 e GdC >0)	> 3.8% popolazione > 65 anni (secondo nuova griglia LEA). Dato stimato 2016 = 2,45% della popolazione >65 anni.
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>L'Azienda si attesta su un valore pari al 2,72% (dato ad ottobre 2017)</p>	
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

	Valore non raggiunto: 2,74
--	-----------------------------------

3.3.8. Salute mentale	
Obiettivo	Risultato atteso
Adottare ed implementare il nuovo gestionale regionale.	Il nuovo gestionale è adottato ed implementato in base alle indicazioni regionali.
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Attività non avviata dalla Regione. L'ASUIUD sta garantendo la presenza di un proprio rappresentante al gruppo tecnico regionale per l'implementazione del nuovo gestionale.</p>	
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

3.3.9. Disturbi del comportamento alimentare	
Obiettivo	Risultato atteso
1. Attivare la funzione di osservatorio epidemiologico per i DCA, in collaborazione con la Direzione Centrale Salute, i DSM e i servizi per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza, come definito dal Decreto 1200/2013;	1. Gli Osservatori epidemiologici DCA predispongono un report sull'attività 2017 della rete sulla base di indicazioni della Direzione.
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
2. Consolidare la rete di offerta con l'attività a regime degli ambulatori dedicati e dei centri diurni per l'età adulta e per l'età evolutiva.	<p>2. L'Azienda ha identificato un Ambulatorio DCA con suo referente per l'età adulta ed un Ambulatorio DCA con suo referente per l'età evolutiva.</p> <p>L'Azienda ha strutturato percorsi di cura per i disturbi del comportamento alimentare nell'età evolutiva e nell'età adulta, con la possibilità di erogare prestazioni multiple nello stesso setting assistenziale in particolare in centro semiresidenziale.</p>
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>La funzione di Osservatorio Epidemiologico per l'età adulta è attiva. Entro febbraio 2018 verranno chiesti i dati di attività 2017 ai vari Centri coinvolti</p> <p>L'ambulatorio specialistico è attivo attualmente nel presidio del Gervasutta. Sarà trasferita l'attività nel presidio del S.M. Misericordia nel corso dell'anno 2018. E' stato individuato il referente aziendale (Prof. Matteo Balestrieri). L'equipe funzionale è attualmente formata da Pool strutturale della Clinica Psichiatrica (due medici, due psicologhe, una infermiera professionale, un Operatore Socio Sanitario) da personale della SOC Endocrinologia e Malattie del Metabolismo, in base ai protocolli operativi definiti con il CUDICA per la Diabetologia e Nutrizione clinica e, per la valutazione internistica, dal personale della Clinica Medica.</p>	

3.3.10. Salute mentale in età evolutiva	
Obiettivo	Risultato atteso
Rinforzare i servizi di salute mentale per l'età evolutiva come previsto dalla DGR n.1671/09.09.2016.	Istituzione équipe territoriale disabilità età evolutiva prevista dal livello regionale.
Risultati al 31.12.2017 Avviata la formazione del personale della NPIA; l'istituzione delle nuove équipe territoriali, dopo la formazione degli operatori distrettuali, viene rinviata al 2018.	
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

3.3.11. Autismo	
Obiettivo	Risultato atteso
Partecipazione dei referenti ai tavoli regionali	Partecipazione all'80% degli incontri regionali dei referenti individuati delle NPIA al tavolo tecnico regionale in tema di salute mentale
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Implementazione del percorso diagnostico assistenziale per il minore affetto da disturbi dello spettro autistico	N° operatori che hanno partecipato ai corsi realizzati nel 2017 in tema di gestione del minore con disturbi dello spettro autistico (Modif. 1° RND) Convenzione con "Progetto autismo FVG-Onlus"
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Risultati al 31.12.2017 E' garantita la partecipazione del responsabile della SOC NPIA a tutti gli incontri convocati dalla Regione. I corsi per la gestione del minore con disturbi dello spettro autistico hanno interessato 8 persone del servizio NPIA. La Convenzione per il "Progetto autismo FVG-Onlus" è stata approvata con decreto di n. 381 del 28 aprile 2017, sottoscritta il 5 maggio 2017. Il risultato è raggiunto.	

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

Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Risultati al 31.12.2017	
1.1 Il tavolo tecnico aziendale ha definito il percorso nascita integrato	
1.2 L'attivazione dell'offerta domiciliare in puerperio è attiva e rivolta a tutte le situazioni di fragilità e complessità dal punto di vista sanitario e psicosociale	
2. E' stato organizzato un evento formativo aziendale sul tema della menopausa e sono attive le consulenze individuali alle donne in età post fertile	

3.3.13. Diabete	
Obiettivo	Risultato atteso
Garantire l'applicazione del "Documento di indirizzo regionale sull'Assistenza alla Persona con Diabete"	Evidenza dell'attuazione entro il 31/3/2017 dei corsi a livello aziendale rivolti ai MMG e agli operatori dei distretti che si occupano di diabete nell'assistenza primaria sulla base del programma prodotto dalla "formazione formatori"
Risultati al 31.12.2017	
E' stata fatta la formazione ai MMG ed agli infermieri di Distretto come da programma.	
Sono state riunite le AFT in data 11/5 ed è stata sottoposta la compilazione di una griglia in base al programma dei formatori.	
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.14. Sanità penitenziaria	
Obiettivo	Risultato atteso
Prevenire il rischio autolesivo e suicidario in carcere.	Elaborazione di un programma aziendale per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario in carcere entro il 2017 sulla base delle indicazioni del Gruppo tecnico regionale.
Risultati al 31.12.2017	
E' stato redatto il "Piano locale per la prevenzione del rischio suicidario e degli agiti autolesivi in carcere" siglato dalla Direzione della Casa Circondariale e dalla Direzione del Distretto Sanitario di Udine. In data 21/12/17 si è svolto inoltre un evento formativo presso i locali della Casa Circondariale di Udine.	
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.15. Ospedali psichiatrici giudiziari	
Obiettivo	Risultato atteso
Attuazione del programma regionale di superamento degli OPG	E' garantito il funzionamento delle strutture per l'esecuzione delle misure di sicurezza alternative alla detenzione (REMS)
Risultati al 31.12.2017	

Vedi linea 3.1.11	
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.16. Dipendenze

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

Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
--	----------------------------

2. Partecipazione alla realizzazione di un workshop regionale, in collaborazione con il terzo settore sui trattamenti alcolici	2. Partecipazione di almeno il 70% del personale dei Servizi per le dipendenze dedicati al trattamento alcolico al workshop regionale.
--	--

Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
--	----------------------------

3. Promuovere e aumentare il numero di programmi terapeutico riabilitativi in misura alternativa alla detenzione per detenuti con dipendenza patologica e di messe alla prova	3. Partecipazione alla realizzazione di una formazione a valenza regionale sulle misure alternative e di "messa alla prova". Aumento delle misure alternative e di "messa alla prova" (2017 vs 2016).
---	---

Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
--	-----------------------------

4. Monitorare i risultati degli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale	4. Individuazione di almeno 3 indicatori di outcome relativi agli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale e produzione di un report semestrale con evidenza degli esiti.
--	---

Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
--	----------------------------

Risultati al 31.12.2017	
1. E' stata garantita la collaborazione con Osservatorio Regionale Dipendenze. E' stato assicurato l'inserimento dei dati (software regionale Mfp5), necessari per i flussi informativi regionali raccolti dall'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze che ha consentito la realizzazione della reportistica sugli indicatori di esito	
2. Al Workshop Alcolico regionale del 25 novembre 2017 ha partecipato l'80% degli operatori della SOC Alcologia.	
3. Misure Alternative: numero di Misure Alternative + Messe alla prova sostanzialmente sovrapponibile a quello dell'anno precedente (2017 = 84; 2016 = 87).	
4. Indicatori di Outcome: strumenti terapeutico-riabilitativi e reinserimento sociale. Predisposti i report semestrali	

3.3.17. Continuità assistenziale 116-117

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

Garantire la continuità assistenziale dei pazienti in assistenza domiciliare	Predisposta un'ipotesi di organizzazione dell'attività
<p>Risultati al 31.12.2017</p> <p>La continuità assistenziale ai pazienti in assistenza domiciliare è garantita h24 e 7/7giorni nel distretto di Udine, h12 e 7/7 giorni nei distretti di Cividale e di Tarcento.</p> <p>I trasporti secondari sono gestiti attraverso un accordo convenzionale con la CRI (Centrale Operativa CRIGest).</p>	
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.4 PROGETTI ATTINENTI LE ATTIVITA' CLINICO-ASSISTENZIALI

3.4.1 Insufficienze d'organo e trapianti	
Obiettivo	Risultato atteso
CUORE	
1. Utilizzare presso il Centro trapianti gli organi prelevati in regione (diretti o in scambio con altre regioni) 2. Ridurre il tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti di 50-74 anni	1. Almeno l'85% (valore 2016: 100%) 2. <= 210 per 100.000 residenti di 50-74 anni (valore medio regionale 2015 di 208,26 – fonte Bersaglio)
Valutazione Direzione Centrali Salute	1. OBIETTIVO RAGGIUNTO 2. OBIETTIVO RAGGIUNTO VALORE 180,23 (DATO REGIONALE)
Partecipazione ai lavori regionali per la predisposizione di almeno 2 percorsi assistenziali a valenza regionale (VAD e ECMO)	Evidenza della partecipazione ai lavori regionali
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>I trapianti di cuore sono stati 27, i cuori prelevati da donatori in regione 8 (oltre il 100%).</p> <p>L'Azienda si attesta sul valore di 191,23 (dato ad ottobre 2017)</p> <p>È stato effettuato un incontro regionale dedicato il 25/07/2017</p>	
RENE	
1. Migliorare i tempi di immissione in lista trapianto 2. Aumentare i casi di trapianto 3. Ridurre i pazienti in emodialisi con il potenziamento della Dialisi peritoneale e dei trapianti	1. Almeno il 75% dei nuovi dializzati entro 6 mesi dall'inizio della dialisi (valori 2016 non disponibili) 2. >= 70/anno comprensivi di tutte le tipologie di trapianto (nel 2016 59 al 7-12) 3. Pazienti in emodialisi al di sotto del 46% del totale (trapiantati+emodializzati+in dialisi peritoneale) (valore 2016= 27% al 7-12-2016)
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>56 pazienti iscritti in lista dall'1-1 al 31-12.</p> <p>Il sistema di monitoraggio puntuale delle tempistiche di inserimento in lista d'attesa per trapianto di rene ha preso avvio a gennaio 2018 col caricamento da parte di INSIEL nell'applicativo informatico di alcune procedure codificate. L'attività di trapianto renale è in calo (effettuati 50 trapianti)</p> <p>Il valore si attesta sul 28%</p>	
Valutazione Direzione Centrali Salute	1. OBIETTIVO STRALCIATO 2. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO 3. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO VALORE REGIONALE: 59,52
FEGATO	

<p>1. Aumentare l'iscrizione in lista trapianto, presso il centro trapianti dell'ASUIUD</p> <p>2. Adeguare a livello strutturale ed organizzativo il centro trapianti alle prescrizioni del Centro Nazionale Trapianti effettuate nel corso dell'ispezione dell'estate 2016</p> <p>3. Utilizzare presso il Centro trapianti gli organi prelevati in regione (diretti o in scambio con altre regioni)</p>	<p>1. Almeno 10 pazienti dell'ASUIUD in lista nell'anno 2017 reclutati attraverso l'apposita rete regionale e attraverso confronti attivi promossi dagli specialisti dell'ASUIUD nelle sedi delle Aziende regionali. (Valore 2016: 25 trapianti e 18 pazienti in lista al 2-12)</p> <p>2. Attivazione posti letto dedicati per la funzione trapianti, comprese le fasi precedenti e successive all'intervento chirurgico</p> <p>3. Almeno l'85% (Valore 2016: 81% al 31-10)</p>
<p>Valutazione Direzione Centrali Salute</p>	<p>1. OBIETTIVO RAGGIUNTO DATO CRT: 13 PAZIENTI ISCRITTI/TRAPIANTATI</p> <p>2. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</p> <p>3. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</p>
<p>Formalizzazione di almeno 2 percorsi a valenza regionale dei quali almeno 1 riguarda i pazienti trapiantati</p>	<p>Evidenza della partecipazione ai lavori regionali</p>
<p>Valutazione Direzione Centrali Salute</p>	<p>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO L'AZIENDA HA PARTECIPATO A 2 INCONTRI SU 4</p>
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Pazienti inseriti in lista n. 29</p> <p>L'Azienda ha approvato il "Modello organizzativo del percorso Trapianti di Fegato" (decreto n. 73 del 30.1.2017), comprensivo dei criteri di eleggibilità al trapianto condivisi con la rete epatologica regionale e della individuazione dei posti letto dedicati alla funzione in fase di attivazione.</p> <p>L'attività di trapianto fegato è in aumento rispetto al 2016; i trapianti sono stati 26, i fegati prelevati da donatori in regione 45 (58%)</p> <p>L'Azienda ha partecipato ai lavori regionali</p>	
<p>PANCREAS</p>	
<p>Ridurre il tasso di amputazioni maggiori per diabete</p>	<p>≤ 30 casi per milione di residenti (valore medio regionale 2015 di 29,39 x milione – fonte Bersaglio)</p>
<p>Valutazione Direzione Centrali Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO VALORE REGIONALE 26,46</p>
<p>Formalizzazione della filiera pancreas per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti</p>	<p>Evidenza della partecipazione ai lavori regionali</p>
<p>Valutazione Direzione Centrali Salute</p>	<p>OBIETTIVO STRALCIATO</p>
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>L'Azienda si attesta sul valore di 26,46 (dato ad ottobre).</p> <p>Il tavolo regionale non è ancora stato avviato; l'Azienda ha avviato la revisione del protocollo di trapianto aziendale.</p>	

POLMONE	
Ridurre il tasso di ospedalizzazione per BPCO	<= 60 per 100.000 residenti di 50-74 anni (valore medio regionale 2015 del 65,84 per 100.000 residenti – fonte Bersaglio)
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO VALORE REGIONALE 56,61
Formazione per la gestione integrata con le Pneumologie di riferimento dell'ossigenoterapia domiciliare	Formazione di almeno 3 infermieri per ogni distretto sanitario
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
Formazione, da parte delle Pneumologie di riferimento, finalizzata alla gestione integrata della riabilitazione respiratoria ambulatoriale e domiciliare	Formazione di almeno 2 fisioterapisti per distretto sanitario
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Formalizzazione rete polmone per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti	Evidenza della partecipazione ai lavori regionali
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>L'Azienda si attesta sul valore di 54,1 (dato a ottobre).</p> <p>La formazione è stata realizzata e sono stati formati 7 infermieri e 6 fisioterapisti dei 3 distretti</p> <p>L'Azienda ha partecipato ai lavori regionali</p>	
TESSUTI OCULARI	
1. Potenziare il programma di donazione cornee 2. Aumentare il numero di trapianti di cornea	1. + 20% delle donazioni del 2015 (valore 2015: 48) 2. Dato 2016 + 30% (nel 2016 al 31.10 effettuati 25 trapianti di cornea).
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>L'attività di donazione è aumentata del 31% rispetto al 2015. Nel 2017 sono stati effettuati 63 espianti.</p> <p>L'attività di trapianto è in calo rispetto al risultato atteso. Nel 2017 sono stati effettuati 19 trapianti di cornea.</p>	
Valutazione Direzione Centrali Salute	1. OBIETTIVO RAGGIUNTO 2. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
DONAZIONE D'ORGANI E ALTRI TESSUTI	
Donazioni d'organo e trapianti	1. Formalizzazione del protocollo per prelievo d'organi da paziente con accertamento del decesso con criteri cardiologici 2. Formalizzazione del protocollo per la donazione multi-tessuto

<p>Risultato al 31.12.2017 L'attività non si è conclusa nel 2017. Il protocollo verrà formalizzato nel 2018 Il protocollo per la donazione multi tessuto è stato formalizzato.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrali Salute</p>	<p>1. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO 2. OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>

3.4.2 Emergenza urgenza	
Obiettivo	Risultato atteso
ICTUS	
Aumentare l'attività di Trombolisi endovenosa	Almeno 160 trattamenti (dato 2016: 160)
<p>Risultato al 31.12.2017 L'azienda ha effettuato 143 trattamenti.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrali Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO VALORE REGIONALE: 186 TRATTAMENTI</p>
Misurazione dei tempi intercorrenti fra allertamento-TAC e TAC-trombolisi venosa (relazione di analisi dei dati 2016 e primo semestre 2017)	Trasmissione alla DCS di un report/semestre con i dati di attività
<p>Risultato al 31.12.2017 L'indicatore non risulta misurabile con i sistemi attualmente in uso.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrali Salute</p>	<p>OBIETTIVO STRALCIATO</p>
Presenza nella documentazione clinica informatizzata della scala di Barthel Index e della Rankin Scale modificata all'ingresso e all'uscita di ogni setting assistenziale	<p>Produzione e trasmissione alla DCS di un report semestrale sulla presenza e compilazione, nella cartella clinica, delle scale Barthel Index e Rankin Scale modificata.</p> <p>I dati dovranno essere raccolti su un campione di cartelle (ricoveri con DRG 14 o codici ICD-9-CM indicati) con le seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> - periodi di riferimento: 01/01/2017-30/06/2017 e 1/7/2016-31/12/2017; - campione cartelle: ospedali con ricoveri < 500/anno: 30 cartelle per periodo esaminate; ospedali con ricoveri > 500/anno: 50 cartelle per periodo esaminate; - rappresentatività delle diverse unità operative che accolgono e/o dimettono i pazienti, (campione proporzionato al numero dei ricoveri/anno di ciascuna unità operativa); - esclusione dal campione dei pazienti con esito

	ricovero "deceduto".
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>I report del primo e del secondo semestre sono stati effettuati.</p> <p>L'invio alla DCS contempla la sintesi dei dati annuali suddivisi per semestre.</p>	
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
EMERGENZE CARDIOLOGICHE	
Emergenze cardiologiche	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evidenza della partecipazione ai lavori regionali per la formalizzazione di un percorso assistenziale che definisca anche specifici indicatori di esito 2. Misurazione del tempo intercorrente fra l'effettuazione dell'ECG sul territorio e l'inizio della procedura in emodinamica (relazione di analisi dei dati 2016 e primo semestre 2017)
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>L'Azienda ha partecipato ai lavori regionali</p> <p>Il dato della percentuale di pazienti con STEMI con tempo ECG-To-Balloon < a 120 minuti si attesta nel 1° semestre 2017 sul valore pari a 78,5% (84/107), passando a 81,8% (54/66) nel 2° semestre, per un dato annuale pari al 79,8% (138/173).</p>	
Valutazione Direzione Centrali Salute	<ol style="list-style-type: none"> 1. OBIETTIVO RAGGIUNTO 2. OBIETTIVO STRALCIATO
TRAUMA	
<ul style="list-style-type: none"> - Trattare la Frattura di femore entro 48H - Implementare, all'interno dei presidi ospedalieri di 2° livello, un'organizzazione per l'urgenza traumatologica distinta dalle altre urgenze, in modo da accelerare i tempi di trattamento di tutta la traumatologia 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evidenza della partecipazione ai lavori regionali per la formalizzazione di un sistema di indicatori clinici per il monitoraggio dei tempi e degli esiti 2. Almeno il 70% 3. Entro il 30/6 analisi del percorso per migliorare i tempi di trattamento e stesura di un progetto di riorganizzazione. Entro l'anno implementazione dell'organizzazione.
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>La partecipazione ai lavori regionali è stata garantita</p> <p>L'Azienda si attesta sul valore pari al 61,7% (dato ad ottobre 2017)</p> <p>L'organizzazione dell'urgenza traumatologica nel P.O. S. Maria della Misericordia già attualmente prevede un percorso distinto da quello delle altre urgenze.</p>	
Valutazione Direzione Centrali Salute	<ol style="list-style-type: none"> 1. OBIETTIVO RAGGIUNTO 2. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO <p>VALORE REGIONALE: 64,2</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. OBIETTIVO RAGGIUNTO
PRONTO SOCCORSO ED EMERGENZE URGENZA	

<p>1. Aumentare la percentuale di pazienti con codice verde visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde</p> <p>2. Aumentare la percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore</p> <p>3. Eventi patologici acuti più frequenti</p>	<p>1. Almeno 65% dei casi (media regionale 2015 del 65,89% - fonte Bersaglio)</p> <p>2. >= 75% (media regionale 2015 del 78,24% - fonte Bersaglio)</p> <p>3. Revisione e confronto interaziendali della gestione clinica per 5 eventi patologici acuti, più frequenti</p>
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>1. L'Azienda si attesta sul valore pari al 63,4%</p> <p>2. L'Azienda si attesta sul valore pari al 75,8%</p> <p>3. L'attività, avviata con un confronto con AAS3 su: cardiopatia ischemica, sepsi, urgenze vertebro-midollari, eventi acuti da trattare con radiologia interventistica e ustioni, è stata sospesa e rinviata al 2018</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrali Salute</p>	<p>1. OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO VALORE REGIONALE: UDINE 54,52; PEDIATRICO 77,07</p> <p>2. OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO VALORE REGIONALE: UDINE 64,75; PEDIATRICO 91,21</p> <p>3. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</p>

3.4.3 Reti di patologia	
Obiettivo	Risultato atteso
MALATTIE RARE	
- Produrre almeno 1 percorso assistenziale per ogni gruppo nosologico	- Entro il 31 dicembre 2017
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
- Implementare il flusso informativo al registro regionale di cui al DM 279/2001	- Inserimento del 100% dei casi in prevalenza al 30 novembre 2017
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>In data 1.6.2017 è stata deliberata dalla Giunta Regionale (DGR n. 1002) la riforma della Rete Regionale delle Malattie Rare con l'individuazione dei Presidi hub della rete e l'attribuzione a ciascuna dell'elaborazione di 2 PDTA per l'anno 2018, relativamente a 2 malattie del gruppo.</p> <p>Tutti i casi sono stati inseriti nel registro regionale</p>	
MALATTIE REUMATICHE	
1. Utilizzare lo strumento informatico che sarà messo a disposizione dalla DCS entro il primo trimestre 2017	1. OBIETTIVO STRALCIATO (1° RND)
2. Evidenza nel sito aziendale dei medici reumatologi appartenenti alla struttura complessa	2. Entro il 30 giugno

Risultato al 31.12.2017 Sul sito aziendale sono presenti i nominativi dei medici della Clinica di Reumatologia	
Valutazione Direzione Centrali Salute	2. OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.4.4 Materno Infantile	
Obiettivo	Risultato atteso
Responsabilizzazione diretta delle ostetriche nella gestione del percorso per la gravidanza fisiologica	Vedi linee 3.4.5 e 3.2.1
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Ridurre la percentuale dei parti cesarei depurati (NTSV)	<= 20% dei parti totali (Stima valore 2016: 21%)
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Ridurre i parti indotti farmacologicamente	<= 25% (Stima valore 2016: 28,74%)
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Parto analgesia	E' garantita l'offerta per il parto indolore
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Viene stilato l'elenco degli interventi chirurgici pediatrici che, per assicurare adeguati livelli di sicurezza e qualità è necessario centralizzare in un'unica struttura o essere eseguiti, eventualmente in più sedi, da una sola équipe chirurgica ed anestesiologicala.	Collaborare con il Burlo a stilare l'elenco degli interventi chirurgici pediatrici che, per assicurare adeguati livelli di sicurezza e qualità è necessario centralizzare in un'unica struttura o essere eseguiti da una sola équipe chirurgica ed anestesiologicala del Burlo.
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Risultato al 31.12.2017 Vedi linee 3.4.5 e 3.2.1 Percentuale dei parti cesarei depurati: il dato aziendale si attesta sul valore del 19,5% Parti indotti farmacologicamente: il dato aziendale si attesta sul valore di 20,3% E' garantita l'offerta per il parto indolore. E' stata assicurata la collaborazione con il Burlo, qualora richiesta.	

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

percorso nascita	strutturato che coinvolge tutta la filiera degli operatori aziendali che partecipano al percorso.
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Comitato percorso nascita regionale	Partecipare alle attività del Comitato percorso nascita regionale
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Produrre e trasmettere alla Direzione centrale salute un report annuale sulle attività di trasporto che fornisca elementi utili al monitoraggio dei seguenti indicatori:</p> <p>N. neonati per i quali è attivato un trasporto primario nell'anno / N. totale nati nell'anno</p> <p>N. trasporti primari nell'anno attivati entro 30 minuti dalla richiesta / N. totale trasporti primari nell'anno</p> <p>N. neonati < 34 settimane trattenuti nella Struttura di I livello con scheda compilata dal centro TIN/ N. totale neonati < 34 settimane trattenuti nella Struttura di I livello</p> <p>N. STAM attivati nell'anno / N. totale parti nell'anno o N. STAM attivati con documentazione clinica completa / N. totale STAM attivati.</p>	Report trasmesso entro il 31.12.2017
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
Supportare ed aiutare le giovani famiglie dopo il parto, con specifico servizio domiciliare e ambulatoriale	Definito entro il 31.12.2017 (modif. 2° RND) protocollo, nell'ambito del dipartimento aziendale materno infantile, per la presa in carico delle situazioni a rischio in almeno il 30% dei nati nell'ultimo trimestre.
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Il tavolo tecnico ha definito il "Percorso nascita integrato".</p> <p>L'Azienda ha partecipato alle attività del Comitato percorso nascita regionale.</p> <p>Il numero di trasporti primari neonatali nel 2017 è pari a 83. Non siamo in possesso dei dati relativi alla attivazione dei trasporti primari entro i 30 minuti e dei neonati < 34 settimane che vengono trattenuti nelle strutture di 1° livello, nonché dei dati dei STAM..</p> <p>Predisposto un protocollo per la presa in carico delle situazioni a rischio; in fase di attivazione le procedure operative da completare nel 2018 sulla base delle specificità territoriali.</p>	

3.4.6 Sangue ed emocomponenti	
Obiettivo	Risultato atteso
Unificare presso la sede ospedaliera di Palmanova delle attività di produzione degli emocomponenti, della raccolta sangue territoriale mediante mezzi mobili e della funzione di Centro di Coordinamento delle attività trasfusionali della regione	Contributo, per quanto di competenza, alla cessione dei filoni di attività attualmente affidati ad ASUIUD
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
Raccolta di plasma destinato al frazionamento industriale per la produzione di farmaci emoderivati in quantità sufficiente a garantire la produzione programmata di farmaci emoderivati concordata con le regioni aderenti all'accordo interregionale plasma	Plasma per la lavorazione di sangue intero: valore 2016 +/- 2 % Plasma da aferesi: valore 2016 + 1%
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
Garantire la sicurezza e l'appropriatezza trasfusionale	Partecipazione ai programmi regionali di sorveglianza trasfusionale
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Implementazione del PBM (Patient Blood Management) da applicare in chirurgia ortopedica maggiore elettiva dell'adulto (Nuovo obiettivo 1° RND)	Evidenza della valutazione di almeno il 20% dei candidati anemici a interventi elettivi di ortopedia maggiore
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>L'ASUIUD, a seguito di riunioni tecniche per la pianificazione delle attività, ha prodotto un cronoprogramma per l'avvio delle propedeutiche al trasferimento della funzione</p> <p>La raccolta di plasma è stata inferiore del 3,9% a livello dipartimentale.</p> <p>La riduzione è attribuibile al fatto che il tasso di occupazione dei posti prenotabili da parte dei donatori di sangue della provincia (sia a call center sia attraverso il sito AFDS) è distante dal 100 %. Il servizio trasfusionale sta, da qualche mese, attivamente chiamando i donatori di sangue non iscritti alle associazioni e i risultati sembrano buoni, sia per il sangue intero sia per la plasmaferesi, pur non essendo ancora ottimali; è però evidente che quest'attività di chiamata avviene in surrogata di una funzione che la legge dello stato (Legge 219/2005) e le convenzioni siglate dalle Associazioni e Federazioni dei donatori di sangue con la Regione pongono in capo alle Associazioni e che per queste attività le stesse risultano specificamente finanziate.</p> <p>L'ASUIUD partecipa ai programmi regionali di sorveglianza trasfusionale</p> <p>Dato non rilevato.</p>	

3.4.7 Erogazione dei livelli di assistenza	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso

Ridurre il tasso di ospedalizzazione	<= 125 x mille (stima 2016: 127,5 x 1000)
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO VALORE REGIONALE: 124,81
Ridurre il numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica (valore medio regionale del 2015 di 37,37% per gli adulti e 69,57% per i pediatrici - fonte Bersaglio)	Al di sotto del 30% per gli adulti e del 50% per i pediatrici (stima 2016: 45,0% età adulta e 49,4% età pediatrica)
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO VALORE REGIONALE: ADULTI 36,37; PEDIATRICO 52,59
Ridurre la percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni (valore medio regionale 2015 di 5,23% - fonte Bersaglio)	Al di sotto del 4% (Stima 2016. 5,6%)
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO VALORE REGIONALE: 6,12
Recupero della fuga extra regionale di ricovero e di specialistica ambulatoriale	Recupero del 25% della fuga rispetto al dato 2015. (dato cumulativo)
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
Individuare almeno 3 pacchetti di prestazioni da eseguire in day service ambulatoriali, con formale trasmissione degli stessi alla DCS, per l'autorizzazione	Invio documenti alla DCS entro il 30.6.2017
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Risultato al 31.12.2017 Tasso di ospedalizzazione: l'Azienda si attesta sul valore pari a 124,4, in riduzione rispetto al 2016 Numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica: l'Azienda si attesta sul valore pari a 36,35% (adulti) e 48,1% (pediatrici) Percentuale di ricoveri medici oltre soglia: l'Azienda si attesta sul valore pari a 6,2% Il dato sulla fuga, in particolare extra regionale, non è disponibile La proposta di attivazione di pacchetti di day service ambulatoriali è stata trasmessa alla DCS con nota prot. 69540 del 12.9.2017.	

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

Obiettivo	Risultato atteso
Rischio clinico	Strutturazione della Rete in accordo con la Delibera 1970 del 21.10.2016 "Rete Cure Sicure FVG: modello organizzativo"
Risultato al 31.12.2017	

Nel corso del 2017 i responsabili di progetto hanno partecipato al corso regionale. Successivamente sono stati effettuati 3 corsi di formazione specifici per il link professional. Uno dedicato ai link professional per il controllo delle infezioni, uno dedicato ai link professional per la prevenzione delle cadute e lesioni da pressione, uno per i link professionale dell'IMFR, cui sono state affidate competenze su più linee di lavoro (dolore, Incident Reporting, documentazione clinica, sicurezza percorso chirurgico, consenso informato).

Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
SICUREZZA DEL FARMACO	
Mantenere le azioni sull'uso prudente dei farmaci (attraverso indicatori e strumenti già in essere con un ulteriore focus sulle persone con 80 anni o più)	Proseguire il monitoraggio della polifarmacoterapia per persone over 65 e over 80, effettuando almeno una rilevazione a livello aziendale
Sistematica adozione della riconciliazione farmacologica nei diversi contesti assistenziali	Estensione della mappatura effettuata nel 2016 sulle modalità di effettuazione della riconciliazione nei contesti ospedaliero e territoriale
Predisporre e diffondere la reportistica periodica destinata ai MMG	Predisposizione ed invio (a cura della Farmacia aziendale sulla base delle indicazioni regionali) dei report per MMG a cadenza almeno annuale

Risultato al 31.12.2017

È stata eseguito il monitoraggio della polifarmacoterapia in tutte le strutture dell'ASUI Ud incluse nel campione richiesto come da indicazioni regionali

La riconciliazione farmacologica è stata effettuata in ulteriori strutture rispetto al 2016, nei contesti ospedaliero e territoriale (con revisione della terapia dei dimessi dal presidio ospedaliero SMM verso RSA / case di riposo).

La Reportistica aziendale è regolarmente inviata ai MMG. Relativamente alla predisposizione e diffusione di una reportistica sulla base di univoche indicazioni regionali, l'obiettivo è stato rinviato al 2018.

Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	L'OBIETTIVO DI PREDISPOSIZIONE E LA DIFFUSIONE DELLA REPORTISTICA PERIODICA DESTINATA AI MEDICI DI MEDICINA GENERALE È STATO STRALCIATO

ADOZIONE DELLE MISURE DI "ANTIMICROBICAL STEWARDSHIP"

Valutare l'aderenza alle linee guida terapeutiche regionali	Survey su cartelle di pazienti da estrarre nell'ambito del campione di cartelle per gli indicatori di governo clinico. Effettuazione di 1 rilevazione a livello aziendale
Implementazione e valutazione dell'impatto delle azioni in essere.	Valutazione dei dati emersi dalle rilevazioni 2016 e definizione di un eventuale piano di intervento e di formazione mirata
Adottare specifiche misure per il coinvolgimento nel programma regionale di setting clinico-assistenziali extraospedalieri (cure intermedie)	Partecipazione dei setting clinico assistenziali extraospedalieri all'implementazione e al monitoraggio del programma per l'antimicrobial stewardship

Adozione e promozione di strategie per favorire l'empowerment di pazienti e cittadini sull'uso più razionale e consapevole degli antibiotici.	Inserimento delle strutture territoriali (es. CAP e case di Riposo) nelle azioni previste dal programma regionale.
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>L'aderenza alle linee guida terapeutiche regionali è stata effettuata. A giugno sono stati diffusi i dati su consumi di antibiotici e di resistenze antibiotiche.</p>	
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
POINT PREVALENCE SURVEY	
Partecipazione alla "Point Prevalence Survey" e diffusione capillare dei risultati	<p>Analisi e presentazione dei risultati dell'indagine effettuata a fine 2016.</p> <p>Effettuazione della PPS pianificata per il 2017.</p>
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Nel corso del 2017 è stata effettuata la PPS prevista per l'anno in corso. I risultati sono stati illustrati al tavolo regionale dei risk manager, assieme ai risultati delle indagini effettuata negli anni precedenti.</p>	
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
ADOZIONE DI STRUMENTI PER LA VALUTAZIONE DELLO STATO NUTRIZIONALE DEL PAZIENTE	
Disporre di dati sulla valutazione dello stato nutrizionale del paziente	Monitoraggio di indicatori relativi allo screening dello stato nutrizionale e alla valutazione approfondita del paziente a rischio
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>I dati richiesti sono stati raccolti, come da indicazioni Regionali.</p>	
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
IDENTIFICAZIONE, COINVOLGIMENTI E FORMAZIONE ANCHE ATTRAVERSO LA PARTECIPAZIONE AGLI EVENTI ORGANIZZATI DALLA DIREZIONE CENTRALE SALUTE DEI REFERENTI E DEI LINK PROFESSIONALI AZIENDALI DEI PROGETTI REGIONALI	
Messa a regime della articolazione rete cure sicure in azienda.	Formazione link professionals in accordo con i programmi regionali.
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>I responsabili di progetto hanno partecipato al corso regionale. Sono stati effettuati 3 corsi di formazione specifici per il link professional (LP). Uno dedicato ai LP per il controllo delle infezioni, uno dedicato ai LP per la prevenzione delle cadute e lesioni da pressione, uno per i LP dell'IMFR, cui sono state affidate competenze su più linee di lavoro (dolore, Incident Reporting, documentazione clinica, sicurezza percorso chirurgico).</p>	
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
EMPOWERMENT DEI CITTADINI E DEI PAZIENTI SULLE TEMATICHE DEL RISCHIO	
Valutazione dell'utilizzo del modulo "integrazione della lettera di dimissione"	<p>Monitoraggio aziendale sull'adozione del modulo.</p> <p>Analisi e valutazione del grado di aderenza ed eventuale predisposizione di piano di</p>

	miglioramento.
Predisposizione e diffusione dei materiali informativi destinati ai cittadini	Definizione di un progetto aziendale per la diffusione di materiale informativo regionale negli ambiti individuati, tra cui i Medici di Medicina Generale.
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>L'utilizzo del modulo "integrazione della lettera di dimissione" viene monitorato come da indicazioni regionali.</p> <p>L'URP ha definito un progetto aziendale per la diffusione di materiale informativo regionale: tutte le strutture di accesso al pubblico hanno ricevuto il materiale informativo, il materiale informativo è pubblicato sul sito aziendale ed è stato attivato il link alla sezione Rete Cure Sicure dell'EGAS. Si veda anche email inviata a Segreteria Budget – ASUIUD dall'URP in data 21 dicembre 2017.</p>	
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
QUALITÀ ED APPROPRIATEZZA DELLE CURE	
Redigere, con l'aiuto degli specialisti medici, alcune liste di interventi da prescrivere con maggior prudenza poiché spesso non necessari, inutili o addirittura potenzialmente dannosi, aderendo al programma internazionale di choosing wisely	evidenza della lista di interventi/esami da prescrivere con maggior prudenza
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>La selezione delle misure da prescrivere con maggior prudenza nell'ambito del programma "Choosing wisely" viene realizzata applicando le indicazioni emerse dal Gruppo regionale "Rete Cure Sicure" riguardo all'utilizzo di categorie particolari di farmaci. Nello specifico, si tratta di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uso di antibiotici, - Uso di inibitori di pompa. 	
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

3.5 ASSISTENZA FARMACEUTICA

Assistenza farmaceutica	
Obiettivo	Risultato atteso
1. Tetti spesa farmaceutica	
Tetti 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
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Il tetto fa riferimento al livello regionale.</p>	
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
2. Monitoraggio spesa	
Monitorare periodicamente l'utilizzo delle categorie di farmaci a maggior impatto di spesa e rischio di inappropriatazza, favorendo l'impiego di medicinali con il miglior rapporto di costo-efficacia	Invio alla DCS di due Report semestrali con evidenza delle azioni intraprese nel corso del primo e secondo semestre, con riferimento agli obiettivi per i prescrittori e le azioni intraprese (audit e feedback in particolare per oncologici, immunologici, farmaci per l'epatite C, terapie intra-vitreali, farmaci del PHT_DPC, equivalenti, biosimilari)
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Al fine di favorire l'impiego di medicinali con il miglior rapporto di costo-efficacia sono stati effettuati audit con i prescrittori delle strutture a maggiore impatto di spesa, che hanno portato ad un aumento dell'impiego di farmaci biosimilari</p>	
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
3. Prescrittori	
Individuare specifici obiettivi per tutti i prescrittori (a livello territoriale/ambulatoriale /ospedaliero), correlati ad indicatori di risultato predefiniti	Sono individuati specifici obiettivi per i prescrittori aziendali nel documento di budget-piano della prestazione
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Nel documento di budget è stato assegnato l'obiettivo "Favorire l'impiego di medicinali con il miglior rapporto di costo-efficacia" con i seguenti risultati attesi: Effettuare 2 audit in collaborazione con la SOC Farmacia Aumento dell'utilizzo di equivalenti con miglior rapporto costo-efficacia (sul 2° semestre) alle seguenti strutture: SOC Clinica Dermatologica e Dermatologia</p>	

SOC Clinica di Reumatologia SOC Clinica Ematologica SOC Clinica Medica SOC Clinica Oculistica SOC Clinica Pediatrica SOC Endocrinologia e Malattie del Metabolismo SOC Gastroenterologia SOC Medicina Interna 1 SOC Medicina Interna 2 SOC Nefrologia, Dialisi e Trapianto Renale SOC Oculistica SOC Oncologia e Clinica Oncologica	
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
4. Distribuzione diretta farmaci ad alto costo	
Per i farmaci ad alto costo in distribuzione diretta viene definito un percorso che consenta la verifica dell'appropriatezza d'uso da parte delle aziende di residenza.	Invio alla DCS delle modalità adottate per le verifiche congiunte.
Risultato al 31.12.2017 Tutte le prescrizioni vengono evase se coerenti con le normative e le disposizioni vigenti. Alle Aziende viene inviato un report trimestrale (per AAS3 mensile), riguardo i farmaci per la terapia domiciliare erogati da ASUIUD, comprendente informazioni relative a paziente, prescrittore, farmaco, spesa e altri elementi. I Piani Terapeutici relativi alle prescrizioni evase vengono inviati alle Aziende che ne hanno fatto richiesta. Permane comunque la possibilità di visura reciproca dei PT informatizzati da parte di altre ASS.	
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
5. Biosimilari	
Per quanto riguarda i medicinali biosimilari (acquisti, prescrizione ed erogazione) va fatto riferimento alle specifiche direttive che regolamentano questo settore, come anche modificate dall'art. 1, comma 407 della legge n. 232/2016, promuovendo azioni di appropriatezza ed efficienza per il SSR (nuovo obiettivo da 1° RND)	Invio alla DCS di una relazione annuale sull'attività svolta
Risultato al 31.12.2017 Inviata relazione sull'attività ospedaliera in data 20.02.2017 Predisposte relazioni semestrali sull'attività territoriale svolta che saranno trasmesse alla DCS.	
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
6. Percentuali utilizzo medicinali brevetto scaduto e biosimilari	

Oltre alla promozione d'uso di medicinali a brevetto scaduto e biosimilari a livello territoriale dovranno essere valutate a campione le percentuali di utilizzo di queste categorie di medicinali e le % di prescrizioni in dimissione o dopo visita ambulatoriale. I reparti interessati riguarderanno in particolare reumatologie, cardiologie, medicine, centri osteoporosi, nefrologie, oncologie, neurologie con riserva di integrare anche altri reparti nel corso dell'anno.	- Valutazioni effettuate nelle tempistiche comunicate dalla Regione. in tempistiche e reparti che saranno comunicati dalla direzione centrale - Promozione di specifiche attività (es. assegnazione ai prescrittori di obiettivi specifici per branca specialistica
--	--

Risultato al 31.12.2017

L'analisi a campione è stata effettuata con le modalità richieste dalla DCS.

Per la promozione di specifiche attività vedi punto 3.

Valutazione Direzione Centrali Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

7. Medicinali registro Aifa

In ambito territoriale la prescrizione dei medicinali a brevetto scaduto, con particolare riferimento alle classi terapeutiche individuate dagli indicatori AIFA-MEF presenti sul sistema Tessera Sanitaria (TS) e riportati nella Tabella n. 1 devono tendere ai valori target indicati.

Sono individuati specifici obiettivi per i prescrittori aziendali nel documento di budget-piano della prestazione

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

	% media FVG (gen-ago 2016)	Target nazionale a cui tendere %	Valore ASUIUD 2016 *	Target aziendale 2017
C09CA - antagonisti dell'angiotensina II, non associati	81,30%	92,20%	76,3%	Miglioramento
C09DA - antagonisti dell'angiotensina II e diuretici	76,53%	87,80%	72,6%	Miglioramento
C10AA - inibitori della HMG COA reductasi	79,25%	86,10%	78,0%	Miglioramento
G04CB - inibitori della testosterone 5-alfa reductasi	39,62%	49,50%	46,4%	Miglioramento
J01MA - fluorochinoloni	87,35%	90,30%	NUOVO	
M05BA - bifosfonati	82,27%	88,20%	76,2%	Miglioramento
N03AX - altri antiepilettici	90,99%	98,10%	92,7%	Miglioramento
N02CC - agonisti selettivi dei recettori 5HT1	90,23%	93,70%	94,7%	Mantenimento

* Periodo gennaio – ottobre 2016

Risultato al 31.12.2017

Ad ognuno dei 3 Distretti è stato assegnato in Budget l'obiettivo con i seguenti risultati attesi:

Effettuare almeno una iniziativa di informazione per ciascuna AFT

Effettuare almeno 1 audit per ciascun Distretto con il coinvolgimento delle AFT.

Sono stati effettuati nei 3 Distretti gli audit e le iniziative di informazione previste dall'obiettivo.

I dati della tabella 1 sono riportati nella tabella degli indicatori di performance nel successivo capitolo 5.4.

Valutazione Direzione Centrali Salute

OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

8. Distribuzione diretta 1° ciclo terapia	
Garantire l'erogazione del I ciclo di terapia in distribuzione diretta, a seguito di dimissione da ricovero e/o visita specialistica ambulatoriale e nell'ambito della residenzialità, della semi-residenzialità e dell'assistenza domiciliare, presso tutte le strutture afferenti all'Azienda per l'assistenza sanitaria	<p>Si da evidenza</p> <ul style="list-style-type: none"> - attività di distribuzione diretta dei medicinali alla dimissione da ricovero e/o visita specialistica ambulatoriale e presso tutte le strutture afferenti all'Azienda. - eventuali comunicazioni ai prescrittori in merito ai nuovi farmaci inseriti in DPC temporaneamente non disponibili sulla piattaforma - trasmissione alla Direzione Centrale Salute entro il 31-1-2018 di una relazione con la quale viene illustrata l'attività svolta e i risultati raggiunti nel 2017 (Aggiunta da 1° RND)
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Il presidio Ospedaliero-Universitario S. Maria della Misericordia (POSMM) svolge attività di distribuzione del primo ciclo (in dimissione e/o da visita ambulatoriale) dal 2006. Dal 23 marzo 2017, nella stessa area si svolge l'attività di distribuzione diretta (a RSA, Distretti etc) dell'ex AAS 4.</p> <p>Nel 2017 sono aumentati i numeri di pazienti a cui sono stati forniti i farmaci in dimissione e conseguentemente il numero di confezioni. Predisposte relazioni sull'attività svolta che saranno trasmesse alla DCS.</p>	
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
9. Distribuzione per conto	
Ridurre un elevato ricorso alla non sostituibilità da parte del prescrittore per i medicinali DPC	<p>Attuazione di specifici approfondimenti con i prescrittori, per i quali si rilevi un elevato ricorso alla non sostituibilità da parte del prescrittore.</p> <p>Evidenza alla Direzione Centrale dei monitoraggi effettuati e delle azioni adottate</p>
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Approfondimenti con i prescrittori effettuati nel corso di incontri distrettuali con i MMG.</p> <p>Effettuata analisi a campione e successiva comunicazione inviata ai MMG. La relazione sarà trasmessa alla DCS.</p>	
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
10. Integrazione farmacie	
Promuovere l'attività di integrazione delle farmacie nel SSR nell'ambito della farmacia dei servizi, con particolare riferimento alle farmacie ubicate nelle zone più disagiate.	Evidenza delle specifiche azioni/attività intraprese nell'ambito della farmacia dei servizi.
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Partecipazione gruppo tecnico: DPC 05-20-27/10/17; 9-21/11/17; Distribuzione stupefacenti 21/10/17; Ispezioni farmacie al pubblico 22; Controllo e liquidazioni CUP e screening colon retto 2016 e 2017; Conferenza stampa DAE farmacia Montoro 13/10/17</p>	

Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
11. Farmacovigilanza	
Proseguono le attività di farmacovigilanza quali la segnalazione spontanea in pronto soccorso, la segnalazione nell'ambito della dimissione da ricovero ospedaliero. Verranno avviati un percorso formativo a distanza (FAD) sull'utilizzo della nuova piattaforma nazionale Vigifarma, nonché i progetti di farmacovigilanza attiva approvati dall'Aifa.	Si assicurano le attività, il sostegno del percorso formativo, il feedback sulla partecipazione del personale ai corsi FAD e la partecipazione alle attività regionali di farmacovigilanza.
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>E' stato attivato uno specifico percorso formativo su Vigifarma in Neurologia, Pronto Soccorso, Oncologia e Medicina Nucleare. E' stata assicurata la collaborazione con il Centro regionale di farmacovigilanza e l'attività di informazione feedback ai segnalatori.</p> <p>Attività regionali sul tema non avviate. Corso FAD regionale in FV non attivato.</p>	
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
12. Appropriately uso dispositivi assistenza integrativa	
Potenziare il monitoraggio e la verifica dell'appropriatezza d'uso dei dispositivi per l'assistenza integrativa al fine di porre in essere ogni azione utile ad una razionalizzazione della spesa e dei consumi di tali prodotti. Avviare, inoltre, a livello aziendale o in collaborazione tra aziende iniziative che prevedano differenti modalità di erogazione/distribuzione dell'assistenza integrativa. In particolare, per quanto riguarda l'erogazione di ausili di assistenza protesica, favorire la distribuzione diretta come pure, relativamente agli ausili per diabetici modalità prevedere modalità di erogazione vantaggiose per il SSR (es. diretta, accordi con le farmacie).	<p>Invio di evidenze sui monitoraggi effettuati (es. dispositivi per diabetici) e delle specifiche iniziative intraprese.</p> <p>Valutazione/avvio di nuove, più vantaggiose ed efficienti azioni da intraprendere per il SSR in merito alla modalità di erogazione e acquisizione dei dispositivi medici.</p>
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Predisposta relazione sull'attività svolta ed inviata alla Direzione Sanitaria aziendale.</p>	
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
13. Prescrizione informatizzata piani terapeutici	
Assicurare la copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM.	Si assicura la copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM per l'85% delle confezioni destinate alla distribuzione diretta nominale erogate mediante lo stesso applicativo, anche al fine di consentire un puntuale monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e la

	promozione dei medicinali acquisiti centralmente da EGAS.
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO PSM ITER ELETTRONICO 89% PSM TUTTO 97% PERSONALIZZATA TUTTA (ASCOT + PSM) 100%
Garantire il ricorso (prima prescrizione e rinnovi) alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici implementati/disponibili a sistema, tramite l'applicativo PSM-PT. Assicurare il controllo dei piani terapeutici ed il rispetto delle note limitative AIFA, favorendo l'implementazione di tale sistema informatizzato.	In almeno il 50% dei nuovi pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive. Viene data evidenza dei controlli effettuati sul rispetto delle modalità prescrittive per i medicinali soggetti a PT/nota AIFA (report)
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO PSM-PT: % SU NUOVI: 45%
Medicinali registro AIFA	
La prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA dovrà avvenire nel rispetto delle indicazioni prefissate, assicurando la registrazione di tutti i dati richiesti. La richiesta del farmaco dovrà sempre essere accompagnata dalla scheda di registrazione paziente nel registro	Si assicura l'erogazione dei farmaci soggetti a registro AIFA nel rispetto delle indicazioni prefissate e con compilazione di registro. Si assicura il controllo dei Piani Terapeutici e il rispetto delle note AIFA per tali medicinali.
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Risultato al 31.12.2017 Tutti i farmaci prescritti in ASUIUD sono erogati con PSM; i PT sono controllati in DD: tutti i farmaci di registro AIFA sono erogati nel rispetto delle condizioni date, con controllo dei PT.	
14. Cartella oncologica	
Assicurare l'implementazione della cartella oncologica informatizzata relativamente ai campi: diagnosi/sede, protocollo/farmaco, stadiazione	E' assicurata l'implementazione dei campi della cartella oncologica con un grado di completezza pari ad almeno il 95% dei pazienti
Risultati al 31.12.2017 L'Azienda si attesta del valore del 96%	
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO CARTELLA ONCOLOGICA :95,6%
15. Flussi informativi	
Assicurare l'implementazione e il controllo dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali Garantire, per il corretto calcolo del rispetto dei tetti di spesa, l'integrale copertura della fase 3 su	E' assicurata l'implementazione e il controllo dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali. Il codice targatura è inserito a sistema per la

fase 2 (100% della spesa negli ambiti previsti). In fase di erogazione dei medicinali è inserito a sistema il codice targatura	distribuzione diretta in modalità PSM Si da evidenza di eventuali controlli e verifiche effettuate (report)										
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO FASE 3/FASE 2: 99,93% TARGATURA DIRETTA: 99,14 (CONFEZIONI)										
Con riferimento ai flussi informativi dare riscontro agli eventuali approfondimenti richiesti dalla Direzione Centrale, anche su istanza Ministero della Salute.	Entro 15 giorni dalla comunicazione										
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO										
<p>Risultati al 31.12.2017</p> <p>L'implementazione, il controllo e la correzione dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali sono stati assicurati.</p> <p>E' stata assicurata l'implementazione e il controllo dei flussi informativi, l'integrale copertura della fase 3 su fase 2, l'inserimento del codice targatura e l'invio di eventuali richieste di approfondimenti alla DCS.</p>											
16. Rispetto degli standard pro-capite della spesa farmaceutica convenzionata (tabella 2)											
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Vincoli operativi 2017</th> <th>Standard 2017</th> <th>Proiezione 2016: per residente ASUIUD</th> <th>Proiezione 2016 per farmacia</th> <th>Pro capite 2016 da addebitare a residenti extra ASUIUD</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Farmaceutica convenzionata: € pro capite</td> <td>125</td> <td>123,4</td> <td>130,15</td> <td>6,77</td> </tr> </tbody> </table>		Vincoli operativi 2017	Standard 2017	Proiezione 2016: per residente ASUIUD	Proiezione 2016 per farmacia	Pro capite 2016 da addebitare a residenti extra ASUIUD	Farmaceutica convenzionata: € pro capite	125	123,4	130,15	6,77
Vincoli operativi 2017	Standard 2017	Proiezione 2016: per residente ASUIUD	Proiezione 2016 per farmacia	Pro capite 2016 da addebitare a residenti extra ASUIUD							
Farmaceutica convenzionata: € pro capite	125	123,4	130,15	6,77							
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Spesa farmaceutica pro capite:</p> <p>Standard: € 125,0</p> <p>Spesa per residente= € 120,76</p> <p>Spesa per Farmacia = € 127,56</p> <p>Spesa da addebitare a residenti extra ASUIUD= € 6,79</p>											
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO 127,54										

PROGETTI ATTINENTI LA PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI SOCIOSANITARI

3.6.1 Non autosufficienza e disabilità	
Obiettivo	Risultato atteso
Governo e riqualificazione del sistema residenziale e semiresidenziale per anziani	
1. Partecipare al processo di riclassificazione delle residenze per anziani già funzionanti	<p>Sono garantiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la partecipazione alla verifica del possesso dei requisiti strutturali ed edilizi dichiarati dagli enti gestori delle strutture residenziali nell'ambito del processo medesimo (art. 52, comma 5 del D.P.Reg. 144/2015) nei casi richiesti dalla Regione; - il supporto alla valutazione delle domande di nuova classificazione presentate dagli enti gestori (articolo 56, comma 2), secondo le modalità indicate dalla Regione; - il supporto alla valutazione dei bisogni degli utenti delle residenze per anziani attraverso l'utilizzo del sistema di valutazione multidimensionale Val.Graf.-FVG (articolo 50 del D.P.Reg. 144/2015).
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>L'Azienda garantisce la partecipazione ed il supporto richiesti. Si evidenzia però che il sistema della riclassificazione delle case di riposo, introdotto dal D.P.Reg. 144/2015, ha subito dei rallentamenti nell'applicazione che hanno comportato delle modifiche recepite con DGR n. 2520 del 14 dicembre 2017 prevedendone pertanto l'attuazione nel 2018.</p>	
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
2. Promuovere e monitorare la promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani	<p>Sono realizzate almeno tre nuove visite di audit approfondite.</p> <p>E' redatta e trasmessa alla Direzione Centrale Salute entro il primo semestre 2017, una dettagliata relazione illustrativa delle attività di monitoraggio e promozione della qualità svolte nell'anno precedente</p>
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Sono state effettuate 11 visite di monitoraggio della qualità.</p> <p>La relazione illustrativa delle attività di monitoraggio e promozione della qualità svolte è stata trasmessa il 27/6/2017 con nota prot. N. 51180.</p>	
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
3. Sistemi informativi	<p>E' verificato ed eventualmente sollecitato l'utilizzo sistematico dello strumento di VMD Val.Graf.-FVG e dei sistemi informativi e-GENeSys e SIRA-FVG nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati del proprio territorio</p>

<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>La verifica è stata effettuata tramite sistema informatico; successivamente è stata inviata lettera di sollecito alle strutture inadempienti per l'utilizzo della scheda VALGRAF nei tempi previsti</p>	
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
4. Sistema di VMD Val.Graf.-FVG	Tutte le persone per le quali è previsto l'accoglimento in un servizio semiresidenziale o residenziale convenzionato sono valutate mediante l'utilizzo del sistema di VMD Val.Graf.-FVG.
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Per tutti i pazienti provenienti dal territorio in attesa di accoglimento in residenza protetta o polifunzionale è stata assicurata l'effettuazione sia della scheda Val Graf, sia dell'UVM</p>	
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
5. Stipula nuove Convenzioni con le residenze per anziani	Viene verificata la congruenza dei testi delle Convenzioni in essere con l'evoluzione normativa e con i principi di omogeneità ed equità, con l'obiettivo di pervenire ad una nuova formulazione delle Convenzioni stesse e alla loro approvazione per l'anno 2017.
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Con DGR 2520 del 14 dicembre 2017 la Regione ha emanato il nuovo Regolamento sulla riclassificazione delle strutture residenziali e semiresidenziali. La Regione fisserà i nuovi parametri economici e di finanziamento che saranno oggetto delle nuove convenzioni su schema tipo regionale nel 2018.</p> <p>L'azienda ha proceduto (con Decreto DG n. 608 del 19.7.2017) alla revisione e all'allineamento dei parametri di assistenza infermieristica tra le Residenze protette a gestione privata e Residenze protette a gestione pubblica, per rispettare i criteri di omogeneità ed equità.</p>	
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

Disabilità	
Obiettivo	Risultato atteso
1. Valutare le condizioni di vita degli utenti in carico ai servizi residenziali e semiresidenziali, di cui all'art.6 comma 1 della LR 41/96	Valutazione di tutti gli utenti dei servizi residenziali e semiresidenziali per persone con disabilità secondo le modalità approvate dalla Regione
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>1. Sono state effettuate le valutazioni e ad inserite nell'apposita banca dati predisposta dall'Area welfare.</p>	
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
2. Partecipazione al Gruppo aziendale integrato sul tema della disabilità (obiettivo aziendale)	Consolidare l'attività del Gruppo costituito nel 2016 per armonizzare gli interventi tra i vari Servizi che valutano e prendono in carico persone con disabilità. Pervenire alla definizione di: 1. un sistema condiviso di valutazione dei bisogni,

	<p>pianificazione degli interventi, realizzazione dei progetti individualizzati;</p> <p>2. un sistema di "tracciabilità" dei processi di lavoro interni</p>
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>2. Attraverso la prosecuzione del lavoro del gruppo (5 incontri) sono state evidenziate le competenze dei singoli servizi, nonché le criticità degli attuali percorsi e si è giunti ad una analisi e condivisione dell'approccio, dei linguaggi e degli strumenti di valutazione per la pianificazione degli interventi e per la realizzazione dei progetti individualizzati. A tal fine è stato elaborato un primo documento di sintesi. Sulla base del monitoraggio del sistema di tracciabilità definito con Delibera aziendale n. 504/2014 si è attivato un processo di analisi finalizzata al miglioramento dello stesso con la definizione di una bozza di percorso da sperimentarsi su alcune situazioni di disabilità nel 2018</p>	
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>3. Sviluppo progettazioni integrate con fattorie sociali (obiettivo aziendale)</p>	<p>Consolidare l'esperienza e le sperimentazioni in materia di fattorie sociali orientate all'inclusione socio-lavorativa dei soggetti svantaggiati, intraprese da Ambito socioassistenziale, Distretto e Centro di salute mentale di Cividale, attuando nuovi interventi con il contributo previsto dalla L.R. 17/2008, commi 81-83</p>
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>3. La Determina n. 693 /2016 aveva approvato il Protocollo d'intesa con Ambito socioassistenziale di Cividale e con due partner privati che è stato sottoscritto in data 9 gennaio 2017</p>	
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>4. Convenzione con Progettoautismo FVG-Onlus (obiettivo aziendale)</p>	<p>Andrà stipulata una nuova Convenzione, rispettosa delle nuove modalità, che inserisca a pieno titolo il Centro nella rete dei Servizi già presenti sul territorio aziendale.</p>
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>4. La nuova Convenzione è stata approvata con Decreto n. 381 del 28 aprile 2017, e sottoscritta il 5 maggio 2017.</p>	
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>5. Costituzione equipe territoriale disabilità adulta (obiettivo aziendale)</p>	<p>Inserimento della nuova articolazione organizzativa nell'Atto aziendale</p>
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>5. La nuova articolazione organizzativa è oggetto di approfondimento, anche grazie al contributo del Gruppo aziendale disabilità (vedi punto 2), ai fini della nuova articolazione prevista nell'Atto aziendale.</p>	
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>6. Stipulare Accordo di programma con la Direzione territoriale del lavoro per l'assunzione da parte dell'ASUIUD di lavoratori appartenenti</p>	<p>Il tema del collocamento mirato costituisce una criticità nel rapporto tra cittadino con disabilità e datori di lavoro.</p>

<p>alle categorie protette (obiettivo aziendale)</p>	<p>In particolare, gli Enti pubblici sono stati anche recentemente richiamati al rispetto delle norme per l'inserimento lavorativo di persone appartenenti alle categorie protette.</p> <p>L'ASUIUD, costituita in seguito alla fusione di due Aziende per l'Assistenza Sanitaria, rappresenta un nuovo interlocutore per la Direzione territoriale del lavoro, con la quale intende rapportarsi per una programmazione innovativa degli inserimenti lavorativi</p>
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>6. Si è provveduto, in attuazione al decreto del Direttore generale n. 1086 del 15 dicembre 2017, a bandire concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura di n. 3 posti di assistente amministrativo - cat. C, riservato agli aventi diritto al collocamento obbligatorio ai sensi della Legge n. 68/1991</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrali Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>
<p>Fondo per l'autonomia possibile – salute mentale</p>	
<p>Cofinanziare al 50% i progetti del Fondo per l'Autonomia Possibile (FAP)</p>	<p>I progetti sono finanziati con una quota aggiuntiva e non sostitutiva di interventi e servizi di competenza istituzionale in materia di prevenzione, cura e riabilitazione</p>
<p>Valutazione Direzione Centrali Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>
<p>Omogeneizzare le procedure per la definizione e il finanziamento dei progetti nei singoli Ambiti/Distretti (obiettivo aziendale)</p>	<p>Attraverso un confronto con gli Ambiti socioassistenziali, favorire l'omogeneità - sul territorio aziendale - tra le modalità di attivazione dei progetti del Fondo per l'Autonomia Possibile – salute mentale.</p> <p>Ove possibile, sottoscrivere protocolli di lavoro (come già avvenuto nel 2016 con l'Ambito socioassistenziale di Udine).</p>
<p>Valutazione Direzione Centrali Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Tutti i progetti FAP e di Abitare assistito sono stati condivisi con il Servizio Sociale, degli Enti Gestori di Udine, Cividale e Tarcento. Sono stati co-finanziati al 50% con una quota aggiuntiva e non sostitutiva. L'onere di spesa sostenuto è stato di € 432.471,24 per 55 progetti, con una spesa media per questa Azienda di € 7.863,11/a progetto.</p> <p>Le modalità di attivazione dei progetti FAP su tutto il territorio aziendale sono pressoché uniformi per una convergenza progettuale che i servizi e il servizio sociale del DSM hanno concordato con gli altri servizi coinvolti. Tutti i progetti FAP si attivano e si approvano in sede di UVDM.</p> <p>L'operatività delle UTI si è sviluppata maggiormente nell'ultimo trimestre del 2017, non è stato possibile sottoscrivere accordi formali in quanto è stato necessario garantire la continuità dei percorsi e dei progetti in atto e attivarne nuovi per pazienti che erano in attesa da tempo. A tal fine si è proceduto alla</p>	

<p>condivisione dei progetti adottando le modalità che si erano già consolidate con gli Ambiti rinviando al 2018 la declinazione di protocolli di lavoro che siano omogenei nei criteri ma che tengano conto delle differenze socio-grafiche e culturali dei territori.</p>	
<p>Fondo gravissimi</p>	
<p>Accertare e segnalare i casi di gravissima disabilità</p>	<p>E' garantito l'attivo coinvolgimento nella rilevazione del numero di persone con disabilità gravissima secondo le condizioni dalla Regione da effettuarsi entro il primo trimestre 2017</p>
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Il risultato è stato raggiunto nei tempi e con le modalità previste dal regolamento regionale.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrali Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>
<p>Autoveicoli per il trasporto persone disabili</p>	
<p>Acquisire la competenza in materia di contributi a favore di persone con disabilità per l'acquisto e l'adattamento di autoveicoli per il trasporto personale e per il conseguimento dell'abilitazione alla guida</p>	<p>Viene garantita la competenza per la gestione dei contributi regionali già stanziati e finalizzati entro i termini previsti dal regolamento regionale (60 gg) ovvero al finanziamento successivo</p>
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Nel primo quadrimestre 2017 sono state soddisfatte n. 2 richieste di saldo contributo e n. 1 domande presentate nell'anno 2016. Sono inoltre state acquisite n. 2 richieste di saldo contributo e sono state acquisite n. 2 nuove domande riferite al 2017.</p> <p>Nel secondo quadrimestre 2017 sono state acquisite n. 3 richieste di saldo contributo e n. 3 nuove domande.</p> <p>Nel terzo quadrimestre 2017 sono state acquisite n. 3 richieste di saldo contributo e n. 3 nuove domande. E' garantita la competenza per la gestione dei contributi regionali già stanziati e finalizzati entro i termini previsti dal regolamento regionale (di gg. 60), ovvero al finanziamento successivo. Tutte le pratiche sono state trattate nei termini previsti dal regolamento regionale</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrali Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>
<p>Vigilanza servizi semiresidenziali e residenziali sociosanitari destinati a persone anziane e con disabilità</p>	
<p>1. Esercitare la funzione di vigilanza e controllo dei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani non autosufficienti e delle strutture destinate all'accogliimento di persone con disabilità</p>	<p>Effettuare l'attività di vigilanza e controllo su almeno il 30% dei servizi/strutture collocati sul territorio di competenza.</p>
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>1. Nel corso del 2017 si è provveduto alle attività di controllo ai fini autorizzativi di 5 strutture semiresidenziali e 3 strutture sanitarie di riabilitazione funzionale per le disabilità fisiche e sensoriali.</p>	

Inoltre, fino al 31 agosto 2017 sono state controllate 7 case di riposo per la sorveglianza nutrizionale. Nel territorio dell'ASUIUD sono presenti 31 case di riposo, 5 le strutture semiresidenziali per anziani e 3 strutture sanitarie di riabilitazione funzionale per disabilità fisiche e sensoriali. Su un totale di 39 strutture l'attività di controllo è stata effettuata su 15 strutture.

Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
2. Definizione livelli di assistenza sanitaria nei Servizi semiresidenziali e residenziali destinati all'accoglimento di persone con disabilità (obiettivo aziendale)	Pervenire ad una definizione precisa dei livelli di assistenza sanitaria necessari nei Servizi semiresidenziali e residenziali per le persone con disabilità, e garantire la loro erogazione in forma diretta o esternalizzata.
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>2. L'attività è in linea. Dopo aver definito i livelli di assistenza sanitaria necessari nei Servizi semiresidenziali e residenziali a gestione diretta per le persone con disabilità, si è conclusa la procedura di gara per l'esternalizzazione dei Servizi, anche per la parte di assistenza infermieristica (aggiudicazione il 30 ottobre 2017)</p>	
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.6.2 Minori	
Obiettivo	Risultato atteso
Affido	
Attuazione delle Linee guida per l'affido familiare, approvate con delibera n 1115 dd 12 giugno 2015	Sono attuati interventi di sensibilizzazione e formazione del territorio, anche attraverso protocolli operativi e gruppi di lavoro multi-professionali, anche sovra-distrettuali, con l'obiettivo di implementare le risorse familiari disponibili all'affido e garantire la massima copertura possibile delle richieste di presa in carico e di intervento
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>I Distretti hanno effettuato i seguenti interventi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 4 incontri di revisione del Protocollo Affidi di un gruppo ristretto (3 rappresentanti dell'Ambito e tre del Consultorio Familiare). - condivisione (in data 24.05.2017) e applicazione (a partire dal 20.12.2017) con l'Ambito Socio assistenziale del progetto "A modo tuo" per promuovere, diffondere, la pratica dell'Affido Familiare, coerentemente con la normativa regionale. A tale scopo sono stati organizzati diversi momenti di confronto tra i professionisti con cadenza bimensile - collaborazione con le associazioni che si occupano di affido etero familiare (corso di formazione nelle serate del 12, 18, 19, 25, 26 maggio, incontro pubblico aperto a tutta la popolazione, alcuni incontri fra gli operatori del Distretto di Udine con gli operatori dell'UTI Friuli Centrale per la stesura di un protocollo operativo sul tema dell'affido) 	
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

Adozioni	
Adozioni	<ul style="list-style-type: none"> - Partecipazione agli incontri del tavolo di lavoro regionale per l'elaborazione delle Linee guida per le adozioni nazionali e internazionali. - all'interno dei Consultori familiari aziendali, proseguire i lavori di omogeneizzazione e definizione del percorso integrato di assistenza all'adozione, ridefinendo in modo omogeneo gli aspetti metodologici e organizzativi in tutti i distretti.
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>La partecipazione è stata garantita.</p> <p>I Distretti dell'ASUIUD da anni hanno centralizzato in un'unica equipe aziendale l'attività relativa all'adozione e forniscono agli operatori partecipanti il supporto necessario.</p>	
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.6.3 Piani di Zona	
Obiettivo	Risultato atteso
Attuare la pianificazione locale congiunta tra l'ASUI e le Unioni territoriali intercomunali nelle aree di integrazione socio sanitaria.	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborazione congiunta di un documento che costituisce il livello di programmazione locale integrata nelle aree di integrazione sociosanitaria in ciascun ambito territoriale per l'anno 2017, in continuità con il percorso iniziato nel 2013. -Sottoscrizione tra il Direttore generale dell'ASUI e il Presidente dell'UTI dell'Atto di intesa che impegna le parti alla realizzazione, per quanto di competenza, dei contenuti della suddetta programmazione. -Elaborazione congiunta del monitoraggio semestrale al 30/06/2017 e al 31/12/2017.
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Il risultato è stato raggiunto: Elaborazione congiunta del PAA 2017 e sottoscrizione dell'atto d'intesa con UTI del Natisone (31.03.2017), UTI del Torre (07.12. 2016, integrazione approvata in data 08.08.2017, sottoscritta il 15.09.2017) e UTI Friuli Centrale (09.01.2018) Con l'UTI FRIULI CENTRALE i tempi sono slittati per problemi organizzativi/gestionali dell'UTI stessa.</p> <p>E' stato concordato un monitoraggio annuale che i SSC delle UTI invieranno a breve alla Direzione centrale.</p>	
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO - NON SONO PERVENUTI TUTTI I MONITORAGGI SEMESTRALI PREVISTI

3.7 RAPPORTO CON I CITTADINI

3.7.1 Tempi d'attesa	
Obiettivo	Risultato atteso
1. Rispettare i tempi d'attesa per la specialistica ambulatoriale e i ricoveri per interventi chirurgici programmati	Rispetto dei tempi di attesa. Specialistica ambulatoriale: priorità B > 95% priorità D > 90% priorità P > 85% Ricoveri per interventi programmati: priorità A: > 95% priorità B, C, D >= 90%
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
2. Monitorare i tempi d'attesa	L'Azienda rispetta i tempi per la trasmissione dei monitoraggi ministeriali (ALPI e attività istituzionale)
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
3. Le agende dell'ASUIUD e delle strutture private accreditate presenti sul suo territorio sono configurate per le prenotazioni on line	3. Le agende verranno progressivamente adeguate alla prenotazione on line secondo le indicazioni dell'EGAS
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
4. Rispettare il rapporto tra attività libero professionale e istituzionale	Il rapporto tra i volumi erogati sarà costantemente monitorato in relazione al rispetto dei tempi d'attesa garantiti per l'attività istituzionale. NOTA BENE: L'Azienda è tenuta a sospendere la libera professione intramoenia alle strutture che non rispettano i valori soglia sopra riportati e/o che non hanno reso disponibili a CUP regionale tutte le agende di prenotazione delle visite/prestazioni.
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
5. Interventi per il contenimento delle liste d'attesa	Sviluppo di meccanismi operativi per il governo dell'offerta
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
6. LR 7/2009: abbattimento liste di attesa	Le AAS / ASUI presentano una relazione alla Direzione Centrale Salute in cui vengono: - rendicontate le modalità di utilizzo del finanziamento attribuito nell'indistinto pro-capite (L.R. 7/2009) - illustrati i risultati ottenuti in termini di contenimento dei tempi di attesa.
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

Risultato al 31.12.2017

1. Rispetto dei tempi d'attesa

Specialistica ambulatoriale: Dal mese di maggio sono stati messi in atto interventi sulle agende di prenotazione delle strutture aziendali e del privato accreditato, finalizzati a migliorare l'offerta delle priorità B e D. I risultati evidenziano un miglioramento delle % di risposta nei tempi previsti dalla normativa per quanto riguarda l'offerta a residenti dell'ASUIUD. In particolare confrontando il primo semestre 2017 con il secondo semestre:

Priorità B (entro 10 gg): per 35 prestazioni si rileva un incremento delle % di risposta nei tempi; la media complessiva dei valori % è incrementata di 14 punti (da 53% a 67%). Per sei prestazioni si registra un peggioramento delle % di rispetto dei tempi (visita urologica e oculistica, sigmoidoscopia, ecografie ostetrico-ginecologiche, ecodoppler TSA). Si ritiene di non considerare la visita oncologica nel sistema di prenotazione delle altre prestazioni traccianti, in quanto fa parte di percorsi aziendali interni alla struttura ospedaliera, non rilevabili con i meccanismi di prenotazione CUP/Call center.

Priorità D (entro 30 gg per le visite e 60 gg per la diagnostica): per 28 prestazioni si rileva un incremento delle % di rispetto dei tempi; la media delle % di tutte le prestazioni traccianti è incrementata di 5 punti % (da 76% a 81%); nel 2° semestre 23 prestazioni hanno rispettato il target (>90% prenotate nei tempi), mentre per otto prestazioni si rileva un peggioramento delle % (in evidenza visita urologica, fisiatrice, gastroenterologica, ecografia ostetrico-ginecologica).

Priorità P (entro 180gg): nel 2° semestre 30 prestazioni raggiungono il target (>85% prenotate nei tempi).

È necessario riprogettare gli strumenti INSIEL di prenotazione per supportare la distinzione tra primo accesso e controllo/follow up, al fine di misurare puntualmente l'adesione ai criteri di priorità D e P, e sostenere il modello hub and spoke.

Per quanto riguarda i tempi d'attesa per gli interventi programmati, erogati dal presidio S. Maria della Misericordia, il confronto con i valori 2016 evidenzia un miglioramento delle classi di priorità A (30 gg) e B (60 gg) per le procedure cardiovascolari (PTCA, protesi valvolare e coronarografia), tumore del polmone, biopsia del fegato e cataratta.

Pur considerando i processi di miglioramento in atto, si sottolinea il ruolo del presidio ospedaliero di Udine che presenta livelli importanti di attrazione per flussi di utenza di altre Aziende contermini, non solo per prestazioni di alta specialità, ma anche per funzioni di base.

2. I monitoraggi nazionali sono stati effettuati e inoltrati nei tempi indicati.

3. Tutte le prestazioni indicate da EGAS sono state configurate per la prenotazione on line, anche presso le strutture private accreditate del territorio ASUIUD.

4. Con decreto ASUIUD del 14/07/2017 n. 599, sono stati assegnati alle strutture aziendali volumi di attività istituzionale e libero professionale, vincolati al rispetto dei tempi d'attesa. I volumi erogati sono stati regolarmente monitorati al fine di attivare tempestivi interventi correttivi (sospensione delle prenotazioni in libera professione per l'attività di gastroenterologia; revisione dell'articolazione delle agende/volumi).

5. Sono stati effettuati:

- interventi sulle agende di prenotazione delle strutture pubbliche e private, finalizzati a potenziare l'offerta per le priorità B e D;
- interventi sulle agende della libera professione in relazione ai volumi assegnati alle strutture con

budget;

- nell'ultimo quadrimestre del 2017, attivazione di nuovi posti nelle agende delle strutture private accreditate in relazione alla quota integrativa ex LR 7/2009, distribuita per fronteggiare le maggiori criticità delle liste d'attesa per prestazioni traccianti e non traccianti.

6. Si rinvia l'evidenza delle modalità di utilizzo del finanziamento ex L.R. n.7/2009 e i risultati ottenuti in termini di contenimento dei tempi di attesa alla relazione trasmessa alla Direzione Centrale Salute.

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

Obiettivo	Risultato atteso
Abolire, per tutte le degenze intensive e semi-intensive, le limitazioni non motivatamente necessarie (es. effettiva necessità di isolamento) poste a livello temporale per i care giver indicati dai pazienti, con presenza di uno per volta.	- evidenza del percorso e sua attuazione per garantire l'obiettivo regionale - Risposta affermativa all'indagine campionaria in almeno il 90% dei pazienti dimessi degli ultimi 6 mesi dell'anno 2017 in almeno la metà delle strutture intensive e semi-intensive.
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>L'azienda ha inviato a tutte le strutture intensive e semi-intensive le disposizioni attuative (prot.74447 del 29.09.2017)</p> <p>Monitoraggio in capo all'EGAS</p>	
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

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

Obiettivo	Risultato atteso
Per tutte le degenze dare la possibilità ai pazienti di avere accanto a sé il care giver al momento della visita medica o dell'esecuzione delle procedure assistenziali	- evidenza del percorso e sua attuazione per garantire l'obiettivo regionale - Risposta affermativa all'indagine campionaria in almeno il 90% dei pazienti > 70 anni e dimessi degli ultimi 6 mesi dell'anno 2017.
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>L'azienda ha inviato a tutte le strutture cliniche le disposizioni attuative in data 22.09.2017</p> <p>Monitoraggio in capo all'EGAS.</p>	
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

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

Obiettivo	Risultato atteso
Accertamento delle condizioni cliniche e assistenziali del paziente dopo la dimissione da un intervento chirurgico	Contatto telefonico entro 5 giorni dalla dimissione per raccogliere informazioni relative al decorso clinico assistenziale. La valutazione sarà effettuata su un campione di

	<p>pazienti e l'obiettivo sarà:</p> <ul style="list-style-type: none"> - raggiunto: risposta positiva in almeno il 90% dei pazienti campionati - non raggiunto: risposta positiva al di sotto del 40% dei pazienti - parzialmente raggiunto: risposta positiva per percentuali comprese tra 40% ed il 90%
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>I contatti telefonici sono stati effettuati, come da dati trasmessi all'EGAS in data 15.11.2017 (prot. n. 88817), in data 20.11.2017 (prot. n. 90182) e in data 20.12.2017 (prot. n. 99127)</p>	
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

3.7.5 Individuazione del medico responsabile della gestione del ricovero del paziente	
Obiettivo	Risultato atteso
Ogni paziente ricoverato in ospedale deve ricevere l'informazione di chi è il medico responsabile della gestione del proprio caso che, pertanto, assicura la coerenza delle diverse azioni che caratterizzano l'intera degenza	<ul style="list-style-type: none"> - evidenza del percorso e sua attuazione per garantire l'obiettivo regionale - Risposta affermativa all'indagine campionaria in almeno il 90% dei dimessi da un ricovero ospedaliero durato più di 4 giornate
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>L'azienda ha inviato a tutte le strutture cliniche le disposizioni attuative in data 15.09.2017</p> <p>Monitoraggio in capo all'EGAS.</p>	
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

3.7.6 Esperienza nei percorsi assistenziali	
Obiettivo	Risultato atteso
Esperienza nei percorsi assistenziali di ictus e diabete	<ul style="list-style-type: none"> - evidenza del percorso e sua attuazione per garantire l'obiettivo regionale
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>I percorsi sono attivi dal 2016. Nel 2017 è iniziato il percorso di revisione attraverso incontri dei Gruppi di Coordinamenti (per ictus in data 15.11.2017 e 11.12.2017);</p> <p>Per i percorsi assistenziali del diabete è stato effettuato un corso residenziale (5 aprile 2017- Ospedale + presenza in AFT Cividale e raccolta lavori di gruppo AFT di Udine "L'Assistenza integrata alla persona con diabete in FVG: applicazione del documento di indirizzo regionale con 141 MMG su un totale di 182 MMG ASUIUD.</p> <p>Proseguita l'attività CAP Manzano iniziata ottobre 2016, attivata la funzione presso il CAP Cividale con la creazione di agende informatizzate per il controllo degli appuntamenti, gestite dalla SOC Endocrinologia e Malattie del Metabolismo – Nutrizione Clinica</p>	
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

3.8 FLUSSI INFORMATIVI E VALUTAZIONI

Flussi informativi e valutazioni	
Obiettivo	Risultato atteso
Avvio nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)	
avvio della nuova SDO secondo le configurazioni definite dal il Ministero della salute	Evidenza dell'uso della nuova SDO a partire dai dimessi del mese di gennaio
Risultato al 31.12.2017 La nuova SDO è adottata da gennaio	
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Qualità dei dati ai fini amministrativi, epidemiologici e gestionali	
Garantire la correttezza della compilazione delle SDO e delle schede di morte	>= 90% SDO compilate correttamente >= 90% schede di morte correttamente compilate
Risultato al 31.12.2017 Le SDO e le schede di morte sono state compilate nei tempi previsti.	
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Flussi ministeriali	
Garantire la corretta alimentazione di tutti i flussi ministeriali	E' garantita la corretta alimentazione di tutti i flussi ministeriali (elenco fornito dalla DCS)
Risultato al 31.12.2017 E' stata garantita la corretta alimentazione dei flussi ministeriali	
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO NON È STATO CORRETTAMENTE ALIMENTATO IL FLUSSO EMUR 118
Obblighi informativi e indicatori	
Le basi dati gestionali attualmente in uso nelle aziende rappresentano uno strumento fondamentale per la pianificazione regionale e per gli adempimenti in termini di flussi informativi che la Regione ha nei confronti delle strutture centrali (Ministero della salute e il Ministero dell'economia e delle finanze) ai fini delle varie attività ministeriali.	L'Azienda, pertanto, si impegna nel 2017 in attività di manutenzione e monitoraggio della congruità delle basi dati con il coordinamento della DCS.
Risultato al 31.12.2017 L'attività di manutenzione e monitoraggio della congruità delle basi dati ai fini dei flussi informativi con i Ministeri è stata costantemente garantita.	
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Supporto a progetti di valenza regionale integrati fra assessorati	

Supporto a progetti di valenza regionale integrati fra assessorati	Contribuire alle attività dell'Osservatorio Ambiente Salute (DGR 532/2014) attraverso la propria struttura di Epidemiologia e Accreditamento, gestione del rischio clinico e valutazione delle performance sanitarie
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Le strutture di Igiene ed Epidemiologia e di Accreditamento, Gestione del rischio clinico e valutazione delle performance sanitarie sono a disposizione per contribuire alle attività di interesse regionale per quanto di specifica competenza.</p>	
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
Clima interno	
Effettuare la seconda valutazione regionale del clima interno con le procedure già espletate nel 2014	Secondo il percorso definito dalla DCS
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Non sono pervenute indicazioni dalla DCS.</p>	
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

3.9. IL SISTEMA INFORMATIVO

Il sistema informativo	
Sistema informativo	
Obiettivo	Risultato atteso
Utilizzare la firma digitale	<ul style="list-style-type: none"> - Applicativi gestionali ambulatoriali del G2 Clinico > 90% - Laboratorio e microbiologia >98% - Medicina trasfusionale > 98%, se viene attivata la firma digitale su EMONET - Anatomia patologica > 98% - Radiologia > 98%
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Ricetta dematerializzata	Farmaceutica e specialistica da estendere a tutti i medici convenzionati, specialisti, MMG e PLS
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>L'azienda si attesta sulle seguenti percentuali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Applicativi gestionali ambulatoriali del G2 Clinico = 93,7% - Laboratorio e microbiologia = 95% - Anatomia patologica = 100% - Radiologia = 100% <p>La ricetta dematerializzata è attiva nelle strutture del DPT Medico, del DPT Medico Specialistico, del DPT Chirurgia Generale, nella SOC Oculistica, nella SOC Clinica Oculistica, nella SOC Cardiologia del Presidio SMM ed in tutte le strutture del Presidio IMFR Gervasutta.</p> <p>Si ricorda che nel 2016 era stata attivata presso i Distretti sanitari, il DSM, il Dipartimento delle dipendenze e Dipartimento di Prevenzione.</p> <p>La prescrizione dematerializzata è estesa ai medici specialisti convenzionati (già nel 2016) e ai MMG e PLS. (oltre il 75 % dei professionisti la utilizza).</p>	

PACS	
prosecuzione dell'estensione nel settore dell'endoscopia digestiva ed avvio dell'estensione nell'ambito residuale dell'endoscopia ambulatoriale e in radioterapia	Realizzazione dell'estensione secondo le indicazioni regionali
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

Messa a regime del caso d'uso relativo alla consultazione /visualizzazione di referti e immagini in situazione emergenziale inter-aziendale nel pieno rispetto dei vincoli e raccomandazioni del Garante della Privacy, previa verifica di disponibilità della rete telematica regionale a larga banda	Supporto all'implementazione del caso del caso secondo le indicazioni regionali
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Sviluppo e implementazione del caso d'uso relativo alla consultazione/ visualizzazione di referti e immagini in ambito inter-aziendale per il tramite del fascicolo sanitario, nel pieno rispetto dei vincoli e raccomandazioni del Garante della Privacy, previa verifica di disponibilità della rete telematica regionale a banda larga.	Supporto all'implementazione del caso d'uso secondo le indicazioni regionali
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Conduzione dello sviluppo e avvio della fase di test della soluzione di integrazione SIO/PACS per la produzione di un referto multimediale/strutturato in Radiologia, Medicina nucleare e Ecocardiografia	Supporto alla conduzione secondo le indicazioni regionali
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Relativamente al primo punto il completamento è avvenuto nel mese di gennaio 2018 a causa di un ritardo della ditta fornitrice. L'attività risulta comunque completata.</p> <p>Riguardo agli altri tre aspetti, questa azienda ha fornito il supporto necessario e le attività risultano in linea.</p>	

LA DIDATTICA E LA RICERCA

DIDATTICA E RICERCA	
Obiettivo	Indicatori
DIDATTICA	
<p>Definire e garantire per le Scuole di Specializzazione, il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia ed i Corsi di Laurea Sanitaria standard finalizzati all'apprendimento delle abilità pratiche, tirocini, Tesi di Laurea, frequenza a vario titolo, in particolare la disponibilità di:</p> <p>a. risorse umane (sia tra il personale Dirigente che del Comparto secondo gli standard richiesti dalle normative nazionali MIUR e JCI);</p> <p>b. materiali (spazi, spogliatoi, attrezzature, etc.) al supporto della didattica e accesso a</p>	<p>aumento del numero di tutor di estrazione aziendale;</p> <p>estensione del processo di selezione e valutazione ad un maggior numero di strutture aziendali</p> <p>aumento numero di persone formate presso il centro di simulazione;</p> <p>aumento delle tipologie di offerta formativa del centro di simulazione</p> <p>definizione, in collaborazione con il gruppo di lavoro della conferenza permanente dei presidenti</p>

<p>strumentazioni e casistiche e spazi di supporto;</p> <p>c. formazione sulla qualità e sicurezza per gli studenti frequentanti l'ASUI ed in particolare per i medici in formazione specialistica.</p> <p>d. integrazione con quelle strutture territoriali utili ad apprendere competenze ed abilità tipiche di tali realtà.</p> <p>Particolare attenzione sarà posta allo sviluppo delle attività del centro di simulazione avendo cura di aprirlo alla collaborazione con altre aziende compatibilmente con quanto definito dai regolamenti.</p>	<p>dei corsi di laurea in medicina e chirurgia, delle specifiche Attività Didattiche (Formative) Professionalizzanti (ADP o AFP);</p> <p>inserimento di strutture territoriali appropriate nei percorsi didattici e formativi professionalizzanti;</p> <p>incrementare le modalità dipartimentali di integrazione delle attività assistenziali a scopo formativo per altre scuole di specializzazione.</p>
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>A causa di elementi indipendenti dall'ASUIUD (approvazione dell'atto aziendale, nuove normative per l'accreditamento delle Scuole, piena applicazione della riforma della sanità regionale, istituzione dell'Osservatorio), alcuni obiettivi sono stati rimodulati nel corso dell'anno. Le attività relative al reclutamento e alla definizione dei nuovi meccanismi di selezione dei tutor previste per il 2017 hanno risentito della dinamica dell'approvazione dell'atto aziendale e, soprattutto, della convenzione con la Regione sul tema specifico del ruolo della Regione nella formazione delle lauree sanitarie. Si è comunque provveduto ad avviare il percorso per la definizione dell'accordo attuativo tra le Università degli Studi regionali e le ASUI relativo alla formazione delle classi dei corsi di laurea delle professioni sanitarie (infermieristica e ostetrica/o, della riabilitazione, tecniche e della prevenzione) che è attualmente in fase di approvazione e che si riferisce ad entrambe le Università in Friuli Venezia Giulia. Per quanto riguarda il CdL in Medicina e Chirurgia, il numero dei tutor è rimasto costante in attesa della pubblicazione del nuovo bando per il triennio 2018-19 / 2020-21.</p> <p>La dinamica delle Specializzazioni è stata fortemente influenzata dalla recentissima normativa sull'accreditamento delle Scuole. Nel 2017 sono state accreditate 20 Scuole, di cui 8 in accreditamento provvisorio e 1 che da Scuola aggregata è stata trasformata in Scuola con sede amministrativa. Altre 7 che erano aggregate sono entrate a far parte della rete formativa di Scuole di altre Regioni. In totale, sono attualmente iscritti nelle Scuole con sede amministrativa Udine 340 specializzandi mentre altri 44 sono iscritti in Scuole con sede amministrativa altrove. Nel 2017 è stato sviluppato il percorso che ha poi consentito di istituire l'Osservatorio Regionale per la Formazione Medico Specialistica il 2 febbraio 2018.</p> <p>Per quanto riguarda le strutture aziendali e territoriali coinvolte, la situazione vede incluse nella rete formativa 19 strutture non a direzione universitaria dell'ASUIUD, 30 strutture di altre Aziende Sanitarie della Regione, 4 strutture universitarie dell'ASUIUD e 8 strutture delle Aziende sanitarie extra Regione. Non è facile fare il confronto con la situazione precedente perché l'ordinamento regionale, al momento dell'organizzazione passata, era diverso.</p> <p>Inoltre, nel 2017, visto il quadro normativo di riferimento in evoluzione durante l'anno (di cui si è già riferito) in attesa di poter sviluppare gli obiettivi specifici previsti, si è comunque provveduto a integrare e coinvolgere gli specializzandi in tutte le attività dell'ASUIUD attraverso la definizione di una specifica politica aziendale (DS_POL_03) condivisa tra ASUIUD ed UNIUD che disciplina e definisce l'attività formativa degli studenti all'interno dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata e che ha fatto in modo che gli specializzandi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dispongono di una Job Description 	

- Dispongono di un badge
- Partecipano attivamente al raggiungimento degli obiettivi aziendali
- Partecipano ai corsi aziendali obbligatori sulla sicurezza, emergenza clinica e qualità (20, offerti in aggiunta al percorso formativo istituzione e di grande valenza professionale)
- Possono usufruire della mensa aziendale

Per quanto riguarda il Centro di simulazione, va prima di tutto evidenziato che l'offerta formativa è stata ulteriormente arricchita con l'attivazione del sistema di studio di anatomia virtuale "Anatomage" e con l'istituzione di Wet/Dry lab (centro di chirurgia oftalmica simulata e organizzazione di corsi di chirurgia virtuale per medici oculisti e oculisti in formazione).

In relazione agli specifici indicatori di attività del Centro, numero di eventi, numero di giornate e numero di soggetti formati, dal 2016 al 2017 si è avuto un aumento di circa il 20%.

Infine, in relazione alla definizione, in collaborazione con il gruppo di lavoro della conferenza permanente dei presidenti dei corsi di laurea in medicina e chirurgia, delle specifiche Attività Didattiche (Formative) Professionalizzanti (ADP o AFP), si riporta che il Comitato della Conferenza non ha terminato il lavoro di identificazione delle ADP (AFP) nel corso del 2017.

Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
RICERCA	
<p>mettere a punto un modello tecnico amministrativo per:</p> <p>a. garantire la sistematica informazione sui diversi bandi di ricerca regionali, nazionali ed internazionali pubblici e privati a tutte le strutture potenzialmente interessate dell'azienda;</p> <p>b. promuovere il coinvolgimento di tutte le strutture aziendali, comprese quelle territoriali, e del maggior numero di professionisti in attività di ricerca nei diversi campi di interesse;</p> <p>c. supportare le fasi preparatorie per lo svolgimento delle attività di ricerca clinica al fine di incrementare significativamente la competitività dell'ASUI e quindi il numero di trials e sperimentazioni, la gestione sinergica dei progetti di ricerca tra le strutture aziendali a componente universitaria ed i dipartimenti universitari dell'area biomedica;</p> <p>d. garantire la tempestiva informazione (anche sul sito web aziendale) sui trial clinici in essere ed in programma presso le strutture dell'azienda così da garantire a pazienti e cittadini potenzialmente interessate facilità di accesso ai team di ricerca;</p>	<p>il numero di domande di partecipazione a bandi di ricerca competitivi (superiore all'anno precedente);</p> <p>il numero di protocolli di ricerca attivi nel corso dell'anno (superiore all'anno precedente);</p> <p>il numero di protocolli di ricerca spontanei (superiore all'anno precedente);</p> <p>il numero di pazienti ricoverati inseriti in protocolli di ricerca sul totale dei ricoverati (superiore all'anno precedente);</p> <p>il numero di sperimentazioni cliniche sponsorizzate e spontanee rispetto al 2016 (superiore all'anno precedente);</p> <p>il coinvolgimento di strutture territoriali nei percorsi di ricerca.</p> <p>In corso d'anno dovranno stabilirsi le modalità di monitoraggio dei processi in corso e in conclusione d'anno dovrà essere prodotta una relazione annuale sull'andamento degli obiettivi definiti. Il Collegio di Direzione stabilirà le modalità del monitoraggio, i criteri dello stesso e valuterà la relazione finale, redatta da tre professionisti</p>

<p>e. predisporre una reportistica ad uso interno su base almeno semestrale per rendere nota la situazione dei protocolli attivi;</p> <p>f. verificare la funzionalità del regolamento già attivato nel 2015 per consentire l'accesso alle varie strutture dell'ASUI al personale universitario non strutturato (Professori e Ricercatori, anche quelli a tempo determinato senza compiti assistenziali, Dottorandi, Assegnisti, Borsisti e altre tipologie di Frequentatori) e proporre gli eventuali correttivi.</p>	<p>incaricati dal Collegio stesso</p>
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Durante il 2017 è stato implementato l'ufficio di segreteria del Coordinamento Scientifico con l'acquisizione di una nuova unità.</p> <p>Per quanto concerne l'attività di ricerca vi è stato un incremento del numero di progetti presentati ai bandi nazionali ed internazionali e risultati vincitori, rispetto al 2016.</p> <p>Vi è stato inoltre un incremento di progetti di ricerca spontanea, non sponsorizzata, presentati al Nucleo di Ricerca Clinica e al CEUR come pure delle sperimentazioni cliniche sponsorizzate.</p> <p>Il percorso di integrazione "ospedale-territori" ha determinato l'inizio di un processo di coinvolgimento di strutture territoriali in percorsi di ricerca clinica.</p> <p>In particolare le sperimentazioni attive nel 2017 sono state 299 no profit (228 nel 2016) e 166 profit (116 nel 2016); tra queste 73 protocolli di ricerca spontanei, 55 sperimentazioni cliniche sponsorizzate e 3 con il coinvolgimento di strutture territoriali.</p> <p>Inoltre i progetti di ricerca in corso sono stati 27 (15 nel 2016) a cui si aggiungono 5 di strutture territoriali.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrali Salute</p>	<p>OBIETTIVO STRALCIATO</p>

ALTRE PROGETTUALITA' AZIENDALI

3.11.1 Integrazione Ospedale - Territorio	
Obiettivo	Risultato atteso
Implementare le funzioni governate dal Punto Unico Integrato per la continuità Ospedale Territorio	Estensione delle attività del P.U.I. a tutte le funzioni del Presidio Ospedaliero S.M.M. di Udine e agli altri Distretti dell'ASUIUD.
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Effettuata attività formativa; in fase di completamento l'informatizzazione del processo di segnalazione; tutti i Distretti ricevono le segnalazioni (H24 e H72) da parte di tutti i reparti ospedalieri.</p>	
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

3.11.2 Incremento dell'attività specialistica territoriale	
Obiettivo	Risultato atteso
Rafforzare la funzione di riferimento del SMM in ambito oculistico decentrando attività di primo livello sul territorio.	Aumento dell'offerta oculistica territoriale e avvio delle attività di interventi per cataratta a Cividale
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>A seguito dello studio di fattibilità è risultato non praticabile nel 2017.</p> <p>Si propone pertanto lo stralcio dell'obiettivo.</p>	
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

3.11.3 Competenze neuroradiologiche	
Obiettivo	Risultato atteso
Aumento delle competenze neuroradiologiche da parte dei radiologi di guardia per meglio fronteggiare le urgenze cliniche definendo il livello di complessità che richiede la chiamata del neuroradiologo in pronta disponibilità	<ol style="list-style-type: none"> 1. presenza del documento che definisce il livello di complessità che richiede la chiamata; 2. documento di valutazione degli esiti del refresh da parte del Direttore di dipartimento; 3. diminuzione del numero di chiamate in p.d. dei neuroradiologi
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>E' stato prodotto, a seguito degli incontri effettuati in data 31.05, 13.06 e 26.09.2017, un documento finale al 27.12.2017 che contiene un'analisi di fattibilità che pone in luce le difficoltà nel raggiungimento dell'obiettivo stanti le risorse disponibili.</p>	
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

3.11.4 Presidio ospedaliero per la salute di Cividale	
Obiettivo	Risultato atteso

Attuare quanto previsto dalla programmazione regionale sul presidio ospedaliero per la salute di Cividale (funzioni proprie previste da DGR n. 2673/2014)	Avvio della degenza intermedia e del punto di primo intervento
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>E' stato predisposto un piano che prevede la trasformazione della Medicina di Cividale a struttura di degenza intermedia a supporto delle strutture territoriali e del punto di primo intervento, ma la realizzazione è rinviata nel 2018 anche a seguito dell'approvazione dell'Atto Aziendale.</p>	
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

3.11.5 Recovery Room Apertura 8 -20	
Obiettivo	Risultato atteso
Valutazione fattibilità in relazione al modello organizzativi e successiva attivazione di una recovery room	Stesura di un piano di fattibilità entro aprile; attivazione della recovery room entro ottobre
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Le risorse previste sono state assegnate a metà novembre 2017 (risultano non ancora assegnate due unità OSS) ed è stato predisposto il modello organizzativo per il funzionamento della struttura. Con il 05/02/2018, è stata avviata la piena attività assistenziale.</p>	
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

3.11.6 Realizzazione - attivazione nuova stroke	
Obiettivo	Risultato atteso
Attivazione nuova stroke-unit	Inlombo del progetto definitivo al NVISS entro 31.12.2017
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>L'individuazione del progettista è avvenuta nei termini del 30/9: in esito all'esperimento del procedimento di verifica di congruità dell'offerta, conclusosi positivamente come da verbale del 20 settembre 2017, agli atti, l'incarico di progettazione è stato affidato con decreto n. 907 dd. 25.10.2017 ed è divenuto efficace con decreto n.115 dd.20.12.2017.</p>	
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.11.7 Ricollocazione della R.I.P.	
Obiettivo	Risultato atteso
Riallocazione degli spazi della Riabilitazione Intensiva Precoce	Messa a disposizione spazi riqualificati entro il 31.05.2017
<p>Risultati al 31.12.2017</p> <p>Il cantiere della RIP si è concluso in data 30.08.2017. Il ritardo, rispetto al termine del 31.05.2017, è imputabile all'impresa esecutrice, alla quale è stata applicata la penale nella misura e con le modalità</p>	

contrattualmente previste. A seguito del collaudo funzionale in data 19.12 è avvenuto il trasferimento della RIP dal 1° piano del padiglione 3 al 3° piano del padiglione 5.

Valutazione Direzione Centrali Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.11.8 Completamento del progetto ricerca azioni stress lavoro correlato

Obiettivo

Risultato atteso

Migliorare la qualità della vita organizzativa attraverso un metodo condiviso di identificazione del livello di rischio stress lavoro correlato e pianificazione delle misure di contenimento e/o riduzione del rischio

Realizzazione della valutazione del rischio stress lavoro correlato come richiesto dal d.lgs. 81/2008 e suo recepimento nel DVR unitamente alla pianificazione delle misure di miglioramento e/o approfondimento valutativo.

Risultati al 31.12.2017

Dopo il completamento della fase di rilevazione (documento 18.4.2017), è stata predisposta, prot. 86710 del 9/11/2017, la relazione tecnica di "Valutazione del rischio stress lavoro correlato" contenente la valutazione per gruppi omogenei di strutture e le azioni di miglioramento

Valutazione Direzione Centrali Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.11.9 Adozione di interventi per la gestione dell'invecchiamento della popolazione assistenziale (infermieri e operatori Socio sanitari in azienda) – Progetto Age Management

Obiettivo

Risultato atteso

Integrare il modello "Fornire supporto emotivo nelle aree a maggior rischio di impatto emotivo" nel catalogo dell'offerta formativa 2017

Risultano realizzati meeting per operatori delle aree a maggior rischio di impatto emotivo

Risultati al 31.12.2017

Risultano realizzati 10 meeting (primo meeting in data 21/09/2016, ultimo 25/10/2017) con gli operatori, ciascuno della durata di 2 ore. Hanno partecipato complessivamente 365 operatori sanitari delle figure professionali appartenenti alle aree pilota selezionate. Risulta disponibile report di attività al 31/12/2017.

Valutazione Direzione Centrali Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Attivare la richiesta informatizzata e la refertazione in applicativo G2 di ulteriori 3 tipologie di consulenza infermieristica

Risultano strutturate la richieste informatizzate di consulenza e risultano refertate in applicativo G2

Risultati al 31.12.2017

Esiste la Procedura Gestionale (DPS_PG_16) Consulenza Infermieristica in regime di Ricovero Ordinario. La richiesta di Consulenza Specialistica Infermieristica si avvale del software aziendale "Gestore Richieste". L'attività di consulenza è registrata su "G2 Clinico" in moduli specificamente progettati. Risultano attivate dal 2017 le Consulenze Specialistiche Infermieristiche:

1. Gestione Lesioni Cutanee;
2. Gestione Lesione Cute Peristomale;

3. Gestione Medicazione a Pressione Negativa (VAC);	
4. Terapia educativa – pz. con Scompenso Cardiaco.	
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Strutturazione di un documento/regolamento per l'affidamento e la revoca degli incarichi degli specialisti per le 5 aree identificate	Il documento risulta strutturato
Risultati al 31.12.2017	
Messa a disposizione alla SOC Gestione Risorse Umane di documento "proposta di regolamento per l'affidamento e la revoca degli incarichi di specialist al personale del comparto" per la valutazione di coerenza del bando con le indicazioni di norma.	
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Valutare la sostenibilità dei carichi di lavoro in relazione ai dati di range di prestazioni/volumi di attività/risorse disponibili, misurati nel 2016 nelle aree dei laboratori	Sperimentazione in aree pilota identificate (PTF Spec. Centro Servizi e Laboratori) per valutare la sostenibilità dei carichi di lavoro
Risultati al 31.12.2017	
Risultano identificate al 30/06/2017 le linee di produzione, afferenti alla PTF. Spec. Centro Servizi e Laboratori: Chimica Clinica, Produzione Emocomponenti, Immuno-Ematologia, Galenica Oncologica.	
Il modello è stato sperimentato:	
<ul style="list-style-type: none"> – Sono stati definiti i range minimi e i range raccomandati; – È stato effettuato confronto tra range minimi e range raccomandati con i dati monitorati di prestazioni/volumi di attività/risorse disponibili per le linee produttive identificate; – È disponibile report di applicazione del modello. 	
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Garantire competenze negli avvicendamenti dei quadri intermedi	Esiste una procedura formalizzata con esplicitate le competenze/metodologie per gli avvicendamenti dei quadri intermedi
Risultati al 31.12.2017	
Sono state definite al 30/06/2017 le funzioni core e i criteri di condivisione per il trasferimento delle competenze. Esiste la procedura con esplicitate le competenze/metodologie per gli avvicendamenti dei quadri intermedi. La formalizzazione necessita di condivisione con i responsabili delle aree professionali interessate e con RDA e coordinatori di area.	
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Formalizzare i percorsi di addestramento sull'uso dei presidi per la gestione dei carichi animati/inanimati attraverso iniziative di FSC certificate	I percorsi risultano formalizzati e la formazione effettuata risulta certificata per singolo dipendente
Risultati al 31.12.2017	
Durante l'anno 2017 le attività di formazione/addestramento relative all'uso dei presidi (letti elettrici di nuova dotazione) sono state effettuate come da programmazione. La formazione risulta certificata come da procedura aziendale nel Verbale di addestramento/informazione del personale" inserito in procedura	

di collaudo della SOC Ingegneria Clinica. In tali verbali risultano indicati i nominativi del personale esposto alla formazione.

Come descritto nel report del 30/06/2017, ad integrazione della procedura della SOC di Ingegneria Clinica, l'azienda non ha ancora adottato un percorso con valenza di formazione/addestramento sull'uso dei presidi di nuova dotazione per la gestione dei carichi animati/inanimati attraverso iniziative di FSC e relative certificazioni di competenza acquisita.

Valutazione Direzione Centrali Salute

OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

LA GESTIONE DELEGATA DEI SERVIZI, ATTIVITA' E INTERVENTI A FAVORE DELLE PERSONE DISABILI

Riorganizzazione dell'offerta residenziale	
Obiettivo	Risultato atteso
Ridefinizione progettualità dei diversi contesti residenziali	Attivazione a regime della Comunità di via Palestro entro il 31/12/2017
Risultati al 31.12.2017 La Comunità di via Palestro ha preso avvio in data 11 dicembre 2017 con l'inserimento dei primi 4 ospiti.	
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

Sviluppo offerta diurna	
Obiettivo	Risultato atteso
Attivazione servizi per situazioni di complessità clinico flessibili e la realizzazione d'interventi abilitativi a matrice comportamentale (ABA)	Attivazione del Centro diurno via Massaua I piano
Risultati al 31.12.2017 Tenuto conto dei tempi di aggiudicazione della gara d'appalto (30/10/2017) ed anche della complessità dell'utenza individuata, per l'attività del CSRE di via Massaua primo piano si è provveduto a calendarizzare l'avvio nei primi mesi del 2018.	
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

Ridefinizione rapporti con privato sociale	
Obiettivo	Risultato atteso
Diversificazione rapporti di collaborazione per attività esterne (anche con soggetti del privato sociale)	Strutturazione nuove convenzioni e attivazione di servizi innovativi (ad esempio Progetto So.la.re.)
Risultati al 31.12.2017 Si è provveduto a rinnovare la convenzione in essere per tutto il 2018, nelle more della ridefinizione ed ampliamento delle attività svolte presso la sede di Colloredo di Prato.	
Valutazione Direzione Centrali Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

TABELLA INDICATORI

			ASIUD	
			DATO AZIENDA	DATO DIREZIONE
1.	PREVENZIONE			
LEA	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base	>= 95%	88,80%	87,44%
1.a				88,93 (obbligatorie)
LEA	Difterite-tetano	>= 95%	89,30%	89,3 difterite 89,4 tetano
1.b				
LEA	Antipolio	>= 95%	89,10%	89,10%
1.c				
LEA	Antiepatite B	>= 95%	89,90%	87,90%
2	PREVENZIONE			
LEA	Vaccinazione raccomandate MPR	>= 90%	86,40%	86,50%
3	PREVENZIONE			
LEA	Vaccinazione raccomandata contro l'influenza dell'anziano	>=70%	53,2%	54,40%
7	PREVENZIONE			
LEA	Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro	>=85	75,15	75,15%
8	TUTELA DELLA SALUTE NEI LUOGHI DI LAVORO			
LEA	Percentuale di unità controllate sul totale di unità da controllare	>= 5%	5,00%	4,90%
9	SANITA' ANIMALE			
LEA	Percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina	>= 98%	100%	100%
10.a	SANITA' ANIMALE			
LEA	Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi bovina/bufalina	>= 98% del 20% allevamenti	100%	100%
10.b	SANITA' ANIMALE			
LEA	Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi ovcaprina	>= 98% del 10% dei capi	100%	100,00%
11	SANITA' ANIMALE			
LEA	Percentuale di aziende ovcaprine controllate (3%) per anagrafe ovcaprina	>= 98% del 3% aziende	100%	100%
12	SALUTE DEGLI ALIMENTI			
LEA	Percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati dal Piano Nazionale Residui	>=98%	100%	100%
13	SALUTE DEGLI ALIMENTI			
	Percentuale di unità controllate sul totale delle imprese alimentari registrate	>= 20%	20,00%	23%
14	DISTRETTUALE			
	Tassi di ospedalizzazione evitabile con la metodologia sviluppata dall'Agenzia statunitense AHRQ per i Prevention Quality Indicators (PQIs): indicatore complessivo da 14.a a 14.1	somma indicatori <= 115	103,1	103,2
15	ASSISTENZA DOMICILIARE			
	Percentuale di anziani >=65 trattati in ADI con PAI	>= 3,8%	2,35%	2,74%
16	HOSPICE			
	Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100)	> 1	1,5	1,39
17	SPECIALISTICA AMBULATORIALE			
	Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1000 residenti (>=65 anni)	<= 24	22,94	22,94
18	FARMACEUTICA			
	Incidenza di sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (anti-ipertensivi)	<=30%	42,52	42,47
19	FARMACEUTICA			
	Consumo pro-capite di farmaci inibitori di pompa protonica	25 up pro cap	28,77	28,73
20	SALUTE MENTALE			
	utenti in carico nei centri di salute mentale per 1.000 abitanti	>=10	17,5	17,40
21				
	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	>= 38%	42,00%	42,40%
22				
	Rapporto tra i ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (allegato B Patto Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<= 0,32	0,24	0,24
23				
	Percentuale di parti cesarei	<20%	25,10%	24,72%
24				
	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 48 h in regime ordinario	>70%	64,10%	64,20%
25	EMERGENZA			
	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	<= 20'	19'	19'14"

			ASIUD	
			DATO AZIENDA	DATO DIREZIONE
BERSAGLIO valore 2014 226,31 (C.11a.1.1)	CUORE riduzione del tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti di 50-74 anni	< 210	191,23	180,23
	RENE potenziamento della Dialisi peritoneale e dei trapianti con l'obiettivo di ridurre i pazienti in emodialisi al di sotto del 46% del totale (trapiantati + emodializzati + in dialisi peritoneale)	< 46%	28,00%	59,52%
BERSAGLIO (C11.a.2.4)	PANCREAS riduzione del tasso di amputazioni maggiori per diabete	< 30 per milione di residenti	26,46	26,46
BERSAGLIO (C11.a.3.1)	POLMONE riduzione del tasso di ospedalizzazione per BPCO	< 60 per 100.000 residenti 50-74 anni	54,1	56,61
Linea 3.4.2	ICTUS aumento dell'attività di Trombolisi endovenosa/endoarteriosa con il raggiungimento nel 2016 di almeno 300 trattamenti nel territorio regionale così ripartiti: ASUITS: 100; ASUIUD: 160; AAS5: 90	160 trattamenti	143	186
Linea 3.4.3	TRAUMA trattamento della frattura di femore entro 48 h in almeno il 70% (hub) o 80% (spoke) dei casi trattati dal presidio ospedaliero;	>= 70% hub per presidio	61,7%	64,20%
BERSAGLIO (C16.2)	PRONTO SOCCORSO ED EMERGENZA URGENZA aumentare la percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1 h rispetto al totale dei pazienti con codice verde (media regionale 2014 del 66,19% - fonte Bersaglio)	>= 65% hub	63,4%	54,52%
				77,07% pediatrico
BERSAGLIO (C16.3)	PRONTO SOCCORSO ED EMERGENZA URGENZA aumentare la percentuale dei pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto Soccorso meno di 4 ore	>= 75% hub	75,8%	64,75%
				91,21% pediatrico
BERSAGLIO (C7.1)	MATERNO INFANTILE mantenimento della percentuale dei parti cesarei depurati (NTSV) al di sotto del 20% dei parti totale dei parti depurati	< 20%	19,50%	19,52%
BERSAGLIO valore 2014 26,78	MATERNO INFANTILE i parti indotti farmacologicamente devono essere ridotti al di sotto del 20%	< 20%	20,30%	20,43%
Tasso standardizzato	TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE riduzione dal 128,5 x mille al 125 x mille	125 x mille	124,40	124,81
BERSAGLIO (C14.2.a)	DAY HOSPITAL MEDICO DI TIPO DIAGNOSTICO - ADULTI riduzione dei numero di ricoveri in Day Hospital medico per acuti con finalità diagnostica portando la percentuale al di sotto del 30% per gli adulti e del 50% per i pediatrici	< 30% adulti	36,35%	36,37%
BERSAGLIO (C14.2.2)	DAY HOSPITAL MEDICO DI TIPO DIAGNOSTICO - PEDIATRICI riduzione dei numero di ricoveri in Day Hospital medico per acuti con finalità diagnostica portando la percentuale al di sotto del 30% per gli adulti e del 50% per i pediatrici	< 50% pediatrici	48,10%	47,76%
BERSAGLIO (C14.4)	RICOVERI MEDICI OLTRE SOGLIA riduzione della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni portandola al di sotto del 4%	< 4%	6,20%	6,12%

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

3.1 PROGETTI DI RIORGANIZZAZIONE DELLE FUNZIONI

3.1.1 Atto aziendale	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Atto aziendale	<ul style="list-style-type: none"> - Completamento del percorso attuativo dell'atto aziendale. - Invio entro il 31/10/2017 di una relazione alla Direzione Centrale Salute sullo stato di applicazione del proprio atto aziendale
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>E' proseguito il percorso attuativo dell'atto aziendale con i seguenti decreti:</p> <ul style="list-style-type: none"> -n. 545 Dipartimento Tecnico: attivazione S.C. Approvvigionamenti e gestione contratti fornitura beni e servizi. -n.554 Dipartimento Assistenza Primaria Aziendale - attivazione delle seguenti strutture operative territoriali: - Distretto delle Dolomiti Friulane - Distretto del Sile - Distretto del Tagliamento - Distretto del Livenza - Distretto del Noncello -n. 536 seconda Modifica atto aziendale -n. 818 del 30/11/2017 è stata approvata l'ultima modifica dell'atto aziendale. <p>In data 25.10.2017, con prot. n. 75109/DG, è stata inviata la relazione sullo stato di applicazione dell'atto aziendale alla Direzione Centrale Salute.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.2 Applicazione delle DGR 2673/2014, 929/2015 e 2151/2015	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
POSTI LETTO – ASSISTENZA OSPEDALIERA	
Posti letto	Entro il 30 giugno 2017 l'Azienda predispone la relazione sullo stato di applicazione della DGR 2673/14, con la previsione di correzione dello scostamento dei posti letto ospedalieri.
Funzioni	Entro il 30 giugno 2017 l'Azienda predispone la relazione sullo stato di applicazione della 929/15, con la previsione di attivazione o disattivazione

	delle funzioni ospedaliere e delle SC o SS, anche in coerenza con quanto stabilito dall'Atto aziendale.
Risultato al 31.12.2017	
E' stata trasmessa alla DCS con prot. PEC/PROG./54104 del 21.07.2017 la relazione sullo stato di applicazione della DGR 2673/2014 (standard sulla dotazione dei posti letto ospedalieri) e della DGR 929/2015 (attivazione o disattivazione delle funzioni ospedaliere e delle SC o SS anche in coerenza con quanto stabilito dall'Atto aziendale).	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
POSTI LETTO - ASSISTENZA PRIMARIA	
Posti letto	È avviato il percorso di ridefinizione dei posti letto dell'assistenza primaria (Hospice, SUAP, RSA e riabilitazione estensiva, Presidi ospedalieri per la Salute, Salute mentale, Dipendenze) in coerenza a quanto definito dalla DGR 2673/2014.
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Sono regolarmente proseguiti gli incontri tra la Direzione Strategica dell'AAS n° 5 ed il Comune di Roveredo con l'obiettivo di espandere da 24 a 36 i posti letto della locale RSA con l'implementazione di alcuni posti letto di SUAP (Speciali Unità di Accoglienza Permanente) per la cura degli stati vegetativi o di minima coscienza. Pregiudiziale per la realizzazione dell'obiettivo erano gli interventi di adeguamento della struttura alle regole tecniche di prevenzione incendi. Allo scopo è stata stipulata una convenzione tra il Comune di Roveredo e l'Azienda, inviata alla DCS per la necessaria approvazione. Gli interventi per il rispetto delle norme anti-incendio, già sostanzialmente definiti, sono stati oggetto di finanziamento regionale.</p> <p>In data 18/09/2017, nel corso dei lavori del Consiglio Comunale aperto di Sacile, l'Assessore Regionale alla Salute ha annunciato ufficialmente che la Giunta del FVG ha destinato per il Presidio ospedaliero per la Salute di Sacile la somma di 3.600.000 € per la realizzazione del CSM h24 (padiglione S. Camillo) ed il Centro Polifunzionale per la Disabilità del Friuli Occidentale (padiglione Villa Agricola).</p> <p>Per l'accreditamento di RSA e Hospice sono state svolte le visite dei valutatori regionali tra il 13-17 novembre 2017</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Reumatologia e malattie infettive	Stato di implementazione delle figure professionali previste per la reumatologia e le malattie infettive
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>E' stato acquisito il secondo infettivologo a PN ed un terzo infettivologo al Presidio di San Vito/Spilimbergo.</p> <p>Per la reumatologia viene garantita l'offerta a Pordenone, San Vito, Spilimbergo e Sacile.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
Riorganizzazione (trasferimento/integrazione) delle funzioni con CRO	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso

Trasferimento della funzione di ONCOLOGIA	Trasferimento della funzione dal 01.01.17 secondo quanto previsto nell'Accordo quadro in data 30.06.2016 approvato con deliberazione n. 270 in data 09.11.2016.
Trasferimento della funzione di CARDIOLOGIA ONCOLOGICA	Trasferimento della funzione dal 01.01.17 secondo quanto previsto nell'Accordo quadro in data 30.06.2016 approvato con deliberazione n. 270 in data 09.11.2016.

Risultato al 31.12.2017

Con decreto AAS5 n. 605 del 9.11.2016 e deliberazione CRO n. 270 del 9.11.2016 è stato approvato l'Accordo quadro interaziendale fra le due Aziende sul trasferimento e riorganizzazione di funzioni e trasmesso alla DCS con prot. n. 22192/DG del 30.12.2016 l'accordo fra le due Aziende sul documento operativo per la integrazione delle funzioni e attività della Medicina di Laboratorio.

Il trasferimento delle funzioni è stato attuato dal 1.01.2017.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Integrazione della funzione di MEDICINA NUCLEARE	<ul style="list-style-type: none"> - Refertazione condivisa delle indagini PET - Linee guida comuni per indagini di Medicina Nucleare nelle principali indicazioni oncologiche - Definizione di un progetto di sviluppo della medicina nucleare in ambito neurologico

Risultato al 31.12.2017

La Refertazione condivisa delle indagini PET è in atto.

E' attivo il tavolo tecnico dei professionisti coinvolti.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
Integrazione della funzione di ANATOMIA PATOLOGICA	- Applicare quanto previsto nell'ambito dei PDTAR Definire linee guida comuni di esecuzione e refertazione entro il 2017

Risultato al 31.12.2017

Sono stati definiti i principali PDTA oncologici in accordo con il CRO che troveranno applicazione nel corso del 2018.

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

3.1.3 Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi

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

<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>E' assicurata la collaborazione con EGAS.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.4 Chirurgia e procedure invasive	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Riorganizzazione dell'attività chirurgica e delle procedure invasive	Entro il 31 dicembre del 2017 sarà adottato un documento di riorganizzazione dell'attività chirurgica e delle procedure invasive con particolare riferimento alle patologie oncologica del tratto gastro-intestinale e alla patologia urologica, coinvolgendo anche la Casa di Cura San Giorgio
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Sono attivati tavoli tecnici interni aziendali per la concentrazione all'ospedale di Pordenone dell'attività chirurgica per patologia oncologica di competenza generalistica.</p> <p>Già in atto la concentrazione chirurgica oncologica all'ospedale di Pordenone in ambito ginecologico e ORL.</p> <p>Sono presenti protocolli d'intesa con la Casa di Cura San Giorgio per l'invio all'ospedale di Pordenone di pazienti con patologie oncologiche urologiche e protocolli d'intesa per l'invio dall'ospedale di Pordenone alla Casa di Cura San Giorgio per patologia urologica benigna.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Concentrazione attività di chirurgia oncologica	<p>L'azienda deve riorganizzare l'attività di chirurgia oncologica relativamente ai seguenti tumori:</p> <ul style="list-style-type: none"> - esofago: nessun intervento realizzato; -pancreas: nessun intervento realizzato; - ovaio: nessun intervento realizzato; -stomaco: nessun intervento realizzato. <p>Con le strutture private l'azienda deve concordare la sospensione dell'attività al di sotto della soglia minima.</p> <p>Presentazione progetto operativo alla Direzione Centrale Salute entro il 30.6.2017.</p> <p>Avvio riorganizzazione entro il 1.9.2017.</p>
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Con nota della DCS n. 8604 del 5.05.2017 le aziende sono invitate, prima di procedere a qualsiasi modifica organizzativa per l'area chirurgica oncologica, di attendere l'approvazione da parte della giunta regionale del documento che verrà elaborato e proposto dal gruppo tecnico della rete oncologica e le scadenze temporali indicate al punto 3.1.4 della DGR 736 del 21/04/2017 potrebbero subire delle modifiche rispetto alla reale fattibilità attuativa del documento programmatico delle attività</p>	

chirurgiche oncologiche.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

3.1.5 Piano Emergenza urgenza	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Proseguimento delle attività previste dal Piano dell'Emergenza Urgenza	<ul style="list-style-type: none"> - Proseguire il percorso di uniformità dei protocolli operativi dei servizi di Pronto soccorso. - Prosecuzione del rinnovo del parco ambulanze. - Ridistribuzione delle distribuzione dei mezzi di soccorso sul territorio - Adeguamento dell'elisuperficie in elevazione al volo notturno del presidio ospedaliero hub di Pordenone. - Avvio dell'eliambulanza notturna
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <ul style="list-style-type: none"> - Con decreto dell'Area dei servizi assistenza ospedaliera n. 1044/SPS DEL 2.08.2017 è stato adottato a livello regionale il documento "Attivazione prestazione specialistiche da Pronto Soccorso – istruzioni operative", in applicazione nei prossimi mesi. - Prosecuzione dell'aggiornamento/ adeguamento del parco ambulanze secondo il piano di investimenti. - Incrementato l'orario del servizio ambulanza di Azzano X dalle 8 – 20 alle 8 – 24 . E' stata presentata al CREU una ipotesi di revisione della distribuzione territoriale e nello specifico, la direzione aziendale ritiene di meglio governare gli interventi di soccorso territoriale: <ul style="list-style-type: none"> - mantenendo l'ambulanza ALS nella postazione attuale di Sequals (al posto della prevista ricollocazione su Clauzetto/Pradis, che allungherebbe i tempi di intervento in Val Tramontina) - raddoppiando la presenza della automedica nelle 12 ore notturne, con collocazione di 1 mezzo presso il PS di Pordenone e di un altro mezzo presso il PPI di Maniago, a copertura della pedemontana, con contestuale demedicalizzazione dell'ambulanza nelle 12 ore notturne. - Presa in carico delle funzioni ex centrale operativa 118 dopo l'avvio della centrale unica regionale in particolare dei trasporti secondari. - I lavori di adeguamento dell'elisuperficie in elevazione al volo notturno sono terminati con buon esito (certificato di regolare esecuzione approvato). - E' in fase di attrezzaggio la piazzola della Comina e di Spilimbergo per il volo notturno. 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

3.1.6 Geriatria	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Riorganizzazione dell'attività geriatrica	Entro il 31 dicembre del 2017 dovrà essere adottato un documento di riorganizzazione dell'attività geriatrica che ridefinisca l'organizzazione ospedaliera e distrettuale per i

	<p>pazienti grandi anziani (oltre 85 anni).</p> <p>- Collaborazione con la Direzione Centrale Salute per la definizione della riorganizzazione geriatrica</p>
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Per programmare l'organizzazione della funzione geriatrica è necessario preliminarmente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Definire il concetto di anziano fragile 2) Acquisire i dati di popolazione stratificati per età e per genere, il numero, la tipologia e la sede dei ricoveri ospedalieri degli ultra 85enni 3) Considerare tutti i setting che caratterizzano il percorso assistenziale dell'anziano fragile (ricovero ospedaliero, degenza residenziale intermedia, domiciliarità e ambulatorio) 4) Declinare i processi che compongono il percorso di integrazione ospedale e territorio (circuito di continuità assistenziale). <p>Stato di avanzamento:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Sono stati individuati i documenti di riferimento per la definizione dell'anziano fragile (Criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell'assistenza all'anziano, QMS 2010; Criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell'assistenza del paziente complesso, QMS 2013; La fragilità dell'anziano SNLG Regione Toscana, 2015) b. È stato acquisito il progetto "Anziano Fragile", elaborato dai MMG delle 2 AFT (1 e 2) del distretto Dolomiti Friulane nell'ambito dell'Accordo Integrativo Regionale 2016 della Medicina Generale c. Sono stati raccolti i dati di popolazione stratificati per genere, numero, tipologia e sede dei ricoveri ospedalieri degli ultra 85enni nella nostra Azienda (cfr.) d. Sulla scorta dei dati di ricovero, saranno attribuiti al relativo MMG i pazienti ultra 85enni oggetto di almeno 3 ricoveri nel 2016 (mappa della fragilità), che dovranno essere monitorati utilizzando il SW MilleGPG (General Practice Governance). Lo scopo è quello di ridurre l'ospedalizzazione attraverso un approccio proattivo (medicina di iniziativa) e. Sarà proseguito il processo di accreditamento delle strutture residenziali afferenti alla SC Rete delle Cure Intermedie (attivata il 2 maggio 2016) ed alla SSD Rete delle Cure Palliative-Hospice di S. Vito (che saranno oggetto di una prima visita dei valutatori regionali entro il 17 novembre p.v.), formidabile strumento di valorizzazione del setting territoriale, pregiudiziale per garantire concretamente la continuità assistenziale <p>Sulla scorta dei dati acquisiti, sarà ipotizzata la riconversione di alcuni posti letto di geriatria in area internistica ospedaliera (riorganizzazione dell'offerta geriatrica).</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO STRALCIATO</p>

3.1.7 Medicina di Laboratorio

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

<i>Laboratori analisi e Microbiologie e virologia</i>	Completamento del Centro <i>hub</i> nel presidio ospedaliero di Pordenone, dei Laboratori satellite presso la sede di San Vito al Tagliamento, Spilimbergo e l'IRCCS <i>Centro di Riferimento Oncologico</i> di Aviano (limitatamente all'attività di base) e dei Point of care presso i Punti di primo intervento di Maniago e Sacile.
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Dal 1 ottobre 2017 è stato attuato il trasferimento della Microbiologia e Virologia dal CRO al presidio ospedaliero di Pordenone (presa d'atto del passaggio di 2 medici e 1 tecnico con decreto n. 609 del 15.09.2017).</p> <p>Pressochè a regime la redistribuzione dell'attività della Patologia Clinica tra Pordenone e CRO secondo le indicazioni delle linee di gestione.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

3.1.8 Oncologia	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Adozione del nuovo Piano Oncologico	<p>Collaborazione con la DCS per la predisposizione del Piano Oncologico.</p> <p>Definizione di una road map aziendale per l'attuazione del Piano.</p>
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Viene assicurata la partecipazione ai tavoli tecnici regionali.</p> <p>I responsabili di struttura complessa coinvolti nella stesura del piano regionale stanno preparando un documento di osservazioni al piano in previsione della sua adozione in sede regionale.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

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

	riorganizzazione dell'attività pediatrica
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>La Pediatria collabora ai tavoli regionali coordinati dall'IRCCS Burlo di Trieste finalizzati alla riorganizzazione dell'attività pediatrica regionale.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.10 Riabilitazione	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Adozione del nuovo Piano della Riabilitazione	<p>Collaborazione con la DCS per la predisposizione del Piano della Riabilitazione.</p> <p>Definizione di una road map aziendale per l'attuazione del Piano.</p>
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Non sono stati organizzati incontri del gruppo tecnico regionale.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	<p>OBIETTIVO STRALCIATO</p> <p>IL PIANO NON È STATO APPROVATO PER CAUSE NON IMPUTABILI ALLE AZIENDE</p>

3.1.11 Salute mentale	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Adozione del nuovo Piano della Salute Mentale	Collaborazione con la DCS per la predisposizione del nuovo Piano della Salute Mentale.
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>I rappresentanti del DSM ai tavoli regionali per la stesura del Piano Regionale Salute Mentale hanno partecipato agli incontri programmati. Il Piano Regionale Salute Mentale è stato approvato con DGR 122 del 25.01.2018.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2 PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

3.2.1 Tutela della salute della donna	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Consolidare il ruolo dell'ostetrica nel supporto della donna in ogni fascia d'età, anche attraverso l'inserimento della figura all'interno degli istituendi CAP, insieme ai MMG	Ostetrica inserita nel 30% dei CAP istituiti nel 2017
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>E' stato predisposto un canale preferenziale di accesso al consultorio familiare per le donne, in particolare nelle fasce di età fertile, che accedono ai CAP e che portano un bisogno specifico di tipo ostetrico/ginecologico.</p> <p>Problematico l'inserimento di un ostetrica nei CAP con le attuali risorse.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
Strutturare i percorsi della gravidanza fisiologica anche con la prescrizione degli esami diagnostici, e quelli successivi al parto, con il ripristino ed il rafforzamento, dove già esistenti, delle visite domiciliari.	Percorsi della gravidanza fisiologica: procedura definita in collaborazione tra le aziende
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>In attesa del protocollo regionale per una definizione omogenea dei percorsi della gravidanza fisiologica. I 5 Consultori familiari effettuano già visite domiciliari, in particolare per i casi critici</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Nei punti nascita aziendali il messaggio dell'importanza delle vaccinazioni e dell'adozione di stili di vita sani è veicolato dal personale del Dipartimento Materno-Infantile (ostetriche e altro personale sanitario) al momento della dimissione .</p> <p>Presso la Casa di Cura San Giorgio il messaggio dell'importanza delle vaccinazioni è veicolato dal personale del SISP (Servizio Igiene Sanità Pubblica) del Dipartimento di Prevenzione aziendale con incontri a cadenza mensile all'interno del corso di preparazione alla nascita.</p> <p>Attualmente nei 5 Consultori Familiari aziendali è stato realizzato un calendario per gli incontri nel dopo parto- puerperio per la promozione delle vaccinazioni e dell'adozione di stili di vita sani. Il personale dei consultori (ostetriche e altro personale sanitario) collabora attivamente con il personale del DP –SISP (assistenti sanitarie e pediatre)</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2.2 Migliorare la salute nei soggetti a rischio MCNT e malati cronici (Programma I PRP)	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Partecipazione al progetto cardio50	Partecipazione
Risultato al 31.12.2017 E' stata garantita la partecipazione al progetto.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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 MMG	Evidenza di avvio dell'operatività nei distretti
Risultato al 31.12.2017 1- Partecipazione al Convegno conclusivo del progetto CCM "Sviluppo delle competenze trasversali degli operatori nel counseling motivazionale per il cambiamento degli stili di vita a rischio con interventi opportunistici di medicina d'iniziativa nei luoghi di lavoro, nei servizi sanitari che promuovono salute e nei contesti di screening oncologici. L'AAS 5 ha collaborato con Federfarma PN, AAS, Provinciale Medici competenti, Università di Udine e CeForMed. 2- E' stata attivata con l'Electrolux di Pordenone il progetto di benessere aziendale ivi compreso l'applicazione di cardio50 non ancora a disposizione della ditta sopra citata.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
Avvio a livello aziendale dei gruppi di lavoro per i Percorsi Assistenziali definiti in coerenza con il documento regionale di indirizzo	Evidenza di gruppi di lavoro attivi
Risultato al 31.12.2017 Si è veicolata l'informazione attraverso i gruppi legati al CCM.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Prosecuzione della formazione (tutte le aziende)	5 corsi FAD specifici per gruppi omogenei e 5 corsi residenziali (1 per azienda): la partecipazione del personale sanitario, come definito dal PRP ed in percentuale cumulativa con 2016, deve raggiungere almeno il 9%
Risultato al 31.12.2017 Avviati ma non conclusi.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
PROGRAMMARE E REALIZZARE A LIVELLO LOCALE PER LA PRESA IN CARICO PRECOCE DEI SOGGETTI CON DISTURBI D'ANSIA/DEPRESSIVI	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Definizione condivisa di un modello per la presa in carico	Applicazione del modello "stepped care" del percorso di cura del paziente depresso

Risultato al 31.12.2017	
Il modello "stepped care" è stato esplicitato in un documento presentato ai MMG nei corsi di formazione.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Formazione di mmg e pls.	Percorso formativo realizzato
È stato completato il programma formativo sulle MCNT rivolto ai MMG per ogni Distretto della AAS n.5.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
raggiungere e/o mantenere un'adesione ai programmi di screening pari al 65% per la cervice uterina, al 65% per la mammella, e al 70% per il carcinoma del colon retto	Adesione pari al 65% per la cervice uterina, al 65% per la mammella, e al 70% per il carcinoma del colon retto
Risultato al 31.12.2017	
Cervice uterina=61,6	
Mammella=72,3%	
Colon retto=68,9%	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
garantire il rispetto degli standard di qualità, come previsto dall'Atto d'Intesa del 18 dicembre 2014 della Conferenza Stato-Regioni sul documento recante "Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete dei Centri di Senologia".	Adozione formale di un sistema regionale di verifica dei requisiti dei centri di senologia. Rispetto dei requisiti da parte della Aziende
Risultato al 31.12.2017	
Sistema di verifica adottato.	
Check list di autovalutazione inviata alla DCS.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
garantire che i radiologi certificati svolgano sia la lettura del test mammografico di screening sia la gestione del percorso di approfondimento diagnostico dei casi richiamati	- lettura del primo livello e gestione del percorso di approfondimento diagnostico da parte di radiologi certificati - centro regionale unico di lettura per lo screening mammografico
Risultato al 31.12.2017	
- i radiologi certificati svolgono sia la lettura del test mammografico sia gli approfondimenti di secondo livello	
- la responsabile aziendale dei programmi di screening ha collaborato con la DCS e con l'EGAS per le valutazioni preliminari all'avvio di un centro unico funzionale di lettura per lo screening mammografico.	

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
garantire la tempestiva refertazione dello screening mammografico mammografico e ridurre i richiami intermedi (early recall) dopo approfondimento	- >90% esami negativi di primo livello refertato entro 15 giorni percentuale di early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso"/totale dei casi chiusi dall'unità senologica inferiore al 10%
Risultato al 31.12.2017 Centro lettura AAS5: 99,8% degli esami negativi refertati entro 15 gg Early recall dopo approfondimento: Pordenone=3,1% S. Vito=2,1%	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
garantire il rispetto dei requisiti definiti dalla regione per i centri di secondo livello per il programma di screening per la cervice uterina	Adozione formale di un sistema regionale di verifica dei requisiti dei centri di secondo livello. Rispetto dei requisiti da parte della aziende
Risultato al 31.12.2017 Sistema di verifica adottato. Check list di autovalutazione inviata alla DCS.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica per gli esami di 2° livello di screening	Percentuale di compilazione dei campi fondamentali >=95%
Risultato al 31.12.2017 Pordenone 96,1% S. Vito 84,5% Spilimbergo 3,1%	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
mantenere aggiornate, tramite i distretti, le anagrafi sanitarie verificando assistiti in base ai dati del monitoraggio delle lettere inesitate fatti pervenire dalla Direzione Centrale Salute.	Anagrafe sanitaria aggiornata
Risultato al 31.12.2017 E' proseguita l'attività già in essere con i distretti per il mantenimento delle anagrafi sanitarie aggiornate	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2.4 Gli screening neonatali (Programma III PRP)

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Partecipare ai lavori (coordinati dal IRCSS Burlo) finalizzati all'adozione formale di una procedura	Garantire la partecipazione ai lavori

regionale per lo screening neonatale audiologico e per lo screening neonatale oftalmologico.	Adozione formale in ogni punto nascita delle procedure di screening neonatale audiologico e oftalmologico
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>E' stata garantita la partecipazione ai lavori</p> <p>Adesione attiva al protocollo regionale per l'esecuzione dello screening neonatale audiologico</p> <p>Coro di formazione per screening neonatale oftalmologico.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Assicurare da parte di tutti i punti nascita la regolare comunicazione IRCSS Burlo della rilevazione del TSH neonatale.	<p>Report di monitoraggio del programma regionale</p> <p>Formale adozione della procedura in tutti i punti nascita</p>
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>E' stata garantita la comunicazione dei valori di TSH compatibili con ipotiroidismo all'IRCCS Burlo.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Programma di identificazione precoce della fibrosi cistica e dei neonati con emoglobinopatie	<p>Partecipazione al programma di identificazione precoce della fibrosi cistica e dei neonati con emoglobinopatie</p> <p>Formale adozione della procedura in tutti i punti nascita</p>
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Viene garantita la partecipazione al programma regionale che in questo momento ha un'adesione spontaneistica per quanto riguarda le emoglobinopatie e non è ancora stato attivato per quanto riguarda la fibrosi cistica.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Le aziende sanitarie collaborano e sostengono percorsi ed azioni coerenti a diffondere in tutta la Regione il modello di Scuola che promuove la salute, che ha lo scopo di migliorare il successo scolastico e facilitare l'azione in favore della salute.	Almeno il 20% delle 167 scuole della Regione dovranno esser raggiunte dalla proposta di aderire alla rete Scuole che promuovono salute (SHE).
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>L'obiettivo di raggiungere almeno 9 scuole del territorio dell'AAS5 con la proposta di aderire alla rete di Scuole che Promuovono Salute è stato raggiunto e superato. Nello specifico l'accordo dell'AAS5 è stato proposto e promosso a tutte le scuole de territorio di competenza.</p> <p>Al 31.12.2017 hanno aderito 24 istituti su 42</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

Presentazione e avvio, da parte di tutte le aziende sanitarie, di una progettualità, con il finanziamento dedicato, di per education nelle scuole della regione. Continua la diffusione e implementazione dei progetti riconducibili alle buone pratiche, quali modello What's up, Unplugged, peer education ecc	Aderiscono alla progettazione almeno il 45% delle scuole della regione (almeno 60 scuole raggiunte).
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Nel territorio dell'AAS5 la progettualità di peer education denominata "Psicoattivo" con finanziamento dedicato è stata avviata in 5 scuole secondarie di 2° grado.</p> <p>Continua la diffusione di altri progetti di Peer education e di buone pratiche: Unplugged (16 scuole), Merenda Sana (19 istituti comprensivi)</p> <p>Tenendo conto dell'adesione a più progettualità da parte di una stessa scuola, in totale sono state interessate alle buone pratiche proposte dall'AAS5 31 scuole tra I.C. e Istituti Superiori</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Una prima riunione a livello di DCS è stata fatta in data 18 maggio 2017 e nel corso della riunione sono state analizzate le difficoltà di rapporto con l'Ufficio scolastico Regionale.</p> <p>Da tale data nonostante ripetuti solleciti, anche condizionati dal ripetuto cambio al vertice dell'Ufficio scolastico regionale non vi sono stati riscontri.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

3.2.6 Prevenzione delle dipendenze (Programma IV PRP)

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Creare un Gruppo di formatori per i docenti delle scuole primarie e secondarie sulle life skills come strumento di prevenzione anche delle dipendenze, attraverso l'organizzazione di un Workshop regionale teorico-pratico	<p>1 workshop formativo Regionale</p> <p>almeno 1 workshop di "trasferimento LS contesto scuola" per azienda</p> <p>almeno 4 operatori formati per Azienda (Prevenzione, Dipendenze e altre strutture interessate)</p>
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>-Il workshop regionale si è tenuto a Udine il 29 e 30 maggio, 5 e 6 giugno: "Interventi nelle scuole un percorso formativo sulla promozione delle life skills".</p> <p>Hanno partecipato 6 operatori appartenenti al Dipartimento di Prevenzione, Consulteri familiari, Dipartimento delle Dipendenze (Giordari Jessica, Pilan Stefania, Santarossa Veronique, Moro Marina,</p>	

Pozzi Marta, Giacomini Tamara).

- Nel corso del 2017 si sono tenuti 4 corsi di formazione con "trasferimento LS contesto scuola" tramite il progetto Unplugged con la formazione di 58 insegnanti.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Formare gli Assistenti sociali degli ambiti territoriali per diffondere gli strumenti di identificazione precoce delle persone vulnerabili al gioco d'azzardo patologico	Almeno 1 corso per Assistenti sociali degli ambiti su ogni territorio Aziendale;
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>L'incontro formativo si è svolto in data 22.11.2017.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2.7 Promozione dell'attività fisica (Programma V PRP)

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Avvio di un progetto di attività fisica rivolto alla popolazione adulta da realizzare con il finanziamento dedicato	Presentazione del progetto alla DC e avvio realizzazione
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Il finanziamento dedicato è stato assegnato tramite bando pubblico a 4 associazioni del territorio locale, che stanno attuando iniziative di promozione dell'attività motoria negli adulti.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Realizzazione progetti di promozione attività fisica adattata Favorire lo sviluppo di attività di promozione della salute attraverso iniziative volte a incrementare corretti stili di vita, in particolare l'attività fisica (gruppi di cammino, ecc.) e la corretta alimentazione	Almeno 2 iniziative/progetti
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Il progetto AFA sta proseguendo nel Distretto del Livenza (5 corsi attivi a Sacile). Sono stati costituiti 3 centri di coordinamento AFA nei distretti del Noncello, del Sile e delle Dolomiti Friulane, che hanno attivato corsi in collaborazione con strutture esterne (3 a Pordenone, 2 ad Azzano X, 1 a Fiume Veneto, 1 a Maniago e 1 a Spilimbergo).</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Diffusione del catalogo aziendale delle offerte e opportunità di attività fisica presenti sul territorio e aggiornamento dello stesso	Catalogo aziendale pubblicato sul sito aziendale e aggiornato
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Pubblicata la prima versione del catalogo sul sito aziendale</p> <p>http://www.ass6.sanita.fvg.it/it/chi_siamo/docs/organigramma/struttura-</p>	

dettaglio.html?path=/dir_sanitaria/dip_prevenzione/SC_ambienti_vita/SS_igiene_sanita_publica/prevenzione_promozione_salute/struttura.html&content=0&extracontent=promozione_salute.html

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

3.2.8 Prevenzione degli incidenti stradali (Programma VI PRP)

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Sensibilizzare alla prevenzione degli incidenti stradali	Iniziative di comunicazione e informazione alla popolazione

Risultato al 31.12.2017

Nell'ambito delle attività formative realizzate in forma integrata ai sensi dell'articolo 20 della legge regionale 9/2009, la Scuola per la polizia locale del Friuli Venezia Giulia, in collaborazione con la Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, ha organizzato una giornata di studio per trattare il tema "L'EDUCAZIONE STRADALE: LE VARIABILI IN GIOCO - SALUTE, CERVELLO, SOSTANZE, RISCHI", rivolta alla Polizia Locale e alle Forze di Polizia dello Stato e aperta anche agli operatori degli Enti che sono interessati alle tematiche trattate.

Due eventi realizzati:

-16 ottobre 2017 a UDINE presso la sede Azienda sanitaria di Via Pozzuolo 330

Aula formazione – Palazzina 21

-25 ottobre 2017 PORDENONE c/o Auditorium Regionale – Via Roma 2

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Adottare le raccomandazioni regionali per l'invio ad approfondimento neuropsicologico dell'idoneità alla guida	Raccomandazioni adottate e accertamenti eseguiti

Risultato al 31.12.2017

La Commissione Medica Locale Patenti ha adottato le raccomandazioni previste dalla delibera della Giunta Regionale FVG n. 2187 del 18/11/2016 recante "raccomandazioni per l'invio ad approfondimento neuropsicologico dell'idoneità alla guida comprensivo di valutazione psicodiagnostica". Nel corso dell'anno 2017 la CMLP ha richiesto 110 valutazioni neuropsicologiche tramite VTS nei confronti di cittadini residenti nell'area vasta pordenonese. Documentazione visibile in linea Y:\DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE\Medicina Legale\Patenti\VIENNA TEST

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

3.2.9 Prevenzione degli incidenti domestici (Programma VII PRP)

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Continuare nell'attività di sensibilizzazione della popolazione nella prevenzione degli incidenti domestici	Report congiunto di monitoraggio relativo alle attività previste dal Programma VII PRP inviato alla DCS

Risultato al 31.12.2017

L'attività è stata svolta in linea con la programmazione e con gli obiettivi regionali.

La referente regionale ha steso il report congiunto delle attività.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Proseguire la rilevazione attraverso la check-list dei rischi nelle abitazioni con analisi dei risultati	Almeno 50 abitazioni valutate
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>L'attività è stata svolta in linea con la programmazione: nel 2017 sono state raccolte 50 check list e inviate all'AAS1 per la creazione di un database regionale, insieme alle 20 raccolte nel 2016.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Formazione operatori sanitari e dell'assistenza, con particolare riferimento al personale di assistenza dell'anziano	Almeno 1 evento
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Realizzato un convegno regionale in data 7 giugno 2017 aperto a tutte le professioni sanitarie (74 partecipanti) e due edizioni per la formazione degli operatori ADI e PUA dell'AAS 5 in data 4-5 aprile e 17-18 ottobre, per un totale di 42 persone formate.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
SPSAL: partecipare ad azioni di verifica della omogeneità dell'applicazione in ambito regionale delle procedure di vigilanza in edilizia e prosecuzione della diffusione delle stesse ai portatori di interesse	<p>Partecipazione ai lavori del GRE</p> <p>Report elaborato da parte del GRE sulla omogeneità dell'applicazione delle procedure di vigilanza in edilizia in regione.</p> <p>Realizzazione di almeno un incontro provinciale con i portatori di interesse sulle problematiche connesse all'applicazione delle norme poste a tutela del lavoro in edilizia</p>
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>E' stata garantita la partecipazione al Gruppo Regionale Edilizia (verbali delle riunioni disponibili).</p> <p>E' stato elaborato il report.</p> <p>Il 20 Aprile 2017 è stato realizzato un incontro provinciale dedicato a "La sicurezza in copertura L.R. 24/2015 – Dalla valutazione del rischio architettonico alle alternative alle linee vita" insieme agli Ordini Professionali operanti nel comparto.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
SPSAL: partecipare ad azioni di verifica della omogeneità dell'applicazione in ambito regionale delle procedure di vigilanza in agricoltura e prosecuzione della diffusione delle stesse ai portatori di interesse	<p>Partecipazione ai lavori del GRA</p> <p>Report elaborato da parte del GRA sulla omogeneità dell'applicazione delle procedure di vigilanza in agricoltura in regione.</p> <p>Realizzazione di almeno un incontro provinciale con i portatori di interesse sulle problematiche</p>

	connesse all'applicazione delle norme poste a tutela del lavoro in agricoltura
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>E' stata garantita la partecipazione al Gruppo Regionale Agricoltura</p> <p>Il 12 dicembre 2017 è stato realizzato un incontro provinciale dedicato a "Salute e Sicurezza in agricoltura" presso il Comune di Fontanafredda con valenza UTI.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Partecipare ai lavori di stesura di linee guida regionali sulla prevenzione di rischi infettivi nelle attività correlate alle pratiche estetiche e di protocolli operativi sulla uniformità dei controlli	Proposta di linee guida regionali
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>La partecipazione ai lavori del Gruppo regionale è stato garantito che ha prodotto le Linee guida regionali per eseguire i controlli.</p> <p>Inoltre si è provveduto ad eseguire 5 controlli su attività in provincia di Pordenone per testare le linee guida.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
SIAN/VET: partecipare alla formazione degli auditor e al programma di mantenimento della qualifica	Almeno 36 auditor ufficiali formati (regionale complessivo)
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Dal 9 al 13 gennaio 2017, in collaborazione con l'Istituto Zooprofilattico delle Venezie, in Regione FVG si è svolto il corso accreditato "L'audit interno nell'ambito dei sistemi regionali di prevenzione in sicurezza degli alimenti e sanità pubblica veterinaria in base al Regolamento CE 882/2004".</p> <p>Con Decreto n. 2008/SPS 22/12/2017 la regione certifica il raggiungimento dell'obiettivo con la pubblicazione nel BUR dell'elenco aggiornato degli Auditors regionali compresi i 14 auditors dell'AAS5.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
SPSAL: realizzare un programma di audit mirato alle aziende dei comparti agricolo ed edile con il coinvolgimento dei comitati paritetici e bilaterali	Operatori formati secondo le indicazioni del PRP, Scheda di audit realizzata, Programma di audit realizzato
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>E' stato realizzato il primo corso di formazione per SCAL a cui hanno partecipato nostri operatori.</p> <p>Il gruppo di lavoro regionale non ha ancora definito le modalità, le schede e i programmi di audit.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Partecipare alla revisione della lista dei controlli sulle imprese e alla diffusione del documento ai portatori di interesse	Partecipazione al Gruppo regionale che provvederà alla revisione ed integrazione della Lista regionale dei controlli sulle imprese disponibile sul sito aziendale
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Personale della struttura ha partecipato attivamente alla revisione di alcuni processi collegati all'attività</p>	

di vigilanza eni luoghi di lavoro attraverso la partecipazione al progetto Prodotti Finiti.

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

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	<p>5% delle aziende vigilate.</p> <ul style="list-style-type: none"> · Agricoltura mantenimento dell'attività di vigilanza dell'anno precedente 90 aziende agricole a livello regionale · Edilizia vigilare un numero di cantieri pari al 12% dei cantieri notificati nell'anno precedente (Report di attività alla DCS)

Risultato al 31.12.2017

Sono state sottoposte a vigilanza 34 aziende agricole.

Sono stati ispezionati oltre 200 cantieri.

Come ogni anno, è stato garantito il report annuale per l'attività.

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

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

Risultato al 31.12.2017

Sono stati realizzati diversi incontri informativi/ formativi illustrati nella comunicazione effettuata alla Direzione Centrale Salute il 29/01/2018 con n. Prot. 6888/P.

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

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

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Realizzare in modo coordinato, 2 corsi accreditati o 2 iniziative di sensibilizzazione, finalizzati ad una maggiore conoscenza della corretta valutazione dei rischi, al reinserimento dei soggetti patologici e all'appropriatezza e qualità delle segnalazioni di malattia professionale.	2 corsi accreditati o 2 iniziative di sensibilizzazione a livello regionale (1 a Pordenone)

Risultato al 31.12.2017

Sono stati realizzati dei brevi filmati per contrastare le cause culturali, sociali od organizzative che generano e favoriscono varie condizioni di rischio nei luoghi di lavoro e sono interpretati da Ramiro Besa ed Andrea Appi comunemente conosciuti come "i Papu". Alcuni di questi filmati sono specificamente finalizzati ad una maggiore conoscenza dei rischi causa di malattie professionali.

Il giorno 08/06/2017 presso il CRO di Aviano è stato realizzato un evento accreditato ECM su

"Aggiornamento sulla corretta redazione delle certificazioni INPS ed INAIL (malattie professionali e infortuni sul lavoro) alla luce della nuova normativa"

Il giorno 16/11/2017 presso l'Unione Industriali di Pordenone è stato realizzato un corso di valenza regionale da titolo "Sovraccarico biomeccanico degli arti superiori".

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Partecipare all'avvio dell'applicazione del metodo OCCAM (pag. 90 PRP)	Analisi OCCAM su una neoplasia professionale
Risultato al 31.12.2017 Il gruppo regionale cancerogeni ha elaborato il progetto di fattibilità per l'analisi secondo OCCAM per una o più neoplasie di origine professionale. Localmente sono stati analizzati i casi di neoplasia renale e vescicale relativi rispettivamente al comparto metalmeccanica e trasporti.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

Proseguire in ogni azienda il programma integrato di promozione della salute dei dipendenti, che coinvolge i medici competenti, per la declinazione operativa delle azioni dell'obiettivo specifico "Progetto pilota per un programma integrato di salute e benessere dei dipendenti pubblici..." del PRP. Realizzazione di un progetto sullo stress lavoro correlato	<ul style="list-style-type: none"> - Report sui lavoratori a rischio cardiovascolare globale - Offerta di percorsi per smettere di fumare Entro dicembre 2017 realizzato il progetto sullo stress lavoro correlato
Risultato al 31.12.2017 - Avviato il report cardiovascolare - E' stata proposta l'offerta dei percorsi per smettere di fumare. Realizzato corso per RLS a novembre sullo stress lavoro correlato.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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
Risultato al 31.12.2017 Il report per Mal Prof è stato garantito con nota n.prot. 55833 del 31/07/2017. Il 30/11/2017 e il 28/12/2017 il referente del gruppo Informo dell'AsuiUD ha spedito i report dell'attività svolta.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Sviluppo di sistemi informativi rivolta alla dematerializzazione delle comunicazioni obbligatorie	a) Informatizzazione delle notifiche ex art.250 e 256 del D.Lgs. 81/08 Avvio delle procedure per l'informatizzazione delle

	notifiche ex art.99 del D.Lgs 81/08
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>L'attività di cui alle delle notifiche ex art.250 e 256 del D.Lgs. 81/08 è stata avviata.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Inviare i dati di attività dei servizi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro delle aziende alla regione per trasmissione al comitato interregionale di coordinamento	Dati inviati alla DCS
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>I dati sono stati regolarmente inviati alla DCS.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Monitorare le verifiche periodiche delle attrezzature di lavoro con inserimento dei dati in apposito database	il 50% delle verifiche effettuate da ogni azienda sanitaria è inserito a data base
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>E' stato realizzato un foglio excel interno all'azienda con le attività svolte dall'ufficio Verifiche periodiche.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Stesura delle linee di indirizzo regionali sulla VIS (Valutazione di impatto sulla salute per la Pubblica Amministrazione) secondo i contenuti delle "Linee Guida VIS - Tools 4 HIA" attraverso la partecipazione al tavolo tecnico VIS	Adozione linee di indirizzo VIS regionali
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Con una comunicazione, del 21/12/2017, del referente regionale sono state inviate alla DCS le linee di indirizzo VIS elaborate dal gruppo regionale. Le linee di indirizzo sono quindi adottate dalla nostra azienda sanitarie che sta proseguendo con la valutazione di progetto sul territorio (vedi Maschio Gaspardo Morsano).</p> <p>I referenti regionali hanno partecipato al procedimento di VIS per valutare gli effetti della tangenziale SUD di Udine, i lavori si sono conclusi nei primi mesi del 2018.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Partecipazione attiva al "Gruppo Tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali " di cui al Decreto n°630/SPS del 12.08.15 finalizzato alla valutazione delle ricadute sulla salute connesse ai determinanti ambientali, comportamentali e sociali;	Evidenza di partecipazione al "Gruppo Tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali "

<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>E' stata garantita la partecipazione da parte del direttore del Dipartimento di Prevenzione.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Il monitoraggio straordinario delle acque destinate al consumo umano, per le aziende nei cui territorio sono state rilevate criticità	Report sui risultati del monitoraggio
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Primo incontro realizzato ad aprile con le AAS e ARPA per condividere le linee del progetto regionale e sono stati effettuati i campionamenti di monitoraggio.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Promozione della sostenibilità e della eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, in relazione al rischio radon anche attraverso iniziative di formazione;	1 corso realizzato a livello regionale per professionisti
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Il 13 dicembre 2017 a Palmanova si è svolto l'evento formativo accreditato anche per gli ingegneri.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Promozione del corretto uso della telefonia cellulare attraverso la programmazione di eventi formativi nelle scuole.	Realizzare la formazione in almeno il 50% degli istituti comprensivi
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>La DCS ha rimandato questa linea di lavoro al 2019 (vedi PRP aggiornato).</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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
3. Raccogliere i dati relativi ai mesoteliomi degli ex esposti e inviare al COR assicurando la trasmissione delle schede ReNaM trasmettere i dati sui soggetti attualmente esposti al CRUA e alla DCS secondo le relazioni annuali compilate dalle ditte di bonifica.	- dati inviati al COR - schede ReNaM trasmesse i dati sui soggetti attualmente esposti trasmessi al CRUA e alla DCS
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>L'attività per COR con trasmissione delle schede Renam viene aggiornata in tempo reale I dati relativi agli esposti sono stati trasmessi alla DCS che poi li tramette al CRUA.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Garantire un numero di controlli coerenti con il piano nazionale annuale dei controlli in materia di	almeno 1 controllo

REACH/CLP, per quanto attiene target group e tipologia di sostanze controllate,	
Risultato al 31.12.2017 Attività svolta regolarmente e inserita nella banca dati Me.La	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Realizzare un evento formativo regionale per le imprese e RSPP del settore del legno arredo mirato alla sensibilizzazione degli "end user", anche produttori di articoli, sugli obblighi che fanno loro capo in materia di REACH	1 evento formativo
Risultato al 31.12.2017 Evento formativo ECM accreditato: AAS2_17157 "REACH_LEGNO - L'applicazione dei regolamenti REACH e CLP nel settore legno-arredo" svolto a UDINE in data 7 novembre 2017	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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
Risultato al 31.12.2017 Durante il 2017 la regione non ha organizzato alcun evento formativo regionale specifico di presentazione delle nuove Linee Guida per la prevenzione della TBC . In AAS5 agli operatori degli ambulatori vaccinali in data 19 settembre (il personale del comparto) e in data 14 novembre(il personale medico) sono state presentate le nuove linee guida per la prevenzione della TBC .	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
Garantire l'offerta attiva e gratuita del test HIV, anche in forma anonima, anche ad utenti in trattamento per problemi alcol correlati.	Report aziendale
Risultato al 31.12.2017 Continua l'offerta gratuita del test HIV, in forma anonima presso l'ambulatorio di Torre di Pordenone , nel corso del 2017 sono stati eseguiti 82 test HIV.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Assicurare il proseguimento delle campagne vaccinali già avviate	Miglioramento delle coperture vaccinali come da tabella LEA
Risultato al 31.12.2017 <u>Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base = 92% (difterite 92,2% tetano 92,3% epatite B 91,9% poliomielite 92,2% haemophilus influenzae B 91,8% pertosse 92,2%)</u>	

<p>MPR = 89%</p> <p>Meningo B coorte 2015 1 dose = 78,2%</p> <p>Meningo B nel 1° anno di vita = 86,2% (prima dose nei nati del 2016)</p> <p><u>Copertura vaccinale dei nati 2015 vaccinati oltre il 24* mese al 31.12.2017=</u> difterite 92,7% tetano 92,9% epatite B 92,4% poliomielite 92,7% haemophilus influenzae B 92,2% pertosse 92,7%</p> <p>MPR = 91,2%</p> <p>Influenza nell'anziano = 59,3% dato aggiornato al 01.04.2018</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
<p>Adeguare la progressione dell'offerta vaccinale al nuovo PNPV attraverso la</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formazione - Revisione organizzativa - Attività di comunicazione per operatori (MMG, PLS) e utenti <p>Sviluppare un progetto in collaborazione con la PLS per la promozione delle vaccinazioni.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Un corso di formazione sul campo in materia di vaccinazioni in ogni Azienda Sanitaria - Formazione degli operatori dei servizi vaccinali al counselling prevaccinale - offerta attiva garantita per meningococco B - offerta garantita (non attiva) per rotavirus - offerta garantita (non attiva) per herpes zoster (ai 65enni) <p>evidenza di iniziative di comunicazione</p>
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Durante il 2017 sono state realizzate due FSC per gli operatori degli ambulatori vaccinali. Il personale del comparto si è riunito per 6 volte affrontando tematiche relative a "Counselling vaccinale per la prevenzione delle malattie infettive e la promozione della salute". Anche il personale medico si è riunito 6 volte affrontando temi relativi a "La prevenzione delle malattie infettive ed il counselling in ambito vaccinale".</p> <p>La vaccinazione per meningococco B è garantita.</p> <p>La vaccinazione contro il rotavirus e l'Herpes Zoster viene garantita ma non in forma attiva.</p> <p>Sono stati svolti una serie di incontri in ogni distretto con PLS e con la popolazione per la promozione delle vaccinazioni, 15 incontri con la popolazione (Taiedo di Chions, Visinale di Pasiano di Pordenone, San Vito al Tagliamento, S. Quirino, Cimolais, Morsano al Tagliamento, Fiume Veneto, Aviano, Sacile, Grizzo di Montereale Valcellina, Pordenone Università della Terza Età, Roveredo in Piano, Sesto al Reghena, Maniago, Pordenone Associazione Industriali)</p> <p>Si continua a inserire nel report regionale le reazioni avverse alle vaccinazioni.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Assicurare procedure uniformi per la gestione dei soggetti inadempienti/esitanti alla vaccinazione	Adozione formale di protocollo regionale
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>L'azienda ha adottato il protocollo regionale; effettuata la revisione della procedura aziendale in base alla legge 119/2017.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Offerta vaccinazioni in categorie a rischio	definiti i protocolli aziendali in applicazione ai protocolli regionali

<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Offerta vaccinazioni in categorie a rischio inviati dagli specialisti in base ai loro protocolli.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Avvio di un processo di accreditamento dei servizi vaccinali	evidenza di avvio del processo
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Obiettivo da realizzare il prossimo anno.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
Garantire la rilevazione delle reazioni avverse a vaccino	Report aziendale inviato alla DCS
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Si continua a inserire nel report regionale le reazioni avverse alle vaccinazioni.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Tutti gli ospedali partecipano ai programmi di sorveglianza delle ICA, con evidenza di monitoraggio degli indicatori regionali.	indicatori regionali monitorati
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>I dati degli indicatori regionali monitorati sono stati trasmessi semestralmente alla DCS.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Effettuare in tutti gli ospedali per acuti la Point Prevalence Survey sulle Infezioni correlate all'assistenza.	PPS effettuata
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Eseguita PPS con raccolta di dati inerenti ICA in ottobre.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Effettuare in tutti gli ospedali per acuti la Point Prevalence Survey sul consumo degli antibiotici.	Report aziendale sul consumo di antibiotici
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Eseguita PPS con raccolta di dati sul consumo di antibiotici in ottobre.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Formazione degli operatori sull'uso appropriato degli antibiotici in ospedale e nelle strutture residenziali per anziani	Almeno 1 iniziativa di formazione
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Eseguito c/o AAS 5 in data 20 novembre 2017 corso su appropriato uso di antibiotici dedicato a MMG.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Formazione degli operatori sull'uso appropriato degli antibiotici negli allevamenti industriali	1 evento

<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Il corso si è svolto il 16 giugno 2017 presso IZSVE di Pordenone.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Viene inviato il report alla DCS con cadenza mensile.</p> <p>Durante il 2017 il 100% dei profughi ha eseguito i controlli preventivi per le malattie diffuse (873 profughi richiedenti asilo).</p> <p>L'azienda ha provveduto ad effettuare una vigilanza presso le 12 strutture provinciali di accoglienza, con capienza o presenze totali superiori o uguali alle 15 unità, per valutare le condizioni igienico sanitarie.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Realizzare in modo coordinato tra le aziende sanitarie almeno un intervento formativo/informativo per la sensibilizzazione di gruppi specifici (tatuatori, estetisti, piercers..) sui problemi correlati alle malattie trasmissibili	1 intervento formativo/informativo
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>L'azienda ha provveduto a effettuare n. 6 vigilanze su tatuatori, estetisti e piercers.</p> <p>E' stato realizzato in data 11 dicembre 2017 a Udine un incontro per illustrare le linee guida sviluppate dalla regione su queste tematiche agli operatori e portatori d'interesse (tatuatori, estetisti, piercers..)</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Garantire la formazione dei propri operatori sull'antimicrobial stewardship	In ogni azienda almeno il 25% di medici prescrittori formati
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Eseguito tra novembre-dicembre corso su appropriato uso di antibiotici in area critica (emergenza-urgenza) che si è aggiunto alla esecuzione di 4 corsi sull'AMS eseguiti nel 2016.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
Diffondere a tutti gli operatori sanitari la reportistica regionale sulle resistenze batteriche	Report inviato in formato elettronico a tutti gli operatori sanitari coinvolti in prescrizione e somministrazione di farmaci
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Report inviato in formato elettronico a tutti gli operatori sanitari coinvolti in prescrizione e somministrazione di farmaci. Eseguito incontro multidisciplinare (microbiologo—farmacista-infettivologo-igienista) per presentazione e discussione dati epidemiologici e di consumo di Atb-tx in data 22/05 (presidio ospedaliero PN) e 31/05 (presidio ospedaliero S. Vito).</p>	

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
In applicazione del Piano generale regionale di risposta alle emergenze, definire e formalizzare l'unità di crisi aziendale	Unità di crisi aziendale formalizzata
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Con la DGR n. 908 del 18/05/2017 sono state fornite le indicazioni sulle funzioni e sulla composizione dei gruppi aziendali per le emergenze infettive.</p> <p>Con decreto del Direttore Generale n. 745 del 7/11/2017 è stato istituito il Gruppo Locale Emergenza Infettive.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Sviluppare il piano d'azione elaborato da ogni azienda per i propri punti nascita e garantire la partecipazione degli operatori dedicati, al percorso formativo programmato a livello regionale	40% operatori dedicati formati
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Il personale non risulta essere stabile nelle strutture. Tuttavia la percentuale di operatori dedicati e formati è superiore al 40%. Si sottolinea come l'AAS 5 sia ad uno stato avanzato della linea del Piano della revensione rispetto a tutte le altre aziende sanitarie della regione FVG.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Monitorare le gare di appalto di PA e Enti già mappate nel 2016 e fornire il proprio contributo nelle gare d'appalto in corso nel 2017 per favorire il maggior consumo di frutta e verdura, la riduzione del consumo di sale, usando quello iodato, l'utilizzo di prodotti preferibilmente tipici e a filiera corta	Contributo al 5% delle gare d'appalto di PA e Enti in corso nel 2017
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Progetto sotto controllo e lettere pronte per le varie scadenze degli appalti.</p> <p>Partecipato alla gara d'appalto del Comune di Pordenone, comune di Cordovado.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Realizzare corsi di formazione in ogni azienda su stili alimentari salutari per operatori sanitari della prevenzione, delle cure primarie e degli ospedali, anche integrati con le proposte dei programmi I e X	Realizzare un corso di formazione
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>E' stato realizzato un corso di formazione in data 17/10/2017 a Sacile presso la sala convegni della casa</p>	

di riposo di Sacile.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Il responsabile SIAN partecipa al tavolo regionale.</p> <p>Pubblicazione dei contenuti dell'evento sul sito aziendale e invio lettera del collegamento Link con nostro sito dell'evento.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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.
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Sono stati controllati n. 32 allevamenti bovini su 30 previsti, 11 allevamenti ovicaprini su 10 previsti, 5 allevamenti di suini su 3 previsti.</p> <p>Tutti i controlli sono stati registrati in BDN nei termini previsti.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi contenuti nel Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare anche attraverso l'attività di ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base ai criteri del rischio, delle imprese alimentari; a parità di rischio dovrà essere mantenuto almeno il tasso di copertura 2016	<p>Come da Prisan regionale (VET. Origine Animale):</p> <ul style="list-style-type: none"> - n. 718 interventi ispettivi programmati per il 2017; - n. 18 audit per settore programmati per il 2017 - Campionamento come da PRISAN - n. 55 valutazioni del rischio programmate - n. 10 controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni. <p>SIAN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - controlli ufficiali 20% - Campionamento come da PRISAN - Valutazione rischio 100% delle attività

	<p>controllate</p> <ul style="list-style-type: none"> - N. 6 Audit - n. 10 controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni <p>Adesione alle indicazioni regionali.</p>
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p><u>Area Veterinaria:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Eseguiti n. 403 interventi ispettivi - Eseguiti n. 17 audit - Sono stati eseguiti 119 campioni - Eseguite n. 55 Valutazioni del Rischio - Eseguiti n. 11 interventi congiunti Servizio veterinario e SIAN <p><u>AREA SIAN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Eseguiti n. 860 controlli raggiungendo il 22,66% di LEA OK - Sono stati eseguiti 225 campioni (microbiologico, acque minerali imbottigliate, radioattività, matrici a prevalenza vegetale) - Eseguite n. 860 Valutazioni del Rischio OK - Eseguiti n. 9 audit - Eseguiti n. 11 interventi congiunti Servizio veterinario e SIAN. 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Attuazione del quarto anno del Progetto Piccole Produzioni Locali in accordo con la Direzione centrale agricoltura. Applicazione del nuovo Regolamento con coinvolgimento del Servizio SIAN</p>	<p>Aumentare l'informazione e la formazione sul territorio, informando le Aziende dell'allargamento del paniere dei prodotti come da DPRReg 0179-2015 del 01/09/2015. Stesura di una relazione finale di verifica Aziendale indicante il numero di PPL registrate ed il numero di ispezioni eseguite su:</p> <ul style="list-style-type: none"> - carni suine e avicunicole - carni di specie diverse - prodotti lattiero caseari di malga <p>vegetali, confetture, conserve, prodotti da forno, erbe aromatiche, prodotti dell'alveare, vegetali fermentati, lumache, ecc...</p>
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Redatta la relazione finale del Progetto PPL</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Misure di prevenzione su base genetica per l'eradicazione della Scrapie ovina classica, finalizzate all'incremento dell'allele di resistenza della proteina prionica (ARR) nell'intero patrimonio ovino nazionale</p>	<p>Controlli sierologici sui capi destinati alla riproduzione come da quanto previsto nel decreto Ministeriale, al fine di ottenere un patrimonio ovino regionale indenne da Scrapie.</p>

<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Tutti i capi destinati alla riproduzione sono stati oggetto di controllo.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Attuazione del Piano regionale di monitoraggio e controllo della malattia di Aujeszky dei suini.	n. allevamenti della coorte individuati dal Piano regionale da controllare al fine del mantenimento dell'indennità.
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Sono state controllate n. 76 aziende della coorte individuate dal Piano Regionale.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Attuazione dei controlli sul benessere animale negli allevamenti e durante il trasporto secondo le linee guida operative dettate dalla Task Force benessere animale, istituita con Decreto 659/SPS del 20/08/2015	n. interventi di controllo sul rispetto del benessere animale richiesti dal PRISAN 2017
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Interventi previsti nell'anno 2017 erano 57 e sono stati effettuati 60.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Attuazione dei controlli sull'anagrafe ovi caprina come da indirizzi LEA Ministeriali.	Raggiungimento del 3% dei controlli su base Regionale come richiesto da LEA Ministeriali.
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Sono stati controllati n. 11 allevamenti ovi caprini su 10 previsti.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Applicazione del PRP sull'Igiene Urbana Veterinaria.	Effettuare il 100% dei controlli sulle strutture di ricovero e custodia della Regione Autonoma FVG sia convenzionate che non convenzionate.
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Sono stati controllati n. 3 canili su 3 e n. 2 pensioni per cani su 2 presenti.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Applicazione piano vaccinale blue tongue	100% entro 28 febbraio 2017
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>La vaccinazione è stata eseguita secondo le indicazioni del Servizio Regionale di Sanità Pubblica Veterinaria raggiungendo l'immunità di gregge.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3 ASSISTENZA PRIMARIA

3.3.1 Attuazione accordo per la Medicina generale	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Avvio delle Nuove medicine di Gruppo in ogni Azienda	1. Sviluppo delle Nuove medicine di gruppo conforme a quanto previsto dalla DGR 39/2016.
2. Sviluppo dei CAP in ogni Azienda	2. In ogni Azienda sono presenti non meno di 4 CAP.
3. Attivazione di programmi di medicina d'iniziativa	3. Evidenza in ciascuna Azienda Sanitaria di effettivo avvio dei programmi nell'ambito della gestione delle patologie croniche; miglioramento del livello degli obiettivi raggiunti per quanto riguarda il diabete previsti dall'AIR di cui alla DGR 39/2016 nel 2017 vs 2015.
4. Revisione procedure dimissione protetta	4. Evidenza di aggiornamento della procedura delle dimissioni protette sulla base delle nuove indicazioni regionali.
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>1. Con decreto del direttore generale n. 299 del 28 aprile 2017 sono state autorizzare le NMGI (nuove medicina di gruppo integrate) come previsto dalla DGR 39/2016.</p> <p>2- Con decreto del direttore generale n. 750 del 30 dicembre 2016 è stata effettuata la ricognizione dei Centri di Assistenza Primaria della Provincia di Pordenone.</p> <p>Due CAP (Cordenons e San Vito al T.) sono operativi.</p> <p>È stato definito, in accordo con la rappresentanza sindacale della medicina generale, un accordo quadro (DDG n° 655 del 9/10/2017) che regola il funzionamento del CAP. Ha preso il via anche una sperimentazione di gestione integrata psicologo/MMG delle persone con disturbi mentali comuni (DMC) all'interno dei due CAP già operativi.</p> <p>Prossimo all'attivazione anche il CAP di Sacile, mentre non è stato possibile attivare il CAP di Maniago a seguito dell'impossibilità di realizzare, per mancanza di finanziamenti, alcuni lavori di adeguamento della struttura per accogliere i MMG che hanno fatto richiesta di partecipare all'attività. Tali lavori saranno eseguiti nel 2018.</p> <p>3. -E' stato definito il programma di medicina d'iniziativa come previsto dall'accordo AIR sui "pazienti fragili". Si sono svolti due eventi formativi ecm (11 e 16 novembre 2017) sulla prevenzione della malnutrizione nei soggetti fragili con i coordinatori AFT e per le infermiere ADI e i medici di distretto. Sono stati attivati i coordinatori AFT assieme ad altri MMG per la redazione di un progetto di gestione della nutrizione clinica nel soggetto fragile, con particolare riferimento alla gestione domiciliare e nelle residenze protette della nutrizione enterale via PEG.</p> <p>4. In considerazione della drammatica criticità dell'area internistica ospedaliera (Medicina Interna) aziendale, dovuta alla carenza di risorse umane (dirigenza medica), solo parzialmente corretta dal recente avviso per la copertura di n° 4 posti di dirigente medico, non è stato possibile calendarizzare gli incontri programmati con le principali UU.OO. committenti. È stata comunque sollecitata, con il supporto delle figure professionali di Continuità Assistenziale, la compilazione della scheda di</p>	

segnalazione con la maggiore tempestività possibile (2° giornata dall'ammissione) allo scopo di consentire l'adeguata pianificazione della dimissione.

Non è stata ancora ridefinita la procedura per le dimissioni protette secondo le indicazioni regionali (cfr.: "Le dimissioni protette e la continuità assistenziale ospedale territorio - Scheda di segnalazione precoce e Scheda di continuità (72 ore)", essendo la stessa pervenuta dalla DCS solo nel mese di agosto u.s.

Va, inoltre, ricordato che per modificare il protocollo operativo, sottoscritto il 18/04/2012, è necessaria un'intesa tra le AAS n°5, Casa di Cura "S. Giorgio" e IRCCS CRO.

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

3.3.2 Accreditemento

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Partecipazione attiva al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti.	-Mantenimento della messa a disposizione dei valutatori per i sopralluoghi di accreditamento per almeno 20 giornate

Risultato al 31.12.2017

I valutatori aziendali per l'accreditamento continuano ad essere iscritti nell'elenco regionale ed hanno condotto visite di valutazione in diverse aziende pubbliche e private regionali.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Collaborazione allo sviluppo dell'organismo tecnicamente accreditante (OTA), costituito da tutti i referenti dell'accreditamento istituzionale, secondo le direttive dell'Intesa CSR del 19/2/2015 recepita con la DGR 2220/2015	partecipazione alle attività regionali (OTA)

Risultato al 31.12.2017

Il referente aziendale per l'accreditamento ha partecipato agli incontri regionali e alla stesura del manuale dell'OTA.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
L'AAS5 pianifica e avvia le iniziative di miglioramento per il raggiungimento delle standard dove individuate non conformità	Definizione e avvio di un programma pluriennale per il raggiungimento degli standard

Risultato al 31.12.2017

Per il processo di accreditamento degli ospedali, sono state avviate tutte le iniziative rivolte alla risoluzione delle non conformità che sono state trasmesse ai valutatori regionali; sulla base dei risultati conseguiti, la Commissione di valutazione ha attribuito all'Azienda la piena accreditabilità.

Per l'accreditamento di RSA e Hospice sono state svolte le visite dei valutatori regionali tra il 13-17 novembre 2017 a seguito delle quali sono iniziate immediatamente le attività volte alla risoluzione delle non conformità (riunioni organizzative e di ritorno delle visite dei valutatori, analisi dei percorsi da intraprendere)

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

3.3.3 Odontoiatria sociale				
Obiettivo Aziendale		Risultato atteso		
1. Aumento delle prestazioni LEA erogate raggiungendo la media aziendale di almeno 1,5 prestazioni/ora per odontoiatra		1. + 10% delle prestazioni erogate nel 2015 (modifica DGR 261/2018)		
Risultato al 31.12.2017				
1. Aumento delle prestazioni LEA erogate nel 2015 . Dall'analisi dei dati (fonte G2 clinico: prestazioni per medico) risulta un aumento delle prestazioni del 17% rispetto al 2015, senza considerare l'attività del distretto sud (2015=379) che nel 2017 è stata oggetto di trasferimento (nel 2017 = 117), come definito nel punto 4 .				
	maniago	spilimbergo	urbano	totale
anno 2017	296	265	628	1189
anno 2015	292	246	482	1020
var % 2017/ 2015	1%	8%	30%	17%
Valutazione Direzione Centrale Salute		OBIETTIVO RAGGIUNTO		
2. Prestazioni non LEA erogate		N. 200 casi di terapia ortodontica e n. 600 protesi totali, complessivamente nelle sedi attivate in Regione (modifica DGR 1571/2017)		
Risultato al 31.12.2017				
2. Percentuale aziendale di visite odontostomatologiche: 36%				
Valutazione Direzione Centrale Salute		OBIETTIVO RAGGIUNTO		
3. Percentuale aziendale di visite odontostomatologiche		Percentuale non superiore al 50% del totale delle prestazioni erogate (sono escluse le visite del pronto soccorso odontostomatologico)		
Risultato al 31.12.2017				
3. Prestazioni 2017: Ortodonzia URBANO: su 87 visite 26 reclutati in base ai requisiti in possesso. Protesi SUD: 35 protesi				
Valutazione Direzione Centrale Salute		OBIETTIVO RAGGIUNTO		
Razionalizzazione dell'offerta nel distretto sud		Recupero delle risorse dall'ambulatorio distrettuale di Prata per il potenziamento delle altre sedi		
Risultato al 31.12.2017				
4. Sono state recuperate le risorse dall'ambulatorio distrettuale di Prata. E' stato attivato un ambulatorio odontoiatrico nella casa circondariale di Pordenone ed in data 19/10/2017 è stato avviato il servizio in carcere per i detenuti.				
Valutazione Direzione Centrale Salute		OBIETTIVO RAGGIUNTO		

3.3.4 Cure palliative e terapia del dolore	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Prosecuzione delle attività della rete locale per le cure palliative	Mantenimento dell'attività
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>L'attività viene mantenuta (presi in carico 504 pazienti al 31.12.2017, ricoverati in hospice 287).</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
2. Istituzione/potenziamento degli hub e spoke della rete locale per la terapia del dolore dell'età adulta	Attivare il centro hub di terapia del dolore e negli altri ospedali attivare i centri spoke secondo le indicazioni della DGR 165/2016 che ne ha definito le caratteristiche e i requisiti.
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>L'azienda sta predisponendo un "protocollo d'intesa" tra professionisti.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
3. ASSISTENZA H12 7 su 7: sono garantite Cure Palliative domiciliari 5 giorni su 7, dalle 9 alle 17, attraverso l'erogazione diretta degli operatori dell'équipe e con reperibilità medico 7 giorni su 7 dalle 8 alle 20 (consulenza telefonica agli assistiti e/o ai Medici dei servizi di continuità assistenziale)	Assistenza garantita h12 7 giorni su 7
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>E' garantita assistenza h 12 su 7 giorni.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
4. TEMPISTICA DI PRESA IN CARICO MALATI ONCOLOGICI DECEDUTI: Suddividere il numero di malati oncologici deceduti in base al tempo intercorso tra il momento della segnalazione e la presa in carico. Entro 1 giorno dalla segnalazione/Tra 1 e 2 giorni dalla segnalazione/Tra 2 e 3 giorni dalla segnalazione/Oltre 3 giorni dalla segnalazione/Momento della segnalazione non noto.	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>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Per 93 pazienti, che rappresentano il 62% dei pazienti oncologici deceduti presi in carico, la prima visita è stata effettuata entro 3 giorni dalla segnalazione o dalla dimissione.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
5. CIA (coefficiente di intensità assistenziale) dell'assistenza domiciliare a favore dei pazienti terminali presi in carico dalla rete delle cure palliative	2. Almeno il 30% dei pazienti deve avere CIA >= a 0,5 (modifica DGR 261/2018)

Risultato al 31.12.2017

Da gennaio 2017 è stato attivato un codice ulteriore per identificare gli utenti che in ADI sono seguiti e inseriti nella rete delle cure palliative.

Sono state apportate le modifiche necessarie per permettere l'inserimento del codice G37 "Rete cure palliative" in Tipologia Utente Sanitarie secondarie a tutti gli utenti attivi (anche se presi in carico nell'anno 2015 e 2016) e a quelli deceduti 2017 (attività 2017).

Inoltre sono considerati gli accessi clinici registrati con G2 clinico.

Gli utenti in carico nella rete delle cure palliative richiedono differenti gradi

di intensità assistenziale rappresentata nella tabella riportata di seguito. Infatti i servizi della rete hanno in carico sia utenti in fase terminale, sia soggetti con aspettativa di vita 12/24 mesi.

Percentuale utenti in carico ADI –anno 2017

	Indice CIA			
Distretti	>=0.5	0,31-0,49	0,14-0,30	0-0,13
DIS.N. 01 - SAN VITO AL TAGLTO	52,46%	31,15%	9,84%	6,56%
DIS.N. 02 - MANIAGO	54,76%	16,67%	21,43%	7,14%
DIS.N. 03 - SACILE	38,10%	23,81%	26,19%	11,90%
DIS.N. 04 - AZZANO DECIMO	43,08%	21,54%	24,62%	10,77%
DIS.N. 05 - PORDENONE	51,72%	28,74%	13,79%	5,75%
Totale complessivo	48,03%	24,15%	19,42%	8,40%

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
6. Percentuale di malati oncologici deceduti fuori dall'ospedale	uguale o superiore al 50%

Risultato al 31.12.2017

Su 504 pazienti presi in carico ,112 sono ancora in carico 307 deceduti a domicilio/hospice(61%)

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
7. attivazione del monitoraggio dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni di terapia del dolore in tutti i setting assistenziali	trasmissione report alla direzione centrale salute

Risultato al 31.12.2017

Completata l'informatizzazione delle agende di prenotazione prima visita, con offerta suddivisa per priorità, e visita di controllo di terapia del dolore su tutte le sedi (PN, SV e SP), con apertura a call center della prenotazione delle prime visite in priorità P e D. Al momento, la prima visita in priorità B è prenotabile solo presso la struttura erogatrice, per permettere la valutazione della appropriatezza della richiesta.

Attivata anche la prenotazione su agenda elettronica di consulenza e prestazioni erogate a pazienti degenti e in pre e post ricovero.

Per le prestazioni erogate presso il PO di Pordenone, nel corso del 2017 è stata informatizzata anche la prenotazione delle prestazioni di terapia del dolore; tale attività è attualmente in corso anche per le

prestazioni erogate presso il PO di S. Vito. Il completamento dell'attività è legato alla definizione a livello regionale dei percorsi della terapia del dolore e della descrizione e codifica delle relative prestazioni.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
8. Attivazione di almeno una campagna informativa sulle reti delle cure palliative e della terapia del dolore da realizzarsi con finanziamento della LR 10/2011 in ciascuna Azienda	Campagna informativa realizzata
Risultato al 31.12.2017 Effettuato un evento per la popolazione presso l'Auditorium di San Vito al Tagliamento. Inviata alla Regione la Carta dei Servizi per le cure palliative di Pordenone (in attesa di pubblicazione sul sito).	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
9. Attivazione di presa in carico dei malati oncologici in "fase avanzata" con supporto psico-relazionale individuale e della famiglia.	Almeno il 20% dei pazienti presi in carico con supporto psico-relazionale individuale e delle famiglie
Risultato al 31.12.2017 Per 504 pazienti presi in carico, 149 hanno ricevuto supporto psicologico a domicilio e in Hospice (30%)	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.5 Superamento della contenzione	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
DARE ATTUAZIONE ALLA DGR n. 1904/2016	
1. Costituzione di una commissione multidisciplinare e multi professionale per l'eliminazione della contenzione. 2. Prevenzione delle situazioni assistenziali difficili caratterizzate da: - comportamenti aggressivi - non adesione al trattamento - volontà di allontanamento della persona destinataria di cure inderogabili.	Almeno un incontro del gruppo di lavoro multidisciplinare per l'analisi ed il recepimento del DGR n. 1904/2016 Costituzione di una commissione tecnica aziendale multi-professionale e multi-disciplinare Report di mappatura, monitoraggio e analisi del fenomeno della contenzione (primo trimestre semestre 2017 T0; ultimo trimestre 2017 T1) in tutte le strutture sanitarie, socio-sanitarie e assistenziali e tre aree ospedaliere (medicina, chirurgia e ortopedia) almeno nel 30 % delle persone ospiti/accolte secondo quanto disposto nella DGR 1904/2016
Risultato al 31.12.2017 1. Costituita la Commissione per il monitoraggio e l'eliminazione della contenzione fisica e farmacologica, la promozione delle buone pratiche assistenziali e dell'umanizzazione e qualità delle cure e relative raccomandazioni (Decreto del Direttore Generale n. 667 del 12.10.2017). Predisposto il documento "Raccomandazioni per il superamento delle pratiche di contenzione" in allegato alla già citata delibera di costituzione della commissione.	

Completata predisposizione progetto di ricerca sulle Pratiche di contenzione meccanica ed ambientale ed effettuata rilevazione To in ambito aziendale (TO giugno 2017)

2. Effettuata restituzione dati rilevazione del 1^ semestre e ulteriori eventi formativi, per condividere modalità di prevenzione delle situazioni assistenziali difficili. Pianificata Rilevazione T1 (gennaio febbraio 2018)

3. Predisposto report del fenomeno della contenzione nelle strutture aziendali.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.6 Riabilitazione

Obiettivo Aziendale

Risultato atteso

1. Attivazione a livello aziendale della rete per le malattie neuromuscolari e la sclerosi laterale amiotrofica

1. E' attivato un gruppo integrato neuromuscolare (GIN) con la finalità della presa in carico della persona con malattia neuromuscolare nell'ambito territoriale di competenza.

Risultato al 31.12.2017

1. Sono in corso le azioni propedeutiche all' attivazione del GIN secondo quanto indicato dalla DGR 817 del 03.05.2017)

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

2. Attivazione a livello aziendale del PDTA per la sclerosi multipla entro la seconda metà del 2017.

2. Entro il 2017 i pazienti con sclerosi multipla sono presi in carico con le modalità previste dal percorso assistenziale.

Risultato al 31.12.2017

2. Non risulta ancora approvato lo specifico PDTA/ percorso assistenziale regionale per la presa in carico dei pazienti con sclerosi multipla

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO STRALCIATO

3. Formazione personale

3. Formazione di 15 IP e 10 FT per riabilitazione cardiopneumologica domiciliare.

Risultato al 31.12.2017

3. E' stato programmato e realizzato un evento formativo rivolto a personale coinvolto nella presa in carico domiciliare e ambulatoriale dei pazienti con patologie cardiorespiratorie

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.7 Assistenza domiciliare

Obiettivo Aziendale

Risultato atteso

Incrementare il numero di pazienti presi in carico in Assistenza Domiciliare con documentazione completa e accessi >= 1 settimana.

>= 3,8% popolazione secondo nuova griglia LEA

Risultato al 31.12.2017

Dati anno 2017: 3,28%

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO Valore regionale 3,39%
--	---

3.3.8 Salute mentale	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Adozione del nuovo Piano della Salute Mentale	Collaborazione con la DCS per l'elaborazione del Piano d'azione regionale per la Salute Mentale.
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>I rappresentanti del DSM ai tavoli regionali per la stesura del Piano Regionale Salute Mentale hanno partecipato agli incontri programmati. Il Piano Regionale Salute Mentale è stato approvato dalla Giunta Regionale in via definitiva, dopo audizione alla III Commissione Sanità, in data 21.03.18 con Delibera 732</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Informatizzazione dei dati relativi alle attività dei servizi di salute mentale (età adulta ed età evolutiva)	Implementazione e adozione del nuovo gestionale regionale (ancora non disponibile)
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>È stato costituito il gruppo di lavoro regionale del quale fanno parte in rappresentanza del DSM dell'AAS5 il dr. Geppini e la dr.ssa Marson che sovrintenderà alla fase iniziale di avvio della applicazione del gestionale non appena sarà reso disponibile, partecipando agli incontri programmati</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.9 Disturbi del comportamento alimentare	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Partecipazione dei referenti aziendali individuati al Tavolo tecnico salute mentale	2 I referenti regionali individuati hanno partecipato all'80% degli incontri
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Agli incontri programmati sino ad ora hanno sempre partecipato il responsabile del CDA e della NPI: n. 2 incontri (13-01 e 10-02)</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
DCA	
5 Partecipazione e collaborazione attiva al Tavolo tecnico regionale DCA	5 I referenti regionali individuati hanno partecipato all'80% degli incontri
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Agli incontri programmati sino ad ora hanno sempre partecipato l'attuale responsabile del CDA e della NPI: n. 2 incontri (13-01 e 10-02)</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
2. IRCCS Burlo Garofolo e ASUIUD attivano la funzione di osservatorio epidemiologico per i DCA, in collaborazione con la Direzione Centrale Salute,	2 Gli Osservatori epidemiologici DCA predispongono un report sull'attività 2017 della rete sulla base di indicazioni della Direzione.

i DSM e i servizi per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza, come definito dal Decreto 1200/2013;	
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>L'osservatorio regionale DCA non è ancora stato attivato in mancanza di un sistema informatizzato unico regionale per i servizi dell'età adulta ed evolutiva</p> <p>Il rilevamento dei dati viene effettuato comunque a livello delle singole aziende.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
3. Consolidamento della rete di offerta con l'attività a regime degli ambulatori dedicati e dei centri diurni per l'età adulta e per l'età evolutiva.	<p>3. Riorganizzazione del CDA di S. Vito ed individuazione del responsabile</p> <p>4. Evidenza documentale di un percorso aziendale strutturato per l'intervento semiresidenziale</p>
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>È continuata la riorganizzazione del CDA di San Vito attraverso la acquisizione di nuove figure professionali (psichiatra, sostituzione di dietista e di infermiera professionale). È stata avviata la procedura per acquisire una figura di psicologo ed è stata individuata la nuova figura del responsabile.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
Formazione specifica degli operatori	Evidenza di corsi formativi
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>È stato stilato un progetto (protocollo) condiviso tra CDA, NPI e Pediatria di Pordenone per la definizione della presa in carico dei DCA adulti e minori distinta per i diversi livelli di intensità (ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale) e dell'organizzazione di attività per post-acuti minori, presso la Pediatria di Pordenone attraverso la realizzazione di un Centro Diurno, in linea con le recenti linee guida ministeriali.</p> <p>Il medico psichiatra ha completato il Master per i Disturbi Alimentari organizzato dal dr. Dalle Grave a Verona; è stato realizzato un incontro formativo specifico rivolto ai MMG e PLS il 25.5.17, ed il corso "Cibo e corpo negato" il 26.4.2017</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.10 Salute mentale in età evolutiva	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Salute mentale in età evolutiva	<p>Collaborazione con la DCS per la formazione della rete regionale dei servizi di salute mentale per l'età evolutiva.</p> <p>Proseguimento nel rinforzo dei servizi di salute mentale per l'età evolutiva come previsto dalla DGR n.1671/09.09.2016 (assunzioni in deroga)</p>
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Viene garantita la collaborazione con la DCS: partecipazione a n. 4 sedute del Tavolo salute mentale: 17-</p>	

01, 01-03, 03-05, 23-08

È stata identificata la SSD "Riabilitazione, adolescenza e disabili" esplicitandone i contenuti operativi.

È proseguita la partecipazione agli incontri con il Coordinatore socio sanitario, all'interno della Cabina di Regia, per l'area della transizione dei disturbi neuropsichiatrici dalla NPI ai servizi della salute mentale dell'adulto

Proseguimento nel rinforzo dei servizi di salute mentale per l'età evolutiva come previsto dalla DGR n.1671/09.09.2016 (assunzioni in deroga): in corso bando per assunzione di due NPI.

E' stato avviato il servizio diurno presso la NPI.

Valutazione Direzione Centrale Salute**OBIETTIVO RAGGIUNTO****3.3.11 Autismo**

Obiettivo Aziendale

Risultato atteso

1. Partecipazione dei referenti individuati delle NPI al tavolo tecnico regionale in tema di salute mentale

1. I referenti individuati hanno partecipato all'80% degli incontri regionali organizzati

Risultato al 31.12.2017

1. Partecipazione ad oltre l'80% degli incontri regionali: partecipazione a n. 4 sedute del Tavolo salute mentale: 17-01, 01-03, 03-05, 23-08

Valutazione Direzione Centrale Salute**OBIETTIVO RAGGIUNTO**

Implementazione del percorso diagnostico assistenziale per il minore affetto da disturbi dello spettro autistico

- Numero operatori che hanno partecipato ai corsi realizzati nel 2017 in tema di gestione del minore con disturbi dello spettro autistico (modifica DGR 1571/2017)

- Costituzione di un'equipe integrata dedicata alle persone affette da disturbi comportamentali in disabilità intellettiva e dello spettro autistico (vedi decreto DG 278 del 24.04.2017 'gruppo di lavoro specialistico in tema di disabilità intellettiva e salute mentale')

Risultato al 31.12.2017

2. E' in via di riorganizzazione all'interno della S.C. Neuropsichiatria Infantile il percorso diagnostico e riabilitativo dei disturbi dello spettro autistico e della disabilità.

Sono stati programmati momenti di formazione sulle tematiche dei disturbi dello spettro autistico sia interni alla S.C. Neuropsichiatria Infantile che con i pediatri di base e il personale della Pediatria di Pordenone.

Con inizio il 2/5/17, sono stati avviati gli incontri di lavoro del gruppo individuato ai sensi del decreto DG 278/17, con la presenza stabile di personale del Coordinamento sociosanitario (CSS), psicologi (tramite convenzione con l'Associazione "La Nostra Famiglia") e partecipazione di personale del DSM e dei Distretti. Il gruppo si incontra stabilmente tutte le settimane.

Sono stati concertati e condivisi degli accessi e valutazioni specifiche alle strutture indicate dal

Coordinamento Socio Sanitario (soprattutto il centro Gravissimi di Sacile ed il modulo autismo di Pordenone); è stato impostato un percorso di formazione agli operatori dei Centri Diurni sui disturbi del 'comportamento problema'; sono state individuate delle situazioni di particolare gravità sulle quali innestare un percorso clinico di valutazione e diagnosi con il DSM ed il supporto del Centro CREA di Firenze, specializzato sul trattamento dell'autismo e con il quale il CSS ha in essere una convenzione operativa.

Il Coordinatore sociosanitario è stato, tra l'altro, individuato quale referente per tutti i Coordinamenti sociosanitari regionali nella composizione del Tavolo regionale sui disturbi dello spettro autistico (DGR 434/2017), di cui farà parte la Responsabile della NPI ed uno psichiatra del DSM.

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

3.3.12 Consulteri familiari

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Implementazione dell'offerta della visita domiciliare ostetrica in puerperio.	1. Attivazione del servizio.

Risultato al 31.12.2017

L'Attivazione del percorso "puerperio attivo" è stata completata con il supporto di agende informatizzate che permettono alle ostetriche dei Punti nascita aziendali di PN e San Vito, all'atto della dimissione della donna, di prenotare l'appuntamento per il controllo presso il Consultorio di residenza della donna; ogni Consultorio familiare rende disponibili nelle agende predisposte le giornate e gli orari di disponibilità, dedicati alla prima visita in puerperio, anche a domicilio su segnalazione dei reparti ospedalieri o dei PLS.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
2. Promozione della salute della donna in età post-fertile	Evidenza di interventi a favore della salute della donna in età post-fertile

Risultato al 31.12.2017

Sono stati organizzati e in parte realizzati incontri a livello distrettuale a favore della donna in età post-fertile.

In ogni consultorio aziendale viene realizzata, dalle ostetriche dei servizi, l'attività di prelievo per gli screening della cervice uterina, per le donne della coorte di età a rischio (25-64). In particolare nelle donne in età post fertile la visita è accompagnata da informazioni relative alle problematiche collegate alla menopausa.

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

3.3.13 Diabete

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

Risultato al 31.12.2017

Si è svolto un incontro il 30/3/2017 con gli MMG delle provincia.

Il materiale del corso è stato condiviso sul portale della Medicina Generale e quindi consultabile da tutti i MMG dell'AAS5.

E' stata effettuata la formazione sul campo distrettuale per affrontare tematiche sul diabete e sul monitoraggio degli indicatori AIR 2017 assieme ai coordinatori delle AFT.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.14 Sanità penitenziaria

Obiettivo Aziendale

Risultato atteso

A seguito dei lavori del Gruppo tecnico regionale le Aziende elaborano programmi per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario in carcere.

Programmi aziendali per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario in carcere entro il 2017.

Risultato al 31.12.2017

E' stato individuato il referente aziendale al tavolo dedicato

E' stato recepito da parte della regione il "Piano regionale per la prevenzione delle condotte suicidarie e dei gesti autolesivi in carcere e indicazioni per i piani locali" (DGR n.2145 del 6/11/2017).

E' stato adottato il "Piano locale per la prevenzione delle condotte suicidarie e dei gesti autolesivi nella Casa Circondariale di Pordenone" con DDG n. 901 del 28/12/2017

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.15 Ospedali psichiatrici giudiziari

Obiettivo Aziendale

Risultato atteso

REMS di Maniago

Attivazione di percorsi personalizzati per gli utenti inseriti nella REMS.

Risultato al 31.12.2017

Attraverso la realizzazione dei percorsi personalizzati è stato possibile dimettere dalla REMS entrambe gli ospiti precedentemente inseriti, ed accogliere due soggetti provenienti da altre AAS regionali.

Il progetto di realizzazione della REMS definitiva è stato approvato in via definitiva dal Nucleo Tecnico regionale.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.16 Dipendenze

Obiettivo Aziendale

Risultato atteso

1. Collaborazione con l'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze.

1. Partecipazione dei referenti del gruppo tecnico operativo ad almeno il 70% delle riunioni indette dall'Osservatorio sulle Dipendenze.

Invio e validazione dei dati per i flussi informativi regionali raccolti dell'osservatorio

<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>.E' garantita la partecipazione alle riunioni del gruppo tecnico. Si mantiene costante l'inserimento dei dati nel sistema informativo da parte di tutti gli operatori.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
2. Partecipazione alla realizzazione di un workshop regionale, in collaborazione con il terzo settore sui trattamenti alcolologici.	2. Partecipazione di almeno il 70% del personale dei servizi per le dipendenze dedicati al trattamento alcolologico al workshop regionale.
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>2. Il Workshop si è svolto il 25 novembre. Le linee di sintesi sono inserite nel sito delle Dipendenze(www.dipendenzefvg.it)</p> <p>Sono stati avviati anche incontri con ACAT della provincia nella data 16.03.2017 presso servizio alcologia PN, concordando un incontro ogni 2 mesi.</p> <p>Sono seguiti incontri a livello di sede distrettuale tra operatori servizio dipendenze e servitori insegnanti di ogni club del territorio per migliorare l'operatività.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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.a Partecipazione alla realizzazione di una formazione a valenza regionale sulle misure alternative e messe alla prova.</p> <p>3.b Aumento delle misure alternative e messe alla prova (2017 vs 2016).</p>
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>3.Si continua a prendere in carico soggetti con alternative alla pena.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	3.a OBIETTIVO STRALCIATO 3.b OBIETTIVO RAGGIUNTO
4. Partecipazione ai tavoli di monitoraggio sugli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale.	Individuazione di almeno 3 indicatori di outcome relativi agli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale.
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>4. Le Assistenti sociali del servizio dipendenze di Pordenone hanno sempre partecipato a tutti gli incontri regionali a Palmanova.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
5. Produzione di almeno 3 indicatori di outcome.	5. Report con l'esito di almeno 3 indicatori di outcome.
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>5. Il tavolo di lavoro regionale delle assistenti sociali, analizzando le linee guida per l'attivazione di tirocinii di orientamento, formazione e inserimento o reinserimento finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia e alla riabilitazione in favore di persone prese in carico ai servizi sanitari competenti, ha prodotto una scheda di valutazione che cerca di valutare la capacità dell'individuo nelle aree relazionale, professionale, dell'autonomia. Ogni soggetto inserito in un tirocinio, deve essere valutato attraverso questa scheda. Il tavolo ha prodotto anche uno schema tipo di convenzione da attivare tra Azienda sanitaria e soggetto ospitante.</p>	

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

3.3.17 Privacy

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Fascicolo sanitario elettronico (FSE) Attivazione del fascicolo sanitario elettronico (FSE).	Partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale

Risultato al 31.12.2017
E' stata garantita la partecipazione

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

Privacy	- Incremento della raccolta consenso dei dati al trattamento dei dati personali
---------	---

Risultato al 31.12.2017
Nell'anno 2017 l'AAS 5 ha raccolto complessivamente n. 100.346 consensi al trattamento dati personali (modulo generale+modulo accesso al dossier in emergenza). Nell'anno 2016 il dato corrispondente è stato di n. 102.532 consensi. La flessione si spiega con il fatto che ormai la gran parte degli utenti residenti nel territorio dell'AAS 5 ha già prestato il consenso.

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

3.3.18 Continuità assistenziale 116-117

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Attivazione della linea telefonica dedicata.	Partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale

Risultato al 31.12.2017
In riferimento alla vs. nota DCS n. 20397/P del 16.12.2016 sono stati comunicati i referenti aziendali (medico e tecnico) con prot. n. 83593/DS/PEC del 21.12.2016 .

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

Sostegno alla continuità assistenziale.	Organizzazione con risorse infermieristiche della continuità assistenziale dei pazienti in cura/assistenza domiciliare, coerentemente con l'Accordo Stato - Regioni.
---	--

Risultato al 31.12.2017
E' stato garantito il supporto alle azioni regionali da parte dell'Azienda.

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

3.3.19 Sperimentazione di assistenza infermieristica di comunità in aree urbane

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Migliorare l'accessibilità ai servizi sanitari delle	Sperimentare in aree urbane l'utilizzo di personale

fasce più deboli della popolazione	infermieristico per lo svolgimento di attività di salute comunitaria e per favorire una migliore accessibilità ai servizi per le fasce più deboli.
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>La sperimentazione prevista per il 30/9 è stata sospesa per mancanza di nuove risorse di personale e nel periodo di riferimento non ci sono state richieste in merito dall'utenza, in quanto la domanda veniva già soddisfatta dai servizi attivi sul territorio (ADI, Dipartimento Prevenzione, Servizio Prelievi di Torre).</p> <p>Infatti i carichi di lavoro erogati solo dall'ADI a domicilio per il quartiere di Torre sono stati :</p> <ul style="list-style-type: none"> -prelievi domiciliari numero 384 -attività infermieristiche numero 570 <p>In considerazione dei volumi di attività, si è valutata l'opportunità in caso di future disponibilità di risorse , di inserirle nei servizi già attivi .</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

3.4 PROGETTI ATTINENTI LE ATTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALI

3.4.1. Insufficienze d'organo e trapianti	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
CUORE	
Cuore	4. Partecipazione al tavolo regionale per la predisposizione di almeno 2 percorsi assistenziali a valenza regionale (VAD e ECMO). 5. Riduzione del tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti di 50-74 anni < 210.
Risultato al 31.12.2017 1. E' stata garantita la partecipazione 2. Dati anno 2017: tasso di ricovero per scompenso cardiaco 189 per 100.000 residenti di 50-74 anni	
Valutazione Direzione Centrale Salute	1. OBIETTIVO RAGGIUNTO 2. OBIETTIVO RAGGIUNTO
RENE	
Rene	1. Mantenimento dei pazienti in emodialisi al di sotto del 46% del totale (trapiantati + emodializzati + in dialisi peritoneale). 2. Potenziamento del programma Trapianti di rene con riduzione dei Tempi di iscrizione in lista (differenza tra inserimento in donor manager T3 e raccolta del consenso all'avvio dell'iter per l'inserimento in lista T0 < 10 mesi almeno nel 75% dei casi che hanno dato il consenso)
Risultato al 31.12.2017 1. Dati anno 2017: pazienti in emodialisi = 45,25% del totale 2. Nei 2017 questa struttura ha immesso in lista di attesa per il trapianto renale 17 pazienti, in tre differenti centri trapianto. In totale 15 hanno rispettato il tempo di 10 mesi tra il T0 ed il T3 e 2 hanno sfiorato il limite dei 10 mesi, quindi la percentuale dei pazienti immessi nei tempi previsti é dell'88%. Si specifica che nell'obiettivo regionale rientrano solo 11 pazienti che hanno scelto come centro trapianto di 1° scelta Udine. Limitatamente a questi 1 ha sfiorato il limite dei 10 mesi, quindi la percentuale dei pazienti immessi nei tempi previsti é stata del 91%.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	1. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO VALORE REGIONALE: 52,56% 2. OBIETTIVO RAGGIUNTO
FEGATO	
Fegato	1. Formalizzazione di almeno 2 percorsi assistenziali a valenza regionale dei quali almeno uno che riguarda i pazienti trapiantati. 2. Individuazione e segnalazione pazienti per la

	iscrizione in lista trapianto, presso il centro trapianti dell'ASUIUD, di almeno 13 pazienti nell'anno 2017.
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>1. A riscontro della nota regionale prot. n. 25922 del 29.03.2017 sono state comunicate le strutture operative da abilitare per l'inserimento diretto nella lista di accesso all'Ambulatorio Fegato della Piattaforma Assistenziale Trapianti – PATaf ed inviato l'elenco nominativo dei medici di riferimento da accreditare per lo svolgimento dell'attività dell'ambulatorio epatologico (ns. prot. 32926/DMO del 26.04.2017).</p> <p>Nel corso dell'anno 2017 il Personale Dirigente Medico dell'UOC Medicina Interna ha partecipato attivamente alle riunioni della Rete per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti ovvero della Filiera Fegato Friuli Venezia Giulia. In particolare, è stata raggiunta una stretta collaborazione con Udine e Trieste per la stesura del PDTA (Percorso Diagnostico Assistenziale Terapeutico) sulla cirrosi epatica scompensata finalizzato anche alle indicazioni al trapianto ortotopico di fegato. In corso di pubblicazione il PDTA sull'encefalopatia epatica. Si segnala inoltre anche l'adesione alla stesura del PDTA sull'ipertransaminasemia persistente.</p> <p>2. Nel 2017 sono stati segnalati 17 utenti per l'iscrizione in lista trapianto, presso il centro trapianti dell'ASUIUD.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	<p>1. OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>2. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</p> <p>DATO CRT: 6 PAZIENTI ISCRITTI/TRAPIANTATI</p>
PANCREAS	
Pancreas	<p>1. Partecipazione al tavolo regionale per la formalizzazione della filiera <i>pancreas</i> della rete per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti.</p> <p>2. Riduzione del tasso di amputazioni maggiori per diabete portandolo al di sotto di 30 casi per milione di residenti.</p>
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>1. E' stata garantita la partecipazione</p> <p>2. Dati anno 2017: 29,89 per 1.000.000 residenti</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	<p>1. OBIETTIVO STRALCIATO</p> <p>2. OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>VALORE REGIONALE: 29.89</p>
POLMONE	
Polmone	<p>1. Partecipazione al tavolo regionale per la formalizzazione della filiera <i>polmone</i> della rete per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti.</p> <p>2. Riduzione del tasso di ospedalizzazione per BPCO portandolo al di sotto del 60 per 100.000</p>

	<p>residenti di 50-74 anni.</p> <p>3. Formazione di 3 infermieri per ogni distretto sanitario per la gestione integrata con le Pneumologie di riferimento dell'ossigenoterapia domiciliare</p> <p>4. Formazione di 2 fisioterapisti per distretto, da parte delle Pneumologie di riferimento, finalizzata alla riabilitazione respiratoria ambulatoriale e domiciliare</p>
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>1. E' stata garantita la partecipazione</p> <p>2. Dati anno 2017: 39.53 per 100.000 residenti</p> <p>3. E stato programmato e realizzato un evento formativo rivolto a personale dei servizi distrettuali (SID e SRD) coinvolto nella presa in carico domiciliare e ambulatoriale dei pazienti con patologie cardiorespiratorie.</p> <p>4. E ' in fase di progettazione un programma di brevi tirocini presso la Pneumologia Riabilitativa dell' ASIUD (Gervasutta) di personale infermieristico e riabilitativo.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	<p>1. OBIETTIVO STRALCIATO</p> <p>2. OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>Valore regionale: 39,53</p> <p>3. OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>4. OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>
OCCHI	
Occhi	<p>1. Mantenimento dei volumi di donazione cornee</p> <p>2. Aumento del numero di trapianti di cornea</p>
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>1. Nel 2017 (dati CRT): 14 prelievo di cornee da donatore a cuore fermo e 8 prelievi di cornee da donatore multi organo.</p> <p>2. Dati anno 2017: 79 trapianti di cornea</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	<p>1. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</p> <p>Nel 2015 erano stati effettuati 40 prelievi</p> <p>2. OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>IL NUMERO DEI TRAPIANTI E' SOSTANZIALMENTE COSTANTE TRA 2016 E 2017. A LIVELLO REGIONALE EFFETTUATI NEL 2017 135 TRAPIANTI.</p>
DONAZIONE D'ORGANI	
Donazione d'organi	<p>1. Partecipazione al tavolo regionale per la formalizzazione del protocollo per prelievo d'organi da paziente con accertamento del decesso con criteri cardiologici.</p> <p>2. Partecipazione al tavolo regionale per la formalizzazione del protocollo per la donazione</p>

	multi-tessuto esistente.
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>1 e 2. Nel corso del 2017 ci sono stati tre incontri regionali presso il CRT in cui si sono trattati anche i punti 1 e 2 (01/02/2017; 22/06/2017; 11/10/2017). Per quanto riguarda il punto 1 si specifica che il programma operativo verrà svolto dall'ASUIUD e ASUITS.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	1. OBIETTIVO RAGGIUNTO 2. OBIETTIVO STRALCIATO

3.4.2. Emergenza urgenza	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Ictus - trombolisi	Mantenimento dell'attività di trombolisi endovenosa/endoarteriosa a 85 casi/anno presso AAS5 (dato 2016).
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Nel 2017 sono state effettuate 84 trombolisi.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO VALORE REGIONALE 76 TRATTAMENTI
Ictus - misurazione	2. Trasmissione alla DCS di un report/semestre con i dati di attività
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>E' stata effettuata l'analisi dei dati anno 2017 e trasmessa alla DCS con PEC prot. n. 29676/PROG del 19.4.2018</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Ictus – Barthel Index	<p>3. Produzione e trasmissione alla DCS di un report semestrale sulla presenza e compilazione, nella cartella clinica, delle scale Barthel Index e Rankin Scale modificata.</p> <p>I dati dovranno essere raccolti su un campione di cartelle (ricoveri con DRG 14 o codici ICD-9-CM indicati) con le seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> - periodi di riferimento: 01/01/2017-30/06/2017 e 1/7/2016-31/12/2017; - campione cartelle: <ul style="list-style-type: none"> ospedali con ricoveri < 500/anno: 30 cartelle per periodo esaminate; ospedali con ricoveri > 500/anno: 50 cartelle per periodo esaminate; - rappresentatività delle diverse unità operative che accolgono e/o dimettono i pazienti, (campione proporzionato al numero dei ricoveri/anno di

	ciascuna unità operativa); - esclusione dal campione dei pazienti con esito ricovero "deceduto".
--	---

Risultato al 31.12.2017

E' stata effettuata l'analisi dei dati del 1^ semestre 2017 ed in data 31 ottobre trasmessa per mail alla DCS.

In totale i dimessi nel 1° semestre 2017 che rispondono ai criteri definiti dalla regione sono 246 a Pordenone e 63 a S. Vito-Spilimbergo.

E' stato estratto un campione, pari a 30 ricoveri per presidio ospedaliero, rappresentativo delle diverse unità operative che accolgono e/o dimettono i pazienti.

La percentuale di dimessi con presenza nella documentazione clinica della scala Barthel Index e della Rankin Scale modificata è stata 93,3% come riportato nella tabella seguente:

	N. ricoveri con presenza	N. ricoveri valutati	%
Presidio Pordenone	28	30	93,3
S. Vito-Spilimbergo	28	30	93,3
Totale	56	60	93,3

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Emergenze cardiologiche	<ol style="list-style-type: none"> 1. Partecipazione al tavolo regionale per la formalizzazione della rete emergenze cardiologiche con individuazione di almeno 1 percorso assistenziale che definisca anche specifici indicatori di esito. 2. Misurazione del tempo intercorrente fra l'effettuazione dell'ECG sul territorio e l'inizio della procedura in emodinamica (relazione di analisi dei dati 2016 e primo semestre 2017).

Risultato al 31.12.2017

E' stata garantita la partecipazione

Valutazione Direzione Centrale Salute	1. OBIETTIVO RAGGIUNTO 2. OBIETTIVO STRALCIATO
Trauma	<ol style="list-style-type: none"> 1. Partecipazione al tavolo regionale per la formalizzazione di un sistema di indicatori clinici per il monitoraggio dei tempi e degli esiti. 2. Trattamento della Frattura di femore entro 48H in almeno il 70% (hub) o 80% (spoke) dei casi trattati dal presidio ospedaliero.

	<p>3. Implementazione, all'interno del PO di Pordenone, di un'organizzazione per l'urgenza traumatologica distinta dalle altre urgenze, in modo da accelerare i tempi di trattamento di tutta la traumatologia.</p> <p>4. Sviluppare le competenze di trauma center presso l'ospedale di Pordenone.</p>
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>1. E' stata garantita la partecipazione</p> <p>2. Dati anno 2017: Pordenone = 76,9%, San Vito/Spilimbergo= 61.9%</p> <p>3. E' presente presso l'ospedale di Pordenone una sala operatoria per le urgenze riservata anche per l'attività traumatologica.</p> <p>4. Percorso "Fast Track" per la gestione trauma minore dal Pronto Soccorso alla Ortopedia e Chirurgia della mano.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>1. OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>2. OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</p> <p>VALORE REGIONALE: 76,2 PORDENONE – 61,9 SAN VITO SPILIMBERGO</p> <p>3. OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</p> <p>4. OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</p>
<p>Pronto soccorso ed emergenza urgenza</p>	<p>1. Aumento della percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde, ad almeno l'80% (spoke) o 65% (hub) (media regionale 2015 del 65,89% - fonte Bersaglio)</p> <p>2. Aumento della percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore, portandola a valori superiori all'85% (spoke) e 75% (hub) (media regionale 2015 del 78,24% - fonte Bersaglio)</p> <p>3. Partecipazione ai tavoli tecnici per la revisione e il confronto interaziendali per la gestione clinica per 5 eventi patologici acuti, più frequenti.</p>
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>1. Dati anno 2017: Ospedale di Pordenone=57.6%, Ospedale San Vito/Spilimbergo= 70,1%</p> <p>Il risultato deve essere considerato anche a fronte della carenza di specialisti, che l'Azienda affronta con tutti gli strumenti contrattuali agibili.</p> <p>2. Dati anno 2017: Ospedale di Pordenone=80,6%, Ospedale San Vito/Spilimbergo= 73,5%</p> <p>Il risultato deve essere considerato anche a fronte della carenza di specialisti, che l'Azienda affronta con</p>	

tutti gli strumenti contrattuali agibili. 3. E' stata garantita la partecipazione	
Valutazione Direzione Centrale Salute	<p>1. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO VALORE REGIONALE: PORDENONE 31,15; SAN VITO SPILIMBERGO 70,06; PORDENONE PEDIATRICO 62,34</p> <p>2. OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO VALORE REGIONALE: PORDENONE 72,82; SAN VITO SPILIMBERGO 73,50; PORDENONE PEDIATRICO 93,56</p> <p>3. OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO SONO STATI REALIZZATI DEGLI INCONTRI TRA IL PS BURLO E I DIRETTORI SC DI PEDIATRIA DI AAS2, AAS3, AAS5 (PERCORSI CLINICI: CHETOACIDOSI DIABETICA, GESTIONE FLUIDI, USTIONI)</p>

3.4.3 Reti di patologia	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
MALATTIE RARE	
Malattie rare	<p>1. Produzione entro il 31 dicembre 2017 di almeno 1 percorso assistenziale per eventuali gruppi nosologici attribuiti al PO di Pordenone.</p> <p>2. Implementazione del flusso informativo al registro regionale di cui al DM 279/2001 (aggiornamento dati del registro con inserimento del 100% dei casi in prevalenza al 30 novembre 2017)</p>
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Partecipazione ai tavoli regionali.</p> <p>Individuati i referenti aziendali per i diversi gruppi di malattie rare.</p> <p>Il presidio ospedaliero di Pordenone è centro di riferimento regionale in ambito oculistico e urologico (cistite interstiziale).</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	<p>1. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</p> <p>2. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</p>
MALATTIE REUMATICHE	
Malattie reumatiche	<p>1. Utilizzo dello strumento informatico che sarà messo a disposizione per il monitoraggio dell'applicazione dei percorsi assistenziali già formalizzati. OBIETTIVO STRALCIATO (modifica DGR 1571/2017)</p> <p>2. Evidenza, entro il 30 giugno, nel sito aziendale dei medici reumatologi aggregati alle medicine interne e di quelli appartenenti ai servizi.</p>

Risultato al 31.12.2017 1. Obiettivo stralciato 2. Il sito aziendale è aggiornato.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	1. OBIETTIVO STRALCIATO 2. OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.4.4. Materno-infantile	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Gestione gravidanza fisiologica	Responsabilizzazione diretta delle ostetriche nella gestione del percorso per la gravidanza fisiologica (previa definizione di un protocollo regionale). Monitoraggio del 50% delle gravidanze fisiologiche che accedono al consultorio .
Risultato al 31.12.2017 In attesa della definizione del protocollo regionale Nel 2017 il 40,02% delle primipare residenti hanno partecipato ai corsi di preparazione al parto organizzati dei Consultori (anno 2016 = 30,67%)	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
Riduzione parti cesarei depurati (NTSV)	Mantenimento della percentuale dei parti cesarei depurati (NTSV) al di sotto del 20% dei parti totali dei parti depurati (valore medio regionale 2015 pari a 16,38% - fonte Bersaglio).
Risultato al 31.12.2017 Dati anno 2017: percentuale dei parti cesarei depurati: 15,9%	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Riduzione parti indotti farmacologicamente	1. I parti indotti farmacologicamente devono essere ridotti al di sotto del 20% (valore medio regionale 2015 pari a 21,44% - fonte Bersaglio)
Risultato al 31.12.2017 Dati anno 2017: parti indotti farmacologicamente: 23,5%	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
Chirurgia pediatrica	Collaborare con il Burlo a stilare l'elenco degli interventi chirurgici pediatrici che, per assicurare adeguati livelli di sicurezza e qualità è necessario centralizzare in un'unica struttura o essere eseguiti da una sola équipe chirurgica ed anestesiologicala del Burlo.
Risultato al 31.12.2017 1. Come da accordi interaziendali con il Burlo, manteniamo da diversi anni 2 sedute mensili di chirurgia pediatrica.	

Gli interventi vengono effettuati dall'equipe chirurgica del Burlo e dall'equipe anestesiológica dell'AAS5, nei bimbi di età superiore all'anno. Vengono eseguiti trattamenti chirurgici per calcolosi renale da parte dell'equipe dell'urologia in età pediatrica. I bambini di età inferiore a quella attualmente gestita dagli anestesisti di dell'ospedale di Pordenone vengono sottoposti ad anestesia in collaborazione con l'equipe anestesiológica del Burlo.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.4.5. Percorso nascita

Obiettivo Aziendale

Risultato atteso

Sicurezza e appropriatezza percorso nascita

Attuazione aziendale di quanto previsto nei provvedimenti nazionali e regionali, in termini di miglioramento della qualità, sicurezza e appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita.

Risultato al 31.12.2017

1. Il percorso nascita nell'ambito ospedaliero prevede la presa in carico della donna alla 37° settimana di gestazione per la gravidanza fisiologica, mentre la gravidanza patologica, (diabete, ipertensione, disturbi metabolici e dell'alimentazione, alterazione placentari ecc..) su richiesta del consultorio o del medico curante viene presa in carico dal momento in cui viene rilevata la patologia

Sono stati rivisti, implementati secondo linee guida i seguenti protocolli:

- Assistenza travaglio parto fisiologico
- Procedure operative T.C. in elezione
- Utilizzo dei farmaci off lable in ambito ostetrico
- Piano di intervento per l'utilizzo di emocomponenti, plasma derivati e fattori della coagulazione nell'emorragia post partum
- La gestione clinica della gravidanza gemellare
- Induzione nel travaglio parto
- Parto in analgesia in Peridurale
- Diabete in gravidanza
- La profilassi tromboembolismo venoso in ostetricia e ginecologia, Travaglio di prova nel pregresso T.C.
- Minaccia di parto prematuro
- Gestione del puerperio
- STAM-STEM il trasporto assistito materno/neonatale critico viene svolto come da protocollo regionale in atto
- Care neonatale sano alla nascita
- Misure di sicurezza per la tutela dei bambini ricoverati
- Gestione informatizzata della banca del latte
- Procedure per la gestione delle violenze sessuali
- Abbiamo programmato i corsi sulla rianimazione neonatale

(Documenti a disposizione)

Nel mese di marzo il Punto Nascita di Pordenone si è ricertificato BFH secondo standard UNICEF/OMS.

E' stato istituito un tavolo interaziendale sulla promozione, sostegno e supporto dell'allattamento al seno con l'obiettivo di aumentare la percentuale di allattamento esclusivo al seno della puerpera in ambito territoriale. Sono stati organizzati i corsi di formazione sulla promozione, sostegno dell'allattamento al seno secondo standard OMS/UNICEF rivolto a tutti gli operatori che operano nel DMAI dell' AAS5.

E' stato avviato nel mese di luglio il percorso della presa in carico della donna alla dimissione da parte di tutti i consultori.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
Sicurezza e appropriatezza percorso nascita	Partecipazione alle attività del Comitato percorso nascita regionale.

Risultato al 31.12.2017

Partecipazione ai tavoli regionali del percorso nascita come da programma.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Supporto alle giovani famiglie dopo il parto	Definizione di un documento per la gestione del percorso nascita nella provincia di Pordenone presso erogatori pubblici e privati accreditati.

Risultato al 31.12.2017

Il documento è già stato prodotto e presentato alla direzione.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Supporto alle giovani famiglie dopo il parto	Presenza in carico ambulatoriale o domiciliare di almeno il 30% dei nati.

Risultato al 31.12.2017

Nel anno 2017 abbiamo avviato il progetto del puerperio attivo in tutti i consultori della provincia di Pordenone.

Ad oggi sono attive le agende in CUP WEB per le prenotazioni delle visite delle donne nella fase del puerperio

Le ostetriche dei 2 Punti Nascita provvedono alla programmazione dell'appuntamento che viene poi comunicato direttamente alle neomamme e segnalato nella lettera di dimissione.

Generalmente il controllo della puerpera ha luogo presso la sede del consultorio di riferimento; la segnalazione avviene mediante posta elettronica e/o compilazione ed invio di un modulo predisposto.

Nelle situazioni ritenute più critiche o a rischio, la visita può essere effettuata anche a domicilio.

La scheda contiene tutte le informazioni necessarie per la presa in carico della diade mamma e bambino.

Il numero totale di richieste/visite effettuate nella donna in puerperio residenti nella provincia di Pordenone è di 841

P. Nascita Pordenone:

dal 01/05/2017 al 31/12/2017

n. parti 689 n. vs 598

P. Nascita S. Vito:
dal 1/07/2017 al 31/12/2017
n. parti 415 – n. vs 243
Nel 2017 i 5 consultori familiari hanno preso in carico il 43,94% dei nati in tutti i punti nascita della regione.

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

3.4.6 Sangue ed emocomponenti

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Contributo all'autosufficienza regionale e nazionale	- Partecipazione alle attività di raccolta sangue e plasma destinato al frazionamento industriale.

Risultato al 31.12.2017
Sono state raccolte 13.508 unità di sangue intero per l'autosufficienza Regionale e Nazionale e 6.953 Litri di plasma per il frazionamento industriale.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Sicurezza ed appropriatezza trasfusionale	Partecipazione ai programmi regionali di sorveglianza trasfusionale

Risultato al 31.12.2017
Prosegue il monitoraggio della sicurezza trasfusionale.
Sono stati effettuati gli audit programmati
È stato condotto il corso sul PBM ed individuato il gruppo di lavoro interdisciplinare
Sono continuati gli audit documentali attraverso la trasmissione dei report trasfusionali di UUOO

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Sicurezza ed appropriatezza trasfusionale	- Mantenimento della attività del Cobus

Risultato al 31.12.2017
È stata tenuta la riunione del COBUS il 26/10/2017

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Partecipazione al centro unico regionale di produzione degli emocomponenti	- Trasferimento al centro regionale delle funzioni previste

Risultato al 31.12.2017
Sono stati avviati i contatti tra AAS2 e AAS5 per il trasferimento delle attività.

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

3.4.7. Erogazione livelli di assistenza

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Monitoraggio coordinato degli indicatori per valutare efficienza ed efficacia della cure	1. Riduzione del tasso di ospedalizzazione dal 128,57 ‰ al 125 ‰.

<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>1. Dati anno 2017: tasso di ospedalizzazione: 124,6 ‰</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO VALORE REGIONALE: 124,65
Monitoraggio coordinato degli indicatori per valutare efficienza ed efficacia della cure	2. Riduzione del numero di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica: < 30% per gli adulti e < 50% per i pediatrici.
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>2. Dati anno 2017: DH medico con finalità diagnostica: adulti 18,66%; Pediatrici 66,29%</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO VALORE REGIONALE: ADULTI 18,79; PEDIATRICI 65,92
Monitoraggio coordinato degli indicatori per valutare efficienza ed efficacia della cure	3. Mantenimento della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti ≥ 65 anni: < 4%.
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>3. Dati anno 2017: ricoveri medici oltre soglia 2,69%</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO VALORE REGIONALE: 2,70
Monitoraggio coordinato degli indicatori per valutare efficienza ed efficacia della cure	4. Recupero di almeno il 25% della fuga extra-regionale di ricovero e di specialistica ambulatoriale rispetto ai dati 2015 (dato cumulativo).
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>4. Attività critica: difficoltà a monitorare in tempo reale gli interventi e le azioni correttive.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
Monitoraggio coordinato degli indicatori per valutare efficienza ed efficacia della cure	5. Trasmissione alla DCS entro il 30 giugno 2017 dei 3 pacchetti di prestazioni da eseguire in day service ambulatoriali (proposte: scompenso cardiaco, diagnostica e follow up del paziente candidato al trapianto renale, iniezioni intravitreali con farmaci anti VEGF).
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>5. In data 03.05.2017 sono stati inviati alla DCS n. 8 Pacchetti Ambulatoriali Complessi e Coordinati (PACC). Con la disponibilità delle indicazioni regionali per la gestione dei PACC a sistema, è stato implementato l'utilizzo del PACC Percorso diagnostico malattie demielinizzanti.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.4.8 Rischio clinico

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
<ul style="list-style-type: none"> Attuazione del programma regionale di Rischio Clinico a garanzia di adeguati livelli di sicurezza 	<ul style="list-style-type: none"> Evidenza delle attività di rischio clinico nei diversi setting aziendali in coerenza con il

<p><u>omogenei sul territorio regionale in continuità con le altre linee di lavoro regionali</u></p>	<p>Programma Regionale di Rischio Clinico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Partecipazione ai programmi regionali con particolare attenzione alle seguenti linee: <ul style="list-style-type: none"> a. sicurezza del farmaco; b. adozione delle misure di "antimicrobial stewardship" già definite; c. partecipazione alla "Point Prevalence Survey" e diffusione capillare dei risultati; d. adozione di strumenti per la valutazione dello stato nutrizionale del paziente; e. identificazione, coinvolgimento e formazione anche attraverso la partecipazione agli eventi formativi organizzati dalla DCSISPS dei referenti e dei <i>link professional</i> aziendali dei progetti regionali; f. empowerment dei cittadini e dei pazienti sulle tematiche del rischio.
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sono state mantenute le attività secondo le indicazioni del gruppo Regionale del Rischio Clinico. <ul style="list-style-type: none"> a) In particolare sono state seguite le seguenti linee di lavoro: <ul style="list-style-type: none"> a1. condotte riunioni sull'uso sicuro del farmaco in occasione del monitoraggio dei dati delle cartelle cliniche (22 maggio 2017 San Vito al Tagl.to, 31 maggio 2017 Pordenone dalle 14.30-16.30); a2. predisposta scheda per l'evento formativo relativo all' "Uso sicuro del farmaco nel paziente anziano", erogazione dell'evento in data 23 novembre 2017, 2 edizioni (mattino e pomeriggio) b) Le misure di "antimicrobial stewardship" sono state adottate attraverso: <ul style="list-style-type: none"> b1 la diffusione degli opuscoli informativi predisposti dalla regione, b2 l'implementazione della presenza del medico infettivologo attraverso l'assunzione di un 2° medico infettivologo nel PO di PN e di 1 medico infettivologo per il PO di S. Vito; b3 un corso di formazione per operatori (medici infermieri e OSS) della Terapia Intensiva su infezioni ospedaliere e misure di prevenzione e controllo; b4. organizzazione di momenti di formazione sul tema nei singoli reparti; b5. Realizzazione di due incontri di restituzione dei dati sull'utilizzo degli antibiotici e per la risoluzione delle criticità ancora in essere; c) Identificazione dei professionisti per la partecipazione all'evento formativo di settembre e la conduzione della sorveglianza d) partecipazione al gruppo per la valutazione dello stato nutrizionale secondo indicazioni regionali e) partecipazione agli eventi formativi organizzati dalla DCSISPS e inserimento di eventi formativi nel piano della formazione; <p>avvio degli incontri con i cittadini in collaborazione con il personale del CRO (29 novembre 2017)</p> 	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>
<p>Rischio clinico</p>	<p>Strutturazione della Rete in accordo con la Delibera 1970 del 21.10.2016 "Rete Cure Sicure"</p>

	FVG: modello organizzativo"
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Revisionato il Piano aziendale della Qualità che recepisce la delibera 1970/16 con particolare attenzione all'identificazione dei <i>link professional</i>.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.4.8 Qualità e appropriatezza nell'erogazione delle cure	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Riorganizzazione dell'offerta prestazionale	Rispetto dei volumi previsti dal DM 70/2015 Evidenza di un piano di azioni nei settori della chirurgia oncologica e della chirurgia pediatrica
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Si rinvia a quanto scritto nella linea 3.1.4 e 3.1.9 .</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

<p>Contrasto all'inappropriatezza ed alla sovra-diagnosi (<i>choosing wisely</i>)</p>	<p>Partecipazione alla redazione di una lista di interventi a prescrizione potenzialmente inappropriata, con particolare riferimento a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • diagnostica per immagini per lombalgie e mal di testa • diagnostica per immagini cardiaca in pazienti a basso rischio • antibiotici per infezioni delle vie aree superiori • densitometria ossea • esami preoperatori in pazienti a basso rischio • antipsicotici in pazienti anziani • nutrizione artificiale in pazienti con demenza avanzata o tumore in fase terminale • inibitori di pompa protonica nel reflusso esofageo • posizionamento del catetere urinario <p>induzione del parto in coerenza alle indicazioni regionali.</p>
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>E' stata garantita la partecipazione ai tavoli tecnici regionali.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

3.5 ASSISTENZA FARMACEUTICA

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
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Dati monitoraggio regionale gen-lug 2017:</p> <p>Farmaceutica territoriale diretta = € 68,10 pro-capite (obiettivo 61,47)</p> <p>Farmaceutica territoriale (DPC) = € 25,77 pro-capite (obiettivo 25,45)</p> <p>Farmaceutica territoriale (convenzionata) = € 124,91 pro-capite (obiettivo 125)</p> <p>Farmaceutica ospedaliera = +25,6% rispetto al 2016 (obiettivo -1% del 2016)</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
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 intravitreali, farmaci del PHT_DPC, equivalenti, biosimilari).</p>	<p>1. a. Definizione di indicatori di budget specifici per i diversi prescrittori in collaborazione con la SOC Programmazione e Controllo.</p> <p>b. Predisposizione e definizione dei report definiti per le diverse categorie di prescrittori</p>
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>1.a Sono stati identificati e attribuiti obiettivi specifici alle strutture particolarmente coinvolte in tematiche relative all'appropriatezza prescrittiva (Distretti, Oculistica, Gastroenterologia, Medicina, Reumatologia, Diabetologia)</p>	

<p>1.b Nel corso dell'anno sono stati inviati i report per le seguenti aree terapeutiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Infliximab ed etanercept biosimilare (6 mesi, 8 mesi, 12 mesi 2017) - Epoetine e fattori di crescita granulocitari biosimilari (report mensile/bimestrale) - Farmaci antiepatite (report regionale) <p>Farmaci a brevetto scaduto in area cardiovascolare (statine, sartani associati e non) per i mmg (3 mesi 2017)</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
DISTRIBUZIONE DIRETTA FARMACI AD ALTO COSTO	
<p>1. 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.</p>	<p>2. Richiesta di dati ai centri prescrittori extra aziendali per i trattamenti con farmaci ad alto costo avviati agli assistiti dell'AAS5.</p>
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Richiesta periodica ad ASUIUD dei dati relativi ai trattamenti con i nuovi farmaci antiepatite C per i pazienti residenti in AAS5 (abbiamo ricevuto il report del 1° quadrimestre e dell'intero anno 2017)</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
PRESCRIZIONI DI MEDICINALI A BREVETTO SCADUTO	
<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 2017, dovranno tendere ai valori target indicati.</p>	<p>3. Promozione dell'utilizzo di farmaci a brevetto scaduto nell'ambito della medicina generale e nell'ambito della medicina specialistica/ospedaliera tramite riunioni di approfondimento e/o invio di reportistica di monitoraggio.</p>
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Effettuate cinque riunioni di approfondimento sui farmaci a brevetto scaduto il 20 aprile, il 25 maggio, il 12 ottobre, il 26 ottobre e il 14 dicembre 2017 con i medici di medicina generale (distretto Nord, Est, Sud, Ovest e Urbano) con consegna di specifica reportistica riguardante l'utilizzo di farmaci a brevetto scaduto in ambito cardiovascolare nell'anno 2016 e nel 1° trimestre 2017.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO: AZIONI DI APPROFONDIMENTO E REPORTISTICA SU FARMACI A BREVETTO SCADUTO</p> <p>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO: RAGGIUNTI 3/8 TARGET</p>
BIOSIMILARI	
<p>Per quanto riguarda i medicinali biosimilari (acquisti, prescrizione ed erogazione) va fatto riferimento alle specifiche direttive che regolamentano questo settore, come anche modificate dell'art. 1, comma 407 della legge n. 232/2016, promuovendo azioni di appropriatezza</p>	<p>Invio alla DCS di una relazione annuale sull'attività svolta. (modifica DGR 1571/2017)</p>

ed efficienza per il SSR. (modifica DGR 1571/2017)	
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>E' stato effettuato il monitoraggio delle prescrizioni di biosimilari di epoetine e fattori di crescita granulocitaria sui nuovi pazienti in trattamento e inviato il report di monitoraggio ai reparti prescrittori:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina interna - Nefrologia - Oncologia CRO <p>(report a cadenza mensile/bimestrale: 1 mese, 2 mesi, 3 mesi, 4 mesi, 6 mesi, 8 mesi, 9 mesi, 11 mesi e 12 mesi 2017)</p> <p>Sono stati realizzati i report relativi al monitoraggio dell'utilizzo di infliximab biosimilare ed etanercept biosimilare e sono stati inviati i dati relativi al primo semestre, 8 mesi e 12 mesi 2017.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
PERCENTUALI UTILIZZO MEDICINALI BREVETTO SCADUTO E BIOSIMILARI	
<p>Oltre alla promozione d'uso di medicinali a brevetto scaduto e biosimilari a livello territoriale, dovranno essere valutate a campione, in tempistiche e reparti che saranno comunicati dalla direzione centrale, le % percentuali di utilizzo di queste categorie di medicinali e le % di prescrizioni in dimissione o dopo visita ambulatoriale. I reparti interessati riguarderanno in particolare reumatologie, cardiologie, medicine, centri osteoporosi, nefrologie, oncologie, neurologie con riserva di integrare anche altri reparti nel corso dell'anno.</p>	<p>5. Esecuzione delle analisi a campione secondo le indicazioni della DCS.</p>
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Nel mese di novembre 2017 sono state verificate le cartelle cliniche dei pazienti in dimissione dai reparti di medicina e cardiologia nel periodo dal 1 al 15 giugno 2017 per quanto riguarda le prescrizioni di inibitori delle HMG CoA reductasi e le prescrizioni a seguito di visita specialistica ambulatoriale neurologica per la categoria altri antiepilettici nel periodo dal 1 al 7 giugno 2017.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
MEDICINALI REGISTRO AIFA	
<p>Evidenza del rispetto delle indicazioni prefissate nella prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA, assicurando la registrazione di tutti i dati richiesti, al fine di assicurare appropriatezza d'uso e consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing. La richiesta del farmaco dovrà sempre essere accompagnata dalla scheda di registrazione paziente nel registro. A tal fine potranno essere</p>	<p>6. Analisi delle eventuali criticità nella gestione dei registri e attività di sensibilizzazione alla risoluzione dei problemi.</p>

programmata analisi a campione da parte della direzione centrale.	
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>E' stata costantemente monitorata l'attività prescrittiva di farmaci soggetti a registro AIFA per identificare e risolvere eventuali problemi durante le fasi di prescrizione-erogazione.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
DISTRIBUZIONE DIRETTA 1° CICLO TERAPIA	
<p>A seguito di dimissione da ricovero e/o di visita specialistica ambulatoriale dovrà essere assicurata l'erogazione del 1° ciclo di terapia in distribuzione diretta. L'attività di distribuzione diretta continua ad essere garantita nell'ambito della residenzialità, della semi-residenzialità e dell'assistenza domiciliare presso tutte le strutture. Inoltre relativamente ai medicinali di nuova autorizzazione all'immissione in commercio e che sono inseriti nell'elenco dei farmaci erogabili in DPC, attuazione di ogni utile percorso per favorire la distribuzione diretta nelle more della effettiva disponibilità di tali medicinali in DPC fornendo anche le opportune informazioni ai prescrittori.</p>	<p>7.a. Prosecuzione dell'attività di distribuzione diretta in primo ciclo e nelle strutture territoriali.</p> <p>7.b. Attività informativa ai prescrittori in merito alle tempistiche di distribuzione dei nuovi farmaci inseriti in DPC.</p> <p>- Trasmissione alla DCS entro il 31.1.2018 di una relazione con la quale viene illustrata l'attività svolta e i risultati raggiunti nel 2017 (modifica DGR 1571/2017)</p>
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>7.a L'attività di distribuzione diretta è proseguita regolarmente.</p> <p>7.b I prescrittori sono stati informati tempestivamente in merito alle nuove molecole e alle tempistiche di distribuzione sul territorio.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
DISTRIBUZIONE PER CONTO	
<p>Per i medicinali DPC per i quali si rilevi un elevato ricorso alla non sostituibilità da parte del prescrittore, attuare specifici approfondimenti con i prescrittori, dando evidenza alla direzione centrale dei monitoraggi effettuati e delle azioni adottate.</p>	<p>8. Monitoraggio del ricorso alla non sostituibilità per i farmaci in DPC e adozione di azioni di approfondimento con i prescrittori in caso di particolari criticità.</p>
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>E' stata effettuata l'analisi delle ricette spedite in SSN e segnalate in WebDPC come mancanti "non sostituibili" del 1° quadrimestre 2017. Il numero di confezioni erogate in SSN per non sostituibilità è inferiore all'1% del totale dei pezzi erogati in DPC, pertanto per il momento non si è ritenuta utile nessuna azione correttiva nei confronti dei prescrittori in quanto non sono state rilevate particolari situazioni di criticità.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
INTEGRAZIONE FARMACIE	

<p>Oltre alla DPC promuovere l'attività di integrazione delle farmacie nel SSR nell'ambito della farmacia dei servizi, con particolare riferimento alle farmacie ubicate nelle zone più disagiate, prioritariamente su temi quali le patologie croniche, l'aderenza alle terapie, la prevenzione di interazioni ed eventi avversi.</p>	<p>9. Valutazione su eventuali implementazioni delle attività attualmente avviate nell'ambito della farmacia dei servizi.</p>
<p>Risultato al 31.12.2017 Attualmente nel territorio non sono emerse necessità di implementazione dei servizi offerti.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO STRALCIATO</p>
<p>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, quali la segnalazione spontanea in pronto soccorso, la segnalazione nell'ambito della dimissione da ricovero ospedaliero. Verranno inoltre avviati un percorso formativo a distanza (FAD) specifico sull'utilizzo della nuova piattaforma nazionale Vigifarmaco, nonché i progetti di farmacovigilanza attiva approvati dall'Agenzia italiana del farmaco. Su tali iniziative assicurare la partecipazione dei sanitari interessati e il supporto alle attività organizzative. In tale ambito continua a trovare applicazione la convenzione di cui alle DGR 435/2013 e 2199/2014. In generale, anche tramite convenzione della direzione centrale con gli Enti del SSR potranno essere avviati progetti sulle attività stabilite dalla DGR 1365/2015, volti a favorire un'informazione indipendente sull'impiego sicuro del farmaco, utilizzando i fondi statali dedicati a tali iniziative.</p>	<p>10. Partecipazione alle progettualità e alle attività formative organizzate dalla DCS.</p>
<p>Risultato al 31.12.2017 Nell'anno 2017 non sono state avviate specifiche progettualità regionali che coinvolgano l'AAS5. Si è provveduto ad estendere anche ai medici di medicina generale il corso sulla "Patologia iatrogena" proposto nel 2016 in ambito ospedaliero. Si sono organizzate 5 edizioni, una per ogni distretto aziendale, all'interno della formazione sul campo specifica per la medicina generale. Elenco delle edizioni: 20 aprile: distretto Nord 25 maggio: distretto Sud 12 ottobre: distretto Est 26 ottobre: distretto Ovest</p>	

14 dicembre: distretto Urbano	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
APPROPRIATEZZA USO DISPOSITIVI ASSISTENZA INTEGRATIVA	
Potenziare il monitoraggio e la verifica dell'appropriatezza d'uso dei dispositivi per l'assistenza integrativa al fine di porre in essere ogni azione utile ad una razionalizzazione della spesa e dei consumi di tali prodotti. Dovranno, inoltre, essere avviate a livello aziendale o in collaborazione tra aziende iniziative che prevedano differenti modalità di erogazione/distribuzione dell'assistenza integrativa. In particolare, per quanto riguarda l'erogazione di ausili di assistenza protesica, favorire la distribuzione diretta e prevedere, relativamente agli ausili per diabetici modalità di erogazione vantaggiose per l'SSR (es. diretta, accordi con le farmacie).	11. Monitoraggio periodico dell'utilizzo di dispositivi per l'assistenza integrativa e valutazione di modalità di erogazione alternative ed economicamente vantaggiose per gli ausili per diabetici.
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>E' stato effettuato il monitoraggio dei consumi di presidi in assistenza integrativa e la valutazione della congruità del codice esenzione per diabete con l'anagrafe delle esenzioni del FVG per il 1° semestre 2017 (ultimo dato disponibile).</p> <p>E' stata valutata la distribuzione diretta di ausili per diabetici alle pazienti seguite in ospedale per diabete gravidico, il progetto partirà nel corso del 2018.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
CARTELLA ONCOLOGICA	
Implementazione della cartella oncologia informatizzata relativamente ai campi: diagnosi/sede, protocollo/farmaco, stadiazione con un grado di completezza pari ad almeno il 95% dei pazienti.	12. Monitoraggio periodico della completezza della cartella oncologica.
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Il servizio di Oncologia a partire dal 1 gennaio 2017 è afferente al Centro di Riferimento Oncologico di Aviano</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
AZIENDE CON LOGISTICA CENTRALIZZATA	
Garantire la copertura delle prescrizioni personalizzate da parte dei medici dipendenti da AAS5 con iter elettronico tramite PSM per l'85% delle confezioni destinate alla distribuzione diretta nominale, al fine di consentire un puntuale monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e la promozione dei medicinali acquisiti centralmente	13. Prosecuzione dell'attività di promozione/assistenza nell'utilizzo delle prescrizioni informatizzate in particolare negli ambiti di scarso utilizzo.

da EGAS.	
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>La prescrizione in PSM è attiva in tutti i reparti e prosegue regolarmente l'attività di assistenza nell'utilizzo sempre maggiore del sistema (88% prescrizioni personalizzate con iter elettronico).</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>PSM elettronico: 87,6%</p> <p>PSM tutto: 97,8%</p> <p>Personalizzata (ascot + PSM): 99,1%</p>
PRESCRIZIONE INFORMATIZZATA PIANI TERAPEUTICI	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Dovrà essere garantito il ricorso (prima prescrizione e rinnovi) alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici implementati/disponibili a sistema, tramite l'applicativo PSM-PT, in almeno il 50% dei nuovi pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive.	14. Monitoraggio del ricorso alla prescrizione informatizzata tramite PSM-PT per i nuovi pazienti e implementazione progressiva del sistema informatizzato.
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Nel corso del primo quadrimestre si è provveduto ad attivare tempestivamente i nuovi piani terapeutici resi disponibili da Insiel.</p> <p>Dal monitoraggio effettuato, nel corso dell'anno 2017 la percentuale di piani informatizzati in ASS5 è del 98% (data verifica: 06/03/2018)</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>PSM-PT: % SU NUOVI: 73%</p>
FLUSSI INFORMATIVI	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Assicurare l'implementazione e il controllo dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese e l'integrale copertura della fase 3 su fase 2 (tendenziale 100% della spesa negli ambiti previsti) compatibilmente con la necessità di garantire le urgenze tramite magazzino centralizzato. Evidenza dell'inserimento a sistema del codice targatura in fase di erogazione dei medicinali.	15. Mantenimento dell'implementazione e controllo dei flussi informativi.
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>E' stato mantenuto l'invio dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali e nel corso del primo quadrimestre sono stati avviati gli scarichi comprensivi del codice targatura e l'attività è proseguita per tutto l'anno.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>FASE3/FASE 2: 99,51%</p>

	TARGATURA DD 99,87% (CONFEZIONI)
Sempre con riferimento ai flussi informativi, dare riscontro agli eventuali approfondimenti richiesti dalla Direzione Centrale, anche su istanza Ministero della Salute, entro 15 giorni dalle comunicazioni.	16. Effettuazione di approfondimenti eventualmente richiesti dalla DCS
Risultato al 31.12.2017 Non sono stati richiesti approfondimenti.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.6 PROGETTI ATTINENTI LA PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI SOCIOSANITARI

3.6.1 Non autosufficienza e disabilità	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
GOVERNO E RIQUALIFICAZIONE DEL SISTEMA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE PER ANZIANI	
1. Processo di riclassificazione delle residenze per anziani	<p>1. Vengono assicurati i livelli di collaborazione richiesti dall'Amministrazione Regionale in attuazione a quanto previsto al titolo X del D.P.Reg. 144/2015 attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ la verifica del possesso dei requisiti strutturali ed edilizi dichiarati dagli enti gestori delle strutture residenziali nell'ambito del processo medesimo (art. 52, comma 5 del D.P.Reg. 144/2015) nei casi richiesti dalla Regione; ○ il supporto alla valutazione delle domande di nuova classificazione presentate dagli enti gestori (articolo 56, comma 2), secondo le modalità indicate dalla Regione; ○ il supporto alla valutazione dei bisogni degli utenti delle residenze per anziani attraverso l'utilizzo del sistema di valutazione multidimensionale Val.Graf.-FVG (articolo 50 del D.P.Reg. 144/2015), nelle residenze per anziani non convenzionate.
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Il personale aziendale (Dipartimento Prevenzione, direzione Sanitaria e AGL) ha mantenuto i livelli di collaborazione per l'attuazione di quanto previsto dal Titolo X del DPR 144/15.</p> <p>Sono stati programmati degli incontri con Area Welfare per la valutazione congiunta del fascicolo predisposto per ogni struttura, ammissibilità del livello di classificazione e definizione e predisposizione della tipologia di nuova autorizzazione.</p> <p>Programmato per il primo semestre 2018 avvio dei sopralluoghi per rilascio nuove autorizzazioni all'esercizio a pieno titolo.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
2. Monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani	<p>1. Mantenimento delle attività di verifica e promozione della qualità</p> <p>2. Realizzazione di almeno tre audit (a livello aziendale).</p> <p>Redigere e trasmettere alla DCS, entro il primo semestre 2017, una dettagliata relazione illustrativa delle attività di monitoraggio e promozione della qualità realizzate.</p>
Risultato al 31.12.2017	

1. Sono state mantenute le attività di verifica e promozione della qualità, sono stati richiesti alle strutture, che negli anni passati sono stati oggetto di audit, nuovi piani di miglioramento e monitorizzati i piani di miglioramento proposti per l'anno 2016.

Avviati incontri presso le strutture residenziali su ICA e lavaggio delle mani (140 partecipanti nel 2017).

2. Sono stati realizzati 6 audit presso le strutture residenziali di Spilimbergo (09.02), Casa Serena (11.03), Azzano Decimo (21.04), Clauzetto (16.05), Sacile (23.05), Morsano (25.05).

Sono stati inoltre richiesti, acquisiti e valutati i piani di miglioramento di alcune strutture su aspetti critici rilevati negli anni precedenti, nonché la coerenza delle attività poste in essere.

3. Inviata relazione DCS relativa al primo semestre 2017.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>3. Sistemi informativi</p> <p>L'Azienda monitora, verifica ed eventualmente sollecita, l'utilizzo sistematico dello strumento di VMD Val.Graf.-FVG e dei sistemi informativi e-GENeSys e SIRA-FVG nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati del proprio territorio</p>	<p>1. Mantenere il monitoraggio degli aggiornamenti delle Val. Graf._FVG secondo le tempistiche previste dalla norma e trasmettere alle strutture formale comunicazione della situazione rilevata.</p> <p>Effettuare verifica trimestrale nel sistema SIRA-FVG dei report relativi alle presenze, ai movimenti degli ospiti e alle liste d'attesa prodotti delle strutture residenziali convenzionate.</p>
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>E' stato mantenuto il monitoraggio degli aggiornamenti delle Val. Graf._FVG secondo le tempistiche previste dalla norma e trasmesso alle strutture formale comunicazione della situazione rilevata.</p> <p>Sono state effettuate le verifiche trimestrali nel sistema SIRA-FVG.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>4. Sistema di VMD Val.Graf.-FVG</p> <p>Tutte le AAS provvedono a valutare, mediante l'utilizzo del sistema di VMD Val.Graf.-FVG, tutte le persone per le quali è previsto l'accoglimento in un servizio semiresidenziale o residenziale convenzionato.</p>	<p>1. Per tutti gli utenti accolti nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani è presente nel sistema informativo e-GENeSys una valutazione con lo strumento di VMD Val.Graf.-FVG effettuata dall'UVD.</p> <p>La VMD deve essere effettuata da un'équipe multi-professionale sanitaria e sociale del distretto e dell'ambito di riferimento dell'utente.</p>
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Per tutti gli utenti accolti nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani è presente nel sistema informativo e-GENeSys una valutazione con lo strumento di VMD Val.Graf.-FVG effettuata dall'UVD.</p> <p>La VMD viene effettuata da un'équipe multi-professionale sanitaria e sociale del distretto e dell'ambito di riferimento dell'utente.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
FONDO AUTONOMIA POSSIBILE – SALUTE MENTALE	
<p>Fondo per l'Autonomia Possibile – salute mentale</p>	<p>E' assicurato il finanziamento di progetti FAP come da D.P.Reg. 144/2015 e del regolamento di cui</p>

		all'articolo 31 della L.R. 6/2006 .				
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>La progettazione Fondo per l'Autonomia Possibile – salute mentale (Fap) viene costantemente monitorata dalle varie Equipe distrettuali competenti ed il finanziamento UTI+AAS5 da una risposta significativa ai bisogni sui vari assi di intervento previsti (abitare, socialità, lavoro).</p>						
Valutazione Direzione Centrale Salute		OBIETTIVO RAGGIUNTO				
FONDO GRAVISSIMI						
Fondo gravissimi		<p>– In base al regolamento emanato con DPRReg 247/2009, in collaborazione con gli Ambiti distrettuali, svolgimento delle attività di accertamento e segnalazione dei casi di gravissima disabilità fornendo alla Direzione Centrale altresì tutta la documentazione necessaria alla valutazione selettiva.</p> <p>A seguito delle disposizioni contenute nel decreto interministeriale di ripartizione del Fondo nazionale non autosufficienze 2016 (art. 3), partecipazione alla rilevazione (da effettuarsi entro il primo trimestre 2017) del numero di persone con disabilità gravissima secondo le condizioni individuate nel decreto medesimo.</p>				
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>1) Sono state trasmesse ai competenti servizi regionali le informazioni/documentazione richieste (DPRReg 247/09).</p> <p>2) E' stato inviato entro 31 marzo 2017 un documento attestante il numero di persone con gravissima disabilità dell'AAS5 secondo le indicazioni individuate nel decreto interministeriale.</p> <p>Tale documento è stato prodotto con la collaborazione di distretti e dipartimenti.</p>						
Riferimento	Criterio A	Criterio B	Criterio D	Criterio E	Criterio G	Totale
Distretto Nord	15	6	2	49	10	82
Distretto Sud	1	6	2	38	7	54
Distretto Est	1	0	0	23	6	30
Distretto Ovest	3	4	5	61	21	94
Distretto Urbano	5	3	5	30	23	66
TOTALE DISTRETTI	25	19	14	201	67	326
<p>Criterio A: persone in coma</p> <p>Criterio B: persone con ventilazione assistita a domicilio</p> <p>Criterio D: persone con lesioni spinali C1-C5</p> <p>Criterio E: persone con patologia neurologica</p> <p>Criterio G. persone con grave disabilità comportamentale e Disturbi Spettro Autistico</p>						

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
AUTOVEICOLI PRIVATI PER IL TRASPORTO DI PERSONE DISABILI	
Autoveicoli privati per il trasporto di persone disabili	A seguito della modifica dell'art. 3, commi 91, 92 della legge regionale 2 febbraio 2005, n. 1, erogazione di contributi a favore di persone con disabilità per l'acquisto e l'adattamento di autoveicoli per il trasporto personale e per il conseguimento dell'abilitazione alla guida.
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>A seguito della modifica dell'art. 3, commi 91, 92 della legge regionale 2 febbraio 2005, n. 1, quest'Azienda Sanitaria provvede regolarmente all'erogazione di contributi a favore di persone con disabilità per l'acquisto e l'adattamento di autoveicoli per il trasporto personale e per il conseguimento dell'abilitazione alla guida.</p> <p>Sono stati concessi ed erogati 74.883,55 euro per DIECI domande ricevute nel 2017; il residuo di 1.344,71 euro verrà impiegato per il finanziamento delle domande di contributo che verranno presentate nel corso del 2018.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
VIGILANZA DEI SERVIZI SEMIRESIDENZIALI E RESIDENZIALI SOCIOSANITARI DESTINATI A PERSONE ANZIANE E CON DISABILITA'	
<p>Vigilanza dei servizi semiresidenziali e residenziali sociosanitari destinati a persone anziane e con disabilità</p> <p>Nelle more della piena attuazione del D.P.Reg. 144/2015 e dell'adozione del regolamento di cui all'articolo 31 della L.R. 6/2006, le AAS esercitano la funzione di vigilanza e controllo dei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani non autosufficienti e delle strutture destinate all'accoglimento di persone con disabilità. Tale funzione è esercitata periodicamente o su iniziativa in caso di specifiche segnalazioni o ogni qualvolta ne venga ravvisata la necessità.</p>	Effettuare l'attività di vigilanza e controllo su almeno 12 strutture dei servizi/strutture collocati sul territorio di competenza.
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Il personale aziendale (Dipartimento Prevenzione, direzione Sanitaria e AGL) ha mantenuto i livelli di collaborazione per l'attuazione di quanto previsto dal Titolo X del DPR 144/15.</p> <p>Sono stati programmati degli incontri con Area Welfare per la valutazione congiunta del fascicolo predisposto per ogni struttura, ammissibilità del livello di classificazione e definizione e predisposizione della tipologia di nuova autorizzazione.</p> <p>Programmato per il primo semestre 2018 avvio dei sopralluoghi per rilascio nuove autorizzazioni all'esercizio a pieno titolo.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.6.2 Minori	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Applicazione delle Linee guida regionali per l'affido familiare approvate con delibera n. 1115 del 12 giugno 2015.	linee guida regionali con tutte le forme di affido tramite utilizzo della scheda di monitoraggio e Evidenza dell'applicazione delle verifica regionale e/o locale (scheda presentazione caso all'UVMF e verbale)
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Come previsto dal Protocollo Regionale sull'Affido è proseguita la collaborazione fra Consultori Familiari e i Servizi Sociali degli Ambiti e sono state utilizzate le schede di monitoraggio e/o schede UVMF per facilitare la condivisione/integrazione del lavoro fra i servizi.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO RELATIVAMENTE ALL'ATTIVITÀ DI INTEGRAZIONE
	Garantire una presa in carico tempestiva del minore, della famiglia, garantendo interventi specialistici continuativi e mirati ai singoli individui, attivando azioni e interventi specialistici, per favorire il recupero delle potenzialità genitoriali, il sostegno psicologico del minore e il suo possibile rientro nella famiglia di origine.
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Come previsto dal Protocollo Regionale sull'Affido è stata garantita la presa in carico dei nuclei familiari da parte dei Consultori dell'AAS 5</p> <p>La documentazione (scheda monitoraggio, schede UVMF, verbali di incontri) sono conservate negli archivi dei Consultori Familiari.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Il Tavolo di lavoro regionale, con il coinvolgimento dei consultori familiari, assumerà la valenza di organismo tecnico specialistico di approfondimento delle diverse tematiche riguardanti l'adozione nazionale e internazionale, con particolare riferimento alle singole procedure di idoneità e abbinamento adottivo, sull'iter post adottivo, nonché di prassi condivise sulle prestazioni specialistiche dell'operato servizi sanitari coinvolti, in primis i consultori familiari e dei diversi Enti autorizzati per l'adozione internazionale.	– Partecipazione ad almeno l'80% degli incontri del tavolo di lavoro regionale per l'elaborazione delle Linee guida per le adozioni nazionali e internazionali.
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Nel 2016 è stata completata l'elaborazione delle Linee Guida Regionali ed è stata avviata la loro sperimentazione in tutto il territorio regionale.</p> <p>Nel 2017 è stata garantita la partecipazione a tutti gli incontri del tavolo di lavoro regionale.</p>	

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

3.6.3 Piano di Zona	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Piano di Zona	<ul style="list-style-type: none"> - Evidenza dell'Atto di Intesa sottoscritto tra AAS5 e i Servizi sociali dei Comuni della provincia di Pordenone associati nelle UTI - Trasmissione dei documenti di programmazione integrata locale nelle modalità e termini indicati dalla Regione - Sviluppo e completamento degli obiettivi di integrazione sociosanitaria
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>La Conferenza dei Sindaci dell'AAS5, nella seduta del 27 febbraio 2017, ha approvato la continuità nel corso del 2017 degli obiettivi ed azioni previsti dal PAA 2016.</p> <p>Nella stessa seduta, è stato deciso, dopo analisi della proposta formulata dalla Cabina di Regia del Piano di Zona della provincia di Pordenone, di centrare maggiore attenzione agli obiettivi relativi a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Minori e genitorialità - Inclusione ed integrazione lavorativa <p>La Conferenza dei Sindaci, nella seduta del 14/10/2017, in carenza di linee di programmazione regionale, ha deciso di approntare un documento di intesa sul PAA per il periodo 2017-2018. I Servizi sociali dei Comuni hanno elaborato i rispettivi PAA, con la partecipazione della DSS per le parti di integrazione sociosanitaria, con adozione da parte delle varie Assemblee dei Sindaci.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
In considerazione della complessità dell'attuale fase di passaggio delle funzioni dei Servizi sociali dei Comuni alle UTI, per il momento non sono stati fissati termini entro i quali procedere alla sottoscrizione dell'Atto di intesa e della presentazione del Piano attuativo annuale 2017.	<p>PROPOSTA MODIFICA RISULTATO ATTESO:</p> <p>Monitoraggio degli obiettivi sociali e sociosanitari 2016 inviati in Regione entro il 31/03/2017</p> <p>Dare continuità nel corso del 2017 agli obiettivi ed azioni del PAA 2016</p> <p>Dare prioritario sviluppo operativo nel corso del 2017 alla modalità dei Tavoli di Lavoro della Cabina di Regia sui seguenti temi individuati come prioritari:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Minori e genitorialità; <p>Inclusione ed integrazione lavorativa.</p>
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Il monitoraggio degli obiettivi sociali e sociosanitari è stato presentato alla Conferenza dei Sindaci il 27/2/2017.</p> <p>La Conferenza dei Sindaci il 27/2/2017 ha approvato la continuità nel corso del 2017 degli obiettivi ed</p>	

azioni previsti dal PAA 2016.

Per il primo aspetto, nella seduta successiva della Cabina di Regia (30/3/17) si sono convenuti alcuni aspetti operativi che hanno visto, entro il 30/4/17, l'avvio di lavori di gruppo dei Dipartimenti e servizi aziendali dedicati all'area materno-infantile e tutela minori propedeutici ad una definizione operativa territoriale su aspetti rilevanti quali ad esempio il tema delle visite protette o gli inserimenti in comunità con importanti aspetti sociosanitari e sanitari.

Per il secondo aspetto, la DSS, il gruppo aziendale sull'agricoltura sociale appositamente costituito (con la presenza di operatori del SIL aziendale) da una parte, ed i Servizi sociali dei Comuni dall'altra hanno intrapreso alcune azioni di collaborazioni finalizzate alla predisposizione di accordi operativi utili alla predisposizione di progetti per il bando del Piano di Sviluppo Rurale regionale dedicato all'agricoltura sociale, vista come una risorsa multifunzionale per azioni di inclusione sociale ed integrazione lavorativa. Entro la fine del 2017, l'AAS5 ha aderito alle due progettualità di Comuni associati (una con il Comune di San Quirino ed una con il Comune di Spilimbergo quali capofila).

La DSS con il SIL ha partecipato alle riunioni di lavoro promosse dalle competenti Direzioni regionali (Lavoro e Politiche sociali) per la redazione del nuovo regolamento sui tirocini lavorativi e per l'inclusione sociale (approvato poi ad inizio 2018).

Sono proseguite le riunioni periodiche della Cabina di Regia del Piano di Zona con particolare attenzione, nelle sedute di giugno e luglio, sul tema della tutela minorile e sostegno alla genitorialità.

Nelle ultime sedute dell'anno, la Cabina di Regia, sviluppando le azioni per la realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali per le Persone con Disabilità (parte integrante dell'Atto di Delega alla AAS5 approvato dalla Conferenza dei Sindaci il 27/12/17) ha convenuto di tenere conto delle riflessioni operative condivise, per la prima volta, tra più Servizi e Dipartimenti, nella predisposizione sia di progetti specifici del PAL aziendale 2018 sia nelle schede di budget 2018, al fine di dare continuità operativa al percorso intrapreso.

Anche per sostenere questo importante lavoro di integrazione sociale e sociosanitaria, il DSS ha predisposto una pubblicazione relativa ai contenuti della parte sociosanitaria del Decreto 12/1/17 sui Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

**- NON SONO PERVENUTI TUTTI I MONITORAGGI SEMESTRALI
PREVISTI**

3.7 RAPPORTO CON I CITTADINI

3.7.1 Tempi di attesa	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Rispettare i tempi d'attesa per la specialistica ambulatoriale e i ricoveri per interventi chirurgici programmati (allegato: <i>Elenco delle prestazioni oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa</i>).	1. Specialistica ambulatoriale - Nei riguardi dei cittadini deve essere assicurata la garanzia erogativa per le priorità B al > 95%, per la priorità D al > 90% e per le priorità P al > 85% 2. Interventi chirurgici - Garantire il rispetto dei tempi secondo i codici di priorità A (almeno 95% della casistica), B, C e D (almeno 90% della casistica)
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Specialistica ambulatoriale</p> <p>Le prestazioni traccianti che il monitoraggio dei tempi di attesa ha evidenziato come critiche nel corso del 2017 sono risultate:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Visita endocrinologica ▪ Visita ortopedica ▪ Visita fisiatrica ▪ Visita pneumologica ▪ Prestazioni di endoscopia digestiva ▪ RMN encefalo e addome (per la priorità B) <p>Altre prestazioni (visita di chirurgia vascolare, visita gastroenterologica, visita urologica, EMG), che nei primi mesi dell'anno avevano dimostrato basse percentuali di rispetto, hanno visto un progressivo miglioramento delle performance.</p> <p>Gli interventi correttivi adottati sono stati i seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistematica riorganizzazione delle attività esistenti, per un'offerta più aderente alla domanda ▪ Aumento dell'offerta, attraverso l'assunzione di personale (oculistica, pneumologia, gastroenterologia, chirurgia vascolare) o con ricorso a strumenti incentivanti ▪ Rimodulazione dell'offerta degli erogatori privati accreditati, orientata ad un aumento delle prestazioni di diagnostica per immagini ▪ Governo della domanda attraverso la definizione di protocolli di prioritarizzazione delle prestazioni nel contesto di una collaborazione fra Ordine provinciale dei medici chirurghi e specialisti aziendali <p>Criticità persistenti</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'aumento dell'offerta determina miglioramenti delle performance che non si mantengono nel tempo, favorendo l'inappropriatezza della domanda e la mobilità dei pazienti ▪ La difficoltà ad adeguare l'offerta laddove strutturalmente insufficiente per l'indisponibilità di professionisti in fase di assunzione (es. ortopedici) o per la limitata possibilità di utilizzo di strumenti incentivanti ▪ L'inappropriatezza della domanda ▪ Il condizionamento della domanda e della tipologia di offerta che deriva dalla presenza nel territorio 	

aziendale dell'IRCCS CRO																	
Interventi chirurgici																	
Si confermano le criticità rilevate nel 2016, in particolare per gli interventi di neoplasia di prostata, rene e vescica.																	
Le attività correttive poste in campo hanno riguardato, oltre all'adeguamento degli organici, la revisione del percorso di prericovero e revisione delle regole di programmazione del sale operatorie.																	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO																
2. Monitorare i tempi d'attesa.	L'Azienda rispetta i tempi per la trasmissione dei monitoraggi ministeriali (ALPI e attività istituzionale).																
Risultato al 31.12.2017																	
Sono stati trasmessi tutti i monitoraggi previsti.																	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO																
3. Configurare le agende dell'AAS5 e delle strutture private accreditate presenti sul suo territorio per la prenotazioni on line.	Le agende sono adeguate alla prenotazione on line secondo le indicazioni dell'EGAS.																
Risultato al 31.12.2017																	
Le agende sono state adeguate alle indicazioni ricevute sia per le strutture pubbliche che per le strutture private accreditate, con l'eccezione della Struttura La Nostra Famiglia per la quale è in corso la configurazione delle agende, che si concluderà entro giugno 2018.																	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO																
4. Rispettare il rapporto tra attività libero professionale e istituzionale.	Il rapporto tra i volumi erogati sono costantemente monitorato in relazione al rispetto dei tempi d'attesa garantiti per l'attività istituzionale.																
Risultato al 31.12.2017																	
E' rispettato il rapporto tra attività libero professionale e istituzionale																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Dati</th> <th>LP</th> <th>IST.</th> <th>% LP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2017</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>AMB</td> <td>48640</td> <td>3298384</td> <td>1,47%</td> </tr> <tr> <td>RIC</td> <td>34</td> <td>34132</td> <td>0,10%</td> </tr> </tbody> </table>		Dati	LP	IST.	% LP	2017				AMB	48640	3298384	1,47%	RIC	34	34132	0,10%
Dati	LP	IST.	% LP														
2017																	
AMB	48640	3298384	1,47%														
RIC	34	34132	0,10%														
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO																
5. informatizzare e rendere disponibili a sistema CUP regionale le agende delle prestazioni ambulatoriali.	Entro il 31/12/2017 le agende delle prestazioni ambulatoriali sono visibili a CUP regionale																
Risultato al 31.12.2017																	
L'offerta ambulatoriale è informatizzata e, per le prestazioni di primo accesso, è differenziata per priorità clinica.																	
La prenotazione a call center è garantita per tutte le prestazioni traccianti e per gran parte delle altre prestazioni di primo accesso.																	

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
LR 7/2009: abbattimento liste di attesa	<p>Le AAS/ASUI presentano una relazione alla Direzione Centrale Salute in cui vengono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - rendicontate le modalità di utilizzo del finanziamento attribuito nell'indistinto pro-capite (L.R. 7/2009) - illustrati i risultati ottenuti in termini di contenimento dei tempi di attesa.
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>I contratti stipulati con gli erogatori privati accreditati prevedono una quota extratetto pari al 40 % del finanziamento legge 7/2009 che sono stati destinati all'aumento dell'offerta delle prestazioni per le quali risulta critico il rispetto dei TdA.</p> <p>Alle strutture private accreditate per la specialistica ambulatoriale (SaniSystem srl, Diagnostica 53 srl e Centro medica Esperia srl) che insistono sul territorio dell'AAS 5 è stata attribuita, nel 2017, una quota pari al 20% del finanziamento assegnato in applicazione alla legge 7/2009, per un ammontare complessivo pari a € 120.000.</p> <p>Le prestazioni traccianti erogabili da tali strutture sono quelle appartenenti alla branca di diagnostica per immagini. Alla loro erogazione è stato legato il 70% del budget complessivo assegnato, così come previsto dall'Accordo di cui all'Allegato 2 della DGR 42/2017.</p> <p>Alla Casa di Cura S. Giorgio è stata attribuita, nel 2017, un'ulteriore quota pari al 20% del finanziamento assegnato in applicazione alla legge 7/2009, per un ammontare complessivo pari a € 120.000, legata ad un incremento delle prestazioni di coloscopia, RM addome, encefalo e tronco encefalico, RM cardiaca, TC encefalo, addome e torace, ecografia cardiaca, visita cardiologica e visita fisiatrica.</p> <p>L'esito delle azioni di governo della domanda e dell'offerta è descritto al punto 1. Risulta complesso identificare quale sia il contributo al contenimento dei tempi di attesa attribuibile all'incremento del budget assegnato ai privati accreditati, in considerazione della molteplicità delle variabili che intervengono nella determinazione del rapporto domanda/offerta. Tuttavia, per il 2017, il concorso di queste strutture potrebbe essere stato condizionato dalla difficoltà di adeguare, in un tempo relativamente breve, l'offerta alle richieste, in particolare quando questo ha significato reclutare nuovi professionisti.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

3.7.2 Apertura dei reparti di terapia intensiva e semi-intensiva ai care giver	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Abolizione delle limitazioni non motivatamente necessarie (es. effettiva necessità di isolamento) per i caregiver indicati dai pazienti degenti presso le degenze intensive e semi-intensive	<p>- evidenza del percorso e sua attuazione per garantire l'obiettivo regionale</p> <p>I degenti presso le TI e TSI intervistati dopo la dimissione dichiarano la presenza dei caregiver durante il ricovero nel 90% dei casi</p>
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Le attività previste sono state avviate coerentemente con i tempi richiesti dalla Regione .</p>	

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

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

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Possibilità dei pazienti di avere accanto il caregiver al momento della visita medica o dell'esecuzione delle procedure assistenziali.	<ul style="list-style-type: none"> - evidenza del percorso e sua attuazione per garantire l'obiettivo regionale - I degenti presso le degenze ordinarie intervistati dopo la dimissione dichiarano la presenza dei caregiver durante la visita medica o l'esecuzione delle procedure assistenziali nel 90% dei casi
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Le attività previste sono state avviate coerentemente con i tempi richiesti dalla Regione</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

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

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Accertamento delle condizioni cliniche e assistenziali del paziente dopo la dimissione da un intervento chirurgico	<p>Contatto telefonico entro 5 giorni dalla dimissione per raccogliere informazioni relative al decorso clinico assistenziale.</p> <p>La valutazione sarà effettuata su un campione di pazienti e l'obiettivo sarà:</p> <ul style="list-style-type: none"> - raggiunto: risposta positiva in almeno il 90% dei pazienti campionati - non raggiunto: risposta positiva al di sotto del 40% dei pazienti - parzialmente raggiunto: risposta positiva per percentuali comprese tra 40% ed il 90%
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Le attività previste sono state avviate coerentemente con i tempi richiesti dalla Regione</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

3.7.5 Individuazione del medico responsabile della gestione del ricovero del paziente

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

	della gestione del suo caso
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Le attività previste sono state avviate coerentemente con i tempi richiesti dalla Regione .</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

3.7.6 Esperienza nei percorsi assistenziali	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
<p>Attuare le indicazioni delle Linee di gestione 2017 attraverso l'individuazione di metodi di condivisione dell'esperienza dei cittadini nei percorsi assistenziali.</p> <p>Prosecuzione dell'attività di coinvolgimento e collaborazione con le Associazioni di utenti e di volontariato nella valutazione dell'esito delle cure.</p>	<p>- evidenza del percorso e sua attuazione per garantire l'obiettivo regionale</p> <p>-Condividere con le Associazioni sul metodo di somministrazione del questionario ai cittadini da parte degli operatori di call center.</p> <p>Coinvolgimento da parte dei Distretti delle Associazioni presenti nei rispettivi territori per la condivisione di proposte di miglioramento sulla qualità delle cure.</p>
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>1) Il Comitato di Partecipazione è stato istituito con Decreto 317 del 11/05/2017 e si è ufficialmente insediato in data 12/06/2017 incontrandosi 5 volte. Sul sito Aziendale è stata creata una pagina dedicata http://www.aopn.sanita.fvg.it/it/partners/comitato_aziendale_partecipazione.html</p> <p>2) In fase di definizione la scelta della metodologia di somministrazione dei questionari di soddisfazione ai cittadini.</p> <p>3) Proposta di un gruppo di miglioramento aziendale con la partecipazione delle Associazioni e dei MMG per la produzione congiunta di una "Carta degli impegni".</p> <p>4) Le Associazioni sono invitate dal D.G. a proporre alcuni obiettivi da inserire nel Pal del prossimo anno. I distretti, in un'ottica di coinvolgimento delle Associazioni hanno partecipato/organizzato una serie di incontri:</p> <p>Distretto sud: marzo (Azzano X) vaccinazioni. In programma: incontro a novembre su AFA e su specialistica ambulatoriale.</p> <p>Distretto ovest: 13 giugno (CANEVA): organizzazione attività MMG.</p> <p>In programma: 17 ottobre (SACILE): L'offerta sanitaria territoriale: la buona sanità che non si vede.</p> <p>Distretto nord: aprile (Maniago): stato di salute del distretto nord;</p> <p>Marzo (Montereale Valcellina): i problemi alcol correlati.</p> <p>-Distretto urbano: 12 maggio (Pordenone): incontro distretto urbano con associazione Alzheimer: "tutela e agevolazioni anziani non autosufficienti"</p> <p>-Distretto est: 13.7.2017 (San Vito): Incontro pubblico "Cure dentistiche. Odontoiatria sociale: cos'è e come si accede".</p> <p>Sono stati svolti in tutti i distretti una serie di incontri richiesti dal sindacato CISL pensionati, sul tema della salute e dei servizi orientati agli anziani.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

4. FLUSSI INFORMATIVI E VALUTAZIONI

Flussi informativi e valutazioni	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Avvio nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)	- Corretta compilazione dei nuovi campi in almeno il 90% delle SDO - Partecipare alle attività di monitoraggio e valutazione sull'utilizzo della nuova SDO
Risultato al 31.12.2017 E' stato reso disponibile il nuovo software per la compilazione della nuova SDO dal mese di marzo 2017 e ne viene costantemente verificato l'utilizzo	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Qualità dei dati ai fini amministrativi, epidemiologici e gestionali	Partecipazione al programma di formazione regionale. A conclusione della formazione è attesa la corretta compilazione di almeno il 90% delle schede di morte e il 90% delle SDO.
Risultato al 31.12.2017 Garantita la partecipazione alla formazione regionale e aziendale	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Flussi Ministeriali	Corretta alimentazione e rispetto dei tempi di invio di tutti i flussi ministeriali di competenza aziendale
Risultato al 31.12.2017 La tempistica di tutti i flussi ministeriali è rispettata.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO NON È STATO CORRETTAMENTE ALIMENTATO IL FLUSSO EMUR 118
Obblighi informativi e indicatori	Manutenzione e monitoraggio della congruità delle basi dati con il coordinamento della DCS
Risultato al 31.12.2017 Viene garantita la collaborazione con la DCS.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Clima interno	Valutazione del clima interno secondo un percorso definito dalla DCS
Risultato al 31.12.2017 In attesa di indicazioni regionali.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

5. SISTEMA INFORMATIVO

Sistema informativo	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. servizi on line per i cittadini	<p>Procedere al consolidamento dei servizi on line per i cittadini con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'ulteriore sviluppo dell'infrastruttura del servizio di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali con l'uso della ricetta dematerializzata, nell'ottica della riduzione del tempo di accesso e degli spostamenti dei cittadini; - l'ulteriore estensione del servizio referti on line per le prestazioni sottoscritte digitalmente; - lo sviluppo di tecnologie mobility app per i principali servizi on line sviluppati; - la consultazione liste d'attesa di tutte le prestazioni erogate, ivi incluse le liste d'attesa per i principali interventi chirurgici, indicando la prima data utile; - la collaborazione per l'avvio della dematerializzazione della prescrizione specialistica;
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>E' garantita l'attività in funzione degli strumenti messi a disposizione dal SISSR.</p> <p>In particolare sono attivi i seguenti servizi on-line accessibile anche tramite il sito istituzionale dell'AAS5: prenotazione con ricetta rossa ma anche con ricetta dematerializzata, referto on-line per esami sottoscritti digitalmente, avviato a marzo 2017, consultazione dei tempi di attesa per prestazioni ambulatoriali.</p> <p>Si rimane in attesa da parte di Regione della modalità e possibilità di consultazione dei principali interventi chirurgici come la disponibilità di servizi (app) fruibili su dispositivi mobile.</p> <p>L'azienda ha configurato le agende elettroniche delle prestazioni ambulatoriali secondo le indicazioni regionali per la consultazione dei relativi tempi di attesa.</p> <p>Per la gestione delle liste di attesa dei ricoveri programmati le strutture chirurgiche utilizzano l'apposita funzione dell'applicativo ADT, dal quale i dati possono essere estratti per l'eventuale consultazione.</p> <p>Per quanto concerne l'avvio della dematerializzazione della prescrizione specialistica è operativo per tutte le strutture aziendali e per i dipendenti medici specialisti ed ex-sumai ad esclusione della fisioterapia (problemi sulla gestione dei cicli di terapia). I MMG della AAS5 hanno avviato questa attività già nel 2014. Tutti i MMG utilizzano la ricetta dematerializzata per le prescrizioni farmaceutiche, ad eccezione di un numero minimo che esercita la sua attività in zone di montagna dove il segnale non è adeguato (Polcenigo, Tramonti, ecc).</p> <p>E' stata effettuata una verifica anche sulla dematerializzata per le prescrizioni di accertamenti specialistici fatte dai MMG.</p>	

Circa il 10% dei MMG effettuano prescrizioni specialistiche con de materializzata.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

2. servizi on line per i cittadini

Procedere al consolidamento dei servizi on line per i cittadini con:

- l'ulteriore sviluppo dell'infrastruttura del servizio di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali con l'uso della ricetta dematerializzata, nell'ottica della riduzione del tempo di accesso e degli spostamenti dei cittadini;
- l'ulteriore estensione del servizio referti on line per le prestazioni sottoscritte digitalmente;
- lo sviluppo di tecnologie mobility app per i principali servizi on line sviluppati;
- la consultazione liste d'attesa di tutte le prestazioni erogate, ivi incluse le liste d'attesa per i principali interventi chirurgici, indicando la prima data utile;
- la collaborazione per l'avvio della dematerializzazione della prescrizione specialistica;
- la collaborazione allo sviluppo dei temi della sanità digitale attraverso l'implementazione di soluzioni informatiche per l'integrazione socio-sanitaria e la continuità della cura;

Risultato al 31.12.2017

Per le collaborazioni sui temi di sanità digitale come implementazioni di soluzioni per gestione del farmaco rimaniamo in attesa di convocazioni tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale

Si garantisce la collaborazione ai tavoli regionali per gli aspetti di sicurezza fisica e logica/funzionale

Per quanto concerne l'avvio della dematerializzazione della prescrizione specialistica è operativo per tutte le strutture aziendali e per i dipendenti medici specialisti ed ex-sumai ad esclusione della fisioterapia (problemi sulla gestione dei cicli di terapia).

E' stata effettuata una verifica anche sulla dematerializzata per le prescrizioni di accertamenti specialistici fatte dai MMG.

Circa il 10% dei MMG effettuano prescrizioni specialistiche con de materializzata.

Collaborato allo switch della centrale operativa 118 su NUE

Proseguono gli interventi per la riorganizzazione dei sistemi, si evidenzia di nuovo la mancanza di allocazione risorse INSIEL per: unificazione dei siti internet aziendali, migrazione a nuovo domino aziendale, supporto alla fase 3 del riordino per i sistemi clinici (G2Clinico/Configuratore SSSR)

Per cartella informatizzata e per revisione del sistema ASCOT si rimane in attesa di conoscere l'evoluzione da parte di DCS.

In attesa di disposizioni regionali

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
obbligo dell'utilizzo della firma digitale	<p>Percentuale minima di refertazione con l'utilizzo della firma digitale rispetto al totale dei referti per:</p> <ul style="list-style-type: none"> - gli applicativi gestionali del G2 Clinico > 90%, in particolare la lettera di dimissione ospedaliera - Laboratorio e microbiologia > 98% - Medicina trasfusionale > 98 % - Anatomia patologica > 98 % - Radiologia > 98%
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Tutte le strutture/reparti che producono la lettera di dimissione sono abilitate alla firma digitale, l'ufficio personale ha distribuito le nuove carte operatore per la firma scadute in massa ad aprile, i report per il monitoraggio dei referti/lettere di dimissione firmati digitalmente sono disponibili nell'area dedicata al controllo di gestione.</p> <p>Referti firmati digitalmente 2017 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - G2 Clinico=90% - Laboratorio e microbiologia =99,8% - Medicina trasfusionale =99,97% - Anatomia patologica =100% - Radiologia =99% <p>Lettere di dimissione firmate digitalmente 2017 :</p> <p>25247/30119 = 83,82%</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

Sistema PACS regionale	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Sistema PACS regionale	<p>a. completamento dell'estensione del sistema PACS nel settore dell'endoscopia digestiva ed avvio dell'estensione all'intero ambito dell'endoscopia ambulatoriale (broncoscopia, cistoscopia, colposcopia.);</p> <p>b. messa a regime dei casi d'uso relativi alla consultazione/visualizzazione di referti e immagini negli ambiti inter-aziendale ed emergenziale, nel pieno rispetto dei vincoli e raccomandazioni del Garante della Privacy, previa verifica di disponibilità della rete telematica regionale a larga banda;</p> <p>c. sviluppo e implementazione del caso d'uso relativo alla consultazione/visualizzazione di</p>

	<p>referti e immagini in ambito inter-aziendale per il tramite del fascicolo sanitario, nel pieno rispetto dei vincoli e raccomandazioni del Garante della Privacy, previa verifica di disponibilità della rete telematica regionale a larga banda;</p> <p>d. integrazione delle potenzialità elaborative del sistema PACS con moduli aggiuntivi per l'analisi diagnostica evoluta in distretti anatomici specifici, in coerenza con il progetto regionale di sviluppo dei sistemi informativi ospedalieri e in risposta a specifiche e motivate richieste da parte dei gruppi di utilizzatori clinici già interessati dal sistema PACS;</p> <p>e. conduzione dello sviluppo e avvio della fase di test della soluzione di integrazione SIO/PACS per la produzione di un referto multimediale/strutturato in Radiologia, Medicina nucleare e Ecocardiografia .</p>
<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>a) attività completata per endoscopia di Pordenone, da fare per San Vito al Tagliamento e Spilimbergo</p> <p>b) attività svolta</p> <p>d) e) in attesa di indicazioni regionali</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>a. OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>b. OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>c. OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>d. OBIETTIVO STRALCIATO</p> <p>NON SONO EMERSE ESIGENZE AZIENDALI DI IMPLEMENTAZIONE DI MODULI E/O PACCHETTI SOFTWARE DI ELABORAZIONE</p> <p>e. OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>

TABELLA INDICATORI

			AAS5	
			DATO AZIENDA	DATO DIREZIONE
1. LEA	PREVENZIONE Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base	>= 95%	92,40%	91,43% 92,15 (obbligatorie)
1.a LEA	Difterite-tetano	>= 95%	manca	92,2 difterite 92,3 tetano
1.b LEA	Antipolio	>= 95%	manca	92,20%
1.c LEA	Antiepatite B	>= 95%	manca	91,90%
2 LEA	PREVENZIONE Vaccinazione raccomandate MPR	>= 90%	89,00%	89,00%
3 LEA	PREVENZIONE Vaccinazione raccomandata contro l'influenza dell'anziano	>=70%	57,9%	59,30%
7 LEA	PREVENZIONE Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro	>=85	55,7	57,96%
8 LEA	TUTELA DELLA SALUTE NEI LUOGHI DI LAVORO Percentuale di unità controllate sul totale di unità da controllare	>= 5%	5,10%	5,20%
9 LEA	SANITA' ANIMALE Percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina	>= 98%	100%	100%
10.a LEA	SANITA' ANIMALE Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi bovina/bufalina	>= 98% del 20% allevamenti	100%	100%
10.b LEA	SANITA' ANIMALE Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi ovicaprina	>= 98% del 10% dei capi	100%	100,00%
11 LEA	SANITA' ANIMALE Percentuale di aziende ovicaprine controllate (3%) per anagrafe ovicaprina	>= 98% del 3% aziende	100%	100%
12 LEA	SALUTE DEGLI ALIMENTI Percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati dal Piano Nazionale Residui	>=98%	98%	93%
13	SALUTE DEGLI ALIMENTI Percentuale di unità controllate sul totale delle imprese alimentari registrate	>= 20%	20,15%	26%
14	DISTRETTUALE Tassi di ospedalizzazione evitabile con la metodologia sviluppata dall'Agenzia statunitense AHRQ per i Prevention Quality Indicators (PQIs): indicatore complessivo da 14.a a 14.1	somma indicatori <= 115	101,24	96,3
15	ASSISTENZA DOMICILIARE Percentuale di anziani >=65 trattati in ADI con PAI	>= 3,8%	4,3	3,39%
16	HOSPICE Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100)	> 1	1,2	1,16
17	SPECIALISTICA AMBULATORIALE Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1000 residenti (>=65 anni)	<= 24	34,6	34,40
18	FARMACEUTICA Incidenza di sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (anti-ipertensivi)	<=30%	39,82	39,85
19	FARMACEUTICA Consumo pro-capite di farmaci inibitori di pompa protonica	25 up pro cap	31,92	31,80
20	SALUTE MENTALE utenti in carico nei centri di salute mentale per 1.000 abitanti	>=10	17,3	17,30
21	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	>= 38%	43,60%	43,20%
22	Rapporto tra i ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (allegato B Patto Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<= 0,32	0,3	0,3
23	Percentuale di parti cesarei	<20%	15,78%	16,32%
24	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 48 h in regime ordinario	>70%	72,42%	71,20%

			AAS5	
			DATO AZIENDA	DATO DIREZIONE
25	EMERGENZA Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	<= 20'	18'33"	18'33"
BERSAGLIO valore 2014 226,31 (C.11a.1.1)	CUORE riduzione del tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti di 50-74 anni	< 210	189,0	188,76
	RENE potenziamento della Dialisi peritoneale e dei trapianti con l'obiettivo di ridurre i pazienti in emodialisi al di sotto del 46% del totale (trapiantati + emodializzati + in dialisi peritoneale)	< 46%	45,25%	52,56%
BERSAGLIO (C11.a.2.4)	PANCREAS riduzione del tasso di amputazioni maggiori per diabete	< 30 per milione di residenti	29,89	29,89
BERSAGLIO (C11.a.3.1)	POLMONE riduzione del tasso di ospedalizzazione per BPCO	< 60 per 100.000 residenti 50-74 anni	39,53	39,53
Linea 3.4.2	ICTUS aumento dell'attività di Trombolisi endovenosa/endoarteriosa con il raggiungimento nel 2016 di almeno 300 trattamenti nel territorio regionale così ripartiti: ASUITS: 100; ASUIUD: 160; AAS5: 90	90 trattamenti	75	76
Linea 3.4.3	TRAUMA trattamento della frattura di femore entro 48 h in almeno il 70% (hub) o 80% (spoke) dei casi trattati dal presidio ospedaliero;	>= 70% hub per presidio	76,9	76,9% PO-SA
Linea 3.4.3	TRAUMA trattamento della frattura di femore entro 48 h in almeno il 70% (hub) o 80% (spoke) dei casi trattati dal presidio ospedaliero;	>=80% spoke per presidio	61,9	61,9% SV-SP
BERSAGLIO (C16.2)	PRONTO SOCCORSO ED EMERGENZA URGENZA aumentare la percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1 h rispetto al totale dei pazienti con codice verde (media regionale 2014 del 66,19% - fonte Bersaglio)	>= 65% hub	57,60%	31,15% PO
BERSAGLIO (C16.2)	PRONTO SOCCORSO ED EMERGENZA URGENZA aumentare la percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1 h rispetto al totale dei pazienti con codice verde (media regionale 2014 del 66,19% - fonte Bersaglio)	>= 80% spoke	70,10%	62,34% pediatrico 70,06% SV-SP
BERSAGLIO (C16.3)	PRONTO SOCCORSO ED EMERGENZA URGENZA aumentare la percentuale dei pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto Soccorso meno di 4 ore	>= 75% hub	80,6	72,82% PO
BERSAGLIO (C16.3)	PRONTO SOCCORSO ED EMERGENZA URGENZA aumentare la percentuale dei pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto Soccorso meno di 4 ore	>= 85% spoke	73,5	93,59% pediatrico 73,5% SV-SP
BERSAGLIO (C7.1)	MATERNI INFANTILE mantenimento della percentuale dei parti cesarei depurati (NTSV) al di sotto del 20% dei parti totale dei parti depurati	< 20%	15,90%	15,90%
BERSAGLIO valore 2014 26,78	MATERNI INFANTILE i parti indotti farmacologicamente devono essere ridotti al di sotto del 20%	< 20%	23,50%	23,46%
Tasso standardizzato	TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE riduzione dal 128,5 x mille al 125 x mille	125 x mille	124,60	124,65
BERSAGLIO (C14.2.a)	DAY HOSPITAL MEDICO DI TIPO DIAGNOSTICO - ADULTI riduzione dei numero di ricoveri in Day Hospital medico per acuti con finalità diagnostica portando la percentuale al di sotto del 30% per gli adulti e del 50% per i pediatrici	< 30% adulti	18,66%	18,79%
BERSAGLIO (C14.2.2)	DAY HOSPITAL MEDICO DI TIPO DIAGNOSTICO - PEDIATRICI riduzione dei numero di ricoveri in Day Hospital medico per acuti con finalità diagnostica portando la percentuale al di sotto del 30% per gli adulti e del 50% per i pediatrici	< 50% pediatrici	66,29%	65,92%
BERSAGLIO (C14.4)	RICOVERI MEDICI OLTRE SOGLIA riduzione della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni portandola al di sotto del 4%	< 4%	2,69%	2,70%

Irccs "Burlo Garofolo"

3.1 PROGETTI DI RIORGANIZZAZIONE DELLE FUNZIONI

3.1.1. Atti aziendali	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Nel corso del mese di ottobre tutti gli Enti invieranno alla DCS una relazione sullo stato di applicazione del proprio Atto aziendale al 30.09.2017.	Predisposizione di una relazione sullo stato di applicazione del proprio Atto aziendale al 30.09.2017, ed invio alla DCS entro il 31.10.2017.
Attuazione al 31.12.2017 OBIETTIVO RAGGIUNTO. Dopo aver formalmente provveduto alla disattivazione delle strutture del precedente atto aziendale ed alla contestuale attivazione delle nuove strutture, si prosegue nel percorso di attribuzione degli incarichi di struttura complessa ed è in corso di attivazione anche l'assegnazione degli incarichi di struttura semplice e degli incarichi professionali. La relazione finale è stata inviata con nota prot 9139/2017.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.2. Applicazione delle DGR 2673/2014, 929/2015 e 2151/2015	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Entro il 30 giugno 2017 ogni Ente trasmetterà una relazione sullo stato di applicazione delle DGR 2673/2014 e 929/2015. In particolare, rispetto alla previsione delle DGR, la relazione dovrà contenere:	Predisposizione entro il 30/06/2017 di una relazione sullo stato di applicazione delle DGR 2673/2014 e 929/2015, contenente:
Scostamento in eccesso o in difetto dei posti letto ospedalieri. Scostamento in eccesso o in difetto dei posti letto dell'assistenza primaria (hospice, SUAP, RSA e riabilitazione estensiva, Salute mentale, Dipendenze, presidi ospedalieri per la salute). Stato di attivazione o disattivazione delle funzioni ospedaliere, distrettuali e della prevenzione, compresa l'area veterinaria.	Scostamento in eccesso o in difetto dei posti letto ospedalieri.

Attuazione al 31.12.2017	
OBIETTIVO RAGGIUNTO: la lettera relativa alla dotazione dei posti letto e all'attivazione e disattivazione delle strutture è stata inviata alla DCS nei tempi previsti (nota prot. 5551 del 30/6/2017).	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Stato di attivazione o disattivazione delle strutture complesse e semplici previste. Stato di implementazione delle figure professionali previste per la reumatologia e le malattie infettive. Le attivazioni o disattivazioni di posti letto, funzioni e strutture devono essere oggetto di atti formali dell'azienda.	Stato di attivazione o disattivazione delle strutture complesse e semplici previste.
Attuazione al 31.12.2017	
OBIETTIVO RAGGIUNTO: la lettera relativa alla dotazione dei posti letto e all'attivazione e disattivazione delle strutture è stata inviata alla DCS nei tempi previsti (nota prot. 5551 del 30/6/2017).	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Ove la relazione individuasse scostamenti rispetto alle previsioni, questi dovranno essere motivati e corretti entro l'anno 2017.	Motivare e correggere gli eventuali scostamenti entro il 2017.
Attuazione al 31.12.2017	
OBIETTIVO RAGGIUNTO: la lettera relativa alla dotazione dei posti letto e all'attivazione e disattivazione delle strutture è stata inviata alla DCS nei tempi previsti (nota prot. 5551 del 30/6/2017).	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.3. Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Per quanto riguarda le funzioni amministrative e tecniche, si prevede di affidare all'EGAS le seguenti funzioni: Concorsi del personale del comparto, secondo le priorità individuate dal Comitato d'indirizzo dell'Ente; Consolidamento del provveditorato unico, avviato da quello di AAS3 e ASUIUD. Realizzazione di un progetto annuale volto a razionalizzare la gestione amministrativa dei beni e a costituire una banca dati regionale di farmaci e di dispositivi medici in grado di fornire agli operatori informazioni aggiuntive rispetto a quelle già presenti nelle banche dati esistenti, anche in	- Adesione alle indicazioni regionali ed alle richieste di EGAS - Attuare quanto stabilito in Comitato di Indirizzo EGAS.

<p>collaborazione con le Fondazioni CRUP (Cassa di Risparmio di Udine e Pordenone) e CREF (Centro Ricerche Economiche e Formazione) che si sono rese disponibili a partecipare e a finanziare il progetto.</p>	
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>si richiama in elenco la documentazione agli atti attestante il supporto da parte della struttura personale alle attività dell'EGAS.</p> <ul style="list-style-type: none"> - GEN-A 395/A 19/01/2017 Riapertura termini bando di concorso pubblico n. 40 posti di Ostetrica cat. D da assegnare agli Enti del SSR FVG – prot. 1321/2017 – scadenza bando 16/02/2017; - GEN-A 1446/P 23/02/2017 avviso pubblico per titoli e colloquio per l'acquisizione a tempo determinato di n. 15 unità del ruolo tecnico profilo programmatore cat. C: trasmissione verbale della commissione e domande dei candidati; - GEN/A 2314/A 20/03/2017 concorso pubblico per titoli ed esami a n. 40 posti di C.P.S. ostetrica/o cat. D bando prot. n. 1321 del 18/01/2017 . presa atto domande; - GEN/A 3004/A 10/04/2017 risorse aggiuntive regionali per attività centralizzate – anno 2016; - GEN/A 3122/A 13/04/2017 concorso pubblico per titoli ed esami per la copertura di 40 posti di C.P.S. ostetrica/o Cat. D da assegnare agli enti del servizio sanitario regionale del Friuli Venezia Giulia. Autorizzazione commissione; - GEN/A 3167/P 14/04/2017 Procedura concorsuale unica regionale al profilo professionale di collaboratore professionale sanitario – infermiere (Cat. D); - GEN/A 4788/A 07/06/2017 risorse aggiuntive regionali per attività centralizzate – anno 2016; - GEN/A 7763/A 18/09/2017 concorso pubblico per titoli ed esami per la copertura di n. 40 posti di C.P.S. ostetrica/o Cat. D da assegnare agli Enti del Servizio Sanitario Regionale del Friuli Venezia Giulia - autorizzazione esperti; Documento informatico redatto e sottoscritto digitalmente ai sensi degli artt. 20 e 21 del d.lgs. 82/2005 (codice dell'amministrazione digitale) MOD 0103V*5 pag.2 di 2 - GEN/A 8916/P 26/10/2017 procedura concorsuale unica regionale relativa al profilo professionale di collaboratore professionale sanitario - ostetrica/o Cat. D: invio documentazione; - GEN/A 9612/A 17/11/2017 concorso pubblico per titoli ed esami per n. 40 posti di C.P.S. ostetrica/o Cat. D da assegnare agli enti del SSR FVG – Bando prot. n. 1321 del 18/01/2017 – assegnazione vincitori; - GEN/A 10428/A 14/12/2017 risorse aggiuntive regionali per attività centralizzate – anno 2016 . Regolazione quote assegnate alle Aziende del SSR. <p>Per quanto riguarda il progetto annuale volto a razionalizzare la gestione amministrativa dei beni e a costituire una banca dati regionale di farmaci e di dispositivi medici non risulta essere stato avviato.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>
<p>Nel corso del 2017, in particolare, avvalendosi delle competenze interne e delle aziende sanitarie, l'EGAS dovrà potenziare la capacità di coordinamento e di stesura di capitolati tecnici, per l'acquisto di beni e servizi, nonché di tecnologie, assumendo a pieno la funzione di aggregatore della domanda, soprattutto al fine di</p>	<p>Adesione alle indicazioni regionali ed alle richieste di EGAS.</p>

<p>contribuire alla realizzazione di un sistema regionale più regolato e uniforme per qualità ed efficienza.</p> <p>Dal 1° gennaio 2017, il Servizio Epidemiologico curerà per conto della Direzione Centrale Salute la gestione dei flussi informativi verso i livelli istituzionali competenti.</p> <p>Nel corso del 2017, il Comitato di indirizzo dell'Ente, valuterà ulteriori ambiti di sviluppo/intervento inerenti questioni di interesse strategico.</p>	
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>L'IRCCS ha partecipato alle attività di EGAS relative all'acquisti di beni e servizi per quanto di competenza e interesse, inviando i propri fabbisogni e partecipando a gruppi tecnici e alle commissioni di gara, ottemperando in tal senso alle indicazioni regionali e alle richieste dell'EGAS.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>

<p>3.1.4. Chirurgia e procedure invasive</p>	
<p>Obiettivo aziendale</p>	<p>Risultato atteso</p>
<p>Entro il 31 dicembre del 2017 dovrà essere adottato un documento di riorganizzazione dell'attività chirurgica e delle procedure invasive. Lo stesso dovrà contenere almeno le seguenti sezioni:</p> <p>Chirurgia vascolare</p> <p>Chirurgia bariatrica</p> <p>Protesica ortopedica</p> <p>Posizionamento di elettrostimolatori ed altre procedure invasive per terapia antalgica in pazienti cronici.</p> <p>Chirurgia pediatrica</p>	<p>Collaborazione con la DCS alla stesura del documento di riorganizzazione dell'attività chirurgica per quanto concerne la chirurgia pediatrica sulla base della relazione già predisposta nel corso del 2016.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>Documento inviato alla DCS con nota prot. 7971/2016. Decreto del DG n.121 del 29/09/2017 contenente la riorganizzazione dell'attività chirurgica pediatrica del FVG</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>
<p>Concentrazione attività di chirurgia oncologica</p>	<p>L'azienda deve riorganizzare l'attività di chirurgia oncologica relativamente al seguente tumore:</p> <p>- ovaio: assorbire attività di AsuiTs e privati.</p> <p>Presentazione progetto operativo alla Direzione</p>

	Centrale Salute entro il 30.6.2017 Avvio riorganizzazione entro il 1.9.2017
Attuazione al 31.12.2017 OBIETTIVO STRALCIATO Nonostante la realizzazione dell'obiettivo sia stata subordinata alla stesura del documento programmatico a cura delle rete oncologica, (come da nota prot. DCS 8604/2017), l'obiettivo di concentrazione della chirurgia oncologica dell'ovaio è stato comunque raggiunto. E' stato infatti inviato all'ASUI TS con nota prot. 10684 dd 21/12/2017 il protocollo d'intesa ed il PDTA per donna con tumore ovarico. E' stata inviata successivamente alla DCS la nota prot. 10914 dd 29/12/2017 contenente il protocollo firmato.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.5. Urgenza emergenza	
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 dell'anno 2016, è stato dato avvio all'implementazione e/o alla redistribuzione dei mezzi di soccorso nel territorio, ma ancora numerose funzioni previste dal piano sono ancora da attuare. Ne consegue che nel 2017:</p> <p>Consolidamento, da parte dell'EGAS, della Centrale operativa 118 regionale, integrata con il NUE 112.</p> <p>Proseguire il percorso di uniformità dei protocolli operativi dei servizi di Pronto soccorso.</p> <p>Monitoraggio, da parte del CREU, dello stato di attuazione del piano.</p> <p>Definizione da parte del CREU delle competenze e della formazione necessaria per i volontari soccorritori delle associazioni di volontariato, al fine dell'accreditamento professionale.</p> <p>Prosecuzione del rinnovo del parco ambulanze.</p> <p>Adeguamento al volo notturno delle piazzole dell'eliambulanza dei presidi ospedalieri hub e spoke.</p> <p>Avvio dell'eliambulanza notturna.</p>	Adesione per quel che concerne STAM e STEM.
Attuazione al 31.12.2017 OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Vedi obv 3.4.5	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.6. Geriatria
non di pertinenza

3.1.7. Medicina di laboratorio

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Messa a regime del sistema informatico/informativo fra i centri hub e spoke con adozione delle procedure informatiche già scelte, al fine di realizzare un unico sistema regionale integrato.	Messa a regime del sistema informativo con ASUIT, a seguito dello spostamento dell'attività avvenuto in data 14/12/2016.

Attuazione al 31.12.2017

OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO PER CAUSE NON IMPUTABILI ALL'IRCCS

Motivazioni scostamento del risultato atteso

Si rimane in attesa di reportistica certificata da Insiel, formalmente richiesta con nota prot. 10679 dd 20/12/2017.

Non sono terminate le attività di trasferimento dell'UCO di Igiene e le attività Hub di patologia clinica.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
Consolidamento della nuova organizzazione avviata nel 2016 per l'IRCCS Burlo Garofolo presso il quale permangono alcune attività di diagnostica avanzata di ricerca.	Consolidamento della nuova organizzazione, in particolare delle attività HUB svolte presso l'IRCCS di Diagnostica avanzata e Genetica Medica.

Attuazione al 31.12.2017

OBIETTIVO RAGGIUNTO

L'attività di Hub e Spoke si è consolidata e a seguito dell'arrivo della nuova apparecchiatura Triplo Quadrupolo ad alte prestazioni e sono state avviate 45 nuove prestazioni di diagnostica avanzata presso il Dipartimento.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Avvio della nuova organizzazione per le sedi di Gorizia e Monfalcone.	Elaborazione di un progetto di unificazione anche per le sedi di Gorizia e Monfalcone e avvio della nuova organizzazione presso tali sedi per le attività HUB del Burlo.

Attuazione al 31.12.2017

OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO PER CAUSE NON IMPUTABILI ALL'IRCCS

La S.C.R. Laboratorio di Diagnostica Avanzata Traslazionale, è stata indicata dal piano regionale della Medicina di Laboratorio quale centro di riferimento per gli esami allergologici dell'Area Vasta Giuliano

Isontina. Si resta in attesa di configurazioni informatiche per l'indirizzamento dei campioni.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
Nel corso del primo quadrimestre del 2017, gli IRCCS e le ASUI definiranno il progetto di organizzazione per la Cell Factory regionale.	Partecipazione alle attività di definizione con CRO e le altre ASUI di un progetto di organizzazione per la Cell Factory regionale.
Attuazione al 31.12.2017 OBIETTIVO RAGGIUNTO Il CRO ha inviato la documentazione relativa all'avvio del progetto ed il Direttore Sanitario ha partecipato agli incontri di avvio del progetto. Si resta in attesa delle indicazioni regionali.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

3.1.8. Oncologia	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Entro il 30 giugno del 2017 dovrà essere adottato il nuovo Piano Oncologico. Il piano dovrà fornire gli strumenti operativi per integrarsi con le Reti delle Cure palliative e della Terapia del dolore, nonché con le attività di chirurgia oncologica. Nel corso del secondo semestre si dovrà iniziare a darne attuazione.	Vedi Linea 3.1.9. Pediatria ospedaliera.
Attuazione al 31.12.2017 OBIETTIVO RAGGIUNTO Documento inviato alla DCS con nota prot. 7971/2016. Decreto del DG n.121 del 29/09/2017 contenente la riorganizzazione dell'oncoematologia pediatrica del FVG	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.9. Pediatria ospedaliera	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Entro il 31 dicembre del 2017 dovrà essere adottato un documento di riorganizzazione dell'attività pediatrica. Lo stesso dovrà contenere anche le seguenti sezioni: Emergenze e urgenze pediatriche (intra ed extra ospedaliere), Chirurgia programmata in età pediatrica, Oncologia e oncoematologia pediatrica, Cure palliative pediatriche e terapia del dolore.	- Coordinamento delle attività e stesura, in accordo con la DCS, del documento di riorganizzazione della rete pediatrica regionale. - Formalizzazione della costituzione assieme ad AAS n. 5 del Dipartimento interaziendale materno infantile.
Attuazione al 31.12.2017 OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Il documento contenente la proposta per la riorganizzazione della rete pediatrica è stato inviato con nota prot. 7971/2016.

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

3.1.10. Riabilitazione

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Entro il 30 giugno del 2017 dovrà essere adottato il nuovo Piano della Riabilitazione. Il piano dovrà tener conto anche dell'offerta privata accreditata presente in Regione. Nel corso del secondo semestre si dovrà iniziare a darne attuazione.	Partecipazione, per quanto di competenza, alla stesura del Piano della Riabilitazione. Attuazione di quanto in esso previsto secondo la programmazione regionale, per la parte di competenza.

Attuazione al 31.12.2017

Gli operatori del Burlo hanno partecipato agli incontri sui presidi.

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

3.1.11. Salute Mentale

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Entro il 31 dicembre del 2017 dovrà essere adottato il nuovo Piano della Salute mentale. Lo stesso dovrà comprendere anche le seguenti sezioni: Età evolutiva, Strutture psichiatriche per la detenzione.	Collaborazione e partecipazione, per quanto di competenza, alla stesura del Piano della Salute Mentale per l'età evolutiva.

Attuazione al 31.12.2017

Il responsabile della SC Neuropsichiatria infantile ha partecipato al tavolo tecnico regionale. Il documento è stato poi oggetto di delibera di giunta regionale (DGR 732 del 21.3.2018).

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

3.2. PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

3.2.1. Tutela della salute della donna	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Strutturare i percorsi della gravidanza fisiologica anche con la prescrizione degli esami diagnostici, e quelli successivi al parto, con il ripristino ed il rafforzamento, dove già esistenti, delle visite domiciliari.	Consolidamento dei percorsi della gravidanza fisiologica con ASUI Trieste.
Attuazione al 31.12.2017 Gli operatori del Burlo hanno partecipato alle attività e si resta in attesa di indicazioni regionali.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Nell'ambito dei corsi di preparazione al parto e nei centri nascita veicolare il messaggio dell'importanza della vaccinazione infantile e dell'adozione di stili di vita sani.	Evidenza della promozione delle vaccinazioni da parte delle ostetriche e degli operatori sanitari presso il Nido e la Neonatologia dell'IRCCS.
Attuazione al 31.12.2017 OBIETTIVO RAGGIUNTO La promozione della vaccinazione viene realizzata anche attraverso la lettera di dimissione, allegando il calendario delle vaccinazioni dell'infanzia del FVG con tutti i contatti dei consultori di ASUITs	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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

3.2.3. Gli screening oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia (Programma II PRP)	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Tutte le aziende con centro di secondo livello per il programma di screening per la cervice uterina: garantire il rispetto dei requisiti definiti dalla regione per i centri di secondo livello.	Partecipazione ai tavoli convocati per l'adozione formale di un sistema regionale di verifica dei requisiti dei centri di secondo livello. Rispetto dei requisiti da parte della aziende.
Attuazione al 31.12.2017 Gli operatori del Burlo hanno partecipato alle attività.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
Screening oncologici	Partecipazione alle attività della breast unit e alle attività del gruppo tumori ginecologici con ASUI TS, nell'ambito del proseguimento dei Programmi integrati di patologia già avviati.

Attuazione al 31.12.2017	
OBIETTIVO RAGGIUTO	
Il personale dell'IRCCS ha partecipato a diverse riunioni al fine di migliorare l'organizzazione della breast unit.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

3.2.4. Gli screening neonatali (Programma II PRP)

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
IRCSS Burlo: coordinare i lavori finalizzati alla diffusione e applicazione in tutti i punti nascita di una procedura regionale per lo screening neonatale audiologico.	Sarà perfezionato in collaborazione con tutte le aziende della regione il percorso di registrazione, Attuazione ed eventuale trattamento dell'esito dello screening audiologico come avviene per lo screening metabolico.

Attuazione al 31.12.2017

OBIETTIVO RAGGIUNTO

La procedura standardizzata per l'esecuzione dello screening è consolidata in tutti i Punti nascita. È stato effettuato un aggiornamento specifico relativo ai fattori di rischio. È stata inviata una proposta di integrazione al documento regionale sui fattori di rischio.

È stato accreditato il corso di formazione "Screening audiologico neonatale – Aggiornamento e integrazione delle procedure" con 3 edizioni: Burlo (14/09), ospedale di Pordenone (21/09) e ospedale di Udine (05/10). Il corso è rivolto a neonatologi, pediatri, infermieri e ostetriche.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
IRCSS Burlo: coordinare i lavori finalizzati alla diffusione e applicazione in tutti i punti nascita di una procedura regionale per lo screening neonatale oftalmologico.	Sarà perfezionato in collaborazione con tutte le aziende della regione il percorso di registrazione, Attuazione ed eventuale trattamento dell'esito dello screening oftalmologico come avviene per lo screening metabolico.

Attuazione al 31.12.2017

OBIETTIVO RAGGIUNTO

E' stato presentato il protocollo nel corso di un incontro regionale. È stato accreditato il corso di formazione "Screening oftalmologico neonatale e del primo anno di vita" con 4 edizioni: Burlo (04/10), ospedale di Pordenone, ospedale di Udine e ospedale di San Daniele. Il corso è rivolto a neonatologi, pediatri ospedalieri e del territorio.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
IRCCS Burlo: coordinare il programma regionale per lo screening neonatale metabolico esteso. Tutte le Aziende: assicurare da parte di tutti i punti nascita la regolare comunicazione IRCSS Burlo della rilevazione del TSH neonatale.	Report di Attuazione del programma regionale. Sarà inoltre perfezionato in collaborazione con tutte le aziende della regione il percorso di identificazione, registrazione e Attuazione dei casi di ipotiroidismo, con successivo regolare invio dei dati al registro nazionale presso l'ISS.

<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>E' stato inviato il report conclusivo.</p> <p>Riguardo al Software gestionale per gli screening neonatali (metabolico, audiologico e oftalmologico), in data 13 settembre si sono svolti gli incontri di preparazione tra i tecnici preposti e i referenti aziendali per definire i contenuti e le possibilità di sviluppo del sistema.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>IRCCS Burlo: coordinare l'attività di adozione di un programma di identificazione precoce della fibrosi cistica e di un programma per l'identificazione precoce dei neonati con emoglobinopatia nella popolazione a rischio.</p> <p>Tutte le Aziende: assicurare da parte di tutti i punti nascita la regolare comunicazione IRCCS Burlo della rilevazione del TSH neonatale.</p>	<p>Fibrosi Cistica: L'IRCCS provvederà a rivedere in collaborazione con gli Uffici regionali preposti il programma regionale che indica il percorso operativo di prevenzione, trattamento e riabilitazione della fibrosi cistica.</p> <p>Del percorso operativo farà parte il programma regionale di identificazione precoce della malattia che sarà condiviso con tutte le Aziende regionali.</p> <p>Emoglobinopatie: in collaborazione con l'AAS 5 sarà identificato ed istituzionalizzato un percorso condiviso di identificazione precoce e trattamento.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>Fibrosi cistica: Inviato in DCS il documento a supporto del Programma Regionale di Diagnosi precoce. Svolto lavoro preparatorio all'avvio dello screening del portatore di Fibrosi cistica.</p> <p>Emoglobinopatie: Incontro con Referenti screening emoglobinopatie di AAS5. Percorso operativo in revisione. In programma incontro con i referenti screening dei punti nascita della regione.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

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

non di pertinenza

3.2.6. Prevenzione delle dipendenze (Programma IV PRP)

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>La prevenzione primaria e secondaria gioca un ruolo cruciale nell'arginare il fenomeno della dipendenza da sostanze d'abuso e delle dipendenze comportamentali.</p>	<p>Minori: l'IRCCS Burlo Garofolo nel corso del 2016 ha elaborato e condiviso con Dipartimento delle Dipendenze e Distretti di ASUITS un protocollo operativo per l'identificazione precoce e la presa in carico dei minorenni con problemi di salute e comportamentali connessi alle sostanze d'abuso.</p> <p>Tale protocollo sarà ulteriormente implementato nel corso del 2017 e proposto alle altre Aziende sanitarie della Regione.</p>

	Donne in gravidanza: nel corso del 2016 è stato dato avvio in collaborazione con ASUITS e la LILT alla formazione degli operatori sui danni correlati al fumo in gravidanza riproponendo il progetto "Mamme libere dal fumo" che sarà ulteriormente implementato e diffuso nel corso del 2017.
--	---

Attuazione al 31.12.2017

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Partecipazione alle riunioni dei PdZ relativamente agli obiettivi 5.1 (Promuovere la permanenza dei minori in famiglia) 5.2 (Potenziare e qualificare il processo di sostegno e allontanamento del minore nonché il sistema di accoglienza dei minori collocati all'esterno della propria famiglia di origine) e 10.1 (Collegare gli interventi sociali e socio-sanitari programmati nei PDZ con specifiche azioni inerenti le politiche familiari)."

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Formare gli Assistenti sociali degli ambiti territoriali per diffondere gli strumenti di identificazione precoce delle persone vulnerabili al gioco d'azzardo patologico.	L'assistente sociale in servizio presso l'IRCCS Burlo Garofolo parteciperà alle attività di formazione per consolidare l'attività di continuità assistenziale tra Territorio e Ospedale. Almeno 1 corso per Assistenti sociali degli ambiti su ogni territorio Aziendale;

Attuazione al 31.12.2017

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Partecipazione alle riunioni dei PdZ relativamente agli obiettivi 5.1 (Promuovere la permanenza dei minori in famiglia) 5.2 (Potenziare e qualificare il processo di sostegno e allontanamento del minore nonché il sistema di accoglienza dei minori collocati all'esterno della propria famiglia di origine) e 10.1 (Collegare gli interventi sociali e socio-sanitari programmati nei PDZ con specifiche azioni inerenti le politiche familiari)."

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

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

non di pertinenza

3.2.8. Prevenzione degli incidenti stradali(Programma VI PRP)

non di pertinenza

3.2.9. Prevenzione degli incidenti domestici (Programma VII PRP)

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
ASUI TS: coordinare le attività relative al perseguimento degli obiettivi del programma VII PRP prevenzione degli incidenti domestici.	Registrazione degli eventi infortunistici in ambiente domestico effettuata dal PS - report congiunto di monitoraggio.

Attuazione al 31.12.2017	
OBIETTIVO RAGGIUNTO	
La registrazione degli eventi infortunistici in ambiente domestico è regolarmente effettuata dal PS.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Tutte le Aziende Sanitarie: continuano nell'attività di sensibilizzazione della popolazione nella prevenzione degli incidenti domestici.	Divulgazione di materiale informativo di sensibilizzazione, anche attraverso il sito web, nella prevenzione degli incidenti domestici.
Attuazione al 31.12.2017	
OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Materiale informativo divulgato attraverso il sito web.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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

non di pertinenza

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

non di pertinenza

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Tutte le Aziende Sanitarie: Proseguire in ogni azienda il programma integrato di promozione della salute dei dipendenti, che coinvolge i medici competenti, per la declinazione operativa delle azioni dell'obiettivo specifico "Progetto pilota per un programma integrato di salute e benessere dei dipendenti pubblici..." del PRP.	- Presentazione di un Report sui lavoratori a rischio cardiovascolare con i dati elaborati a livello regionale dall'UCO Medicina del Lavoro dell'Università di Trieste. - Offerta attiva di percorsi per smettere di fumare in collaborazione con ASUITS.
Attuazione al 31.12.2017	
OBIETTIVO RAGGIUNTO	
In occasione delle visite ai lavoratori si rileva se lavoratore tabagico e se necessario si indirizza ai programmi antitabagismo di ASUITS. Posizionamento di apposita cartellonistica con divieto di fumo nei locali interni ed esterni dell'ospedale.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
IRCCS Burlo Garofolo: mantenere il registro regionale endometriosi ex art. 3 LR n. 18/2012.	Stima di incidenza e prevalenza di endometriosi nella popolazione residente in regione.
Attuazione al 31.08.2017 L'attività è in linea. Il Registro Regionale Endometriosi è stato mantenuto attivo, con aggiornamento dei dati di incidenza e prevalenza per gli anni 2014 e 2015. è stata inoltre calcolata la fuga extraregionale di DRG collegati alla diagnosi di endometriosi per il periodo 2011-2015.	
Attuazione al 31.12.2017 OBIETTIVO RAGGIUNTO Il Registro Regionale Endometriosi è stato mantenuto attivo, con aggiornamento dei dati di incidenza e prevalenza per gli anni 2014 e 2015. E' stata inoltre calcolata la fuga extraregionale di DRG collegati alla diagnosi di endometriosi per il periodo 2011-2015. E' stata inviata una dettagliata relazione all'Osservatorio Epidemiologico.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Mantenimento dei programmi di sorveglianza: Okkio alla salute, HBSC ed il programma Obesità in gravidanza.	- Okkio alla salute e Obesità in gravidanza le attività previste sono: 1. produzione di un report con i risultati della rilevazione condotta nel 2016; 2. restituzione dei risultati e loro disseminazione: - Prosecuzione delle attività di sorveglianza relative al progetto HBSC.
Attuazione al 31.12.2017 OBIETTIVO RAGGIUNTO Le attività di sorveglianza sono state mantenute e disseminate. In allegato il report sulla rilevazione 2016 di Okkio alla salute e il report 2017 relativo al progetto Obesità in gravidanza. E' stata svolta l'attività preparatoria per la rilevazione sul campo del progetto HBSC, prevista per marzo 2018	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Tutte le Aziende Sanitarie: Sviluppo di sistemi informativi rivolta alla dematerializzazione delle comunicazioni obbligatorie.	Verrà mantenuto l'invio tramite pec delle notifiche ex art.250 e 256 del D.Lgs. 81/08. Avvio delle procedure per l'informatizzazione delle notifiche ex art.99 del D.Lgs 81/08.
Attuazione al 31.12.2017 OBIETTIVO RAGGIUNTO Il datore di lavoro presenta una notifica all'organo di vigilanza prima dell'inizio di lavori che possono comportare per i lavoratori il rischio di esposizione ad amianto, o come indicato dall' articolo 99 del D. Lgs. n. 81/2008 il datore di lavoro notifica la presenza di cantieri temporanei e mobili in cui opera un'unica impresa la cui entità presunta di lavoro non sia inferiore a duecento uomini-giorno [esempio: supponendo lavori edili con una incidenza della manodopera del 40% ed un costo orario della manodopera di circa 25 euro, un importo di 200 uomini giorni equivale approssimativamente ad un importo di 100.000 euro].	

Le notifiche effettuate in via telematica nel 2017 per il Burlo hanno riguardato tre cantieri : Area Ecologica, Lavori adeguamento antincendio , intervento urgente riparazione scarico palazzina denominata laboratori .

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

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

non di pertinenza

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Adottare e applicare le Linee guida regionali per il controllo della tubercolosi e realizzare la formazione degli operatori.	Assicurare la partecipazione ad un evento regionale (Vedi allegato Piano per la sicurezza del paziente 2017). 1 iniziativa formativa/informativa in ogni Azienda (Vedi allegato Piano per la sicurezza del paziente 2017).

Attuazione al 31.12.2017

Vedi Monitoraggio Piano Annuale di promozione della sicurezza del paziente 2017.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Assicurare il proseguimento delle campagne vaccinali già avviate.	Partecipazione al tavolo interaziendale sulle vaccinazioni. Attività di comunicazione sul tema delle vaccinazioni in gravidanza ed in età pediatrica.

Attuazione al 31.12.2017

Partecipazione al tavolo interaziendale sulle vaccinazioni. Vedi Monitoraggio Piano Annuale di promozione della sicurezza del paziente 2017.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Tutti gli ospedali partecipano ai programmi di sorveglianza delle ICA, con evidenza di monitoraggio degli indicatori regionali.	Indicatori regionali monitorati (vedi allegato Piano per la sicurezza del Paziente 2017).

Attuazione al 31.12.2017

Vedi Monitoraggio Piano Annuale di promozione della sicurezza del paziente 2017.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Effettuare in tutti gli ospedali per acuti la Point Prevalence Survey (PPS) sulle Infezioni correlate all'assistenza.	PPS effettuata (vedi allegato Piano per la sicurezza del Paziente 2017).

Attuazione al 31.12.2017 Vedi Monitoraggio Piano Annuale di promozione della sicurezza del paziente 2017.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Effettuare in tutti gli ospedali per acuti la Point Prevalence Survey sul consumo degli antibiotici.	Report aziendale sul consumo di antibiotici (vedi allegato Piano per la sicurezza del Paziente 2017).
Attuazione al 31.12.2017 Vedi Monitoraggio Piano Annuale di promozione della sicurezza del paziente 2017.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Formazione degli operatori sull'uso appropriato degli antibiotici in ospedale e nelle strutture residenziali per anziani.	Almeno 1 iniziativa di formazione (vedi allegato Piano per la sicurezza del Paziente 2017).
Attuazione al 31.12.2017 Vedi Monitoraggio Piano Annuale di promozione della sicurezza del paziente 2017.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Garantire la formazione dei propri operatori sull'antimicrobial stewardship.	In ogni azienda almeno il 25% di medici prescrittori formati (vedi allegato Piano per la sicurezza del Paziente 2017).
Attuazione al 31.12.2017 Vedi Monitoraggio Piano Annuale di promozione della sicurezza del paziente 2017.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
Diffondere a tutti gli operatori sanitari la reportistica regionale sulle resistenze batteriche.	Report inviato in formato elettronico a tutti gli operatori sanitari coinvolti in prescrizione e somministrazione di farmaci (vedi allegato Piano per la sicurezza del Paziente 2017).
Attuazione al 31.12.2017 Vedi Monitoraggio Piano Annuale di promozione della sicurezza del paziente 2017.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
In applicazione del Piano generale regionale di risposta alle emergenze, definire e formalizzare l'unità di crisi aziendale.	Unità di crisi aziendale formalizzata entro il 30/06/2017.
Attuazione al 31.12.2017 Vedi Monitoraggio Piano Annuale di promozione della sicurezza del paziente 2017.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Sviluppare il piano d'azione elaborato da ogni azienda per i propri punti nascita e garantire la partecipazione degli operatori dedicati, al percorso formativo programmato a livello regionale.	Organizzazione di un evento formativo regionale (come da PFR 2016-2018) dedicato all'allattamento al seno e diretto agli operatori dedicati provenienti dalle diverse AAS regionali. Viene formato il 40% degli operatori dedicati dell'IRCCS.
Attuazione al 31.12.2017 OBIETTIVO RAGGIUNTO E' stato accreditato un corso di formazione per tutor in problem based learning (IRCBG_00708), successivamente è stato accreditato il corsi di formazione per la costruzione del curriculum (IRCBG_00746), ed infine è stato accreditato e svolto il corso IRCBG_00799 "protezione dell'allattamento"	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Realizzare corsi di formazione in ogni azienda su stili alimentari salutari per operatori sanitari della prevenzione, delle cure primarie e degli ospedali, anche integrati con le proposte dei programmi I e X.	Partecipazione ai corsi, in collaborazione con ASUI Trieste.
Attuazione al 31.12.2017 In attesa di corsi organizzati da ASUI TS.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2.18. Sicurezza alimentare, salute e benessere animale

non di pertinenza

3.3. ASSISTENZA PRIMARIA

3.3.1. Attuazione accordo per la Medicina generale

non di pertinenza

3.3.2. 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 valutatori per almeno 10 giornate.
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>La referente aziendale ha svolto, come valutatore delle degenze e ambulatori degli ospedali: 1 verifica documentale/1 convocazione</p> <p>La referente aziendale nel 2017 ha svolto, come valutatore della branca specialistica Procreazione Medicalmente assistita: 1/1 convocazione (Città di Udine)</p> <p>La referente aziendale ha svolto, come valutatore dei Provider ECM regionali: 1/1 convocazione (EGAS)</p> <p>Un altro valutatore dell'IRCCS nel 2017 ha svolto una verifica documentale nell'ambito delle degenze e ambulatori degli ospedali.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Gli enti del SSR collaborano allo sviluppo dell'organismo tecnicamente accreditante (OTA), costituito da tutti i referenti dell'accREDITamento istituzionale, secondo le direttive dell'Intesa CSR del 19/2/2015 recepita con la DGR 2220/2015.	Partecipazione alle attività dell'OTA.
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>La referente aziendale, componente dell'OTA, ha partecipato all' unico incontro indetto nel 2017 in data 08/06/2017. A seguito dell'incontro si è aperto un tavolo tecnico telematico sul regolamento di funzionamento dell'organismo stesso.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.3. Odontoiatria sociale

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Aumento delle prestazioni LEA erogate raggiungendo la media aziendale di almeno 1,5 prestazioni/ora per odontoiatra.	+20% delle prestazioni LEA erogate nel 2015. Nuovo risultato atteso (DGR 1571/2017) Il 10% delle prestazioni erogate nel 2015.
Attuazione al 31.12.2017	

OBIETTIVO RAGGIUNTO
 Il monitoraggio della progettualità è in capo ad ASUITS , sono stati inviati i dati al responsabile del progetto.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Prestazioni non LEA erogate.	Continuazione dell'attività ortodontica e specialistica rivolta ai disabili.

Attuazione al 31.12.2017

L'erogazione delle prestazioni non LEA è subordinata al rispetto del DGR 1060, che consente l'erogazione di prestazioni odontoiatriche ambulatoriali ai soli residenti del Friuli Venezia Giulia. Al fine di garantire l'attività specialistica anche a pazienti disabili extra-regionali si sta cercando di elaborare, insieme alla Direzione Sanitaria, un percorso dedicato a questi pazienti, che sarà avviato nel 2018.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Percentuale aziendale di visite odontostomatologiche.	Non superiore al 50% del totale delle prestazioni erogate (sono escluse le visite del pronto soccorso odontostomatologico).

Attuazione al 31.12.2017

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Nel 2017 la percentuale di visite sul totale delle prestazioni erogate è pari al 45%.

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

3.3.4 Cure palliative e terapia del dolore

non di pertinenza

3.3.5. Superamento della contenzione

non di pertinenza

3.3.6. Riabilitazione

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Attivazione a livello aziendale della rete per le malattie neuromuscolari e la sclerosi laterale amiotrofica.	1. Partecipazione alle reti locali quale riferimento pediatrico.

Attuazione al 31.12.2017

OBIETTIVO RAGGIUNTO

I referenti dell'IRCCS hanno partecipato a due riunioni collegiali (a Trieste e a Udine) convocate dal coordinatore della rete regionale delle malattie neuromuscolari.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
2. Attivazione a livello aziendale del PDTA per la	2. Entro il 2017 almeno il 50% dei pazienti con

sclerosi multipla entro la seconda metà del 2017.	sclerosi multipla è preso in carico con le modalità previste dal percorso assistenziale, per la parte di competenza pediatrica.
---	---

Attuazione al 31.12.2017

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Il responsabile della SC Neuropsichiatria infantile ha elaborato un documento relativo alla sclerosi multipla in età evolutiva che è poi stato inserito nel PDTA regionale. Questo documento è stato poi oggetto di delibera di giunta (DGR 11 del 12 gennaio 2018).

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

3.3.7. Assistenza domiciliare

non di pertinenza

3.3.8. Salute mentale

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Nel corso del 2017 è prevista l'approvazione del Piano d'azione regionale per la salute mentale elaborato con la collaborazione dei referenti tecnici delle Aziende sanitarie.</p> <p>Con riferimento all'informatizzazione dei dati relativi alle attività dei servizi di salute mentale (età adulta ed età evolutiva), nel corso del 2017 si svolgeranno le procedure per l'adozione di un nuovo gestionale capace di rendere maggiormente fruibili le informazioni integrate dei soggetti presi in carico. Le Aziende conseguentemente adotteranno ed implementeranno il nuovo gestionale regionale.</p>	<p>Partecipazione del proprio referente agli incontri regionali.</p> <p>Adozione del nuovo gestionale regionale come da indicazioni della DCS.</p>

Attuazione al 31.12.2017

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Il responsabile della SC Neuropsichiatria infantile ha partecipato ai lavori al tavolo tecnico convocato dalla regione che ha elaborato un documento oggetto poi di delibera di giunta (DGR DGR 732 del 21.3.2018)

Il responsabile della SC Neuropsichiatria infantile ha partecipato al tavolo tecnico convocato dalla regione per l'elaborazione del gestionale regionale dedicato alla salute mentale. I lavori si sono conclusi ed è stato elaborato un documento conclusivo (attualmente non disponibile).

Attualmente le modalità di collaborazione con la rete regionale si sostanzia con l'attuazione di incontri di rete con il personale dei servizi territoriali per garantire la continuità di cura fra ospedale e territorio

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

3.3.9. Disturbi del comportamento alimentare	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
DCA: Partecipazione e collaborazione attiva al Tavolo tecnico regionale DCA.	DCA: I referenti regionali individuati hanno partecipato all'80% degli incontri. Gli Osservatori epidemiologici DCA predispongono un report sull'attività 2017 della rete sulla base di indicazioni della Direzione.
Attuazione al 31.12.2017	
OBIETTIVO RAGGIUNTO	
<p>E' stato attivato un ambulatorio. Il responsabile della SC neuropsichiatria infantile ha partecipato al tavolo tecnico regionale sui DCA; il documento che è stato elaborato anche con la partecipazione di ASUI TS è stato poi oggetto di delibera regionale (668/17). Il responsabile della SC neuropsichiatria infantile ha inoltre partecipato a due riunioni con gli operatori di ASUI TS per definire le modalità di attivazione dei centri semiresidenziali prevista dalla DGR 668/17. Il responsabile della SC neuropsichiatria infantile ha partecipato al tavolo tecnico regionale per l'elaborazione di un gestionale per l'attività clinica condiviso. Lo strumento informatico non è ancora disponibili. Alcuni dati epidemiologici relativi al 2017 sono stati raccolti per mezzo di una scheda informatica inviata ai referenti delle Strutture territoriali. Nello specifico la scheda è stata inviata alle SC di Neuropsichiatria Infantile di Gorizia, Pordenone, Udine, al Centro per i disturbi alimentari di San Vito, ed ai 4 Distretti della città di Trieste. Ad ora non tutti hanno risposto.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
IRCCS Burlo Garofolo e ASUIUD attivano la funzione di osservatorio epidemiologico per i DCA, in collaborazione con la Direzione Centrale Salute, i DSM e i servizi per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza, come definito dal Decreto 1200/2013.	Attivazione della funzione di osservatorio epidemiologico per i DCA, relativamente all'età evolutiva, in collaborazione con la DCS e predisposizione di un report sull'attività 2017 della rete.
Attuazione al 31.12.2017	
OBIETTIVO RAGGIUNTO	
<p>Il responsabile della SC Neuropsichiatria ha partecipato al tavolo tecnico regionale per l'elaborazione di un gestionale per l'attività clinica condiviso. Lo strumento informatico non è ancora disponibili. Alcuni dati epidemiologici riferiti al 2017 sono stati raccolti per mezzo di una scheda informatica inviata ai referenti delle Strutture territoriali. Nello specifico la scheda è stata inviata alle SC di Neuropsichiatria Infantile di Gorizia, Pordenone, Udine, al Centro per i disturbi alimentari di San Vito, ed ai 4 Distretti della città di Trieste. Ad ora non tutti hanno risposto.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
Consolidamento della rete di offerta con l'attività a regime degli ambulatori dedicati e dei centri diurni per l'età adulta e per l'età evolutiva.	Partecipazione alla stesura di un'evidenza documentale di un percorso aziendale strutturato per l'intervento semiresidenziale. Continuazione dell'attività di ricovero ed ambulatoriale.
Attuazione al 31.12.2017	

Il responsabile della SC Neuropsichiatria infantile ha partecipato a due riunioni con gli operatori di ASUI TS per definire le modalità di attivazione dei centri semiresidenziali prevista dalla DGR 668/17.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Formazione specifica degli operatori.	Evidenza di corsi formativi.
Attuazione al 31.12.2017	
L'attività formativa verrà organizzata per l'anno entrante in accordo con ASUITS.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

3.3.10. Salute mentale in età evolutiva

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Nel corso del 2017 sarà individuata con atto formale la rete regionale dei servizi di salute mentale per l'età evolutiva. Verranno individuati i requisiti per l'accreditamento delle strutture residenziali e semiresidenziali per i minori con disturbi neuropsichici. Le aziende proseguiranno nel rinforzo dei servizi di salute mentale per l'età evolutiva come previsto dalla DGR n.1671/09.09.2016.	Partecipazione alla rete.

Attuazione al 31.12.2017

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Il responsabile della SC Neuropsichiatria infantile ha partecipato a due riunioni con gli operatori di ASUI TS per definire le modalità di attivazione dei centri semiresidenziali prevista dalla DGR 668/17 e ad una riunione convocata dalla Servizio di Integrazione Sociosanitaria della regione in data 14 marzo 2018.

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

3.3.11. Autismo

Obiettivo aziendale.	Risultato atteso.
Nel corso del 2017 è prevista a livello aziendale l'applicazione del documento sul percorso assistenziale per il minore affetto da disturbi dello spettro autistico.	Evidenza dell'applicazione del percorso per quanto di competenza.

Attuazione al 31.12.2017

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Viene applicato quanto previsto nel documento redatto nel corso del 2016 sul percorso assistenziale per il minore affetto da disturbi dello spettro autistico: l'organizzazione clinica delle attività diagnostiche e terapeutiche è conforme a quanto previsto dalle recenti linee di indirizzo regionali.

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

Partecipazione dei referenti individuati delle NPIA al tavolo tecnico regionale in tema di salute mentale.	I referenti individuati hanno partecipato all'80% degli incontri regionali organizzati.
Attuazione al 31.12.2017 OBIETTIVO RAGGIUNTO Il responsabile della SC Neuropsichiatria infantile ha partecipato al tavolo tecnico regionale che ha prodotto il documento dal titolo: "Linee di indirizzo regionali per il percorso assistenziale dei Disturbi dello Spettro Autistico (DSA) in età evolutiva." Il documento è poi stato poi approvato dalla Giunta Regionale (DGR 434/2017).	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Implementazione del percorso diagnostico assistenziale per il minore affetto da disturbi dello spettro autistico.	Organizzazione di corsi (Early Start Denver Model) in tema di gestione del minore con disturbi dello spettro autistico.
	Nuovo risultato atteso (DGR 1571/2017) n. di operatori che hanno partecipato ai corsi realizzati nel 2017 in tema di gestione del minore con disturbi dello spettro autistico.

Attuazione al 31.12.2017

OBIETTIVO RAGGIUNTO

L'attività formativa per gli operatori del SSR è iniziata il 5 ottobre 2017.

Il progetto (di cui il responsabile della SC Neuropsichiatria dell'IRCCS ed il dott. Zago di ASUITS sono i responsabili scientifici) prevede 3 livelli di formazione.

Al primo livello hanno partecipato 72 operatori sanitari delle diverse aziende sanitarie della regione.

Il secondo livello è in corso di svolgimento; fino ad ora hanno partecipato 29 operatori.

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

3.3.12. Consultori familiari

non di pertinenza

3.3.13. Diabete

non di pertinenza

3.3.14. Sanità penitenziaria

non di pertinenza

3.3.15. Ospedali psichiatrici giudiziari

non di pertinenza

3.3.16. Dipendenze

non di pertinenza

3.3.17. Privacy

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Attivazione fascicolo sanitario elettronico (FSE).	L'IRCCS intensificherà la raccolta dei consensi al trattamento dei dati personali, in modo da estenderla a tutti i cittadini.
Attuazione al 31.12.2017 Gli operatori dell'IRCCS informano e acquisiscono la firma dei pazienti per l'acquisizione dei consensi per il FSE.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

3.3.18. Continuità assistenziale 116-117

non di pertinenza

3.4. PROGETTI ATTINENTI LE ATTIVITA' CLINICO ASSISTENZIALI

3.4.1. Insufficienze d'organo e trapianti	
non di pertinenza	
3.4.2. Urgenza emergenza	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
PRONTO SOCCORSO ED URGENZA EMERGENZA	
Aumentare la percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde, ad almeno l'80% (spoke) o 65% (hub) (media regionale 2015 del 65,89% - fonte Bersaglio).	Aumentare la percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde 65% hub, compreso l'IRCCS Burlo Garofolo in qualità di hub pediatrico (media regionale 2015 del 65,89% - fonte Bersaglio).
Attuazione al 31.12.2017 OBIETTIVO RAGGIUNTO % codici verdi visitati entro 1 ora=74,33. (in linea rispetto alla soglia come hub pediatrico >65%).	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO VALORE REGIONALE. 74,33
Aumentare la percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore, portandola a valori superiori all'85% (spoke) e 75% (hub) (media regionale 2015 del 78,24% - fonte Bersaglio).	Aumentare la percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore, portandola a valori superiori al 75% hub, compreso l'IRCCS Burlo Garofolo in qualità di hub pediatrico (media regionale 2015 del 78,24% /fonte Bersaglio).
Attuazione al 31.12.2017 OBIETTIVO RAGGIUNTO % pazienti con codice verde non inviati a ricovero = 94,5%	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO VALORE REGIONALE. 95,95
Revisione e confronto interaziendali della gestione clinica per 5 eventi patologici acuti, più frequenti.	Nuovo risultato atteso (DRG 1517/2017) Revisione e confronto interaziendali della gestione clinica per 3 eventi patologici acuti, più frequenti.
Attuazione al 31.12.2017 OBIETTIVO RAGGIUNTO E' stata recepita la richiesta di modifica evidenziata nel I quadrimestrale Aggiornati tre percorsi di gestione clinica per eventi patologici acuti: Chetoacidosi diabetica, , Gestione fluidi, Ustioni.	

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO SONO STATI REALIZZATI DEGLI INCONTRI TRA IL PS BURLO E I DIRETTORI SC DI PEDIATRIA DI AAS2, AAS3, AAS5 (PERCORSI CLINICI: CHETOACIDOSI DIABETICA, GESTIONE FLUIDI, USTIONI)
--	---

3.4.3. Reti di patologia	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
MALATTIE RARE	
<p>Con la DGR 1968/2016 è stata rivista la rete delle Malattie rare della Regione. La DGR prevede una serie di funzione a carico del coordinamento della rete per le quali con le linee annuali per la gestione del SSR si finanzia all'ASUIUD un medico con competenze epidemiologiche e di organizzazione per la conduzione del registro malattie rare e la conduzione di gruppi di lavoro finalizzati alla produzione dei percorsi assistenziali delle patologie, un infermiere per la gestione delle attività correlate agli aspetti assistenziali delle funzioni attribuite ed una figura amministrativa per la gestione degli aspetti burocratico amministrativi.</p> <p>Entro marzo 2017 verranno individuati i presidi hub dei singoli gruppi nosologici che dovranno:</p>	<p>IRCCS Burlo Garofolo parteciperà alla rete regionale secondo le scadenze previste e continuerà l'attività di identificazione, presa in carico e eventuale trattamento delle malattie rare sia in ambito neonatale riconosciute anche attraverso il programma regionale degli screening, che in ambito pediatrico.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>L'IRCCS partecipa ai tavoli della rete regionale delle malattie rare, prendendo parte anche come centro coordinatore per 4 gruppi di patologie.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Produce entro il 31 dicembre 2017 almeno 1 percorso assistenziale per ogni gruppo nosologico.	Nel corso del 2015 e del 2016 sono stati elaborati numerosi PDTA già in uso all'interno dell'Ospedale, entro il 31 dicembre 2017 tali PDTA saranno condivisi con le altre Pediatrie regionali.
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>I professionisti dell'IRCCS stanno partecipando ai tavoli regionali anche al fine di condividere i PDTA elaborati ed in uso all'interno dell'Istituto.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
Implementare il flusso informativo al registro regionale di cui al DM 279/2001 (aggiornamento	Il flusso informativo al registro regionale di cui al DM 279/2001 sarà implementato (aggiornamento

dati del registro con inserimento del 100% dei casi in prevalenza al 30 novembre 2017).	dati del registro con inserimento del 100% dei casi in prevalenza al 30 novembre 2017).
Attuazione al 31.12.2017 OBIETTIVO RAGGIUNTO L'attività è in linea: il flusso è correttamente alimentato.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
MALATTIE REUMATICHE	
Nel 2017 prosegue il lavoro della rete con: Monitoraggio dell'applicazione dei percorsi assistenziali già formalizzati. Le AAS/ASUI sono tenute all'uso dello strumento informatico che sarà messo a disposizione entro il primo trimestre 2017. Evidenza, entro il 30 giugno, nel sito aziendale di ogni AAS/ASUI dei medici reumatologi aggregati alle medicine interne e di quelli appartenenti ai servizi (AAS5 e ASUITS) o alla struttura complessa (ASUIUD).	L'IRCCS Burlo Garofolo parteciperà alla rete regionale per quanto di competenza ed utilizzerà lo strumento informatico (che sarà messo a disposizione entro il primo trimestre 2017), qualora previsto. Nuovo risultato atteso (DGR 1571/2017) OBIETTIVO STRALCIATO relativamente all'utilizzo dello strumento informatico messo a disposizione dalla Regione.

3.4.4. Materno-infantile	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Responsabilizzazione diretta delle ostetriche nella gestione del percorso per la gravidanza fisiologica.	Consolidamento della responsabilizzazione diretta delle ostetriche nella gestione del percorso per la gravidanza fisiologica, secondo le indicazioni della DCS.
Attuazione al 31.12.2017 OBIETTIVO NON RAGGIUNTO PER CAUSE NON IMPUTABILI Motivazioni scostamento del risultato atteso Non sono state fornite indicazioni dalla DCS e la DGR è la DGR è stata approvata nel 2018	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
Mantenimento della percentuale dei parti cesarei depurati (NTSV) al di sotto del 20% dei parti totali dei parti depurati (valore medio regionale 2015 pari a 16,38% - fonte Bersaglio).	Mantenimento della percentuale dei parti cesarei depurati (NTSV) al di sotto del 20% dei parti totali dei parti depurati (valore medio regionale 2015 pari a 16,38% - fonte Bersaglio).
Attuazione al 31.12.2017 OBIETTIVO RAGGIUNTO % parti depurati (NTSV) = 15,31%	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
I parti indotti farmacologicamente devono essere	I parti indotti farmacologicamente devono essere

ridotti al di sotto del 20% (valore medio regionale 2015 pari a 21,44% - fonte Bersaglio).	ridotti al di sotto del 20% (valore medio regionale 2015 pari a 21,44% - fonte Bersaglio).
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>% parti indotti farmacologicamente = 15,97%</p> <p>(si riferisce ai parti farmacologicamente indotti – sono state recepite le osservazioni inviate con nota prot. N. 4207/2017, come da Monitoraggio indicatori sanitari inviato dal Servizio regionale Programmazione e Salute).</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Viene stilato l'elenco degli interventi chirurgici pediatrici che, per assicurare adeguati livelli di sicurezza e qualità, è necessario centralizzare l'attività in un'unica struttura o essere eseguiti, eventualmente in più sedi, da una sola équipe chirurgica ed anestesiologicala del IRCCS "Burlo Garofolo".	Obiettivo già assegnato nel 2016 – la proposta è stata inviata alla DCS con nota prot. 7971/2016. Nel 2017 verrà implementato operativamente.
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>Nel documento relativo alla riorganizzazione della Rete pediatrica è stata inserita l'analisi dell'attività chirurgica.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.4.5 Percorso nascita	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>verificare l'attuazione aziendale di quanto previsto nei provvedimenti nazionali e regionali, in termini di miglioramento della qualità, sicurezza e appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita;</p> <p>partecipare, per il tramite dei propri referenti, alle attività del Comitato percorso nascita regionale;</p>	<p>- Attuazione di quanto previsto nei provvedimenti nazionali e regionali, in termini di miglioramento della qualità, sicurezza e appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita.</p> <p>- Supporto alla DCS per le attività del Comitato del Percorso nascita.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>I rappresentanti dell'IRCCS hanno partecipato alle attività del Comitato del Percorso Nascita.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
l'IRCCS Burlo Garofolo e l'ASUIUD, in qualità di centri di II livello per il trasporto in emergenza perinatale (Terapie intensive neonatali e SOC Ginecologia ed Ostetricia) producono e	Relazione dell'attività di trasporto perinatale, trasmessa annualmente alla DCS, corredata dal monitoraggio dei seguenti indicatori:

<p>trasmettono alla Direzione centrale salute un report annuale sulle attività di trasporto che fornisca elementi utili al monitoraggio dei seguenti indicatori:</p> <p>N. neonati per i quali è attivato un trasporto primario nell'anno / N. totale nati nell'anno;</p> <p>N. trasporti primari nell'anno attivati entro 30 minuti dalla richiesta / N. totale trasporti primari nell'anno;</p> <p>N. neonati < 34 settimane trattenuti nella Struttura di I livello con scheda compilata dal centro TIN/ N. totale neonati < 34 settimane trattenuti nella Struttura di I livello;</p> <p>N. STAM attivati nell'anno / N. totale parti nell'anno;</p> <p>N. STAM attivati con documentazione clinica completa / N. totale STAM attivati.</p> <p>Supporto ed aiuto alle giovani famiglie dopo il parto, con specifico servizio domiciliare e ambulatoriale. Presa in carico di almeno il 30% dei nati.</p>	<p>N. neonati per i quali è attivato un trasporto primario nell'anno / N. totale nati nell'anno;</p> <p>N. trasporti primari nell'anno attivati entro 30 minuti dalla richiesta / N. totale trasporti primari nell'anno;</p> <p>N. neonati < 34 settimane trattenuti nella Struttura di I livello con scheda compilata dal centro TIN/ N. totale neonati < 34 settimane trattenuti nella Struttura di I livello;</p> <p>N. STAM attivati nell'anno / N. totale parti nell'anno;</p> <p>N. STAM attivati con documentazione clinica completa / N. totale STAM attivati.</p>
--	--

Attuazione al 31.12.2017

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Il report complessivo annuale relativo ai trasporti neonati e materni è stato inviato alla DCS con nota ns. prot. 878 dd 2/2/2018. La tabella sottostante riporta gli indicatori oggetto di Attuazione:

INDICATORE	VALORE 2017
N. neonati per i quali è attivato un trasporto primario nell'anno / N. totale nati nell'anno	=25/1525
N. trasporti primari nell'anno attivati entro 30 minuti dalla richiesta / N. totale trasporti primari nell'anno	=25/25
N. neonati < 34 settimane trattenuti nella Struttura di I livello con scheda compilata dal centro TIN/ N. totale neonati < 34 settimane trattenuti nella Struttura di I livello	=6/6
N. STAM attivati nell'anno / N. totale parti nell'anno	=18/1493
N. STAM attivati con documentazione clinica completa / N. totale STAM attivati	=18/18

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.4.6. Sangue ed emocomponenti

non di pertinenza

3.4.7. Erogazione dei livelli di assistenza

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Riduzione del tasso di ospedalizzazione dal 128,57 x mille al 125 x mille.	Per quanto concerne il tasso di ospedalizzazione, che non deve superare il 125 per mille, si ribadisce che, considerato il mandato dell'Istituto, l'IRCCS contribuisce alla riduzione esclusivamente garantendo l'appropriatezza dei ricoveri erogati.
Attuazione al 31.12.2017 OBIETTIVO RAGGIUNTO L'IRCCS partecipa al tasso di ospedalizzazione regionale o di ASUITs considerando che circa il 30% dei pazienti risiede fuori Regione, e contribuisce alla riduzione esclusivamente garantendo l'appropriatezza dei ricoveri erogati.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO????
Riduzione dei numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica portando la percentuale al di sotto del 30% per gli adulti e del 50% per i pediatrici (valore medio regionale del 2015 di 37,37% per gli adulti e 69,57% per i pediatrici - fonte Bersaglio) – obiettivo valido sia per l'età adulta che pediatrica.	Riduzione dei numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica portando la percentuale al di sotto del 50% per i pediatrici (valore medio regionale del 2015 di 69,57% per i pediatrici - fonte Bersaglio).
Attuazione al 31.12.2017 % DH diagnostici adulti = 48,17% OBIETTIVO RAGGIUNTO in quanto analogamente ai criteri recepiti in sede di valutazione finale del Patto DG 2016 (ns. nota prot. 1831/2018 e DGR 728/2018) se si scorporano i DH diagnostici erogati dalla Patologia ostetrica, gli altri DH diagnostici sono da considerarsi erogati a pazienti adulti in carico dall'età pediatrica e pertanto la SOGLIA deve considerarsi pari al 50% come per i DH pediatrici. % DH diagnostici pediatrici = 56,63% Obiettivo non raggiunto ma si fa presente che il valore risulta pari al 43%, scorporando i DH con somministrazione di tranquillanti (9926) o con polisonnografia (8919), che si considerano appropriati.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO VALORE REGIONALE: ADULTI 47,95; PEDIATRICO 56,59
Riduzione della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni portandola al di sotto del 4% (valore medio regionale 2015 di 5,23% - fonte Bersaglio).	Obiettivo già stralciato per l'IRCCS come da DGR 2186/2016.
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

Recupero di almeno il 25% della fuga extra-regionale di ricovero e specialistica ambulatoriale rispetto ai dati 2015 di ogni AAS /ASUI.	L'Istituto supporterà la DCS relativamente all'analisi del fenomeno della fuga extraregionale in ambito pediatrico e formulerà proposte per il recupero di almeno il 25% della fuga rispetto ai dati Regione FVG.
Attuazione al 31.12.2017 OBIETTIVO RAGGIUNTO Non ricevute richieste di collaborazione su questo tema da parte della DCS. I dati sulle fughe extraregionali per gli anni 2015 e 2016 sono stati comunque estratti da Repository Epidemiologico Regionale, presentati e discussi all'interno dei tavoli regionali sulle cure pediatriche coordinati dall'Istituto ed è evidenziato nel documento di sintesi (obiettivo 10.10). I dati delle fughe extraregionali relativi all'endometriosi sono stati inoltre richiesti dall'Osservatorio Endometriosi della Regione FVG e discussi nelle sedute del 28 marzo e del 16 maggio 2017.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
Individuazione da parte di ogni AAS/ASUI/IRCCS di almeno 3 pacchetti di prestazioni da eseguire in day service ambulatoriali, con formale trasmissione degli stessi alla DCS entro il 30 giugno 2017, per l'autorizzazione.	Individuazione da parte di ogni AAS/ASUI/IRCCS di almeno 3 pacchetti di prestazioni da eseguire in day service ambulatoriali, con formale trasmissione degli stessi alla DCS entro il 30 giugno 2017, per l'autorizzazione.
Attuazione al 31.12.2017 OBIETTIVO RAGGIUNTO: con nota prot. 5250 dd 20/6/2017 sono state inviate alla DCS nuove proposte di PACC (nonché riproposte quelle già inviate con nota prot. 1475 dd 23/2/2017).	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Le AAS e le ASUI proseguono ad effettuare i controlli di appropriatezza delle prestazioni effettuate dagli erogatori pubblici e privati, secondo il piano dei controlli programmato dallo specifico gruppo di coordinamento regionale.	Controlli di appropriatezza delle prestazioni effettuate secondo il piano dei controlli programmato dallo specifico gruppo di coordinamento regionale.
Attuazione al 31.12.2017 OBIETTIVO RAGGIUNTO L'IRCCS effettua i controlli se richiesti dalle AAS/ASUI di residenza.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
3.4.8. Rischio clinico, qualità e appropriatezza nell'erogazione delle cure	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Rischio clinico	Vedi allegato Piano per la sicurezza del paziente 2017.
Attuazione al 31.12.2017 Vedi Monitoraggio Piano Annuale di promozione della sicurezza del paziente 2017.	

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Rischio clinico	Identificazione, il coinvolgimento e la formazione anche attraverso la partecipazione agli eventi della direzione Centrale Salute dei referenti e dei link professional aziendali dei progetti regionali; Partecipazione alla "Point Prevalence Survey" e diffusione capillare dei risultati;
Attuazione al 31.12.2017 Vedi Monitoraggio Piano Annuale di promozione della sicurezza del paziente 2017.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Qualità e appropriatezza nell'erogazione delle cure.	Vedi allegato Piano per la sicurezza del paziente 2017.
Attuazione al 31.12.2017 Vedi Monitoraggio Piano Annuale di promozione della sicurezza del paziente 2017.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

3.5. ASSISTENZA FARMACEUTICA

Assistenza farmaceutica	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Tetti Spesa Farmaceutica	
Spesa farmaceutica	Rispetto dei tetti fissati per la <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;
Attuazione al 31.12.2017 Vedi monitoraggio regionale su indicatori farmaceutica.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
Prescrittori	
Dovranno essere individuati specifici obiettivi per tutti i prescrittori, correlati ad indicatori di risultato predefiniti, sia a livello territoriale (distrettuale, ambulatoriale, MMG) che ospedaliero. A tal fine gli Enti del SSR effettueranno un monitoraggio periodico sull'utilizzo delle categorie di farmaci a maggior impatto di spesa e rischio di inappropriata favorendo l'impiego di medicinali con il miglior rapporto di costo-efficacia, redigendo un report semestrale con evidenza delle azioni intraprese nel corso del primo e secondo semestre da inviare alla DCS sia con riferimento alle iniziative di audit e feedback che alle iniziative più significative adottate (in particolare oncologici, immunologici, farmaci per l'epatite C, terapie intra-vitreali, farmaci del PHT_DPC, equivalenti, biosimilari).	Invio di due report a cadenza semestrale da cui si evincano: Obiettivi; Azioni intraprese. Verranno condivisi in sede di negoziazione con le strutture di oncologia e clinica pediatrica, in particolare per la funzione reumatologia e gastroenterologia, almeno 2 classi di farmaci a maggior impatto di spesa e rischio di inappropriata da monitorare.
Attuazione al 31.12.2017 OBIETTIVO RAGGIUNTO Nell'ambito delle prescrizioni off label in pediatria (che interessano oltre l'80% dei farmaci in commercio in particolare in ambito specialistico ospedaliero) sono stati identificati i farmaci a maggior impatto di spesa e rischio di inappropriata . In accordo con il Dipartimento di clinica pediatrica (di cui fanno parte le strutture di oncoematologia reumatologia e gastroenterologia e neurologia) la farmacia ha proposto oltre al monitoraggio nominale delle richieste e dispensazioni dei farmaci off label un report di feedback sulle prescrizioni.	

L'obiettivo è la formulazione di un parere sulla base della letteratura disponibile a supporto dei dati già forniti dal clinico nei tempi utili alla prescrizione ed approvazione della direzione sanitaria e alla somministrazione del farmaco

Azioni intraprese: introduzione e condivisione di un modulistica dedicata e feedback ai prescrittori.

Nel corso del secondo semestre del 2017 sono stati valutati più di 60 pazienti.

Per tutte le richieste è stato possibile valutare la modulistica dedicata e gli studi presentati dai clinici formulando una nota di feedback sia per la direzione sanitaria che poi per il clinico.

Di tutti i pareri formulati l'80% è stato positivo mentre sono state respinte il 15% alcune richieste sono state ritirate dopo condivisione tra struttura richiedente farmacia e direzione sanitaria.

Sono stati inviati 2 report alla regione

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Al fine di perseguire un governo sulle politiche regionali di acquisto dei farmaci e dei dispositivi medici, l'EGAS, avvalendosi delle competenze interne e di quelle delle aziende sanitarie, nel corso del 2017 (compresa la gara farmaci in fase di predisposizione) dovrà potenziare la capacità di coordinamento e di stesura di capitolati tecnici, assumendo a pieno la funzione di aggregatore della domanda, soprattutto al fine di contribuire alla realizzazione di un sistema regionale più regolato e in linea con le evidenze scientifiche e con i principi dell'HTA.</p>	<p>Evidenza di partecipazione ai lavori di predisposizione gara farmaci con particolare attenzione all'introduzione dei fabbisogni e su richiesta di EGAS.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>Il personale farmacista dell'IRCCS ha partecipato ai tavoli indetti da Egas per la gara farmaci, materie prime ed a tutte le convocazioni, gara NPT, gara esteri, gara sistemi infusionali per la somministrazione di farmaci antitumorali.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Biosimilari</p>	
<p>Per i biosimilari dovranno essere assicurate azioni di incentivazione. In particolare le prescrizioni di biosimilari, ovvero di farmaci aggiudicatari di gara regionale con il profilo costo-efficacia più favorevole nell'ambito delle categorie in cui è presente l'alternativa biosimile, dovranno attestarsi per i nuovi pazienti, al miglior valore possibile ovvero dovranno rappresentare una quota non inferiore all'80% del totale delle prescrizioni/confezioni erogate, ferma restando comunque la possibilità per il prescrittore di indicare il farmaco più opportuno motivando la scelta effettuata a seconda delle</p>	<p>80% delle nuove prescrizioni per farmaci biosimilari in uso presso la clinica pediatrica.</p> <p>Verifica in accordo con ASUITS delle prescrizioni di somatotropina con il profilo più favorevole in termini di appropriatezza e costo.</p> <p>Nuovo risultato atteso (DGR 1571/2017)</p> <p>Invio alla DCS di una relazione annuale sull'attività svolta.</p>

indicazioni d'uso e delle popolazioni interessate, secondo percorsi definiti a livello aziendale.	
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>SOMATROPINA</p> <p>Nel corso del 2017 le prescrizioni di SOMATROPINA sono state monitorate in collaborazione con ASUITS. I dati di prescrizione sono stati forniti da ASUITS ed analizzati con lo specialista ospedaliero. In particolare in riscontro ad un aumento del costo il clinico ha evidenziato più volte l'aumento del numero dei pazienti seguiti e l'appropriatezza della prescrizione anche in termini di utilizzo del device più compliant per il paziente, un tanto per evitare lo spreco del farmaco.</p> <p>INFLIXIMAB</p> <p>In ambito ospedaliero la prescrizione del biosimilare è stata applicata a tutti i pazienti naive ed è stato fatto un percorso condiviso con la clinica pediatrica e l'oncoematologia per iniziare lo switch di alcuni pazienti.</p> <p>E' stata inviata alla Regione la relazione dettagliata con nota prot. 1555 dd 22/2/2018.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Medicinali registro Aifa	
<p>La prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA dovrà avvenire nel rispetto delle indicazioni prefissate, assicurando la registrazione di tutti i dati richiesti, al fine di assicurare appropriatezza d'uso e consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing. La richiesta del farmaco dovrà sempre essere accompagnata dalla scheda di registrazione paziente nel registro. A tal fine potranno essere programmate analisi a campione da parte della direzione centrale. L'EGAS, nell'ambito della centralizzazione della logistica d'acquisto consolida le modalità con cui assicurare, per tutti i farmaci per i quali sono previste forme di compartecipazione dei costi da parte delle aziende farmaceutiche e condivisione del rischio (risk sharing, cost sharing e payment by results), il ristoro delle somme spettanti a ciascun Ente.</p>	<p>La prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA verrà monitorata attraverso la verifica con il prescrittore dei criteri di Attuazione indicati dal registro.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>Tutte le prescrizioni soggette a Registri vengono inserite nel sistema di monitoraggio ed erogate solo in seguito a verifica del corretto inserimento. Verificabile da portale AIFA</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Distribuzione diretta farmaci alto costo.	
<p>Nell'ambito della distribuzione diretta dei farmaci ad</p>	<p>Evidenza del percorso di verifica da parte della</p>

alto costo le Aziende eroganti in tale ambito definiscono idonei percorsi che consentano la verifica dell'appropriatezza d'uso anche da parte delle AAS e le ASUI di residenza del paziente.	Farmacia ospedaliera delle prescrizioni dirette ad altre aziende, con particolare riferimento agli off label e prescrizioni galeniche magistrali.
Attuazione al 31.12.2017 OBIETTIVO RAGGIUNTO Le prescrizioni off label sono state monitorate e il report è stato inviato alla DCS (Il report)	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Prescrizione medicinali a brevetto scaduto.	
Oltre alla promozione d'uso di medicinali a brevetto scaduto e biosimilari a livello territoriale, dovranno essere valutate a campione, in tempistiche e reparti che saranno comunicati dalla direzione centrale, le % percentuali di utilizzo di queste categorie di medicinali e le % di prescrizioni in dimissione o dopo visita ambulatoriale. I reparti interessati riguarderanno in particolare reumatologie, cardiologie, medicine, centri osteoporosi, nefrologie, oncologie, neurologie con riserva di integrare anche altri reparti nel corso dell'anno.	Analisi a campione su indicazione della DCS sulle prescrizioni riportate in lettera di dimissione della Clinica Pediatrica e dell'Oncologia.
Attuazione al 31.12.2017 OBIETTIVO RAGGIUNTO Non sono pervenute al momento richieste.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
Distribuzione diretta 1° ciclo terapia.	
A seguito di dimissione da ricovero e/o di visita specialistica ambulatoriale dovrà essere assicurata l'erogazione del 1° ciclo di terapia in distribuzione diretta. L'attività di distribuzione diretta continua ad essere garantita nell'ambito della residenzialità, della semi-residenzialità e dell'assistenza domiciliare presso tutte le strutture afferenti alle Aziende per l'assistenza sanitaria. Inoltre relativamente ai medicinali di nuova autorizzazione all'immissione in commercio e che sono inseriti nell'elenco dei farmaci erogabili in DPC, le aziende sanitarie attueranno ogni utile percorso per favorire la distribuzione diretta nelle more della effettiva disponibilità di tali medicinali in DPC fornendo anche le opportune informazioni ai prescrittori.	Assicurare la continuità terapeutica dopo ricovero e visita ambulatoriale. Revisione della procedura distribuzione diretta. Invio ai prescrittori dell'inserimento di nuovi farmaci in DPC, dopo approvazione e comunicazione da parte della Commissione regionale sulla DPC / EGAS. Nuovo risultato atteso (DGR 1571/2017) Trasmissione alla Direzione Centrale entro il 31/1/2018 di una relazione con la quale viene illustrata l'attività svolta e i risultati raggiunti nel 2017.
Attuazione al 31.12.2017	

<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>La procedura della distribuzione diretta e' revisionata ed inviata per firma a Direzione Sanitaria, schedone diretta inserito in PSM;</p> <p>Report DPC su segnalazione ASUITs inviato a prescrittori;</p> <p>Aggiornato sito web relativo alla distribuzione diretta. Report sulla distribuzione diretta inviato alla Regione.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
Farmacovigilanza	
<p>Sul tema della farmacovigilanza continuano le attività già avviate a livello regionale dalla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, quali la segnalazione spontanea in pronto soccorso, la segnalazione nell'ambito della dimissione da ricovero ospedaliero. Verranno inoltre avviati un percorso formativo a distanza (FAD) specifico sull'utilizzo della nuova piattaforma nazionale Vigifarmaco, nonché i progetti di farmacovigilanza attiva approvati dall'Agenzia italiana del farmaco. Su tali iniziative gli Enti del SSR assicurano la partecipazione dei sanitari interessati e per il supporto alle attività organizzative. In tale ambito continua a trovare applicazione la convenzione di cui alle DGR 435/2013 e 2199/2014. In generale, anche tramite convenzione della direzione centrale con gli Enti del SSR potranno essere avviati progetti sulle attività stabilite dalla DGR 1365/2015, volti a favorire un'informazione indipendente sull'impiego sicuro del farmaco, utilizzando i fondi statali dedicati a tali iniziative.</p>	<p>Partecipazione da parte dei referenti per la farmacovigilanza, individuati nel corso del 2016, al percorso formativo sulla piattaforma Vigifarmaco e ai progetti approvati dall'AIFA.</p> <p>Evidenza di un progetto formativo relativo alla informazione indipendente sull'impiego sicuro del farmaco in ambito materno infantile.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>L'attività è in linea. Sono stati effettuati 2 corsi di formazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - "Patologia iatrogena: dalla terapia alla diagnosi" per i formatori 8 e 17 maggio" - corso a cascata in FV del personale sanitario 12 settembre (rinviato a nov) e 17 ottobre 2017 <p>Rilevazione eventi avversi tramite Progetto PS e SDO.</p> <p>Apprendimento: lo scopo e le attività di farmacovigilanza, i principali tipi di ADR, le informazioni utili ad individuare le ADR; Prova finale è produrre la scheda di segnalazione di un ADR quindi ci si aspetta aumento di segnalazioni.</p> <p>-Corso "Farmaci in gravidanza: dalla prescrizione all'uso dei farmaci nelle donne che programmano, conducono e terminano una gravidanza" che si è tenuto a Trieste il 12 dicembre 2017.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

Aziende con logistica centralizzata.	
Per le Aziende servite dalla logistica centralizzata, la copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM dovrà essere garantita per l'85% lo stesso applicativo, anche al fine di consentire un puntuale Attuazione dell'appropriatezza prescrittiva e la promozione dei medicinali acquisiti centralmente da EGAS.	L'85% delle confezioni destinate alla distribuzione diretta nominale erogate mediante PSM.
Attuazione al 31.12.2017 OBIETTIVO RAGGIUNTO L'attività è in linea; la diretta nominale viene gestita sempre in PSM se non per i farmaci ancora in ASCOT (minimo residuo).	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO PSM ITER ELETTRONICO: 89% PSM TUTTO: 99,6% PERSONALIZZATA (ASCOT + PSM): 99,8%
Prescrizione informatizzata piani terapeutici.	
Tutte le Aziende dovranno garantire il ricorso (prima prescrizione e rinnovi) alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici implementati/disponibili a sistema, tramite l'applicativo PSM-PT, in almeno il 50% dei nuovi pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive. Va inoltre assicurato il controllo dei piani terapeutici ed il rispetto delle note limitative AIFA, favorendo l'implementazione di tale sistema informatizzato.	Tutti i prescrittori saranno formati all'utilizzo del PSM-PT. La Farmacia invierà gli aggiornamenti relativi a farmaci soggetti a PT e limitazioni AIFA. Il ricorso alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici tramite l'applicativo PSM piani sarà garantito il almeno il 50% dei nuovi pazienti.
Attuazione al 31.12.2017 OBIETTIVO RAGGIUNTO L'attività è in linea. E' stato fornito supporto ai prescritti e sono state inviate le comunicazioni di informazione.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Flussi informativi	
Le Aziende sanitarie assicurano, per tramite dei responsabili individuati dalle stesse, l'implementazione, le verifiche ed i controlli di congruenza dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese, anche utilizzando la reportistica a disposizione sul portale SISSR (mancati invii, prezzi medi, revocati,	Le verifiche sui flussi informativi vengono periodicamente effettuate.

<p>ecc). Va in particolare garantita, per il corretto calcolo del rispetto dei tetti di spesa, l'integrale copertura della fase 3 su fase 2 (100% della spesa negli ambiti previsti) per quanto riguarda la distribuzione diretta. In fase di erogazione diretta dei medicinali è inoltre inserito a sistema il codice targatura.</p>	
<p>Sempre con riferimento ai flussi informativi, l'EGAS e le singole Aziende danno riscontro agli eventuali approfondimenti richiesti dalla Direzione Centrale, anche su istanza Ministero della Salute, entro 15 giorni dalle comunicazioni.</p>	<p>Riscontro agli eventuali approfondimenti richiesti dalla DCS.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017 OBIETTIVO RAGGIUNTO Nel corso del 2017 i flussi sono stati monitorati con la collaborazione della Programmazione attraverso la condivisione di report predisposti con il sistema BO. E' stato inserita anche la modifica richiesta relativa ai rimborsi per il farmaco Spinraza.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO FASE 3/FASE 2:99,89% TARGATURA DIRETTA: 99,93% (CONFEZIONI)</p>
<p>Produzione centralizzata della galenica pediatrica.</p>	
<p>Produzione centralizzata della galenica pediatrica.</p>	<p>Avvio delle attività propedeutiche per la centralizzazione delle preparazioni galeniche presso l'IRCCS per conto di tutti gli enti del SSR.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017 OBIETTIVO RAGGIUNTO L'attività è in linea. Si è svolto un incontro con servizio farmaceutico regionale per la predisposizione di un documento sulla fornitura regionale di prodotti galenici pediatrici; è stato coinvolto Egas per la logistica, mentre è in produzione una piattaforma per la prescrizione (servizio informativo Burlo). Le Aziende richiedenti vengono fornite dei prodotti magistrali e tutte le richieste sono correttamente ed immediatamente evase . da gennaio oltre 100 bambini domiciliati, attualmente 40 in continuità terapeutica con galenico magistrale. Nelle more di un documento regionale di conferma della centralizzazione, la farmacia ha provveduto alla preparazione e gestione di tutte le richieste regionali di allestimento di farmaci magistrali per pazienti territoriali (da gennaio oltre 100 bambini domiciliati).</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>

3.6. PROGETTI ATTINENTI LA PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI SOCIOSANITARI

3.6.1 Non autosufficienza e disabilità	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Disabilità	L'IRCCS Burlo Garofolo partecipa attivamente in collaborazione con ASUITS al progetto di identificazione precoce e presa in carico già alla nascita o nella prima infanzia dei bambini con disabilità avviato dal Comune di Trieste. In particolare ha già avviato un progetto biennale di ricerca per l'identificazione di modelli organizzativi per la presa in carico dei bambini con bisogni speciali e per la gestione del passaggio di cura dall'età pediatrica a quella adulta.
Attuazione al 31.12.2017 OBIETTIVO RAGGIUNTO. In data 8/9/2017 è stato firmato un protocollo operativo tra l'IRCCS l'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste e degli Ambiti socio-assistenziali dell'UTI giuliana per la condivisione di percorsi integrati ospedale-territorio per neonati, bambini e adolescenti ad alta complessità assistenziale.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.6.2 Minori	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Affido	Supporto alle attività di ASUI TS, per quanto di competenza.
Attuazione al 31.12.2017 OBIETTIVO RAGGIUNTO Gli operatori del Burlo hanno supportato le attività secondo le indicazioni di ASUI TS.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Adozioni	Partecipazione, se richiesta, ai tavoli regionali.
Attuazione al 31.12.2017 OBIETTIVO RAGGIUNTO Gli operatori del Burlo hanno supportato le attività secondo le indicazioni di ASUI TS.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.6.3 Piani di Zona	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Piani di zona	Dal 2016 l'IRCCS Burlo Garofolo partecipa nuovamente ai tavoli dei Piani di Zona riguardanti i

	<p>Minori, la famiglia e le Donne.</p> <p>Ha già condiviso le schede di segnalazione dei minori con disagio che nel corso del 2017 saranno utilizzate da tutti i servizi dell'Istituto.</p> <p>Nel corso del 2017 si continuerà con l'attività di integrazione sui tempi di competenza.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>Partecipazione alle riunioni dei Pdz relativamente agli obiettivi 5.1 (Promuovere la permanenza dei minori in famiglia) 5.2 (Potenziare e qualificare il processo di sostegno e allontanamento del minore nonché il sistema di accoglienza dei minori collocati all'esterno della propria famiglia di origine) e 10.1 (Collegare gli interventi sociali e sociosanitari programmati nei PDZ con specifiche azioni inerenti le politiche familiari).</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.7 RAPPORTI CON I CITTADINI

3.7.1 Tempi d'attesa	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Contestualmente al monitoraggio regionale le Aziende sono tenute a mantenere anche il monitoraggio ministeriale.	Mantenimento del monitoraggio regionale e ministeriale.
Monitoraggio al 31.12.2017 OBIETTIVO RAGGIUNTO I monitoraggi regionali e ministeriali sono effettuati nelle tempistiche previste.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Le AAS/ASUI/IRCCS dovranno proseguire ad organizzare le agende delle prestazioni ambulatoriali specialistiche per consentire la prenotazione online del cittadino di tutta l'offerta.	Organizzazione delle agende delle prestazioni ambulatoriali specialistiche coerente con la prenotazione online del cittadino di tutta l'offerta.
Attuazione al 31.12.2017 OBIETTIVO RAGGIUNTO Tutte le agende sono organizzate per consentire le prenotazioni on line al cittadino tranne l'agenda di visita ginecologica, in attesa di indicazioni dalla DCS in merito ai quesiti diagnostici specifici.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Nei riguardi dei cittadini deve essere assicurata la "garanzia" erogativa per le priorità B al > 95%, per la priorità D al > 90% e per le priorità P al > 85%. Entro il 31 dicembre 2017 tutte le agende delle prestazioni ambulatoriali devono essere informatizzate ed essere rese disponibili a sistema CUP regionale.	Si assicura la garanzia per le prestazioni ginecologiche per la popolazione residente nella provincia di Trieste per le priorità B al > 95%, per la priorità D > 90% e per le priorità P > 85%. Si assicura la garanzia per le prestazioni specialistiche pediatriche per le priorità D al > 90% e per le priorità P al > 85%.
Attuazione al 31.12.2017 OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO E' stato effettuato un costante Attuazione dei tempi d'attesa, sono emerse alcune criticità a cui si è provveduto aumentando l'offerta mediante l'utilizzo di RAR, non sono state rispettate le priorità per la visita endocrinologica e la visita ortopedica.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
Le AAS/ASUI/IRCCS sono tenute a sospendere la libera professione intra-moenia ai medici delle strutture che non rispettano i valori soglia sopra riportati e/o che non hanno reso disponibili a CUP regionale tutte le agende di prenotazione delle visite/prestazioni.	Sospensione della libera professione intra-moenia ai medici che non rispettano i valori soglia sopra riportati e/o non hanno reso disponibili a Cup regionale tutte le agende di prenotazione delle visite/prestazioni.
Attuazione al 31.12.2017 OBIETTIVO RAGGIUNTO	

E' stato effettuato un costante monitoraggio dell'attività svolta in regime libero professionale in Italia.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Le AAS/ASUI/IRCCS dovranno garantire altresì il rispetto dei tempi di attesa per gli interventi indicati, secondo i codici di priorità A (per almeno il 95% della casistica), B, C e D (per almeno il 90% della casistica) del punto 2 dell'allegato A. Anche per tali tipologie di attività, il mancato rispetto dei valori soglia indicati determina, per i medici delle strutture interessate, la sospensione della possibilità di svolgere la libera professione specifica.	Vengono garantiti i tempi d'attesa, secondo i codici di priorità degli interventi previsti all'allegato A, per la parte di competenza.

Attuazione al 31.12.2017

OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

E' stato effettuato un costante monitoraggio dei tempi d'attesa degli interventi chirurgici, sono emerse alcune criticità a cui si è provveduto aumentando l'offerta e migliorando la programmazione chirurgica, anche mediante l'utilizzo di RAR. Non sono state rispettate le priorità per l'intervento di tonsillectomia.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
Le aziende dovranno inoltre far rispettare il rapporto tra attività libero professionale di cui al CCNLL e le priorità fissate di "garanzia" per il cittadino assumendo ogni modalità organizzativa necessaria allo scopo, rivedendo l'organizzazione erogativa (rapporto tra offerta e domanda, analisi della tipologia di domanda, calibrazione del sistema di gestione delle code affrontando la contingenza, influenza della domanda, ecc.), e ricorrendo alla finalizzazione delle risorse contrattuali di risultato del personale, nonché delle RAR allo scopo stanziate, oltre che delle risorse previste dalla L.R. n.7/2009.	Rispetto del rapporto tra attività libero professionale e le priorità di garanzia per il cittadino.

Attuazione al 31.12.2017

OBIETTIVO RAGGIUNTO

E' stato effettuato un costante monitoraggio dell'attività svolta in regime libero professionale in Italia, rapportandola ai volumi di attività svolta in regime istituzionale.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
L'obiettivo per il 2017, per tutte le degenze	- evidenza del percorso e sua attuazione per

<p>intensive e semi-intensive della Regione, è l'abolizione delle limitazioni non motivatamente necessarie (es. effettiva necessità d'isolamento) poste a livello temporale per i care giver indicati dai pazienti, con presenza di uno per volta. La misurazione sarà fatta dal call-center regionale che telefonerà ad un campione significativo di pazienti/familiari ricoverati in tali degenze. L'obiettivo si ritiene raggiunto in caso di risposta affermativa in almeno il 90% dei pazienti, non raggiunto al di sotto del 40%. Il calcolo sarà effettuato sui dimessi degli ultimi 6 mesi dell'anno 2017.</p>	<p>garantire l'obiettivo regionale</p> <p>- L'apertura dei reparti in terapia intensiva e semi-intensiva ai care giver è già una prassi presso l'IRCCS Burlo Garofolo in quanto la presenza del genitore fa parte del percorso riabilitativo e terapeutico del bambino (tecnica Kangaroo).</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>L'apertura dei reparti in terapia intensiva e semi-intensiva ai care giver è già una prassi presso l'IRCCS Burlo Garofolo in quanto la presenza del genitore fa parte del percorso riabilitativo e terapeutico del bambino (tecnica Kangaroo).</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO STRALCIATO</p>

<p>3.7.3 Presenza del care giver in corso di visita nei reparti di degenza</p>	
<p>Obiettivo aziendale</p>	<p>Risultato atteso</p>
<p>L'obiettivo per il 2017, per tutte le degenze della Regione è la possibilità dei pazienti di avere accanto a sé il care giver al momento della visita medica o dell'esecuzione delle procedure assistenziali. La misurazione sarà fatta dal call-center regionale che telefonerà ad un campione significativo di pazienti/familiari ricoverati in tali degenze dopo il 1° maggio. Trattandosi dell'anno di avvio del progetto, la misurazione verrà effettuata solo sui pazienti > 70 anni. L'obiettivo si ritiene raggiunto in caso di risposta affermativa in almeno l'90% dei pazienti e non raggiunto al di sotto del 40%. Il calcolo sarà effettuato sui dimessi degli ultimi 6 mesi dell'anno 2017.</p>	<p>Per i pazienti minorenni è sempre richiesta la presenza del genitore o di un tutore.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Per i pazienti minorenni è sempre richiesta la presenza del genitore o di un tutore. Per i pazienti con età > 70 anni si rimane in attesa della misurazione effettuata dalla DCS.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO STRALCIATO</p>

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Accertamento delle condizioni cliniche e assistenziali del paziente dopo la dimissione da un intervento chirurgico.	<p>Contatto telefonico entro 5 giorni dalla dimissione per raccogliere informazioni relative al decorso clinico assistenziale.</p> <p>La valutazione sarà effettuata su un campione di pazienti e l'obiettivo sarà:</p> <ul style="list-style-type: none"> - raggiunto: risposta positiva in almeno il 90% dei pazienti campionati; - non raggiunto: risposta positiva al di sotto del 40% dei pazienti; - parzialmente raggiunto: risposta positiva per percentuali comprese tra 40% ed il 90%.
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>L'attività è in linea.</p> <p>Sono state effettuate le modifiche richieste da Egas sul consenso (inviate con nota prot. 6874 dd 11/8/2017) e sono state accolte le integrazioni richieste dal Burlo (nota ns prot. 6917 dd 16/8/2017).</p> <p>Si rimane in attesa della valutazione regionale.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

3.7.5 Individuazione del medico responsabile della gestione del ricovero del paziente

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Frequentemente l'incertezza e lo stato di spaesamento che caratterizza diversi pazienti ricoverati nei presidi ospedalieri deriva dalla mancata conoscenza dei propri riferimenti professionali. L'esigenza è di essere certi che i professionisti che ruotano attorno al proprio caso, e si succedono nei turni e nelle giornate, lo facciano secondo una logica coordinata determinata dalle scelte di un solo medico individuato come responsabile di quel determinato episodio di ricovero.</p> <p>Dal maggio 2017, pertanto, ogni paziente ricoverato in ospedale deve ricevere l'informazione di chi è il medico responsabile della gestione del proprio caso e che, pertanto, assicura la coerenza delle diverse azioni che caratterizzano l'intera degenza.</p> <p>Il call center regionale effettuerà delle chiamate a campione ai pazienti dimessi da un ricovero</p>	<ul style="list-style-type: none"> - evidenza del percorso e sua attuazione per garantire l'obiettivo regionale - Dal maggio 2017, pertanto, ogni paziente ricoverato in ospedale deve ricevere l'informazione di chi è il medico responsabile della gestione del proprio caso e che, pertanto, assicura la coerenza delle diverse azioni che caratterizzano l'intera degenza. <p>Il call center regionale effettuerà delle chiamate a campione ai pazienti dimessi da un ricovero ospedaliero durato più di 4 giornate. L'obiettivo si considererà completamente raggiunto al superamento del 90% di risposte positive e non raggiunto al di sotto del 40%.</p>

ospedaliero durato più di 4 giornate. L'obiettivo si considererà completamente raggiunto al superamento del 90% di risposte positive e non raggiunto al di sotto del 40%.	
Attuazione al 31.12.2017 L'attività è in linea in quanto è una prassi già consolidata. Verrà documentata tramite interviste ai pazienti in alcune giornate indice.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

3.7.6. Esperienza nei percorsi assistenziali

non di pertinenza

4. FLUSSI INFORMATIVI E VALUTAZIONI

Flussi informativi e valutazioni	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Avvio nuova scheda di dimissione ospedaliera (SDO)	
<p>Nel 2017 è previsto l'avvio della nuova SDO secondo le configurazioni definite dal Ministero della salute. Nelle more dell'avvio ufficiale legato al DM questa regione intende avviare autonomamente l'uso della nuova SDO a partire dai dimessi del mese di gennaio 2017.</p> <p>La corretta compilazione dei nuovi campi sarà monitorata all'interno di un programma comprendente anche le attività di supporto garantita dalla regione e diventerà oggetto di valutazione a partire dal secondo semestre 2017.</p>	Avvio della nuova SDO secondo la tempistica regionale.
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO.</p> <p>La nuova SDO è stata avviata.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Qualità dei dati ai fini amministrativi, epidemiologici e gestionali	
<p>Per il 2017, è previsto un piano di formazione per il personale delle aziende sanitarie coinvolto nella compilazione delle SDO e delle Schede di morte. A conclusione del programma, le aziende garantiranno la correttezza della compilazione in almeno il 90% delle SDO e in almeno il 90% delle schede di morte.</p>	<p>Adesione ai programmi di formazione regionali relativi alla corretta compilazione delle SDO e delle schede di morte.</p> <p>Garanzia della corretta compilazione del 90% di SDO e 90% schede di morte.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Tutti i medici che compilano SDO sono stati formati (corso FSC) e vengono affiancati nella compilazione ora e lo saranno nel futuro. Per migliorare la formazione dei medici e la qualità della SDO vengono fatti controlli sulle SDO e gli errori o le omissioni registrate vengono corrette ed il medico reso partecipe della correzione.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Flussi ministeriali	
<p>Le aziende sono tenute per quanto di loro competenza alla corretta alimentazione di tutti i flussi ministeriali. Considerato che ritardi o omissioni generano il mancato riconoscimento alla Regione dei fondi ministeriali previsti, una quota del finanziamento corrispondente allo 0,1% di</p>	Compilazione dei flussi secondo le scadenze.

quanto attribuito ad ogni Ente verrà trattenuta a livello centrale e sarà erogata solo ad adempimento completamente espletato.	
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>I flussi sono compilati secondo le scadenze. E' stato formalmente individuato il referente aziendale e comunicato alla DCS con nota prot. n. 8400 dd 9/10/2017.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obblighi informativi e indicatori	
<p>Le basi dati gestionali attualmente in uso nella aziende rappresentano uno strumento fondamentale per la pianificazione regionale e per gli adempimenti in termini di flussi informativi che la Regione ha nei confronti delle strutture centrali (Ministero della salute e il Ministero dell'economia e delle finanze) ai fini delle varie attività ministeriali.</p> <p>Le aziende pertanto si impegneranno nel 2017 in attività di manutenzione e monitoraggio della congruità delle basi dati con il coordinamento della DCS.</p> <p>Oltre agli indicatori altrimenti definiti, saranno usati come riferimento quelli previsti negli adempimenti LEA, nel Network delle Regioni "Bersaglio" e nel PNE (programma nazionale esiti).</p>	<p>Manutenzione e monitoraggio della congruità delle basi dati garantiti secondo il coordinamento della DCS.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>Non sono stati convocati tavoli di lavoro regionali da parte della DCS. E' stata realizzata una costante attività di verifica e calcolo degli indicatori di monitoraggio regionale.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Supporto a progetti di valenza integrati fra assessorati	
<p>Nello specifico l'AOUUD, attraverso la Struttura di Epidemiologia e Accreditamento, gestione del rischio clinico e valutazione delle performance sanitarie, l'IRCCS Burlo Garofolo, attraverso la struttura di Epidemiologia clinica e ricerca dei servizi sanitari, e l'IRCCS Centro di riferimento oncologico, attraverso la struttura di Epidemiologia e biostatistica, contribuiscono alle attività previste nel piano di lavoro dell'Osservatorio.</p>	<p>Partecipazione attraverso la struttura di Epidemiologia clinica e ricerca dei servizi sanitari alle attività dell'Osservatorio Salute.</p>

Attuazione al 31.12.2017 OBIETTIVO RAGGIUNTO Non ricevute richieste di collaborazione dall'Osservatorio Ambiente e salute	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO L'istituto è stato di supporto al un progetto di analisi di abortività
Clima interno	
Le AAS/ASUI/IRCCS sono tenute a effettuare la seconda valutazione regionale del clima interno con le procedure già espletate nel 2014, secondo un percorso definito dalla DCS.	Adesione alla rilevazione del clima interno, secondo il percorso definito dalla DCS.
Attuazione al 31.12.2017 OBIETTIVO RAGGIUNTO Non sono state inviate indicazioni dalla DCS.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

5. IL SISTEMA INFORMATIVO

Il sistema informativo	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Sistema informativo	
<p>Dal 2017 sarà avviata la riorganizzazione dei servizi ICT AAS/ASUI/IRCCSS e la definizione delle rispettive competenze:</p> <p>Insiel: servizi core obbligatori erogati centralmente a tutte le Aziende, connettività geografica, fornitura e gestione "centri stella" e cablaggio strutturato verticale LAN negli Enti SSR; acquisizione software per l'attività clinico-sanitaria e gestionale-amministrativa.</p> <p>Enti SSR: servizi sulle periferiche in generale, servizi di manutenzione VOIP e LAN per tutta la componente orizzontale, interventi di 1° livello di assistenza agli operatori.</p>	<p>Verrà completata presso il Burlo la realizzazione fisica e l'avvio della rete geografica Ermes aumentando la banda verso i sistemi e i servizi del SSR.</p> <p>A livello di LAN aziendale si andrà a predisporre l'installazione e l'avvio di un nuovo firewall perimetrale e lo sviluppo e la riorganizzazione delle reti Wireless LAN già presenti.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>Nell'ultimo trimestre è avvenuto, da parte di Insiel, il passaggio del fornitore da Telecom a Fastweb, bloccando di fatto l'avanzamento lavori. E' schedato per il 2018, d'accordo con Insiel, un nuovo sopralluogo di Fastweb per ridefinire i collegamenti e completare il passaggio alla rete Ermes.</p> <p>A livello di LAN aziendale il nuovo firewall pienamente operativo.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
<p>Nel corso del 2017 si procederà al consolidamento dei servizi on line per i cittadini: in questo ambito è previsto:</p> <p>l'ulteriore sviluppo dell'infrastruttura del servizio di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali con l'uso della ricetta dematerializzata, nell'ottica della riduzione del tempo di accesso e degli spostamenti dei cittadini.</p>	<p>La ricetta dematerializzata è stata avviata ed attiva in tutte le strutture del Burlo. Verrà consolidato l'utilizzo e verranno consolidati tutti i servizi on line ad essa correlati.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>La ricetta de materializzata è stata avviata.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
<p>L'ulteriore estensione del servizio referti on line per le prestazioni sottoscritte digitalmente.</p>	<p>Per i referti on-line (firmati digitalmente) l'avvio a regime per il Burlo avverrà secondo il crono programma di INSIEL.</p>

<p>la consultazione liste di attesa di tutte le prestazioni erogate, ivi incluse le liste d'attesa per i principali interventi chirurgici, indicando la prima data utile.</p> <p>Lo sviluppo di tecnologie mobility app per i principali servizi on line sviluppati.</p> <p>La prescrizione specialistica dematerializzata.</p> <p>Lo sviluppo dei temi chiave previsti dalla cd "Sanità digitale" implementando soluzioni Informatiche per l'integrazione socio-sanitaria e la continuità della cura.</p> <p>Implementazione di soluzioni per la gestione del farmaco all'adesione terapeutica.</p>	<p>Per quanto riguarda gli altri servizi on line il Burlo parteciperà attivamente e attiverà i servizi secondo quanto sarà previsto dalla programmazione regionale.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>Il sistema dei referti on-line è attivo dalla metà di novembre 2017 con i primi referti scaricati già a partire dalla seconda metà del mese.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>
<p>Proseguono le attività presenti nella pianificazione in essere:</p> <p>sicurezza fisica e logica/funzionale</p> <p>sistemi di governo, in particolare con lo sviluppo ed il miglioramento degli strumenti di governo dei fattori produttivi ospedalieri</p> <p>ricetta dematerializzata da estendere, oltre che alla farmaceutica, anche alla specialistica ambulatoriale, per i Medici di medicina generale, i Pediatri di libera scelta e gli specialisti convenzionati e dipendenti del Servizio sanitario regionale.</p>	<p>Nel 2017 si prevede di proseguire tutte le attività pianificate relative alle tematiche previste secondo la programmazione attuativa regionale. In particolare si prevede un rilevante impegno per l'avvio della nuova cartella clinica informatizzata che coinvolgerà trasversalmente tutte le figure professionali interessate dai processi clinico assistenziale, nonché dei servizi di supporto.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>Da parte dell'IRCCS e' stata seguita la programmazione attuativa regionale.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO STRALCIATO</p>
<p>Avvio del sistema software per la gestione della Centrale operativa 118 regionale.</p> <p>Interventi sull'intero sistema ICT del SSR per gli adeguamenti previsti dalla L.R. 17/2014.</p> <p>Avvio della nuova cartella clinica informatizzata con immediata sospensione delle iniziative autonome di implementazione e/o sviluppo delle</p>	<p>Per quanto riguarda il tema della sicurezza fisica, logica e funzionale dei sistemi e delle applicazioni il contesto operativo del Burlo è dettagliato nel DPS 2016, in fase di completamento entro la fine dell'anno. In particolare si intende sviluppare un sistema per la gestione della sicurezza dei dispositivi medici collegati alle reti IT.</p>

attuali.	
Attuazione al 31.12.2017 OBIETTIVO RAGGIUNTO Il DPS è stato completato come sono state compilate ed inviate le tabelle sulle Misure Minime AgID.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
revisione del sistema ASCOT e software collegati per la gestione delle attività amministrative.	Durante il 2017 verrà inoltre implementato un upgrade dell'infrastruttura di virtualizzazione interna del Burlo, ormai divenuta obsoleta e che necessita di essere aggiornata agli ultimi standard tecnologici.
Attuazione al 31.12.2017 OBIETTIVO RAGGIUNTO Le attività di migrazione del DB ascot sono state posticipate a Gennaio 2018 come da mail della dott.ssa Beltrame di Insiel alle aziende in data 13/12/2017.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
Nel 2017 è completato l'utilizzo della firma digitale per i seguenti documenti, per i quali viene fissata la percentuale minima di refertazione con firma digitale rispetto al totale dei referti: 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% ECG > 80%	Tutti gli obiettivi sulla firma digitale possono essere raggiunti durante il 2017 sia sulle prestazioni ambulatoriali, sia sulla lettera di dimissioni: G2 clinico ambulatoriale > 90% G2 clinico lettera dimissione > 90% Laboratorio > 98% (dopo l'avvio) Radiologia >98% ECG > 80%
Attuazione al 31.12.2017 OBIETTIVO PARZIALEMENTE RAGGIUNTO Complessivamente il dato sui referti ambulatoriali si attesta sul 70,74% e sul 65,86% per le lettere di dimissione. Per il laboratorio, dall'avvio della firma, il dato è del 100% mentre per i referti di radiologia è 99,87%.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALEMENTE RAGGIUNTO
Per quanto riguarda le funzioni rivolte al sistema, nel 2017 s'interverrà su: sistema di gestione dell'attività sanitaria in ambito ospedaliero; cartella integrata clinico assistenziale: aggiudicazione gara e avviamento del sito pilota; potenziamento ed estensione delle integrazioni	Il Burlo parteciperà attivamente a tutte le attività programmate dalla Direzione Centrale Salute e da Insiel in merito alla preparazione del nuovo sistema di cartella integrata clinico-assistenziale, al potenziamento ed estensione delle integrazioni dei sistemi clinico sanitari e alla normalizzazione della gestione delle credenziali (Single Sign On).

dei sistemi clinico sanitari; normalizzazione della gestione delle credenziali e attivazione sistema Single Sign on.	
Attuazione al 31.12.2017 Non è stato convocato lo specifico tavolo di lavoro	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
Sistema di gestione dell'attività sanitaria in ambito di assistenza primaria. Piattaforma di connessione con la medicina generale. Attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico secondo quanto previsto dalla normativa privacy. Avviamento del nuovo sistema di iscrizione ai MMG. Pianificazione delle attività di rinnovamento del sistema SIASI.	Il Burlo parteciperà secondo quanto previsto dalla programmazione regionale alle attività previste: Piattaforma di connessione con la medicina generale. Attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico secondo quanto previsto dalla normativa privacy. Avviamento del nuovo sistema di iscrizione ai MMG/PLS. Pianificazione delle attività di rinnovamento del sistema SIASI.
Attuazione al 31.12.2017 OBIETTIVO RAGGIUNTO Da parte dell'IRCCS e' stata seguita la programmazione attuativa regionale.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
Rivisitazione delle procedure gestionali ed amministrative al fine dell'adeguamento alla normativa vigente.	Partecipazione ai tavoli di lavoro.
Attuazione al 31.12.2017 Non è stato convocato lo specifico tavolo di lavoro	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
Potenziamento dell'infrastruttura per la Continuità Operativa: Potenziamento delle reti geografiche e locali; Razionalizzazione dei data center aziendali;	Partecipazione ai tavoli di lavoro.
Attuazione al 31.12.2017 Il Burlo ha partecipato allo specifico tavolo di lavoro	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Sistema direzione aziendale Governo del personale Governo logistico	Partecipazione ai tavoli di lavoro.
Attuazione al 31.12.2017 Non è stato convocato lo specifico tavolo di lavoro.	

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
Sistema direzionale regionale Data Warehouse gestionale. Sviluppo del registro regionale dei dispositivi medici impiantabili.	Partecipazione ai tavoli di lavoro.
Attuazione al 31.12.2017 Non è stato convocato lo specifico tavolo di lavoro.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
Completamento della fornitura di hw/sw (unica piattaforma tecnologica di riferimento) per i laboratori hub a livello regionale: estensione del Laboratorio hub di Udine a tutta l'AAS3 e avvio del Laboratorio hub di Trieste.	Partecipazione ai tavoli di lavoro.
Attuazione al 31.12.2017 OBIETTIVO RAGGIUNTO Il Burlo ha partecipato agli specifici tavolo di lavoro.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

PACS	
Completamento dell'estensione del sistema PACS nel settore della diagnostica ecografica in ambito ostetrico/ginecologico, prosecuzione dell'estensione nel settore dell'endoscopia digestiva ed avvio dell'estensione nell'ambito residuale dell'endoscopia ambulatoriale e in radioterapia.	Alla fine del 2016 è stata avviata l'attività di integrazione delle immagini di ecografia per diagnostica prenatale nel sistema PACS aziendale (per il quale è stato previsto l'aumento di spazio di altri 3 TB ridondati) ed è stata progettata l'interazione dell'endoscopia. Nel corso del 2017 si proseguirà con queste attività per il loro completamento.
Attuazione al 31.12.2017 OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO PER CAUSE NON IMPUTABILI ALL'IRCCS Lo spostamento pianificato delle immagini dell'ecografia ostetrica sul sistema PACS è stato rinviato al 2018 a causa di ritardi di ordine tecnico dovuti al completamento della migrazione di tutto il sistema della cardiologia. Per l'endoscopia ambulatoriale si è fatta una verifica con il fornitore della colonna endoscopica Storz e si è valutato in prova per qualche mese un sistema che facesse da gateway delle immagini verso PACS. La migrazione effettiva è riprogrammata nel 2018.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
Implementazione e messa a regime dei casi d'uso relativi alla consultazione/visualizzazione di referti e immagini negli ambiti inter-aziendale ed emergenziale, nel pieno rispetto dei vincoli e	In linea con gli sviluppi regionali una volta in atto.

raccomandazioni del Garante della Privacy, previa verifica di disponibilità della rete telematica regionale a larga banda;	
Attuazione al 31.12.2017 OBIETTIVO RAGGIUNTO Il Burlo ha partecipato agli specifici tavolo di lavoro.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Sviluppo e implementazione del caso d'uso relativo alla consultazione/ visualizzazione di referti e immagini in ambito inter-aziendale per il tramite del fascicolo sanitario, nel pieno rispetto dei vincoli e raccomandazioni del Garante della Privacy, previa verifica di disponibilità della rete telematica regionale a banda larga.	Supporto all'implementazione del caso d'uso secondo le indicazioni regionali.
Attuazione al 31.12.2017 IL FSE è stato avviato in alcuni siti pilota. Nel caso delle Aziende Burlo e AsuiTS, previa la raccolta del doppio consenso sul fascicolo, e sulla base degli accordi reciproci il visore referti permette la visualizzazione incrociata di esami e prestazioni erogate dalle singole aziende	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Integrazione delle potenzialità elaborative del sistema PACS con moduli aggiuntivi per l'analisi diagnostica evoluta in distretti anatomici specifici, in coerenza con il progetto regionale di sviluppo dei sistemi informativi ospedalieri.	In linea con gli sviluppi regionali una volta in atto.
Attuazione al 31.12.2017 OBIETTIVO RAGGIUNTO Al momento gli sviluppi non hanno riguardato aree di interesse dell'IRCCS.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
	NON SONO EMERSE ESIGENZE AZIENDALI DI IMPLEMENTAZIONE DI MODULI E/O PACCHETTI SOFTWARE DI ELABORAZIONE
Completamento del percorso di integrazione dei sistemi PACS dell'ASUITS nell'impianto del sistema PACS regionale.	E' di prossimo avvio la gara per la manutenzione degli impianti PACS di Burlo e ASUITS. In tale contesto il Burlo proseguirà il percorso, già iniziato alcuni anni fa, di integrazione del proprio sistema PACS nell'impianto regionale.
Attuazione al 31.12.2017 OBIETTIVO RAGGIUNTO Il Burlo ha proseguito il percorso di integrazione. L'avvio del contratto di manutenzione per ASUITS e Burlo è stato posticipato al primo trimestre del 2018 come da programmazione EGAS.	

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Conduzione dello sviluppo e avvio della fase di test della soluzione di integrazione SIO/PACS per la produzione di un referto multimediale/strutturato in Radiologia, Medicina nucleare e Ecocardiografia.	Supporto alla conduzione secondo le indicazioni regionali.
Attuazione al 31.12.2017 OBIETTIVO RAGGIUNTO Non è stato convocato lo specifico tavolo di lavoro.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
	LE ATTIVITÀ NON HANNO AL MOMENTO COINVOLTO LA STRUTTURA DEL BURLO

RAPPORTI CON L'UNIVERSITA'	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Definire ed approvare il protocollo attuativo IRCCS Burlo Garofolo – Università degli Studi di Trieste, a seguito della DGR n° 612 del 13/4/2016.	Protocollo attuativo siglato entro il 30/06/2017.
Attuazione al 31.12.2017 E' stata effettuata la formalizzazione dell'accordo convenzionale con l'Università degli studi di Trieste come da nota PEC prot. n. 525 del 29.06.2017 al Rettore dell'Ateneo.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Avviare in maniera coordinata e integrata progetti di ricerca internazionali.	Almeno 2 progetti di ricerca avviati entro il 31/12/2017.
Attuazione al 31.12.2017 Sono stati ottenuti i finanziamenti e sono stati avviati, in collaborazione con il personale convenzionato dell'IRCCS, con l'Università degli Studi di Trieste e con altri enti del SSR, i seguenti progetti internazionali: - INTEGRA: Rete transfrontaliera per le donne migranti: integrazione sociale, salute sessuale e riproduttiva (Interreg Ita-Slo) - SFIDA: Valutazione di efficacia di un programma regionale FVG di Diagnosi precoce dei Disturbi dello Spettro Autistico (ASD) e di Intervento precoce basato sull'Early Start Denver Model (ESDM) complessità assistenziale: bisogni e percorsi in Friuli-Venezia Giulia (Regione FVG -LR 17/2014) - Farmacogenetica e farmacocinetica della terapia con metotressato per l'artrite giovanile idiopatica (RC in collaborazione con The Sick Children Hospital – Toronto) - Ruolo del gusto nel controllo metabolico del diabete mellito di tipo 1 (JDRF-ISPAD Fellowship 2017).	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Collaborare alla realizzazione di progetti formativi nell'ambito materno infantile.	Almeno 2 progetti formativi effettuati entro il 31/12/2017.
Attuazione al 31.12.2017 Sono stati organizzati 8 eventi formativi in collaborazione con il personale convenzionato dell'IRCCS. E'	

stato inoltre attivato, in collaborazione con l'Università, un master in chirurgia isteroscopia ed un master in infermieristica pediatrica.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

TABELLA INDICATORI

			BURLO	
			DATO AZIENDA	DATO DIREZIONE
21	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	>= 38%	36,14%	36,10%
22	Rapporto tra i ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (allegato B Patto Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	<= 0,32	0,29	0,29
23	Percentuale di parti cesarei	<20%	16,52%	16,92%
BERSAGLIO (C16.2)	PRONTO SOCCORSO ED EMERGENZA URGENZA aumentare la percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1 h rispetto al totale dei pazienti con codice	>= 65% hub	74,33%	74,33%
BERSAGLIO (C16.3)	PRONTO SOCCORSO ED EMERGENZA URGENZA aumentare la percentuale dei pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto Soccorso meno di 4 ore	>= 75% hub	94,50%	95,95%
BERSAGLIO (C7.1)	MATERNO INFANTILE mantenimento della percentuale dei parti cesarei depurati (NTSV) al di sotto del 20% dei parti totale dei parti depurati	< 20%	15,31%	15,29%
BERSAGLIO valore 2014 26,78	MATERNO INFANTILE i parti indotti farmacologicamente devono essere ridotti al di sotto del 20%	< 20%	15,97%	15,96
BERSAGLIO (C14.2.a)	DAY HOSPITAL MEDICO DI TIPO DIAGNOSTICO - ADULTI riduzione dei numero di ricoveri in Day Hospital medico per acuti con finalità diagnostica portando la percentuale al di sotto del 30% per gli	< 30% adulti	48,17%	47,95%
BERSAGLIO (C14.2.2)	DAY HOSPITAL MEDICO DI TIPO DIAGNOSTICO - PEDIATRICI riduzione dei numero di ricoveri in Day Hospital medico per acuti con finalità diagnostica portando la percentuale al di sotto del 30% per gli	< 50% pediatrici	56,63%	56,59%

Irccs

“Centro di riferimento oncologico”

3.1 PROGETTI DI RIORGANIZZAZIONE DELLE FUNZIONI

3.1.1 Atto Aziendale	
Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso
Applicazione Atto Aziendale e Riorganizzazione delle Funzioni in Integrazione con AAS5	<ul style="list-style-type: none"> - Attuazione del Piano Aziendale e Piano di Trasferimento/Integrazione delle Funzioni con AAS5 con relazione al 30-09-17 - Invio della relazione alla Direzione Centrale Salute entro il 31.10.2017
<p>Attuazione al 31.12.2017:</p> <p>Attuazione del Piano Aziendale</p> <ul style="list-style-type: none"> - con delibera del direttore generale n. 480 del 27.12.2017 è stato adottato il regolamento attuativo dell'atto aziendale; <p>Attuazione del Piano di Trasferimento/Integrazione delle Funzioni con AAS5:</p> <ul style="list-style-type: none"> - le responsabilità di organizzazione, gestione e registrazione delle attività relative alle funzioni di oncologia e cardiologia sono state completamente trasferite dal 01.01.2017; - per quanto riguarda l'integrazione delle funzioni di laboratorio, medicina nucleare e anatomia patologica, si rimanda a quanto riportato nella linea 3.1.7; <p>Invio della relazione alla Direzione Centrale Salute entro il 31.10.2017:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la relazione a firma congiunta non è stata inviata. 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

3.1.2 Applicazione Allegato 2 della DGR 2673/2014: Posti Letto	
Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso
Assegnazione Posti Letto Prevalenti alle SOC e SOSD e gestione integrata degli stessi in Piattaforme Omogenee per Intensità di Cura	<p>in coerenza a quanto definito dalla DGR 2673/2014 in merito alla dotazione di posti letto per acuti</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inviare alla Direzione Centrale entro il 30.6.2017 una relazione sullo stato di applicazione delle DGR 2673/2014 e 929/2015 - Nel caso in cui nella relazione vengono evidenziati degli scostamenti, questi dovranno essere motivati e corretti entro il 31.12.2017
Attuazione al 31.12.2017:	

la comunicazione sull'assegnazione dei posti letto è stata inviata (nota prot. 11051/AG del 30.06.2016).	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Riorganizzazione (trasferimento/integrazione) delle funzioni con AAS5	
Trasferimento della funzione di ONCOLOGIA	Trasferimento della funzione dal 01.01.17 secondo quanto previsto nell'Accordo quadro in data 30.06.2016 approvato con deliberazione n. 270 in data 09.11.2016.
Attuazione al 31.12.2017: L'accordo è stato attuato e le responsabilità di organizzazione, gestione e registrazione delle attività sono state completamente trasferite dal 01.01.2017	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Trasferimento della funzione di CARDIOLOGIA ONCOLOGICA	Trasferimento della funzione dal 01.01.17 secondo quanto previsto nell'Accordo quadro in data 30.06.2016 approvato con deliberazione n. 270 in data 09.11.2016.
Attuazione al 31.12.2017: L'accordo è stato attuato e le responsabilità di organizzazione, gestione e registrazione delle attività sono state completamente trasferite dal 01.01.2017	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Integrazione della funzione di MEDICINA NUCLEARE	<ul style="list-style-type: none"> - Refertazione condivisa delle indagini PET - Linee guida comuni per indagini di Medicina Nucleare nelle principali indicazioni oncologiche - Definizione di un progetto di sviluppo della medicina nucleare in ambito neurologico
Attuazione al 31.12.2017: Refertazione condivisa delle indagini PET: <ul style="list-style-type: none"> - nel corso dell'anno 2017 è proseguita la collaborazione, iniziata nel 2016, tra le due medicine nucleari del CRO e di Pordenone per la refertazione delle indagini PET, senza bisogno della presenza fisica dei medici di Pordenone presso la medicina nucleare del CRO; Linee guida comuni per indagini di Medicina Nucleare nelle principali indicazioni oncologiche: <ul style="list-style-type: none"> - il documento datato 11.12.2017 è stato predisposto in collaborazione tra la medicina nucleare CRO e medicina nucleare AAS5; Definizione di un progetto di sviluppo della medicina nucleare in ambito neurologico: il progetto datato 11.12.2017 è stato predisposto in collaborazione tra la medicina nucleare CRO e medicina nucleare AAS5.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Integrazione della funzione di ANATOMIA PATOLOGICA	<ul style="list-style-type: none"> - Applicare quanto previsto nell'ambito dei PDTAR - Definire linee guida comuni di esecuzione e refertazione entro il 2017
Attuazione al 31.12.2017:	

I professionisti delle due strutture di AAS5 e CRO hanno partecipato a tutti gli incontri dei gruppi multidisciplinari e condiviso i criteri di refertazione. Non è stato prodotto un documento condiviso definitivo e deliberato perché le attività sono ancora in corso. L'obiettivo formalmente non è raggiunto.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

3.1.3. Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi

Obiettivo Aziendale

Risultato Atteso

EGAS

- Collaborare alle iniziative intraprese da EGAS in base alle direttive regionali.
- Attuare quanto stabilito in Comitato di Indirizzo Egas

Attuazione al 31.12.2017:

l'azienda ha partecipato ha tutte le attività indicate da EGAS (lean management, standard orari di lavoro ecc) come risulta dai documenti deliberati da EGAS.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.4 Chirurgia e procedure invasive

Obiettivo Aziendale

Risultato Atteso

Chirurgia Oncologica Programmata

- Adozione di un documento di riorganizzazione dell'attività di chirurgia oncologica programmata entro il 31 dicembre 2017
- Implementazione delle indicazioni previste per almeno 5 PDTAR entro il 2017

Attuazione al 31.12.2017:

Con nota della DCS n. 8604 del 5.05.2017 le aziende sono state invitate, prima di procedere a qualsiasi modifica organizzativa per l'area chirurgica oncologica, di attendere l'approvazione da parte della giunta regionale del documento che verrà elaborato e proposto dal gruppo tecnico della rete oncologica e le scadenze temporali indicate al punto 3.1.4 della DGR 736 del 21/04/2017 potrebbero subire delle modifiche rispetto alla reale fattibilità attuativa del documento programmatico delle attività chirurgiche oncologiche. Si richiama infine la DGR 1001 del 01.06.2017 che rimanda ogni definizione dell'attività chirurgica oncologica, in particolare per quanto riguarda la chirurgia dello stomaco, all'adozione del nuovo Piano Oncologico.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO STRALCIATO

Concentrazione attività di chirurgia oncologica

L'azienda deve riorganizzare l'attività di chirurgia oncologica relativamente ai seguenti tumori:

- esofago: nessun intervento realizzato;
- pancreas: nessun intervento realizzato;
- ovaio: assorbire attività AAS5 e privati;
- stomaco: assorbire attività AAS5 e privati.

	<ul style="list-style-type: none"> - presentazione progetto operativo alla Direzione Centrale Salute entro il 30.6.2017 - avvio riorganizzazione entro il 1.9.2017.
<p>Attuazione al 31.12.2017:</p> <p>Con nota della DCS n. 8604 del 5.05.2017 le aziende sono state invitate, prima di procedere a qualsiasi modifica organizzativa per l'area chirurgica oncologica, di attendere l'approvazione da parte della giunta regionale del documento che verrà elaborato e proposto dal gruppo tecnico della rete oncologica e le scadenze temporali indicate al punto 3.1.4 della DGR 736 del 21/04/2017 potrebbero subire delle modifiche rispetto alla reale fattibilità attuativa del documento programmatico delle attività chirurgiche oncologiche. Si richiama infine la DGR 1001 del 01.06.2017 che rimanda ogni definizione dell'attività chirurgica oncologica, in particolare per quanto riguarda la chirurgia dello stomaco, all'adozione del nuovo Piano Oncologico.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

3.1.7 Medicina di Laboratorio	
Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso
<p>Integrazione delle attività di MEDICINA DI LABORATORIO (PATOLOGIA CLINICA, MICROBIOLOGIA, VIROLOGIA, ALLERGOLOGIA, IMMUNOLOGIA, GENETICA MEDICA, CITOGENETICA) secondo quanto previsto nell'Accordo quadro in data 30.06.2016 approvato con deliberazione n. 270 in data 09.11.2016.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Piena attuazione di quanto previsto nel piano operativo conseguente all'accordo quadro e denominato "Piano di integrazione Medicina di Laboratorio" in via di approvazione con AAS5 e in particolare: • prestazioni erogate solo presso i laboratori di AAS5: n. 536 (74%) • prestazioni erogate solo presso i laboratori di CRO: n. 77 (11%) • prestazioni erogate in doppia sede, sia in AAS5 che in CRO: n.112 (15%) di cui 44 temporaneamente erogate in doppia sede in attesa di definire modalità e sede nell'ambito dei PDTAR oncologici interaziendali <p>Relazione quali-quantitativa di impatto della integrazione delle funzioni entro il 2017</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017:</p> <p>E' stata portata a termine l'integrazione della piattaforma informatica tra le due strutture ed in parte trasferita l'attività: completamente trasferita la diagnostica microbiologica; sono state definite ed avviate tutte le procedure di gestione della preanalitica presso il CRO e di trasmissione delle provette e di gestione della refertazione integrata. Una parte delle indagini di laboratorio è attualmente ancora gestita sulle due sedi per motivi legati a requisiti certificativi AIFA, in particolare per le indagini dei pazienti arruolati in sperimentazioni cliniche.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
CELL FACTORY	

Coordinamento, predisposizione documento congiunto e definizione cronogramma per l'avvio della Cell Factory Regionale	- presentazione documento operativo alla Direzione Centrale Salute entro il 31.12.2017
Attuazione al 31.12.2017: documento inviato con nota prot. 20514/DG del 28.11.2017.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
BIO BANCA	
Coordinamento e predisposizione progetto operativo ai fini della realizzazione di un'unica Bio-Banca regionale	presentazione progetto operativo alla Direzione Centrale Salute entro il 31.12.2017
Attuazione al 31.12.2017: documentazione inviata con nota prot. 21690/DG del 14.12.2017.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.8 Oncologia	
Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso
Piano Oncologico	Partecipazione ai tavoli regionali per la definizione del nuovo Piano oncologico
Attuazione al 31.12.2017: l'azienda ha sempre partecipato ai tavoli regionali come risulta dai verbali delle riunioni.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

3.2 PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

3.2.3 Gli screening oncologici in Regione FVG (Programma II PRP)	
Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso
Tutte le Aziende Sanitarie: raggiungere e/o mantenere un'adesione ai programmi di screening pari al 65% per la cervice uterina, al 65% per la mammella e al 70% per il carcinoma del colon retto	Adesione pari al 65% per la cervice uterina, al 65% per la mammella, e al 70% per il carcinoma del colon retto
Attuazione al 31.12.2017: il CRO partecipa all'attività secondo le indicazioni dell'AAS5, responsabile di funzione e monitoraggio.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
Tutte le aziende con unità senologica: garantire il rispetto degli standard di qualità, come previsto dall'Atto d'Intesa del 18 dicembre 2014 della Conferenza Stato-Regioni sul documento recante "Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali delle reti dei Centri di Senologia".	Adozione formale di un sistema regionale di verifica dei requisiti dei centri di senologia. Rispetto dei requisiti da parte delle Aziende
Attuazione al 31.12.2017: Compilazione della check list di autovalutazione fornita dalla Regione (nota DCS prot. n. 200047/S del 21.11.2017).	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Tutte le aziende con unità senologica: garantire che i radiologi certificati svolgano sia la lettura del test mammografico di screening sia la gestione del percorso di approfondimento diagnostico dei casi richiamati. EGAS: estende il modello organizzativo del centro di lettura di Udine a tutta la regione, creando un centro unico di lettura regionale, che mantenendo le attuali sedi di refertazione favorisca, di concerto con la Direzione Salute, composizioni di terne arbitrali atte a migliorare la performance di refertazione.	- lettura del primo livello e gestione del percorso di approfondimento diagnostico da parte di radiologi certificati - centro regionale unico di lettura per lo screening mammografico
Attuazione al 31.12.2017: - i professionisti CRO coinvolti partecipano alle attività organizzate dall'AAS5; - non è stato attivato dalla regione il centro unico per la refertazione	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Tutte le aziende con unità senologica: garantire la tempestiva refertazione dello screening mammografico e ridurre i richiami intermedi (early recall) dopo approfondimento	1. >90% esami negativi di primo livello refertato entro 15 giorni 2. percentuale di early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso"/totale dei casi chiusi

	dall'unità senologica inferiore al 10%
Attuazione al 31.12.2017:	
1. 99,82% (area pordenonese)	
2. 8,33%	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Tutte le aziende con centro di secondo livello per il programma di screening per la cervice uterina: garantire il rispetto dei requisiti definiti dalla regione per i centri di secondo livello.	Adozione formale di un sistema regionale di verifica dei requisiti dei centri di secondo livello. Rispetto dei requisiti da parte della azienda
Attuazione al 31.12.2017:	
Compilazione della check list di autovalutazione fornita dalla Regione (nota DCS prot. n. 200047/S del 21.11.2017.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Tutte le aziende con servizio di endoscopia: garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica per gli esami di 2° livello di screening	Percentuale di compilazione dei campi fondamentali $\geq 95\%$
Attuazione al 31.12.2017:	
98,78%	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2.7 Promozione dell'attività fisica (Programma V PRP)

Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso
Tutte le Aziende Sanitarie: diffusione del catalogo aziendale delle offerte e opportunità di attività fisica presenti sul territorio e aggiornamento dello stesso	Catalogo aziendale pubblicato sul sito aziendale e aggiornato
Attuazione al 31.12.2017:	
obiettivo non di pertinenza del CRO.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

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

Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso
Tutte le Aziende Sanitarie: realizzare in modo coordinato, 2 corsi accreditati o 2 iniziative di sensibilizzazione, finalizzati ad una maggiore conoscenza della corretta valutazione dei rischi, al reinserimento dei soggetti patologici e all'appropriatezza e qualità delle segnalazioni di	2 corsi accreditati o 2 iniziative di sensibilizzazione a livello regionale

malattia professionale.	
Attuazione al 31.12.2017: Il CRO ha partecipato alle iniziative organizzate a livello regionale, a livello locale sono stati completati i corsi di formazione per dirigenti e preposti (circa 70 operatori e professionisti formati con corsi ECM).	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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

Esposti ex amianto

Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso
Tutte le Aziende Sanitarie: 1. Raccogliere i dati relativi ai mesoteliomi degli ex esposti e inviare al COR assicurando la trasmissione delle schede ReNaM 2. trasmettere i dati sui soggetti attualmente esposti al CRUA e alla DCS secondo le relazioni annuali compilate dalle ditte di bonifica.	- dati inviati al COR - schede ReNaM trasmesse - i dati sui soggetti attualmente esposti trasmessi al CRUA e alla DCS
Attuazione al 31.12.2017: Come verificabile a livello di CRUA e DCS tutti i flussi sono stati completati e trasmessi	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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/informativa in ogni Azienda
Attuazione al 31.12.2017: eseguito un seminario in dicembre 2017 con supporto SOSI Malattie Infettive e Tumori	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Dare continuità all'ambulatorio HIV dell'Istituto focalizzato sulla diagnosi, gestione e terapia dei pazienti con infezione da HIV (con o senza Tumori associati) o a rischio di HIV per stili di vita o esposizione professionale	- Test sierologico per HIV, counselling e visita medica per tutti i soggetti a rischio di HIV, entro massimo 7 gg dalla prenotazione per le esposizioni croniche, entro massimo 24 h per le esposizioni acute (professionali e non professionali). - In caso di esposizioni acute, test sierologico rapido sulla potenziale sorgente di infezione. - Profilassi antiretrovirale post-esposizione o pre-esposizione, secondo le Linee Guida Nazionali

Attuazione al 31.12.2017: nel corso del 2017 sono stati gestiti 560 pazienti con infezione da HIV di cui 225 con tumore-HIV e 53 prime diagnosi (AIDS nel 56% dei casi), per un totale di 2205 visite.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Potenziare/riattivare la collaborazione con i SERT, Carceri, Consultori	- Test sierologici per HIV e patogeni associati, counselling e visita medica presso il Nostro Istituto o con interventi programmati in loco nelle varie Istituzioni. - Coinvolgimento degli Operatori Sanitari extra-CRO nella discussione settimanale dei casi clinici.
Attuazione al 31.12.2017: è stata potenziata la collaborazione con il SERT con l'attivazione di un team multidisciplinare dedicato ai pazienti fragili con/a rischio di HIV.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Dare continuità alla Formazione della Popolazione Generale e degli Operatori Sanitari	- Conferenze destinate alla Popolazione Generale e agli Studenti (meeting scolastici) sulle modalità di contagio e storia naturale dell'HIV. - Corsi sull'esposizione professionale e non-professionale per Medici dei PS Ospedalieri ed MMG.
Attuazione al 31.12.2017: eseguiti meeting nell'ambito del Programma "Patient Education" dell'Istituto.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Tutti gli ospedali partecipanti ai programmi di sorveglianza delle ICA, con evidenza di monitoraggio degli indicatori regionali	Indicatori regionali monitorati
Attuazione al 31.12.2017: condotta sorveglianza del sito chirurgico della mammella.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Effettuare in tutti gli ospedali per acuti la Point Prevalence Survey sulle infezioni correlate all'assistenza	PPS effettuata
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Effettuare in tutti gli ospedali per acuti la Point Prevalence Survey sul consumo degli antibiotici.	Report aziendale sul consumo di antibiotici
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Attuazione al 31.12.2017: dati di entrambe le rilevazioni raccolti nel corso della PPS. Data rilevazione eseguita a livello regionale	

nel mese di ottobre.	
Formazione degli operatori sull'uso appropriato degli antibiotici in ospedale e nelle strutture residenziali per anziani	Almeno 1 iniziativa di formazione con coinvolgimento del 25% degli operatori CRO
Attuazione al 31.12.2017: si ritiene l'obiettivo raggiunto attraverso le azioni rendicontate nella linea 3.2.16.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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

Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso
Garantire la formazione dei propri operatori sull'antimicrobial stewardship	In ogni azienda almeno il 25% di medici prescrittori formati Organizzazione di una o più iniziative formative sull'antimicrobial stewardship fino al raggiungimento di almeno il 25% di medici prescrittori, tenendo conto anche delle indicazioni della Regione e del Gruppo Regionale Rischio Clinico (in particolare del Corso Regionale organizzato da quest'ultimo nel 2016 sullo stesso argomento)
Attuazione al 31.12.2017: corso AMS nelle giornate del 26.10, 23.11 e 13.12: hanno partecipato 19 medici, pari al 26,3% dei prescrittori aziendali.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Diffondere a tutti gli operatori sanitari la reportistica regionale sulle resistenze batteriche	Report inviato in formato elettronico a tutti gli operatori sanitari coinvolti in prescrizione e somministrazione di farmaci Invio in formato elettronico dei report regionali disponibili sulle resistenze batteriche a tutti gli operatori sanitari coinvolti in prescrizione e somministrazione di farmaci e loro presentazione in appositi Corsi sull'uso appropriato degli antibiotici.
Attuazione al 31.12.2017: Il report con il dato 2016 verrà prodotto a livello regionale e diffuso agli operatori. Le informazioni sono fornite in tutti i corsi relativi al rischio infettivo.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
In applicazione del Piano generale regionale di risposta alle emergenze, definire formalizzare l'unità di crisi aziendale	Unità di crisi aziendale formalizzata
Attuazione al 31.12.2017:	

è stata predisposta una proposta che individua gli attori dell'unità di crisi aziendale che è in corso di validazione.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

3.3 ASSISTENZA PRIMARIA

3.3.2 Accreditemento	
Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso
Partecipazione attiva al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori edesperti.	Ogni AAS e ASUI mette a disposizione per i sopralluoghi, secondo le indicazioni della direzione centrale salute, i valutatori per almeno 20 giornate; ogniIRCCSperalmenodieci giornate.
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Gli enti del SSR collaborano allo sviluppo dell'organismo tecnicamente accreditante (OTA), costituito da tutti i referenti dell'accREDITAMENTO istituzionale, secondo le direttive dell'Intesa CSR del 19/2/2015 recepita con la DGR 2220/2015	L'organismo tecnicamente accreditante (OTA), con il coordinamento dei referenti dell'accREDITAMENTO di ASUITS, AAS 2 e EGAS che hanno partecipato al corso di formazione organizzato dall'AGENAS, definisce le regole di funzionamento interno e la propria politica (mission, vision e obiettivi) secondo le indicazioni della DGR 2220/2015 e le trasmette per l'approvazione alla direzione centrale salute entro il2017.
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Attuazione al 31.12.2017: - nel corso del 2017 sono stati messi a disposizione propri operatori per i sopralluoghi, sulla base delle richieste della DCS; - l'istituto ha partecipato, attraverso il proprio responsabile Accreditemento, alle attività dell'OTA.	

3.3.17 Privacy	
Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso
Per facilitare l'attivazione del fascicolo sanitario elettronico (FSE), previsto per l'anno 2017, le Aziende intensificheranno la raccolta dei consensi al trattamento dei dati personali, in modo da estenderla a tutti i cittadini.	
Attuazione al 31.12.2017: il consenso viene raccolto sistematicamente agli sportelli con procedura informatizzata.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

3.4 PROGETTI ATTINENTI ATTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALI

3.4.3 Malattie rare	
Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso
Malattie rare	<ol style="list-style-type: none"> 1. Produrre entro il 31.12.2017 almeno 1 percorso assistenziale per ogni gruppo nosologico 2. Implementare il flusso informativo al registro regionale di cui al DM 279/2001
Attuazione al 31.12.2017: - è stato prodotto il PDTA malattie rare relativo ai tumori del tenue; è stato implementato il flusso informativo al registro regionale di cui al DM 279/2001.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	1. OBIETTIVO RAGGIUNTO 2. OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.4.7 Erogazione dei livelli di assistenza	
Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso
Erogazione dei livelli di assistenza	<ol style="list-style-type: none"> 1. Riduzione del tasso di ospedalizzazione al 125 x mille 2. Riduzione del numero dei ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica portandolo al di sotto del 30% per gli adulti 3. Riduzione della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti ≥ 65 anni, portandola al di sotto del 4%
Attuazione al 31.12.2017: <ol style="list-style-type: none"> 1. vedi AAS 5 2. 0,97% (percentuale di ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica per gli adulti) 3. 2,73% (percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti ≥ 65 anni) 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	1. OBIETTIVO STRALCIATO 2. OBIETTIVO RAGGIUNTO 3. OBIETTIVO RAGGIUNTO
Recupero di almeno il 25% della fuga extraregionale di ricovero e di specialistica ambulatoriale rispetto ai dati 2015 di ogni AAS/ASUI Aderenza alle raccomandazioni delle Linee con verifica preventiva della fuga di prestazioni di oncologia	Recupero della fuga delle prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale di almeno il 25% (Analisi congiunta con AAS5 della fuga di prestazioni relativamente all'oncologica)
Attuazione al 31.12.2017: attività critica per difficoltà a monitorare gli interventi e le azioni correttive per indisponibilità di un	

flusso informativo specifico.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
Erogazione dei livelli di assistenza	Individuare almeno 3 pacchetti di prestazioni da eseguire in day service con trasmissione alla DCS entro il 31/12/2017 per l'autorizzazione
Attuazione al 31.12.2017: l'attività non è stata garantita	
Motivi scostamento del risultato atteso: le direzioni hanno dato priorità alla riorganizzazione delle attività in area terapie con il passaggio in ambulatoriale delle chemioterapie precedentemente erogate in regime di day hospital.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

3.4.8 Rischio clinico, qualità e appropriatezza nell'erogazione delle cure	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Rischio clinico	
Messa a regime delle indicazioni e delle raccomandazioni fino ad ora sviluppate nei diversi campi e misurazione e verifica della loro adozione.	Monitoraggio della adozione delle indicazioni e raccomandazioni regionali secondo quanto previsto dal gruppo di coordinamento regionale sul rischio clinico.
Attuazione al 31.12.2017: In attesa di indicazioni regionali	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Strutturazione della rete in accordo con al delibera n. 1970 del 21.10.2016 "DM 279 – Rete Cure Sicure FVG della Regione Friuli Venezia Giulia: modello organizzativo"	Implementazione di quanto previsto dalla DGR n. 1970 del 21.10.2016 "DM 279 – Rete Cure Sicure FVG della Regione Friuli Venezia Giulia: modello organizzativo"
Attuazione al 31.12.2017: - individuati i referenti delle singole linee di lavoro del programma regionale. I referenti hanno partecipato agli eventi formativi organizzati dal coordinamento regionale della rete Cure Sicure; - individuati i link professional e progettato il percorso formativo relativo; - Programma condiviso con responsabili comparto e di struttura (incontri 21.08 e 06.09).	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Sicurezza del farmaco	Sistematica adozione della riconciliazione farmacologica nei diversi contesti assistenziali
Attuazione al 31.12.2017: Adottato, implementato e monitorato (ricoveri ordinari) con cadenza semestrale.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Adozione delle misure di "antimicrobial stewardship"	1. valutazione dell'aderenza alle linee guida terapeutiche regionali;

	<p>2. implementazione e valutazione dell'impatto delle azioni in essere;</p> <p>3. adozione e promozione delle strategie per favorire l'empowerment di pazienti e cittadini sull'uso più razionale e consapevole degli antibiotici.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017:</p> <p>1. LLGG regionali adottate formalmente. Valutata aderenza solo per polmoniti, come da programma regionale (seconda fase posticipata al gennaio 2018);</p> <p>2. Come sopra;</p> <p>3. Produzione aziendale della rivista "Farmaci e Tumori" (in particolare vol. 3 (2), 2017); organizzazione di incontri a tema con i pazienti e punto informativo sui farmaci; incontri con i cittadini, in collaborazione con AAS5 (29.11.2017, prosegue nel 2018).</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Partecipazione alla "Point Prevalence Survey" e diffusione capillare dei risultati.	<p>1. Invio al gruppo di coordinamento regionale dei dati di prevalenza sulle infezioni ospedaliere e sull'uso degli antibiotici, secondo la tempistica concordata</p> <p>2. Diffusione capillare dei risultati all'interno dell'istituto</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017:</p> <p>Partecipazione all'indagine, come richiesto dal coordinamento regionale, nel mese di ottobre 2017. Raccolti ed inviati i dati. I risultati sono stati restituiti dal coordinamento regionale in data 21 marzo 2018.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Adozione di strumenti per la valutazione dello stato nutrizionale del paziente	<p>1. partecipazione con proprio esperto al tavolo di lavoro regionale</p> <p>2. adozione degli strumenti condivisi</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017:</p> <p>Il referente aziendale ha partecipato al tavolo di lavoro regionale. E' adottata a livello aziendale una scheda di valutazione dello stato nutrizionale sia per i pazienti ricoverati sia per i pazienti in terapia ambulatoriale gestite dall'ambulatorio di Consulenza Nutrizionale. Sono state eseguite nel corso del 2017 oltre 200 valutazioni nutrizionali e relative consulenze.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Identificazione, coinvolgimento e formazione anche attraverso la partecipazione agli eventi formativi organizzati dalla DCSISPS dei referenti e dei <i>link professional</i> aziendali dei progetti regionali.	Partecipazione ai progetti regionali attraverso la messa a disposizione degli operatori del CRO individuati come referenti e <i>link professional</i> aziendali
<p>Attuazione al 31.12.2017:</p> <p>I professionisti CRO hanno partecipato alle iniziative regionali come documentabile dai verbali di presenza agli incontri</p>	

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Empowerment dei cittadini e dei pazienti sulle tematiche del rischio	<ol style="list-style-type: none"> 1. valutazione dell'utilizzo del modulo di "integrazione della lettera di dimissione"; 2. predisposizione e diffusione dei materiali informativi destinati ai cittadini.
Attuazione al 31.12.2017: <ol style="list-style-type: none"> 1. Fatta rilevazione di adesione al programma e comunicazione risultati a strutture operative coinvolte; 2. I materiali informativi, sia regionali che aziendali, vengono distribuiti a cittadini e pazienti (attività condivisa con la biblioteca scientifica e per i pazienti). 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

Qualità ed appropriatezza nell'erogazione delle cure	
Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso
Esami preoperatori in pazienti a basso rischio.	Riduzione indagini preoperatorie inappropriate
Attuazione al 31.12.2017: Obiettivo non applicabile al CRO perché i pazienti sono tutti ad alto rischio.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
Nutrizione artificiale in pazienti con <i>tumore in fase terminale</i>	Definizione contenuti e avvio attività del Programma aziendale della Nutrizione Oncologica
Attuazione al 31.12.2017: Nominato referente Aziendale	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
Posizionamento del catetere urinario	<ol style="list-style-type: none"> 1. Applicazione della procedura aziendale per la prevenzione delle infezioni delle vie urinarie catetere-correlate 2. Applicazione del bundle per la gestione del catetere vescicale per la prevenzione delle infezioni delle vie urinarie
Attuazione al 31.12.2017: <ol style="list-style-type: none"> 1. procedura, adottata, diffusa, implementata e revisionata con aggiornamenti; Bundle adottato, diffuso (corsi catetere) e implementato.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

3.5 ASSISTENZA FARMACEUTICA

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
<p>Attuazione al 31.12.2017:</p> <p>Si ritiene che non possa essere raggiunto nei termini indicati. Il CRO deve essere valutato insieme ad AAS5 sul dato di popolazione e va considerata la quota di consumi ospedalieri per pazienti non residenti.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
Prescrittori	
<p>Al fine di verificare appropriatezza delle prescrizioni e di favorire la scelta dei principi attivi col miglior rapporto costo-beneficio, la direzione dispone che:</p> <ul style="list-style-type: none"> - i prescrittori registrino tutte le terapie con farmaci dotati di obbligo di registrazione (piattaforma AIFA, RPM) per i nuovi pazienti con tre gg lavorativi di anticipo su somministrazione - i prescrittori prescrivano per principio attivo e il farmacista gestisca scelta e approvvigionamento del prodotto -- siano predisposti report mensili/trimestrali dei consumi secondo schema * e con analisi degli scostamenti tra previsione e dati di consumo in corso d'anno - siano organizzati incontri mensili coi direttori e responsabili delle oncologie di verifica sull'andamento dei consumi, con invio dei report a tutti i prescrittori - siano organizzati incontri mensili delle singole equipe di audit clinico per la valutazione della appropriatezza 	<ul style="list-style-type: none"> - <3% pazienti off-label rispetto ai criteri del registro oncoAIFA; - monitoraggio mensile degli off-label autorizzati dalla Direzione Sanitaria; - esistenza report mensili secondo schema concordato - almeno 10 incontri di audit anno per confronto sui consumi e verifica appropriatezza indicazioni rispetto ai PDTAR e alle linee-guida - definizione numero cartelle da sottoporre ad audit per specifica patologia
<p>Attuazione al 31.12.2017:</p>	

<ul style="list-style-type: none"> - i pazienti off-label sono < al 3% rispetto ai criteri del registro oncoAIFA; - esiste un elenco permanente in linea degli off-label autorizzati dalla Direzione Sanitaria dal quale si può ricavare monitoraggio periodico; <p>la direzione sanitaria ha organizzato con i responsabili delle diverse strutture operative diversi incontri di analisi della spesa farmaceutica e dell'appropriatezza dell'uso dei farmaci. L'argomento è stato affrontato anche durante alcune riunioni del collegio di direzione. Complessivamente sono stati organizzati più di 10 incontri. Nel corso dei meeting di equipe sono stati rivalutate le terapie di tutti i pazienti in trattamento con bevacizumab nelle indicazioni ad alto rischio di in appropriatezza (ovaio, mammella) e trastuzumab rispetto alla durata dei trattamenti.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Distribuzione diretta farmaci ad alto costo	
Nell'ambito della distribuzione diretta dei farmaci ad alto costo le Aziende eroganti in tale ambito definiscono idonei percorsi che consentano la verifica dell'appropriatezza d'uso anche da parte delle AAS di residenza del paziente.	Trasmissione alla Direzione Centrale Salute entro il 31.1.2018 di una relazione con la quale viene illustrata l'attività svolta e i risultati raggiunti nel 2017
Attuazione al 31.12.2017: relazione inviata con nota prot. 2122/2018 del 31.01.2018.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Biosimilari	
Per quanto riguarda le modalità di prescrizione ed erogazione di biosimilari va fatto riferimento alla normativa di settore così come riformulata e novellata dalla legge n. 232/2016, art. 1, comma 407, con particolare riferimento alle direttive specifiche introdotte	Il target fissato nel risultato atteso va modificato con quanto previsto per gli altri Enti del SSR nel rispetto di quanto stabilito dalla richiamata legge n. 232/2016.
Attuazione al 31.12.2017: Le modalità di prescrizione ed erogazione hanno corrisposto a quanto predisposto dalla centrale regionale d'acquisto (lotto unico per principio attivo ATC di V livello con medesimi dosaggio e via di somministrazione).	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Distribuzione diretta 1° ciclo terapia	
Percentuali utilizzo medicinali brevetto scaduto e biosimilari	
Al fine di favorire la scelta dei principi attivi col miglior rapporto costo-beneficio, la direzione dispone che: <ul style="list-style-type: none"> • In dimissione da visita ambulatoriale o da ricovero (DO e DH) siano prescritti i farmaci per principio attivo e sia favorita la scelta dei farmaci a brevetto scaduto con il miglior rapporto costo-beneficio sia oncologici sia di supporto 	<ul style="list-style-type: none"> • 90% delle dosi prescritte sono distribuite su prescrizione PSM e prevedono l'impiego di principi attivi generici individuati tramite gara EGAS • Audit su almeno 200 lettere di dimissione e 500 referti ambulatoriali di verifica delle indicazioni di prescrizione date e valutazione della % di equivalenti su genericabili • 80% pazienti dimessi da visita e ricovero con

(antidolorifici, ace-inibitori versus sartani,..)	DD farmaci
Quando appropriato siano prescritti i PPI in dosaggio previsto per la prevenzione del danno gastrico da FANS e non terapeutico sulla base del Choosing Wisely allegato **	Trasmissione dei risultati della valutazione campionaria svolta su indicazione della Direzione Centrale Salute
Attuazione al 31.12.2017: - l'obiettivo di superare il 90% di distribuzione delle dosi su prescrizione PSM è stato raggiunto; i principi attivi generici distribuiti provengono nella totalità da gara EGAS; la verifica delle prescrizione date e valutazione della % di utilizzo dei genericabili sono state effettuate in coordinamento con Assistenza farmaceutica AAS5: risultato raggiunto.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Medicinali registro Aifa	
Al fine di ottimizzare le potenzialità di recupero di quanto dovuto sulla base delle regole di COST, RISK SHARING E PAY BACK dei farmaci ad alto costo sottoposti a specifico registro AIFA, la direzione aziendale dispone che: <ul style="list-style-type: none">Tutti i prescrittori registrino individualmente e in tempo reale su registro AIFA le informazioni necessarie al fine di procedere con le eventuali procedure di rimborso Le registrazioni dei nuovi trattamenti avvengano con almeno 3 giorni di anticipo su inizio trattamenti	100% schede AIFA compilate nei modi e tempi previsti dalla norma
Attuazione al 31.12.2017: Il 100% delle schede AIFA sono compilate nei modi e tempi previsti dalla norma.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Farmacovigilanza	
Sul tema della farmacovigilanza continuano le attività già avviate a livello regionale dalla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, quali la segnalazione spontanea in pronto soccorso, la segnalazione nell'ambito della dimissione da ricovero ospedaliero. Verranno inoltre avviati un percorso formativo a distanza (FAD) specifico sull'utilizzo della nuova piattaforma nazionale Vigifarmaco, nonché i progetti di farmacovigilanza attiva approvati dall'Agenzia italiana del farmaco. Su tali iniziative gli Enti del SSR assicurano la partecipazione dei sanitari interessati e per il supporto alle attività organizzative. In tale ambito	Evidenza della partecipazione alle progettualità avviate dalla DCS e alle attività formative organizzate dalla stessa

<p>continua a trovare applicazione la convenzione di cui alle DGR 435/2013 e 2199/2014. In generale, anche tramite convenzione della direzione centrale con gli Enti del SSR potranno essere avviati progetti sulle attività stabilite dalla DGR 1365/2015, volti a favorire un'informazione indipendente sull'impiego sicuro del farmaco, utilizzando i fondi statali dedicati a tali iniziative.</p>	
<p>Attuazione al 31.12.2017: E' stata garantita la partecipazione alle progettualità e alle attività formative avviate dalla DCS. E' stata inoltre svolta un'attività di sportello e di consulenza interna per l'informazione indipendente sull'utilizzo sicuro del farmaco permanente.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Cartella oncologica	
<p>Al fine di promuovere la corretta e completa compilazione della cartella elettronica, la direzione aziendale dispone che:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sia assegnato a tutte le equipe obiettivo di budget coerente col risultato atteso - Siano predisposti report mensili di verifica del livello di raggiungimento 	<p>≥ 95% compilazione campi obbligatori</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017: in continuità con gli anni precedenti, questo obiettivo è stato declinato nelle schede di budget delle strutture di oncologia e ematologia. Il dato è stato monitorato mensilmente ed è stata fornita una reportistica periodica di dettaglio ai singoli medici delle strutture. La percentuale di completezza è del 96,83% per le strutture di oncologia.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO Cartella onco: CRO 96,74%; Pordenone 96,84; San Vito e Spilimbergo: 97,73
Aziende con logistica centralizzata	
Prescrizione informatizzata piano terapeutici	
<p>Promuovere la completa informatizzazione dei Piani Terapeutici e della Distribuzione Diretta</p>	<p>100% PSM elettroniche</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017: il 100% delle PSM è attuato tramite prescrizioni elettroniche.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO PSM iter elettronico: 99,0% PSM tutto: 95, 3% Personalizzata (ascot + PSM) 100% PSM-PT su nuovi: > 50%

Flussi informativi	
<p>Le Aziende sanitarie assicurano, per tramite dei responsabili individuati dalle stesse, l'implementazione, le verifiche ed i controlli di congruenza dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese, anche utilizzando la reportistica a disposizione sul portale SISSR (mancati invii, prezzi medi, revocati, ecc). Va in particolare garantita, per il corretto calcolo del rispetto dei tetti di spesa, l'integrale copertura della fase 3 su fase 2 (100% della spesa negli ambiti previsti) per quanto riguarda la distribuzione diretta. In fase di erogazione diretta dei medicinali è inoltre inserito a sistema il codice targatura.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Le verifiche e controlli sui flussi informativi verso le amministrazioni centrali vengono effettuati entro il 10 di ogni mese - Viene garantita l'integrale copertura della fase 3 su fase 2 (I target sono rilevati dalla DCS) <p>Trasmissione alla DCS delle evidenze di eventuali controlli e verifiche effettuate (report)</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017:</p> <ul style="list-style-type: none"> - entro il 10 di ogni mese le verifiche e i controlli sui flussi informativi verso le amministrazioni centrali sono stati effettuati, fatta eccezione per i blocchi di tipo funzionale del programma di controllo; è stata garantita l'integrale copertura della fase 3 su fase 2. 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	<p>Fase 3/fase 2: 100%</p> <p>Targatura diretta. 99,13% (confezioni)</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>
<p>Attuazione al 31.12.2017:</p> <p>l'attività è sempre stata garantita nel rispetto dei tempi.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.7 RAPPORTI CON I CITTADINI

3.7.1 Tempi di Attesa

Obiettivo Aziendale

Risultato atteso

Garanzia erogativa

Assicurare la “garanzia” erogativa per tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale dell'allegato 1

“garanzia” erogativa per le priorità B al > 95%, per la priorità D al > 90% e per le priorità P al > 85%.

44	Brachiterapia
45	Teleterapia con acceleratore lineare
46	Tomoterapia

Per le prestazioni 44, 45 e 46 la clausola di garanzia è l'Erogazione della prima seduta entro 30 giorni dalla visita radioterapica. Data la rilevanza e complessità dell'argomento, anche alla luce della riorganizzazione regionale, la Direzione Centrale Salute attiverà un tavolo di analisi e monitoraggio per questo specifico tema.

Attuazione al 31.12.2017:

L'obiettivo dei tempi di attesa è stato declinato nelle schede di budget delle varie strutture. E' stato garantito un monitoraggio periodico. Di seguito viene riportata la tabella con i dati complessivi.

PRESTAZIONE	PRIORITA' B		PRIORITA' D	
	TOTALE	% NEI TEMPI	TOTALE	% NEI TEMPI
VISITA ONCOLOGICA	358	91,60%		
VISITA GASTROENTEROLOGICA	67	77,61%	104	99,04%
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	48	39,58%	54	64,81%
COLONSCOPIA	61	52,62%	79	35,44%
ECO ADDOME	166	84,94%	106	91,51%
ECO CAPO COLLO	89	88,76%	39	94,87%
ECO MAMMELLA	247	96%	93	100,00%
RMN ADDOME INFERIORE	11	64%	48	100,00%
RMN CERVELLO TRONCO ENCEFALICO	16	75,00%	13	100,00%
RMN MUSCOLOSCELETRICA	10	40,00%	59	100,00%
RMN RACHIDE	8	50,00%	54	96,30%
RX MAMMELLA	104	94%	57	98,25%
TAC ADDOME COMPLETO	34	94%	40	90,00%
TAC ADDOME INFERIORE	1	100%	0	0,00%
TAC ADDOME SUPERIORE	0	0%	5	100,00%
TAC BACINO	1	100%	0	0,00%
TAC CAPO	8	100%	9	77,78%
TAC RACHIDE	3	100%	2	100,00%
TAC TORACE	33	93,94%	45	90,70%
VISITA GINECOLOGICA	132	100%	86	97,67%
INTERVENTI CON PRIORITA' A	TOTALE	% NEI TEMPI		
NEOPLASIA COLON	68	97,06%		
NEOPLASIA MAMMELLA	335	91,94%		
NEOPLASIA UTERO	41	90,24%		

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

Implementazione sistema Cup	
Implementazione del sistema CUP regionale	<ul style="list-style-type: none"> - Messa a disposizione del CUP regionale entro il 31.12.2017 di tutte le agende di prestazioni ambulatoriali che non richiedano una valutazione da parte dello specialista propedeutica alla loro prenotazione Organizzazione delle agende di specialistica ambulatoriale che consenta la prenotazione online del cittadino di tutta l'offerta disponibile a call center
Attuazione al 31.12.2017: CUP regionale devia le richieste al CUP interno solo per la prestazione Visita Oncologica (accordo con EGAS). Tutte le altre prestazioni con priorità B-D sono prenotabili a CUP regionale.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Rispetto tempi di attesa	
<p>Rispetto dei tempi di attesa per gli interventi indicati</p> <p>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</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Allineamento ai dati del PNE <p>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.</p>
Attuazione al 31.12.2017: Si ritiene di rispettare le % per gli interventi con codice di priorità A.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
Libera professione	
Libera professione	Le AAS/ASUI/IRCCS sono tenute a sospendere la libera professione intra-moenia ai medici delle strutture che non rispettano i valori soglia e/o che non hanno reso disponibile a CUP regionale tutte le agende di prenotazione delle visite/prestazioni
Monitoraggio dell'attività al 31.12.2017: I controlli regolarmente eseguiti documentano il rispetto dei valori soglia.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Monitoraggi	
Monitoraggi tempi d'attesa	Contestualmente al monitoraggio le aziende sono tenute a mantenere anche il monitoraggio nazionale
Attuazione al 31.12.2017: Monitoraggio eseguito	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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

L'abolizione delle limitazioni non motivatamente necessarie (es. effettiva necessità di isolamento) poste a livello temporale per i care givers indicati dai pazienti, con presenza di uno per volta. La misurazione sarà fatta dal call center regionale che telefonerà ad un campione significativo di pazienti/familiari ricoverati in tali degenze. L'obiettivo si ritiene raggiunto in caso di risposta affermativa in almeno il 90% dei pazienti, non raggiunto al di sotto del 40%.

Il calcolo sarà effettuato sui dimessi degli ultimi 6 mesi dell'anno 2017

- evidenza del percorso e sua attuazione per garantire l'obiettivo regionale

Libero accesso dei care-givers ai degenti ricoverati in TI e semi-TI. Entro giugno 2017 per permettere alla regione la rilevazione del dato

Attuazione al 31.12.2017:

è attivo il nucleo di controllo per monitorare i dati richiesti. I dati sono stati inviati mensilmente a Egas che valuterà il raggiungimento dell'obiettivo.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO STRALCIATO

3.7.3 Presenza del caregiver in corso di visita nei reparti di degenza

L'obiettivo per il 2017, per tutte le degenze della Regione è la possibilità dei pazienti di avere accanto a sé il care giver al momento della visita medica o dell'esecuzione delle procedure assistenziali. La misurazione sarà fatta dal call center regionale che telefonerà ad un campione significativo di pazienti/familiari ricoverati in tali degenze dopo il 1° maggio. Trattandosi dell'anno di avvio del progetto, la misurazione verrà effettuata solo sui pazienti > 70 anni.

L'obiettivo si ritiene raggiunto in caso di risposta affermativa in almeno l'90% dei pazienti e non raggiunto al di sotto del 40%. Il calcolo sarà effettuato sui dimessi degli ultimi 6 mesi dell'anno 2017.

- evidenza del percorso e sua attuazione per garantire l'obiettivo regionale

Libero accesso dei care-givers alle degenze durante la visita medica entro giugno 2017 per permettere alla regione la rilevazione del dato

Attuazione al 31.12.2017:

è attivo il nucleo di controllo per monitorare i dati richiesti. I dati sono stati inviati mensilmente a Egas che valuterà il raggiungimento dell'obiettivo.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO STRALCIATO

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

<p>Accertamento delle condizioni cliniche e assistenziali del paziente dopo la dimissione da un intervento chirurgico</p>	<p>Contatto telefonico entro 5 giorni dalla dimissione per raccogliere informazioni relative al decorso clinico assistenziale.</p> <p>La valutazione sarà effettuata su un campione di pazienti e l'obiettivo sarà:</p> <ul style="list-style-type: none"> - raggiunto: risposta positiva in almeno il 90% dei pazienti campionati - non raggiunto: risposta positiva al di sotto del 40% dei pazienti - parzialmente raggiunto: risposta positiva per percentuali comprese tra 40% ed il 90%
<p>Attuazione al 31.12.2017: è attivo il nucleo di controllo per monitorare i dati richiesti. I dati sono stati inviati mensilmente a Egas che valuterà il raggiungimento dell'obiettivo.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</p>

3.7.5 Individuazione del medico responsabile della gestione del paziente

<p>Da maggio 2017 ogni paziente ricoverato in ospedale in regime di ricovero ordinario > a 4 gg. deve ricevere l'informazione di chi è il medico responsabile della gestione del proprio caso e che, pertanto, assicura la coerenza delle diverse azioni che caratterizzano l'intera degenza</p>	<p>- evidenza del percorso e sua attuazione per garantire l'obiettivo regionale</p> <p>Almeno il 90 % dei pazienti ricoverati in regime ordinario con una degenza di almeno 4 gg deve ricevere l'informazione del medico responsabile che lo ha in cura.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017: è attivo il nucleo di controllo per monitorare i dati richiesti. I dati sono stati inviati mensilmente a Egas che valuterà il raggiungimento dell'obiettivo.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO STRALCIATO</p>

4. FLUSSI INFORMATIVI

Flussi informativi	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Avvio nuova scheda di dimissione ospedaliera (SDO)	
La corretta compilazione dei nuovi campi sarà monitorata all'interno di un programma comprendente anche le attività di supporto garantita dalla regione e diventerà oggetto di valutazione a partire dal secondo semestre 2017.	Adozione della nuova SDO entro il primo semestre 2017
Attuazione al 31.12.2017: la SDO è stata adottata e alimentata correttamente entro il termine stabilito	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Qualità dei dati ai fini amministrativi, epidemiologici e gestionali	
Qualità dei dati ai fini amministrativi, epidemiologici e gestionali	Partecipazione al programma di formazione regionale. A conclusione della formazione è attesa la corretta compilazione di almeno il 90% delle schede di morte e il 90% delle SDO.
Attuazione al 31.12.2017: l'attività è stata garantita da personale della direzione sanitaria	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Flussi informativi	
Flussi Ministeriali	Corretta alimentazione e rispetto dei tempi di invio di tutti i flussi ministeriali di competenza aziendale
Attuazione al 31.12.2017: attività garantita nel rispetto dei tempi	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obblighi informativi e indicatori	
Obblighi informativi e indicatori	Manutenzione e monitoraggio della congruità delle basi dati con il coordinamento della DCS
Attuazione al 31.12.2017: l'attività è stata garantita secondo le richieste della DCS	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Supporto a progetti di valenza regionale integrati fra assessorati	
Proseguimento dell'attività di monitoraggio biologico umano delle popolazioni residenti in prossimità della Ferriera di Servola (Trieste) e della	Entro febbraio 2017 sarà completato lo studio pilota iniziato nel novembre 2016 sul monitoraggio biologico umano dei cittadini di

centrale A2A di Monfalcone	Monfalcone residenti in prossimità della centrale A2A. Il monitoraggio biologico umano dei cittadini residenti nel quartiere di Servola in prossimità della Ferriera verrà completato entro il mese di aprile 2017. In base ai risultati dei due studi pilota, verranno definite – con tutti i portatori di interesse locali e regionali - le modalità di attivazione su larga scala del monitoraggio biologico umano dei cittadini residenti in prossimità sia della centrale A2A di Monfalcone che della Ferriera di Servola (Trieste).
Proseguimento della partecipazione alle attività dell'Osservatorio Ambiente e Salute della regione Friuli Venezia Giulia	Come nel 2016, anche per l'anno 2017 il direttore della SOC Epidemiologia e Biostatistica e direttore del Registro Tumori del Friuli Venezia Giulia prenderà parte attiva alle riunioni del Comitato Tecnico Scientifico dell'Osservatorio Ambiente e Salute della regione Friuli Venezia Giulia e alle attività che verranno di volta in volta definite in tale sede. Tale partecipazione riguarda, in particolar modo, la valutazione del rischio oncologico nelle aree regionali di crisi ambientale.
<p>Attuazione al 31.12.2017:</p> <p>Obiettivo raggiunto come risulta dalle relazioni inviate all'OAS del FVG e dalla partecipazione alle attività del Comitato Tecnico Scientifico.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Clima interno	
Nel 2017 verrà completata la seconda parte della valutazione del clima interno come da piano definito dalla DCS (prima parte eseguita nel 2015)	
<p>Attuazione al 31.12.2017:</p> <p>attività completata.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

5.SISTEMA INFORMATIVO

FIRMA DIGITALE	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Implementazione della firma digitale nei documenti indicati	Raggiungimento dei valori indicati: <ul style="list-style-type: none"> - Dove presenti gli applicativi gestionali del G2 Clinico > 90%, in particolare la lettera di dimissione ospedaliera - Laboratorio e microbiologia > 98% - Medicina trasfusionale > 98 % - Anatomia patologica > 98 % Radiologia > 98%
Attuazione al 31.12.2017: fonte dati: agenda digitale G2 clinico: 65,35% dei referti totali Laboratorio e microbiologia: 100% Medicina trasfusionale: non di pertinenza Anatomia Patologica: 100% Radiologia: 95,81%	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
Ricetta de materializzata	Farmaceutica e specialistica da estendere a tutti i medici convenzionati, specialisti, MMG e PLS
Attuazione al 31.12.2017: Obiettivo raggiunto	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
PACS	
prosecuzione dell'estensione nel settore dell'endoscopia digestiva ed avvio dell'estensione nell'ambito residuale dell'endoscopia ambulatoriale e in radioterapia	Realizzazione dell'estensione secondo le indicazioni regionali
Attuazione al 31.12.2017: Obiettivo raggiunto	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Messa a regime del caso d'uso relativo alla consultazione /visualizzazione di referti e immagini in situazione emergenziale inter-aziendale nel pieno rispetto dei vincoli e raccomandazioni del Garante della Privacy, previa verifica di disponibilità della rete telematica regionale a larga banda	Supporto all'implementazione del caso secondo le indicazioni regionali

Attuazione al 31.12.2017: non attivato dalla regione	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO I FLUSSI EMERGENZIALI NON HANNO COINVOLTO IL CRO
Sviluppo e implementazione del caso d'uso relativo alla consultazione/ visualizzazione di referti e immagini in ambito inter-aziendale per il tramite del fascicolo sanitario, nel pieno rispetto dei vincoli e raccomandazioni del Garante della Privacy, previa verifica di disponibilità della rete telematica regionale a banda larga.	Supporto all'implementazione del caso d'uso secondo le indicazioni regionali
Attuazione al 31.12.2017: non attivato dalla regione	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Conduzione dello sviluppo e avvio della fase di test della soluzione di integrazione SIO/PACS per la produzione di un referto multimediale/strutturato in Radiologia, Medicina nucleare e Ecocardiografia	Supporto alla conduzione secondo le indicazioni regionali
Attuazione al 31.12.2017: non attivato dalla regione	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

PROGETTUALITA' AZIENDALI

Sviluppare la partecipazione alla ricerca ed ai trials clinici	
Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso
<ul style="list-style-type: none"> • Potenziamento delle attività di ricerca sia clinica che traslazionale dell'Istituto. • Potenziamento degli ambulatori clinico-sperimentali • Potenziamento del nucleo di supporto ai clinical trials <p>Sviluppo della collaborazione coi professionisti di AAS5 per promuovere il loro coinvolgimento nelle attività di ricerca promosse dall'istituto</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Incremento pazienti in prima visita valutati come candidati ed eventualmente arruolati in Clinical Trials 2. Incremento partecipazione ricercatori ai team multidisciplinari di patologia 3. Organizzazione di corsi di formazione per consolidare competenze di metodologia della ricerca con coinvolgimento anche di équipes di AAS5
<p>Attuazione al 31.12.2017:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pazienti arruolati in trial clinici comparativi nel 2017 circa 950 verso circa 1000 nel 2016. L'attività di arruolamento ha subito una riduzione legata alle carenze di data manager presso l'ufficio clinical trial; 2. Obiettivo raggiunto: dai verbali meeting multidisciplinari mammella, ovaio, tumori gastroenterici e sarcomi, melanomi, tumori del polmone, risulta partecipazione sistematica dei ricercatori delle strutture sperimentali (documentazione su richiesta); 3. Obiettivo raggiunto: a febbraio 2017 è stato organizzato un corso di formazione presso il Campus di 2 giorni sulla metodologia di definizione delle raccomandazioni per i PDTA basate sul metodo GRADE, al corso hanno partecipato i componenti dei gruppi multidisciplinari sia di AAS5 sia del CRO. 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

Sviluppare nuovo sistema di gestione delle Risorse Umane per la valorizzazione e valutazione dei collaboratori	
<ul style="list-style-type: none"> • Conseguire un miglioramento del clima nell'ambiente di lavoro e un miglioramento della quantità e qualità del lavoro in un contesto caratterizzato da ridotto turn-over (età media elevata, anche a causa di limitazione nell'accesso alla pensione), da limitati spazi di espansione della spesa per acquisizione di nuove R.U. e da un'estesa platea di professionisti che operano nella ricerca mediante rapporti atipici. <p>Riduzione numero operatori con situazioni di isolamento lavorativo, da intendersi come maggiore coinvolgimento e motivazione, fenomeno comunque non allarmante.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Adozione di un nuovo modello strutturato di valutazione dei collaboratori e di analisi e sviluppo delle competenze <p>Incremento del numero di schede di valutazione condivise tra valutatore e valutato</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017:</p> <p>l'attività aziendale è bloccata: si è chiesto a settembre 2017 di rinviare l'obiettivo, l'impegno è concentrato sulla implementazione del nuovo regolamento organizzativo del nuovo atto aziendale e sul</p>	

trasferimento delle funzioni con AAS5

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

Sviluppare sistemi di allocazione ottimale della dotazione organica e analisi dei carichi di lavoro

Obiettivo Aziendale

Risultato Atteso

La finalità del progetto è di fornire dei parametri di riferimento per il calcolo delle dotazioni organiche da parte delle Strutture Dipartimentali, in modo da ottenere omogenei livelli di assistenza, all'interno dell'Istituto, nel rispetto dei diritti e dei doveri contrattuali degli operatori. Il progetto tiene conto anche delle varie attività di ricognizione, registrazione e rendicontazione per portare ad un miglioramento continuo delle condizioni di lavoro e del clima interno, fattore fondamentale per la crescita professionale dei dipendenti e della reputazione esterna (fattore attraente) dell'IRCCS-CRO.

- Parametri omogenei di composizione degli organici aziendali per le diverse figure professionali. (N° di SOC/S che hanno adottato il nuovo sistema)
 - Bench-marking con altre strutture con caratteristiche simile (IRCCS Oncologici)
 - Adozione dei nuovi standard come strumento di budgeting
 - Sviluppo di un sistema strutturato di calcolo dei carichi di lavoro correlati alla produzione attesa

Attuazione al 31.12.2017:

Obiettivo raggiunto: sono disponibili tabelle excell per il calcolo dei carichi di lavoro e dei fabbisogni correlati alle dotazioni strutturali di medici, infermieri, tecnici di laboratorio, tecnici di radiologia, medicina nucleare, fisica e radioterapia, operatori sanitari. Documenti disponibili su richiesta.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Sviluppare l'empowerment della comunità: programmi di collaborazione multi livello con istituzioni e associazioni del volontariato

Obiettivo Aziendale

Risultato Atteso

Il Centro di Riferimento Oncologico con questo progetto si pone l'obiettivo di entrare in rete con le associazioni di volontariato e le istituzioni politiche, laiche e religiose del territorio per realizzare con esse una reciproca collaborazione necessaria alla creazione di iniziative volte all'interesse pubblico in campo oncologico. Entrare in rete implica comunicare, attivamente con le associazioni e le istituzioni per la creazione di un canale dialogico (formato da contatti, collaborazioni, richieste e offerte) che ha come principale finalità la cura del paziente oncologico.

- Insediamento di un coordinamento di operatori e associazioni in staff alla direzione generale
- Organizzazione di corsi di formazione e incontri presso tutte le sedi del CRO e presso sedi del territorio su temi pertinenti di educazione alla salute e informazione
- Adozione di indicatori e report di presentazione dei risultati, livello di coinvolgimento dei professionisti e delle istituzioni

Attuazione al 31.12.2017:

- E' stato nominato un coordinatore delle associazioni di volontariato che operano dentro e a favore del CRO, con il supporto dell'ufficio comunicazione;

- Sono stati organizzati 5 incontri per presentare e coinvolgere le associazioni di volontariato sui progetti regionali (rete cure sicure, prevenzione delle infezioni, umanizzazione delle cure) e sulle linee di ricerca CRO su Medicina Narrativa, Health Literacy ed Empowerment;
- Un incontro in collaborazione con Conad sulla sana alimentazione nel comune di Pordenone;
- 4 incontri con le scuole superiori di orientamento e informazione;
- Circa 10 incontri di informazione sui farmaci rivolti ai pazienti e familiari nelle sedi CRO.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

Sviluppare percorsi di comunicazione privilegiata per mmg e associazioni dei pazienti

Obiettivo Aziendale

Risultato Atteso

Il CRO, in quanto struttura di ricovero e cura a carattere scientifico, ha una tradizione in tema di umanizzazione della cura e dell'assistenza e di soluzioni innovative su questi argomenti. Da indagini interne strutturate emerge la necessità di migliorare due aspetti:

- Comunicazione con i MMG
- Accoglienza/comunicazione con/e per i pazienti (che include la collaborazione strutturata con le associazioni di volontariato)

1. Incremento dell'appropriatezza delle richieste di prestazioni per pz oncologici che provengono dal territorio
2. Incremento del numero di pazienti inseriti in PDTA con accoglienza affidata al case manager
3. Accorpamento delle attività di accettazione, prenotazione, consegna referti, pagamento ticket

Attuazione al 31.12.2017:

1. audit non eseguito nel 2017;
2. il dato è disponibile con raccolta dati strutturata per le pazienti con tumore della mammella, tutte inserite nel programma EUSOMA e inserite nel percorso dalle Case Manager;
3. la riorganizzazione è stata completata. Relazione disponibile su richiesta.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

Sviluppare progetti trasversali su fasi 1

Obiettivo Aziendale

Risultato Atteso

- Attivare l'Unità di Fase 1
- Attivare la formazione degli operatori sanitari per soddisfare i requisiti AIFA,
- Attivare strategie per potenziare la partecipazione a progetti di fase 1

1. Incrementare la capacità attrattiva del CRO nei confronti dell'industria farmaceutica e promuovere l'inserimento attivo del gruppo di studio Fasi 1 nelle reti nazionali ed internazionali.

2. Avviare progetti di fase 1 in radioterapia e chirurgia

Attuazione al 31.12.2017:

1. Raggiunto: programma fasi 1 avviato con delibere n°152 del 11-05-2017 e n°183 del 31-05-2017, identificata matrice responsabilità e nominati tutti i responsabili, definite e implementate tutte le procedure. Implementate la Strutture di degenza e di DH dedicate. Avviati tutti i corsi di formazione previsti dalla norma ministeriale;
2. Avviati protocolli di fase 1 in oncologia ed oncoematologia, non sono ancora attivi protocolli di fase 1

in RT e Chirurgia.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Sviluppare progetti trasversali di terapie cellulari

Obiettivo Aziendale

Risultato Atteso

Avviare protocolli sperimentali in diversi ambiti clinici che prevedono somministrazione di terapie cellulari avanzate

1. Estensione accreditamento JACIE alle terapie cellulari avanzate e alla conservazione e distribuzione dei prodotti cellulari autologhi
2. Definizione di una proposta di codici DRG specifici per le terapie cellulari avanzate
3. Incremento protocolli attivi di TCA

Attuazione al 31.12.2017:

1. Raggiunto accreditamento;
2. Presentata in regione la proposta, in attesa di risposta;
3. Il protocollo è stato sottoposto a comitato etico, in attesa di approvazione, si prevede arruolamento in 2018.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

Sviluppare progetti trasversali sulle terapie chirurgiche innovative

Obiettivo Aziendale

Risultato Atteso

Sviluppo di tecnologie applicate di tipo chirurgico innovativo con respiro multidisciplinare.

Incremento della mobilità attiva su interventi di chirurgia oncologica innovativa
Aumento della capacità collaborativa multidisciplinare dei professionisti

STRALCIATO DALLA DCS

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO STRALCIATO

Implementare PDTAR interaziendali sulle principali patologie oncologiche

Obiettivo Aziendale

Risultato Atteso

Implementazione dei Programmi di Presa in Carico multi professionale e multidimensionale delle principali patologie oncologiche: prevenzione, cura, riabilitazione, follow-up e ricerca

1. Formalizzazione e implementazione dei PDTA relativi a:
 - Melanoma
 - Neoplasie della mammella
 - Neoplasie dell'ovaio
 - Neoplasie dello stomaco
2. Avvio di gruppi di lavoro per la definizione dei PDTA relativi a:
 - Neoplasie dell'apparato urogenitale (vescica,

	rene, prostata) - Sarcomi - Neoplasie di testa-collo - Neoplasie del polmone - Neoplasie del tenue - Neoplasie del colon-retto - Neoplasie epatobiliari Patologie oncoematologiche
Attuazione al 31.12.2017: Obiettivo non raggiunto. Obiettivo da riproporre nel 2018.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

TABELLA INDICATORI

			CRO	
			DATO AZIENDA	DATO DIREZIONE
21	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	$\geq 38\%$	40,09%	40,09%
22	Rapporto tra i ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (allegato B Patto Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	$\leq 0,32$	0,8	0,8
BERSAGLIO (C14.2.a)	DAY HOSPITAL MEDICO DI TIPO DIAGNOSTICO - ADULTI riduzione dei numero di ricoveri in Day Hospital medico per acuti con finalità diagnostica portando la percentuale al di sotto del 30% per gli	$< 30\%$ adulti	0,97%	0,97%
BERSAGLIO (C14.4)	RICOVERI MEDICI OLTRE SOGLIA riduzione della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti ≥ 65 anni portandola al di sotto del 4%	$< 4\%$	2,73%	2,73%

Ente per la Gestione Accentrata dei Servizi Condivisi (EGAS)

3.1.1. Atto aziendale	
Obiettivo	Risultato atteso
Atto aziendale	Invio entro il 31/10/2017 di una relazione alla Direzione Centrale Salute sullo stato di applicazione del proprio atto aziendale
Attuazione al 31/12/2017: Con decreto n. 93 del 15/09/2017 è stato approvato il nuovo atto aziendale, a seguito del trasferimento di funzioni gestionali a valenza regionale. Con nota prot. 28593 del 24/10/2017 EGAS ha inviato alla DCSISPS dettagliata relazione sullo stato di applicazione dell'atto.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.3. Riorganizzazione delle funzioni – Attivazione e/o acquisizione	
Obiettivo	Risultato atteso
Acquisizione funzione CeForMed	Acquisizione della funzione entro il 31.12.2017 secondo le indicazioni operative della DCSISPS.
Attuazione al 31/12/2017: La DCSISPS ha rimodulato l'obiettivo quale linea progettuale per il 2018. Le linee di gestione del SSR per l'anno 2018 hanno previsto il passaggio della funzione entro il 30/06/2018.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

3.1.3. Riorganizzazione delle funzioni - Attivazione e/o acquisizione	
Obiettivo	Risultato atteso
Acquisizione Area Welfare	Acquisizione della funzione entro il 31.12.2017 secondo le indicazioni operative della DCSISPS
Attuazione al 31/12/2017: La DCSISPS ha rimodulato l'obiettivo mantenendo in carico all'AAS 2 la linea di attività, così come confermato dalle linee di gestione per il SSR 2018.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

3.1.3. Riorganizzazione delle funzioni - Attivazione e/o acquisizione	
Obiettivo	Risultato atteso
Attivazione Health Technology Assessment	Attivazione del servizio entro il 31.10.2017
Attuazione al 31/12/2017:	
<p>Con nota prot. 28630 del 24/10/2017 EGAS ha formalizzato la strutturazione dell'HTA, tenendo in considerazione le connessioni con la DCSISPS e gli altri Enti del SSR.</p> <p>EGAS presenta già al suo interno alcune delle competenze specialistiche tipiche dell'approccio multidisciplinare HTA: l'epidemiologia, ingegneria biomedica/clinica, statistica, economia sanitaria, scienze farmaceutiche, legale.</p> <p>Alla funzione sono stati assegnati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 dirigente medico - 1 dirigente farmacista <p>Le attività in corso sono:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. realizzazione di un template accessibile dal sito EGAS per l'inserimento delle richieste di valutazione delle tecnologie sanitarie eleggibili ad una valutazione HTA; 2. formazione di una rete composta da professionisti competenti su ciascuna dimensione di interesse dell'HTA che permetta ad EGAS di avere un riferimento nelle aziende sanitarie; 3. condivisione ampia regionale di una metodologia di valutazione basata sui principi HTA. 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.3. Riorganizzazione delle funzioni – Attivazione e/o acquisizione	
Obiettivo	Risultato atteso
Attivazione Epidemiologia	Gestione dei flussi informativi verso i livelli istituzionali competenti per conto della DCSISPS
Attuazione al 31/12/2017:	
<p>Nel corso del 2017 per i seguenti flussi cosiddetti individuali: SDO, CEDAP, EMUR118, EMURPS, FAR, SIAD, HOSPICE, SISM, SIND, CONSUMO DISPOSITIVI MEDICI E CONTRATTI DI ACQUISTO DEI DISPOSITIVI MEDICI, si è provveduto a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - inviare i flussi di competenza nella piattaforma NSIS (strutture centrali ministeriali) rispettando il calendario; - monitorare gli scarti e le anomalie degli invii; - inviare i files delle eccezioni per integrare i casi scartati; -partecipare per ciascun flusso agli incontri periodici presso il Ministero della salute. <p>Nel portale del Nuovo Sistema Informativo Sanitario del Ministero Salute è verificabile la presenza dei dati determinati dai flussi della regione FVG.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.3. Riorganizzazione delle funzioni – Sviluppo progettualità	
Obiettivo	Risultato atteso

Servizio ristorazione	Predisposizione bando e avvio delle procedure di gara entro il 31.12.2017
Attuazione al 31/12/2017:	
Il bando è stato predisposto secondo le indicazioni recate da ultimo nel corso della seduta del Comitato di Indirizzo del 23.2.2017.	
La procedura di gara è stata avviata con determinazione di EGAS n. 653 del 10/07/2017.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.3. Riorganizzazione delle funzioni - Sviluppo progettualità	
Obiettivo	Risultato atteso
Gare centralizzate	Espletamento delle gare secondo i fabbisogni rappresentati dalle Aziende e le priorità definite in sede di Comitato di Indirizzo, previa coordinazione e stesura capitolati tecnici
Attuazione al 31/12/2017:	
<p>L'attività è stata assicurata nel corso del 2017 in linea con le direttive ed indicazioni del Comitato di Indirizzo.</p> <p>In particolare, nel corso del 2017 sono state aggiudicate le seguenti gare regionali relative alla fornitura di beni/servizi di interesse comune e/o di particolare rilievo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gara a procedura aperta per il servizio di telesoccorso –telecontrollo integrato dal servizio di custodia chiavi con pronto intervento per gli utenti della Regione FVG; - gara a procedura aperta, ai sensi dell'art. 60 del D. Lgs. n. 50/2016, per l'affidamento in concessione del servizio di "Punto ristoro" presso vari enti del SSR, per un periodo di 72 mesi; - gara a procedura aperta per il servizio di copertura assicurativa per la responsabilità civile verso terzi e verso prestatori di lavoro (rct/o) per le aziende del servizio sanitario del Friuli Venezia Giulia; - gara a procedura aperta per il servizio di copertura assicurativa contro i danni al patrimonio – All Risk Property per le Aziende del S.S.R.; - gara a procedura aperta per l'affidamento del servizio di informazione e prenotazione telefonica di prestazioni sanitarie e servizi accessori (Call Center); - gara ad evidenza pubblica per conto della CUC –soggetto aggregatore regionale per la fornitura di farmaci per un periodo di 36 mesi per le Aziende del S.S.R. tramite SDAPA di Consip (prima edizione della procedura). <p>Sono state bandite, previo coordinamento dei gruppi tecnici, una serie di gare relative alla fornitura dei seguenti beni/servizi tra cui in particolare si evidenziano:</p> <p><u>VACCINI:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - gara a procedura aperta, (art. 60 del D. Lgs. n. 50/2016), per la stipula di un accordo quadro per l'affidamento della fornitura di immunoterapia specifica veleno di imenotteri <p><u>PRESIDI:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - procedura aperta per la stipula di una convenzione per l'affidamento della fornitura di sistemi di aspirazione e drenaggio; 	

- procedura aperta per la stipula di una convenzione per l'affidamento della fornitura di dispositivi fissaggio catetere, aghi cannule e altro materiale per anestesia e rianimazione;

- procedura aperta per la stipula di una convenzione per l'affidamento della fornitura di suturatrici meccaniche;

REAGENTI:

- procedura aperta per la stipula di una convenzione per l'affidamento della fornitura di reagenti e materiali di consumo con messa a disposizione in service di analizzatori per esami urine.

PROTESI:

- procedura aperta per la stipula di una convenzione per l'affidamento della fornitura di sostituti d'osso sintetici;

- gara a procedura aperta, (art. 54 del D. Lgs. n. 50/2016), finalizzata alla conclusione di un accordo quadro per l'affidamento della fornitura di protesi di spalla.

ATTREZZATURE:

- procedura aperta per la stipula di una convenzione per l'affidamento della fornitura di apparecchi per emodialisi

SERVIZI:

- gara ad evidenza pubblica per la fornitura del servizio di ristorazione per le Aziende del servizio sanitario regionale del Friuli Venezia Giulia (prima edizione della procedura);

- gara a procedura aperta per l'affidamento del servizio di facchinaggio a favore degli enti del S.S.R. F.V.G.;

- gara a procedura aperta per la stipula di una convenzione per l'affidamento del servizio di Manutenzione presidi antincendio.

Nel corso dell'Anno 2017 si sono tenuti altresì i lavori propedeutici per l'avvio di una serie di gare regionali di particolare rilievo ed interesse quali ad es.: l'appalto del servizio di lavanolo per gli enti del S.S.R., l'appalto per il servizio di sanificazione e manutenzione di ausili per disabili, l'appalto per la fornitura di ausili per disabili redatto alla luce delle disposizioni del nuovo Nomenclatore, iniziative inserite nella programmazione delle attività per l'Anno 2018.

EGAS ha operato nel 2017, in regime di avalimento, anche per conto della Centrale Unica di Committenza per l'acquisto di beni/servizi rientranti nelle classi merceologiche di cui al DM 24/12/2015, rientranti nel programma delle attività di centralizzazione della CUC – soggetto aggregatore regionale per la Sanità per la suddetta annualità.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

3.1.3. Riorganizzazione delle funzioni - Sviluppo progettualità

Obiettivo	Risultato atteso
Gestione centralizzata assicurazioni RC	Garantire l'attivazione della funzione come da cronoprogramma di applicazione della DGR 1970/2016

Attuazione al 31/12/2017:

Nel 2017 l'E.G.A.S. ha svolto, in continuità con gli anni precedenti, le attività relative alla gestione centralizzata della copertura assicurativa per la responsabilità civile del S.S.R., adeguando il modello di gestione alle modifiche richieste dalla Direzione Centrale Salute e dalla D.G.R. 1970/2016 (CURE SICURE), mediante l'imputazione pro quota del fondo regionale ai singoli Enti e la creazione dei Comitati di Valutazione sinistri Aziendali e Regionale.

Di seguito l'elenco degli atti:

AAS 2 - decreto n. 203 del 20/04/2017

AAS 3 - decreto n. 100 del 05/05/2017

AAS 5 - decreto n. 486 del 12/07/2017

ASUIUD - decreto n. 307 del 12/04/2017

ASUITS - decreto n. 218 del 05/04/2017

BURLO - decreto n. 56 del 28/04/2017

CRO - decreto n. 447 del 14/12/2017

EGAS - decreto n. 109 del 19/10/2017.

EGAS ha collaborato, con gli Enti del S.S.R., sia alla gestione dei sinistri con danno valutato inferiore alla franchigia contrattuale provvedendo anche alla liquidazione dei medesimi con costi a carico del fondo regionale, sia al controllo dei sinistri sopra franchigia gestiti dalle Compagnie di Assicurazione, provvedendo anche al rimborso, a carico del fondo regionale, delle franchigie contrattuali a favore degli Assicuratori.

Dal 01.04.2017, sono aumentati i sinistri in gestione ad E.G.A.S. in conseguenza dell'entrata in vigore del nuovo contratto assicurativo che prevede l'aumento della franchigia da 500.000 a 750.000 euro per sinistro.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.3. Riorganizzazione delle funzioni - Sviluppo progettualità

Obiettivo

Risultato atteso

Centralizzazione funzione stipendi - previdenza
AAS3-ASUI UD in EGAS

Sviluppo progetto centralizzazione funzione
avviato nel IV trimestre 2016

Attuazione al 31/12/2017:

Nel corso dell'anno 2017 è stato dato avvio all'accantonamento del trattamento economico per il personale medico convenzionato, nello specifico sono state trasferite ad EGAS le attività di parte del territorio dell'AAS 3: gestione del trattamento economico per i medici di continuità assistenziale (guardia medica e turistica), medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali, psicologi convenzionati. In particolare le attività seguite da Egas sono: elaborazione mensile stipendi con le relative imputazioni contabili a bilancio, adempimenti fiscali e contributivi, trasmissioni telematiche. Permangono in carico ad Egas anche le seguenti attività per conto di ASUI Udine: gestione trattamento economico dei medici di continuità assistenziale, elaborazione mensile stipendi (MMG, PLS, MCA, Specialisti e Psicologi ambulatoriali), con le relative imputazioni contabili a bilancio, adempimenti fiscali e contributivi, trasmissioni telematiche.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.3. Riorganizzazione delle funzioni - Funzioni amministrative e tecniche	
Obiettivo	Risultato atteso
Concorsi centralizzati area comparto	Avviare e/o espletare le procedure secondo le priorità individuate dal Comitato di Indirizzo
Attuazione al 31/12/2017:	
<p>Il Comitato di Indirizzo nella seduta del 20.01.2017 e nella seduta del 8.6.2017 ha deciso l'avvio delle procedure concorsuali rispettivamente per la copertura di posti di infermiere e operatore socio sanitario. In conseguenza di un tanto sono state sottoscritte da parte di tutti gli Enti del SSR le convenzioni propedeutiche all'avvio delle procedure. A seguito della comunicazione dei fabbisogni da parte degli Enti, EGAS ha proceduto ad elaborare i bandi.</p> <p>Con decreto DG n. 47 del 24/05/2017 è stato indetto il concorso per n. 466 posti di collaboratore professionale sanitario infermiere, cat. D e con decreto DG n. 119 del 20/11/2017 è stato indetto il concorso per n. 188 posti di Operatore Socio Sanitario, cat. Bs. e con. Inoltre con decreto n. 118 del 14/11/2017 è stata approvata la graduatoria di merito per la copertura di n. 40 posti di C.P.S. ostetrica/o, cat. D e con decreto n. 127 del 20/12/2017 è stata approvata la graduatoria di merito per la copertura di n. 8 posti di assistente amministrativo, cat. C.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.3. Riorganizzazione delle funzioni - Funzioni amministrative e tecniche	
Obiettivo	Risultato atteso
Consolidamento provveditorato unico AAS3 e ASUI UD	Le funzioni di provveditorato individuate dal Comitato di Indirizzo sono assicurate al 100% dal provveditorato EGAS compatibilmente con l'acquisizione delle necessarie informazioni dalle Aziende confluite
Attuazione al 31/12/2017:	
<p>Nel corso dell'anno 2017 la SC Provveditorato Centralizzato ha operato con le seguenti finalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> - standardizzazione dei processi finalizzata al recupero di efficienza e maggiore tempestività nello svolgimento di alcune funzioni; - implementazione di nuove attività atte a garantire maggiore presidio delle tempistiche di fornitura e riduzione del rischio di stock out; - gestione dell'aumento dei volumi di attività conseguenti all'obiettivo di completare il progetto del Provveditorato Centralizzato; - implementazione del catalogo prodotti distribuiti dal magazzino centralizzato; - ricerca delle possibili sinergie fra strutture del dipartimento ed extra-dipartimentali. <p>Nel settore dei beni di consumo sono state attivate n. 1284 procedure di gara, per un valore complessivo di € 17.449.340, in maggior parte attivate sul MEPA e svolte secondo le norme del Regolamento acquisti sotto soglia.</p> <p>Per quanto riguarda il settore dei servizi, le procedure attivate sono state n. 92, per un valore complessivo di € 11.529.733; anche in questo settore di attività la maggior parte delle procedure sono</p>	

state attivate sul MEPA e svolte secondo le norme del Regolamento acquisti sotto soglia.

In merito all'acquisto di **beni di investimento**, le procedure di gara attivate nel 2017 sono 153 per un valore complessivo di € 5.568,488. Come sopra, la maggior parte delle procedure sono state attivate sul MEPA e svolte secondo le norme del Regolamento acquisti sotto soglia.

L'azione del Provveditorato Centralizzato si è inoltre anche affiancata e rapportata a quella del gruppo di lavoro interaziendale costituito ai sensi del Decreto EGAS n. 135/2016, che ha iniziato ad operare nel corso dell'anno 2017 presso il magazzino di Pordenone e che è formato da rappresentanti di EGAS e degli altri enti del servizio sanitario regionale, fra cui anche un referente del Provveditorato Centralizzato, e la cui azione ha consentito l'implementazione del catalogo prodotti e l'aumento del numero delle anagrafiche gestite a livello centralizzato.

L'esito delle attività sopra indicate ha consentito al Provveditorato Centralizzato di garantire l'acquisto del 98% dei prodotti farmaceutici ed emoderivati, del 80% dei materiali diagnostici, del 83% dei presidi medico-chirurgici e del materiale sanitario, nonché del 100% dei beni non sanitari del fabbisogno della ASUIUD e della ASS3.

A supporto di tale attività sono stati organizzati adeguati corsi formativi per il personale coinvolto (11/10 e 29/11/2017).

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

3.1.3. Riorganizzazione delle funzioni - Funzioni amministrative e tecniche

Obiettivo	Risultato atteso
Razionalizzazione della gestione amministrativa dei beni e costituzione banca dati regionale dei farmaci e dei dispositivi medici in grado di fornire agli operatori informazioni aggiuntive rispetto a quelle già presenti nelle banche dati esistenti	Evidenza progetto elaborato in collaborazione con Fondazione CRUP e Centro Ricerche Economiche e Formazione (CREF)
Attuazione al 31/12/2017:	
EGAS ha redatto un progetto volto a razionalizzare la gestione amministrativa dei beni e a costituire una banca dati regionale di farmaci e di dispositivi medici in grado di fornire agli operatori informazioni aggiuntive rispetto a quelle già presenti nelle banche dati esistenti, in collaborazione con le Fondazioni CRUP (Cassa di Risparmio di Udine e Pordenone) e CREF (Centro Ricerche Economiche e Formazione) che si sono rese disponibili a partecipare e finanziare il progetto.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.3 Riorganizzazione delle funzioni –Logistica

Obiettivo	Risultato atteso
Magazzino di Trieste	<ul style="list-style-type: none"> - Eseguire le azioni propedeutiche all'avvio del magazzino secondo il cronoprogramma definito dall'Egas - Estensione e completamento del magazzino unico regionale con conseguente messa a disposizione da parte di Asuits entro il 31.12.2017

	di risorse equivalenti pari a 6 unità
Attuazione al 31/12/2017:	
<p>Le attività propedeutiche all'integrazione dell'ASUITS nel sistema della logistica centralizzate regionali sono state svolte come da cronoprogramma inviato alla DCSISPS con nota prot. 22521 del 24/08/2017.</p> <p>Al fine di consentire l'ingresso della ASUITS nel sistema regionale di distribuzione, sono state programmate, presidiate e collaudate le attività di adeguamento tecnologico e di revisione dei flussi informatici del sistema Manager Acquisti. Successivamente, sono state coordinate con INSIEL, OVERLOG e COOPSERVICE le attività di installazione, integrazione con i sistemi informativi, messa in opera e collaudo dell'impianto automatizzato di stoccaggio e <u>picking</u>.</p> <p>Sono altresì state effettuate le altre attività propedeutiche iniziali previste nella nota citata, quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la formazione del personale; - incontri tecnici in condivisione tra EGAS, ASUITS e INSIEL; - definizione di articoli, centri di costo e consegna; - definizione dei vincoli di validazione. <p>Relativamente alle risorse umane da trasferire per effetto della centralizzazione del servizio, è stato concordato con ASUITS, la messa a disposizione delle risorse equivalenti pari a 6 unità.</p> <p>Le conseguenze economiche di tale accordo hanno trovato evidenza nei rispettivi bilanci preventivi 2018 dei due enti.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.5. Urgenza emergenza	
Obiettivo	Risultato atteso
Attuazione DGR 2039/2015	<ul style="list-style-type: none"> a) attivazione della nuova centrale operativa 118 regionale b) consolidamento Centrale Operativa 118 regionale integrata con NUE 112; c) rinnovo parco ambulanze ove necessario; d) avvio piano per l'accreditamento della centrale.
Attuazione al 31/12/2017:	
<p>Di seguito il dettaglio dello stato di attuazione delle linee di attività richieste:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) la centrale operativa 118 regionale è attiva sull'intero territorio regionale dal 04/04/2017; b) il processo di consolidamento della centrale operativa 118 SORES è proseguita per tutto il 2017, con completamento dell'integrazione con il NUE 112, secondo gli standard stabiliti dal Ministero dell'interno e dal MISE; c) dai fabbisogni segnalati dagli Enti del SSR non emergono necessità di rinnovo del parco ambulanze, bensì di implementazione delle dotazioni sui mezzi esistenti. Dal censimento effettuato sono emerse necessità di rilevatori di gas ambientali, di ventilatori automatici e di massaggiatori cardiaci automatici; d) sono stati predisposti attività e documenti in funzione dell'accreditamento della SORES secondo le International Academies of Emergency Dispatch (IAED). Il personale è stato coordinato nella implementazione del MPDS, nell'aggiornamento dell'ultima versione e nell'uso più estensivo possibile 	

del Priority Dispatch System e certificazione EMD. E' stato programmato il processo di miglioramento della qualità con ruoli e responsabilità. E' stata attivata la gestione della conformità al protocollo. Tutto il personale impegnato nella posizione di operatore di centrale ha conseguito la certificazione iniziale di Emergency Dispatcher e dovrà mantenere tale qualifica rinnovando la certificazione nei modi e nei tempi previsti.

Valutazione Direzione Centrale Salute

- a. OBIETTIVO RAGGIUNTO**
- b. OBIETTIVO RAGGIUNTO**
- c. OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO**
- d. OBIETTIVO RAGGIUNTO**

3.2.3. Screening oncologici (Programma II PRP)

Obiettivo	Risultato atteso
Estendere il modello organizzativo del centro di lettura di Udine a tutta la Regione, creando un centro unico di lettura regionale, che mantenendo le attuali sedi di refertazione favorisca, di concerto con la DCSISPS, la composizioni di terne arbitrali atte a migliorare la performance di refertazione	Centro regionale unico di lettura per lo screening mammografico, attivato entro il 31.12.2017

Attuazione al 31/12/2017:

Sono stati definiti con la Direzione Centrale Salute i criteri generali per l'avvio delle attività. La DCSISPS ha rimodulato l'obiettivo quale linea progettuale per l'anno 2018, approvata in via definitiva con DGR 185 del 2.2.2018.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO STRALCIATO

3.3.2. Accreditamento

Obiettivo	Risultato atteso
Gli enti del SSR collaborano allo sviluppo dell'organismo tecnicamente accreditante (OTA), costituito da tutti i referenti dell'accREDITamento istituzionale, secondo le direttive dell'intesa CSR del 19/2/2015 recepita dalla DGR 2220/2015	L'OTA, con il coordinamento dei referenti dell'accREDITamento di ASUI TS, AAS2 e EGAS che hanno partecipato al corso di formazione organizzato da AGENAS, definisce le regole di funzionamento interno e la propria politica (mission, vision e obiettivi) secondo le indicazioni della DGR 2220/2015 e le trasmette per l'approvazione alla DCSISPS entro il 2017

Attuazione al 31/12/2017:

E' stata garantita la partecipazione alle attività dell'OTA regionale secondo quanto previsto dalla DCSISPS ed alle attività dell'AGENAS per la costituzione dei valutatori nazionali degli organismi tecnicamente accreditanti.

La "Proposta di organizzazione dell'Organismo Tecnicamente Accreditante" - elaborata dai referenti della qualità e dell'accREDITamento degli enti del S.S.R. con il coordinamento dei valutatori nazionali,

secondo le indicazioni della D.G.R. n. 2220/2015 - è stata trasmessa alla DCSISPS in data 20.11.2017 con nota prot. 31026, come dalla stessa richiamato nel decreto n. 1899/SPS del 13/12/2017.

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

3.4.6. Sangue ed emocomponenti

Obiettivo	Risultato atteso
Attuazione della DGR 1903/2016 in merito alla gestione dei contributi per donazioni alle associazioni	Garantire la gestione amministrativa unificata e l'erogazione centralizzata dei contributi alle associazioni dei donatori di sangue.

Attuazione al 31/12/2017:

Nel corso del 2017 Egas ha proseguito la gestione centralizzata e l'erogazione dei contributi per donazioni alle associazioni, così come previsto dalla DGR 1903/2016 ed ha garantito l'erogazione delle somme entro i termini previsti:

1° trimestre 2017: determinazione nr. 472 del 18/05/2017

2° trimestre 2017: determinazione nr. 772 del 11/08/2017

3° trimestre 2017: determinazione nr. 1182 del 06/11/2017

4° trimestre 2017: determinazione nr. 118 del 09/02/2018 (completamento procedure 2017).

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

3.4.8. Rischio clinico

Obiettivo	Risultato atteso
Adeguamento alle disposizioni di cui alla DGR 1970 del 21.10.2016	Gestione del sito internet. Stesura report sull'attività legata alla gestione assicurativa nell'ottica del rischio clinico

Attuazione al 31/12/2017:

E' stata attivata la sezione "Cure Sicure" nelle aree tematiche del sito dell'E.G.A.S. e sono stati forniti al Comitato Strategico Regionale sia i dati relativi alle richieste di risarcimento per lesioni a persone nell'arco temporale 2013-2017, sia quelli relativi alle liquidazioni effettuate nel medesimo lasso di tempo

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

3.5. Assistenza farmaceutica

Obiettivo	Risultato atteso
Consolidamento funzione aggregazione domanda farmaci e monitoraggio	a) potenziamento attività di coordinamento e stesura capitolati tecnici per acquisto di farmaci in linea con le evidenze scientifiche ed i principi dell'HTA; b) evidenza mensile lista farmaci aggiudicati a gara con particolare riferimento a DPC;

	<p>c) evidenza monitoraggio puntuale politiche di acquisto dei medicinali in DPC;</p> <p>d) ristoro somme spettanti a ciascun ente del SSR per Risk sharing, cost sharing e payment by results;</p> <p>e) assicurare i flussi informativi periodici di competenza e garantire il riscontro alle eventuali richieste da parte della Direzione Centrale Salute entro 15 giorni;</p> <p>f) EGAS fornisce agli Enti del SSR tutte le informazioni relative alle procedure di acquisto di cui all'art. 1, comma 407, legge 232/2016 (farmaci, prezzi, eventuale accordo quadro,..).</p>
Attuazione al 31/12/2017:	
<p>EGAS ha proseguito nel corso del 2017 con le attività di consolidamento della funzione di aggregazione e monitoraggio della domanda dei farmaci, in particolare:</p> <p>a) ha partecipato con ruolo attivo di coordinamento dei Gruppi Tecnici a tutte le gare farmaci dell'anno 2017;</p> <p>b) ha provveduto all'aggiornamento e invio mensile dell'elenco dei farmaci prescrivibili in DPC a seguito dell'avvenuta aggiudicazione delle gare EGAS;</p> <p>c) ha provveduto a segnalare all'ufficio gare l'immissione in commercio di farmaci a brevetto scaduto al fine di attivare quanto prima le procedure amministrative di genericazione;</p> <p>d) sono stati rimborsati agli enti del SSR a titolo di pay-back €. 8.824.895,88;</p> <p>e) ha provveduto all'alimentazione costante dei flussi informativi tramite la procedura Ascotweb e ad evadere, entro il termine previsto di 15 giorni, tutti le eventuali ulteriori richieste pervenute dalla Direzione Centrale Salute in relazione ai flussi stessi.</p> <p>f) ha inviato specifiche informazioni alle Strutture di farmacia degli Enti del SSR relative alle gare aggiudicate di farmaci biologici a brevetto scaduto.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.7.1 Tempi d'attesa	
Obiettivo	Risultato atteso
Definizione regole prenotazione CUP	Nuova strutturazione delle informazioni per la prenotazione su CUP web
Attuazione al 31/12/2017:	
<p>E' stata realizzata la revisione delle informazioni aggiornate per ogni prestazione per ogni Azienda del SSR ed al 31/12/2017 sono state pubblicate su CUPWEB le avvertenze relative agli ecodoppler e parte delle ecografie. Sono inoltre stati inviati (per approvazione finale) a tutti gli Enti del SSR i testi rivisti anche per tutte le altre attività di RX.</p> <p>E' in atto un'attività continua di modifica/revisione in base alle indicazioni provenienti dalle Aziende.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.7.1 Tempi d'attesa	
Obiettivo	Risultato atteso
Monitoraggio tempi d'attesa	<p>Predisposizione ed invio alla Direzione Centrale Salute dei monitoraggi dei tempi di attesa regionali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 12 report mensili - 2 report semestrali - 1 report annuale. <p>Evidenza della partecipazione ai monitoraggi nazionali.</p>
Attuazione al 31/12/2017:	
<p>Per tutto il 2017, come concordato con la Direzione Centrale Salute (DCS), il Servizio di Epidemiologia e dei Flussi Informativi dell'Egas ha svolto le proprie attività usufruendo della tecnostruttura della DCS.</p> <p>In particolare, per quanto attiene alle reportistiche da produrre per la DCS (ivi compreso il monitoraggio tempi d'attesa) il modello organizzativo messo in essere ha previsto che tutte le Attività di analisi e reportistica dovute fossero svolte e rese disponibili sulla piattaforma informatica della DCS in maniera nativa (Server DCS – R – directory Area Osservazione Epidemiologica)</p> <p>In questa directory è configurato un percorso di accesso, profilato per il solo Direttore Centrale Salute, con i suoi propri privilegi informatici, ad una cartella contenente tutta la reportistica in oggetto (TdA).</p> <p>Server DCS R- directory -Area Osservazione Epidemiologica- directory Documenti condivisi - directory Direttore Centrale Salute _ A M.</p> <p>Attraverso questa profilatura il Direttore Centrale ha visione di tutta la produzione richiesta al servizio di Epidemiologia.</p> <p>Dopo aver messo a disposizione i report richiesti e di cui al risultato atteso, il Servizio di Epidemiologia ha provveduto inoltre al loro invio tramite posta elettronica alle Aziende del SSR così come richiesto dal Direttore Centrale Salute.</p> <p>Sono stati preparati e resi disponibili nel sito Agenas anche i monitoraggi nazionali Alpi e Volumi. Sono stati inviati i file per le rilevazioni ministeriali tempi chirurgici (file disponibili monitoraggio - liste di attesa Ministero Salute).</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

3.7.1 Tempi d'attesa	
Obiettivo	Risultato atteso
Agende di prenotazione	<p>Predisposizione ed invio alla Direzione Centrale Salute di 2 report di monitoraggio (uno per ciascun semestre) sull'apertura delle agende e quindi sulla prenotabilità costante di tutte le prestazioni oggetto del monitoraggio dei Tempi di Attesa.</p>
Attuazione al 31/12/2017:	
<p>Sono state effettuate due rilevazioni sulla prenotabilità delle agende: una nel mese di febbraio ed una nel mese di Luglio. Con nota prot. N. 2017-23695-CENEGAS/GEN del 06/09/2017 avente ad oggetto:</p>	

“Agende di prenotazione: report di monitoraggio sull’apertura delle agende e prenotabilità di tutte le prestazioni oggetto di monitoraggio dei tempi d’attesa” è stata inviata apposita relazione sull’attività svolta.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.7.4 Contatto telefonico dopo la dimissione ospedaliera

Obiettivo	Risultato atteso
Verifica dell’avvenuto contatto telefonico da parte della struttura sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> - Invio entro il mese di maggio a ciascuna Azienda/IRCSS il numero di pazienti da campionare - Verifica tramite il call center dell’avvenuto contatto telefonico da parte della struttura sanitaria - Invio alla Direzione Centrale Salute entro il 31.12.2017 di una relazione con i risultati dei contatti effettuati.

Attuazione al 31/12/2017:

Di seguito le attività espletate:

- è stato prodotto il file di campionamento ed inviato agli enti del SSR in data 25/05/2017 con nota prot. 14093/P/GEN/EGAS.
- è stato attivato l’outbound attraverso l’individuazione degli operatori. Il campione da contattare è stato ricalcolato in base al numero dei casi in base alle dimissioni 2017 e alla percentuale di consensi allo studio da parte dei pazienti dimessi.
- sono stati elaborati i risultati dei contatti effettuati: il campione da intervistare, tenuto conto dei casi segnalati dalle aziende è stato 3747. I contatti portati a compimento sono stati 3450 pari al 92,1%. Lo score di concordanza tra i dati forniti dalle aziende e l’attività di controllo da parte di EGAS è 0,88 (0,75-0,90).

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

La relazione con i risultati non è pervenuta entro i termini indicati

5. Sistema informativo

Obiettivo	Risultato atteso
Supporto alla DCSISPS per attività di coordinamento PACS	<ul style="list-style-type: none"> a) completamento dell’estensione del sistema PACS nel settore dell’endoscopia digestiva ed avvio dell’estensione all’intero ambito dell’endoscopia ambulatoriale (broncoscopia, cisto e colposcopia, ...); b) messa a regime del caso d’uso relativo alla consultazione/visualizzazione di referti e immagini in situazione emergenziale inter-aziendale, nel

	<p>pieno rispetto dei vincoli e raccomandazioni del Garante della Privacy, previa verifica di disponibilità della rete telematica regionale a larga banda;</p> <p>c) sviluppo e implementazione del caso d'uso relativo alla consultazione/visualizzazione di referti e immagini in ambito inter-aziendale per il tramite del fascicolo sanitario - nel pieno rispetto dei vincoli e raccomandazioni del Garante della Privacy - previa verifica di disponibilità della rete telematica regionale a larga banda;</p> <p>d) integrazione delle potenzialità elaborative del sistema PACS con moduli aggiuntivi per l'analisi diagnostica evoluta in distretti anatomici specifici, in coerenza con il progetto regionale di sviluppo dei sistemi informativi ospedalieri e in risposta a specifiche e motivate richieste da parte dei gruppi di utilizzatori clinici già interessati dal sistema PACS;</p> <p>e) conduzione a regime e perfezionamento dell'integrazione dei sistemi PACS dell'ASUI TS nell'impianto PACS regionale;</p> <p>f) conduzione dello sviluppo e avvio della fase di test della soluzione di integrazione SIO/PACS per la produzione di un referto multimediale/strutturato in Radiologia, Medicina nucleare e Ecocardiografia.</p>
<p>Attuazione al 31/12/2017:</p> <p>a) È stata completata l'estensione del sistema PACS al settore dell'endoscopia digestiva presso le strutture aziendali con le precondizioni tecnologiche richieste. Per la parte restante dell'endoscopia ambulatoriale si è avviata una mappatura delle condizioni tecnologiche che sussistono nei vari centri ambulatoriali quale passo preliminare necessario per avviare il processo di estensione del sistema PACS in quel settore;</p> <p>b) È stata completata la messa a regime del caso d'uso relativo alla visibilità interaziendale delle immagini per il flusso emergenziale neurochirurgico, mentre la prosecuzione dell'estensione agli altri flussi emergenziali è prevista nel corso del 2018 (cfr. Linee annuali per la gestione SSR 2018);</p> <p>c) Lo sviluppo del fascicolo sanitario non ha considerato al momento la funzionalità della visualizzazione delle immagini archiviate nel sistema PACS;</p> <p>d) Non sono pervenute richieste specifiche da parte delle Aziende in merito a moduli aggiuntivi;</p> <p>e) L'integrazione di ASUITS nel sistema PACS regionale è stata portata a termine nei tempi e nei modi previsti: il sistema PACS ASUITS sta quindi utilizzando le stesse soluzioni di integrazione con il SIO del resto della Regione;</p> <p>Sono state portate a termine le attività di sviluppo delle nuove soluzioni di integrazione tra SIO e PACS per la produzione del referto multimediale ed è stata completata positivamente la fase di test in</p>	

ambiente prototipale.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

5 Sistema informativo

Obiettivo

Risultato atteso

Avvio del nuovo sistema software per la gestione della Centrale Operativa 118 regionale

Utilizzo del gestionale CUS di Insiel Mercato presso la Centrale Operativa regionale

Attuazione al 31/12/2017:

La centrale operativa 118 regionale utilizza il gestionale CUS in tutte le sue applicazioni.

Al fine di migliorare l'operatività sono state forniti supporti applicativi e indicativi, in particolare su:

- segnalazione di allarmi;
- evidenziazioni sul gestionale;
- evidenziazioni sul sinottico dei mezzi in funzione.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

8.3.4 Gestione attività finalizzate delegate

Obiettivo

Risultato atteso

Gestione pagamenti attività sovra-aziendali delegate

Pagamenti attività finalizzate e/o delegate dalla Regione di cui a tabella 2 "Sovra-aziendali" Linee di gestione 2017

Attuazione al 31/12/2017:

EGAS ha provveduto all'incasso ed alla conseguente contabilizzazione, come da direttive regionali, delle quote di finanziamento sovraziendale delegato pari 37.705.559€.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

8.3.7. Formazione

Obiettivo

Risultato atteso

Predisposizione piano formativo aziendale (PFA) entro il 30.3.2017 e realizzazione direttamente o tramite altro provider convenzionato delle iniziative formative indicate dalla DCSISPS in coerenza con il piano formativo regionale (PFR)

a) evidenza PFA adottato entro il 31.3.2017;
b) realizzazione corsi a valenza aziendale(PFA) e da PFR in forma diretta o convenzionata con altri provider

Attuazione al 31/12/2017:

Il Piano Annuale della Formazione dell'Ente è stato adottato con decreto n. 24 del 30.3.2017. Nel 2017 sono stati realizzati complessivamente n. 39 eventi formativi di cui n. 24 ECM e n. 15 non ECM, per complessive n. 94 edizioni. Gli eventi realizzati da EGAS su mandato regionale, ovvero inclusi nel PRF, sono stati n. 26 di questi n.15 iniziative formative sono state attivate in collaborazione con altri Enti/Provider.

I corsi riservati al personale dell'Ente sono stati n. 13 corsi, di cui n. 2 in FAD.

Il servizio ha provveduto all'acquisizione dell'accreditamento standard quale Provider ECM FVG del sistema di formazione continua e di educazione continua in medicina, giusto Decreto del Direttore Centrale Salute, Integrazione Socio Sanitaria, Politiche Sociali e Famiglia n. 1068/SPS del 4/8/2017.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

5. INVESTIMENTI

La programmazione degli investimenti successiva all'entrata in vigore della LR 26/2015 è stata stabilita delle seguenti Deliberazioni della Giunta Regionale:

- n. 349 del 4 marzo 2016 "LR 49/1996, art 16 e art 20. Programmazione annuale 2016 del Servizio Sanitario Regionale"
- n. 1780 del 23 settembre 2016 "LR 49/1996, art 16 e art 20. Programmazione annuale 2016 del servizio sanitario regionale. integrazione alla DGR 349/2016. investimenti per l'anno 2016"
- n. 1833 del 30 settembre 2016 "LR 49/1996, art 16 e art 20. Programmazione annuale 2016 del servizio sanitario regionale. allegato 6 'investimenti per l'anno 2016'. Integrazioni conseguenti alla legge di assestamento di bilancio 2016"
- n. 2185 del 18.11.2015 "DGR 349/2016: 'LR 49/1996, art 16 e art 20. Programmazione annuale 2016 del servizio sanitario regionale'. allegato 6 'investimenti per l'anno 2016".
- n. 371 del 3 marzo 2017 "LR 49/1996, art 16 e art 20. Programmazione annuale 2017 del servizio sanitario regionale - investimenti per l'anno 2017"
- n. 1820 dd. 29 settembre 2017 "LR 49/1996, art 16 e art 20. Programmazione degli investimenti per gli anni 2017/2019"
- n. 2107 dd. 26 ottobre 2017 "LR 49/1996, art 16 e art 20. Programmazione degli investimenti per gli anni 2017/2019 - riforma della DGR 1820/2017"
- n. 2201 dd. 17 novembre 2017 "LR 49/1996, art 16 e art 20. Programmazione degli investimenti per gli anni 2017/2019 e riforma della DGR 349/2016"

Le deliberazioni della GR:

- n. 349 del 4 marzo 2016 "LR 49/1996, art 16 e art 20. Programmazione annuale 2016 del Servizio Sanitario Regionale"
- n. 1780 del 23 settembre 2016 "LR 49/1996, art 16 e art 20. Programmazione annuale 2016 del servizio sanitario regionale. integrazione alla DGR 349/2016. investimenti per l'anno 2016"
- n. 1833 del 30 settembre 2016 "LR 49/1996, art 16 e art 20. Programmazione annuale 2016 del servizio sanitario regionale. allegato 6 'investimenti per l'anno 2016'. Integrazioni conseguenti alla legge di assestamento di bilancio 2016"
- n. 2185 del 18.11.2015 "DGR 349/2016: 'LR 49/1996, art 16 e art 20. Programmazione annuale 2016 del servizio sanitario regionale'. allegato 6 'investimenti per l'anno 2016".
- n. 371 del 3 marzo 2017 "LR 49/1996, art 16 e art 20. Programmazione annuale 2017 del servizio sanitario regionale - investimenti per l'anno 2017"

Hanno stabilito il riparto tra gli enti del SSR delle risorse in conto capitale per gli anni 2016 e 2017 come di seguito riportato:

Ente del SSR	Importo concesso	Importo concesso	Totale
	2016	2017	
AAS2	5.984.363,05	3.916.660,55	9.901.023,60
AAS3	5.498.296,20	2.197.907,26	7.696.203,46
AAS5	7.334.993,10	8.512.993,51	15.847.986,61
ASUI TS	7.915.112,89	3.916.105,05	11.831.217,94
ASUI UD	8.696.373,14	4.816.319,26	13.512.692,40
EGAS	85.000,00	250.000,00	335.000,00
IRCCS BURLO	1.307.842,14	481.387,49	1.789.229,63
IRCCS CRO	2.038.626,74	1.108.626,88	3.147.253,62
Totale complessivo	38.860.607,26	25.200.000,00	64.060.607,26

Nel corso del 2016 e del 2017 sono stati adottati i decreti di concessione definitiva per le quote stabilite con le citate DGR; la quota pari a euro 112.666,50, riferita a interventi di investimento concessi ai sensi ai sensi dell'art. 33, comma 10, della LR 26/2015 non è stata oggetto di istanza e pertanto è rientrata nella disponibilità del Bilancio regionale.

Con Deliberazioni della GR:

- n. 1820 dd. 29 settembre 2017 "LR 49/1996, art 16 e art 20. Programmazione degli investimenti per gli anni 2017/2019"
- n. 2107 dd. 26 ottobre 2017 "LR 49/1996, art 16 e art 20. Programmazione degli investimenti per gli anni 2017/2019 - riforma della DGR 1820/2017"
- n. 2201 dd. 17 novembre 2017 "LR 49/1996, art 16 e art 20. Programmazione degli investimenti per gli anni 2017/2019 e riforma della DGR 349/2016"

è stato ripartito l'importo complessivamente pari a euro 103.328.901,76 per il programma degli investimenti per gli esercizi dal 2017 al 2020, suddiviso in "Fase 1" e "Fase 2" in considerazione della quota di finanziamento pari a 51.228.901,76 a carico dello Stato stabilita nell'ambito dell'Accordo di programma integrativo in materia di investimento in sanità, ex articolo 20 della legge n. 67/1988, sottoscritto digitalmente in data 2 dicembre 2016 dal Ministero della salute di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze e la Regione autonoma Friuli Venezia Giulia, relativo all'intervento di "Realizzazione del nuovo Ospedale di Pordenone", la cui programmazione è stata demandata ad atti successivi.

Nel corso del 2017 si è potuto procedere alla concessione delle sole quote di finanziamento riferite alla "Fase 1".

Con decreto n. 1673/SPS del 24/11/2017 "Finanziamenti in conto capitale per gli anni 2017/2019: programmazione degli investimenti del SSR. Concessione definitiva ai fini del trasferimento in conto capitale." è stata concessa la quota pari a euro 52.100.000,00 rinviando la concessione definitiva delle quote di finanziamento della cosiddetta "Fase 2", complessivamente pari a euro 51.228.901,76, ad atti successivi come disposto dalla citata DGR n. 1820 del 29.09.2017.

Ente SSR	importo concesso	Importo Fase1	Importo Fase2
AAS2	25.042.765,89	21.200.000,00	3.842.765,89
AAS3	17.373.866,87	2.060.000,00	15.313.866,87
AAS5	17.868.384,12	4.550.000,00	13.318.384,12
ASUI TS	20.816.126,68	10.150.000,00	10.666.126,68
ASUI UD	16.632.770,59	12.650.000,00	3.982.770,59
IRCCS BURLO	1.641.483,25	240.000,00	480.000,00
IRCCS CRO	631.937,86	1.250.000,00	391.483,25
EGAS	720.000,00	-	631.937,86
ENTI SSR	2.601.566,50	-	2.601.566,50
Totale	103.328.901,76	52.100.000,00	51.228.901,76

Di seguito si riporta lo stato di avanzamento degli investimenti programmati successivamente all'entrata in vigore della Legge regionale n. 26 del 10 novembre 2015 con le sopracitate DGR 349/2016, 1780/2016, 1833/2016, 2185/2016 e 371/2017 e risultante dalla rilevazione dei residui passivi ai fini del riaccertamento ordinario effettuata nel 2018. Le tabelle di questa sezione riportano, nelle prime tre colonne i riferimenti alle linee programmatiche di investimento stabilite dalle Deliberazioni della Giunta regionale e nelle colonne successive la corrispondente situazione di rilevata e quella prevista per gli esercizi futuri. Le linee programmatiche di investimento regionali sono declinate a livello aziendale in uno o più specifici interventi di investimento e risultano pertanto suddivise in tale di ulteriore livello di dettaglio negli atti di chiusura del Bilancio per l'esercizio 2017 degli enti del SSR.

Ente	DGR	Linea di investimento da DGR	Totale	di cui al 2017	di cui 2018	di cui 2019	di cui successivi
AAS2	1780/2016	interventi programmati dagli enti del SSR a valere sulla quota pari a euro 9.695.085,20 assegnata con DGR 349/2016	1.961.330,49	1.653.385,49	307.945,00	-	-
	1833/2016	Centri di Assistenza Sanitaria Primaria	500.000,00	-	120.000,00	380.000,00	-
		Aree critiche	104.815,00	68.049,69	36.765,31	-	-
		Odontoiatria sociale	60.000,00	60.000,00	-	-	-
	2185/2016	Altri interventi	1.369.500,00	164.354,28	1.205.145,72	-	-
		Centri di Assistenza Sanitaria Primaria	560.000,00	-	80.000,00	480.000,00	-
	349/2016	Aree critiche (Punto di Primo Soccorso di Lignano)	479.055,00	439.030,12	40.024,88	-	-
		Interventi emergenti	424.662,56	424.662,56	-	-	-
		Unità di allestimento dei Farmaci Antiblastici (UFA)	250.000,00	58.565,31	191.434,69	-	-
		Piano sangue	200.000,00	84.203,47	115.796,53	-	-
Rinnovo automezzi 118		75.000,00	-	75.000,00	-	-	
371/2017	Interventi di investimento per acquisizioni di beni mobili e tecnologici	2.370.500,00	805.315,17	1.565.184,83	-	-	
	Interventi di investimento edili impiantistici	1.129.500,00	396.098,52	733.401,48	-	-	
	Interventi emergenti	361.111,08	171.884,91	189.226,17	-	-	
	Odontoiatria sociale	40.000,00	16.274,88	23.725,12	-	-	
AAS2 Totale			9.885.474,13	4.341.824,40	4.683.649,73	860.000,00	-
AAS3	1780/2016	interventi programmati dagli enti del SSR a valere sulla quota pari a euro 9.695.085,20 assegnata con DGR 349/2016	500.000,00	595.836,25	446.318,38	94.290,17	-
	1833/2016	interventi programmati dagli enti del SSR a valere sulla quota pari a euro 9.695.085,20 assegnata con DGR 349/2016	468.585,00	595.836,25	446.318,38	94.290,17	-
		Aree critiche	180.000,00	-	-	180.000,00	-
		Odontoiatria sociale	60.000,00	60.000,00	-	-	-
	2185/2016	Altri interventi	1.915.944,40	936.729,23	899.970,13	79.245,04	-
	349/2016	Centri di Assistenza Sanitaria Primaria	1.600.000,00	-	1.400.000,00	200.000,00	-
		Elisuperfici	400.000,00	-	340.000,00	60.000,00	-
Interventi emergenti		205.907,00	205.907,00	-	-	-	
interventi programmati dagli enti del SSR a valere sulla quota pari a euro 9.695.085,20 assegnata con DGR 349/2016		167.859,80	595.836,25	446.318,38	94.290,17	-	
371/2017	Interventi di investimento edili impiantistici	1.510.000,00	-	970.000,00	440.000,00	100.000,00	

Ente	DGR	Linea di investimento da DGR	Totale	di cui al 2017	di cui 2018	di cui 2019	di cui successivi
		Interventi di investimento per acquisizioni di beni mobili e tecnologici	490.000,00	146.450,60	258.149,40	85.400,00	-
		Interventi emergenti	157.907,26	135.551,61	22.355,65	-	-
		Odontoiatria sociale	40.000,00	40.000,00	-	-	-
AAS3 Totale			7.696.203,46	3.312.147,19	5.229.430,32	1.327.515,55	100.000,00
AAS5	1780/2016	interventi programmati dagli enti del SSR a valere sulla quota pari a euro 9.695.085,20 assegnata con DGR 349/2016	800.000,00	800.000,00	-	-	-
	1833/2016	Centri di Assistenza Sanitaria Primaria	1.300.000,00	17.112,60	782.887,40	500.000,00	-
		Altri interventi	280.000,00	200.915,00	79.085,00	-	-
		Odontoiatria sociale	60.000,00	60.000,00	-	-	-
	2185/2016	Altri interventi	1.580.000,00	1.422.638,88	157.361,12	-	-
		Adeguamenti normativi	600.000,00	13.123,52	586.876,48	-	-
	349/2016	Aree critiche	1.265.000,00	816.125,79	448.874,21	-	-
		Centri di Assistenza Sanitaria Primaria	739.000,00	197.721,93	541.278,07	-	-
		Interventi emergenti	320.993,10	320.993,10	-	-	-
		Rinnovo automezzi 118	300.000,00	300.000,00	-	-	-
		Elisuperfici	90.000,00	85.787,04	4.212,96	-	-
	371/2017	Interventi di investimento edili impiantistici	5.786.872,73	32.100,64	5.439.894,33	314.877,76	-
Interventi di investimento per acquisizioni di beni mobili e tecnologici		2.413.127,27	1.391.837,16	1.021.290,11	-	-	
Interventi emergenti		272.993,51	260.709,67	12.283,84	-	-	
Odontoiatria sociale		40.000,00	-	40.000,00	-	-	
AAS5 Totale			15.847.986,61	5.919.065,33	9.114.043,52	814.877,76	-
ASUI TS	1780/2006	interventi programmati dagli enti del SSR a valere sulla quota pari a euro 9.695.085,20 assegnata con DGR 349/2016	35.000,00	35.000,00	-	-	-
	1780/2016	interventi programmati dagli enti del SSR a valere sulla quota pari a euro 9.695.085,20 assegnata con DGR 349/2016	1.978.308,45	1.455.483,51	522.824,94	-	-
		Interventi emergenti	200.000,00	30.000,00	170.000,00	-	-
	1833/2016	Altri interventi	540.000,00	13.000,00	527.000,00	-	-
		Odontoiatria sociale	60.000,00	60.000,00	-	-	-
		Adeguamenti normativi	50.000,00	-	50.000,00	-	-
Rinnovo automezzi 118		5.000,00	-	5.000,00	-	-	
2185/2016	Altri interventi	2.928.700,00	1.920.200,00	858.500,00	150.000,00	-	

Ente	DGR	Linea di investimento da DGR	Totale	di cui al 2017	di cui 2018	di cui 2019	di cui successivi
	349/2016	Aree critiche	1.220.000,00	320.305,00	899.695,00	-	-
		Interventi emergenti	474.104,44	427.878,87	46.225,57	-	-
		Centri di Assistenza Sanitaria Primaria	249.000,00	124.245,08	124.754,92	-	-
		Rinnovo automezzi 118	155.000,00	155.000,00	-	-	-
		Elisuperfici	20.000,00	20.000,00	-	-	-
	371/2017	Interventi di investimento per acquisizioni di beni mobili e tecnologici	2.600.000,00	467.018,27	2.132.981,73	-	-
		Interventi di investimento edili impiantistici	850.000,00	-	770.000,00	80.000,00	-
		Interventi emergenti	416.085,95	372.004,00	44.081,95	-	-
		Odontoiatria sociale	50.000,00	-	50.000,00	-	-
ASUI TS Totale			11.831.198,84	5.400.134,73	6.201.064,11	230.000,00	-
ASUI UD	1780/2016	Aree critiche	1.940.991,56	-	-	-	-
		interventi programmati dagli enti del SSR a valere sulla quota pari a euro 9.695.085,20 assegnata con DGR 349/2016	890.000,00	-	805.000,00	85.000,00	-
		Centri di Assistenza Sanitaria Primaria	160.000,00	-	-	-	-
	1833/2016	Altri interventi	600.000,00	220.608,27	379.391,73	-	-
		Odontoiatria sociale	60.000,00	4.010,75	55.989,25	-	-
	2185/2016	Altri interventi	3.661.062,86	2.362.157,84	1.298.905,02	-	-
	349/2016	Aree critiche	760.000,00	1.156.600,56	1.544.391,00	-	-
		Interventi emergenti	424.318,72	197.572,03	226.746,69	-	-
		Centri di Assistenza Sanitaria Primaria	200.000,00	353.669,25	6.330,75	-	-
	371/2017	Interventi di investimento per acquisizioni di beni mobili e tecnologici	3.600.000,00	577.592,40	3.022.407,60	-	-
Interventi di investimento edili impiantistici		800.000,00	250.000,00	75.000,00	475.000,00	-	
Interventi emergenti		366.319,26	-	366.319,26	-	-	
Odontoiatria sociale		50.000,00	-	50.000,00	-	-	
ASUI UD Totale			13.512.692,40	5.122.211,10	7.830.481,30	560.000,00	-
EGAS	1780/2016	interventi programmati dagli enti del SSR a valere sulla quota pari a euro 9.695.085,20 assegnata con DGR 349/2016	60.000,00	85.000,00	-	-	-
	1833/2016	interventi programmati dagli enti del SSR a valere sulla quota pari a euro 9.695.085,20 assegnata con DGR 349/2016	25.000,00	-	-	-	-
	371/2017	Interventi di investimento per acquisizioni di beni mobili e tecnologici	250.000,00	121.184,34	92.008,25	-	-

Ente	DGR	Linea di investimento da DGR	Totale	di cui al 2017	di cui 2018	di cui 2019	di cui successivi
EGAS Totale			335.000,00	206.184,34	92.008,25	-	-
IRCCS BURLO	1780/2016	interventi programmati dagli enti del SSR a valere sulla quota pari a euro 9.695.085,20 assegnata con DGR 349/2016	209.454,70	208.830,80	623,90	-	-
	1833/2016	Adeguamenti normativi	110.000,00	85.461,43	24.538,57	-	-
		Odontoiatria sociale	35.000,00	34.626,14	373,86	-	-
	2185/2016	Altri interventi	547.000,00	338.190,23	208.809,77	-	-
	349/2016	interventi programmati dagli enti del SSR a valere sulla quota pari a euro 9.695.085,20 assegnata con DGR 349/2016	20.000,00	12.905,85	7.094,15	-	-
		Aree critiche	295.000,00	281.053,84	13.946,16	-	-
		interventi programmati dagli enti del SSR a valere sulla quota pari a euro 9.695.085,20 assegnata con DGR 349/2016	50.000,00	50.000,00	-	-	-
	371/2017	Interventi emergenti	41.387,44	41.387,44	-	-	-
		Interventi di investimento per acquisizioni di beni mobili e tecnologici	240.000,00	63.947,84	176.052,16	-	-
		Interventi di investimento edili impiantistici	160.000,00	83.000,00	77.000,00	-	-
Interventi emergenti		41.387,44	23.119,00	18.268,35	-	-	
	Odontoiatria sociale	40.000,00	8.927,35	31.072,65	-	-	
IRCCS BURLO Totale			1.789.229,58	1.231.449,92	557.779,57	-	-
IRCCS CRO	1780/2016	interventi programmati dagli enti del SSR a valere sulla quota pari a euro 9.695.085,20 assegnata con DGR 349/2016	900.000,00	435.790,83	564.209,17	-	-
	1833/2016	Altri interventi	930.000,00	268.271,03	661.728,97	-	-
		interventi programmati dagli enti del SSR a valere sulla quota pari a euro 9.695.085,20 assegnata con DGR 349/2016	100.000,00	-	-	-	-
	349/2016	Interventi emergenti	108.626,74	-	108.626,74	-	-
	371/2017	Interventi di investimento per acquisizioni di beni mobili e tecnologici	1.000.000,00	265.443,33	629.556,67	-	-
Interventi emergenti		11.529,00	11.529,00	-	-	-	
IRCCS CRO Totale			3.050.155,74	981.034,19	1.964.121,55	-	-
TOTALE COMPLESSIVO			63.947.940,76	26.514.051,20	35.672.578,35	3.792.393,31	100.000,00