

ALLEGATO ALLA DELIBERA N. 1091 DEL 28 GIUGNO 2019

CONSOLIDATO CONSUNTIVO 2018 - ALLEGATO 3

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

ANNO 2018

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

INDICE

PREMESSA	pag. 4
1. IL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE NEL 2018	
1.1 Il Quadro generale	“ 7
1.2 L’attuazione delle progettualità	“ 8
2. ATTIVITA’ DEL PERIODO	
2.1 Assistenza ospedaliera	
2.1.1 Posti letto	“ 20
2.1.2 Pronto soccorso	“ 22
2.1.3 Ricoveri	“ 28
2.1.4 Specialistica ambulatoriale	“ 41
2.1.5 Parti	“ 44
2.2 Assistenza territoriale	
2.2.1 Assistenza sanitaria di base	“ 47
2.2.2 RSA	“ 48
2.2.3 Assistenza domiciliare integrata.....	“ 49
2.2.4 Hospice	“ 51
2.2.5 Salute mentale	“ 52
3. LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE	
Il personale dipendente	“ 53
Rendicontazione Risorse Aggiuntive Regionali (RAR)	“ 69
4. SINTESI DELLA PROGRAMMAZIONE AZIENDALE NELL’ANNO 2018	“ 79
AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI TRIESTE	
Linee Progettuali	“ 80
Tabella indicatori	“ 179
AAS n. 2 “BASSA FRIULANA-ISONTINA”	
Linee Progettuali	“ 181
Tabella indicatori	“ 276
AAS n. 3 “ALTO FRIULI-COLLINARE-MEDIO FRIULI”	
Linee Progettuali	“ 278
Tabella indicatori Lea	“ 347
AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI UDINE	
Linee Progettuali	“ 349
Tabella indicatori	“ 427
AAS n. 5 “FRIULI OCCIDENTALE”	
Linee Progettuali	“ 429
Tabella indicatori Lea	“ 513

IRCCS "BURLO GAROFOLO" DI TRIESTE	
Linee Progettuali	" 515
Tabella indicatori Lea	" 580
IRCCS "CRO" DI AVIANO	
Linee Progettuali	" 581
Tabella indicatori Lea	" 612
EGAS	
Linee Progettuali	" 613
5. INVESTIMENTI	" 622

PREMESSA

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 2018 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 2018 fornendo indirizzi relativamente alla pianificazione strategica, alla programmazione nonché al controllo periodico di gestione sono state le seguenti:

- DGR 2667 del 28.12.2017: LR 49/1996, art 12 - linee annuali per la gestione del servizio sanitario e sociosanitario regionale per l'anno 2018: approvazione preliminare.
- DGR 185 del 2.2.2018: LR 49/1996, art 12 - linee annuali per la gestione del servizio sanitario e sociosanitario regionale per l'anno 2018: approvazione definitiva.
- DGR 561 del 15.3.2018: LR 49/1996, art 16 e art 20. programmazione degli investimenti per gli anni 2018/2020 e riforma della DGR 185/2018.
- DGR 725 del 21.3.2018: DGR 185/2018 'LR 49/1996, art 12 - linee annuali per la gestione del servizio sanitario e sociosanitario regionale per l'anno 2018: approvazione definitiva'. Integrazioni e modifiche.
- DGR 735 del 21.3.2018: LR 49/1996, art 16 e art 20. Programmazione degli investimenti per gli anni 2018/2020.
- DGR 736 del 21.3.2018: Patto 2018 tra regione e direttori generali degli enti del servizio sanitario regionale.
- DGR 790 del 21.3.2018: LR 49/1996, art 16 e art 20. Programmazione degli investimenti per gli anni 2018/2020 in attuazione della DGR 561/2018.
- DGR 791 del 21.3.2018: LR 49/1996, art 16 e art 20. programmazione degli investimenti per gli anni 2018/2020: riforma della DGR 561/2018.
- DGR 1423 del 27.7.2018: "LR 49/1996, art. 16 e art. 20. Programmazione annuale 2018 del Servizio sanitario regionale".
- DGR 1424 del 27.7.2018: LR 49/1996, art 16 e art 20. Programmazione degli investimenti per gli anni 2018/2020 in attuazione della DGR 561/2018 - "interventi di investimento e adeguamento sistemi informativi".
- DGR 1911 del 19.10.2018: LR 49/1996, art 16 e art 20. Programmazione degli investimenti per gli anni 2018/2020 in attuazione della DGR 561/2018.
- DGR 1912 del 19.10.2018: "LR 26/2015, art. 44. I Rendiconto quadrimestrale 2018 di valutazione economica, finanziaria e gestionale del Servizio Sanitario Regionale".

- DGR 2163 del 23.11.2018: LR 49/1996, art 16 e art 20. Programmazione degli investimenti per gli anni 2018/2020 del servizio sanitario regionale. integrazione a seguito della LR 25/2018.
- DGR 2165 del 23.11.2018: DGR 1423/2018 concernente: 'LR 49/1996, art 16 e art 20 - programmazione annuale 2018 del servizio sanitario regionale' - modifiche ed integrazioni.
- DGR 2350 del 14.12.2018: LR 26/2015, art 44. Gestione del servizio sanitario regionale: ii rendiconto quadrimestrale 2018 di valutazione economica, finanziaria e gestionale.
- DGR 682 del 29.04.2019: Dgr 2165/2018 "dgr 1423/2018 concernente: 'lr 49/1996, art 16 e art 20 - programmazione annuale 2018 del servizio sanitario regionale' - modifiche ed integrazioni". rettifica errore materiale nelle tabelle 4, 5 e 6 dell'allegato 3 'riparto mobilità extra regionale ed internazionale'.

Tutte gli enti del Servizio sanitario regionale hanno approvato e trasmesso alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità i bilanci consuntivi dell'esercizio 2018. Hanno altresì trasmesso 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 Commissario Straordinario n. 330 del 30.4.2019	Verbale n. 24 del 10.5.2019
Aas2	Decreto Commissario Straordinario n. 255 del 30.4.2019	Verbale n. 7 del 6.5.2019
Aas3	Decreto Commissario Straordinario n. 93 del 30.4.2019 Decreto Commissario Straordinario n. 135 del 18.6.2019	Verbale n. 5 del 8.5.2019
Asui Ud	Decreto Commissario Straordinario n. 347 del 30.4.2019	Verbale n. 34 del 14.5.2019
Aas5	Decreto Direttore Generale n. 368 del 30.4.2019	Verbale n. 4 del 15.5.2019
Burlo	Decreto Commissario Straordinario ad interim n. 50 del 30.4.2019	Verbale n. 32 del 29.4.2019 Verbale n. 33 del 30.4.2019
Cro	Deliberazione Direttore Generale n. 178 del 30.4.2019	Verbale n. 36 del 8.5.2019
Egas	Delibera Commissario Straordinario n. 54 del 30.4.2019	Verbale n. 3 del 5.6.2019

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 2018. 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 2018.

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

Il sistema sanitario regionale nel 2018 è stato 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), 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).



L'anno si è concluso con l'adozione della legge regionale n. 27 dd. 17.12.2018 di modifica della legge regionale n. 17 del 16 ottobre 2014 "Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria" che ha determinato la ridefinizione dell'assetto del Servizio sanitario regionale. A seguito di tale legge, l'assetto del SSR sarà così costituito:

- Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale (ASU FC);
- Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASU GI);
- Azienda Sanitaria Friuli Occidentale (AS FO);
- I.R.C.C.S Burlo Garofolo;
- I.R.C.C.S Centro di Riferimento Oncologico;
- Azienda regionale di coordinamento per la salute (ARCS)

I principali aspetti che hanno caratterizzato la programmazione 2018 sono stati:

- a. Sviluppo dell'assistenza primaria con attuazione dell'accordo della medicina generale:
 - Rinforzo dell'assistenza primaria, in particolare per consolidare setting assistenziali che privilegino l'assistenza delle malattie croniche fuori dall'ospedale, con percorsi integrati, presa in carico attraverso il MMG, gli specialisti, gli infermieri e altri operatori socio-sanitari.
 - Completamento della rete di posti letto di Riabilitazione estensiva extra-ospedalieri come da DGR 2151/2015.
- b. Applicazione del DM 70/2015 Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, nonché della Legge

- di stabilità 2016, art.1, commi 524-539 che prevede specifiche azioni per l'efficienza e gli esiti clinici del sistema ospedaliero.
- c. Autorizzazione e accreditamento delle strutture intermedie e sociosanitarie
 - d. Implementazione di quanto previsto dal DPCM del 12 gennaio 2017, (pubblicato nel supplemento ordinario n. 15 della GU n. 65 del 18 marzo 2017), con il quale sono stati definiti e aggiornati i nuovi *Livelli Essenziali di Assistenza*
 - e. Perfezionamento delle modalità di finanziamento del SSR, secondo criteri standard., con ulteriore riequilibrio, ai sensi dell'art. 14 della legge n. 17 del 16 ottobre 2014, delle risorse fra i tre livelli organizzativi (LEA).
 - f. Armonizzazione degli ambiti sociosanitari con la riforma degli Enti locali.
 - g. Trasparenza e accessibilità per rinforzare e riorganizzare i servizi.
 - h. Cogenza delle seguenti norme nazionali vincolanti per la Regione e per le Aziende:
 - DL 6-7-2012 n. 95 convertito con Legge n. 135 del 7-8-2012 "spending review"
 - DL 13-9-2012 n. 158 "Decreto Balduzzi", convertito con legge n. 189 del 8-11-2012
 - DL 18-10- 2012, n. 179 "Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese"
 - DL n. 78/2015 convertito con legge 125/2015 "spending review 2015"
 - i. Consolidamento delle misure di protezione sociale.

1.2 L'ATTUAZIONE DELLE PROGETTUALITA'

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 2018 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. Particolare riguardo è stato dato alla promozione della salute e sicurezza in ambito scolastico, mediante lo sviluppo di progetti di promozione della salute/peer education nelle scuole e negli enti di formazione professionale, continuando a diffondere e ad implementare progetti riconducibili alle buone pratiche, e alla PROMOZIONE DELLA SALUTE E SICUREZZA DEL LAVORO NEL SETTING SCOLASTICO.

Per la **TUTELA DELLA SALUTE DELLA DONNA**, le azioni intraprese nel 2018 sono state inerenti il 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.

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 (**MIGLIORARE LA SALUTE NEI SOGGETTI A RISCHIO MCNT E MALATI CRONICI**). 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.

In tutti i punti nascita regionali sono attivi gli **SCREENING NEONATALE** audiologico, oftalmologico e metabolico esteso. E' inoltre attivo un programma di identificazione precoce dei neonati con emoglobinopatia nella popolazione a rischio e in ASUIUD è attuata una procedura aziendale di screening universale, esteso anche alla popolazione non a rischio.

Gli sforzi per consolidare l'offerta vaccinale anche a seguito dell'introduzione della legge sull'obbligo vaccinale sono continuati anche nel 2018 (**MIGLIORAMENTO DELLA SORVEGLIANZA E PREVENZIONE DELLE MALATTIE INFETTIVE**). L'adesione alle vaccinazioni in FVG in tutte le fasce d'età e soprattutto 0-6 è continuata a crescere, dopo il grosso calo a cui avevamo assistito a partire dai nati del 2010-2011. I dati disponibili mostrano un netto miglioramento per tutti i vaccini e i gruppi di età.

I risultati più evidenti si possono apprezzare nelle coperture per la vaccinazione anti morbillo-parotite-rosolia (MPR), dove la media regionale nell'età prescolare è aumentata di 6,5 punti percentuali rispetto alla situazione precedente la legge 119/17.

I dati in crescita rappresentano un segnale molto positivo da correlare sicuramente all'introduzione della legge. Sebbene i risultati siano positivi è necessario mantenere una coerenza nelle strategie e nelle azioni nel tempo. E' necessario che la strategia adottata con la legge n. 119 venga mantenuta per un periodo congruo di anni al fine di ottimizzare gli sforzi già fatti e quelli programmati per raggiungere gli obiettivi.

Si lavorato per sviluppare il sistema di monitoraggio del Piano Nazionale per il Contrasto all'Antibiotico Resistenza (PNCAR) a livello regionale.

Anche le altre attività previste dal PRP da parte dei Dipartimenti di Prevenzione, nell'ambito del programma XIII sono state implementate dopo il rallentamento del 2017.

Proseguendo nelle azioni intraprese negli anni scorsi, le attività di vigilanza per la **PREVENZIONE INFORTUNI E MALATTIE PROFESSIONALI** hanno interessato prevalentemente i settori a maggior rischio dell'edilizia e dell'agricoltura, tutte le aziende sanitarie hanno mantenuto comunque un'adeguata vigilanza in tutti i settori produttivi secondo i parametri definiti a livello nazionale. Delle attività svolte è stato successivamente trasmesso un report alla Direzione Centrale Salute. Nel corso del 2018 sono continuate le iniziative informative e formative sul territorio rivolte ai soggetti della prevenzione operanti nei settori edile e agricolo e nelle scuole. Nel corso del 2018 è stato portato a termine un percorso formativo degli operatori delle Strutture di Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro che hanno conseguito il titolo di auditor dei Sistemi gestionali della salute e sicurezza del lavoro, propedeutico ad un approccio pro-assistenziale alle imprese del territorio.

Nel corso del 2018, coerentemente con il Piano regionale della Prevenzione, sono proseguite le iniziative di comunicazione e di sensibilizzazione della popolazione in relazione a **PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI DOMESTICI**. A Dicembre 2018 la campagna di prevenzione degli incidenti domestici ed il sito <http://www.lacasasicura.com>, realizzati in collaborazione fra tutte le Aziende Sanitarie della Regione, l'IRCSS Burlo Garofolo e la SISSA, sono stati presentati dall'Assessore alla Sanità nel corso di una conferenza stampa. La campagna di prevenzione, il sito ed i suoi contenuti sono stati ulteriormente pubblicizzati attraverso i TG Regionali ed altri media regionali e la newsletter ed i social di "Guadagnare Salute" ed il sito Epicentro dell'Istituto Superiore di Sanità.

Come previsto dal Prp, tutte le aziende hanno partecipato alla rilevazione dei rischi nelle abitazioni di soggetti anziani o fragili.

Il Report congiunto di monitoraggio relativo alle attività previste dal Programma VII PRP è stato inviato alla DCS in data 21/12/2018 via PEC (prot. 71393/T-GEN-IV-1-A)

Comunicato stampa e link alle iniziative di comunicazione attraverso i media disponibili agli indirizzi: <http://www.regione.fvg.it/rafvfg/comunicati/comunicato.act?dir=%2Frafvg%2Fcms%2FRAFVG%2Fnotiziedallagiunta%2F&nm=20181203155826002&fbclid=IwAR2gXqWls6wwUUYPq500tqZBfDf3isejj3j-o2VmqHqmkNLCQLV5lklij7Q>.

<https://www.youtube.com/watch?v=AHfWDcgy6Dk&feature=youtu.be>

<http://www.udinetoday.it/cronaca/prevenzione-incidenti-domestici-friuli-venezia-giulia-2017-2018.html>

https://messengeroveneto.gelocal.it/dalla-giunta/2018/12/03/news/salute-riccardi-aumentare-prevenzione-su-rischi-incidenti-domestici?id=finegil:messaggero-veneto.site:-1327468643&refresh_ce

https://www.youtube.com/watch?v=Wre_qaitK_M&list=PLoZbyxDFDnMo3dkshblpwwDLSPHZtsQfs&index=66&t=0s

La sorveglianza è riconosciuta quale funzione essenziale dei sistemi sanitari e come tale va espletata a tutti i livelli di governo, anche sviluppando e adottando strumenti atti alla rilevazione delle differenze di genere. (**MIGLIORAMENTO DEI SISTEMI INFORMATIVI E DI SORVEGLIANZA**). Il sistema di sorveglianza PASSI è a regime dal 2007.

Nel corso del 2018 è stato avviato il sistema di sorveglianza PASSI D'ARGENTO in tutte le Aziende della Regione. Al 31/12/2018, in linea con la programmazione regionale, risultavano realizzate dal call center regionale e dagli operatori delle aziende sanitarie, 6985 interviste; altre 400 erano in corso di completamento in seguito a sostituzione. I risultati della rilevazione saranno utilizzati per la produzione di reportistica utile ai fini della programmazione socio sanitaria a livello regionale e distrettuale ed a supporto della valutazione dei programmi di prevenzione e che sono indispensabile strumento per il Piano Prevenzione.

I **SERVIZI VETERINARI REGIONALI** nel corso del 2018 hanno raggiunto gli obiettivi loro assegnanti in materia di sicurezza alimentare, di salute e benessere alimentare.

Nel 2018 sono proseguite le iniziative di diffusione delle informazioni e di formazione sul territorio del progetto Piccole Produzioni Locali, arrivato al sesto anno di attuazione

Nel corso del 2018 per le aziende sanitarie sono stati previsti diversi controlli relativi alla sanità animale. Tra questi si segnalano alcuni appartenente agli indicatori LEA ministeriali e relativi a controlli da compiere presso allevamenti per TBC bovina, per brucellosi bovina/bufalina e brucellosi ovi caprina. 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.

Da un punto di vista organizzativo, si segnala che non tutte le aziende hanno provveduto a riorganizzare i propri servizi secondo le indicazioni regionali. Rimangono infatti invariate le strutture, 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, viceversa, ha attivato il percorso concorsuale per la SOC di Area C, nonché un concorso a tempo indeterminato per Dirigente Veterinario di Area B e uno a tempo determinato di Area A. Non ancora espletato il concorso per la figura apicale di Area A.

In tema di **ACCREDITAMENTO** nel corso del 2018 ha avuto pieno sviluppo l'attività dell'Organismo Tecnicamente Accreditante (O.T.A.), con il supporto dei referenti aziendali dell'accREDITamento che ne sono i componenti. In particolare, è entrata a regime la collaborazione tra l'O.T.A. e la Direzione centrale salute per quanto riguarda la programmazione e l'organizzazione dell'attività di verifica delle strutture sanitarie da accreditare; inoltre, è stato implementato dall'O.T.A. il reclutamento di professionisti dipendenti dagli enti del SSR da inserire nell'elenco regionale dei valutatori dell'accREDITamento, previo superamento dello specifico percorso formativo. Per tale finalità, sono

stati organizzati degli eventi formativi dedicati, che hanno consentito di ampliare il novero delle professionalità già presenti nell'elenco citato.

Nell'ambito del programma ministeriale di verifica dello sviluppo degli Organismi Tecnicamente Accreditanti regionali, l'O.T.A. F.V.G. ha superato l'audit nazionale tenutosi il 22.11.2019.

Le attività sopra elencate sono state individuate come obiettivi aziendali, che sono stati tutti raggiunti. Il programma regionale di accreditamento, nel corso del 2018, si è sviluppato attraverso i seguenti procedimenti: rinnovo dell'accreditamento delle strutture di degenza, ambulatoriali e termali private, primo accreditamento dei soggetti eroganti l'attività di trasporto sanitario, monitoraggio degli adeguamenti per le strutture private di riabilitazione funzionale, rinnovo dell'autorizzazione e dell'accreditamento delle strutture pubbliche di medicina trasfusionale, monitoraggio degli adeguamenti per gli Ospedali pubblici, nonché per le RSA e gli Hospice pubblici.

Inoltre, sono stati adottati i provvedimenti per l'avvio dei procedimenti per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture pubbliche e private per la terapia riabilitativa delle dipendenze.

Gli ambulatori specialistici per i **DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE** per gli adulti sono stati attivati in tutte le Aziende ad eccezione dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3. Sono state altresì individuate le équipe funzionali in tutte le Aziende tranne che nell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3, che ha individuato un referente in ogni Centro di Salute Mentale (CSM). Un centro Diurno per i Disturbi del comportamento alimentare per gli adulti è attivato in ASUIUD e in AAS 2.

L'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 5 dichiara che, compatibilmente con la disponibilità logistica degli spazi, è prevista nel 2019 l'attivazione di un Centro Diurno per Disturbi del comportamento alimentare e psicopatologia dell'adolescenza, di cui è già stata definita l'organizzazione (risorse umane, spazi e definizione delle attività), presso il reparto di Pediatria di PN.

Nell'area **MATERNO INFANTILE** le Aziende hanno complessivamente raggiunto gli obiettivi individuati come prioritari per il 2018. Si segnala uno scostamento dal risultato atteso per quanto riguarda i parti indotti farmacologicamente in AAS5, e in ASUIUD, mentre per quanto riguarda i parti cesarei depurati tutte le Aziende sono in linea con i risultati attesi. Uno scostamento dal risultato atteso in AAS 2 relativo all'attivazione del percorso gravidanza fisiologica nei Distretti della Bassa Friulana, attribuito dall'Azienda alla mancata decisione sul punto nascita di Latisana e la carenza di risorse ostetriche. Si segnala inoltre l'incompleta trasmissione di dati sull'attività STEN e STAM da parte di ASUIUD. Le Aziende nel corso del 2018 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 2018 sono state approvate ulteriori tre **RETI DI PATOLOGIA** (*Pediatrica, Salute mentale, Infettivologica*) e sono state avviate le rispettive attività. Le nuove reti si affiancano a quelle già esistenti (*Emergenze cardiologiche, Filiera Cuore delle gravi insufficienze d'organo e trapianti, Insufficienza cardiaca cronica, Filiera Fegato delle gravi insufficienze d'organo e trapianti, Filiera Rene delle gravi insufficienze d'organo e trapianti, Ictus, Malattie reumatiche, Malattie rare, Cure palliative e Terapia del dolore*) che vedono la prosecuzione della definizione di percorsi di cura condivisi e l'implementazione di modalità operative comuni sul territorio regionale, con attese ricadute positive sulla qualità dei servizi offerti ai cittadini. E' proseguita l'implementazione dei 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* e, sempre per venire incontro alle esigenze dei cittadini, è stato dato avvio a

progetti di *Innovazione nella gestione di alcune terapie*. Tali progetti continueranno a trovare sviluppo anche nel 2019 in quanto di sicuro interesse per il positivo impatto che ci si attende nel rapporto con i cittadini.

Nel 2018 è stata mantenuta l'attenzione verso l'**EROGAZIONE DEI LIVELLI 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 2018 sono stati individuati dalla programmazione regionale diversi indicatori di monitoraggio dell'attività sanitaria.

Per quanto riguarda l'attività di ricovero ospedaliero in continuità con gli anni precedenti sono stati assegnati gli obiettivi 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

Nel 2018, per quanto attiene il **PIANO SANGUE REGIONALE**, 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.

Interpretando la dichiarazione di Ottawa per la promozione della salute: "*Il riorientamento dei servizi sanitari deve portare a un cambiamento di atteggiamento e organizzazione dei servizi sanitari, che si concentra sui bisogni totali dell'individuo come persona intera. Il ruolo del settore sanitario deve muoversi sempre più in una direzione di promozione della salute*", il lavoro del 2018 si è concentrato sulla capillarità e stabilità dell'architettura interna di Promozione della salute nel contesto globale dei servizi sanitari, nei confronti di operatori, pazienti e cittadini. Il Comitato di Coordinamento della Rete Health Promoting Hospitals & Health Services (Ospedali e Servizi Sanitari per la promozione della salute) del Friuli Venezia Giulia, abbreviato con l'acronimo "**RETE HPH FVG**", è stato ricostituito a cura dell'Area Servizi Assistenza Ospedaliera (Decreto n. 937 del 29.06.2018), coinvolgendo i referenti di tutte le aziende pubbliche della regione, delle strutture private accreditate e delle strutture non assistenziali coinvolte nella promozione della salute (membri affiliati), in base alle regole stabilite dalla rete HPH internazionale. Fanno parte del Comitato anche i referenti delle rispettive Aree Prevenzione e Promozione della Salute e Politiche sociali e Famiglia. Di seguito è stato approvato il regolamento di funzionamento della rete che disciplina la composizione e il funzionamento dei comitati guida aziendali (Decreto n. 1100 del 31.07.). Il Comitato regionale ha discusso e proposto al Direttore di Area le attività 2019, che prevedono aspetti sia di governance che di realizzazione operativa su temi specifici. Nel corso del 2019 quindi continuerà il processo di radicamento e stabilizzazione dell'assetto aziendale della rete (link professional per la promozione della salute) e delle sue modalità di comunicazione intra ed extra aziendale. Al tempo stesso sono previsti percorsi innovativi per il benessere psico fisico del personale, per promuovere l'astensione

dall'abitudine tabagica nel periodo perioperatorio e per sostenere il cambiamento degli stili di vita dei pazienti e dei cittadini che afferiscono ai servizi.

In continuità con le progettualità avviate negli anni scorsi, le attività del 2018 per il **RISCHIO CLINICO** 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

Nel corso del 2018 gli Enti del SSR hanno dato attuazione alle attività individuate dall'**ASSISTENZA FARMACEUTICA**, anche se per alcuni ambiti si rilevano possibilità di miglioramento.

Il rispetto ai tetti di spesa per la farmaceutica ridefiniti dalla Legge n. 232/2016 è considerato a livello regionale e dall'ultimo report AIFA, relativo al periodo gennaio-dicembre 2018, il tetto per la spesa "farmaceutica convenzionata" risulta rispettato per la nostra regione (7,05% vs 7,96% target), mentre il tetto per la spesa "farmaceutica per acquisti diretti" (ospedaliera, diretta e DPC) non è stato rispettato (7,05% vs 7,96% target), ad indicare la necessità di promuovere azioni di contenimento e razionalizzazione della spesa, secondo percorsi di appropriatezza e favorendo l'utilizzo di medicinali dal miglior profilo costo-efficacia

Relativamente ai vincoli regionali fissati dalla DGR 185/2018 si evidenzia uno scostamento target fissato per la DPC e la distribuzione diretta (rispettivamente pari a 61,00 euro e 28,50 euro) da parte della maggioranza delle Aziende, mentre si osserva un maggior contenimento della farmaceutica convenzionata e della spesa ospedaliera: in quest'ultimo ambito andrebbero comunque promosse specifiche azioni sulla componente oncologica ed onco-ematologica, anche con riferimento all'attrazione, intra- ed extraregionale, che alcune Aziende esercitano maggiormente rispetto ad altre, soprattutto quelle con centri di riferimento specializzati.

In generale durante il 2018, tutte le Aziende hanno sviluppato le attività previste al fine di assicurare l'appropriatezza delle prescrizioni, favorendo l'utilizzo di molecole dal miglior profilo costo-efficacia, quali ad esempio molecole a brevetto scaduto, biosimilari e medicinali acquistati centralmente dall'ARCS (ex EGAS).

Per le categorie di farmaci a maggior impatto per spesa e possibile rischio di inapproprietezza sono stati individuati specifici obiettivi per i prescrittori sia a livello territoriale che ospedaliero, correlati ad indicatori di risultato predefiniti, sui quali è stato effettuato un monitoraggio periodico, nonché azioni di audit e feedback, dandone anche evidenza alla DCS con due relazioni semestrali.

Nel corso dell'anno l'ARCS (ex EGAS), nel perseguire un governo sulle politiche regionali di acquisto dei farmaci e dei dispositivi medici, ha svolto la funzione di aggregatore della domanda per la stesura dei capitolati tecnici per gare relative a farmaci e dispositivi medici, in linea con le evidenze scientifiche e con i principi dell'HTA, avvalendosi anche delle competenze interne e di quelle delle Aziende sanitarie, attività sulla quale vi sono comunque ancora margini di miglioramento in termini di coordinamento.

Nell'ambito 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 (DGR 185/2018), si osserva un raggiungimento del target nazionale di

riferimento in media per 5 categorie su 9. Tuttavia si evidenzia che tra le categorie a target, quattro (C09CA, C09DA, C10AA e G04CB) hanno perso la copertura brevettuale negli ultimi mesi del 2017, influenzando positivamente sul trend. Per le altre 5 categorie con possibilità di miglioramento si rileva il raggiungimento del target in media in 2 categoria su 5, indicando la possibilità di ulteriori azioni di incentivazione e informazione da parte delle Aziende.

Sul versante delle categorie di medicinali per i quali è presente l'alternativa bio-simile le prescrizioni risultano in aumento rispetto all'anno precedente. Tutte le Aziende, alle quali è stata rappresentata in corso d'anno l'importanza di fare specifico riferimento alla normativa di settore (art.1, comma 407 della Legge 232/2016) e al Position Paper dell'AIFA, hanno inviato le relazioni previste, dando evidenza delle attività svolte.

Gli Enti del SSR hanno dato continuità alle attività di distribuzione diretta nell'ambito della residenzialità, semi-residenzialità e dell'assistenza domiciliare, nonché ai percorsi avviati nel corso del 2017 con le AAS di residenza del paziente nell'ambito della distribuzione diretta dei farmaci ad alto costo. Con riferimento al primo ciclo di terapia in dimissione da ricovero o dopo visita ambulatoriale, quale livello essenziale di assistenza (DPCM 12 gennaio 2017), l'attività è stata implementata nelle Aziende sia attraverso le strutture pubbliche che private accreditate, anche se si rileva ancora una certa disomogeneità. Le relazioni semestrali previste sono state inviate da parte di tutte le Aziende.

Con riferimento alle attività della Distribuzione per Conto (DPC), le Aziende hanno attuato i monitoraggi sui medicinali erogati con tale modalità e approfondito con i prescrittori le motivazioni per il ricorso della clausola di "non sostituibilità". Sono state garantite le opportune informazioni sui nuovi farmaci inseriti nell'elenco, ma temporaneamente non disponibili sulla piattaforma. In tale ambito l'ARCS (ex EGAS), ha reso disponibile mensilmente a tutte le Aziende la lista dei farmaci aggiudicati a gara con particolare riferimento a quelli della DPC, assicurandone nel contempo un monitoraggio delle politiche di acquisto, al fine di garantire una maggiore economicità per l'SSR.

Per i medicinali sottoposti a registro di monitoraggio AIFA tutte le Aziende hanno dato continuità ai percorsi messi in atto per garantire la registrazione di tutti i pazienti sulla piattaforma AIFA dedicata, assicurare l'appropriatezza d'uso e consentire il recupero dei rimborsi per tutti i farmaci per i quali sono attivi meccanismi di compartecipazione dei costi e condivisione del rischio (risk-cost sharing, payment by result). Al riguardo l'ARCS (ex EGAS), continua ad assicurare il ristoro delle somme spettanti a ciascun Ente. Nel corso del 2018, sono stati rimborsati sotto forma di note di credito quasi 15 mln per farmaci dell'epatite C (in parte riferiti a consumi del 2016) e circa 1,5 mln per altri farmaci.

Sul versante della farmacovigilanza sono proseguite le attività già avviate a livello regionale dalla DCS ed, in particolare, le collaborazioni con le Aziende sanitarie universitarie integrate così come indicato dalle delibere di riferimento (DGR 435/2013 e 2199/2014), assieme alle progettualità regionali e multiregionali finanziate da AIFA e oggetto di specifica convenzione. Tramite un nuovo accordo di collaborazione/convenzione con le due Aziende sanitarie universitarie integrate e con il coinvolgimento di tutte le Aziende sanitarie e gli IRCCS è stata avviata una specifica progettualità pluriennale nell'ambito delle aree di attività stabilite dalla DGR 1365/2015, volta a favorire un uso sicuro e appropriato dei farmaci a livello ospedaliero e nella continuità ospedale-territorio (decreto DCS n. 611/2018). A fine anno è stata inoltre approvata da parte di AIFA una specifica progettualità della durata di due anni sui temi relativi ai medicinali per il trattamento di malattie rare, con il coinvolgimento del coordinamento regionale e della rete delle

malattie rare. Gli Enti del SSR hanno assicurato la partecipazione dei sanitari interessati e il supporto alle attività già avviate a livello regionale dalla DCS e alle nuove progettualità in fase di avvio nel corso del 2018, nonché al percorso formativo a distanza su temi della farmacovigilanza disponibile anche per il 2018.

Le Aziende hanno promosso le attività di monitoraggio e di verifica dell'appropriatezza d'uso dei dispositivi per l'assistenza integrativa. Tuttavia si rileva una certa disomogeneità nel potenziare modalità di gestione con ricadute più vantaggiose per il SSR anche con riferimento a quanto previsto dalla DGR n. 12/2018, e nella gestione degli ausili di assistenza protesica.

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.

La copertura delle prescrizioni informatizzate personalizzate con iter elettronico tramite PSM delle confezioni destinate alla distribuzione diretta nominale erogate mediante lo stesso applicativo risulta in crescita in tutte le Aziende rispetto all'anno precedente. Il target fissato pari al 90% viene raggiunto in quasi tutte le Aziende con alcune criticità ancora in AAS2 e Burlo, che comunque mostrano un incremento rispetto all'anno precedente. Anche la prescrizione informatizzata dei piani terapeutici (PSM-PT target > 50% dei piani per tutti i pazienti) è stata fortemente implementata. Il target viene raggiunto in tutte le Aziende (l'indicatore è stato definito con DGR n. 1912/2018).

Sono proseguite le attività di monitoraggio e controllo dei flussi informativi sulla spesa e consumi farmaceutici (ospedalieri -distribuzione diretta – DPC) verso le amministrazioni centrali ai fini degli adempimenti LEA. Nel 2018 si rileva un ottimo grado di copertura della fase 3 su fase 2, in media pari al 99,95%. L'inserimento del codice targatura copre in media il 99,7% delle confezioni erogate in distribuzione diretta con il sistema PSM (aziende gestite dalla logistica centralizzata). La copertura delle confezioni erogate in DPC è pari al 100%. Si rappresenta comunque 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.

Per i **PROGETTI ATTINENTI LA PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI SOCIO SANITARI** nel 2018 la Regione ha inteso organizzare la propria attività di programmazione, al fine di garantire uniformità sul proprio territorio nelle modalità, nelle procedure e negli strumenti di valutazione multidimensionale in tutte le fasi del progetto di assistenza alla persona, definendo percorsi di riforma, che si propongono di innovare e sviluppare la rete dei servizi a favore delle persone con bisogni afferenti alle aree ad elevata integrazione sociosanitaria e di rafforzare l'integrazione tra i servizi sociali e sanitari, in conformità ai LEA sociosanitari approvati con DPCM 12 gennaio 2017.

In particolare, è stato dato impulso a importanti processi di innovazione con l'obiettivo di consolidare il processo di riqualificazione della rete dei servizi residenziali e semiresidenziali per anziani, volto a migliorare la capacità di governo, l'appropriatezza, l'equità e la qualità complessiva dell'assistenza da questi fornita. Le politiche adottate hanno inteso portare la persona anziana e i suoi bisogni al centro del sistema e della rete dei servizi, ponendo le basi per una strategia incentrata sulla personalizzazione del processo di cura, da attuare attraverso le azioni di seguito illustrate.

Tutte le Aziende hanno contribuito ad attuare quanto previsto dal processo di riclassificazione delle residenze per anziani già autorizzate al funzionamento (titolo X del D.P.Reg. 144/2015), in particolare per quanto riguarda il percorso di accompagnamento delle Residenze per anziani ri-

autorizzate all'esercizio, il monitoraggio e la verifica degli adempimenti e adeguamenti previsti per il livello di nuova classificazione rilasciato.

Le Aziende hanno inoltre provveduto 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 secondo le disposizioni normative vigenti. Le Aziende monitorano, verificano ed eventualmente sollecitano l'utilizzo sistematico dello strumento di VMD Val.Graf.-FVG e dei sistemi informativi e-GENeSys e SIRA-FVG.

Con DGR n. 1828 del 05/10/2018, inoltre, la Regione ha incrementato i posti letto convenzionabili previsti per le strutture residenziali per anziani non autosufficienti e definito i criteri per la loro attuazione.

La regione continua a sostenere le sperimentazioni "Abitare possibile" e "Domiciliarità innovativa" di cui alla DGR 671/2015 e DGR 2089/2017. Tutte le Aziende hanno incentivato lo sviluppo di tali sperimentazioni nel proprio territorio aziendale.

In tema di fragilità nel corso del 2018 è stata anche avviata la sperimentazione di screening per la conduzione di *un programma – intervento di sorveglianza attiva rivolto alla popolazione anziana a rischio di fragilità*, denominato PRISMA 7. Le Aziende hanno candidato quattro distretti (Distretto 3 di Trieste "Valmaura", Distretto di Cividale, Distretto 3 di San Daniele, Distretto delle Valli e Dolomiti friulane) nei quali si è svolto lo screening su l'intera popolazione con età pari o superiore a 75 anni, individuando gli anziani a rischio di fragilità ancora sconosciute al sistema salute.

Nel settore della disabilità si è intrapreso un importante percorso di riforma, attraverso scelte strategiche di programmazione in linea con gli indirizzi normativi nazionali (LEA) e internazionali.

In tal senso la Regione ha promosso una sempre maggiore responsabilizzazione dei servizi sanitari nella presa in carico delle persone accolte nei servizi residenziali e semiresidenziali, con una particolare attenzione soprattutto al problema delle comorbidità psichiatriche per quanto riguarda la disabilità intellettiva.

In quest'ottica è continuata l'attività di valutazione delle condizioni di vita (in particolare per le problematiche di tipo sanitario), già avviata nel 2017, per gli utenti in carico ai servizi residenziali e semiresidenziali di cui all'art.6 comma 1 della LR 41/96.

E' stato inoltre definito il percorso per l'implementazione del flusso informativo per il governo del sistema residenziale e semiresidenziale per le persone con disabilità che garantirà le funzioni regionali di pianificazione e programmazione relative al governo del sistema regionale dei servizi per la disabilità e il rispetto degli obblighi di comunicazione di carattere nazionale.

Nel 2018 è stato costituito il Tavolo tecnico regionale sull'autismo in età adulta che, in coerenza con i contenuti della Legge 134/2015 e con gli indirizzi nazionali e regionali di programmazione strategica sanitaria e sociosanitaria, continuerà i lavori finalizzati alla stesura di "Linee di indirizzo regionali sui disturbi dello spettro autistico in età adulta", e al monitoraggio dell'attuazione delle Linee di indirizzo per il percorso assistenziale dei disturbi dello spettro autistico in età evolutiva, di cui alla DGR 434/2017.

Per quanto attiene ai minori, l'amministrazione regionale ha ~~definito~~ avviato il percorso di definizione delle procedure al fine di garantire ai minori con problematiche sociali e sociosanitarie, che richiedono l'allontanamento dalla famiglia di origine, percorsi di presa in carico in grado di rispondere, anche attraverso l'accoglienza in strutture residenziali e semiresidenziali, a bisogni diversificati in base alla complessità e gravità clinica, all'intensità assistenziale richiesta e alle diverse fasi evolutive dei minori stessi. Questa esigenza trova conferma a livello nazionale

nell'Accordo tra Stato e Regioni in merito agli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza del 13 novembre 2014, nelle Linee di indirizzo per l'accoglienza nei servizi residenziali per minorenni del dicembre 2016 e nelle Linee di indirizzo nazionali per l'intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità attualmente in fase di definizione. A livello regionale la Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità nel corso del 2018 ha avviato una fase tecnica di confronto diretto con gli enti e gli operatori del settore, le amministrazioni competenti, i soggetti gestori delle strutture semiresidenziali e residenziali per minori ed in generale i portatori di interesse al fine di elaborare le "Linee di indirizzo per la qualificazione di percorsi di presa in carico dei minori che necessitano di accoglienza in strutture residenziali e semiresidenziali". Tali indirizzi mettono a disposizione degli operatori criteri di riferimento per compiere una valutazione dei bisogni del minore funzionale a garantire la predisposizione di un progetto personalizzato di presa in carico comprensivo dell'individuazione degli interventi appropriati e delle coerenti risorse necessarie alla loro realizzazione.

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 debiti informativi, sugli indicatori di *outcome* raccolti, sulle prassi in uso per l'effettuazione degli accertamenti legali in capo ai Servizi e sulla programmazione e stesura del Piano d'Azione Regionale per le Dipendenze 2019-2021. 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 sono svolti, in collaborazione con il terzo settore, una serie di workshop regionali dal titolo "Il dispositivo gruppale nell'ambito delle problematiche alcolcorrelate e del disturbo da gioco".

Relativamente alle risposte messe in atto per concorrere alla rimozione delle cause sociali e culturali che possono favorire le forme di disturbo da gioco d'azzardo (di seguito DGA), si è continuato a dare esecuzione al Piano operativo regionale 2017 gioco d'azzardo patologico (GAP). Tra le azioni, si è data molta importanza al rafforzamento e al supporto della rete di cura e trattamento. A tal fine, si è previsto un supporto ai Servizi per le dipendenze, nell'ottica di potenziare e favorire l'accesso agli interventi di cura e sostegno dedicati alle persone affette da DGA. Inoltre, con l'obiettivo di potenziare tutti i punti di accesso nella risposta alle persone con DGA, nel 2018 si sono realizzati percorsi formativi specifici.

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 e hanno partecipato a un workshop tenutosi l'11 dicembre 2018 dal titolo "Workshop Misure alternative alla detenzione".

Inoltre, in merito alle malattie infettive correlate all'uso di sostanze si è implementato il monitoraggio e lo screening estendendo l'applicazione del protocollo regionale relativo alle procedure da mettere in atto per uniformare l'offerta dei test e per definire un percorso clinico condiviso anche alle persone in carico per problemi alcol correlati.

Infine, è stato pubblicato sul sito www.dipendenzefvg.it il Rapporto 2018 sul Consumo, dipendenza da sostanze e comportamenti di *addiction* in Friuli Venezia Giulia.

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 2018 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. Sono proseguite i monitoraggi 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.

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.

A partire dall'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.

Per quanto riguarda i **SISTEMI INFORMATIVI**, nel 2018 sono proseguiti i progetti avviati negli anni precedenti, 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. Per quanto attiene i servizi on line è proseguita l'attivazione inerente l'estensione del servizio referti on line, il pagamento on line per le prestazioni, prenotazione on line delle prestazioni ambulatoriali, la consultazione liste di attesa di tutte le prestazioni erogate indicando la prima data utile e i tempi di accesso al pronto soccorso per codice triage.

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

Posti letto		31/12/2017		TOTALE Posti Letto	31/12/2018		TOTALE Posti Letto
Azienda	PRESIDIO OSPEDALIERO	Day Hospital	Degenza ordinaria	30/12/2017	Day Hospital	Degenza ordinaria	30/12/2018
ASUI TS	P.O. CATTINARA E MAGGIORE TS	78	669	747	50	625	675
AAS 2	P.O. GORIZIA E MONFALCONE - GORIZIA	16	164	180	16	180	196
	P.O. GORIZIA E MONFALCONE - MONFALCONE	19	185	204	19	169	188
	P.O. LATSANA E PALMANOVA - LATSANA	10	132	142	10	134	144
	P.O. LATSANA E PALMANOVA - PALMANOVA	12	159	171	12	159	171
AAS 3	P.O. SDANIELE E TOLMEZZO - GEMONA	11	0	11	11	0	11
	P.O. SDANIELE E TOLMEZZO - SAN DANIELE	10	156	166	10	156	166
	P.O. SDANIELE E TOLMEZZO - TOLMEZZO	9	171	180	9	171	180
ASUI UD	IST. MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	4	93	97	4	93	97
	P.O. S.MARIA DELLA MISERICORDIA UD	114	900	1.014	117	908	1.025
AAS5	P.O. S.MARIA DEGLI ANGELI PN	37	434	471	37	434	471
	P.O. S.VITO E SPILIMBERGO - S.VITO	12	141	153	12	141	153
	P.O. S.VITO E SPILIMBERGO - SPILIMBERGO	6	66	72	6	66	72
BURLO	Burlo	25	111	136	25	111	136
CRO	CRO	30	98	128	31	98	129
POSTI LETTO TOTALI Regione FVG		393	3.479	3.872	369	3.445	3.814

Inclusi PL a pagamento e SPDC

Esclusi PL sulle _disciplina 31

Posti letto - ACUTI		31/12/2017		TOTALE Posti Letto	31/12/2018		TOTALE Posti Letto
Azienda	Ospedale	Day Hospital	Degenza ordinaria	30/12/2017	Day Hospital	Degenza ordinaria	30/12/2018
ASUI TS	P.O. CATTINARA E MAGGIORE TS	76	629	705	48	595	643
AAS 2	P.O. GORIZIA E MONFALCONE - GORIZIA	16	160	176	16	160	176
	P.O. GORIZIA E MONFALCONE - MONFALCONE	19	161	180	19	161	180
	P.O. LATSANA E PALMANOVA - LATSANA	10	122	132	10	124	134
	P.O. LATSANA E PALMANOVA - PALMANOVA	10	145	155	10	145	155
AAS 3	P.O. SDANIELE E TOLMEZZO - GEMONA	11	0	11	11	0	11
	P.O. SDANIELE E TOLMEZZO - SAN DANIELE	10	156	166	10	156	166
	P.O. SDANIELE E TOLMEZZO - TOLMEZZO	9	171	180	9	171	180
ASUI UD	IST. MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	4	-	4	4	-	4
	P.O. S.MARIA DELLA MISERICORDIA UD	114	853	967	117	867	984
AAS5	P.O. S.MARIA DEGLI ANGELI PN	37	404	441	37	404	441
	P.O. S.VITO E SPILIMBERGO - S.VITO	12	135	147	12	135	147
	P.O. S.VITO E SPILIMBERGO - SPILIMBERGO	6	62	68	6	62	68
BURLO	Burlo	25	111	136	25	111	136
CRO	CRO	30	98	128	31	98	129
POSTI LETTO PER ACUTI Regione FVG		389	3.207	3.596	365	3.189	3.554

Posti letto - NON ACUTI		31/12/2017		TOTALE Posti Letto 30/12/2017	31/12/2018		TOTALE Posti Letto 30/12/2018
		Day Hospital	Degenza ordinaria		Day Hospital	Degenza ordinaria	
Azienda	Ospedale						
ASUIJS	P.O. CATTINARA E MAGGIORE TS	2	40	42	2	30	32
AAS2	P.O. GORIZIA E MONFALCONE - GORIZIA		4	4	-	20	20
	P.O. GORIZIA E MONFALCONE - MONFALCONE		24	24	-	8	8
	P.O. LATISANA E PALMANOVA - LATISANA		10	10	-	10	10
	P.O. LATISANA E PALMANOVA - PALMANOVA	2	14	16	2	14	16
AAS3	P.O. S.DANIELE E TOLMEZZO - GEMONA			-			-
	P.O. S.DANIELE E TOLMEZZO - SAN DANIELE			-			-
	P.O. S.DANIELE E TOLMEZZO - TOLMEZZO						
ASUIUD	IST. MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE		93	93		93	93
	P.O. S.MARIA DELLA MISERICORDIA UD		47	47		41	41
AAS5	P.O. S.MARIA DEGLI ANGELI PN		30	30		30	30
	P.O. S.VITO E SPILIMBERGO - S.VITO		6	6		6	6
	P.O. S.VITO E SPILIMBERGO - SPILIMBERGO		4	4		4	4
BURLO	Burlo			-			-
CRO	CRO			-			-
POSTI LETTO PER NON ACUTI Regione FVG		4	272	276	4	256	260

Discipline 28;40;56;60;75

Fonte: flusso ministeriale HSP 12 e Sistema Informativo Sanitario Regionale

2.1.2. PRONTO SOCCORSO

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

	STRUTTURA	GEN-DIC 2017	GEN-DIC 2018	Δ%
HUB	CATTINARA	48.287	49.745	3,0%
	UDINE	61.010	61.657	1,1%
	PEDIATRICO UD	16.842	17.376	3,2%
	PORDENONE	51.272	52.603	2,6%
	BURLO GAROFOLO	23.926	24.599	2,8%
	TOTALE HUB	201.337	205.980	2,3%
SPOKE	GORIZIA	21.032	24.019	14,2%
	LATISANA	25.523	25.611	0,3%
	MONFALCONE	33.850	38.268	13,1%
	PALMANOVA	30.931	31.543	2,0%
	SAN DANIELE	28.976	29.693	2,5%
	TOLMEZZO	22.097	23.670	7,1%
	PEDIATRICO PN	16.561	17.678	6,7%
	SAN VITO	23.761	24.204	1,9%
	SPIRIMBERGO	11.332	11.771	3,9%
TOTALE SPOKE	214.063	226.457	5,8%	
PPI	MAGGIORE	24.149	24.150	0,0%
	GRADO	5.162	3.389	-34,3%
	LIGNANO	3.496	3.908	11,8%
	GEMONA	9.236	8.288	-10,3%
	CIVIDALE	11.288	11.813	4,7%
	MANIAGO	3.251	3.269	0,6%
	SACILE	7.323	7.776	6,2%
	TOTALE PPI	63.905	62.593	-2,1%
TOTALE FVG	479.305	495.030	3,3%	

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

Triage	GEN-DIC 2017	GEN-DIC 2018	Δ%
Bianco	153.087	154.407	0,9%
Verde	239.015	249.977	4,6%
Giallo	80.938	84.453	4,3%
Rosso	6.236	6.168	-1,1%
Nero	29	25	-13,8%
Totale FVG	479.305	495.030	3,3%

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

		GEN-DIC 2018				
STRUTTURA	Bianco	Verde	Giallo	Rosso	Nero	
HUB	CATTINARA	8.714	27.033	12.866	1.129	3
	UDINE	12.038	30.962	16.999	1.652	6
	PEDIATRICO UD	1.674	13.245	2.393	64	
	PORDENONE	12.654	26.166	12.561	1.220	2
	BURLO GAROFOLO	6.764	15.896	1.865	74	
	TOTALE HUB	41.844	113.302	46.684	4139	11
SPOKE	GORIZIA	7.844	11.790	4.139	243	3
	LATISANA	10.411	11.709	3.262	227	2
	MONFALCONE	11.534	21.197	5.296	240	1
	PALMANOVA	10.169	14.459	6.534	380	1
	SAN DANIELE	14.940	11.046	3.534	170	3
	TOLMEZZO	8.096	11.526	3.837	210	1
	PEDIATRICO PN	2.730	13.558	1.352	38	
	SAN VITO	8.187	12.465	3.398	154	
	SPIILIMBERGO	5.254	4.772	1.609	133	3
	TOTALE SPOKE	79.165	112.522	32.961	1795	14
	PPI	MAGGIORE	14.302	8.886	948	14
GRADO		2.345	940	96	8	
LIGNANO		1.760	1.618	503	27	
GEMONA		4.245	3.290	730	23	
CIVIDALE		4.115	5.904	1.672	122	
MANIAGO		2.265	823	173	8	
SACILE		4.366	2.692	686	32	
TOTALE PPI		33.398	24.153	4.808	234	0
TOTALE FVG	154.407	249.977	84.453	6.168	25	

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	%
CATTINARA	8.714	403	4,6%	27.033	5.765	21,3%	12.866	5.333	41,5%	1.129	908	80,4%
UDINE	12.038	201	1,7%	30.962	3.793	12,3%	16.999	6.585	38,7%	1.652	1.380	83,5%
HUB PEDIATRICO UD	1.674	7	0,4%	13.245	199	1,5%	2.393	279	11,7%	64	32	50,0%
PORDENONE	12.654	90	0,7%	26.166	3.271	12,5%	12.561	4.608	36,7%	1.220	1.011	82,9%
BURLO GAROFOLO	6.764	66	1,0%	15.896	271	1,7%	1.865	309	16,6%	74	39	52,7%
TOTALE HUB	41.844	767	1,8%	113.302	13.299	11,7%	46.684	17.114	36,7%	4139	3370	81,4%
GORIZIA	7.844	186	2,4%	11.790	1.441	12,2%	4.139	1.153	27,9%	243	149	61,3%
LATISANA	10.411	259	2,5%	11.709	1.137	9,7%	3.262	882	27,0%	227	156	68,7%
MONFALCONE	11.534	106	0,9%	21.197	1.578	7,4%	5.296	1.254	23,7%	240	118	49,2%
PALMANOVA	10.169	270	2,7%	14.459	1.638	11,3%	6.534	1.694	25,9%	380	253	66,6%
SPOKE SAN DANIELE	14.940	534	3,6%	11.046	1.785	16,2%	3.534	962	27,2%	170	125	73,5%
TOLMEZZO	8.096	292	3,6%	11.526	1.553	13,5%	3.837	1.146	29,9%	210	121	57,6%
PEDIATRICO PN	2.730	23	0,8%	13.558	427	3,1%	1.352	224	16,6%	38	14	36,8%
SAN VITO	8.187	170	2,1%	12.465	1.426	11,4%	3.398	823	24,2%	154	101	65,6%
SPLIMBERGO	5.254	243	4,6%	4.772	968	20,3%	1.609	541	33,6%	133	81	60,9%
TOTALE SPOKE	79.165	2.083	2,6%	112.522	11.953	10,6%	32.961	8.679	26,3%	1795	1118	62,3%
MAGGIORE	14.302	97	0,7%	8.886	715	8,0%	948	187	19,7%	14	5	35,7%
GRADO	2.345	0	0,0%	940	0	0,0%	96	0	0,0%	8	0	0,0%
LIGNANO	1.760	6	0,3%	1.618	65	4,0%	503	48	9,5%	27	8	29,6%
GEMONA	4.245	5	0,1%	3.290	34	1,0%	730	22	3,0%	23	2	8,7%
PPI CIVIDALE	4.115	70	1,7%	5.904	552	9,3%	1.672	461	27,6%	122	99	81,1%
MANIAGO	2.265	10	0,4%	823	30	3,6%	173	25	14,5%	8	1	12,5%
SACILE	4.366	43	1,0%	2.692	216	8,0%	686	151	22,0%	32	17	53,1%
TOTALE PPI	33.398	231	0,7%	24.153	1.612	6,7%	4.808	894	18,6%	234	132	56,4%
TOTALE FVG	154.407	3.081	2,0%	249.977	26.864	10,7%	84.453	26.687	31,6%	6.168	4.620	74,9%

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

		Gennaio - Dicembre 2018			
	Azienda	Bianco	Verde	Giallo	Rosso
HUB	CATTINARA	02:00	02:29	00:35	00:05
	UDINE	01:05	01:06	00:17	00:02
	PEDIATRICO UD	00:40	00:38	00:15	00:17
	PORDENONE	00:43	01:09	00:36	00:03
	BURLO GAROFOLO	00:46	00:42	00:09	00:07
SPOKE	GORIZIA	01:23	01:09	00:25	00:05
	LATISANA	01:12	00:50	00:13	00:04
	MONFALCONE	01:27	01:32	00:30	00:08
	PALMANOVA	01:33	01:00	00:15	00:04
	SAN DANIELE	00:56	00:38	00:15	00:09
	TOLMEZZO	00:57	00:40	00:18	00:06
	PEDIATRICO PN	01:04	01:03	00:12	00:18
	SAN VITO	01:51	01:16	00:14	00:05
	SPILIMBERGO	00:44	00:35	00:17	00:07
	MAGGIORE	01:04	01:26	00:14	00:08
PPI	GRADO	00:08	00:33	00:05	00:03
	LIGNANO	00:33	00:23	00:10	00:07
	GEMONA	0	00:23	00:11	00:06
	CIVIDALE	00:55	00:35	00:09	00:04
	MANIAGO	00:15	00:15	00:11	00:08
	SACILE	00:40	00:31	00:17	00:13
TOTALE FVG		01:06	01:09	00:22	00:04

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

	Stabilimento	Gennaio - Dicembre 2017			Gennaio - Dicembre 2018		
		accessi codice verde visitati entro 1 ora	totale accessi codice verde	%	accessi codice verde visitati entro 1 ora	totale accessi codice verde	%
HUB	CATTINARA	8.050	24.642	32,7%	7.668	27.033	28,4%
	UDINE	16.378	30.039	54,5%	16.794	30.962	54,2%
	PEDIATRICO UD	9.855	12.787	77,1%	10.491	13.245	79,2%
	PORDENONE	7.775	24.958	31,2%	10.827	26.166	41,4%
	BURLO GAROFOLO	11.370	15.297	74,3%	11.907	15.896	74,9%
	TOTALE HUB	53.428	107.723	49,6%	57.687	113.302	50,9%
SPOKE	GORIZIA	6.522	10.860	60,1%	6.935	11.790	58,8%
	LATISANA	8.891	11.651	76,3%	8.292	11.709	70,8%
	MONFALCONE	10.686	19.317	55,3%	11.412	21.197	53,8%
	PALMANOVA	10.390	14.448	71,9%	8.538	14.459	59,0%
	SAN DANIELE	7.011	10.360	67,7%	7.767	11.046	70,3%
	TOLMEZZO	8.010	10.629	75,4%	8.075	11.526	70,1%
	PEDIATRICO PN	7.977	12.796	62,3%	8.168	13.558	60,2%
	SAN VITO	8.261	12.169	67,9%	7.466	12.465	59,9%
	TOTALE SPOKE	71.363	107.012	66,7%	70.611	112.522	62,8%
PPI	MAGGIORE	4.277	8.748	48,9%	3.939	8.886	44,3%
	GRADO	1.329	1.331	99,8%	937	940	99,7%
	LIGNANO	1.210	1.388	87,2%	1.465	1.618	90,5%
	GEMONA	3.464	3.778	91,7%	3.040	3.290	92,4%
	CIVIDALE	4.348	5.440	79,9%	4.750	5.904	80,5%
	MANIAGO	811	843	96,2%	785	823	95,4%
	SACILE	2.548	2.752	92,6%	2.332	2.692	86,6%
	TOTALE PPI	17.987	24.280	74,1%	17.248	24.153	71,4%
	TOTALE FVG	142.778	239.015	59,7%	145.546	249.977	58,2%

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

STRUTTURA		Gennaio - Dicembre 2017			Gennaio - Dicembre 2018		
		Accessi con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 4 ore*	Accessi con codice verde non inviati al ricovero*	%	Accessi con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 4 ore*	Accessi con codice verde non inviati al ricovero*	%
HUB	CATTINARA	6.666	16.656	40,0%	7.487	18.622	40,2%
	UDINE	12.096	18.681	64,8%	13.598	20.156	67,5%
	PEDIATRICO UD	10.719	11.752	91,2%	11.462	12.341	92,9%
	PORDENONE	14.850	20.392	72,8%	16.017	21.707	73,8%
	BURLO GAROFOLO	14.186	14.785	95,9%	14.821	15.368	96,4%
TOTALE HUB		58.517	82.266	71,1%	63.385	88.194	71,9%
SPOKE	GORIZIA	6.159	8.571	71,9%	6.831	9.675	70,6%
	LATISANA	8.890	10.137	87,7%	8.416	10.051	83,7%
	MONFALCONE	11.504	16.098	71,5%	12.244	18.474	66,3%
	PALMANOVA	9.373	11.214	83,6%	8.708	11.349	76,7%
	SAN DANIELE	6.855	7.931	86,4%	7.550	8.592	87,9%
	TOLMEZZO	6.334	7.766	81,6%	6.985	8.524	81,9%
	PEDIATRICO PN	11.363	12.141	93,6%	11.521	12.903	89,3%
	SAN VITO	7.603	10.150	74,9%	7.005	10.210	68,6%
SPIILIMBERGO	2.472	3.557	69,5%	2.535	3.479	72,9%	
TOTALE SPOKE		70.553	87.565	80,6%	71.795	93.257	77,0%
PPI	MAGGIORE	4.764	7.833	60,8%	4.706	7.953	59,2%
	GRADO	1.328	1.331	99,8%	923	940	98,2%
	LIGNANO	1.216	1.305	93,2%	1.408	1.506	93,5%
	GEMONA	3.519	3.723	94,5%	3.112	3.255	95,6%
	CIVIDALE	3.557	4.353	81,7%	4.098	4.854	84,4%
	MANIAGO	683	768	88,9%	703	774	90,8%
	SACILE	2.185	2.430	89,9%	2.088	2.428	86,0%
TOTALE PPI		17.252	21.743	79,3%	17.038	21.710	78,5%

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

Centrale operativa 118	
GORIZIA	13'59"
TRIESTE	14'05"
PORDENONE	17'53"
UDINE	18'47"
TUTTA LA REGIONE	16'51"

2.1.3. RICOVERI

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

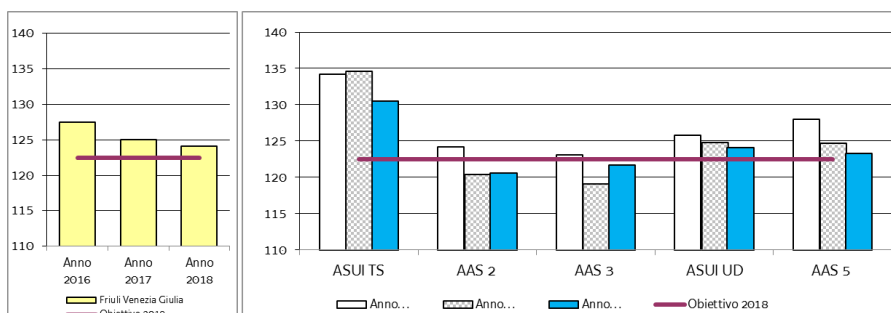
Azienda	Gen - Dic 2017	Gen - Dic 2018	Δ%
ASUI TRIESTE	35.899	34.462	-4,0%
AAS 2	33.157	33.270	0,3%
AAS 3	22.549	23.220	3,0%
ASUI UDINE	33.475	33.381	-0,3%
AAS 5	38.979	38.944	-0,1%
Totale residenti FVG	164.059	163.277	-0,5%
Residenti EXTRA REGIONE	20.104	20.368	1,3%
Totale Dimissioni FVG	184.163	183.645	-0,3%

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

Azienda	Ricoveri Ordinari			Ricoveri Day Hospital		
	Gen - Dic 2017	Gen - Dic 2018	Δ%	Gen - Dic 2017	Gen - Dic 2018	Δ%
ASUI TRIESTE	24.360	23.049	-5,4%	2.650	2.784	5,1%
AAS 2	22.724	23.119	1,7%	4.513	3.993	-11,5%
AAS 3	14.706	14.450	-1,7%	3.305	3.150	-4,7%
ASUI UDINE	31.166	30.991	-0,6%	10.573	10.982	3,9%
AAS 5	29.956	30.530	1,9%	4.146	3.867	-6,7%
I.R.C.C.S. BURLO	7.148	7.434	4,0%	3.354	3.872	15,4%
I.R.C.C.S. CRO	3.947	3.965	0,5%	2.425	1.476	-39,1%
CdC - CITTA' DI UDINE	1.864	2.109	13,1%	2.068	1.992	-3,7%
CdC - SANATORIO TRIESTINO	1.465	1.418	-3,2%	738	847	14,8%
CdC - PINETA DEL CARSO	1.442	1.417	-1,7%			
CdC - SALUS	1.853	1.742	-6,0%	1.173	1.162	-0,9%
CdC - S. GIORGIO	4.767	5.024	5,4%	3.820	4.272	11,8%
Totale FVG	145.398	145.248	-0,1%	38.765	38.397	-0,9%

TAB. 12. TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE

Residenza	Anno 2017	Anno 2018	Variazione %	Popolazione 31/12/2017	FUGA 2017	Tasso grezzo	Tasso standard.
Azienda sanitaria universitaria integrata di Trieste	33.917	32.611	-3,85	234.691	1.952	147,27	130,48
Bassa Friulana-Isontina	30.255	30.423	0,56	249.734	2.288	130,98	120,61
Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli	20.562	21.125	2,74	168.899	1.134	131,79	121,71
Azienda sanitaria universitaria integrata di Udine	31.689	31.623	-0,21	251.502	1.992	133,66	124,06
Friuli Occidentale	35.758	35.647	-0,31	312.080	4.636	129,08	123,28
Totale regionale	152.181	151.429	-0,49	1.216.906	12.002	134,30	124,06



TAB. 13. DIMISSIONI DA STRUTTURE FVG

DIMISSIONI

Regime ricovero	Gen - Dic 2017	Gen - Dic 2018	Δ%
Ricoveri Ordinari	145.398	145.248	-0,1%
Ricoveri Day Hospital	38.765	38.397	-0,9%
Totale FVG	184.163	183.645	-0,3%

GIORNATE DI DEGENZA/ACCESSI

Regime ricovero	Gen - Dic 2017	Gen - Dic 2018	Δ%
Ricoveri Ordinari	1.095.877	1.095.059	-0,1%
Ricoveri Day Hospital	142.415	134.623	-5,5%
Totale FVG	1.238.292	1.229.682	-0,7%

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

Azienda	Ricoveri Ordinari			Ricoveri Day Hospital		
	Gen - Dic	Gen - Dic	Δ%	Gen - Dic	Gen - Dic	Δ%
	2017	2018		2017	2018	
ASUI TRIESTE	24.360	23.049	-5,4%	2.650	2.784	5,1%
AAS 2	22.724	23.119	1,7%	4.513	3.993	-11,5%
AAS 3	14.706	14.450	-1,7%	3.305	3.150	-4,7%
ASUI UDINE	31.166	30.991	-0,6%	10.573	10.982	3,9%
AAS 5	29.956	30.530	1,9%	4.146	3.867	-6,7%
I.R.C.C.S. BURLO	7.148	7.434	4,0%	3.354	3.872	15,4%
I.R.C.C.S. CRO	3.947	3.965	0,5%	2.425	1.476	-39,1%
CdC - CITTA' DI UDINE	1.864	2.109	13,1%	2.068	1.992	-3,7%
CdC - SANATORIO TRIESTINO	1.465	1.418	-3,2%	738	847	14,8%
CdC - PINETA DEL CARSO	1.442	1.417	-1,7%			
CdC - SALUS	1.853	1.742	-6,0%	1.173	1.162	-0,9%
CdC - S. GIORGIO	4.767	5.024	5,4%	3.820	4.272	11,8%
Totale FVG	145.398	145.248	-0,1%	38.765	38.397	-0,9%

GIORNATE DI DEGENZA/ACCESSI

Azienda	Ricoveri Ordinari giornate di degenza			Ricoveri Day Hospital accessi		
	Gen - Dic	Gen - Dic	Δ%	Gen - Dic	Gen - Dic	Δ%
	2017	2018		2017	2018	
ASUI TRIESTE	213.615	204.488	-4,3%	11.062	11.275	1,9%
AAS 2	171.686	176.024	2,5%	6.712	6.443	-4,0%
AAS 3	98.776	98.531	-0,2%	4.255	4.211	-1,0%
ASUI UDINE	299.732	301.817	0,7%	76.590	75.738	-1,1%
AAS 5	179.556	182.457	1,6%	10.049	10.696	6,4%
I.R.C.C.S. BURLO	30.089	29.390	-2,3%	5.312	6.337	19,3%
I.R.C.C.S. CRO	23.317	23.851	2,3%	19.071	9.736	-48,9%
CdC - CITTA' DI UDINE	8.534	8.453	-0,9%	2.257	2.163	-4,2%
CdC - SANATORIO TRIESTINO	6.721	6.551	-2,5%	740	847	14,5%
CdC - PINETA DEL CARSO	29.697	29.376	-1,1%			
CdC - SALUS	7.572	6.947	-8,3%	1.203	1.197	-0,5%
CdC - S. GIORGIO	26.582	27.174	2,2%	5.164	5.980	15,8%
Totale FVG	1.095.877	1.095.059	-0,1%	142.415	134.623	-5,5%

TAB. 15. DIMISSIONI DA STRUTTURE FVG PER DRG

Tipo DRG	Gen - Dic 2017	Gen - Dic 2018	Δ%
DRG CHIRURGICO	81.263	81.859	0,7%
DRG MEDICO	94.108	93.161	-1,0%
DRG NEONATO	8.295	8.019	-3,3%
DRG MALDEFINITO	497	606	21,9%
Totale FVG	184.163	183.645	-0,3%

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 2018

DRG	Descrizione DRG	Gen - Dic 2017	Gen - Dic 2018	Δ%
391	NEONATO NORMALE	6.403	6.133	-4,2%
373	PARTO VAGINALE SENZA DIAGNOSI COMPLICANTI	5.891	5.953	1,1%
127	INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	4.904	4.543	-7,4%
544	SOSTITUZIONE DI ARTICOLAZIONI MAGGIORI O REIMPIANTO DEGLI ARTI INFERIORI	4.580	4.587	0,2%
503	INTERVENTI SUL GINOCCHIO SENZA DIAGNOSI PRINCIPALE DI INFEZIONE	4.559	4.550	-0,2%
359	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI SENZA CC	3.482	3.840	10,3%
87	EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	3.264	3.782	15,9%
410	CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	3.736	2.883	-22,8%
162	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETÀ > 17 ANNI SENZA CC	2.862	2.944	2,9%
89	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETÀ > 17 ANNI CON CC	2.715	2.733	0,7%
Totale FVG (primi 10 dgr)		42.396	41.948	-1,1%

DRG MEDICI

DRG	Descrizione DRG	Gen - Dic 2017	Gen - Dic 2018	Δ%
391	NEONATO NORMALE	6.403	6.133	-4,2%
373	PARTO VAGINALE SENZA DIAGNOSI COMPLICANTI	5.891	5.953	1,1%
127	INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	4.904	4.543	-7,4%
87	EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	3.264	3.782	15,9%
410	CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	3.736	2.883	-22,8%
89	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETÀ > 17 ANNI CON CC	2.715	2.733	0,7%
14	EMORRAGIA INTRACRANICA O INFARTO CEREBRALE	2.406	2.465	2,5%
576	SETTICEMIA SENZA VENTILAZIONE MECCANICA = 96 ORE, ETÀ > 17 ANNI	2.055	2.261	10,0%
467	ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE	1.628	1.721	5,7%
395	ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETÀ > 17 ANNI	1.218	1.403	15,2%
Totale FVG (primi 10 dgr)		34.220	33.877	-1,0%

DRG CHIRURGICI

DRG	Descrizione DRG	Gen - Dic 2017	Gen - Dic 2018	Δ%
544	SOSTITUZIONE DI ARTICOLAZIONI MAGGIORI O REIMPIANTO DEGLI ARTI INFERIORI	4.580	4.587	0,2%
503	INTERVENTI SUL GINOCCHIO SENZA DIAGNOSI PRINCIPALE DI INFEZIONE	4.559	4.550	-0,2%
359	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNHE SENZA CC	3.482	3.840	10,3%
162	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETÀ > 17 ANNI SENZA CC	2.862	2.944	2,9%
381	ABORTO CON DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, MEDIANTE ASPIRAZIONE O ISTEROTOMIA	2.348	2.084	-11,2%
266	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI ECCETTO PER ULCERE DELLA PELLE/CELLULITE SENZA CC	1.957	2.313	18,2%
229	INTERVENTI SU MANO O POLSO ECCETTO INTERVENTI MAGGIORI SULLE ARTICOLAZIONI, SENZA CC	1.702	1.813	6,5%
225	INTERVENTI SUL PIEDE	1.655	1.805	9,1%
538	ESCISSIONE LOCALE E RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAZIONE INTERNA ECCETTO ANCA E FEMORE SENZA CC	1.629	1.669	2,5%
119	LEGATURA E STRIPPING DI VENE	1.667	1.630	-2,2%
Totale FVG (primi 10 dgr)		26.441	27.235	3,0%

TAB. 17. INDICATORI DI ATTIVITÀ OSPEDALIERA
RICOVERI ORDINARI

Azienda		Ricoveri Ordinari gennaio-dicembre 2018					
		% OCCUPAZ. MEDIA	DEGENZA MEDIA	INDICE DI ROTAZIONE	INDICE DI TURN-OVER	POSTI LETTO (media)	PRESENZA MEDIA GG.
STRUTTURE PUBBLICHE	ASUITS	86,5	8,7	35,6	1,4	646,0	558,8
	AAS 2	75,6	7,5	36,2	2,5	640,2	484,1
	AAS 3	82,5	6,7	44,2	1,5	327,0	269,7
	ASUIUD	87,1	9,9	31,4	1,5	990,5	862,5
	AAS 5	78,5	5,9	47,7	1,7	641,0	503,1
	I.R.C.C.S. BURLO	73,5	4,0	67,1	1,4	111,0	81,6
	I.R.C.C.S. CRO	67,2	6,0	40,6	3,0	98,0	65,8
STRUTTURE PRIVATE	CdC- CITTA' DI UDINE	29,28	3,99	26,71	9,66	79,00	23,13
	CdC - PINETA DEL CARSO	71,9	19,4	13,1	7,9	108,0	77,6
	CdC - S. GIORGIO	54,3	5,4	36,6	4,6	137,0	74,4
	CdC - SALUS	32,8	4,0	30,1	8,2	58,0	19,0
	CdC - SANATORIO TRIESTINO	22,3	5,0	16,3	17,4	87,0	19,4
Totale FVG		77,5	7,5	37,1	2,2	3.922,7	3.039,3

RICOVERI DAY HOSPITAL

Azienda		Ricoveri Day Hospital gennaio-dicembre 2018						
		% OCCUPAZIONE MEDIA	DEGENZA MEDIA	INDICE DI ROTAZIONE	INDICE DI TURN-OVER	POSTI LETTO (media)	PRESENZA MEDIA GG.	
STRUTTURE PUBBLICHE	ASUITS	47,7	4,1	36,8	4,5	75,6	36,0	
	AAS 2	36,1	1,6	70,1	2,9	57,0	20,6	
	AAS 3	45,1	1,3	105,5	1,6	30,0	13,5	
	ASUIUD	203,8	6,9	92,8	-	3,5	119,0	242,6
	AAS 5	63,4	2,8	71,8	1,6	54,0	34,2	
	I.R.C.C.S. BURLO GAROFOLO	81,1	1,6	155,0	0,4	25,0	20,3	
	I.R.C.C.S. CRO	97,2	6,6	46,1	0,2	32,0	31,1	
STRUTTURE PRIVATE	CdC - CITTA' DI UDINE	34,55	1,09	99,60	2,06	20,00	6,91	
	CdC - SALUS	23,9	1,0	72,7	3,3	16,0	3,8	
	CdC - S. GIORGIO	57,9	1,4	129,5	1,0	33,0	19,1	
	CdC - SANATORIO TRIESTINO	135,3	1,0	423,5	-	0,3	2,7	
Totale FVG		91,7	3,5	82,0	0,3	469,6	430,9	

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 2017			Gennaio - Dicembre 2018		
	DH medico	DH medico diagnostico	%	DH medico	DH medico diagnostico	%
ASUITS	1.492	536	35,9%	1.593	455	28,6%
GORIZIA	349	49	14%	308	33	0,1
MONFALCONE	264	40	15%	232	19	0,1
LATISANA	109	5	5%	132	6	0,0
PALMANOVA	72		0%	64	2	0,0
AAS2	794	94	12%	736	60	8,2%
GEMONA	117	1	1%	69		0,0
SAN DANIELE	311	37	12%	354	44	0,1
TOLMEZZO	170	34	20%	131	32	0,2
AAS3	598	72	12%	554	76	13,7%
IST. MEDICINA FISICA E RIABILIT/	25		0%	28		0,0
CIVIDALE	40	1	3%	60		0,0
UDINE	4.258	1568	37%	4.331	1470	0,3
ASUIUD	4.323	1.569	36%	4.419	1.470	33,3%
PORDENONE	693	173	25%	731	186	0,3
SPIIMBERGO	37		0%	21		0,0
S.VITO	260	13	5%	294	9	0,0
AAS 5	990	186	19%	1.046	195	18,6%
BURLO	463	222	48%	587	283	48,2%
CRO	206	2	1%	206	3	1,5%
CDC - CITTA' DI UDINE	62	6	10%	70		0,0
CDC - SALUS	85	11	13%	69	5	0,1
CDC - SANATORIO TRIESTINO	12		0%	18		0,0
CDC - S. GIORGIO	431	2	0%	578	1	0,0
TOTALE FVG	9.456	2.700	28,6%	9.876	2.548	25,8%

PEDIATRICI

AZIENDA	Gennaio - Dicembre 2017			Gennaio - Dicembre 2018		
	DH medico	DH medico diagnostico	%	DH medico	DH medico diagnostico	%
ASUITS	44	1	2,3%	1		0,0%
GORIZIA						
MONFALCONE				35	5	0,1
LATISANA						
PALMANOVA	17	11	65%	26	9	0,3
AAS 2	17	11	64,7%	61	14	23,0%
GEMONA						
TOLMEZZO	12	10	0,8	3	3	1
SAN DANIELE	34	6	0,2	34	8	0,2
AAS 3	46	16	34,8%	37	11	29,7%
IST. MEDICINA FISICA E RIABILITAZION	41		0	35		0
UDINE	407	214	0,5	381	248	0,7
ASUIUD	448	214	47,8%	416	248	59,6%
PORDENONE	128	91	0,7	174	110	0,6
SPILIMBERGO						
S.VITO	51	27	0,5	58	30	0,5
AAS 5	179	118	65,9%	232	140	60,3%
BURLO	1.503	851	56,6%	1.774	970	54,7%
CRO	2		0,0%	2		0,0%
TOTALE FVG	2.239	1.211	54,1%	2.523	1.383	54,8%

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

AZIENDA	Gennaio - Dicembre 2017			Gennaio - Dicembre 2018		
	Ricoveri con DRG Chirurgico	Ricoveri Ordinari	%	Ricoveri con DRG Chirurgico	Ricoveri Ordinari	%
ASUITS	8.340	23.437	35,6%	8.591	22.100	38,9%
AAS2 - SEDE GORIZIA	2.080	5.068	41,0%	2.076	5.166	40,2%
AAS2 - SEDE MONFALCONE	2.545	5.702	44,6%	2.744	5.879	46,7%
AAS2 - SEDE LATISANA	1.844	3.965	46,5%	1.678	3.900	43,0%
AAS2 - SEDE PALMANOVA	1.638	5.625	29,1%	1.617	5.849	27,6%
AAS2	8.107	20.360	39,8%	8.115	20.794	39,0%
AAS3 - SEDE SAN DANIELE	2.450	6.858	35,7%	2.457	6.833	36,0%
AAS3 - SEDE TOLMEZZO	3.195	6.657	48,0%	2.882	6.444	44,7%
AAS3	5.645	13.515	41,8%	5.339	13.277	40,2%
ASUIUD	12.321	29.072	42,4%	12.466	29.012	43,0%
AAS5 - SEDE PORDENONE	8.157	19.494	41,8%	8.020	19.197	41,8%
AAS5 - SEDE SPILIMBERGO	1.594	3.116	51,2%	2.003	3.660	54,7%
AAS5 - SEDE S.VITO	2.225	5.082	43,8%	2.402	5.424	44,3%
AAS5	11.976	27.692	43,2%	12.425	28.281	43,9%
BURLO	2.308	6.203	37,2%	2.414	6.543	36,9%
CRO	1.613	3.947	40,9%	1.523	3.965	38,4%
CDC - CITTA' DI UDINE	1.436	1.864	77,0%	1.695	2.109	80,4%
CDC - PINETA DEL CARSO		97	0,0%		67	0,0%
CDC - SALUS	1.564	1.853	84,4%	1.444	1.742	82,9%
CDC - SANATORIO TRIESTINO	1.288	1.465	87,9%	1.247	1.418	87,9%
CDC - S. GIORGIO	2.628	4.038	65,1%	2.888	4.370	66,1%
TOTALE FVG	57.226	133.543	42,9%	58.147	133.678	43,5%

TAB. 20. RICOVERI CON DRG INAPPROPRIATI

(OBIETTIVO REGIONALE: <0,32)

Ospedale	Gennaio - Dicembre 2017			Gennaio - Dicembre 2018		
	DRG Inapp	DRG appr	Rapporto	DRG Inapp	DRG appr	Rapporto
ASUITS	4.957	19.403	25,5%	4.565	18.484	24,7%
OSPEDALE DI GORIZIA	944	4.124	22,9%	906	4.260	21,3%
OSPEDALE DI MONFALCONE	1.347	5.581	24,1%	1.363	5.687	24,0%
OSPEDALE DI LATISANA	984	3.294	29,9%	1.006	3.186	31,6%
OSPEDALE DI PALMANOVA	990	5.460	18,1%	1.077	5.634	19,1%
AAS2	4.265	18.459	23,1%	4.352	18.767	23,2%
OSPEDALE DI TOLMEZZO	1.292	5.708	22,6%	1.288	5.490	23,5%
OSPEDALE DI SAN DANIELE	1.130	6.576	17,2%	1.167	6.505	17,9%
AAS3	2.422	12.284	19,7%	2.455	11.995	20,5%
ASUIUD	6.074	24.678	24,6%	6.015	24.554	24,5%
IST. MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	52	362	14,4%	81	341	23,8%
ASUIUD	6.126	25.040	24,5%	6.096	24.895	24,5%
OSPEDALE PORDENONE	4.429	16.416	27,0%	4.192	16.413	25,5%
OSPEDALE SPILIMBERGO	1.176	2.001	58,8%	1.762	1.964	89,7%
OSPEDALE S.VITO	1.263	4.671	27,0%	1.310	4.889	26,8%
AAS5	6.868	23.088	29,7%	7.264	23.266	31,2%
BURLO	1.587	5.561	28,5%	1.674	5.761	29,1%
CRO	1.750	2.197	79,7%	1.769	2.196	80,6%
CDC- CITTA' DI UDINE	521	1.343	38,8%	688	1.421	48,4%
CDC - PINETA DEL CARSO	933	509	183,3%	891	526	169,4%
CDC- SALUS	618	1.235	50,0%	584	1.158	50,4%
CDC - SANATORIO TRIESTINO	776	689	112,6%	734	684	107,3%
CDC - S. GIORGIO	606	4.161	14,6%	711	4.313	16,5%
TOTALE FVG	31.429	113.969	27,6%	31.783	113.466	28,0%

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 2017			Gennaio - Dicembre 2018		
	Ricoveri ordinari	Ricoveri Oltresoglia	% Dimissioni	%	Ricoveri Oltresoglia	%
ASUITS	11.638	619	5,3%	10.324	533	5,2%
GORIZIA	2.407	183	7,6%	2.398	177	7,4%
MONFALCONE	1.740	70	4,0%	1.689	72	4,3%
LATISANA	1.605	28	1,7%	1.629	29	1,8%
PALMANOVA	2505	102	4,1%	2649	84	3,2%
AAS2	8.257	383	4,6%	8.365	362	4,3%
TOLMEZZO	2226	73	3,3%	2255	98	4,3%
SAN DANIELE	2.786	152	5,5%	2.665	157	5,9%
AAS3	5.012	225	4,5%	4.920	255	5,2%
UDINE	9.468	579	6,1%	9.333	655	7,0%
PORDENONE	7353	191	2,6%	7277	229	3,1%
SPIILIMBERGO	1294	23	1,8%	1388	16	1,2%
S.VITO	1.346	56	4,2%	1.445	57	3,9%
AAS5	9.993	270	2,7%	10.110	302	3,0%
I.R.C.C.S. BURLO	15	1	6,7%	17		0,0%
I.R.C.C.S. CRO	914	25	2,7%	1.008	42	4,2%
CDC CITTÀ DI UDINE	342	6	1,8%	322	6	1,9%
CDC PINETA DEL CARSO	92	4	4,3%	65	1	1,5%
CDC SALUS	237	28	11,8%	243	27	11,1%
CDC SANATORIO TRIESTINO	152	37	24,3%	153	48	31,4%
CDC CSAN GIORGIO	569	66	11,6%	551	81	14,7%
Totale FVG	46.689	2.243	4,8%	45.411	2.312	5,1%

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)

	Anno 2017			Anno 2018		
	fratture femore operate entro 2 gg	fratture femore	%	fratture femore operate entro 2 gg	fratture femore	%
ASUITS	383	513	74,7%	345	436	79,1%
GORIZIA	85	126	67,5%	70	131	53,4%
LATISANA	54	64	84,4%	20	33	45,9%
MONFALCONE	52	92	56,5%	39	85	60,6%
PALMANOVA	76	119	63,9%	65	114	57,0%
AAS2	267	401	66,6%	194	363	53,4%
SAN DANIELE	92	111	82,9%	66	93	71,0%
TOLMEZZO	91	115	79,1%	87	104	83,7%
AAS3	183	226	81,0%	153	197	77,7%
P.O. S.MARIA DELLA MISERICORDI	201	313	64,2%	206	291	70,8%
IST. MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE					1	
ASUIUD	201	313	64,2%	206	292	70,5%
PORDENONE	140	182	76,9%	140	180	77,8%
SAN VITO	34	54	63,0%	65	85	76,5%
SPLIMBERGO	36	59	61,0%	21	38	55,3%
AAS5	210	295	71,2%	226	303	74,6%
Totale FVG	1.244	1.750	71,1%	1.124	1.591	70,6%

TAB. 23. TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER BPCO

(OBIETTIVO REGIONALE: RIDUZIONE TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER BPCO PORTANDOLO AL DI SOTTO DI 52 PER 100.000 RESIDENTI 50-74 ANNI)

AZIENDA DI RESIDENZA	INDICATORE 2017	INDICATORE 2018
ASUITS	107,3	97,0
AAS2	59,0	55,0
AAS3	84,5	59,0
ASUIUD	56,6	41,2
AAS5	39,5	43,9
TOTALE FVG	67,0	58,3

TAB. 24. TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER SCOMPENSO CARDIACO

(OBIETTIVO REGIONALE: RIDUZIONE TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER SCOMPENSO CARDIACO PORTANDOLO AL DI SOTTO DI 200 PER 100.000 RESIDENTI 50-74 ANNI)

AZIENDA DI RESIDENZA	INDICATORE 2017	INDICATORE 2018
ASUITS	240,2	207,4
AAS2	276,7	235,8
AAS3	189,0	193,3
ASUIUD	180,2	149,9
AAS5	188,8	203,7
TOTALE FVG	215,4	198,9

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 DI RESIDENZA	INDICATORE 2017	INDICATORE 2018
ASUITS	36,9	36,9
AAS2	30,6	35,9
AAS3	25,7	39,6
ASUIUD	26,5	23,8
AAS5	29,9	25,6
TOTALE FVG	30,1	31,5

2.1.4 SPECIALISTICA AMBULATORIALE

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

	Gennaio - Dicembre 2017	Gennaio - Dicembre 2018	Δ%
Prestazioni ambulatoriali erogate per residenti	14.419.167	14.873.604	3,2%
Prestazioni ambulatoriali erogate per non residenti	637.712	684.676	7,4%
Totale FVG	15.056.879	15.558.280	3,3%

Incluse prestazioni di laboratorio

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

Azienda Residenza	Gennaio - Dicembre			Fuga 2017
	2017	2018	Δ%	
ASUITS	1.111.776	1.156.394	4,01	19.182
AAS2	906.375	920.298	1,54	28.769
AAS3	521.110	526.937	1,12	13.665
ASUIUD	810.477	830.578	2,48	20.363
AAS5	894.538	931.537	4,14	55.347
Totale FVG	4.244.276	4.365.744	2,86	137.326

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

AZIENDA EROGANTE	Gennaio - Dicembre 2017	Gennaio - Dicembre 2018	Δ%
ASUITS	2.849.809	2.927.904	2,74%
AAS2	2.662.438	2.729.918	2,53%
AAS3	1.687.652	1.679.602	-0,48%
ASUIUD	3.680.087	3.819.218	3,78%
AAS5	3.489.800	3.611.649	3,49%
I.R.C.C.S. Burlo	235.757	259.121	9,91%
I.R.C.C.S. CRO	451.336	530.868	17,62%
Totale FVG	15.056.879	15.558.280	3,3%

TAB. 29. PRESTAZIONI AMBULATORIALI PER ABITANTE SULLA POPOLAZIONE PESATA

(OBIETTIVO REGIONALE <= 3,4 PRO-CAPITE)

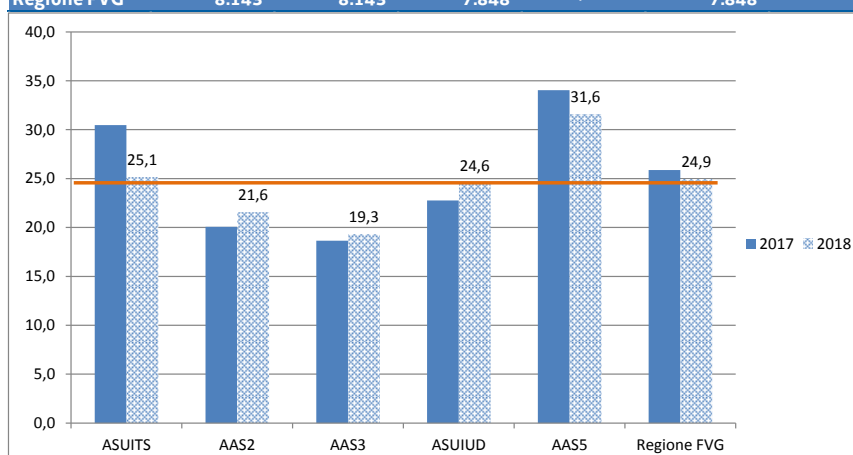
Azienda di Residenza	popolazione residente 2017	Prestazioni per abitante		popolazione pesata LG 2018	Prestazioni per abitante per popolazione pesata	
		2017	2018		2016	2017
ASUITS	234.691	4,82	5,01	280.607	4,0	4,2
AAS2	249.734	3,74	3,80	286.123	3,3	3,3
AAS3	168.899	3,17	3,20	193.439	2,8	2,8
ASUIUD	251.502	3,30	3,38	283.340	2,9	3,0
AAS5	312.080	3,04	3,16	335.458	2,8	2,9
Friuli Venezia Giulia	1.216.906	3,60	3,70	1.378.967	3,2	3,3

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

PRESTAZIONI	Gennaio - Dicembre 2017			Gennaio - Dicembre 2018			Variazioni periodo %		
	pubblico	privato	totale prestazioni	pubblico	privato	totale prestazioni	pubblico	privato	totale prestazioni
ALTRE PRESTAZIONI	389.092	13.588	402.680	399.896	11.572	411.468	2,8%	-14,8%	2,2%
ANESTESIA	28.023	926	28.949	30.743	495	31.238	9,7%	-46,5%	7,9%
CARDIOLOGIA	235.370	27.998	263.368	244.396	31.913	276.309	3,8%	14,0%	4,9%
CHIRURGIA GENERALE	49.078	5.796	54.874	49.059	5.288	54.347	0,0%	-8,8%	-1,0%
CHIRURGIA PLASTICA	75.011	1.537	76.548	78.516	1.254	79.770	4,7%	-18,4%	4,2%
CHIRURGIA VASCOLARE - ANC	10.320	1.220	11.540	11.294	1.371	12.665	9,4%	12,4%	9,7%
DERMOSIFILOPATIA	120.839	12.567	133.406	127.998	13.267	141.265	5,9%	5,6%	5,9%
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI:	14.213		14.213	13.596		13.596	-4,3%		-4,3%
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI:	444.985	196.703	641.688	471.088	191.653	662.741	5,9%	-2,6%	3,3%
ENDOCRINOLOGIA	66.851	2	66.853	72.950		72.950	9,1%		9,1%
GASTROENTEROLOGIA - CHIRI	73.056	7.391	80.447	78.867	8.168	87.035	8,0%	10,5%	8,2%
LAB. ANALISI CHIMICO CLINICI	9.705.815	847.830	10.553.645	10.234.095	687.972	10.922.067	5,4%	-18,9%	3,5%
MEDICINA FISICA E RIABILITAZ	385.313	364.955	750.268	372.171	362.013	734.184	-3,4%	-0,8%	-2,1%
MULTIBRANCA	251.408	130.785	382.193	266.933	138.701	405.634	6,2%	6,1%	6,1%
NEFROLOGIA	210.784	8.440	219.224	212.732	8.699	221.431	0,9%	3,1%	1,0%
NEUROCHIRURGIA	9.849	1.158	11.007	11.118	492	11.610	12,9%	-57,5%	5,5%
NEUROLOGIA	63.760	1.874	65.634	67.520	2.206	69.726	5,9%	17,7%	6,2%
OCULISTICA	270.072	39.796	309.868	277.583	41.400	318.983	2,8%	4,0%	2,9%
ODONTOSTOMATOLOGIA - CH	87.123	3.715	90.838	87.673	2.801	90.474	0,6%	-24,6%	-0,4%
ONCOLOGIA	139.732	176	139.908	156.263	24	156.287	11,8%	-86,4%	11,7%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOG	141.153	16.264	157.417	141.246	18.231	159.477	0,1%	12,1%	1,3%
OSTETRICA E GINECOLOGIA	118.450	8.910	127.360	124.836	8.888	133.724	5,4%	-0,2%	5,0%
OTORINOLARINGOIATRIA	131.231	6.402	137.633	133.246	7.373	140.619	1,5%	15,2%	2,2%
PNEUMOLOGIA	102.077	5.922	107.999	106.691	6.988	113.679	4,5%	18,0%	5,3%
PSICHIATRIA	18.586	150	18.736	17.545	1.473	19.018	-5,6%	882,0%	1,5%
RADIOTERAPIA	139.255		139.255	142.543		142.543	2,4%		2,4%
UROLOGIA	59.335	7.245	66.580	60.301	7.856	68.157	1,6%	8,4%	2,4%
branca non definita	4.436	312	4.748	7.207	76	7.283	62,5%	-75,6%	53,4%
Totale FVG	13.345.217	1.711.662	15.056.879	13.998.106	1.560.174	15.558.280	4,9%	-8,9%	3,3%

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

Azienda di Residenza	Prestazioni in FVG			Variazione %	Anno 2018	Fuga 2017	Popolazione Residente 2017 over 65	indicatore	
	anno 2017	gen-dic 2017	gen-dic 2018					2017	2018
ASUITS	2.037	2.037	1.680	-17,53	1.680	7	67.103	30,5	25,1
AAS2	1.314	1.314	1.412	7,46	1.412	5	65.703	20,1	21,6
AAS3	837	837	866	3,46	866	2	44.973	18,7	19,3
ASUIUD	1.460	1.460	1.576	7,95	1.576	6	64.421	22,8	24,6
AAS5	2.495	2.495	2.314	-7,25	2.314	10	73.581	34,0	31,6
Regione FVG	8.143	8.143	7.848	-3,62	7.848	30	315.781	25,9	24,9



2.1.5 PARTI

TAB. 32. PARTI IN PUNTI NASCITA DELLA REGIONE

Parti in regione	PRESIDIO	Parti 2017	Parti 2018	% differenza	di cui da madri	
					residenti in FVG	Non residenti in FVG
AAS2	MONFALCONE	741	701	-5%	666	35
	LATISANA	2	2	0%	1	1
	PALMANOVA	729	777	7%	723	54
AAS3	SAN DANIELE	905	886	-2%	868	18
	TOLMEZZO	388	390	1%	376	14
ASUI UD	UDINE	1.524	1.378	-10%	1.311	67
AAS5	PORDENONE	987	1.068	8%	867	201
	SAN VITO	799	759	-5%	547	212
BURLO	Ospedali Infantile Burlo G.	1.495	1.478	-1%	1.402	76
cdc SAN GIORGIO	Casa di cura S. Giorgio (PN)	694	692	0%	522	170
	Domicilio/Altro luogo	33	20	-39%	20	0
Totale FVG		8.297,0	8151	-1,76%	7.303,0	848

TAB. 33 NATI IN PUNTI NASCITA DELLA REGIONE

Nati in regione	PRESIDIO	Nati 2017	Nati 2018	% differenza	di cui da madri	
					residenti in FVG	Non residenti in FVG
AAS2	MONFALCONE	748	708	-5%	673	35
	LATISANA	2	2	0%	1	1
	PALMANOVA	738	780	6%	725	55
AAS3	SAN DANIELE	917	893	-3%	875	18
	TOLMEZZO	391	392	0%	378	14
ASUI UD	UDINE	1.587	1.422	-10%	1.352	70
AAS5	PORDENONE	1.012	1.091	8%	882	209
	SAN VITO	802	760	-5%	547	213
BURLO	Ospedali Infantile Burlo G.	1.528	1.507	-1%	1.429	78
cdc SAN GIORGIO	Casa di cura S. Giorgio (PN)	698	696	0%	526	170
	Domicilio/Altro luogo	33	20	-39%	20	0
Totale FVG		8.456,0	8271	-2,19%	7.408,0	863

TAB. 34. PERCENTUALE PARTI CESAREI

(OBIETTIVO REGIONALE: MANTENIMENTO PARTI CESAREI ≤ 20%)

	anno 2017			anno 2018		
	Parti	Cesarei	%	Parti	Cesarei	%
ASUITS	-	-	0,00	1	1	100,00
LATISANA	3	-	0,00	4	-	0,00
MONFALCONE	652	66	10,12	620	81	13,06
PALMANOVA	664	96	14,46	722	93	12,88
AAS2	1.319	162	12,28	1.346	174	12,93
SAN DANIELE	846	125	14,78	837	122	14,58
TOLMEZZO	348	50	14,37	350	41	11,71
AAS3	1.194	175	14,66	1.187	163	13,73
ASUIUD	1.351	334	24,72	1.200	213	17,75
PORDENONE	845	173	20,47	863	153	17,73
SAN VITO	711	81	11,39	684	90	13,16
AAS5	1.556	254	16,32	1.547	243	15,71
BURLO	1.318	223	16,92	1.285	217	16,89
SALUS	1	-	0,00	-	-	0,00
SAN GIORGIO	638	115	18,03	568	98	17,25
Totale FVG	7.377	1.263	17,12	7.134	1.109	15,55

TAB. 35. PERCENTUALE PARTI CESAREI DEPURATI (NTSV)

(OBIETTIVO REGIONALE: MANTENIMENTO DELLA PERCENTUALE DEI PARTI CESAREI DEPURATI (NTSV) AL DI SOTTO DEL 20% DEI PARTI TOTALE DEI PARTI DEPURATI)

	anno 2017			anno 2018		
	Parti	Cesarei NTSV	%	Parti	Cesarei NTSV	%
MONFALCONE	313	34	10,86	291	49	16,84
PALMANOVA	313	45	14,38	345	51	14,78
AAS2	626	79	12,62	636	100	15,72
SAN DANIELE	399	54	13,53	403	56	13,90
TOLMEZZO	175	29	16,57	163	19	11,66
AAS3	574	83	14,46	566	75	13,25
ASUIUD	620	121	19,52	511	69	13,50
PORDENONE	387	81	20,93	410	66	16,10
SAN VITO	311	30	9,65	331	49	14,80
AAS5	698	111	15,90	741	115	15,52
BURLO	641	98	15,29	635	98	15,43
SAN GIORGIO	301	61	20,27	298	50	16,78
Totale FVG	3.460	553	15,98	3.387	507	14,97

TAB. 36. PERCENTUALE PARTI INDOTTI

(OBIETTIVO REGIONALE PARTI INDOTTI DEVONO ESSERE RIDOTTI AL DI SOTTO DEL 22%)

PRESIDIO	anno 2017			anno 2018			
	Parti	parti indotti	%	Parti	parti indotti	%	
MONFALCONE	607	113	18,62	561	107	19,07	
LATISANA	2	-	0,00	2	-	0,00	
PALMANOVA	582	122	20,96	639	149	23,32	
	AAS2	1.191	235	19,73	1.202	256	21,30
SAN DANIELE	743	151	20,32	734	141	19,21	
TOLMEZZO	308	52	16,88	325	61	18,77	
	AAS3	1.051	203	19,31	1.059	202	19,07
	ASUIUD	1.077	290	26,93	1.073	369	34,39
PORDENONE	721	173	23,99	792	191	24,12	
SAN VITO	647	152	23,49	606	140	23,10	
	AAS5	1.368	325	23,76	1.398	331	23,68
	BURLO	1.172	243	20,73	525	101	19,24
	SAN GIORGIO	535	74	13,83	1.154	281	24,35
	ALTRO LUOGO	33	-	0,00	19	-	0,00
Totale FVG	6.427	1.370	21,32	6.430	1.540	23,95	

2.2 Assistenza territoriale

2.2.1 ASSISTENZA SANITARIA DI BASE

TAB. 37. ASSISTENZA SANITARIA DI BASE 2018

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
AAS1	MMG	178	2.190	136.292	66.355	204.837	198	225.149
	PLS	20	20.136	176	20.312			
AAS2	MMG	178	2.603	151.316	65.583	219.502	204	243.600
	PLS	26	23.984	114	24.098			
AAS3	MMG	131	2.435	100.111	44.090	146.636	146	161.500
	PLS	15	14.810	54	14.864			
AAS4	MMG	184	2.724	155.452	64.614	222.790	209	246.472
	PLS	25	23.654	28	23.682			
AAS5	MMG	203	3.312	193.675	73.980	270.967	238	306.551
	PLS	35	35.321	263	35.584			
Totale FVG	MMG	874	13.264	736.846	314.622	1.064.732	995	1.183.272
	PLS	121	117.905	635	-	118.540		

(a) assistiti al 31.12.2018

TAB. 38. COPERTURA DELL'ASSISTENZA

Azienda	Assistenza sanitaria di base				Pediatri di libera scelta			
	assistiti	residenti al 31/12/2017	differenza	diff %	assistiti 0-13 aa al 31/12/2017	residenti	differenza	diff %
AAS1	225.149	210.494	14.655	7,0%	20.312	24.197	-3.885	-16,1%
AAS2	243.600	222.191	21.409	9,6%	24.098	27.543	-3.445	-12,5%
AAS3	161.500	150.656	10.844	7,2%	14.864	18.243	-3.379	-18,5%
AAS4	246.472	223.117	23.355	10,5%	23.682	28.385	-4.703	-16,6%
AAS5	306.551	272.644	33.907	12,4%	35.584	39.436	-3.852	-9,8%
Totale FVG	1.183.272	1.079.102	104.170	9,7%	118.540	137.804	-19.264	-14,0%

2.2.2 RSA

TAB. 39 DIMISSIONI DEI RESIDENTI IN RSA

	posti letto 31/12/2017	posti letto 31/12/2018	Anno 2017	Anno 2018	Diff %	Presenza media giornaliera	Degenza media	% Occup. media
ASUI TS	233	233	3.126	2.982	-4,6%	217,01	26,6	93,14%
ASS 2	175	179	1.732	1.675	-3,3%	137,50	30,0	76,82%
ASS 3	167	162	2.192	2.203	0,5%	132,35	21,9	81,69%
ASUI UD	140	144	1.823	1.717	-5,8%	125,43	26,7	87,10%
ASS 5	179	179	2.293	2.123	-7,4%	148,39	25,5	82,90%
Totale FVG	894	897	11.166	10.700	-4,2%	760,6739726	26	1

TAB. 40. GIORNATE DI DEGENZA DEI RESIDENTI IN RSA

	posti letto 31/12/2017	posti letto 31/12/2018	Anno 2017	Anno 2018	Diff %
ASUI TS	233	233	83.033	79.207	-4,6%
ASS 2	175	179	48.594	50.189	3,3%
ASS 3	167	162	47.766	48.306	1,1%
ASUI UD	140	144	44.978	45.781	1,8%
ASS 5	179	179	56.042	54.163	-3,4%
Totale FVG	894	897	280.413	277.646	-1,0%

2.2.3 ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

TAB. 41. ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

UTENTI

	Utenti			Utenti con Piano Assistenziale		
	anno 2017	anno 2018	%	anno 2017	anno 2018	%
ASUITS	9.215	9.458	2,6%	5.245	5.354	2,1%
AAS2	8.296	8.639	4,1%	4.565	4.800	5,1%
AAS3	5.978	5.991	0,2%	3.419	3.356	-1,8%
ASUIUD	7.784	7.966	2,3%	3.666	3.528	-3,8%
AAS5	9.442	9.558	1,2%	3.802	4.005	5,3%
Totale FVG	40.715	41.612	2,2%	20.697	21.043	1,7%

ACCESSI

	Accessi			Accessi con Piano Assistenziale		
	anno 2017	anno 2018	%	anno 2017	anno 2018	%
ASUITS	140.614	140.265	-0,2%	120.088	120.574	0,4%
AAS2	112.391	118.620	5,5%	98.250	103.281	5,1%
AAS3	98.942	99.789	0,9%	90.243	90.172	-0,1%
ASUIUD	141.717	155.018	9,4%	117.295	127.657	8,8%
AAS5	136.213	138.915	2,0%	98.316	102.166	3,9%
Totale FVG	629.877	652.607	3,6%	524.192	543.850	3,8%

TAB. 42. UTENTI OVER 65 CON PIANO ASSISTENZIALE
AZIENDA

	Assistiti Over 65 anno 2017	Indicatore 2017	Assistiti Over 65 anno 2018	Indicatore 2018	Residenti Over 65 31/12/2017
ASUITS	1.556	2,32	1.576	2,35	67.103
AAS2	2.092	3,18	2.791	4,25	65.703
AAS3	1.193	2,65	1.205	2,68	44.973
ASUIUD	1.751	2,72	1.847	2,87	64.421
AAS5	2.459	3,34	2.896	3,94	73.581
Totale FVG	9.051	2,87	10.315	3,27	315.781

DISTRETTO

	Residenti Over 65 31/12/2017	Assistiti Over 65 anno 2017	Stima Assistiti Over 65 anno 2018	indicatore 2017	indicatore 2018
VIA STOCK	17.406	405	412	2,33	2,37
VIA PIETA'	14.826	440	400	2,97	2,70
VALMAURA	18.966	376	446	1,98	2,35
SAN GIOVANNI	15.779	335	318	2,12	2,02
DISALLINEAM. TS	126			0,00	
ASUI TS	67.103	1.556	1.576	2,32	2,35
ALTO ISONTINO	18.176	421	785	2,32	4,32
BASSO ISONTINO	19.006	497	637	2,61	3,35
CERVIGNANO	15.148	553	717	3,65	4,73
LATISANA	13.373	621	652	4,64	4,88
AAS 2	65.703	2.092	2.791	3,18	4,25
GEMONA	8.072	305	260	3,78	3,22
TOLMEZZO	10.666	337	299	3,16	2,80
SAN DANIELE	13.322	358	404	2,69	3,03
CODROIPO	12.913	193	242	1,49	1,87
AAS 3	44.973	1.193	1.205	2,65	2,68
TARCENTO	11.033	321	346	2,91	3,14
CIVIDALE	13.032	499	497	3,83	3,81
UDINE	40.356	931	1.004	2,31	2,49
ASUI UD	64.421	1.751	1.847	2,72	2,87
SAN VITO (EST)	9.379	316	389	3,37	4,15
MANIAGO (NORD)	13.499	620	699	4,59	5,18
SACILE (OVEST)	14.311	510	588	3,56	4,11
AZZANO X (SUD)	12.855	415	537	3,23	4,18
PORDENONE	23.537	598	683	2,54	2,90
AAS 5	73.581	2.459	2.896	3,34	3,94
Totale FVG	315.781	9.051,00	10.315	2,87	3,27

2.2.4 Hospice

TAB. 43. DIMISSIONI DA HOSPICE

	posti letto 31/12/2017	posti letto 31/12/2018	Anno 2017	Anno 2018	Diff %
ASUITS	19	19	357	412	15,4%
AAS 2	21	16	306	269	-12,1%
AAS 3	0	0	6	0	-100,0%
ASUI UD	12	8	276	218	-21,0%
AAS 5	10	10	288	232	-19,4%
Totale FVG	62	53	1.233	1.131	-8,3%

TAB. 44. GIORNATE DI DEGENZA IN HOSPICE

	posti letto 31/12/2017	posti letto 31/12/2018	Anno 2017	Anno 2018	Diff %
ASUITS	19	19	5.383	5.816	8,0%
AAS 2	21	16	5.482	4.800	-12,4%
AAS 3	0	0	65	0	-100,0%
ASUI UD	12	8	3.724	2.525	-32,2%
AAS 5	10	10	2.551	2.645	3,7%
Totale FVG	62	53	17.205	15.786	-8,2%

2.2.5 Salute Mentale

TAB. 45. UTENTI IN CARICO NEI CENTRI DI SALUTE MENTALE

(OBIETTIVO REGIONALE: >= 10 PER 1.000 ABITANTI)

	Pop. >=18 anni	Utenti DSM	Prevalenza DSM
ASUITS	203.033	4.042	19,91
AAS2	213.403	4.135	19,38
AAS3	143.690	3.315	23,07
ASUIUD	214.440	3.890	18,14
AAS5	261.262	4.656	17,82
TOTALE FVG	1.035.828	20.038	19,34

3. LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

POLITICHE DEL PERSONALE

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

In tale contesto, le regole per la programmazione delle risorse umane nell'anno 2018 dettate dal documento Linee per la gestione del servizio sanitario regionale approvato nella versione definitiva con DGR n. 185 del 02.02.2018 hanno previsto che la manovra del personale dovesse essere, prioritariamente, impostata in coerenza con l'evoluzione degli assetti organizzativi ed istituzionali delineatisi dall'attuazione della LR. n.17/2014 di riforma sanitaria. La manovra doveva, inoltre, realizzarsi nel rispetto di una gestione delle risorse umane efficiente volta a valorizzare le competenze in relazione alle *mission* aziendali e a garantire la tutela e la salvaguardia della salute dei lavoratori, realizzando conseguentemente l'ottimizzazione delle risorse finanziarie assorbite.

La manovra del personale doveva, infine, esprimere in termini quali-quantitativi il fabbisogno del personale necessario al funzionamento delle strutture e alla realizzazione delle progettualità stabilite a livello regionale.

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

Le eventuali variazioni della manovra del personale potevano essere realizzate, esclusivamente, nel rispetto dell'equilibrio di bilancio 2018 ed in proiezione negli anni successivi.

Nel dar corso alle assunzioni, le Aziende ed Enti dovevano dare priorità all'attuazione delle disposizioni di cui alla DGR 1384/2016 e all'art. 20 del D. Lgs. 75/2017 in materia di stabilizzazioni del personale precario. Si ricorda, in proposito che in data 15 febbraio 2018 e in data 07 marzo 2018, sono stati sottoscritti i Protocolli Regionali, rispettivamente del comparto e della dirigenza, recanti gli obiettivi e le prime indicazioni sull'applicazione, nell'ambito del SSR, delle disposizioni in tema di stabilizzazione del personale per il triennio 2018-2020.

Tali Protocolli sono stati approvati rispettivamente con DGR n. 430 del 02.03.2018 e DGR nn. 562 e 563 del 15.03.2018.

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

Sono state, inoltre, impartite le seguenti prescrizioni su alcune specifiche tematiche:

- 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 dai documenti di programmazione annuale, lo spostamento del personale doveva avvenire prioritariamente su base volontaria, stante anche la complessità dei diversi contesti organizzativi con particolare riguardo alla loro valenza sovra –aziendale. Atteso, inoltre,

l'interesse del sistema affinché gli Enti del SSR dessero attuazione ai processi di mobilità è stato disposto che fosse concesso il previsto parere sulle richieste di trasferimento del personale interessato, in modo tale da consentire, in via prevalente, la mobilità volontaria, in particolare, del personale proveniente dagli Enti del SSR verso l'EGAS per le attività connesse alla Centrale Operativa regionale 118;

- prestazioni aggiuntive: nel 2018, le aziende potevano acquisire prestazioni aggiuntive nei confronti degli infermieri e dei tecnici sanitari di radiologia medica, nei limiti e alle condizioni stabilite dall'articolo 1, comma 2 e ss. del DL 402/2001 convertito con L. 8.01.2002 e s.m.e.i. e, per quanto riguarda la dirigenza medica nel rispetto dell'art. 55 del CCNL 8.6.2000 e dell'art. 18 del CCNL 3.11.2005. Era stato altresì disposto che: *"(..) Trattandosi di eventualità non programmabile, qualora ne ricorrano le condizioni, l'Ente richiederà apposita autorizzazione regionale. La richiesta di autorizzazione dovrà dimostrare il preventivo ricorso all'istituto del lavoro straordinario e l'utilizzo degli altri fondi contrattuali, attraverso l'invio dei relativi accordi integrativi aziendali, nella considerazione che l'acquisto di prestazioni aggiuntive deve collocarsi in modo coerente con le più ampie esigenze derivanti dalle disposizioni di contenimento della spesa del personale (..)"*;
- rinnovi contrattuali: è stato previsto che gli oneri dei rinnovi dei contratti collettivi nazionali di lavoro ricadenti sull'anno 2018, sarebbero stati finanziati dalla Regione con un'apposita linea di finanziamento sulle spese sovra-aziendali.

Sulla base di questi elementi si è svolta la negoziazione tra le Aziende e la Direzione Centrale Salute Politiche Sociali e Disabilità; al termine di tale fase sono stati prodotti gli atti di programmazione e i bilanci preventivi 2018 debitamente deliberati da tutte le aziende, contenenti anche la programmazione del personale per l'anno 2018.

Con la DGR n. 1423 del 27 luglio 2018 "LR 49/1996 art. 16 e art. 20 Programmazione annuale 2018 del servizio sanitario regionale" di approvazione della programmazione annuale degli Enti del SSR, è stato precisato che la manovra del personale contenuta nei vari piani era solo parzialmente rappresentativa poiché teneva conto delle cessazioni note alla data di stesura del PAL/PAO mentre, statisticamente, il numero di cessazioni definitive che si registrano poi a consuntivo è sempre superiore a quanto indicato nel bilancio di previsione.

Il preventivo consolidato 2018 evidenziava, altresì, che la manovra delle assunzioni presentata avrebbe prodotto nell'anno 2018, un significativo aumento dei costi fissi del personale 2018 rispetto alla chiusura 2017, stimabile in circa 12 milioni di euro secondo i dati emersi dai Bilanci Preventivi aziendali.

Conseguentemente, è stato stabilito che la manovra, anche al fine del rispetto della normativa nazionale in materia di contenimento dei costi del personale dipendente, dovesse essere necessariamente valutata secondo una prudente gestione delle risorse umane e delle scelte assunzionali, prevedendo che la singola assunzione si potesse realizzare esclusivamente in presenza dell'equilibrio economico dell'esercizio 2018 e della garanzia dell'assorbimento dei costi sul 2019 (cosiddetto effetto trascinamento).

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

In aggiunta, si evidenziava, l'emanazione in data 8 maggio 2018 delle "Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale da parte delle amministrazioni pubbliche" ai

sensi dell'articolo 6-ter, comma 1, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, come inserito dall'articolo 4, comma 3, del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75. Veniva, altresì, precisato che la realizzazione della manovra del personale doveva trovare coerenza con l'attuazione delle progettualità portate avanti dalle Linee di gestione ed in particolare:

- attuazione delle specifiche progettualità regionali indicate nelle Linee di Gestione;
- sviluppo dei progetti di riorganizzazione delle funzioni dei contenuti delle delibere di Giunta Regionale nn. 2673/2014, 929/2015, 1437/2015, 2151/2015, e 613/2016;
- graduale attuazione degli atti aziendali approvati;
- attuazione per gli aspetti riguardanti il personale delle funzioni affidate all'Ente per la Gestione Accentrate dei Servizi Condivisi;
- relativamente alle funzioni amministrative e tecniche oggetto di accorpamenti le aziende prima di procedere a qualsiasi assunzione dovranno porre in essere processi di riorganizzazione al fine assicurare le attività tramite l'utilizzo di risorse interne.

Si è, inoltre, ribadita la necessità che il progressivo trasferimento all'Ente per la Gestione Accentrate dei Servizi Condivisi delle diverse funzioni sia di natura tecnico-amministrativa che di natura sanitaria dovesse essere garantito in un'ottica di efficienza dei servizi e di razionalizzazione dei costi a livello di sistema, con modalità e procedure di neutralità economica per il SSR.

A tal fine, il trasferimento delle quote dei fondi contrattuali da parte delle aziende del SSR ad Egas doveva realizzarsi affinché il saldo tra l'azienda/ente cedente e l'azienda/ente acquirente rimanesse inalterato a livello regionale. Ciò valeva anche nell'ipotesi di trasferimento di funzioni tra aziende/enti del SSR.

Relativamente al tema dei fondi contrattuali, è stato richiamato il rispetto della disposizione di cui all'articolo 23, comma 2, del d. lgs. n. 75/2017.

Infine, con nota prot. n. 18613 del 05.10.2018 la Direzione Centrale Salute ha previsto, per l'ultimo trimestre del 2018, un percorso di preventiva autorizzazione regionale alle assunzioni di personale per le Aziende del SSR che proiettavano un risultato d'esercizio in perdita nel rendiconto economico infrannuale. La necessità di richiedere l'autorizzazione preventiva è durata fino al 31.12.2018.

L'analisi della gestione delle risorse umane del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2018 va quindi effettuata in relazione ai contenuti della n. DGR n. 185/2018 (linee di gestione) e della DGR n. 1423/2018 (approvazione del preventivo 2018).

IL PERSONALE DIPENDENTE

L'esposizione che segue, rappresenta la dotazione di personale del SSR nel 2018 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 31.12.2018 si attesta ad un totale di **20.313 unità** e, rispetto alla dotazione di personale risultante al 31.12.2017, registra un incremento complessivo di personale dipendente del servizio sanitario regionale **pari a 163 unità**.

L'incremento più importante si registra nel personale di assistenza in quanto il personale infermieristico aumenta di 148 unità mentre gli oss di 64 unità. In crescita anche il personale

amministrativo con + 100 unità. Il calo principale ha riguardato, invece, il personale tecnico (- 23 unità), fatto salvo l'aumento registrato dagli oss.

In generale, il saldo tra unità in ingresso e unità in uscita nel SSR durante il 2018 è stato abbastanza graduale ed uniforme nel corso dei mesi, registrando saldi positivi più rilevanti nei mesi centrali dell'anno (da maggio ad agosto), con un calo nei mesi di ottobre e dicembre.

Si presenta, di seguito, la dotazione del personale al 31/12/2017 e al 31/12/2018 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	31/12/2017	31/12/2018	diff. 2018/2017	delta %
TOTALE	20.150	20.313	163	0,81%

La tabella successiva rappresenta l'andamento a livello aziendale confrontando l'anno 2017 con il 2018.

AZIENDE	31/12/2017	31/12/2018	diff. 2018/2017	delta %
ASUITS	4.269	4.179	-90	-2,11%
A.A.S. 2 - Bassa Friulana – Isontina	3.214	3.337	123	3,83%
A.A.S. 3 - ALTO FR. COLL. MEDIO FR.	2.111	2.137	26	1,23%
ASUIUD *	5.300	5.311	11	0,21%
A.A.S. 5 - FRIULI OCCIDENTALE	3.782	3.797	15	0,40%
IRCCS Burlo Trieste	690	708	18	2,61%
IRCCS Cro Aviano	650	674	24	3,69%
EGAS	134	170	36	26,87%
TOTALE REGIONE	20.150	20.313	163	0,81%

* comprende anche il personale universitario

Come si può notare dalla tabella la manovra sviluppata nel corso dell'anno registra saldi positivi in tutte le aziende fatta eccezione per l'ASUI TS. Il dato più significativo di incremento si riscontra nell'AAS 2 e, come evidenziato nella relazione di gestione dall'azienda medesima, il saldo positivo deriva prevalentemente dal riassorbimento del personale dell'Area Welfare prima in regime di somministrazione poi assunto con contratto a tempo determinato nel corso del 2018.

La distribuzione del personale dipendente del SSR per ruolo, categoria contrattuale e profilo professionale alla data del 31.12.2018 è illustrata nella tabella che segue (in calce alla stessa è stato evidenziato il personale appartenente ai Servizi delegati gestiti dalle AAS n° 3, ASUI UD, e AAS 5.

	ASUITS	AAS2	AAS3	ASUIUD	AAS5	BURLO di Trieste	C.R.O. di Aviano	EGAS	TOTALE AL 31/12/2018
RUOLO SANITARIO									
Dirigenti sanitari	95	64	34	98	59	18	38	8	414
di cui responsabile di SOC	5	3	1	2	1		1		13
Profilo									0
Biologi	15	4		28	13	8	21		89
Chimici	1	2		3	1	1	1		9
Dirigente delle Professioni Sanitarie	11	4	2	8	4	1	2	1	33
Farmacisti	13	10	8	16	10	4	4	7	72
Fisici	7			8	1		8		24
Psicologi	48	44	24	35	30		4	2	187
Comparto sanitari	2.198	1.776	1.121	2.811	2.004	349	290	47	10.596
Personale Infermieristico	1.602	1.355	851	2.033	1.476	230	189	46	7.782
Col.Prof.San.Assist.Sanitario	48	37	19	47	57		1		209
Altro personale infermieristico	28	66	54	76	80	69	1		374
Personale di assistenza	75	48	41	33	34	9	1		241
Tecnici diagnostici/tecnici assistenza	265	117	32	356	170	23	97	1	1.061
Tecnici prev.Ambiente e nei Luoghi di Lavoro	27	31	36	41	48	3	1		187
Personale della riabilitazione	153	122	88	225	139	15			742
Dirigenti Medici e Veterinari	569	504	292	823	563	137	114	5	3.007
Dirigenti medici	559	489	269	810	537	137	114	5	2.920
di cui responsabile di SOC	28	38	28	59	43	11	12	1	220
Dirigenti veterinari	10	15	23	13	26				87
di cui responsabile di SOC	1		1		2				4
Contratto Indiv. Penitenziario			1		1				2
Totale ruolo sanitario	2.862	2.344	1.448	3.732	2.627	504	442	60	14.019
RUOLO TECNICO									0
Dirigenti tecnici		3	2	6	4	3	4	3	25
di cui responsabile di SOC					1				1
Analista		2	1	1	1			1	6
Sociologi		1	1	5	2			1	10
Statistico					1	3	4	1	9
Comparto tecnico	952	716	513	1.158	831	121	145	3	4.439
Assistente Tecnico	30	11	7	21	6	3	6		84
Aus.Spec.Serv.Socio-Assistenziali	108	34	31	92	33	8	21		327
Aus.Spec.Serv.Tec.Economali	10	16	4	19	13	4	4		70
Col.Prof.Assist.Soc.Esperto		3	1	1					5
Col.Prof.Assistente Sociale	28	13	18	20	17	1			97
Col.Tecn.Prof.Esperto	2	2	1	5	2	1			13
Col.Tecn.Professionale	39	10	8	25	14	4	3	2	105
Op.Tecn.Addetto Assistenza	11	9	4	18	8	1	4		55
Op.Tecnico Coord.Spec. Esperto		2	3	6	5		2		18
Op.Tecnico Specializzato	55	43	19	29	36	1	9		192
OP.Tecnico Specializzato Esperto	35	21	28	42	25	1	6		158
Operatore Socio Sanitario	569	483	361	809	603	75	53	1	2.954
Operatore Tecnico	64	69	28	71	67	20	33		352
Programmatore	1				2	2	4		9
totale ruolo tecnico	952	719	515	1.164	835	124	149	6	4.464
RUOLO AMMINISTRATIVO									0
Dirigenti amministrativi	19	13	8	13	13	8	5	11	90
di cui responsabile di SOC	7	6	3	7	4	2	1	2	32
Comparto amministrativo	331	258	164	390	315	69	76	89	1.692
Totale ruolo amministrativo	350	271	172	403	328	77	81	100	1.782
RUOLO PROFESSIONALE									
Dirigenti professionali	15	3	2	10	7	3	2	4	46
di cui responsabile di SOC	3	1	1	5	3	1	1		15
Comparto professionale Assistente Religioso				2					2
Totale ruolo professionale	15	3	2	12	7	3	2	4	48
TOTALE PER ATTIVITA' SANITARIE	4.179	3.337	2.137	5.311	3.797	708	674	170	20.313
SERVIZI DELEGATI									
Personale servizi in delega			131	60	72				263
TOTALE PERSONALE SSR FVG	4.179	3.337	2.268	5.371	3.869	708	674	170	20.576

comprende il personale universitario della sola ASUI UD (n. 61 unità di cui 57 medici e 4 biologi). Si segnala che il personale universitario, alla data del 31 dicembre 2018, è presente anche nelle seguenti aziende:

- azienda Ospedaliero Universitaria "Ospedali Riuniti" di Trieste : n. 49 dirigenti medici;
- IRCCS "Burlo Garofalo" : n. 13 di cui 8 dirigenti medici e 5 dirigenti sanitari
- IRCCS Cro Aviano: n. 3 unità dirigente medico

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

RUOLO	31/12/2017	31/12/2018	diff. 2018/2017	delta %
Sanitario	13.931	14.019	88	0,63%
<i>di cui personale infermieristico</i>	7.634	7.782	148	1,94%
Tecnico	4.487	4.464	-23	-0,51%
<i>di cui operatori socio sanitari</i>	2.890	2.954	64	2,21%
Amministrativo	1.682	1.782	100	5,95%
Professionale	50	48	-2	-4,00%
TOTALE SSR	20.150	20.313	163	0,81%

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

Il ruolo sanitario considerato nel suo insieme complessivo registra un incremento di 88 unità rispetto al 2017; alla data del 31.12.2018 il personale appartenente al ruolo sanitario del SSR raggiunge un dato complessivo di 14.019 unità. Per quanto riguarda il personale infermieristico alla data del 31.12.2018, il SSR si attesta ad un dato pari a 7.782, con un incremento rispetto al 2017 di + 148 unità.

Il numero dei dirigenti medici e veterinari del SSR si attesta ad un dato complessivo di n. 3.007, di cui n. 2.920 dirigenti medici e n. 87 dirigenti veterinari, mentre sono 615 in totale le unità di personale riconducibili alla categoria "altro personale infermieristico" e "personale di assistenza". La consistenza del personale della riabilitazione al 31.12.2018 risulta di n. 742 unità, mentre i tecnici del ruolo sanitario (tecnici diagnostici/tecnici di assistenza e tecnici della prevenzione ambiente e nei luoghi di lavoro) si attestano complessivamente a n. 1.248 unità.

Il ruolo tecnico, complessivamente inteso, nel corso dell'anno 2018 registra una diminuzione di -23 unità. All'interno del ruolo tecnico, si evidenzia, tuttavia, un aumento del profilo professionale OSS, categoria Bs, che registra un dato complessivo al 31.12.2018 di 2954 unità (64 unità in più rispetto al 31.12.2017, dato questo ultimo che conferma il trend in crescita di tale profilo nell'ultimo triennio).

La consistenza di personale del ruolo professionale registra un dato complessivo pari a 48 unità (- 2 unità rispetto al 31.12.2017), di cui 46 sono dirigenti e 2 unità appartengono al comparto (assistente sanitario religioso).

Il personale del ruolo amministrativo registra un aumento di 100 unità rispetto al 2017 attestandosi alla data del 31.12.2018 complessivamente a 1.782 unità di cui 1.692 unità appartengono al comparto e 90 unità alla dirigenza. L'aumento concerne il personale amministrativo del comparto in quanto la dirigenza è stabile e i saldi più significativi si registrano nell'AAS 2 (+45) nell'Egas (+25) e nell'ASUI UD (+24), mentre l'unico calo si rileva nell'ASUI TS (-27).

Per quanto riguarda la dirigenza delle professioni sanitarie, alla data del 31.12.2018 risultano n. 33 unità in servizio (+ 5 rispetto al 2017) e di queste, 3 unità sono titolari di un incarico di direzione di SC (1 in AAS2 e 2 in ASUI TS).

Si rappresenta, di seguito, la distribuzione nelle diverse aziende dei dirigenti delle professioni sanitarie confrontando il 2017 e il 2018.

AZIENDE	31/12/2017	31/12/2018	diff. 2018/2017
ASUI TS	11	11	0
A.A.S. 2 - Bassa Friulana - Isontina	3	4	1
A.A.S. 3 - ALTO FR. COLL. MEDIO FR.	2	2	0
ASUI UD	6	8	2
A.A.S. 5 - FRIULI OCCIDENTALE	4	4	0
IRCCS Burlo Trieste	1	1	0
IRCCS Cro Aviano	1	2	1
EGAS	0	1	1
TOTALE REGIONE	28	33	5

Di seguito la distribuzione del personale del comparto in regime di part-time alla data del 31.12.2018 suddiviso per azienda e il confronto con il 2017.

AZIENDE	31/12/2017	31/12/2018	diff. 2018/2017
A.S.U.I. TS	221	188	-33
A.A.S. 2 - Bassa Friulana - Isontina	223	199	-24
A.A.S. 3 - ALTO FR. COLL. MEDIO FR.	293	277	-16
A.S.U.I. UD	586	547	-39
A.A.S. 5 - FRIULI OCCIDENTALE	443	421	-22
I.R.C.C.S. BURLO di Trieste	51	55	4
I.R.C.C.S. C.R.O. di Aviano	69	66	-3
EGAS	9	9	0
TOTALE REGIONE	1.895	1.762	-133

Con riferimento al personale supplente, va evidenziato un decremento di 12 unità rispetto al dato del 2017:

Supplenti AZIENDE	31/12/2017	31/12/2018	diff. 2018/2017
A.S.U.I. TS	11	12	1
A.A.S. 2 - Bassa Friulana - Isontina	3	3	0
A.A.S. 3 - ALTO FR. COLL. MEDIO FR.	5	7	2
A.S.U.I. UD	13	4	-9
A.A.S. 5 - FRIULI OCCIDENTALE	17	9	-8
I.R.C.C.S. BURLO di Trieste	0	0	0
I.R.C.C.S. C.R.O. di Aviano	2	4	2
TOTALE REGIONE	51	39	-12

Si segnala, infine, nella tabella successiva il dato del personale dipendente a tempo determinato presente al 31.12.2018 (già compreso nel numero di unità complessive alla data del 31.12.2018 pari a 20.313).

TEMPI DETERMINATI AZIENDE	31/12/2017	31/12/2018	diff. 2018/2017
A.S.U.I. TS	250	236	-14
A.A.S. 2 - Bassa Friulana - Isontina	156	307	151
A.A.S. 3 - ALTO FR. COLL. MEDIO FR.	79	108	29
A.S.U.I. UD	352	277	-75
A.A.S. 5 - FRIULI OCCIDENTALE	232	283	51
I.R.C.C.S. BURLO di Trieste	79	43	-36
I.R.C.C.S. C.R.O. di Aviano	29	49	20
Ente Gestione Accentrata Servizi	27	8	-19
Totale complessivo	1204	1311	107

Nel corso dell'anno si rileva un incremento del dato del personale a tempo determinato (+ 107 unità rispetto al 2017).

Per quanto riguarda gli incarichi dirigenziali ex articolo 15-septies del d. lgs 502/92 e s.m.e.i., alla data del 31.12.2018 risultano in servizio n. 3 unità con tale tipologia di rapporto di cui 1 unità presso l'ASUI TS, 1 unità presso l'ASUI UD e 1 unità presso il CRO di Aviano.

PERSONALE SOMMINISTRATO

Le aziende hanno fornito l'evidenza dei rapporti di somministrazione alla data del 31.12.2018. Il dato complessivo registra una diminuzione rispetto al 2017 di – 180 unità.

Alla data del 31.12.2018 risultano in forza nelle singole aziende ed enti del SSR i seguenti rapporti di somministrazione:

AZIENDE	rapporti somministrazione al 31/12/2018	RUOLO SAN	RUOLO AMM	RUOLO PROF	RUOLO TEC
ASUI TS	28	0	19	0	9
ASUI UD	21	6	5	0	10
AAS 2	1	0	0	0	1
AAS 3	10	2	4	0	4
AAS 5	40	9	14	0	17
BURLO	8	0	8	0	0
CRO	14	2	4	0	8
EGAS	7	0	6	0	1
totale	129	19	60	0	50

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 31.12.2018 pari a 20.313 (a decorrere dal 1.01.2015 il dato dei somministrati non rientra nei monitoraggi del personale dipendente).

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 2018 sono quelli aggiornati al mese di maggio 2019. 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 5. A decorrere dall'anno 2015 non rientrano nelle elaborazioni i rapporti di somministrazione. Rientra nel computo di AOU UD anche il personale universitario.

STABILIZZAZIONE PERSONALE PRECARIO (ART. 20 D. LGS N. 75/2017)

In data 15 febbraio 2018 e in data 07 marzo 2018, l'Amministrazione regionale e le OO.SS del comparto, della dirigenza medica e veterinaria e della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa, hanno sottoscritto i rispettivi Protocolli Regionali di definizione degli obiettivi e delle prime indicazioni in merito all'applicazione delle disposizioni in tema di stabilizzazione del personale precario di cui all'articolo 20 del D. Lgs n. 75/2017 per il triennio 2018-2020 presso le aziende ed enti del SSR della Regione FVG.

Per quanto attiene il personale del comparto, il suddetto documento è stato approvato con provvedimento giuntale n. 430 del 02 marzo 2018 mentre, per quanto attiene il personale della dirigenza, i Protocolli sono stati approvati con provvedimenti n. 562 e n. 563 del 15.03.2018.

Le aziende nei singoli piani hanno rappresentato l'evidenza al 31.12.2018 delle assunzioni effettuate in applicazione dell'articolo 20, comma 1, del D. lgs. n. 75/2017 sopra richiamato: alla predetta data risultano stabilizzate n. 165 unità di cui n. 129 del comparto e n. 36 della dirigenza.

Sono ancora in divenire nelle diverse realtà aziendali le fasi di applicazione dell'articolo 20, comma 2, del D. Lgs. n. 75/2017.

Di seguito la tabella di dettaglio.

PERSONALE DEL COMPARTO E DELLA DIRIGENZA STABILIZZATO EX ART. 20, comma 1 DEL d.LGS. N. 75/5017		
Denominazione Azienda	Profilo professionale	stabilizzati al 31.12.2018
AAS 2	collaboratore professionale sanitario infermiere	6
	collaboratore professionale sanitario ostetrica	3
	collaboratore tecnico professionale	0
	dirigente professioni sanitarie (prevenzione)	1
	dirigenti sanitari psicologi	2
		12
AAS 3	collaboratore professionale sanitario infermiere	3
	collaboratore professionale sanitario ostetrica	2
	collaboratore professionale sanitario educatore professionale	1
	operatore sociosanitario BS	1
	operatore tecnico autista di ambulanza	2
	dirigente medico	1
		10
AAS 5	collaboratore professionale sanitario infermiere	4
	collaboratore professionale sanitario ostetrica	1
	collaboratore professionale sanitario infermiere pediatrico	1
	operatore sociosanitario BS	2
	dirigente medico	2
	dirigente sanitario	2
		12
ASUI UD	collaboratore prof.le infermiere	25
	coll. Prof.le sanit. Ortottista	3
	coll prof.le sanit. Ostetrica	2
	tecnico di laboratorio biomedico	9
	tecnico di radiologia medica	5
	fisioterapista	1
	operatore socio sanitario	5
	dirigente medico	9
	dirigente odontoiatra	1
	dirigente sanitario	3
		63
ASUI TS	assistente amministrativo	1
	ausiliario specializzato	3
	collaboratore amministrativo	4
	fisioterapista	1
	infermiere	13
	operatore sociosanitario	8
	dirigenti medici	6
	dirigente psicologo	2
	dirigente assistente sociale	1
		39
BURLO	collaboratore professionale sanitario infermiere	7
	collaboratore professionale sanitario ostetrica	9
	collaboratore amministrativo	1
	tecnico di laboratorio medico	3
	dietista	1
	logopedista	2
	dirigente medico	5
		28
CRO	dirigente medico	1
EGAS	dalla procedure di ricognizione effettuate non vi è evidenza di personale precario	0
	TOTALE SSR	165
	di cui comparto	129
	di cui dirigenza	36

CERTIFICAZIONE ONERI CONTRATTUALI CCNL COMPARTO DI DATA 21.05.2018

Le aziende hanno rendicontato il costo del rinnovo del CCNL del personale del comparto sottoscritto in data 21.05.2018 e riguardante il triennio 2016-2018. Di seguito il dettaglio dei costi sostenuti dalle aziende per gli incrementi contrattuali negli esercizi 2016, 2017 e 2018 comprensivo degli oneri.

AZIENDE	es. 2016	es. 2017	es. 2018
A.A.S. 2 - Bassa Friulana - Isontina	369.925,98	1.116.226,54	3.425.972,35
A.A.S. 3 - ALTO FR. COLL. MEDIO FR.	224.939,35	719.617,94	2.118.495,57
A.A.S. 5 - FRIULI OCCIDENTALE	418.270,01	1.274.510,37	3.779.333,70
A.S.U.I. UD	553.442,50	1.715.799,75	5.180.596,71
A.S.U.I. TS	485.765,72	1.512.115,72	4.399.157,89
I.R.C.C.S. BURLO di Trieste	73.598,32	227.922,74	677.986,17
I.R.C.C.S. C.R.O. di Aviano	63.221,87	195.743,89	684.934,90
Ente Gestione Accentrata Servizi	6.434,18	41.667,61	149.112,12
TOTALE REGIONE	2.195.597,93	6.803.604,56	20.415.589,41

RENDICONTAZIONE RISORSE REGIONALI AGGIUNTIVE 2018

Le intese regionali sulle risorse aggiuntive (c.d. RAR), sottoscritte nell'anno 2018, 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 2018 (nota Direzione Centrale Salute Politiche Sociali e Disabilità prot. n. 9223 del 19 aprile 2019) le Aziende hanno predisposto la rendicontazione delle risorse regionali aggiuntive distintamente per le tre aree contrattuali sia in termini economici (allegati nn. 1, 4, 7 alle direttive) che di progettualità (allegati nn. 2, 3, 5, 6, 8, 9 alle direttive).

Le tabelle relative alla "rendicontazione economica" riportano il riepilogo dei dati forniti dalle Aziende/Istituti, secondo le indicazioni stabilite nelle note sopra citate e contenenti il dettaglio degli importi assegnati, di quelli liquidati al 31 dicembre 2018, del loro impegno, degli eventuali residui degli anni 2016 e 2017 nonché della relativa quantificazione dell'impegnato nonché del liquidato al 31 dicembre 2018, degli estremi delle eventuali risultanze finali del Collegio dei Sindaci, dell'evidenza degli obiettivi e dei risultati conseguiti così come approvati dall'Organismo Indipendente di Valutazione.

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

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 2018 richiamandosi in particolare le regole per la gestione dei risparmi derivanti dall'articolo 71, comma 1, 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 2018 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 2018.

Per effetto di quanto sopra si fa quindi presente che la rendicontazione economica delle risorse regionali aggiuntive 2018 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. 426 del 02 marzo 2018 ha approvato l'intesa sottoscritta il 15 febbraio 2018 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 2018.

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 € 16.048.531,76 per il 2018 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 02.03.2018. 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:

- 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";
- Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste;
- Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine ;
- IRCCS Centro di Riferimento Oncologico di Aviano.

Rispetto alla cifra complessivamente assegnata di € 16.048.531,75 le Aziende hanno comunicato di avere impegnato risorse pari ad € 16.048.011,59, con la conseguenza che residua un importo pari ad € 520,16. Delle risorse impegnate le aziende hanno comunicato di aver liquidato alla data del 31.12.2018 risorse pari a € 10.559.181,22.

Si fornisce di seguito il dettaglio degli importi delle quote impegnate:

- risorse pari ad € 9.096.319,65 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) € 4.834.986,83 quale quota impegnata per personale turnista;
 - 2) € 3.777.684,15 quale quota impegnata per lavoro notturno e festivo;
 - 3) € 175.514,06 quale quota impegnata per personale ota/oss;
 - 4) € 308.134,61 quale quota per coordinatori e tutor.
- risorse pari ad € 3.763.863,07 per gli obiettivi regionali da perseguire in via prioritaria;
- risorse pari ad € 3.187.828,87 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 € 16.048.011,59.

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 € 3.763.863,07 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 € 3.187.828,87.

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

Per l'evidenza della rendicontazione progettuale si rinvia alle schede allegate.

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 2018 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 2018, 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. 558 del 15 marzo 2018 ha approvato l'intesa sottoscritta il 07 marzo 2018 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 2018.

L'assegnazione per l'anno 2018 delle risorse regionali aggiuntive per il predetto personale è stato di € 6.171.409,16 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 15.03.2018. 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";
- 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. 5 "Friuli Occidentale";
- Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste ;
- Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine ;
- IRCCS Centro di Riferimento Oncologico di Aviano.

Rispetto alla cifra complessivamente assegnata di € 6.171.409,16 le Aziende hanno comunicato di avere impegnato risorse pari ad € 6.150.503,96 con la conseguenza che residuano risorse pari a € 20.905,20. 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 2018, dovranno essere riportate dalla singola azienda nell'esercizio successivo a quello di attribuzione con competenza riferita all'anno di assegnazione

Delle risorse impegnate le aziende hanno comunicato di aver liquidato alla data del 31.12.2018 risorse pari a € 1.206.084,90.

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; progettualità per le malattie cardiovascolari; contenimento dei tempi di attesa;).

Analogamente è stata evidenziata la rendicontazione economica e progettuale delle quote di risorse regionali NON prioritariamente correlare agli obiettivi regionali e la cui destinazione era demandata alla Contrattazione Integrativa Aziendale; di queste risorse è stato impegnato un importo complessivo pari a € 1.363.542,17.

Per l'evidenza della rendicontazione progettuale si rinvia alle schede allegate.

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. 559 del 15.03.2018 ha approvato l'intesa sottoscritta il 07 marzo 2018 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 2018.

L'assegnazione per l'anno 2018 delle risorse regionali aggiuntive per il predetto personale è stato di € 1.159.327,10 al netto degli oneri riflessi. Rispetto alla cifra complessivamente le Aziende hanno comunicato di avere impegnato risorse pari ad € 1.143.601,17 con la conseguenza che residuano risorse pari a € 15.725,93. 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 2018, dovranno essere riportate dalla singola azienda nell'esercizio successivo a quello di attribuzione con competenza riferita all'anno di assegnazione.

Delle risorse impegnate le aziende hanno comunicato di aver liquidato alla data del 31.12.2018 risorse pari a € 1.744,84.

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 15.03.2018. 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:

- 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 per l'assistenza sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale";
- 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; contenimento dei tempi di attesa).

Risulta che le aziende abbiano impegnato l'importo complessivo di € 954.693,04 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 € 188.908,13 ed è data evidenza degli obiettivi progettuali correlati a tali risorse.

Per l'evidenza della rendicontazione progettuale si rinvia alle schede allegate.

RENDICONTAZIONE RISORSE REGIONALI AGGIUNTIVE 2018

Consolidato delle risorse aggiuntive per il personale - Esercizio 2018

Rendicontazione economica risorse regionali aggiuntive Personale del Comparto - Esercizio 2018 ALLEGATO 1																
AZIENDA	quota assegnata da accordo 15 febbraio 2018 (ultima colonna tabella allegata all'accordo)	Importo liquidato al 31.12.2018	Residuo al 31.12.2018	Risorse regionali aggiuntive: IM PORTO RESIDUO esercizio 2016	di cui impegnato	di cui liquidati al 31/12/2018	Risorse regionali aggiuntive: IM PORTO RESIDUO esercizio 2017	di cui impegnato	di cui liquidati al 31/12/2018	RISORSE IMPEGNATE						RISORSE NON IMPEGNATE
										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 raccordam. z. programm. z. Reg. le e i piani attuativi aziendali	
A.A.S. n. 2 Bassa Friulana Isontina	2.547.197,21	1.803.075,50	744.121,71	0,00	0,00	0,00	180.497,71	180.497,71	0,00	788.731,04	640.545,26	12.995,08	21.621,96	479.460,00	603.746,00	97,87
A.A.S. n. 3 Alto Friuli - Collinare - Medio Friuli	1.767.225,09	937.102,01	830.123,08	146.680,64	146.680,64	100.000,00	731.374,31	731.374,31	627.208,60	671.443,55	411.058,31	26.936,28	7.000,00	650.786,95	-	-
A.A.S. n. 5 Friuli Occidentale	2.804.547,46	2.071.979,82	732.567,64	79.297,30	79.297,30	424,22	1.620.780,66	1.620.780,66	1.288.370,43	801.641,13	654.909,55	28.401,70	43.227,01	260.815,00	1.015.553,07	-
ASUI Trieste	3.461.049,33	1.861.014,06	1.600.035,27	89.547,50	89.547,50	-	16.123,12	16.123,12	-	952.771,44	872.365,71	54.692,89	94.924,18	914.288,75	572.006,36	-
ASUI Udine	4.248.204,36	3.131.546,06	1.116.658,30	-	-	-	43.991,64	43.991,64	-	1.325.277,74	984.241,95	34.330,39	136.039,94	1.048.746,01	719.568,33	-
Burlo Trieste	550.582,33	412.585,06	137.997,27	-	-	-	36.915,65	36.915,65	-	188.864,55	132.402,82	13.513,21	-	183.403,46	31.976,00	422,29
CRO Aviano	323.894,83	116.923,70	206.971,13	9.211,14	9.211,14	9.211,14	4.866,06	4.866,06	-	74.636,36	55.085,42	4.644,51	5.321,52	149.227,91	34.979,11	-
A.R.C.S.	345.831,14	224.955,01	120.876,13	-	-	-	16.789,88	16.789,88	16.789,88	31.621,02	27.075,13	-	-	77.134,99	210.000,00	-
TOTALE	16.048.531,75	10.559.181,22	5.489.350,53	324.736,58	324.736,58	109.635,36	2.651.339,03	2.651.339,03	1.932.368,91	4.834.986,83	3.777.684,15	175.514,06	308.134,61	3.763.863,07	3.187.828,87	520,16

Rendicontazione progettuale risorse regionali aggiuntive Personale del Comparto - Esercizio 2018 ALLEGATO 2		
AZIENDA	quote 2018 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	479.460,00	importo impegnato nei seguenti 45 obiettivi: rientro almeno del 70% di pazienti in attesa di follow up: 2.700; attività di consulenza svolta in tutti i setting: 10.800; attività ambulatoriale pomeridiana: 12.000; evidenza mantenimento volumi (diagnostica senologica e TC oncologiche): 20.7000; sedute RM pomeridiane: 6.300; riduzione tempo di attesa (trattamento logopedico): 4.800; istituzione e attivazione pisatra (GO): 1.800; attivazione posti letto RSA Monf.: 3.000; prosecuzione attività gruppo ERICA: 9.990; miglioramento o mantenimento indicatori: 179.960; evidenza strumenti operativi e presa in carico scompenso cardiaco: 1.500; visite ambulatoriali e controlli telefonici pazienti diabetici over 60: 600; corretta raccolta sangue: 20.000; evidenza attività prelievi: 2.950; evidenza presa in carico almeno 30 pazienti DA: 900; INR monitoraggio: 6.000; copertura ass.le casa circondariale: 21.900; CSM (incontri costruzione progetti): 9.360; CSM e AI (giovani si può fare... a meno) : 12.720; evidenza creazione archivio DSM:: 1.080; riorganizzazione blocco operatorio Monf.: 14.000; autonomia ambulatorio pace maker Monf.: 900; cardio mantenimento n. controlli: 900; formazione SC welfare Valgraf: 23.000; creazione strumento unico rilevazione bisogni e problemi RSA e Hospice PA e LT: 4.800; mantenimento attività ass.li a domicilio in carenza di organico: 4.500; incremento n. presa in carico del paziente distretto ovest: 1.200; miglioramento presa in carico del paziente fragile: 2.400; uniformare sistema di accesso integrato ai servizi socio san: 2.400; assicurare le commissioni INPS: 10.000; predisposizione funzioni declaratorie delle funzioni di coordinamento del comparto: 7.500; garantire trasporti delle provette: 2.500; realizzazione carta dei servizi "easy to read": 600; revisione cartellonistica H: 3.000; presa in carico adempimenti amm.vi per la gestione di ausili per incontinenza: 1.450; assicurare la referenza amm.va per gli assistiti italiani all'estero: 450; adesione al laboratorio unico interaziendale: 4.500; progetto "comunità competente": 2.400; riclassificazione delle strutture residenziali per anziani: 5.400; individuazione apparecchi radiologici da dismettere: 4.080; riorganizzazione piastre ambulatoriali GO: 17.000; realizzazione di nuovi 10 PL di RSA: 5.520; completamento riorganizzazione struttura: 31.000
A.A.S. n. 3 Alto Friuli - Collinare - Medio Friuli	650.786,95	importo impegnato nei seguenti 8 obiettivi: processi di riorganizzazione: 281.211,95; assistenza domiciliare: 17.500; percorsi di riabilitazione: 7.700; qualità delle cure: 307.625; contenimento dei tempi di attesa: 7.700; percorsi hub/spoke: 7.000; integrazione H/territorio: 19.250; piano regionale della formazione: 2.800
A.A.S. n. 5 Friuli Occidentale	260.815,00	importo impegnato sui seguenti 23 obiettivi: attività operatoria e procedura NORA: 72.000; garanzia attività raccolta sangue: 18.000; attività poliambulatoriale ortopedica: 4.200; relazione su attività di ortodonzia e pedodonzia: 10.000; centralizzazione accettazione dei poliambulatori ch. presso Spilimbergo: 3.975; prevenzione perineale puerperio attivo: 7.000; revisione diete: 4.500; piattaforme ass.li: 25.600; integrazioni aziendali laboratori: 23.000; revisione protocollo prestazioni sanitarie per cittadini provenienti dalla base USAF di Aviano: 11.640; elaborato scritto su prassi operative per la cura della documentazione scritta da ass. sociali per garantire il diritto alla privacy dell'utente e l'obbligo di trasparenza: 2.640; riorganizzazione attività riabilitative: 4.800; situazioni di criticità in SPCD e REMS: 8.000; mantenimento attività a fronte di carenza organico: 6.500; adempimenti modifica e attuazione atto aziendale: 7.500; servizio trasporto per materiale proveniente dal magazzino egas: 5.000; procedura carichi G2 H/territorio: 3.750; chiusura cucina presso H di Sacile: 2.000; PMA Sacile: 14.100; budget di salute: 6.100; gestione emrgenzamigranti extra orario: 13.260; progetti educativi utenza CD Maniago e Barbeano: 2.250
ASUI Trieste	914.288,75	importo impegnato sui seguenti 8 obiettivi: qualità delle cure: 114.662; processi di riorganizzazione: 458.254,75; percorsi hub e spoke: 76.233; tempi di attesa: 10.305; integrazione h/territorio: 113.219; percorsi ass.li: 89.125; riabilitazione: 14.430; interventi socio sanitari: 38.060
ASUI Udine	1.048.746,01	importo (cui sono stati aggiunti ulteriori 43.991,64) imoegnato sui seguenti 7 obiettivi: processi di riorganizzazione: 483.118,65; percorsi di riabilitazione: 891,00; qualità delle cure: 457.912; contenimento tempi di attesa: 89.638; integrazione ospedale e territorio e sviluppo percorsi assistenziali: 28.348; piano regionale della formazione: 17.910; valorizzazione spcifici ruoli e competenze: 14.920
Burlo Trieste	183.403,46	import (cui sono stati aggiunti residui 2017 pari a 36.914,54) impegnato sui seguenti 13 obiettivi. Implementazione della cultura della sicurezza degli operatori e dei pazienti: 50.000; continuità dei servizi assistenziali in carenza di risorse: 80.000; riduzione dei tempi di attesa: 40.430; assicurare le competenze gestionali e la presenza pomeridiana delle figure di coordinamento: 12.000; definizione organizzazione e delle attività delle piattaforme: 5.920; continuità assistenziale fuori sede: 2.775; assicurare il trasporto neonatale: 2.960; assicurare l'uso dei programmi informatici di gestione delle attività: 9.620; progetto accreditamento JACIE trapianti di midollo: 6.660; ottimizzazione dei presidi estinguenti all'interno dell'istituto: 1.295; definizione delle competenze specifiche e riorganizzazione dell'attività del servizio con particolare riguardo alle infezioni correlate all'assistenza: 4.440; valutazione efficacia dei progetti formativi: 3.330; assicurare presenza personale URP a eventi pomeridiani nei giorni prefestivi e festivi: 888
CRO Aviano	149.227,91	importo impegnato sui seguenti 38 obiettivi. Attivazione programmi "Rete cure sicure FVG": 11.111,13; contributo accreditamento Jacie: 7.511,40; riorganizzazione del percorso del paziente con patologia oncologica urologica; 3.111,23; revisione/riorganizzazione piani di lavoro oncologia medica: 6.666,92; incremento appropriatezza organizzativa in condizione di carenza di organico: 5.422,43; formazione studenti e neoacquisti operatori sociosanitari: 14.489,44; incremento empowerment del cittadino nell'ambito delle attività clinoc/ass.li: 3.733,48; incremento appropriatezza organizzativa delle visite e controlli oncologici in condizioni di carenza di risorse umane: 2.889; produzione documentazione clinica integrata di terapia intensiva: 8.444,77; certificazione EUSOMA della Breast Unit: 888,92; sperimentazione piano assistenziale per paziente operato di isterectomia e emicolectomia: 6.666,92; aumento disponibilità oraria per attività chirurgica: 6.489,14; certificazione ISO 9001: 2015: 21.334,15; accordo integrato CRO/AAS 5 per attività donatori: 2.666,77; sostegno alle attività ausiliarie nella polizia straordinaria del parco congelatori: 1.000,04; mantenere attività di integrazione prestazioni di anche in carenza di personale: 1.444,50; incremento procedure interventistiche eco - guidate (biopsie, drenaggi, ablazioni): 5.244,64; presa in carico finanziamento in conto capitale: 1.688,95; ridefinizione dei progetti di ricerca corrente: 1.511,17; supporto pazienti e loro accompagnatori nell'accesso alla rete wifi: 1.044,48; miglioramneto expertise nella gestione studi fase I: 1.333,38; corretto completamento istruttoria sc/es all'avvio proc. amm.vo: 800,03; collaborazione percorso ISO 9001: 400,02; verifica contestazione ricoveri dei pazienti veneti (2011-2016): 355,57; progetto ministeriale alternanza scuola-lavoro: 355,57; realizzazione programmi promossi dalla "Rete Cure Sicure FVG": 2.666,76; formazione nuovo personale per attività di controllo fatture: 1.555,61; integrazione funzioni laboratori CRO/AAS5: 444,46; valutazione problemi alcool correlati: 1.333,38; riorganizzazione struttura organigramma sul sito w eb: 400,02; processi di riorganizzazione: 2.444,54; garanzia mantenimento del servizio C.T.: 800,03; estensione connettività e rindondanza di rete: 4.266,83; miglioramento servizi di transfert durante i convegni: 2.889,00; mantenimento procedure HACCP: 2.711,21; utilizzo fondi ricerca sanitaria finalizzata: 4.711,29; gestione del servizio alberghiero presso il campus: 1.200,05; percorsi attuativi certificazione PAC: 7.200,27
A.R.C.S.	77.134,99	importo impegnato sui seguenti 5 processi di riorganizzazione: predisposizione nuova reportistica programmazione attività gare e monitoraggio: 8420; svolgimento di funzioni aggiuntive rispetto a quelle proprie del profilo di inquadramento e non già altrimenti valorizzate: 14.903; assolvimento di attività che per ragioni di tempistica e/o procedura assumono rilevanza strategica: 9076,32; garanzia della continuità del servizio sulle 24 ore ed attività esterne alla Centrale: 34.303,85; indicazioni operative per l'adeguamento del sistema E-Procurement alle esigenze dell'Ente : 11.220
TOTALE	3.763.863,07	

**Rendicontazione progettuale risorse regionali aggiuntive
Personale del Comparto - Esercizio 2018
ALLEGATO 3**

AZIENDA	quote 2018 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	603.746,00	importo impegnato nei seguenti 51 obiettivi: continuità servizi ass.li: 200.000; copertura turni lignano: 90.000; diagnosi malattie prof.li: 5.880; consulenza inf. Stomie: 3.000; inserimento schede mediche nel CUS 118: 24.000; continuità ass.le PO GO e MO: 47.276; guardia estiva TSRM: 5.880; ass. inf. durante IVG: 2.700; prelievo organi H GO: 10.000; deleghe e inserimento dbase MELA: 12.000; pratiche attività bonifica amianto: 4.500; medicina dello sport: 50.000; controllo attività libera prof: 2.040; registrazione vaccinazione blue tongue: 750; gestione casco refrigerante: 900; miglioramento gestione farmaci tossicità onco: 2.100; offerta counseling: 3.900; attività inf. ch. tumore mammella: 2.700; riabilitazione dimessi portatori colostomie: 4.500; attività di procurement dei tessuti oculari: 1.800; formazione personale ufficio invalidi civili: 900; organizzazione campagna antiinfluenza: 3.600; copertura ambulatori MO: 8.100; prevenzione via aeree pediatriche nelle scuole, nidi: 2.700; gestione operativa servizi CUP: 6.750; attività portineria /centralino: 3.200; procedure Omniadoc: 2.400; formazione neoassunti per centralino/portineria H: 5.000; attività amm.va front office Distretto Est: 1.600; DA: 2.050; distretto Ovest: 1.750; DBI: 1.200; censimento ISTAT: 7.000; formazione specifica: 13.500; adesione piattaforma conti giudiziali: 7.050; accesso a piattaforma e appalti FVG: 4.000; verifica ottemperanza CIG e compilazione schede SIMOG: 3.000; controllo cucina centrale e satellite: 1.000; riparazioni letti: 7.920; sistemazione attrezzature biomedicali: 4.560; adeguamento server aziendale gestione allarmi: 3.840; progetto per raccolta differenziata "RADIOS": 1.800; applicazione accordo attuativo MMG : 6.600; aggiornamento pubblicazione in Amm. Trasp: 1.800; nuovi adempimenti legge Gelli: 1.500; smaltimento archivi cartacei obsoleti: 8.000; continuità attività trasporto pazienti: 10.000; controllo e certificazione speci fungine: 1.200; mappatura attività ristorazione: 3.600
A.A.S. n. 3 Alto Friuli - Collinare - Medio Friuli	-	
A.A.S. n. 5 Friuli Occidentale	1.015.553,07	importo impegnato sui seguenti 35 obiettivi cui sono stati aggiunti 300.026,93. richiami in servizio: 400.000; pronta disponibilità fuori sede: 2.500; pronta disponibilità per turni ed ore di PD: 310.000; garanzia dei servizi in carenza di organico: 383.000; pronta disponibilità: 30.000; attività aggiuntiva: 27.000; PS Pediatrico: 7.440; attività di dialisi per ospiti in vacanza: 11.000; garanzia attività in carenza di organico: 2.700; uso schede checklist per intervista semistrutturata di supporto sull'anamnesi e alla valutazione infermieristica: 4.500; realizzazione eventi formativi: 5.400; commissione controllo farmacie: 1.800; sorveglianza sanitaria ai tirocinanti: 2.490; esercizio fisico agli esposti MMC: 1.530; diffusione conoscenza sui rischi presenti nel proprio ambiente lavorativo: 1.200; indagine radioattività nei reflui H: 780,00; monitoraggio impatto acustico cantiere nuovo H: 1.200; attivazione elisuperficie H24 H di PN: 1.800; nuovo H cittadella della salute: 3.000; convenzioni fra aziende e istituti riabilitativi: 5.000; recupero crediti: 2.400; verifiche gruppi elettrogeni: 4.300; garanzia attività in carenza di organico: 5.000; anagrafe immobiliare territoriale: 3.360; sicurezza informatica nella PA: 12.960; presentazione carta dei servizi: 15.000; garanzia attività amm.va in carenza di organico: 3.850; gestione coordinata delle operazioni contabili relative all'inventario dei beni immobili: 4.800; evidenza attività personale amm.vo: 27.500; raggiungimento LEA malattie prof.li + allineamento banca dati SISAVER con nuova banca dati SICER: 2.700; garanzia attività extrapiano vetrinari e nuova procedura gestione magazzino: 4.800; garanzia attività amm.va dip. c/o inps: 900; garanzia attività amm.va del sidip.: 4.050
ASUI Trieste	572.006,36	importo impegnato sui seguenti 14 obiettivi. Igiene delle mani: 4.212; controllo completezza e correttezza SDO: 1.720; archiviazione digitale vetrini: 1.665; ricognizione pratiche legali e assicurative: 1.330; garanzie prestazioni inf. Nei percorsi medico-legali: 32.028; progetto overnight: 11.100; apertura notturna centro sanitario di Muggia: 10.590; implementazione strumenti informatici: 2.900; archivio storico h cattinara: 740; riorganizzazione assistenza primaria: 1.220; regolamento accesso assegni di ricerca: 666; mantenimento lea nei reparti sanitari: 450.835,36; mantenimento lea nel periodo estivo (servizi economici): 25.000; mantenimento lea vigilanza antincendio nel periodo estivo: 28.000
ASUI Udine	719.568,33	importo interamente impegnato su obiettivi qualitativi/quantitativi di efficienza e sviluppo derivanti da programmazione aziendale e/ o regionale
Burlo Trieste	31.976,00	importo impegnato sui seguenti 6 obiettivi. Predisposizione del bilancio sociale: 17.020; continuità delle attività amm.ve in carenza di risorse: 2.960; corretta gestione dei rifiuti: 3.000; riorganizzazione dell'attività del servizio afferente all'area supporto all'assistenza: 5.000; miglioramenti degli obblighi informativi e qualità dei dati contributivi: 2.442; riliquidazione pensioni personale asui tse burlo anni 2016-2017-2018: 1.554
CRO Aviano	34.979,11	importo impegnato sui seguenti 14 obiettivi: programma operativo certificazione attività sperimentale: 7.555,84; riorganizzazione strumento chirurgico: 1.777,85; certificazione ISO 9001: 1.333,38; formazione per acquisizione nuova tecnologia dei protoni: 17.778,46; supporto controlli di qualità per l'attività in RT: 1.733,40; applicazione e formazione ai nuovi indicatori ministeriali dell'aricerca corrente: 400,02; messa a norma della certificazione normativa 8ECM e non ECM: 711,14; diffusione cultura della cultura della mindfulness: 444,46; sviluppo strumenti per la valutazione sistematica della formazione continua del personale: 444,46; revisione moduli di interesse sperimentazioni cliniche per promotori e centri clinici : 800,03; aggiornamento del riconoscimento automatico dei nuovi casi di tumore in regione fvg: 444,46; collaborazione con la direzione scientifica alla preparazione di manoscritti scientifici: 355,57; riorganizzazione del sistema di gestione documentale di segnalazione e gestione delle non conformità: 800,03
A.R.C.S.	210.000,00	importo impegnato sui seguenti 5 obiettivi. attività di supporto ex DGR 1970/2016 e Linee di gestione annuali: 960; implementazione sistema PACS come da indicazioni regionali: 4.950; realizzazione delle attività: 35.701,54; conclusione concorso infermiere e oss - avvio nuove procedure come da indicazioni del Comitato di indirizzo: 40.825; attività relativa alla Centrale operativa regionale: 143.565,16
TOTALE	3.187.828,87	

Rendicontazione economica risorse regionali aggiuntive
 Personale della Dirigenza Medica e Vetrinaria - Esercizio 2018
 ALLEGATO 4

AZIENDA	quota assegnata da accordo 07 marzo 2018 (tabella allegata all'accordo)	Importo liquidato al 31.12.2018	Residuo al 31.12.2018	Risorse regionali aggiuntive: IM PORTO RESIDUO esercizio 2016	di cui impegnato	di cui liquidati al 31/12/2018	Risorse regionali aggiuntive: IM PORTO RESIDUO esercizio 2017	di cui impegnato	di cui liquidati al 31/12/2018	RISORSE IMPEGNATE		RIS NON IMPEGNATE
										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	1.024.970,30	430.008,40	594.961,90	-	-	-	87.519,87	87.519,87	-	365.370,00	659.600,00	0,30
A.A.S. n. 3 Alto Friuli - Collinare - Medio Friuli	601.479,58	-	601.479,58	79.518,59	79.518,59	74.760,00	621.129,32	621.129,32	580.890,00	601.200,00		279,58
A.A.S. n. 5 Friuli Occidentale	1.164.088,03	634.577,50	529.510,53	49.268,38	49.268,38	227,60	660.027,31	600.027,31	571.452,71	617.515,50	546.572,53	-
ASUI Trieste	1.184.546,51	0,00	1.184.546,51	46.772,00	46.772,00	-	-	-	-	1.117.560,00	64.900,00	2.086,51
ASUI Udine	1.657.137,61	-	1.657.137,61	-	-	-	-	-	-	1.657.137,61	0,00	-
Burlo Trieste	276.189,60	141.499,00	134.690,00	-	-	-	6,26	6,26	-	276.189,60	0,00	-
CRO Aviano	214.814,13	-	214.814,13	14.784,48	14.784,48	47.784,48	30.387,96	30.387,96	-	143.805,68	52.469,64	18.538,81
A.R.C.S.	48.183,40	-	48.183,40	-	-	-	26.349,25	2.669,25	-	8.183,40	40.000,00	-
TOTALE	6.171.409,16	1.206.084,90	4.965.323,66	190.343,45	190.343,45	122.772,08	1.425.419,97	1.341.739,97	1.152.342,71	4.786.961,79	1.363.542,17	20.905,20

**Rendicontazione progettuale risorse regionali aggiuntive con destinazione prioritaria agli obiettivi regionali
Personale della Dirigenza Medica e Veterinaria - Esercizio 2018
ALLEGATO 5**

AZIENDA	importo quote 2018 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	365.370,00	importo impegnato sui seguenti 14 progetti: controllo pazienti in ventiloterapia domiciliare: 4.800; mantenimento reperibilità chirurgiche: 15.000; assicurazione urgenze endoscopiche: 10.000; incremento offerta ambulatoriale dermatologica: 3.600; sostituzione canule tracheali a domicilio: 6.022; posizionamento di PEG o sondini naso gastrici a domicilio: 4.800; assistenza internistica pazienti diabetologici: 12.000; assicurare turno di dialisi durante il week end a Lignano: 720; assicurare 2 ambulatori settimanali nel presidio H di PA e LT: 8.040; assicurare le commissioni INPS: 110.400; assicurare le colonscopie: 90.000; assicurare le letture delle mammografie: 74.000; vaccinazione obbligatorie (bovini, bufalini, ovini, ovicapriini): 24.000; accesso programmi regionali screening (personale comandato in regione): 1.9800
A.A.S. n. 3 Alto Friuli - Collinare - Medio Friuli	601.200,00	importo impegnato nelle seguenti 3 progettualità: qualità delle cure: 298.200; contenimento dei tempi di attesa: 90.000; integrazione ospedale territorio : 213.000
A.A.S. n. 5 Friuli Occidentale	617.515,50	importo impegnato nei seguenti 21 obiettivi: turni aggiuntivi diurni e notturni: 9.200; sviluppo progetto dimissioni eccellerate: 1.800; verifica risultati raggiunti progetto AIR: 10.500; riorganizzazione attività della SC NPI: 12.000; visite cardiologiche Maniago: 13.080; ECG: 7.800; attività operatoria: 270.000; cure odontostomatologiche a pazienti disabili: 5.000; garanzia attività chirurgica: 60.000; garanzia sedute operative prolungate: 3.000; garanzia turni aggiuntivi diurni e notturni: 98.000; esami RM: 2.000; garanzia attività presso le sedi periferiche (pneumologia) 12.960; introduzione nuovi vaccini previsti dal Piano Nazionale: 7.200; monitoraggio straordinario dei prodotti fitosanitari nelle acque superficiali e di falda nel FVG: 4.800; indagini casi individuati su attività OCCAM (almeno 16): 3.600; servizi veterinari a favore di macelli privati convenzionati: 12.480; supporto alle attività veterinarie: 58.000; garanzia attività DSM: 18.000; revisione organizzazione prestazioni sanitarie a cittadini provenienti dalla base USAF di Aviano: 6.000; integrazione ospedale/territorio: 2.095,50
ASUI Trieste	1.117.560,00	importo impegnato sui seguenti 9 obiettivi: qualità delle cure: 257.880; processi di riorganizzazione: 46.200; hub e spoke: 52.800; tempi di attesa: 625.320; sviluppo percorsi assistenziali: 77.460; integrazione ospedale e territorio: 19.560; progetti clinico assistenziali: 13.920; continuità assistenziale: 22.020; interventi socio sanitari: 2.400
ASUI Udine	1.657.137,61	importo impegnato sui seguenti 5 obiettivi: percorsi di riorganizzazione: 191.640; qualità delle cure: 307.560; contenimento dei tempi di attesa: 943.077,61; percorsi hube spoke: 58.560; integrazione ospedale/territorio: 156.300
Burlo Trieste	276.189,60	importo impegnato sui seguenti 8 obiettivi: continuità ass.le tramite modello organizzativo a valenza Dip: 7.800; mantenimento/riduzione tempi di attesa: 196.800; continuità ass.le in carenza di organico: 50.107,86; trasporto neonatale: 4.800; supporto alle attività direzionali di riorganizzazione dell'offerta sanitaria: 1.500; predisposizione bilancio scoiale: 6.000; progetto accreditamento JACIE: 7.200; percorso prenatale (utilizzo appropriato tecniche diagnostiche): 1.988
CRO Aviano	143.805,68	importo impegnato sui seguenti 8 obiettivi: certificazione ISO 9001: 71.902,84; rispetto criteri qualità esami endoscopici: 5.829,96; partecipazione meeting multidisciplinare : 11.659,92; attività di formazione: 5.829,96; progetto rete cure sicure FVG : 1.943,32; progetto LEA MANAGEMENT FVG: 1.943,32; ambulatori integrati: 40.809,72; revisione documentazione radiologica : 3.886,64
A.R.C.S.	8.183,40	importo impegnato sui processi di riorganizzazione (qualità delle cure) e monitoraggio dei tempi di attesa
TOTALE	4.786.961,79	

**Rendicontazione progettuale ulteriori risorse regionali aggiuntive demandate alla CIA
Personale della Dirigenza Medica e Veterinaria - Esercizio 2018
ALLEGATO 6**

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 program maz. reg. le e i piani attuativi aziendali
A.A.S. n. 2 Bassa Friulana Isontina	659.600,00	importo impegnato sui seguenti 14 obiettivi: garanzia della turnazione nei 4 PS: 276.180; guardia radiologica: 6000; mantenimento livelli attività 2017: 86.220; guardie pediatriche: 30.240; turnistica in carenza di personale: 108.000; assistenza medica in carcere: 34.560; esecuzione risocntri diagnostici per malattie prof.li: 6.000; mantenimento offerto terapia innovativa: 11.400; svolgimento attività medico autorizzato per personale a rischio radiologico: 10.800; assicurare turnistica in anestesia LA e PA: 7.500; assicurare attività di medicina dello sport: 65.000; recupero pratiche arretrate malattie prof.li: 6.000; attività clinica di gestione problematiche assunzione sostanza legali e illegali: 2.100; progetto "Giovani si può.....fare a meno": 9.600
A.A.S. n. 3 Alto Friuli - Collinare - Medio Friuli	-	
A.A.S. n. 5 Friuli Occidentale	546.572,53	importo impegnato sui seguenti 3 obiettivi: garanzi attività (chirurgia, urologia, PS): 388.800; garanzia copertura turni: 199.600; partecipazione del personale medico e veterinario alla commissione di controllo delle farmacie: 7.200. A tale importo l'azienda ha aggiunto 49.027,47 di residui anni precedenti
ASUI Trieste	64.900,00	importo impegnato sui seguenti 5 obiettivi: certificazione necroscopica: 30.000; gestione integrata e condivisa con il patologo dei casi di interesse oncologico: 9.000; tempi di risposa (nodi sentinella): 3.600; garanzia prestazioni mediche nei percorsi medico - legale: 18.000; progetto "politica: partecipazione ai programmi di ricerca clinica ed epidemiologica": 2.400; comandi regione fvg (veterinari): 1.900
ASUI Udine	-	
Burlo Trieste	-	
CRO Aviano	52.469,64	importo impegnato sui seguenti 6 obiettivi: contenimento prestazioni anestesiolgiche: 21.376,52; incremento attività fascia oraria 17-20 RT: 19.433,20; incremento TC percorsi interni: 5.829,96; mantenimento attività 2017 pur in carenza di risorse umane: 3.866,64; interventi di divulgazione sulla prevenzione primaria e secondaria dei tumori: 1.943,32
A.R.C.S.	40.000,00	importo impegnato interamente sull'Emergenza Urgenza (predisposizione protocolli per la gestione dell'urgenza, attività sul territorio a favore della SORES, progetto controllo e gestione della rete dei defibrillatori)
TOTALE	1.363.542,17	

Rendicontazione economica risorse regionali aggiuntive
 Personale della Dirigenza S.P.T.A. - Esercizio 2018
 ALLEGATO 7

AZIENDA	quota assegnata da accordo del 07 marzo 2018	Importo liquidato al 31.12.2018	Residuo al 31.12.2018	Risorse regionali aggiuntive: IM PORTO RESIDUO esercizio 2016	di cui impegnato	di cui liquidati al 31/12/2018	Risorse regionali aggiuntive: IM PORTO RESIDUO esercizio 2017	di cui impegnato	di cui liquidati al 31/12/2018	RISORSE IMPEGNATE		RIS NON IMPEGNATE
										quota demandata alla CIA con destinazione prioritaria ad obiettivi regionali	quota demandata alla CIA per ob.strat, in raccordo con progr.reg.le e piani attuat.az.li	eventuale importo non impegnato
A.A.S. n. 2 Bassa Friulana Isontina	163.028,10	1.744,84	161.283,26	3.500,00	3.500,00	3.500,00	18.494,85	18.494,85	-	97.328,00	65.700,00	-
A.A.S. n. 3 Alto Friuli - Collinare - Medio Friuli	99.407,38	-	99.407,38	22.817,55	22.817,55	21.777,33	97.917,63	97.917,63	97.900,00	99.400,00	-	7,48
A.A.S. n. 5 Friuli Occidentale	165.016,25	-	165.016,25	42.674,92	42.674,92	-	210.435,75	210.435,75	196.520,80	122.716,25	42.300,00	-
ASUI Trieste	248.518,45	-	248.518,45	7.522,80	7.522,80	-	-	-	-	216.900,00	15.900,00	15.718,45
ASUI Udine	250.506,60	-	250.506,60	-	-	-	-	-	-	249.306,60	1.200,00	-
Burlo Trieste	55.668,13	-	55.668,13	-	-	-	9.614,20	9.614,20	-	31.860,00	23.808,13	-
CRO Aviano	87.478,50	-	87.478,50	3.947,30	3.947,30	3.947,30	2.789,58	-	-	87.478,50	-	-
A.R.C.S.	89.703,69	-	89.703,69	-	-	-	2.311,20	-	-	49.703,69	40.000,00	-
TOTALE	1.159.327,10	1.744,84	1.157.582,26	80.462,57	80.462,57	29.224,63	341.563,21	336.462,43	294.420,80	954.693,04	188.908,13	15.725,93

Rendicontazione progettuale risorse regionali aggiuntive con destinazione prioritaria agli obiettivi regionali - Personale della Dirigenza S.P.T.A. - Esercizio 2018
ALLEGATO 8

AZIENDA	importo quote 2018 IMPEGNATE per ob. Reg.II	progetti/obiettivi correlati alle RAR destinate prioritariamente agli obiettivi regionali
A.A.S. n. 2 Bassa Friulana Isontina	97.328,00	importo impegnato sui seguenti 22 obiettivi: riorganizzazione laboratorio analisi Go e Monfalcone: 3.000; partecipazione commissione ex L. 104: 1.500; piano regionale formazione autismo: 3.600; accreditamento struttura RSA Hospice: 1.500; corretto funzionamento produzione emocomponenti: 6.000; aggiornamento metodica trattamento dati sensibili: 12.120; realizzazione incontri utili alla costruzione dei progetti formali e informali del territorio: 3.000; progetto "giovani si può fare....A meno): 4.500; riorganizzazione delle funzioni Amm.ve del Dip. di Assistenza Primaria: 4.020; predisposizione declaratorie delle funzioni di coordinamento di comparto: 6.000; attivazione del servizio referti on line per le prestazioni di laboratorio sottoscritte digitalmente + adesione al laboratorio unico interaziendale: 1.500; attivazione CUP farmacie: 1.500; sostituzione POS su linea telefonica con POS su rete ETHERNET: 1.200; Piattaforma Conti Giudiziali: 1.200; Passaggio dal sistema 2Mif- oil 3" a "Siope+": 1.200; semplificazione delle procedure della formazione specifica: 8.400; realizzazione 10 nuovi posto letto e nuovi spogliatoio RSA PO Monfalcone: 1.200; definizione prescrizione aziendale per prescrizione farmaci-presa in carico fornitura dispositivi medici- distribuzione diretta farmaci- gestione rimborsi per farmaci ad alto costo -introduzione in magrep di nuovi vincoli esistenti: 15.799; completamento riorganizzazione della struttura: 12.000; attribuzione alla SC affari generali e legali della gestione delle procedure per l'affidamento degli incarichi e la firma dei contratti dei dirigenti: 2.400; obiettivi personale comandato in Regione: 4.189
A.A.S. n. 3 Alto Friuli - Collinare - Medio Friuli	99.400,00	importo impegnato sui seguenti 4 obiettivi: qualità delle cure: 57.000; interventi sociosanitari: 18.000; processi di riorganizzazione 14.400; revisione dei processi e semplificazione amministrativa: 10.000
A.A.S. n. 5 Friuli Occidentale	122.716,25	importo cui sono stati aggiunti 32.431,90 residui anni precedenti impegnato sui seguenti 19 obiettivi: garanzia delle attività: 21.600; sicurezza informatica nella PA: 12.000; PMA SACILE: 6.000; comunicazione istituzionale: 8.400; attività contrattuale propedeutica ai servizi socio-assistenziali: 4.800; attività contrattuale correlata alle gare EGAS: 4.800; regolamento per l'affidamento cause ad avvocati esterni: 1.800; introduzione procedure per la gestione coordinata delle operazioni contabili relative all'inventario dei beni immobili: 4.800; adempimenti modificativi e attuativi dell'atto aziendale: 15.000; piattaforme assistenziali: 12.600; garanzia e ottimizzazione dell'attività della struttura: 19.200; realizzazione eventi formativi previsti dal Piano Regionale: 2.200; riorganizzazione delle attività della SC NPI: 18.720; Mangia giusto: nelle scuole dell'infanzia parificate provinciali: 3.600; attività di controllo Reach: 3.000; copertura commissioni pubblico spettacolo comunali e provinciali e partecipazione a riunioni informative organizzate da UTI/Comuni: 4.200; garanzia delle attività: 5.040; accantonamento quota RAR: 1.988,15
ASUI Trieste	216.900,00	importo impegnato sui seguenti 8 obiettivi: processi di riorganizzazione: 93.000; contenimento della spesa farmaceutica e gestione centralizzata del farmaco: 14.400; integrazione ospedale/territorio: 13.500; tempi di attesa: 25.500; piano regionale della formazione: 3.600; qualità delle cure: 31.800; interventi socio sanitari: 9.300; percorsi hub e spoke: 25.800
ASUI Udine	249.306,60	importo impegnato sui seguenti 5 obiettivi: processi di riorganizzazione: 103.919,77; contenimento spesa farmaceutica e gestione centralizzata del farmaco: 36.000; revisione dei processi e semplificazione amministrativa: 6.000; contenimento tempi di attesa: 102.186,83; piano regionale della formazione: 1.200

Rendicontazione progettuale risorse regionali aggiuntive con destinazione prioritaria agli obiettivi regionali - Personale della Dirigenza S.P.T.A. - Esercizio 2018
ALLEGATO 8

AZIENDA	importo quote 2018 IMPEGNATE per ob. Reg.II	progetti/obiettivi correlati alle RAR destinate prioritariamente agli obiettivi regionali
Burlo Trieste	31.860,00	importo impegnato sui seguenti 7 obiettivi. Assicurare la continuità dei servizi assistenziali e tecnico diagnostici: 900; accreditamento JACIE oncematologia: 1.800; miglioramento dell'accesso al servizio di psicologia e sviluppo delle attività ambulatoriali: 3.600; (PMA) assicurare l'apresenza in servizio il sabato: 3.000; riduzione/mantenimento dei tempi di attesa: 9.660; sviluppo attività di farmacovigilanza: 8.400; supporto riorganizzazione offerta sanitaria: 4.500
CRO Aviano	87.478,50	trattativa avviata ma non conclusa
A.R.C.S.	49.703,69	importo impegnato su processi di riorganizzazione quali: assolvimento di funzioni specifiche non già comprese negli incarichi: 22.000; risoluzione attività di interesse strategico/gestionali: 8.203,69; predisposizione da parte del Dipartimento Forniture e Logistica centralizzata di progettualità innovative per la gestione organizzativa dei processi relativi all'acquisizione di beni e servizi: 19.500
TOTALE	954.693,04	

**Rendicontazione progettuale ulteriori risorse regionali aggiuntive demandate alla CIA
Personale della Dirigenza S.P.T.A. - Esercizio 2018
ALLEGATO 9**

AZIENDA	quote 2018 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	65.700,00	importo impegnato sui seguenti 18 obiettivi: consulenza psicologica per pazienti candidati all'attività chirurgica bariatrica: 1.500; procedure omniadoc per consultazione e archiviazione cartelle cliniche in tutta la ex aas 2: 3.000; riduzione liste di attesa con consulenza psicologica per casi di alta priorità: 7.200; analisi lista di attesa della NPI: 4.800; valutazione pratiche inerenti radiazioni ionizzanti: 1.500; progettare percorso ECM/FSC: 3.000; realizzazione censimento ISTAT+completamento valutazione performance organizzativa 2017: 10.020; revisione configurazione sistema G2 clinico+formazione specifica (cure palliative-neuropsichiatria infantile- età evolutiva famiglia e disabilità): 1.500; progetto ampliamento infrastruttura Wi Fi aziendale: 1.500; prevenzione corruzione e trasparenza: 4.800; riorganizzazione e adeguamento dei PS aziendali+server aziendale per la gestione degli allarmi: 4.800; rilevazione e sistemazione dell'ubicazione delle attrezzature biomedicali: 1.500; supporto alla DCS per la definizione del regolamento di autorizzazione e accreditamento delle strutture residenziali per minori: 2.400; progetto pilota per la raccolta differenziata nelle strutture sanitarie "Radios": 3.600; assicurare le procedure di gara di rilevanza comunitaria /nazionale per interventi edili impiantistici: 3.060; attività supporto amm.vo quale referente privacy al DPO: 4.020; stipula accordi attuativi aziendali 2018 medicina coventioanta/assistenza primaria entro il primo semestre: 6.000; assicurare l'attività di segreteria della commissione rischio radiologico
A.A.S. n. 3 Alto Friuli - Collinare - Medio Friuli	-	
A.A.S. n. 5 Friuli Occidentale	42.300,00	importo impegnato sui seguenti 7 obiettivi: garanzia delle attività: 8.400; regolamento sponsorizzazioni-sperimentazioni- europeo privacy: 10.200; proposta regolamento agenti cintabili e resa del conto giudiziale: 1.500; mantenimento dell'attività in carenza di organico: 12.000; commissione controllo farmacie: 3.600; revisione generale del metodo di valutazione del rischio biologico e applicazione dello stesso su reparti e servizi ospedalieri: 3.000; training per il rafforzamento delle abilità sociali dedicata agli utenti del servizio di integrazione lavorativa: 3.600
ASUI Trieste	15.900,00	importo impegnato sui seguenti 4 obiettivi: ricognizione pratiche legali e assicurative per il passaggio di competenze SSD SGADAT: 3.000; SS consultorio Familiare Distretto 4: 3.600; tempestiva presa in carico e trattamento minori affetti da autismo: 4.800; garantire il corrdinamento organizzativo delle attività accertative di tipo medico-legale attribuite ex lege al DDD ed ai rapporti con i medici competenti e la CMLP: 4.500
ASUI Udine	1.200,00	importo impegnato sul seguente obiettivo: avvio gestione amministrativo-cintabile del centro di simulazione ad alta formazione avanzata
Burlo Trieste	23.808,13	importo cui sono stati aggiunti 9.613,87 residui anni precedenti impegnato sui seguenti 3 obiettivi. Predisposizione bilancio sociale: 28.800; continuità assistenziale psicologica (anche il sabato): 1.800; avvio attività di laboratorio della SSD: 2.822;
CRO Aviano	-	
A.R.C.S.	40.000,00	importo impegnato sui seguenti 5 obiettivi: cure sicure: 1.040; gestione sistema PACS: 900; governo delle politiche regionali di acquisto dei farmaci e dei dispositivi medici: 10.500; supporto alle procedure centralizzate ed alla progressiva autonomizzazione dell'Ente: 15.360; espletamento procedure concorsuali centralizzate: 12.200
TOTALE	188.908,13	

VALUTAZIONE 2018 - 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 31/12/2018: 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. Degenze	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Posti letto	Conclusione e consolidamento del percorso di ridefinizione dei posti letto in coerenza a quanto definito dalla DGR 2673/2014.
Attuazione al 31/12/2018: ASUITS ha messo in atto manovre di riorganizzazione seguendo le indicazioni regionali	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBBIETTIVO RAGGIUNTO
Degenze	<p>Il Dipartimento delle dipendenze ha recentemente inaugurato la nuova sede della SC Dipendenze Comportamentali e da Sostanze Legali, sita in via dei Ralli 5, che ospita tra l'altro la Residenza Specialistica Alcolologica. Tale servizio, come definito nell'allegato n. 1 della DGR FVG n. 2673 dd. 30/12/2014, prevede posti letto a valenza sovra-aziendale finalizzati al trattamento h24 di soggetti con problematiche di dipendenza, in primis da alcool, che presentano situazioni ad elevata complessità. I costi relativi ai percorsi residenziali saranno coperti a "compensazione" in base al tariffario regionale che verrà definito prossimamente.</p> <p>Nel corso del 2018, stante che con DGR 2243 dd. 07/12/2017 è stato approvato il "Regolamento per il rilascio dell'autorizzazione e dell'accreditamento istituzionale alle strutture residenziali e semiresidenziali per la terapia riabilitativa delle dipendenze in attuazione degli articoli 48 e 49 della L.R. 16/10/20014 n. 17", ASUITS avvierà l'iter previsto per accreditare anche tale struttura.</p>
Attuazione al 31/12/2018:	

Il 25 e 26 marzo 2019 c'è stata la valutazione da parte della Commissione regionale, che ha dato esito positivo. Quindi la struttura residenziale è stata autorizzata ed accreditata a pieno titolo	
Motivazioni sullo scostamento dal risultato atteso: la procedura di accreditamento di tutte le strutture regionali residenziali, pubbliche e private, è stata posticipata nel 2019 per ragioni tecniche su decisione regionale.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.3. Emergenza urgenza	
ASUITS ha provveduto (settembre 2017) al completamento dell'assetto previsto dal Piano Emergenza Urgenza per tutti i mezzi di terra.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.4. Medicina di laboratorio	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Medicina di laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> - Nel 2018 è prevista la conclusione del progetto del Laboratorio unico dell'area giuliano-isontina, secondo il modello hub & spoke, costituito da due sedi hub collocate presso l'Ospedale Maggiore per la routine (coreLab) e presso l'Ospedale di Cattinara per le urgenze, collegati funzionalmente e operativamente ai Laboratori spoke dell'IRCCS Burlo Garofolo, dell'ospedale di Monfalcone e dell'Ospedale di Gorizia. - Il trasferimento dei campioni verso il laboratorio hub sarà graduale e continuo, esauendosi nel primo semestre del 2018. Successivamente è previsto lo spostamento della routine degli interni di AAS2 per il secondo semestre dell'anno, e sarà contestuale con l'aggiornamento delle tecnologie presso i laboratori spoke di Gorizia e Monfalcone. - Sarà definito uno specifico Atto di intesa per la regolazione dei rapporti tra ASUITS e AAS2, nel rispetto delle indicazioni fornite dalla programmazione regionale nelle Linee di Gestione.
Attuazione al 31/12/2018:	
Nel 2018 è stata conclusa la realizzazione del Laboratorio Unico dell'area giuliano-isontina secondo il modello hub & spoke: costituito da due sedi hub poste presso l'ospedale Maggiore di Trieste, dedicato agli esami di routine e specialistici (coreLab) e presso l'ospedale di Cattinara per le urgenze. Le sedi hub sono collegate funzionalmente e operativamente ai Laboratori spoke dell'IRCCS Burlo Garofolo, dell'ospedale di Monfalcone e dell'Ospedale di Gorizia.	

Il trasferimento degli esami di routine è avvenuto rispettivamente dal 14.12.2016 per l'IRCCS Burlo (con il passaggio contestuale degli esami interni ed esterni ad ASUITS e l'attivazione di un nuovo laboratorio per le urgenze presso lo spoke del Burlo). Il 21.3.2018 sono stati trasferiti gli esami esterni di Gorizia e Monfalcone su ASUITS e il completamento del progetto è stato raggiunto con il trasferimento degli esami interni nel luglio-agosto 2018 e la contestuale attivazione dei laboratori spoke dedicati alle urgenze presso gli ospedali di Gorizia e Monfalcone.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

3.1.5. Sangue ed emocomponenti

Obiettivo aziendale

Risultato atteso

Sangue ed emocomponenti

- L'attività residuale di produzione di emocomponenti consiste nella preparazione di concentrati piastrinici da buffy-coat. Come previsto dalle Linee di Gestione, il Dipartimento di Medicina Trasfusionale Giuliano Isontino (DIMIT) cesserà tale attività che verrà trasferita al Centro Unico di Produzione (CUPRO) a Palmanova (AAS2). Sarà sottoscritto un contratto tra ASUITS e AAS2 che definisca il quantitativo di concentrati piastrinici giornalieri, lo standard di prodotto e chi è responsabile della produzione in urgenza di tali emocomponenti.

- Sempre dal 1 luglio 2018, transiterà in AAS2 la funzione di raccolta sangue territoriale svolta con le unità di raccolta mobile attualmente in comodato d'uso presso l'ASUIUD e l'ASUITS. Anche per questa funzione, pertanto, si dovrà procedere con analogo scorporo che riguarderà:

- i mezzi, le attrezzature ed i beni utilizzati per tale attività
- il personale dipendente o a contratto interamente impegnato in tale attività
- contratti e convenzioni in essere finalizzate a tale attività.

- L'autoemoteca regionale basata a Gorizia è attualmente gestita dal DIMIT. Tale mezzo verrà trasferito ad AAS2 che sarà responsabile della raccolta territoriale per tutta la Regione. Non è previsto il trasferimento né di personale medico né personale infermieristico. Gli strumenti attualmente utilizzati in autoemoteca (scompositori e bilance) verranno ceduti ad AAS2.

- Entro la fine del 2018 dovrà essere riverificato e

	<p>rinnovato l'accreditamento istituzionale di tutte le strutture trasfusionali della Regione.</p> <p>- Il DIMT verrà sottoposto a verifica ispettiva per il rinnovo dell'accreditamento istituzionale secondo gli standard previsti dalla DGR 2528/11.</p>
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La produzione di concentrati piastrinici da buffy-coat è stata trasferita al Centro Unico Regionale di Produzione Emocomponenti (CURPE) a metà ottobre 2018. E' stata redatta una Convenzione tra il Dipartimento di Medicina Trasfusionale Giuliano Isontino e il CURPE (allegato 1). - L'autoemoteca Regionale basata a Gorizia è stata trasferita ad AAS. 2 il 1 dicembre 2018. Oltre alle risorse tecnologiche in dotazione al mezzo, sono state trasferiti 1 infermiera e 1 autista. L'atto di scorporo costituisce l'allegato 2. - La visita ispettiva per il rinnovo dell'Accreditamento Regionale ha avuto luogo all'inizio di ottobre con esito positivo (allegato 3). Il decreto di accreditamento a pieno titolo verrà pubblicato a breve. 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Accreditamento istituzionale	Entro la fine del 2018 verifica e rinnovo dell'accreditamento istituzionale di tutte le strutture trasfusionali della Regione
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>V. linea precedente</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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

	<p>codifica creata ad hoc)</p> <ul style="list-style-type: none"> - garantire la partecipazione a gruppo ginecologico oncologico - attivare la consulenza per pazienti provenienti da area vasta presso il nostro centro hub per confermare il trattamento con i farmaci ad alto costo con limitazione di centro
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Tutti gli obiettivi descritti sono stati raggiunti, con un particolare impegno, dichiarato esplicitamente, di sviluppare sempre di più la presa in carico multidisciplinare e multiprofessionale</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Realizzare un sistema per gestire teleconferenze tra clinici e riunioni operative a distanza per ogni sede ospedaliera	Attivazione entro il 30.9.2018 di almeno 2 sale attrezzate per gestire teleconferenze cliniche e riunioni operative a distanza, nonché permettere la visione contemporanea di documentazione e immagini diagnostiche di alta qualità.
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Asuits ha già numerose sale attivate. Inoltre ha a disposizione un carrello portatile per allestire teleconferenze.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

3.1.7. Modifiche/integrazioni delle DGR 2673/2014, 929/2015 e 1437/2015	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Modifiche/integrazioni delle DGR 2673/2014, 929/2015 e 1437/2015	A parziale modifica delle DGR 2673/2014 e 929/2015, presso l'ASUITS è mantenuta come autonoma la funzione di Igiene e Sanità Pubblica, anche in considerazione della valenza regionale e del mandato della stessa che è distinto rispetto alla Microbiologia e Virologia, che è struttura deputata a supportare le decisioni cliniche; pertanto viene espunta la specificazione indicata accanto alla funzione di Microbiologia e Virologia nell'allegato 2 alla DGR 929/2015 riguardante lo svolgimento assicurato in Igiene e Sanità Pubblica.
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>La situazione è mantenuta come descritta</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

3.1.8. Modifiche/integrazioni alla DGR 42/2017	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Modifiche/integrazioni alla DGR 42/2017	ASUITS e ASUIUD concordano la quota di budget, di quanto assegnato con l'articolo 6 dell'allegato 1 della DGR n. 42/2017 alla <i>Casa di Cura Città di Udine</i> , che è finalizzata alle attività di medicina di laboratorio (in particolare prelievi) svolte nel territorio di pertinenza dell'ASUITS..
Attuazione al 31/12/2018: La quota è stata concordata	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.10 Lean management	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Sviluppare un nuovo progetto da portare a compimento entro l'anno	Evidenza del progetto concluso
Attuazione al 31/12/2018: Sono state attuate numerose edizioni di momenti formazione per operatori e dirigenti	
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:
Implementazione del percorso gravidanza fisiologica seguita dall'ostetrica	<p>Avvio implementazione del percorso gravidanza fisiologica seguita dall'ostetrica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - offerta del primo colloquio ostetrico al primo accesso al servizio per gravidanza (offerta di cura) a partire da 1/7/2018 - predisposizione del percorso di formazione (ostetriche) entro giugno 2018 - definizione e descrizione del percorso aziendale entro 31/12/2018 - trasmissione report di attività alla DCS entro 31/12/2018
Attuazione al 31/12/2018:	

- Offerta del primo colloquio ostetrico al primo accesso al servizio per gravidanza dal 1/7/2018
- La formazione aziendale (11 crediti ECM) è stata effettuata il 13/6/2018; vi hanno partecipato ostetriche e ginecologhe ASUITS

<http://ecm.sanita.fvg.it/it/web/ecm/ecm/dettaglioevento?idEvento=19580&idEdizione=43629>

- ASUITS ha preso atto del percorso regionale "Percorso nascita in Friuli Venezia Giulia. Progetto gravidanza a basso rischio a gestione ostetrica" (del. 723 del 21/3/2018), che richiede l'attivazione dei percorsi amministrativi per poter essere messo in atto ed ha avviato le attività per la sua realizzazione:
 - o Nel corso del 2018 il gruppo aziendale delle ostetriche ha partecipato al tavolo interistituzionale (ASUITS IRCCS Burlo Garofolo) sulla gravidanza fisiologica definendo percorsi di continuità.
 - o Nelle more dell'attivazione del percorso regionale, ASUITS ha definito il Percorso Assistenziale denominato "La protezione dell'Allattamento nel Percorso Nascita: il Modello di Assistenza di ASUITS" inserito nel Manuale degli operatori 2018- 2010 e decretato la Politica Aziendale di Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste per l'Allattamento Materno e l'Alimentazione dei Bambini" - 2018-2020 (decreto 180 del 7/3/2018);

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Implementazione dell'offerta della visita domiciliare ostetrica in puerperio in tutte le aziende	<p>Mantenimento dell'offerta di prima visita ambulatoriale presso i Consultori Familiari (Accoglienza Mamma Bambino) in continuità con il Punto nascita di riferimento.</p> <p>Report attività 2018</p> <p>Mantenimento dell'offerta della prima visita domiciliare ostetrica nelle situazioni di rischio psicosociale e sanitario (su segnalazione del punto nascita, su rilevazione degli operatori).</p> <p>Report attività 2018</p>

Attuazione al 31/12/2018:

Nell'ambito del Percorso Assistenziale denominato "La protezione dell'Allattamento nel Percorso Nascita: il Modello di Assistenza di ASUITS" inserito nel Manuale degli operatori 2018- 2010 e decretato la Politica Aziendale di Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste per l'Allattamento Materno e l'Alimentazione dei Bambini" - 2018-2020 (decreto 180 del 7/3/2018) è prevista l'offerta attiva di un primo Bilancio di salute dopo la dimissione dalla maternità secondo un accordo consolidato con IRCCS Burlo Garofolo (accoglienza Mamma Bambino dei Consultori Familiari ASUITS).

In accordo con la SC Neonatologia TIN di IRCCS Burlo Garofolo è stato messo a punto un foglio informativo concordato con entrambi i loghi da consegnare alle madri alla dimissione dal punto nascita, per favorire l'accesso ai Consultori Distrettuali entro la prima settimana di vita del bambino, per un bilancio di salute dell'ostetrica (salute della madre e salute del bambino).

Nel 2018 sono stati effettuati 1223 bilanci di salute a coppie mamma bambino dopo la dimissione dalla maternità coprendo il 91.4% delle donne residenti che hanno partorito.

È proseguita l'attività di Protezione dell'allattamento secondo gli standard UNICEF (7 passi) sulla base dell'Autovalutazione e del Piano d'azione 2018 definito all'interno del Gruppo di lavoro aziendale deliberato nel 2017.

È proseguita l'attività di FFSC del gruppo interistituzionale ASUITS IRCCS Burlo Garofolo sull'allattamento

<p>(audit di casi clinici, presentazione di protocolli, attivazione di percorsi formativi).</p> <p>I tassi di allattamento esclusivo alla seconda vaccinazione di ASUITS sono 40</p> <p>Numero parti residenti 1223/1338 (91.4%)</p> <p>Numero nati vivi residenti 1355/ 8270</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Nell'ambito dei percorsi di preparazione al parto e nei centri nascita veicolare il messaggio dell'importanza della vaccinazione infantile e dell'adozione di stili di vita sani	Mantenimento dell'informazione strutturata nei Corsi di accompagnamento alla nascita sulle vaccinazioni della prima infanzia
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Nel corso del 2018 hanno avuto luogo 38 gruppi post parto presso i Consultori Familiari distrettuali. Per tutti i gruppi post parto un incontro di 2 ore è stato dedicato alle informazioni sulle vaccinazioni, a cura degli operatori degli ambulatori vaccinali distrettuali.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Implementazione di percorsi relativi all'età post fertile	Mappatura delle aree di criticità inerenti i percorsi di promozione e prevenzione e definizione di un piano di intervento
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Le donne di età compresa tra i 50 e i 65 anni che hanno avuto almeno un intervento presso i Consultori Familiari di Asuits nel 2018 sono state 784 pari a circa il 3% della popolazione femminile di questa fascia d'età residente nel territorio di riferimento. Dal sistema informativo regionale dei Consultori, risulta che nel corso del 2018 nei CCFF di ASUITS sono stati aperti 402 episodi di cura nell'area delle "problematiche menopausa/climaterio". Questo dato si riferisce a situazioni in cui la richiesta di intervento da parte dell'utente è stata esplicitata in questo senso e ha avuto carattere prevalente. In dettaglio in quest'area sono state eseguite, prevalentemente dalle ginecologhe, 502 visite, analisi, procedure cliniche o controlli; 266 relazioni, prescrizioni, certificazioni; 98 colloqui, consulenze, valutazioni; 93 attività di informazione/prevenzione. Inoltre i CCFF di ASUITS, a scopo preventivo, offrono a tutte le donne fino ai 65 anni la possibilità di sottoporsi a vista ginecologica e senologica gratuita una volta all'anno e nel corso di questa attività, registrata nell'area prevenzione, possono essere affrontate anche problematiche relative menopausa, nonché promuovere l'adesione agli screening oncologici organizzati a livello regionale (cervice uterina, mammella, colon). Su richiesta della persona o su invio della ginecologa che ne rilevi l'opportunità, vengono offerti percorsi di sostegno o consulenze sia psicologiche che sociali. I Consultori Familiari proseguiranno ad offrire alle donne in età postfertile le attività descritte. Per avere un quadro più ampio riguardante i percorsi di prevenzione relativi alle donne di questa fascia di età e poter realizzare azioni più mirate, risulterebbe utile avere i dati di adesione agli screening per la prevenzione dei tumori al collo dell'utero, della mammella e del colon, incorporati per territorio e per fasce d'età.</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:
Screening opportunistico: avvio di uno screening opportunistico su stili di vita e rischio cardiovascolare globale nelle Aziende sanitarie della regione in coordinamento con A.I.R. dei MMG.	Il 10% dei pazienti eleggibili di ogni MMG che aderisce allo screening opportunistico è valutato per la definizione del rischio cardiovascolare. Il risultato del rischio viene inserito nella piattaforma regionale del rischio cardiovascolare.
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Il software-piattaforma per l'inserimento dei dati ed il calcolo del rischio CV era già pronto a inizio 2018.</p> <p>La fase di test sulle cartelle cliniche della Medicina Generale per l'inizio della fase di installazione è stato completato nella prima metà del 2018.</p> <p>Identificati i fondi regionali per il rinnovo del contratto di assistenza al software-piattaforma per l'inserimento ed il calcolo del rischio CV.</p> <p>La lettera di invito per i MMG al programma di screening regionale delle MCV, il contratto gratuito di ogni singolo MMG per l'installazione del software, la modulistica per il consenso informato per i pazienti che danno la disponibilità ad aderire al programma di screening sono stati condivisi con l'Area Prevenzione della DCS, con la DS ASUITS, con l'Ingegneria Clinica ed il responsabile della Privacy ASUITS, pronte per essere per essere inviati ai MMG, per raccogliere le adesioni e completare l'installazione del software per il calcolo del rischio CV collegato alla cartella informatizzata negli studi dei MMG.</p> <p>A livello regionale non è stato purtroppo possibile inserire il Progetto di Screening opportunistico del Rischio CV tra gli obiettivi della Medicina Generale per il 2018. Per tale motivo l'obiettivo di Screening opportunistico del Rischio CV è stato sospeso per il 2018 e rimandato al 2019.</p>	
<p>Motivazioni sullo scostamento dal risultato atteso:</p> <p>A livello regionale non è stato purtroppo possibile inserire il Progetto di Screening opportunistico del Rischio CV tra gli obiettivi della Medicina Generale per il 2018. Per tale motivo l'obiettivo di Screening opportunistico del Rischio CV è stato sospeso per il 2018 e rimandato al 2019.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

3.2.3. Gli screening oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia (Programma II PRP)	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Gestire la transizione del programma regionale di screening della cervice ad HPV-molecolare realizzando presso l'Anatomia Patologica di ASUITS un laboratorio unico regionale per tutti gli esami di HPV-molecolare primari e tutte le letture dei pap-test secondari;	<ul style="list-style-type: none"> - Laboratorio unico HPV molecolare e cervicocitologia di screening realizzato presso l'Anatomia Patologica di ASUITS entro il 30.9.2018. - Fascia di popolazione obiettivo 50-64 invitata a screening con HPV-DNA come test primario. - HPV-molecolare primari e tutte le letture dei pap-test secondari analizzati presso l'Anatomia Patologica di ASUITS, - Letture dei pap test primari presso le sedi di

	<p>attuale competenza fino a transizione del programma ultimata</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programma partecipato di controllo di qualità realizzato. - Gare realizzate e logistica di supporto riorganizzata
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Al 31/12/2018 si sono concluse le gare con aggiudicazione definitiva. Il laboratorio è stato realizzato e completato. Si sono definiti anche, in collaborazione con la Direzione Regionale tutti i percorsi relativi ai trasporti ed il programma formativo per il personale coinvolto nelle attività dello screening. Il laboratorio sarà operativo dal giugno 2019 ed è previsto che i primi campioni, come da decisione dell'Assessorato alla Salute, arriveranno a partire dal 1° luglio 2019.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
Raggiungere e mantenere un'adesione ai programmi di screening pari al 70 % per la cervice uterina, al 70 % per la mammella, e al 70% per il carcinoma del colon retto	Adesione pari al 70% per la cervice uterina, al 70% per la mammella e al 70% per il carcinoma del colon retto
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Adesione cervice 2018 $\geq 70\%$. ASUITS 61,86%</p> <p>Adesione colon retto 2018 $\geq 70\%$. ASUITS 57,59%</p> <p>Adesione mammella 2018 $\geq 70\%$. ASUITS 67,68%</p>	
<p>Motivazioni sullo scostamento dal risultato atteso:</p> <p>Storicamente Trieste presenta criticità ampiamente documentate e motivate negli anni</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON 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 da parte di ASUITS dei requisiti previsti dal sistema regionale di verifica dei centri di senologia con invio alla Direzione regionale dei dati di autovalutazione entro il 30.11.2018.
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>I requisiti sono rispettati.</p> <p>ASUITS ha verificato i requisiti nazionali ed europei e il suo centro ha ricevuto la certificazione Eusoma già anni fa, confermata nel 2019 sui dati del 2018.</p>	
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
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Nell'ambito dello screening senologico tutte le letture di primo livello e la gestione del percorso di</p>	

<p>approfondimento diagnostico di tutte le pazienti sono state effettuate dalle 3 radiologhe certificate per l'attività di screening (dott.sse Martina Assante, Cristiana Gasparini e Maura Tonutti). I dati relativi al percorso di approfondimento diagnostico sono desumibili dal G2 clinico.</p> <p>Si conferma che l'obiettivo è stato raggiunto al 100%</p>							
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO						
Garantire la corretta chiusura dell'esito dei casi di secondo livello dello screening mammografico nel G2 clinico ridurre i richiami intermedi (early recall) dopo approfondimento.	<ul style="list-style-type: none"> - percentuale di casi di secondo livello chiusi correttamente > = 95% - percentuale di early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso"/totale dei casi chiusi dall'unità senologica inferiore al 10% 						
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pazienti richiamate al secondo livello 434, casi non completi 10 pari al 2,3%, percentuale di casi di secondo livello chiusi correttamente > = 95%. La percentuale di casi chiusi che doveva essere controllata da ogni singolo centro - percentuale di early recall "sospesi" 6.9% 							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">Esiti sospesi</th> <th style="width: 33%;">Esiti chiusi</th> <th style="width: 33%;">Tasso sospesi</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">35</td> <td style="text-align: center;">507</td> <td style="text-align: center;">6,9</td> </tr> </tbody> </table>		Esiti sospesi	Esiti chiusi	Tasso sospesi	35	507	6,9
Esiti sospesi	Esiti chiusi	Tasso sospesi					
35	507	6,9					
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO						
Garantire il rispetto dei requisiti definiti dalla regione per i centri di secondo livello.	Rispetto dei requisiti previsti dal sistema regionale di verifica dei requisiti dei centri di secondo livello con invio alla Direzione regionale dei dati di autovalutazione entro il 30.11.2018.						
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>I requisiti sono rispettati</p>							
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO						
Garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica (in particolare la codifica del livello di rischio assicurando di rendere definitiva la compilazione) per gli esami di 2° livello di screening garantire l'offerta della colonscopia di approfondimento di secondo livello entro 30 giorni dalla positività del FOBT di screening	<p>Percentuale di cartelle correttamente compilate >=95%</p> <p>Tempo di attesa per colonscopia di approfondimento di secondo livello < 0 = 30 giorni</p>						
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Obiettivi raggiunto, cartelle compilate al 99%</p> <p>A fine 2018 (rilevazione degli ultimi tre mesi) il 100% delle prestazioni sono eseguite entro i</p>							
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO						
Mantenere aggiornate, tramite i distretti, le anagrafi sanitarie verificando assistiti in base ai dati del	Percentuale di inviti inesitati < = 1,5%						

monitoraggio delle lettere inesitate fatti pervenire dalla Direzione Centrale Salute.	
Attuazione al 31/12/2018: Dai dati in nostro possesso gli inviti 2018 sono stati 67.198, mancando il residuo del 4° trimestre delle inesitate possiamo solo stimare la percentuale delle inesitate complessivamente nel 5,8%.	
Motivazioni sullo scostamento dal risultato atteso: Dal dato di 3915 (inesitate dei 4 trimestri meno il residuo del 4° trimestre) tutte controllate solo 715 si potevano correlare a un problema di anagrafe sanitaria (cancellazione per emigrazione, cancellazione per altri motivi, variazione di indirizzo, decessi) mentre le restanti 3200 inesitate risultavano corrette in anagrafe sanitaria, quindi non c'erano problemi di correzione. Il dato dei 715 è ben al di sotto dell' 1,5% dell'obiettivo regionale.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

3.2.5. Salute e sicurezza nelle scuole e benessere dei giovani (Programma III PRP)	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Perseguire gli obiettivi previsti dal Piano regionale della prevenzione sul territorio regionale	Invio alla AAS2 dei dati dell'attività svolta in ASUITS al fine della predisposizione del report regionale per la DCS
Attuazione al 31/12/2018: Le attività previste sono state segnalate al referente regionale per la consueta rendicontazione.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
L'azienda collabora e sostiene percorsi ed azioni coerenti a diffondere in tutta la Regione il modello di Scuola che promuove la salute, che ha lo scopo di migliorare il successo scolastico e facilitare l'azione in favore della salute	Adesione di almeno il 50% delle 35 scuole della provincia alla rete di Scuole che promuovono salute (SHE) sulla base della collaborazione instaurata tramite accordi conclusi nel 2015
Attuazione al 31/12/2018: Effettuata la formazione regionale SPS (06/09/18) e avviato il percorso regionale con l'adesione di 16 Istituti della provincia di Trieste (40 adesioni totali in FVG). Prevista una formazione territoriale e una regionale.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Sviluppo di progetti di promozione della salute/peer education nelle scuole e negli enti di formazione professionale, continuando a diffondere e ad implementare progetti riconducibili alle buone pratiche, quali i modelli What's up, Unplugged, peer education, ecc.	Realizzazione in 17 istituti di almeno 1 dei seguenti progetti: - Afrodite - Unplugged - Progetto Emozioni in regola
Attuazione al 31/12/2018: Avviati i seguenti progetti nell'anno scolastico 2018/2019:	

- Afrodite (4 Secondarie secondo grado + 3 Enti professionali)
- Unplugged (5 Secondarie primo grado + 2 Secondarie secondo grado + 1 ente professionale)
- Progetto Emozioni in regola (3 scuole primarie + 1 come controllo)
- Bulli di sapone - Buone Pratiche contro pedofilia (6 Secondarie primo grado)
- Zooantropologia didattica (3 scuole primarie)
- Sicuramente (4 scuole infanzia comunali – 9 Secondarie primo grado – 4 Secondarie secondo grado)
- Alimentazione Ambiente Sostenibilità (2 Secondarie secondo grado)

I seguenti progetti sono stati avviati in 31 istituti scolastici (4 scuole infanzia comunali - 17 Istituti Comprensivi – 7 Istituti Secondari II grado – 3 enti formazione professionale).

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Collaborazione nell'ambito del programma III del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) all'obiettivo specifico di promozione della cultura della salute e sicurezza in ambito scolastico sulla base delle indicazioni del coordinamento diretto dall'AAS 5	Avvio dei programmi e delle iniziative che verranno individuati dal coordinamento regionale dell'AAS5
Attuazione al 31/12/2018: Continua la collaborazione e partecipazione come prevista dalla linea regionale	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Inserimento nella banca dati PRO.SA. delle attività di promozione salute svolte negli istituti scolastici	Inserimento in banca dati PRO.SA. dell'attività svolta relativamente ai progetti Afrodite, Unplugged, Emozioni in regola
Attuazione al 31/12/2018: Si conferma l'inserimento dei progetti in banca dati DORS visibili solo alle aziende regionali mentre per la pubblicazione nel circuito nazionale si rimane in attesa di alcuni dati prima di procedere.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2.6. Dipendenze	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Collaborazione con l'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze.	Partecipazione dei referenti del gruppo tecnico operativo ad almeno il 70% delle riunioni indette dall'Osservatorio sulle Dipendenze. Invio e validazione dei dati per i flussi informativi regionali raccolti dell'osservatorio. Rendicontazione delle azioni previste dal Piano operativo GAP 2017.
Attuazione al 31/12/2018: Gli incontri del gruppo tecnico si sono tenuti a Palmanova nelle seguenti giornate	

<ul style="list-style-type: none"> 23 gennaio, 20/2, 20/3, 17/4, 2 e 22/5, 1/6, 21/9, 22/10, 23/11 e il direttore del DDD ha partecipato al 100% di essi. <p>Il DDD ha inviato i report periodici relativi ai flussi informativi obbligatori SIND previsti ex lege, sia sui dati di utenza che sui dati di attività, secondo le tempistiche regionali. Assicurata la rendicontazione delle azioni previste dal Piano Operativo GAP.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Partecipazione al tavolo tecnico di confronto regionale con il terzo settore sui trattamenti alcolici.	Partecipazione dei referenti Aziendali dei trattamenti alcolici ad almeno il 70% delle riunioni indette.
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Gli incontri del tavolo tecnico sulla rete alcolica con il terzo settore si sono tenuti nelle seguenti giornate:</p> <ul style="list-style-type: none"> 30/1, 27/2, 27/3, 29/5, 9/10, 20/11 e la presenza del DDD è stata garantita per il 100% 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Promuovere e aumentare il numero di programmi terapeutico riabilitativi in misura alternativa alla detenzione per detenuti con dipendenza patologica e di messe alla prova.	Partecipazione alla realizzazione di una formazione a valenza regionale sulle misure alternative e messe alla prova.
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>E' stato realizzato il seguente evento formativo:</p> <p>"Workshop Misure alternative alla detenzione", organizzato dalla Regione FVG (Udine, 11 dicembre 2018), a cui hanno partecipato operatori dei diversi profili professionali del DDD, coinvolti nei percorsi specifici.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Partecipazione ai tavoli di monitoraggio sugli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale.	Report con l'esito di almeno 3 indicatori di outcome relativi agli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale. Aumento delle misure alternative e messe alla prova
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Il report è stato redatto a partire dal monitoraggio di 3 indicatori tra quelli previsti dal tavolo tecnico regionale, e precisamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> numero di Borse di Formazione Lavoro che sono state rinnovate, con specificazione del rationale; numero di Borse di Formazione Lavoro che sono state interrotte per "abbandono" - drop out; numero di Borse di Formazione Lavoro concluse in seguito al raggiungimento degli obiettivi previsti. <p>Il report è stato inviato alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Monitoraggio degli esiti dei trattamenti in capo al SSR per rispondere alle problematiche relative alla dipendenza.	Report con l'esito di almeno 3 indicatori di outcome relativi all'esito dei trattamenti in capo al SSR per rispondere alle problematiche relative alla dipendenza.
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Il report è stato inviato al referente della Direzione centrale salute della Regione con gli indicatori di outcome</p>	

concordati:	
1. follow-up dei soggetti tabagisti a 6 mesi dal trattamento: su un totale di 63 soggetti, si sono presentati 59 soggetti alla visita di follow up, di cui 47 sono risultati astinenti;	
2. monitoraggio dei drop out: sostanze illegali 70 soggetti, alcol 73 soggetti, tabacco 62 soggetti, GAP 17 soggetti;	
3. monitoraggio decessi per suicidio o overdose: 2 decessi per overdose e 1 suicidio.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Partecipazione alla stesura del nuovo Piano d'Azione Regionale per le Dipendenze.	Partecipazione dei referenti del gruppo tecnico operativo ad almeno il 70% delle riunioni indette.
Attuazione al 31/12/2018: Gli incontri del gruppo tecnico regionale dedicati alla discussione del nuovo PARD si sono tenuti nelle giornate seguenti:	
<ul style="list-style-type: none"> 20/3, 17/4, 1/6, 23/11 e 23/1/2019. Il direttore del DDD ha partecipato al 100% degli incontri. 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Aumento del testing per le malattie infettive correlate all'uso di sostanze alcoliche alle persone che afferiscono ai servizi per le Dipendenze.	Almeno il 20% di testati sui testabili.
Attuazione al 31/12/2018: E' stato testato più del 20 % degli utenti con alcol dipendenza (n. 190 soggetti su 830 utenti in carico con diagnosi di alcol-dipendenza).	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Partecipazione alla definizione di percorsi condivisi a livello regionale per le procedure legate agli accertamenti legali.	Partecipazione dei referenti del gruppo tecnico operativo ad almeno il 70% delle riunioni indette.
Attuazione al 31/12/2018: Gli incontri del gruppo tecnico regionale si sono tenuti nelle seguenti giornate:	
<ul style="list-style-type: none"> 20/3, 19/6, 21/9 e 22/10. Il personale del DDD ha partecipato al 100% degli incontri. 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Sviluppare progetti di attività fisica rivolti alla popolazione adulta	Report su quanto realizzato
Attuazione al 31/12/2018: ASUITS ha predisposto un Avviso rivolto alle Associazioni Sportive Dilettantistiche, Associazioni di Promozione Sociale e Associazioni di Volontariato per implementare o proporre progetti di attività fisica rivolta alla popolazione adulta. Sono stati valutati i progetti a cui sono stati corrisposti i contributi regionali, di seguito un	

breve riassunto delle attività:

Associazione Benessere ha implementato l'attività già esistente ed inoltre sono stati attivate 2 nuove sedi per essere più presente sul territorio

Associazione Lunga Vita Attiva: progetto di attività motoria in acqua con nuoto lento rivolto a persone over 60, nel 2018 sono stati effettuati 2 corsi

Associazione Equilandia progetto di attività motoria, passeggiata con cavallo, e presenza di guida naturalistica per persone over 50 anni attivato 1 corso

Associazione Lega Italiana per la lotta contro i Tumori: il progetto di implementazione delle attività di yoga, e nuovi corsi di Nordic Walking e gruppi di cammino

Associazione Comitato Regionale UISP FVG: il progetto ha previsto l'implementazione delle attività di ginnastica per adulti e la costituzione di corsi in nuove sedi

Tutte le Associazioni hanno predisposto un questionario d'ingresso e fine percorso di attività per valutare il gradimento e talvolta la modifica degli stili di vita

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Realizzare progetti di promozione attività fisica adattata	Almeno 1 iniziativa/progetto

Attuazione al 31/12/2018:

In ASUITs è presente un progetto di attività fisica adattata con l'Associazione Sportiva Ginnastica Triestina per le persone che afferiscono al Centro Cardio Vascolare con un protocollo operativo dedicato di invio e monitoraggio dell'attività

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Diffondere opportunità di attività fisica presenti sul territorio attraverso il sito regionale (<i>invecchiamentoattivo.fvg</i>)	Presenza, sul sito, delle attività realizzate in collaborazione con le associazioni

Attuazione al 31/12/2018:

Tutte le Associazioni che hanno partecipato all'avviso per l'attività motoria sono iscritte al sito regionale "invecchiamentoattivo.fvg" descrivendo le attività

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

3.2.8 Prevenzione degli incidenti stradali (Programma VI PRP)

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

Attuazione al 31/12/2018:

Le attività di implementazione previste relative l'utilizzo dei buoni taxi si concluderanno a febbraio 2019.

Partecipato alla tavola rotonda prevista dal Progetto Regionale Sicuramente il 21.11.2018 a Trieste.

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

3.2.9. Prevenzione degli incidenti domestici (Programma VII PRP)

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
<p>Coordinare le attività relative al perseguimento degli obiettivi del programma VII PRP prevenzione degli incidenti domestici.</p> <p>Svolgere attività di sensibilizzazione della popolazione alla prevenzione degli incidenti domestici</p>	<p>Report congiunto di monitoraggio relativo alle attività previste dal Programma VII PRP inviato alla DCS.</p> <p>Almeno un'iniziativa di sensibilizzazione attraverso i media</p>

Attuazione al 31/12/2018:

Il Report congiunto di monitoraggio relativo alle attività previste dal Programma VII PRP è stato inviato alla DCS in data 21/12/2018 via PEC (prot. 71393/T-GEN-IV-1-A)

La campagna di prevenzione degli incidenti domestici realizzata in collaborazione fra tutte le Aziende Sanitarie della Regione, l'IRCSS Burlo Garofolo e la SISSA è stata presentata in data 3 Dicembre 2018 dall'Assessore alla Sanità, Riccardo Riccardi, nel corso di una conferenza stampa (comunicato stampa disponibile all'indirizzo:

<http://www.regione.fvg.it/rafvfg/comunicati/comunicato.act?dir=%2Frafvfg%2Fcms%2FRAFVG%2Fnotiziedallaggiunta%2F&nm=20181203155826002&fbclid=IwAR2gXqWls6wwUUYPq500tqZBfDf3isejj3j-o2VmqHqmknLCQLV5Iklij7Q>).

La campagna di prevenzione, il sito ed i suoi contenuti sono stati ulteriormente pubblicizzati attraverso il TG Regionale (<https://www.youtube.com/watch?v=AHfWDcqy6Dk&feature=youtu.be>) ed altri media locali (<http://www.udinetoday.it/cronaca/prevenzione-incidenti-domestici-friuli-venezia-giulia-2017-2018.html>; https://messengeroveneto.gelocal.it/dalla-giunta/2018/12/03/news/salute-riccardi-aumentare-prevenzione-su-rischi-incidenti-domestici?id=finegil:messaggero-veneto.site:-1327468643&refresh_ce) e durante la trasmissione televisiva "Family Salute e benessere" di Telefriuli in data 11/12/2018.

Il programma di prevenzione è stato inoltre presentato e diffuso attraverso la newsletter ed i social di "Guadagnare Salute" ed il sito Epicentro dell'Istituto Superiore di Sanità.

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

Effettuare la rilevazione attraverso la check-list dei rischi nelle abitazioni	Almeno 50 abitazioni valutate
--	-------------------------------

Attuazione al 31/12/2018:

Rilevati i rischi in 80 abitazioni

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:
Partecipare alla stesura delle schede di prodotto e	Partecipazione alla elaborazione di almeno 90 schede di

delle flow chart, con le metodiche e gli strumenti predisposti nell'ambito della IV fase del progetto di ricerca "Prodotti Finiti FVG"	prodotto a livello regionale
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Le Strutture dipartimentali (SCISP, SCIAN, SCPSAL, SCSA) hanno contribuito alla realizzazione di 107 schede. I documenti sono disponibili sul sito del progetto.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Attuare i contenuti della Delibera 2520 del 14 dicembre 2017 (modifica regolamento emanato con Decr. Pres. Reg. 144/2015) sui servizi residenziali e semiresidenziali per anziani.	<ul style="list-style-type: none"> - Rilascio del 100% dei pareri di ammissibilità relativi alle domande di nuova classificazione presentate dagli enti gestori delle strutture residenziali alla Regione - rilascio del 100% delle nuove autorizzazioni all'esercizio entro 90 giorni dalla ricezione del parere di ammissibilità della domanda da parte della Regione - monitoraggio e verifica degli adempimenti e adeguamenti previsti per il livello di nuova classificazione nel 100% delle Residenze per anziani ri-autorizzate all'esercizio - vigilanza nel 10% delle strutture residenziali per anziani autorizzate sul territorio
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Sono stati rilasciati 77 pareri di ammissibilità relativi alle domande di nuova classificazione presentate dagli enti gestori delle strutture residenziali alla Regione rilasciante entro 90 giorni dalla ricezione delle stesse.</p> <p>E' stata eseguita la vigilanza su 10 strutture residenziali del territorio</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Monitoraggio dell'indicatore sanitario al 30.06.2018:	<ul style="list-style-type: none"> - Partecipazione ai lavori del GRE - Realizzazione di un incontro provinciale con i portatori di interesse sulle problematiche connesse all'applicazione delle norme relative alla sicurezza del lavoro in edilizia - Report elaborato da parte del GRE sulla omogeneità dell'applicazione delle procedure di vigilanza in edilizia in regione
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>In data 18/12 il coordinatore del Gruppo Regionale per l'Edilizia (GRE) ha trasmesso ai Responsabili SPSAL il report sull'omogeneità dell'applicazione delle procedure di vigilanza in edilizia nella Regione FVG.</p> <p>Partecipazione alle 3 riunioni in data 18/06, 14/09 e 21/11.</p> <p>L'incontro provinciale sull'edilizia si è svolto a Trieste il 06/12 presso l'aula magna dell'ITIS A. Volta</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Verificare l'omogeneità dell'applicazione in ambito	Partecipazione ai lavori del GRA

regionale delle procedure di vigilanza in agricoltura e prosecuzione della diffusione delle stesse ai portatori di interesse	Realizzazione di un incontro provinciale con i portatori di interesse sulle problematiche connesse all'applicazione delle norme relative alla sicurezza del lavoro in agricoltura - Report elaborato da parte del GRA sulla omogeneità dell'applicazione delle procedure di vigilanza in edilizia in regione
Attuazione al 31/12/2018: Sono state convocate n. 4 riunioni del GRA (19/03, 09/05, 11/06, 12/12 - per ASUITS partecipano Crocco, Zorzenon, Scalisi). L'incontro provinciale con i portatori d'interesse si è svolto il 14/12.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
SIAN/VET: partecipare alla formazione degli auditor e al programma di mantenimento della qualifica	Mantenimento della qualifica degli auditor formati e partecipazione di operatori SIAN/VET ad eventuali corsi per auditor organizzati dalla Regione
Attuazione al 31/12/2018: 8 operatori con qualifica di auditor. 5 hanno seguito il programma per il mantenimento della qualifica, 2 hanno completato il percorso di accreditamento come auditor, 1 ha seguito il percorso per diventare auditor regionale	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Partecipare al corso di sostegno alle capacità organizzativo-gestionali delle risorse umane per dirigenti, coordinatori e P.O. dei Dipartimenti di Prevenzione organizzato dall'AAS 5	Partecipazione al corso di almeno un operatore per Struttura
Attuazione al 31/12/2018: Agli incontri del corso Tangram ha partecipato almeno un operatore per struttura	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Partecipare al programma regionale di audit nel comparto portuale e marittimo	Avvio dell'attività di audit sui SGSL in 5 aziende operanti in ambito portuale
Attuazione al 31/12/2018: E' stato richiesto a 4 aziende la verifica sullo stato di avanzamento delle soluzioni. In un'azienda è stata effettuata la verifica delle raccomandazioni. Sono stati effettuati 2 nuovi audit.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Diffondere le Linee guida regionali per la prevenzione dei rischi in campo estetico e del Protocollo operativo regionale di controllo per le pratiche estetiche	Pubblicazione delle linee guida regionali per la prevenzione dei rischi in campo estetico e del Protocollo operativo regionale di controllo per le pratiche estetiche sul sito aziendale
Attuazione al 31/12/2018:	

Le linee guida regionali ed il protocollo operativo sono state pubblicate sul sito aziendale.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Attuare il Protocollo operativo regionale di controllo per le pratiche estetiche	<ul style="list-style-type: none"> - Effettuazione dei controlli nel 100% delle nuove SCIA di tatuatore e piercer - Effettuazione dei controlli nel 20% delle nuove SCIA presentate per estetista - Effettuazione dei controlli nel 10% delle nuove SCIA presentate per acconciatore
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Sono stati effettuati i seguenti controlli:</p> <p>Tatuatori e piercer: 4 su 4 SCIA pari al 100%</p> <p>Estetisti: 3 SU 14 SCIA pari al 20%</p> <p>Acconciatori: 2 su 16 SCIA pari al 10%</p>	
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	<ul style="list-style-type: none"> - Effettuazione della vigilanza sul 5% delle aziende del territorio, sulla base dei riferimenti indicati dalla DCS - Edilizia: svolgimento di attività di vigilanza sul 12% dei cantieri notificati nell'anno 2017. - Agricoltura: contribuire all'attività di vigilanza su 90 aziende agricole a livello regionale nel numero indicato dalla DCS, minimo 3 aziende - Predisposizione del report di attività, anche complessivo tra tutte le AAS/ASUITs, e invio dello stesso alla DCS
<p>Attuazione al 31/12/2018</p> <ul style="list-style-type: none"> - fatti sopralluoghi in 452 aziende (5,15 % delle PAT, vedi obiettivo LEA). - Edilizia: ispezionati n. 199 cantieri (14,9 % rispetto ai 1334 cantieri notificati nel 2017) + 22 monitoraggi eseguiti - Agricoltura: le tre ispezioni sono state eseguite in data 09/10, 25/10 e 21/11. - Il report di attività del Gruppo Agricoltura è stato inoltrato alla DCS dalla coordinatrice del gruppo, dott.ssa Zuliani, in data 08/01/2019. - Il report di attività del Gruppo Edilizia è stato inoltrato alla DCS dal coordinatore del gruppo, dott.Perin, in data 18/12/2018. 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Realizzazione di un incontro informativo/ formativo	Predisposizione del report di attività con descrizione

rivolto ai soggetti della prevenzione operanti nei settori edile ed agricolo.	dell'evento formativo, comprensivo del numero degli operatori formati suddivisi per categoria, ed invio dello stesso alla DCS
Attuazione al 31/12/2018: L'incontro per l'edilizia si è svolto a Trieste il 06/12 presso l'aula magna dell'ITIS A. Volta L'incontro per l'agricoltura si è svolto il 14/12. Il report è stato inviato alla DCS	
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, rivolti alle figure della prevenzione, finalizzati ad una maggiore conoscenza della corretta valutazione dei rischi ergonomici, al reinserimento dei soggetti patologici e all'appropriatezza e qualità delle segnalazioni di malattia professionale	Collaborazione nell'organizzazione di 2 corsi accreditati o 2 iniziative di sensibilizzazione a livello regionale
Attuazione al 31/12/2018: Al Gruppo regionale ergonomia partecipano per la SCPSAL la dott.ssa Lucia Santarpia, l'ing. Giuseppina Di Guida e l'A.S. Gabriella Borsoi. Il Gruppo ha organizzato due corsi in data 01/10 a Pordenone, il 24/11 a Udine	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Partecipare all'avvio dell'applicazione del metodo OCCAM	Collaborazione a livello regionale nell'organizzazione dell'analisi OCCAM su una neoplasia professionale. Obiettivo dipendente dalla disponibilità dei dati INPS essenziali all'effettuazione della valutazione
Attuazione al 31/12/2018: Obiettivo non raggiunto	
Motivazioni sullo scostamento dal risultato atteso: A fronte della variazione della normativa sulla privacy l'INPS non può fornire i dati essenziali allo svolgimento dello stesso. Del fatto è stato informato il dott. Paolo Pischiutti, Direttore di Area Promozione Salute e Prevenzione della Direzione Centrale Salute, Integrazione Sociosanitaria, Politiche Sociali e Famiglia. Il coordinatore di progetto, Dr. Loris Zanier ha sospeso questa attività.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
Prosecuzione del programma integrato di promozione della salute dei dipendenti, che coinvolga i medici competenti, per la declinazione operativa delle azioni	Produzione di un report sui lavoratori a rischio cardiovascolare globale

dell'obiettivo specifico "Progetto pilota per un programma integrato di salute e benessere dei dipendenti pubblici.." del PRP	Adozione di regolamento regionale sul fumo Offerta di percorsi per smettere di fumare
Attuazione al 31/12/2018: Report predisposto. Percorsi attivi. ASUITS ha proseguito il programma integrato di salute e benessere dei dipendenti pubblici	
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	Collaborare alla redazione di un report congiunto di attività da inviare alla DCS
Attuazione al 31/12/2018 <ul style="list-style-type: none"> - MALPROF: la banca dati è stata alimentata costantemente dalla referente SCPSAL, A.S. Gabriella Borsoi. Il report è stato predisposto a fine anno dal dott. Venturini - INFORMO: tornato funzionante on-line l'applicativo (nell'autunno 2018), sono stati inseriti tutti i dati relativi agli infortuni mortali del 2017. Il coordinatore del gruppo regionale, dott. Dino Toscani, ha predisposto un report. 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Sviluppo di sistemi informativi rivolti alla dematerializzazione delle comunicazioni obbligatorie	Collaborazione a livello regionale ad uno studio di fattibilità e prima applicazione delle procedure per l'informatizzazione delle notifiche ex art. 99 del D.Lgs. 81/08
Attuazione al 31/12/2018: Il GRE nel 2018 si è riunito 2 volte (18 giugno e 14 settembre) per discutere dei contenuti della notifica telematica. Quanto deciso è stato poi trasmesso dal Coordinatore dott. Perin (AAS2) all'INSIEL ai fini dello studio di fattibilità.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Inviare i dati di attività della Struttura Complessa Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro alla Regione per la successiva trasmissione al Comitato Interregionale di Coordinamento	Dati inviati alla DCS
Attuazione al 31/12/2018: I dati sono stati elaborati e trasmessi alla DCS entro il 15/02/2019	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Monitorare le verifiche periodiche delle attrezzature di lavoro con inserimento dei dati in apposito Database	Inserimento nel Database aziendale del 75% delle verifiche periodiche effettuate

Attuazione al 31/12/2018: Sono state inserite nel database aziendale il 75% delle verifiche	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Restituzione, a carico dell'IRCCS Burlo Garofolo, dei risultati della rilevazione 2017 del Progetto Okkio alla Salute ai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende	Partecipazione ad almeno un incontro relativo al progetto Okkio alla Salute
Attuazione al 31/12/2018: Partecipazione al convegno regionale Okkio alla Salute il 05/12/2018 a Udine	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Realizzazione, con il coordinamento dell'IRCCS Burlo Garofolo e in collaborazione con i Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende del FVG, della raccolta dati periodica del progetto HBSC nelle scuole della provincia	Collaborazione all'effettuazione dello studio
Attuazione al 31/12/2018: La raccolta dei dati nelle scuole della provincia è stata effettuata.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Studi di sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento	Proseguire le indagini di sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento in funzione della numerosità del campione che verrà individuata a livello Regionale
Attuazione al 31/12/2018: PASSI: Al 31/12/2018 realizzate 275 interviste delle 280 necessarie a garantire la rappresentatività aziendale. PASSI D'Argento: realizzate 1495 interviste in ASUITS su un totale di 6985 interviste a livello regionale. In linea con la programmazione regionale	
Motivazioni sullo scostamento dal risultato atteso: Il Protocollo PASSI prevede che le interviste programmate per l'anno in corso vengano completate entro il febbraio dell'anno successivo. Dal 2018 l'esecuzione delle interviste per il FVG è stata affidata al call center regionale. L'adesione all'indagine è volontaria; in caso di rifiuto o di non reperibilità del titolare campionato, viene proposta l'intervista ad un sostituto, previo invio della lettera informativa da parte dell'azienda sanitaria di appartenenza, il che richiede tempi tecnici. Lo scostamento delle 5 interviste rispetto all'atteso è relativo ai mesi di novembre e dicembre 2018: sono state inviate le lettere informative e sono in corso le telefonate da parte del call center 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:
Partecipare attivamente alle attività del "Gruppo	Partecipazione del titolare o di un delegato 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 e della “Cabina di Regia” di cui al Decreto n. 695/SPS del 19.05.2017	Tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali” ed alla “Cabina di Regia”
Attuazione al 31/12/2018: ASUITS (dott. Patussi) ha partecipato alla riunione del 28/11/2018	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Stesura del programma di controllo regionale per garantire la tutela della salute della popolazione dalle sostanze radioattive presenti nelle acque destinate al consumo umano secondo quanto previsto dal Decreto del 2.08.2017. Valutazione preliminare dei dati disponibili di concerto con ARPA FVG e con gli Enti Gestori. Avvio del monitoraggio.	- Partecipazione alla stesura del programma - Effettuazione dei campionamenti previsti
Attuazione al 31/12/2018: I campionamenti sono previsti a partire da gennaio 2019. Personale della SCISP ha partecipato alle riunioni del 08/06/18 e 03/12/18	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Conclusione, da parte degli operatori sanitari individuati come formatori, del percorso di formazione iniziato nel corso dell'ultimo trimestre del 2017 nell'ambito del progetto CCM 2015 "EpiAmbNet" (Rete nazionale di epidemiologia ambientale, valutazione impatto integrato sull'ambiente e salute, formazione e comunicazione) del Ministero della Salute. Nel corso del secondo semestre dovranno essere stabiliti gli obiettivi didattici ed i contenuti dei percorsi formativi che verranno realizzati a livello regionale nel 2019 e che saranno destinati ai MMG, PLS e gli altri operatori del Dipartimento di Prevenzione	Partecipazione di almeno 1 operatore ai due moduli formativi previsti nel 2018
Attuazione al 31/12/2018: Partecipazione del dott. Tominz ai due moduli 1. Torino EpiAmbNet2: 9-11 maggio 2. Firenze EpiAmbNet3: 21-24 maggio	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
AMIANTO	
Raccogliere i dati relativi ai mesoteliomi degli ex	Trasmissione al COR delle schede ReNaM relative ai

esposti e inviarli al COR assicurando la trasmissione delle schede ReNaM	casi segnalati entro il 30.10.2018
Attuazione al 31/12/2018: Trasmesse n. 21 schede relative a n. 23 casi segnalati di cui 2 con schede già inviate da altra AAS.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Trasmissione dei dati relativi al numero dei soggetti attualmente esposti ad amianto alla DCS e al CRUA in base alle relazioni annuali compilate dalle ditte di bonifica utilizzando il MeLa Amianto	Invio alla DCS e al CRUA dell'informazione sul numero di lavoratori attualmente esposti, calcolati sulla base dei dati contenuti nelle relazioni annuali compilate dalle ditte di bonifica
Attuazione al 31/12/2018: 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
Numero di controlli coerenti con il piano nazionale annuale dei controlli in materia di REACH/CLP, per quanto attiene target group e tipologia di sostanze controllate	Effettuazione dei controlli sulla base delle indicazioni regionali
Attuazione al 31/12/2018: 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
AAS2 "Bassa Friulana-Isontina": realizzare un evento formativo rivolto in particolare agli operatori dei Servizi di igiene e sanità pubblica dei Dipartimenti di prevenzione delle aziende sanitarie e dell' Arpa coinvolti nelle attività di prevenzione e controllo in materia ambientale mirato ad aumentare le conoscenze dei regolamenti REACH e CLP e delle loro interazioni con le normative di settore con la finalità di informare e assistere le imprese interessate all'uso e alla gestione delle sostanze chimiche	Partecipazione dei referenti REACH della SCISP, ed eventualmente di altro personale SCISP, all' evento formativo predisposto dall'AAS2
Attuazione al 31/12/2018: I TdP Landini e Verch hanno partecipato all'evento formativo "Il contributo del regolamento REACH alla protezione e tutela dell'ambiente e della salute umana" cod. AAS2_18161 a Udine il 16/11/2018. Organizzata da: AAS2 - Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 - "Bassa Friulana-Isontina".	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
AAS3 "Alto Friuli – Collinare – Medio Friuli": realizzare un evento formativo sui Regolamenti Reach e CLP quale ricaduta dei corsi nazionali di formazione	Partecipazione dei referenti REACH della SCISP agli eventi formativi predisposti dall'AAS 3

per ispettori nei confronti dei nuovi ispettori REACH/CLP della regione FVG in fase di addestramento	
Attuazione al 31/12/2018: I TdP Landini e Verch hanno partecipato all'evento formativo "Corso regionale di formazione degli Ispettori REACH e CLP per il controllo della classificazione ed etichettatura delle miscele e dell'autorizzazione all'uso delle sostanze" codice AAS3_18106 tenutosi il 23 e 25 maggio 2018 a Gemona del Friuli.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Adottare e applicare le Linee guida regionali per il controllo della tubercolosi e realizzare la formazione degli operatori	- Collaborazione nell'organizzazione di un evento informativo relativo alla gestione delle attività conseguenti alla segnalazione di casi di TBC a livello regionale o locale - 1 iniziativa formativa/informativa in ogni azienda

Attuazione al 31/12/2018:

Concordati in data 12 settembre, presso la Direzione Medica di Presidio, con i responsabili delle SC Malattie Infettive, Pneumologia e Radiologia del Maggiore, i contenuti ed il calendario degli eventi.

Sono stati concordati 4 incontri nei mesi di novembre e dicembre.

Realizzata la formazione degli operatori sanitari delle Case di Riposo della provincia di Trieste (4 incontri formativi di 3 ore ciascuno) in tema di prevenzione/controllo della tubercolosi presso il Dipartimento di Prevenzione, ASUITS

Sono stati effettuati 3 incontri informativi (15, 22 e 29 novembre 2018) presso la sede del Dipartimento di prevenzione.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Assicurare il proseguimento delle campagne vaccinali già avviate e quelle di nuova introduzione	Miglioramento delle coperture vaccinali rispetto a quelle del 2017

Attuazione al 31/12/2018:

Le coperture vaccinali sono nettamente migliorate, come si può osservare nella tabella allegata, anche a fronte del mutamento normativo e della criticità legata al personale. Relativamente alla vaccinazione antimeningococcica è stata data priorità al recupero delle corti per Men. B.

	2017	2018°
Meningo B (1° anno di vita - MENB)*	73,7% (d1), 65,3% (d2); 19,3% (d3) [#]	<u>85,0 % (d1), 82,9% (d2),</u> <u>80,3 % (d3)</u> ^{###}

Rotavirus (1° anno di vita - ROTQ, ROTX)*	non riportato	1,90% (d2) ###
Varicella d1 (2° anno di vita - VARC, MMRV)*	77,3%#	81,6% (d1) ###
Varicella d2 (5-6 anni VARC, MMRV)**	26,1%#	46,91% ###
HPV maschi 11enni*** (HPV, HPV-G, HPV9)	5,3% (d1); 1,2% (d2)	26,89% (d1); 0,12% (d2)
IPV (adolescenti)§ (IPV)	92,3% (d4); 40,5% (d5)#	96,85% (d4); 43,82% (d5) ###
Meningo ACWY135 (MENTC adolescenti)§	40,8%#	27,23% ###
Pneumococco (65enni) PNE	28,18%	36,54% ###
Zoster (65enni) HZ	non riportato	14,42% ##
Influenza (età 65+) IF-T, IF-A, IF-S,IF-U	47,8%##	50,93% ###

*coorte dei nati del 2015 per il 2017, coorte dei nati del 2016 per il 2018

** a 7 anni di vita, nati del 2011 per il 2017 (il report regionale non riporta i dati per la coorte del 2012). 2012 per il 2018

*** nati del 2005 (come da report regionale) per il 2017, nati del 2006 per il 2018

§ 16enni coorte del 2001 Come da report regionale per il 2017, e coorte 2002 per il 2018

dati tratti dal Coperture vaccinali nell'infanzia e nell'adolescenza in Friuli Venezia Giulia- anno 2017, sito Regione FVG Nel confronto fra anni da tenere conto che non sempre è stato possibile rispettare il vincolo di vaccinati entro una determinata età.

dati calcolati da SIASI

dati calcolati da SISR

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Assicurare, accertato l'inadempimento dell'obbligo vaccinale, l'avvio della procedura per il recupero della vaccinazione	Adozione della procedura regionale per la gestione dei soggetti inadempienti, in carenza del licenziamento della stessa predisposizione ed adozione di una procedura aziendale che tenga conto degli indirizzi emersi negli specifici gruppi di lavoro regionale
Attuazione al 31/12/2018: La procedura è stata inviata alla DCS il 7 novembre. Il 26 novembre il dott. Pischiutti recepisce la procedura	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Avvio di un processo di accreditamento dei servizi vaccinali	Evidenza di avvio del processo a valle delle specifiche indicazioni regionali
Attuazione al 31/12/2018:	

I piani di miglioramento sono stati predisposti e trasmessi alla Direzione del Dipartimento.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Adottare e applicare il piano regionale di sorveglianza e risposta alle arbovirosi trasmesse da zanzare	Garantire la presenza di un Medico e di un TdP agli incontri regionali
Attuazione al 31/12/2018: La presenza del rappresentante aziendale, nonché referente aziendale, è stata assicurata. Di prassi non è richiesta la presenza di un medico	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Malattie Sessualmente Trasmesse (MST)	Collaborazione con il Burlo per il completamento del PDTA sulla gestione di laboratorio delle Malattie Sessualmente Trasmesse (MST)
Attuazione al 31/12/2018: PDTA (IRCCS BURLO) sulla gestione di laboratorio delle Malattie Sessualmente Trasmesse (MST) condiviso ed approvato con i colleghi del Burlo.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Resistenze antimicrobiche	
Partecipare alle attività regionali per l'individuazione del coordinatore regionale medico e veterinario e la costituzione del gruppo tecnico regionale (GTR) per l'implementazione del PNCAR. Il GTR identifica le modalità di implementazione delle azioni e costruzione il sistema di monitoraggio del PNCAR a livello regionale	Partecipazione al gruppo tecnico regionale, se richiesta, per la definizione delle modalità azioni regionali identificate nel PNCRA 2018 (output: documento tecnico) e per lo sviluppo del sistema di monitoraggio del PNCAR a livello regionale.
Attuazione al 31/12/2018: Partecipazione attiva al gruppo tecnico regionale sulle RESISTENZE ANTIMICROBICHE	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Veterinari: Censimento dei laboratori privati coinvolti nel monitoraggio e sorveglianza dell'AMR	Verrà realizzato il censimento dei laboratori privati che eseguono esami batteriologici e test di farmacosenibilità in Regione FVG con le modalità che saranno fornite dal gruppo tecnico regionale (GTR) per l'implementazione del PNCAR
Attuazione al 31/12/2018: Non risultano laboratori privati autorizzati nei territori di competenza.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Veterinari: Adesione al Sistema Informativo Nazionale per la completa digitalizzazione della gestione del medicinale veterinario e della ricetta elettronica	La S.C. Sanità Animale assicurerà che le aziende zootecniche siano progressivamente integrate nel sistema informatico di supporto all'attività di classificazione delle aziende sulla base di indicatori di

	rischio compatibilmente con l'implementazione del sistema da parte del Ministero della Salute e l'emanazione delle relative disposizioni da parte della DCS
Attuazione al 31/12/2018: Con l'attivazione parziale del sistema informativo centralizzato per la ricetta elettronica a novembre 2018 sono stati registrati gli allevamenti che detengono scorte farmaci e le strutture veterinarie autorizzate. La piena operatività del sistema è prevista per il 2019.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Veterinari: Progressiva integrazione delle aziende zootecniche al sistema informatico di supporto all'attività di classificazione delle aziende sulla base di indicatori di rischio	La S.C. Sanità Animale assicurerà che le aziende zootecniche siano progressivamente integrate nel sistema informatico di supporto all'attività di classificazione delle aziende sulla base di indicatori di rischio compatibilmente con l'implementazione del sistema da parte del Ministero della Salute e l'emanazione delle relative disposizioni da parte della DCS
Attuazione al 31/12/2018: Le aziende che detengono scorte di farmaci sono state registrate nel sistema informativo nazionale. Il supporto informatico per la valutazione del rischio non è ancora integrato nel sistema informativo nazionale, pertanto attualmente viene utilizzato il sistema di valutazione del rischio predisposto dalla Direzione Regionale.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Veterinari: Condivisione delle Linee guida nazionali per la corretta gestione degli allevamenti di animali da reddito al fine di ridurre le prescrizioni di antimicrobici e prevenire il rischio di antibiotico-resistenza	La S.C. Sanità Animale adotterà, quando disponibili, le Linee guida nazionali per la corretta gestione degli allevamenti di animali al fine di ridurre le prescrizioni di antimicrobici e prevenire il rischio di antibiotico-resistenza
Attuazione al 31/12/2018: In attesa dell'emanazione di specifiche linee guida nazionali, ci si attiene alle indicazioni del Piano Nazionale Integrato di contrasto alla Antomicrobicoresistenza.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Veterinari: Recepimento check-list ed esecuzione di audit secondo le procedure consolidate (entro il 2018).	La S.C. Sanità Animale riceverà ed adotterà le check-list per l'esecuzione secondo le procedure consolidate. Sulla base della programmazione regionale 2018-2019 che identificherà il numero di allevamenti zootecnici (bovini, suini, pollame e pesci, esclusi i familiari), si effettuerà la valutazione di rischio in base alle check-list che verranno fornite dalla DCS. Nel 2018 la S.C. Sanità Animale realizzerà e registrerà in SICER il controllo ufficiale di farmacosorveglianza sulla base

	della programmazione regionale
Attuazione al 31/12/2018: Sono state adottate ed utilizzate le check list fornite dalla Direzione Regionale per l'esecuzione dei controlli sulla farmacovigilanza e la valutazione del rischio fornite dalla Direzione Regionale. I controlli, per le tipologie per cui ciò è previsto sono state caricate nel sistema della Banca dati nazionale. Il sistema SICER caricherà i controlli di farmacovigilanza presumibilmente nella programmazione 2019	
Motivazioni sullo scostamento dal risultato atteso: L'entrata in vigore del Sistema Informativo Nazionale per la completa digitalizzazione della gestione del medicinale veterinario e della ricetta elettronica è stato postposto al 01/01/2019 (per ora). Si rimane in attesa dell'emanazione delle linee guida regionali.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
Almeno un corso di formazione per Medici e Veterinari sul buon uso degli antibiotici l'anno per azienda sanitaria (entro il 2018)	Partecipare ad un corso di formazione regionale per Medici e Veterinari sul buon uso degli antibiotici, organizzato da AAS2.
Attuazione al 31/12/2018: Partecipazione garantita.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2.16. Comunicazione del rischio e gestione delle emergenze

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Predisposizione di una procedura mirata all'applicazione del protocollo regionale sull'assistenza sanitaria alle persone migranti	Predisposizione della procedura e trasmissione della Procedura a <ul style="list-style-type: none"> - Prefettura - Caritas - ICS - Comuni/Servizi Sociali Comunali Report mensile trasmesso alla DCS ed alla Prefettura
Attuazione al 31/12/2018: <ul style="list-style-type: none"> • I report sono regolarmente trasmessi via PEC. • La Procedura "Azioni da attuarsi a seguito di rintraccio/ accoglienza di migranti richiedenti protezione internazionale" è stata adottata con DECRETO DEL DIRETTORE GENERALE n 881 20 dic 2017. • Il 12 febbraio si è tenuto un incontro in Prefettura con Commissario di Governo, rappresentanti di Caritas e di ICS e dell'associazione di volontariato Don Kisciotte Trieste, Direttore Generale ASUITS, il Direttore della SO Dipartimento di Prevenzione ed il Responsabile della SC Igiene e Sanità Pubblica. • Nel mese di aprile è stata trasmessa una nota a Prefettura, Questura, associazioni di volontariato per sollecitare applicazione procedura ed è stata concordata una bozza di convenzione con l'associazione Don Kisciotte. 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

Garantire la possibilità di accesso ad un ambulatorio per cure primarie per i soggetti non in regola con le norme sul soggiorno, con l'individuazione di un percorso facilitato rispetto al rilascio del codice STP/ENI (Straniero Temporaneamente Presente/Europeo Non Iscritto)	E' prevista l'attivazione di un servizio ambulatoriale
Attuazione al 31/12/2018: Nel corso del 2018 è stato garantito il percorso facilitato rispetto al rilascio attraverso un servizio di mediazione linguistico culturale in 3 giorni specifici (con la presenza di mediatori culturali formati). L'accesso agli ambulatori delle cure primarie è garantito, anche grazie al tempestivo rilascio della tessera STP/ENI.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Garantire la formazione dei propri operatori sull'antimicrobial stewardship	Almeno il 25% di medici prescrittori formati
Attuazione al 31/12/2018: Obiettivo raggiunto attraverso incontro formativo sull'Antimicrobial Stewardship' il 19.12.2018	
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
Attuazione al 31/12/2018: Il report è stato inviato	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
In applicazione del Piano generale regionale di risposta alle emergenze, definire e formalizzare l'unità di crisi aziendale	Dare evidenza della formalizzazione dell'unità di crisi aziendale e delle procedure conseguenti, in applicazione del Piano generale
Attuazione al 31/12/2018: indicazioni rispettate	
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:
Garantire la partecipazione degli operatori dedicati al percorso formativo programmato a livello regionale sull'allattamento al seno	Almeno 80% operatori dedicati formati in ogni Azienda
Attuazione al 31/12/2018:	

<p>In ASUITS 23/23 operatori dedicati (100%) sono stati formati secondo gli standard UNICEF-BFCI passo 2 (disponibile il registro della formazione).</p> <p>Di questi 3 (più un operatore coinvolto) sono diventati formatori regionali con la metodologia PBL e due di loro hanno formato tutti i formatori regionali. 5 operatori dedicati nuovi assunti hanno partecipato alla formazione regionale, così come altri 6 operatori dedicati, anche se già formati in precedenza secondo gli standard UNICEF-BFCI passo 2.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Mantenere ed ottimizzare il sistema di rilevazione sull'allattamento al seno alla dimissione e alla seconda vaccinazione	100% schede inserite nel sistema di rilevazione regionale entro un mese dalla dimissione e dalla seconda vaccinazione
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Nel corso del 2018 tutte le schede allattamento alla seconda vaccinazione sono state inserite entro 1 mese dalla rilevazione. Al 31/12/2018 risultano a sistema 1288 schede/1307 attese. Il tasso di allattamento esclusivo di ASUITS è 40.68% a fronte del 33.21% del FVG. ASUITS non possiede punti nascita, il dato alla dimissione dalla maternità fa capo ai punti nascita.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Monitoraggio delle gare di appalto di PA ed Enti già mappate nel 2016 e contributo nelle gare d'appalto in corso nel 2018 per favorire il maggior consumo di frutta e verdura, la riduzione del consumo di sale, usando quello iodato, l'utilizzo di prodotti preferibilmente tipici e a filiera corta	Contributo, attraverso la collaborazione con PA ed Enti, al 5% delle gare d'appalto in corso nel 2018 nel settore della ristorazione collettiva del territorio di ASUITS
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Attivata procedura di consulenza capitolato d'appalto per ristorazione scolastica su richiesta del Comune di Duino Aurisina e della SISSA per la ristorazione universitaria.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Realizzazione di corsi di formazione su stili alimentari salutari per operatori sanitari della prevenzione, delle cure primarie e degli ospedali, anche integrati con le proposte dei programmi I e X	Realizzazione di un corso di formazione su stili alimentari salutari per operatori sanitari della prevenzione, delle cure primarie e degli ospedali
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Effettuato un corso di formazione accreditato (cod. ASUITS_00639).</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Partecipazione alla realizzazione del terzo corso di formazione, a valenza regionale, rivolto a formatori di GDO, Ristorazione Collettiva e Pubblica sui temi del maggior consumo di frutta e verdura, la riduzione del consumo di sale, usando quello iodato, la dovuta attenzione ai soggetti allergici e intolleranti attraverso la corretta applicazione del Reg.CE 1169/2011	<p>Contributo alla realizzazione del terzo corso di formazione regionale.</p> <p>Redazione di un report relativo alla diffusione nel territorio aziendale dei contenuti del corso regionale presso GDO, Ristorazione Collettiva e Pubblica</p>

Attuazione al 31/12/2018: È stato realizzato il corso di formazione, a valenza regionale, 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. Le diapositive del corso sono state pubblicate sul sito aziendale nella pagina dedicata.	
Motivazioni sullo scostamento dal risultato atteso: Il gruppo regionale dei SCIAN ha per ora individuato il target del terzo corso regionale: GDO In fase di valutazione le modalità più efficaci di diffusione nello specifico contesto delle tematiche date	
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 convenzione con il MIPAAF/AGEA	Effettuazione del 100% dei controlli previsti per gli atti di interesse della condizionalità e inserimento delle evidenze e dei verbali in BDN
Attuazione al 31/12/2018: Sono stati effettuati tutti i controlli previsti in base alle ultime indicazioni AGEA per i controlli nell'ambito del sistema delle condizionalità. 26 controlli su 26.	
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;	<p>SCIAN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - n. 400 interventi di controllo ufficiale - n. 200 valutazioni del rischio - n. 6 audit - 100% di campioni ufficiali programmati - 6 controlli congiunti con Servizio veterinario, come da Accordo Conferenza Stato Regioni <p>VET B:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ottemperamento alle indicazioni della Autorità competente Regionale in tema di sicurezza alimentare per raggiungere gli obiettivi contenuti nel PRISAN 2018 (Piano regionale integrato della sicurezza alimentare e nutrizionale). - Gli interventi di controllo ufficiale (ispezione, audit e valutazioni del rischio) verranno effettuati sulla base delle indicazioni programmatiche regionali. - 100% di campioni ufficiali programmati. - 6 controlli congiunti con la SCIAN, come da Accordo in Conferenza Stato Regioni

<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>SCIAN:</p> <p>402 interventi di controllo ufficiale pari al 100%</p> <p>6 audit pari al 100%</p> <p>8 controlli congiunti con Servizio Veterinario</p> <p>156 campioni effettuati pari al 100%</p> <p>Il programma SICER è stato implementato con la valutazione del rischio. Inserita la valutazione del rischio dei C.U. pregressi, pari a 305 valutazioni del rischio.</p> <p>VET B:</p> <p>632 interventi ispettivi su imprese alimentari riconosciute e registrate.</p> <p>5 audit</p> <p>154 campioni ufficiali su matrici alimentari, pari al 100% dei campioni programmati</p> <p>8 controlli congiunti con SCIAN</p> <p>Il programma SICER è stato implementato con la valutazione del rischio. Nel 2019 sarà inserita la valutazione del rischio delle nuove imprese alimentari e la revisione di quelle sottoposte a controllo ufficiale.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Attuazione dell'ultimo anno del Progetto Piccole Produzioni Locali in accordo con la Direzione centrale agricoltura</p>	<p>Informazione, nel corso di tutte le verifiche programmate (PRISAN) presso le Aziende agricole, e attraverso le Associazioni di Categoria, sul Progetto Piccole Produzioni Locali e sui corsi di formazione regionali</p> <p>Stesura di una relazione finale dettagliata di verifica Aziendale, riportante il numero di PPL registrate ed il numero di ispezioni effettuate, un'analisi critica con punti di forza e debolezza del Progetto rilevate sul territorio. La relazione riporterà altresì il dettaglio delle attività eseguite su:</p> <ul style="list-style-type: none"> - carni suine e avicunicole - carni di specie diverse - prodotti lattiero caseari di malga - vegetali, confetture, conserve, prodotti da forno, erbe aromatiche, prodotti dell'alveare, vegetali fermentati, lumache, ecc.
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>SCIAN:</p> <p>Postate sul sito aziendale i corsi PPL attivati anche nel secondo semestre 2018.</p> <p>VET B:</p> <p>E' stata redatta una relazione finale riportante il n. di PPL registrate e il n. di ispezioni effettuate.</p> <p>Nel mese di marzo si è svolta una riunione a Udine alla quale hanno partecipato i referenti aziendali PPL e i</p>	

<p>rappresentanti del Servizio Regionale.</p> <p>In data 10 aprile c.a. è stata organizzata dalla nostra Struttura una riunione con i produttori del Carso aderenti al progetto PPL salumi.</p> <p>I produttori di PPL salumi e i produttori di PPL miele hanno partecipato al corso obbligatorio che si è tenuto a Palmanova il 24 maggio c.a.</p> <p>I risultati del Progetto Piccole Produzioni Locali sono stati inseriti sul sito Web.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Contribuire alla funzionalità del sistema informativo SICER per l'Area dell'Igiene e Sicurezza Alimentare degli Alimenti di origine animale (Area B) e SIAN, in funzione della disponibilità ed aggiornamento dello stesso, fatti non dipendenti da ASUITs</p>	<p>- Partecipazione del personale SIAN e VET B ai corsi di formazione regionali finalizzati all'acquisizione delle competenze necessarie per l'inserimento in SICER delle Notifiche e dei Controlli Ufficiali.</p> <p>- Piena funzionalità del sistema informatico SICER al 31.12.2018</p>
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Personale del SIAN e VETB ha partecipato ai corsi regionali per l'inserimento in SICER delle Notifiche e dei Controlli Ufficiali</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Attuare il Piano regionale di monitoraggio e controllo della Malattia di Aujeszky dei suini</p>	<p>Effettuazione dei prelievi negli allevamenti da riproduzione e, preferibilmente al macello, in quelli da ingrasso sopra i 5 capi nella coorte individuata dal Piano regionale, al fine della richiesta dello status di Regione indenne.</p>
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Sono stati effettuati i controlli in Azienda previsti sugli allevamenti con più di 30 capi e vengono testati tutti i capi condotti al macello. Si rimane in attesa del ricalcolo dei controlli che restano da fare in ambito regionale. Secondo quanto disposto dalla Direzione Regionale, si è continuato ad effettuare i controlli al macello sino al 31/12/2018.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Effettuare i 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>Effettuazione degli interventi di controllo sul rispetto del benessere animale richiesti dal PRISAN 2018</p>
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Sono stati effettuati i 10 controlli in azienda previsti.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Attuare i controlli sull'anagrafe ovi caprina come da indirizzi LEA Ministeriali.</p>	<p>Effettuazione dei controlli sul 3% degli allevamenti che detengono ovini o caprini come richiesto da LEA Ministeriali.</p>

Attuazione al 31/12/2018: Sono stati effettuati i 3 controlli previsti.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Applicare il PRP sull'Igiene Urbana Veterinaria	Effettuazione dei controlli su tutte le strutture di ricovero e custodia della Provincia, sia convenzionate che non convenzionate, che richiederanno il rilascio o il rinnovo del nulla osta ai sensi del Decreto del Presidente della Regione 19 ottobre 2017, n. 0241/Pres.
Attuazione al 31/12/2018: Sono state valutate tutte le strutture che hanno richiesto il rinnovo o rilascio del nulla osta e che hanno presentato la documentazione richiesta. Per una struttura, che ha presentato la richiesta il 17 dicembre, il controllo è stato effettuato il 14 gennaio 2019 su richiesta del titolare, impossibilitato per ragioni di salute nel mese di dicembre.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Applicare il piano vaccinale blue tongue	Effettuazione delle vaccinazioni in tutti gli allevamenti che detengono ovini, al fine di ottenere nuovamente l'indennità
Attuazione al 31/12/2018: E' stata effettuata la vaccinazione nel 100% degli allevamenti che detengono ovini.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3. ASSISTENZA DISTRETTUALE

3.3.1. Assistenza primaria	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Prosecuzione di quanto previsto dalla legge regionale 17/2014 per l'assistenza medica primaria, in coerenza con l'AIR 2016-2018 2. Attività sperimentale dello psicologo nel CAP 3. Avvio della sperimentazione del Fascicolo sanitario elettronico 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sviluppo della riorganizzazione della Assistenza medica primaria in coerenza con le disposizioni regionali 2. Evidenza dell'attività effettuata dallo psicologo nel CAP 3. Almeno il 15% dei MMG in ogni AAS/ASUI partecipa alla sperimentazione secondo le modalità stabilite dalla Direzione centrale salute
Attuazione al 31/12/2018: 1) Al 30.04.2019 i dati relativi all'attività 2018 dei MMF/AFT riguardo obiettivi AIR 2016/2018 sono ancora in fase di elaborazione. Alla data del 31.12.2018, nessun Centro di Assistenza Primaria (C.A.P.) afferente all'intestata Azienda risulta attivo e funzionante "nel rispetto dei requisiti di forma e di sostanza previsti dalla normativa statale e	

regionale vigente”.

Pur in assenza di una formale attivazione di un CAP – funzionante nel rispetto dei requisiti di forma e di sostanza previsti dalla normativa nazionale e regionale vigente, il Distretto 3 ha attivato presso il Centro Sanitario di Muggia un'organizzazione equiparabile al CAP come previsto dall'AIR 2016 – 2018. Tale modello era già in essere prima dell'AIR sopra menzionato con modalità sovrapponibili.

Il Centro Sanitario ubicato a Muggia, in Via Battisti 6, ha iniziato sperimentalmente l'attività nel novembre 2014 con 10 MMG che hanno garantito la turnazione di sette ore dal lunedì al venerdì e dalle 8.00 alle 10.00 il sabato. Gli stessi hanno sempre e comunque mantenuto la propria attività ambulatoriale. La rete informatica attivata permette il collegamento tra l'attività presso il distretto e i propri ambulatori.

A partire dal 2016, la presenza dei MMG è aumentata a otto ore giornaliere e, grazie all'integrazione di personale infermieristico, l'apertura del Centro è stata ampliata sulle 12 ore dal lunedì al venerdì. A seguito del pensionamento di due MMG avvenuti a gennaio 2018, nella giornata del giovedì viene comunque garantita la presenza del medico di famiglia nel proprio ambulatorio, con le medesime modalità orarie ed organizzative.

La sede di Muggia ha anche rafforzato le funzioni di centro di salute territoriale h 24 grazie alla presenza dei Medici di Continuità Assistenziale (Guardia Medica) garantendo una copertura sanitaria integrata H 24 sette giorni su sette.

Al fine di evitare ricoveri inappropriati e disagi ai cittadini, specie se anziani, presso la sede di Muggia è presente un POCT per gli esami urgenti ed è attivo su tutto il territorio aziendale, dal lunedì al venerdì nelle ore pomeridiane, un servizio di radiologia domiciliare.

2) Per quanto riguarda le evidenze dell'attività effettuata dallo psicologo nel CAP si rappresentano i seguenti dati: nel “CAP” di Muggia gli MMG hanno inviato al 1° Livello (Infermiere professionale con supervisione psicologo) 68 pazienti, di questi hanno avuto una completa recovery 38 (56%). I drop out sono 9, 5 non hanno raggiunto il valore sotto soglia clinica della sintomatologia e 8 hanno rifiutato il trattamento. 8 hanno avuto solo una consulenza specialistica dallo psicologo. Al follow up di 3 mesi l'82% dei pazienti ha mantenuto il livello sub clinico del sintomo, mentre 4 sono ricaduti in una sintomatologia superiore al cut off. Non raggiunti 3.

3) Secondo le modalità definite dalla Direzione Centrale Salute hanno partecipato all'obiettivo sulla sperimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico i seguenti MMG: Spanu, Cimolino, Brattovich, Orefice, Jevnikar, Tramarin, Franzin.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

3.3.2. Accredimento

Obiettivo aziendale:

1. Partecipazione attiva al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti.
2. Partecipazione al programma di accreditamento nazionale degli organismi tecnicamente accreditanti.

Risultato atteso:

- ASUITS mette a disposizione i valutatori per i sopralluoghi, secondo le indicazioni della direzione centrale salute, per almeno 30 giornate.
- L'organismo tecnicamente accreditante (OTA), con il coordinamento dei referenti dell'accREDITAMENTO di ASUITS, AAS 2 e EGAS che hanno partecipato al corso di formazione organizzato dall'AGENAS, predispone la documentazione di competenza necessaria per conseguire l'accREDITAMENTO nazionale.

Attuazione al 31/12/2018:	
<ul style="list-style-type: none"> ASUITS ha messo a disposizione i valutatori per i sopralluoghi, secondo le indicazioni della direzione centrale salute L'OTA ha prodotto, con il coordinamento dei referenti dell'accreditamento di ASUITS, AAS 2 e EGAS che hanno partecipato al corso di formazione organizzato dall'AGENAS, i documenti necessari all'audit nazionale degli OTA. Il raggiungimento dell'obiettivo è stato certificato dalla DCS con nota prot. 0019122/P dd. 15/10/2018 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.3. Odontoiatria sociale	
<ol style="list-style-type: none"> Aumento delle prestazioni LEA erogate Prestazioni non LEA erogate Percentuale aziendale di visite odontostomatologiche ASUITS e Burlo Garofolo: razionalizzazione dell'offerta 	<ol style="list-style-type: none"> Media aziendale di almeno 1,6 prestazioni/ora per odontoiatra 200 casi di terapia ortodontica e 500 pazienti con almeno un'arcata edentula riabilitati con protesi totali, nelle sedi attivate non superiore al 40% del totale delle prestazioni erogate (sono escluse le visite del pronto soccorso odontostomatologico) Definizione di percorsi e competenze univoche per le prestazioni di odontoiatria pediatrica e ortognatodonzia.
Attuazione al 31/12/2018: Completo conseguimento di tutti gli obiettivi	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.4. Riabilitazione	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
<ol style="list-style-type: none"> Attivazione a livello aziendale della rete per le malattie neuromuscolari e la sclerosi laterale amiotrofica 	<ol style="list-style-type: none"> E' 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 31/12/2018: Nell'ambito della Neurologia e della Riabilitazione sono stati resi in carico con previa discussione clinica i casi di neuropatie demielinizzanti acute, di SLA e di Sclerosi Multipla. Sono stati messi in contatto differenti professionisti dal pneumologo, al cardiologo alla logopedista creando operativamente il gruppo integrato neuromuscolare.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
<ol style="list-style-type: none"> Attivazione a livello aziendale del PDTA per la sclerosi multipla. 	<ol style="list-style-type: none"> Entro il primo semestre 2018 i pazienti con sclerosi multipla sono presi in carico con le modalità previste

	<p>dal PDTA.</p> <ul style="list-style-type: none"> - indicatori di verifica dell'applicazione del PDTA Sclerosi multipla: - n di pazienti presi in carico dal Centro con le modalità del PDTA - n di pazienti affetti da Sclerosi multipla presi in carico da Riabilitazione Ospedaliera e Riabilitazione territoriali - n pazienti presi ADI e ADR in continuità assistenziale - n Risonanza Magnetiche eseguite in trattamento e n. visite all'anno sulla popolazione in trattamento <p>2. - n di contatti con il medico di base e i riabilitatori (invii e lettere di relazione)</p>
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Tutti i pazienti che accedono alla Clinica Neurologica sono stati presi in carico con le modalita' del PDTA</p> <p>Ci sono 20 nuovi pazienti all'anno presi in carico secondo la modalita' del PDTA regionale.</p> <p>Dei pazienti in carico 18 sono stati presi in carico dalla Riabilitazione ambulatoriale e 1 paziente e' stato ricoverato.</p> <p>Nel 2018 sono state eseguite 600 visite per i pazienti con Sclerosi multipla. Sono state eseguite 200 Risonanza Magnetica</p> <p>I numero di contatti tra medico di base e medici riabilitatori e' di almeno 20 contatti per i nuovi casi di SM</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Rete neuromuscolare	
<p>1. Implementazione del percorso diagnostico assistenziale con gestione degli eventi di criticità per i pazienti affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA)</p>	<p>1.a Creazione nell'Azienda ospedaliera territoriale di un gruppo di esperti dedicati sia alla gestione del percorso di tali pazienti (GIN). Presa in carico riabilitativa per questi pazienti (n pazienti 40 per Trieste)</p> <p>1.b Risultati attesi: raccolta dati dei pazienti affetti da tale patologia, creazione di una rete operative, formazione di case manager</p> <p>1.c Evidenza dell'attivazione del percorso con report relative ai dati del 2018 e report di attivita'</p>
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Sono stati identificati tutti i membri del gruppo integrato neuromuscolare e tutti sono stati contattati e avvisati. Il percorso PDTA regionale nelle malattie neuromuscolari e' continuato con l'impegno al di fuori dell'orario di lavoro presso la sede di Udine sia per quanto riguarda le Atrofie muscolari spinali, sia per quanto riguarda le neuropatie acquisite demielinizzanti acute e croniche e prosegue in questo momento con le distrofie muscolari. Di fatto il GIN e' operativo.</p> <p>Ci sono circa 37 pazienti in gestione. Tutti i pazienti eseguono 3 visite all'anno per un totale di 111 visite l'anno,</p>	

hanno eseguito un percorso di neurofisiologia clinica e tutti sono stato valutati dalla Pneumologia e sono seguiti mediante assistenza domiciliare integrata. I dati dei tale patologia sono raccolti in un database dedicato. Ogni martedì i pazienti vengono valutati dal neurologo, dal neurofisiologo e dal pneumologo.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
2. Implementazione del percorso diagnostico assistenziale con gestione degli eventi di criticità per i pazienti affetti da neuropatie autoimmunitarie e infiammatorie acute e croniche.	2.a Creazione nell'Azienda ospedaliera territoriale di un gruppo di esperti dedicati sia alla gestione del percorso di tali pazienti (GIN). 2.b Risultati attesi: raccolta dati dei pazienti affetti da tale patologia, creazione di una rete operative, formazione di case manager 2.c Evidenza dell'attivazione del percorso con report relative ai dati del 2018 e report di attività

Attuazione al 31/12/2018:

Sono stati identificati tutti i membri del gruppo integrato neuromuscolare e tutti sono stati contattati e avvisati. Il percorso PDTA regionale nelle malattie neuromuscolari e' continuato con l'impegno al di fuori dell'orario di lavoro presso la sede di Udine sia per quanto riguarda le Atrofie muscolari spinali, sia per quanto riguarda le neuropatie acquisite demielinizzanti acute e croniche e prosegue in questo momento con le distrofie muscolari. Di fatto il GIN e' operativo per le neuropatie demielinizzanti.

Nel 2018 abbiamo avuto 10 casi di neuropatie acute demielinizzanti con grave disabilità acuta (pazienti con tetraplegia) trattati con Immunoglobuline e in 2 casi con plasmaferesi. Di questi 6 pazienti sono stati seguiti presso la Riabilitazione intensiva.

In un caso abbiamo eseguito biopsia di nervo in un paziente.

In tutti i casi abbiamo attivato il percorso riabilitativo, il percorso con la pneumologia e le attivazione on il medico di base.

Ci sono poi 60 pazienti con neuropatia demielinizzante cronica che eseguono 2 visite l'anno con almeno 120 visite l'anno e 60 elettroencefalografie

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
3. Implementazione del percorso diagnostico assistenziale con gestione degli eventi di criticità per i pazienti affetti da Miastenia Grave	3.a Creazione nell'Azienda ospedaliera territoriale di un gruppo di esperti dedicati sia alla gestione del percorso di tali pazienti (GIN). 3.b Risultati attesi: raccolta dati dei pazienti affetti da tale patologia, creazione di una rete operative, formazione di case manager 3.c Evidenza dell'attivazione del percorso con report relative ai dati del 2018 e report di attività

Attuazione al 31/12/2018:

Sono stati identificati tutti i membri del gruppo integrato neuromuscolare e tutti sono stati contattati e avvisati. Il percorso PDTA regionale nelle malattie neuromuscolari e' continuato con l'impegno al di fuori dell'orario di lavoro presso la sede di Udine sia per quanto riguarda le Atrofie muscolari spinali, la Sclerosi Laterale Amiotrofica sia per quanto riguarda le neuropatie acquisite demielinizzanti acute e croniche e prosegue in questo momento con le distrofie muscolari e Miastenia. Ci sono 40 pazienti con Miastenia Gravis

seguiti almeno 4 volte l'anno per un totale di 160 visite l'anno. I pazienti eseguono anche valutazione pneumologica.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

3.3.5. Superamento della contenzione

Obiettivo aziendale:

Risultato atteso:

Dare attuazione alla DGR n. 1904/2016

In Asuits è condivisa da tempo la pratica di abolizione della contenzione in tutti i propri servizi e anche in quelli convenzionati (RSA e strutture protette) come anche nelle polifunzionali. Nel 2018 ASUITS effettuerà analogo monitoraggio.

Attuazione al 31/12/2018:

"Trieste è libera da contenzione" dal 2013 ed il sito aziendale (che ha tale definizione) è costantemente aggiornato con la evidenza delle iniziative locali nazionali e internazionali per eliminare la madre di tutte le cattive pratiche in ogni contesto assistenziale; è stato inoltre pubblicato un aggiornamento del saggio Maggioli scritto dalla drssa Maila Mislej e dalla drssa Livia Bicego.

Inoltre 45 volontari cittadini di Trieste supportano in rete i care giver onde evitare la contenzione anche nei reparti semintensivi e intensivi di ASUITS.

Continua il monitoraggio nelle residenze per anziani a Trieste da parte del personale dei distretti Dove non si pratica la contenzione ormai da una decina di anni.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.6. Diabete

Obiettivo aziendale:

Risultato atteso:

1. Gestione integrata del diabete in coerenza con la DGR 1676/2015

1.a Presentazione report dati attività 2017-2018 con evidenza di miglioramento.

1.b Verranno messe in atto iniziative di incontro ed audit con MMG a livello distrettuale con l'obiettivo di presentare i dati di attività, analizzare le criticità e mettere in atto azioni di miglioramento delle stesse.

Attuazione al 31/12/2018:

1.a E' stata fatta una analisi dei dati di attività 2017-2018 dei pazienti inseriti in gestione integrata secondo quanto previsto dalla DGR 1676/2015 ed è stato rilevato quanto segue:

- 1) pazienti sottoposti a dosaggio emoglobina glicata negli ultimi 12 mesi pari a 84% rispetto al 76% precedente (+ 8%)
- 2) Pazienti sottoposti a dosaggio della microalbuminuria negli ultimi 12 mesi pari a 49% rispetto al 49,2% precedente (dato invariato)
- 3) Pazienti sottoposti a dosaggio della cretinemia negli ultimi 12 mesi pari a 74% rispetto al 70% precedente (+ 4%)

4) Pazienti sottoposti a dosaggio dell'assetto lipidico negli ultimi 12 mesi pari a 78% rispetto al 71% precedente (+ 7%)

5) Pazienti che hanno eseguito un fundus oculi negli ultimi 12 mesi pari a 58% rispetto al 54% precedente (+4%)

E' stata fatta inoltre una analisi dei pazienti seguiti presso i Centri Diabetologici Distrettuali per valutare la percentuale di questi che hanno eseguito nell'arco dell'anno contemporaneamente HbA1c, profilo lipidico, microalbuminuria, creatininemia e fundus oculi ed è stata fatta una comparazione tra il 2017 ed il 2018. Nel 2017 la percentuale di pazienti che avevano eseguito tutti gli indicatori era pari a 61,8%. Tale percentuale è salita a 65,6% (+3,8%) nel 2018.

1.b Nell'arco del 2018 sono stati eseguiti due momenti (uno a novembre ed uno a dicembre) di incontro ed audit con MMG per analizzare i dati di attività e le criticità emerse.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
2. Diabete in ospedale (DGR 1572/2017): a- Implementazione del programma regionale per la formazione del personale ospedaliero; b-organizzazione dei team ospedalieri.	2.a organizzazione ed attuazione livello aziendale dei corsi di formazione rivolti al personale ospedaliero. 2.b si procederà alla implementazione delle attività diabetologiche in ospedale rivalutando l'organizzazione del team ospedaliero, già in essere, alla luce di quanto previsto dalla DGR 1572/2017 e definendone obiettivi, ruoli e responsabilità
Attuazione al 31/12/2018: Sono stati organizzati i corsi di formazione coinvolgendo sia i professionisti ospedalieri che territoriali e sono state definite competenze e composizione del team ospedaliero	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.7. Cronicità	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Implementare i PDTA sullo scompenso cardiaco	Evidenza dell'implementazione del PDTA sullo scompenso cardiaco attraverso reportistica di dati di attività
Attuazione al 31/12/2018: Il PDTA sullo Scompenso Cardiaco ASUITS è stato implementato nel 2018 con diverse azioni documentate con i dati di attività: Presenza in carico e follow-up prioritizzato dei pazienti con scompenso cardiaco negli ambulatori dedicati della SC Cardiologia e SC Cardiovascolare (visite cardiologiche n 5210; valutazioni assistenziali infermieristiche - solo nella SC Cardiovascolare - n 380; ecocardiogrammi n=1946; Presenza in carico precoce (<30 giorni; n=303 pazienti) tra i pazienti ricoverati con prima diagnosi scompenso cardiaco nelle SC di Medicina presso la SC Cardiovascolare; Condivisione del PDTA scompenso con la MG per i pazienti a rischio più elevato (2 ricoveri per SC dal 1/1/2017) con condivisione e rivalutazione del percorso in caso di instabilità clinica e/o aumento significativo dei peptidi natriuretici;	

Inizio del programma di presa in carico precoce (<72 ore) dei pazienti con scompenso cardiaco a basso rischio dimessi dal Pronto Soccorso (n=21);

Ciclo di incontri (n=4) di formazione per gli infermieri distrettuali coinvolti nella gestione domiciliare dei pazienti con scompenso cardiaco.

Partecipazione al gruppo di lavoro per la definizione del "Percorso Assistenziale del paziente con Scompenso Cardiaco" nell'ambito del progetto Reti Clinica della DCS FVG.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.8. Assistenza protesica

Obiettivo aziendale:

Risultato atteso:

Partecipazione ai lavori per la revisione dei percorsi di assistenza protesica e alla formazione dei professionisti sanitari.

Attuazione delle nuove modalità di erogazione dell'assistenza protesica, compresi i percorsi semplificati stabiliti dalle nuove linee guida regionali.

Attuazione al 31/12/2018:

1 evento formativo per il personale di ASUITs (Ospedale, Territorio) sia sanitario che amministrativo. Al corso effettuato il 19 dicembre 2018 hanno partecipato 16 professionisti di ASUITs con l'obiettivo di condividere criticità e modalità di attuazione del regolamento regionale, ma anche la normativa Nazionale di riferimento. Sono stati condivisi tutti i percorsi dell'assistenza protesica dalla prescrizione per l'assistenza protesica personalizzata, ai percorsi semplificati; questi ultimi già presenti in ASUITs per le persone in continuità e/o in carico ai servizi territoriali, utilizzando gli ausili presenti nel magazzino ausili per facilitare la domiciliarità. Nel corso del 2019 a seguire la formazione regionale prevista è intenzione di continuare la formazione aziendale e predisporre un gruppo multiprofessionale aziendale di approfondimento per migliorare e condividere il percorso di assistenza protesica.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

3.4. ASSISTENZA FARMACEUTICA E ASSISTENZA INTEGRATIVA

Assistenza farmaceutica

Obiettivo aziendale:

Risultato atteso:

Tetti spesa farmaceutica

Per il 2018 rimangono confermati i tetti di spesa per la farmaceutica ridefiniti dalla Legge n. 232/2016 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2017 e bilancio pluriennale per il triennio 2017-2019"

- "tetto per la spesa farmaceutica per acquisti diretti" pari al 6,89% del FSR (farmaceutica ospedaliera, diretta e DPC)
- "tetto per la spesa farmaceutica convenzionata" pari al 7,96 % del FSR.

Attuazione al 31/12/2018:

Vincoli operativi regionali farmaceutica

Tetto procapite DIRETTA TERRITORIALE € 61,00

<p>Dato ASUITS anno 2018 € 60,33 = OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>Tetto procapite DPC € 28,50</p> <p>Dato ASUITS anno 2018 € 28,44 = OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>Tetto procapite CONVENZIONATA € 125</p> <p>Dato ASUITS anno 2018 € 121,48 (a cui va scorporato il FEIBA che incide per circa 2 € pro capite) = OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>Vincoli operativi OSPEDALIERA -2,0% (esclusi i vaccini e i farmaci oncologici ed onco-ematologici)</p> <p>Dato ASUITS anno 2018 -2,2% = OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</p> <p>I TETTI NAZIONALI RIPORTATI SONO AGGREGATI A LIVELLO REGIONALE (NON AZIENDALE) E LA VERIFICA DEL RISPETTO È EFFETTUATA A LIVELLO CENTRALE. DALL'ULTIMO REPORT AIFA GENNAIO-DICEMBRE 2018 IL TETTO PER LA CONVENZIONATA RISULTA RISPETTATO (7,05% VS 7,96% TARGET). IL TETTO PER GLI ACQUISTI DIRETTI NON È STATO RISPETTATO (7,05% VS 7,96% TARGET)</p>
<p>1. Prescrittori</p>	
<p>Sia a livello territoriale che ospedaliero le Aziende individueranno specifici obiettivi per i prescrittori, correlati a definiti indicatori di risultato, al fine di favorire l'impiego di medicinali con il miglior rapporto di costo-efficacia e prevedendo un monitoraggio periodico sull'utilizzo delle categorie dei farmaci a maggior impatto di spesa e rischio di inappropriatazza. A tal fine le Aziende invieranno un report semestrale alla DCS con evidenza sia delle iniziative di audit e feedback adottate, sia delle azioni più significative intraprese nel corso del primo e del secondo semestre del 2018 (in particolare per oncologici, immunologici, farmaci per l'epatite C, terapie intra-vitreali, farmaci del PHT_DPC, equivalenti).</p>	<p>ASUITS invierà due report a cadenza semestrale alla DCS da cui si evincano:</p> <ul style="list-style-type: none"> - obiettivi per i prescrittori (negoziazioni) - azioni intraprese <p>In riferimento al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva ASUITS invierà comunicazioni/reportistica agli operatori sanitari (MMG, PLS, Specialisti ambulatoriali e Ospedalieri, infermieri) al fine di favorire l'utilizzo appropriato dei farmaci dal miglior rapporto costo/efficacia. Verranno individuati specifici indicatori sia a livello territoriale per i MMG (es. indicatori Osmed su depressione, PPI, EBPM, ipertensione, ipercolesterolemia, BPCO, vitamina D) che a livello ospedaliero, con particolare riferimento alle aree a maggior impatto di spesa (oncologia, oncoematologia, infettivologia, neurologia, reumatologia), che verranno discussi negli incontri di budget delle singole unità operative e periodicamente monitorati.</p> <p>E' garantito l'invio puntuale e periodico dei report personalizzati ai MMG utilizzando alcuni indicatori del rapporto Osmed AIFA 2015, della newsletter periodica di interesse farmaceutico e delle evidenze degli obiettivi AIR ai singoli MMG con evidenza personalizzata di scostamento dall'obiettivo previsto. Inoltre ASUITS si impegna affinché nelle lettere di dimissione le prescrizioni siano allineate al Prontuario</p>

	Terapeutico Ospedale Territorio.
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>ASUITS ha inviato due report semestrali sull'attività svolta alla DSC:</p> <p>Prot. FarmCatt 782/2018 (prima parte dell'anno)</p> <p>Prot. FarmCatt 125/2019 (intero anno 2018)</p> <p>Nel dettaglio:</p> <p>In riferimento al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva ASUITS ha inviato comunicazioni/reportistica agli operatori sanitari (MMG, PLS, Specialisti ambulatoriali e Ospedalieri, infermieri) al fine di favorire l'utilizzo appropriato dei farmaci dal miglior rapporto costo/efficacia. Sono stati inviati alert sui farmaci omega-3, vitamina D, PPI, farmaci per l'ipertrofia prostatica, farmaci per la casa circondariale, approfondimenti sulla BPCO. In ambito ospedaliero sono state inviate comunicazioni ai clinici sui farmaci biosimilari, farmaci per l'ipertensione polmonare, farmaci per la sclerosi multipla, lacosamide, insuline, farmaci per la psoriasi.</p> <p>Sono stati effettuati incontri con le UUOO a maggior impatto ed incremento di spesa nei mesi di giugno, luglio, ottobre e novembre, sui dati di consumo relativamente del primo quadrimestre, semestre e dei primi 9 mesi. Complessivamente sono stati effettuati 10 incontri con diverse UUOO (neurologia, medicina nucleare, pneumologia, centro e patologie del fegato, gastroenterologia, ematologia, medicina clinica, oncologia e dermatologia), nei quali sono stati discussi i principali farmaci/categorie di farmaci ad alto impatto di spesa e appropriatezza, oltre alle tabelle aggiornate dei costi annui di terapia.</p> <p>C'è stato un confronto tra farmacisti e richiedenti per stabilire le esizialità delle richieste e se tutte le eventuali alternative dal miglior rapporto costo efficacia fossero state esplorate, fornendo a riguardo considerazioni desunte dalla letteratura e costi aggiornati di terapia in particolare per farmaci quali onco ematologici, biologici per le affezioni reumatiche e della cute, farmaci per la sclerosi multipla ed anti epatite C ed Anti HIV. A tal fine sono state elaborate e spedite con protocollo interno 86 note di approfondimento aventi temi riguardanti la sicurezza l'efficacia il budget impact e le possibili alternative dei farmaci richiesti alla SC Assistenza farmaceutica. Inoltre, a tutti i centri di costo si è provveduto ad inviare periodicamente un resoconto sull'andamento del proprio budget farmaceutico, con analisi dettagliata a cadenza quadrimestrale. Elaborati e trasmessi in tutto 37 report sull'andamento dei costi farmaceutici a tutti CdR di ASUITS: inoltrati al Controllo di gestione venivano fornite le analisi quadrimestrale di consuntivo sull'andamento della spesa farmaceutica attribuibile ai centri ASUITS e le previsioni per una sua programmazione nella parte dell'anno rimanente.</p> <p>Per farmaci ad alto impatto di budget richiesti e non compresi nel PTA, la Farmacia ha elaborato dossier specifici di approfondimento inviati alla Direzione Sanitaria per la decisione sull' eventuale acquisto. Sono stati a tal fine valutati ed approntati dossier per 50 richieste per farmaci ad alto impatto di spesa non presenti in PTA.</p> <p>Per farmaci a basso impatto di budget , non presenti in PTA, si è provveduto ad interloquire col richiedente per accertarsi che quelli in dotazione aziendale non potevano effettivamente intercettare il problema clinico per cui era stato chiesto di ricorrere a farmaci extra PTA.</p> <p>Tutte le richieste riguardanti l'impiego di farmaci off label sono state corredate da una relazione di approfondimento ad opera dei farmacisti che veniva inviata alla Direzione Sanitaria, assieme alla richiesta del clinico, per la decisione sull' eventuale assenso all'impiego. Sono a tal fine stati valutati ed approntati i dossier per 240 richieste di farmaci da impiegarsi off label.</p> <p>Sono stati identificati ed assegnati obiettivi specifici sul contenimento dei consumi di antibiotici alle UUOO che evidenziavano a fine 2017 criticità di utilizzo di alcune classi di antibiotici. E' stato dato riscontro alle UUOO sull'andamento dell'obiettivo nel corso del 2018, con i dati relativi al periodo gennaio-maggio 2018. In particolare, sono state elaborate 28 analisi con il calcolo delle DDD degli antibiotici per via sistemica disaggregate a livello di</p>	

singola struttura ed 1 analisi del' utilizzo complessivo calcolato in DDD/100 giornate di degenza aggregato a livello di ospedale in toto.

E' stato effettuato il monitoraggio delle richieste riguardanti antibiotici quali Ceftazidima+Avibactam, Ceftolozano+Tazobactam, Ertapenem, Daptomicina, Dalbavancina, Linezolid, Tigeciclina (269 terapie), antifungini quali Caspofungina, Ambisome (86 terapie) e farmaci vari per criticità di impiego dovuta a sicurezza, costi elevati ecc quali Dexmedetomidina, Immunoglobuline arricchite in IgM, Alfa-1 antitripsina, levosimendan (55 terapie) ritenuti a criticità d'uso e la cui spedizione è avvenuta previa compilazione di un format dedicato e dopo validazione ad opera del farmacista.

Per i farmaci con ricetta ripetitiva limitativa quali NAO, nuovi antidiabetici, immunosoppressori quali Micofenolato, Tacrolimus, antiepatite B quali Tenofovir, Entacavir, qualora non prescritti dai medici autorizzati, si è provveduto a verificare la presenza di consulenza specialistica prima della loro spedizione.

Sono state monitorate tutte le richieste di farmaci intravitreali e concesso l'utilizzo di ranibizumab e aflibercept solo quando non ricorrevano le condizioni per l'utilizzo del bevacizumab intravitreale. L'attività specifica ha consentito che in ASUITS il 62% delle prescrizioni totali di intravitreali riguardassero Bevacizumab.

	N iniezioni 2018	Pazienti 2018	% pz trattati con i diversi farmaci	Costo ivato 2018
bevacizumab (Avastin)	3.005	764	62%	38.656
desametasone impianto (Ozurdex)	290	189	15%	261.491
ranibizumab (Lucentis)	313	128	10%	191.717
aflibercept (Eylea)	452	152	12%	274.780
Totale	4.060	1.233	100%	766.643

Sono state effettuate 2 riunioni della Commissione per il PTA con l'approntamento e la discussione di 14 dossier e l'inserimento finale di 12 principi attivi per i nuovi farmaci richiesti anche nell' ottica dell'integrazione tra assistenza farmaceutica ospedaliera e territoriale. Inoltre, la Commissione Terapeutica Aziendale ha approvato il Prontuario Terapeutico Aziendale aggiornato, derivante dall'armonizzazione del Prontuario Terapeutico dell'ex AOU TS con quello dell'ex AAS 1, reso disponibile a tutte le UUOO.

A seguito dell'entrata in commercio e disponibilità di biosimilari o generici ad alto impatto di spesa o di nuove terapie sono state tempestivamente aggiornate le tabelle con i costi annui di terapia e inviate ai prescrittori (nel 2018 è stato fatto per sclerosi multipla, artrite reumatoide, artrite psoriasica, spondiloartrite anchilosante, psoriasi, epatite C, HIV, mieloma multiplo).

E' stato garantito l'invio puntuale e periodico di tre report personalizzati ai MMG, di sei newsletter di interesse farmaceutico e delle evidenze degli obiettivi AIR ai singoli MMG con evidenza personalizzata di scostamento dall'obiettivo previsto (due invii per medico).

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
2. Egas	
Egas	L'EGAS nel corso del 2018, in qualità di aggregatore della domanda, avvalendosi delle competenze interne e anche di quelle delle Aziende sanitarie, potenzierà la capacità di coordinamento e di stesura di capitolati

	tecniche, al fine di perseguire un governo sulle politiche regionali di acquisto dei farmaci e dei dispositivi medici. Inoltre, in linea con le evidenze scientifiche e con i principi dell'HTA, sarà di supporto alla DCS al fine di contribuire alla realizzazione di un sistema regionale più regolato.
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO PROGETTUALITÀ DI COMPETENZA DELL'EGAS

3. Medicinali a brevetto scaduto – indicatori AIFA-MEF

In ambito territoriale la prescrizione dei medicinali a brevetto scaduto, con particolare riferimento alle classi terapeutiche individuate dagli indicatori AIFA-MEF presenti sul sistema Tessera Sanitaria (TS) e riportati nella Tabella n. 1, dovrà tendere ai valori target indicati.	<p>ASUITs invierà ai MMG i grafici del costo/terapia per le categorie a maggior impatto di spesa, che non risultino già tutte a brevetto scaduto, nonché indicazioni specifiche per tutti i prescrittori, compresi quelli ospedalieri che condizionano la successiva prescrizione territoriale.</p> <p>Verranno effettuati specifici incontri con i MMG e i distretti.</p> <p>Raggiungimento dei valori riportati nella Tabella</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>CLASSE</th> <th>% media FVG (gen-sett 2017)</th> <th>% target nazionale a cui tendere†</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>C08CA – derivati diidropiridinici</td> <td>90,85%</td> <td>92,10%</td> </tr> <tr> <td>C09CA - antagonisti dell'angiotensina II, non associati</td> <td>94,52%</td> <td>97,50%</td> </tr> <tr> <td>C09DA - antagonisti dell'angiotensina II e diuretici</td> <td>92,59%</td> <td>96,00%</td> </tr> <tr> <td>C10AA - inibitori della HMG COA riduttasi</td> <td>80,69%</td> <td>87,00%</td> </tr> <tr> <td>G04CB - inibitori della testosterone 5-alfa riduttasi</td> <td>44,70%</td> <td>57,80%</td> </tr> <tr> <td>M05BA - bifosfonati</td> <td>77,54%</td> <td>83,10%</td> </tr> <tr> <td>N03AX - altri antiepilettici</td> <td>94,50%</td> <td>98,70%</td> </tr> <tr> <td>N02CC - agonisti selettivi dei recettori 5HT1</td> <td>93,95%</td> <td>97,10%</td> </tr> <tr> <td>S01ED – sostanza beta-bloccanti</td> <td>37,71%</td> <td>41,40%</td> </tr> </tbody> </table>	CLASSE	% media FVG (gen-sett 2017)	% target nazionale a cui tendere†	C08CA – derivati diidropiridinici	90,85%	92,10%	C09CA - antagonisti dell'angiotensina II, non associati	94,52%	97,50%	C09DA - antagonisti dell'angiotensina II e diuretici	92,59%	96,00%	C10AA - inibitori della HMG COA riduttasi	80,69%	87,00%	G04CB - inibitori della testosterone 5-alfa riduttasi	44,70%	57,80%	M05BA - bifosfonati	77,54%	83,10%	N03AX - altri antiepilettici	94,50%	98,70%	N02CC - agonisti selettivi dei recettori 5HT1	93,95%	97,10%	S01ED – sostanza beta-bloccanti	37,71%	41,40%
CLASSE	% media FVG (gen-sett 2017)	% target nazionale a cui tendere†																													
C08CA – derivati diidropiridinici	90,85%	92,10%																													
C09CA - antagonisti dell'angiotensina II, non associati	94,52%	97,50%																													
C09DA - antagonisti dell'angiotensina II e diuretici	92,59%	96,00%																													
C10AA - inibitori della HMG COA riduttasi	80,69%	87,00%																													
G04CB - inibitori della testosterone 5-alfa riduttasi	44,70%	57,80%																													
M05BA - bifosfonati	77,54%	83,10%																													
N03AX - altri antiepilettici	94,50%	98,70%																													
N02CC - agonisti selettivi dei recettori 5HT1	93,95%	97,10%																													
S01ED – sostanza beta-bloccanti	37,71%	41,40%																													

Attuazione al 31/12/2018:

ASUITs ha inviato a tutti i prescrittori (MMG e ospedalieri) i grafici del costo/terapia per le categorie a maggior impatto di spesa (calcioantagonisti diidropiridinici, associazioni antipertensive precostituite, farmaci per l'ipercolesterolemia). Sono stati effettuati specifici incontri con AFT, MMG e centro cardiovascolare.

Si è lavorato anche su temi quali la vitamina D e gli omega 3.

Complessivamente il calo assoluto di spesa convenzionata per ASUITs è stato di € 3.139.106, al quale andrà aggiunto il valore del complesso protrombinico di dicembre.

Tabella 10: Percentuale di utilizzo (in DDD) dei medicinali a brevetto scaduto e possibile risparmio per categoria per azienda. Periodo Gennaio – dicembre 2018. Fonte: portale Tessera Sanitaria (TS). Dati aggiornati al 14/02/2019.

	C08CA		C09CA		C09DA		C10AA		G04CB		M05BA		N03AX		N02CC		S01ED	
	% Consumi in DDD	Risparmio	% Consumi in DDD	Risparmio	% Consumi in DDD	Risparmio	% Consumi in DDD	Risparmio	% Consumi in DDD	Risparmio	% Consumi in DDD	Risparmio	% Consumi in DDD	Risparmio	% Consumi in DDD	Risparmio	% Consumi in DDD	Risparmio
TARGET LINEE 2018	92,1		97,5		96,0		87,0		57,8		83,1		90,7		97,1		41,4	
ASUI-TS	87,1%	€ 82.112	99,6%		99,0%		99,0%		100,0%		66,5%	€ 14.369	93,2%	€ 139.699	96,3%	€ 27.834	34,9%	€ 34.479
AAS 2	90,9%	€ 26.221	99,8%		99,1%		99,2%		100,0%		68,3%	€ 8.902	93,3%	€ 83.739	97,2%		34,0%	€ 36.881
AAS 3	93,1%		99,9%		99,6%		99,4%		99,6%		80,9%	€ 2.632	93,5%	€ 84.910	95,3%	€ 10.034	40,6%	€ 6.683
ASUI-UD	94,3%		99,8%		99,4%		99,3%		99,8%		68,5%	€ 11.824	94,4%	€ 100.534	97,0%		42,7%	
AAS 5	90,7%	€ 96.152	99,8%		99,2%		98,8%		99,6%		84,5%		94,7%	€ 87.628	95,1%	€ 48.677	34,9%	€ 30.791
FVG	€ 204.485		€ 0		€ 0		€ 0		€ 0		€ 37.807		€ 496.510		€ 86.545		€ 108.835	

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

RAGGIUNTI 4/9 TARGET, CRITERI VALUTAZIONE DA DGR 1912/2018. PER LA PARTE DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA SU VITAMINA D E OMEGA 3 SI RIMANDA ALL'OBIETTIVO PRESCRITTORI

4. Biosimilari

Nell'ambito delle categorie di medicinali per le quali è disponibile l'alternativa biosimile dovranno essere assicurate azioni di incentivazione, appropriatezza ed efficienza per il SSR, nel rispetto del recente quadro normativo (legge n. 232/2016, art. 1, comma 407), che ha previsto specifiche direttive a cui gli Enti del SSR devono fare riferimento. A tal fine le Aziende invieranno uno specifico report semestrale alla DCS sulle attività svolte. Inoltre, in tale ambito l'EGAS fornisce agli Enti del SSR e alla DCS tutte le informazioni relative alle procedure di acquisto in forma riepilogativa (farmaci, prezzi, eventuali accordi quadro), secondo quanto stabilito dalla legge 232/2016.

ASUITs invierà due report a cadenza semestrale alla DSC da cui si evincano le azioni messe in atto per il rispetto del recente quadro normativo. **(legge n. 232/2016, art. 1 comma 407)**

Attuazione al 31/12/2018:

ASUITs ha inviato due report semestrali sull'attività svolta alla DSC:

Prot. FarmCatt 782/2018 (prima parte dell'anno)

Prot. FarmCatt 125/2019 (intero anno 2018)

Nel dettaglio:

Ogni richiesta nominale per pazienti naive di farmaci biologici che hanno presenza contemporanea sul mercato di farmaci biosimilari è stata intercettata dai farmacisti aziendali e discussa con il medico nel caso la scelta ricada sul farmaco ad impatto di spesa maggiore. Nel corso del 2018 sono state inviate 7 comunicazioni ai clinici inerenti farmaci biosimilari, sia di carattere generale che su singoli casi.

Nel 2018 sono state attivate complessivamente 18 nuove terapie con infliximab (100% con il biosimilare aggiudicatario di gara regionale), 26 con etanercept 50mg (100% con il biosimilare) e 2 con etanercept 25mg (entrambi con l'originator perché unico aggiudicatario di gara al momento dell'avvio delle terapie).

Per rituximab sono state avviate complessivamente 94 nuove terapie, delle quali 59 con il biosimilare aggiudicatario di gara e 35 con l'originator (perché avviate nella prima parte dell'anno nella quale il biosimilare non era disponibile o per scelta del clinico legata all'impiego, dopo la dose di attacco, della formulazione sc).

Inoltre, sono stati switchati da originator a biosimilare 2 pazienti in trattamento con infliximab, 18 con etanercept e 22 con rituximab.

Nel corso degli ultimi mesi del 2018 è stata avviata una discussione con i clinici oncologi per l'introduzione del biosimilare di trastuzumab, il cui impiego è iniziato a novembre 2018.

Dai dati di consumo ASUITS dei farmaci per i quali è disponibile un'alternativa biosimilare nei canali ospedaliera e diretta si evince che l'uso dei biosimilari è in aumento per tutte le classi di farmaci e in particolare rappresenta una % sull'intera categoria di riferimento, non solo del brand di riferimento, di:

- ATC A10AE04 insulina glargine = 34.8%
- ATC B01AB05 enoxaparina = 27.8% (biosimilare disponibile da agosto 2018)
- ATC B03XA epoetine = 83.0%
- ATC L01XC02 rituximab = 37.3% (biosimilare disponibile da febbraio 2018 e da maggio 2018 per ematologia)
- ATC L03AA fattori di crescita granulocitari = 96.8%
- ATC L04AB anti TNF-alfa = 13.0% infliximab e 23.7% etanercept (sul totale degli anti TNF-alfa)

ATC H01AC GH = 100%

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
5. Medicinali brevetto scaduto – analisi prescrizioni	
Oltre alla promozione d'uso dei medicinali a brevetto scaduto a livello territoriale, in base a quanto rilevato nel corso del 2017, potranno essere definite ulteriori analisi a campione sulle percentuali di prescrizione di queste categorie di medicinali in dimissione da ricovero o dopo visita ambulatoriale, in tempistiche e reparti comunicati dalla Direzione centrale.	ASUITS aderirà alle richieste effettuando analisi a campione su indicazione della DCS e comunicandone gli esiti nelle tempistiche indicate.
Attuazione al 31/12/2018: Non pervenute richieste dalla DCS.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
DGR 2350/2018	
6. Distribuzione diretta farmaci alto costo	
Nell'ambito della distribuzione diretta dei farmaci ad alto costo le Aziende eroganti danno continuità ai percorsi definiti nel corso del 2017, per consentire alle AAS di residenza del paziente la verifica dell'appropriatezza d'uso, dandone anche evidenza alla DCS.	ASUITS conferma la disponibilità allo scambio di informazioni e dati in entrata e uscita
Attuazione al 31/12/2018: Non pervenute richieste dalla DCS.	

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO					
7. Primo ciclo di terapia						
<p>A seguito di dimissione da ricovero e/o di visita specialistica ambulatoriale dovrà essere assicurata l'erogazione del I° ciclo di terapia in distribuzione diretta sia attraverso le strutture pubbliche che private accreditate. A tal fine le Aziende invieranno alla DCS due relazioni semestrali sull'attività svolta, indicando i risultati raggiunti. Continua inoltre l'attività di distribuzione diretta nell'ambito della residenzialità, della semi-residenzialità e dell'assistenza domiciliare presso tutte le strutture afferenti alle Aziende per l'assistenza sanitaria.</p>	<p>- Attuazione del I ciclo così come definito nei LEA e dalla DGr 12/2018</p> <p>- ASUITS darà evidenza del ricorso al I° ciclo di terapia e alla distribuzione diretta e si impegna per il massimo rispetto delle indicazioni rispetto al primo ciclo sia nelle proprie strutture che in quelle convenzionate.</p> <p>- Invio della DCS di due relazioni semestrali sull'attività svolta con i risultati raggiunti</p>					
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>ASUITS ha inviato due report semestrali sull'attività svolta alla DSC:</p> <p>Prot. FarmCatt 782/2018 (prima parte dell'anno)</p> <p>Prot. FarmCatt 125/2019 (intero anno 2018)</p> <p>Nel dettaglio:</p> <p>ASUITS ha assicurato il ricorso al I° ciclo di terapia e si è impegnata per il massimo rispetto delle indicazioni rispetto al primo ciclo sia nelle proprie strutture che in quelle convenzionate (es Pineta del Carso).</p> <p>Sono stati organizzati due incontri per implementare l'erogazione diretta del I ciclo da parte del IRCCS Burlo, anche di medicinali DPC, ed è stato invertito il trend di decremento della distribuzione diretta del Burlo che nei primi dieci mesi 2018 cresce del 269%.</p> <p>Altresì sono stati forniti dal servizio farmaceutico dati di prescrizione di farmaci indotti da specialisti dello stesso IRCCS (somatropina, farmaci nota AIFA 74) per sensibilizzarne un uso appropriato.</p>						
<p align="center">Dato totale ASUITS delle erogazioni personalizzate in regime di distribuzione diretta, comprensivo di primo ciclo di terapia e distribuzione attraverso i distretti e ADI</p>						
Anno	Numero confezioni	Numero unità	Costo (€)	Numero allestimenti personali	Numero pazienti	Numero medio confezioni/allestimento
2015	163.388	3.021.057	17.243.008	43.303	19.871	3,8
2016	156.143	3.111.540	18.114.460	41.960	19.724	3,7
2017	160.288	3.139.143	20.237.549	43.316	20.000	3,7
2018	147.272	2.864.262	20.846.113	39.848	19.692	3,7
<p>Nel corso del 2018 la spesa relativa ai medicinali erogati attraverso il canale della distribuzione diretta aumenta complessivamente del 3% rispetto al 2017; l'incremento si spiega attraverso l'aumento del 18,1% degli</p>						

allestimenti dei farmaci ad alto costo (individuati nei farmaci in classe di rimborsabilità H) e del relativo numero di assistiti (+13,6%).	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
8. Farmaci aggiudicati a gara	
Farmaci aggiudicati a gara	Al fine di favorire l'impiego dei medicinali acquistati centralmente l'EGAS rende disponibile a tutte le Aziende con frequenza di aggiornamento mensile la lista dei farmaci aggiudicati a gara con particolare riferimento a quelli della DPC. Lo stesso Ente assicura inoltre un monitoraggio puntuale delle politiche di acquisto dei medicinali in DPC, e adotta ogni misura conseguente, al fine di garantire la maggiore economicità per l'SSR rispetto ai costi della convenzionata.
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
	OBIETTIVO DI COMPETENZA EGAS
9. Distribuzione per conto	
Per i medicinali in DPC le Aziende adottano specifici monitoraggi e approfondimenti con i prescrittori in caso di elevato ricorso alla non sostituibilità, e assicurano le opportune informazioni sui medicinali di nuova autorizzazione all'immissione in commercio inseriti nell'elenco dei farmaci erogabili in DPC, temporaneamente non disponibili sulla piattaforma.	Relativamente ai medicinali di nuova autorizzazione all'immissione in commercio e che sono inseriti nell'elenco dei farmaci erogabili in DPC verrà attuato ogni utile percorso per evitare aggravii di costo generati dall'erogazione tramite il canale convenzionale nelle more della effettiva disponibilità di tali medicinali in DPC correlandosi con i prescrittori. Altresì verrà monitorato il ricorso alla non sostituibilità dei farmaci in DPC al fine di evitare aggravii di costi generati da un eventuale erogazione convenzionale. Indicatore: evidenza delle azioni adottate.
Attuazione al 31/12/2018:	
<p>Relativamente ai medicinali di nuova autorizzazione all'immissione in commercio e che sono inseriti nell'elenco dei farmaci erogabili in DPC è stato attuato ogni utile percorso per evitare aggravii di costo generati dall'erogazione tramite il canale convenzionale nelle more della effettiva disponibilità di tali medicinali in DPC correlandosi con i prescrittori. Si segnalano iniziative con i prescrittori per evitare il ricorso alla convenzionata di farmaci DPC non disponibili nel magazzino EGAS. In caso di ricorso all'erogazione convenzionata sono stati effettuati tutti gli approfondimenti anche con i prescrittori per valutarne le motivazioni e in caso di difformità (es. mancanza PT specialistico si è provveduto al recupero di quanto indebitamente prescritto).</p> <p>E' stato ribadito a tutti i prescrittori con apposita circolare e con ulteriore richiamo nella newsletter che il ricorso alla non sostituibilità dei farmaci in DPC deve essere posta solo in caso di motivate ragioni cliniche, al fine di evitare aggravii di costi generati da un eventuale erogazione convenzionale. Sono stati messi in atto approfondimenti con i prescrittori sui medicinali antidiabetici SGLT-2 ed insuline, sugli agenti della fertilità e sulla somatropina con il Burlo (2 incontri). E' stato effettuato un monitoraggio del I semestre 2018 dei principi attivi erogati in DPC.</p>	

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
10. Medicinali soggetti a registro AIFA	
<p>Per la prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA dovrà essere assicurata la registrazione di tutti i dati richiesti (anche con particolare riferimento ai medicinali innovativi), nel rispetto delle indicazioni autorizzate e dei criteri di eleggibilità definiti dall'AIFA, al fine di assicurare appropriatezza d'uso e consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing. La richiesta del farmaco dovrà sempre essere accompagnata dalla scheda di registrazione paziente nel registro. A tal fine potranno essere programmata analisi a campione da parte della direzione centrale. L'EGAS, nell'ambito della centralizzazione della logistica d'acquisto continua ad assicurare il ristoro delle somme spettanti a ciascun Ente, per tutti i farmaci per i quali sono previste forme di compartecipazione dei costi da parte delle aziende farmaceutiche e condivisione del rischio (risk sharing, cost sharing e payment by results).</p>	<p>I farmacisti ASUITs evadono le richieste di farmaci su registro web based o cartaceo, soltanto se correttamente compilato dal medico richiedente. Posizioni divergenti andranno sanate con i compilatori richiedenti prima della fornitura.</p> <p>Indicatore: Il 100% delle richieste vengono evase dopo la compilazione della richiesta web-based o cartacea. Tutti i cicli di cura conclusi sono stati processati per accedere alle procedure di rimborso (100% riscontrabile da portale AIFA)</p>
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>I farmacisti ASUITS hanno evaso il 100% delle richieste di farmaci su registro web based o cartaceo, soltanto se correttamente compilato dal medico richiedente. Posizioni divergenti sono state sanate con i compilatori richiedenti prima della fornitura. Tutti i cicli di cura conclusi sono stati processati per accedere alle procedure di rimborso (100% riscontrabile da portale AIFA).</p> <p>Nel corso del 2018 tale attività ha consentito la restituzione da parte delle Aziende di un valore pari a € 766.081 con note di credito ad ASUITS</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
11. Farmacovigilanza	
<p>Sul versante della farmacovigilanza continuano le attività già avviate a livello regionale dalla DCS ed, in particolare, le collaborazioni con le Aziende sanitarie universitarie integrate così come indicato dalle delibere di riferimento (DGR 435/2013 e 2199/2014), assieme alle progettualità regionali e multiregionali finanziate da AIFA e oggetto di specifica convenzione. Su tali iniziative gli Enti del SSR assicurano la partecipazione dei sanitari interessati e il supporto alle attività organizzative. Nel corso del 2018 sarà avviata una specifica progettualità sui temi relativi ai medicinali per il trattamento di malattie rare, anche coinvolgendo il coordinamento regionale e la rete delle malattie rare.</p>	<p>Riscontro sulla partecipazione da parte di ASUITS alle progettualità avviate dalla DCS e da parte degli operatori alle attività formative organizzate dalla stessa (report)</p>

<p>Inoltre in corso d'anno, anche tramite un nuovo di accordo di collaborazione/convenzione con le due Aziende sanitarie universitarie integrate e con il coinvolgimento di tutte le Aziende sanitarie e gli IRCCS sarà avviata una specifica progettualità pluriennale nell'ambito delle aree di attività stabilite dalla DGR 1365/2015 volta a favorire un uso sicuro appropriato dei farmaci a livello ospedaliero e nella continuità ospedale-territorio. Il percorso formativo a distanza (FAD) avviato a fine 2017 sull'utilizzo della nuova piattaforma nazionale Vigifarmaco ed altre tematiche di farmacovigilanza resterà disponibile in più moduli formativi anche per il 2018.</p>	
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>ASUITS ha dato seguito alle diverse progettualità avviate dalla DCS e da parte degli operatori alle attività formative organizzate dalla stessa (progetto antidepressivi, progetto farmacovigilanza pluriennale, ...).</p> <p>Con decreto n. 611/SPS dd. 17/04/2018 è stato approvato il progetto "Farmacisti in Ospedale/Territorio". A seguito di tale decreto ASUITS ha bandito e assegnato 3 borse di studio (2 per la stessa ASUITS e una per Burlo), avviate nel mese di novembre 2018.</p> <p>Come iniziative sensibilizzanti la prevenzione delle ADR e l'uso in sicurezza dei farmaci sono stati trasmesse ai responsabili di farmacovigilanza delle Strutture 31 note sui rischi di utilizzo di farmaci rilasciate da EMA ed AIFA. Elaborato un report sull'andamento annuale delle segnalazioni di ADR in ASUITS e rendicontato l'impegno sul tema delle diverse Strutture.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>ACCESSI CORSO FAD ANNO 2018:10</p>
<p>12. Dispositivi assistenza integrativa</p>	
<p>Le aziende potenziano il monitoraggio e la verifica dell'appropriatezza d'uso dei dispositivi per l'assistenza integrativa al fine di porre in essere ogni azione utile ad una razionalizzazione della spesa e dei consumi di tali prodotti. Dovranno, inoltre, essere avviate a livello aziendale o in collaborazione tra aziende iniziative che prevedano differenti modalità di erogazione/distribuzione dell'assistenza integrativa. In particolare, per quanto riguarda l'erogazione di ausili di assistenza protesica, gli enti del SSR dovranno favorire la distribuzione diretta come pure dovranno prevedere, relativamente agli ausili per diabetici modalità di erogazione vantaggiose per l'SSR (es. diretta, accordi con le farmacie). Le Aziende sanitarie assicurano il raccordo tra le varie strutture aziendali coinvolte per favorire politiche di acquisto basate sulle evidenze (es. innovazioni tecnologiche) anche per i dispositivi medici.</p>	<p>ASUITS assicurerà il monitoraggio e la verifica dell'appropriatezza d'uso dei dispositivi per l'assistenza integrativa al fine di porre in essere ogni azione utile ad una razionalizzazione della spesa e dei consumi di tali prodotti. Si consoliderà la distribuzione diretta degli ausili di assistenza protesica e verranno favorite modalità di distribuzione dei prodotti AFIR, anche ausili per i pazienti diabetici, economicamente vantaggiose per il SSR (es. accordi con le farmacie, distribuzione diretta), in linea con la DGR 12/2018</p>

<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>ASUITs ha assicurato il monitoraggio e la verifica dell'appropriatezza d'uso dei dispositivi per l'assistenza integrativa al fine di porre in essere ogni azione utile ad una razionalizzazione della spesa e dei consumi di tali prodotti.</p> <p>E' stata effettuata un'analisi delle strisce per la glicemia e si sta valutando la possibilità di implementare la distribuzione diretta tramite distretti di alcuni prodotti AFIR, economicamente vantaggiosa per il SSR non appena ASUITs sarà servita dalla logistica centralizzata. Sono stati forniti dal Servizio farmaceutico dati al fine di valutare un incremento della distribuzione diretta da parte dei distretti.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO MONITORAGGIO APPROPRIATEZZA D'USO DISPOSITIVI PER L'ASSISTENZA INTEGRATIVA EFFETTUATO. VA IMPLEMENTATA LA DISTRIBUZIONE DIRETTA DEGLI AUSILI DI ASSISTENZA PROTESICA
13. Cartella oncologica	
<p>La cartella oncologia informatizzata dovrà essere implementata relativamente ai campi: diagnosi/sede, protocollo/farmaco, stadiazione con un grado di completezza pari ad almeno il 95% dei pazienti (due rilevazioni sulla completezza della compilazione: al 30.06.2017 e al 31.12.2017).</p>	<p>ASUITs: Completezza dei dati in cartella oncologica, pari ad almeno il 95% dei pazienti, per i campi: diagnosi/sede, protocollo/farmaco, stadiazione (due rilevazioni annue)</p>
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>La percentuale del 95% è garantita</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO ONCOLOGIA MAGGIORE 95,40% CSO 98,68% MEDIA 97,04
14. Logistica centralizzata	
Logistica centralizzata	Per le Aziende servite dalla logistica centralizzata, la copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM dovrà essere garantita per il 90% delle confezioni destinate alla distribuzione diretta nominale erogate mediante lo stesso applicativo, anche al fine di consentire un puntuale monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e la promozione dei medicinali acquisiti centralmente da EGAS.
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>ASUITs ha attivato i buffer della logistica centralizzata il 3.12.2018, pertanto tale obiettivo non risulta applicabile all'anno 2018.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
15. Prescrizione informatizzata piani terapeutici	

<p>Tutte le Aziende dovranno garantire il ricorso (prima prescrizione e rinnovi) alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici implementati/disponibili a sistema, tramite l'applicativo PSM-PT, in almeno il 50% di tutti pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive, prevedendo azioni mirate di sensibilizzazione dei prescrittori all'utilizzo dello strumento nelle categorie di medicinali per i quali si osserva un ricorso prevalente al PT cartaceo (es antidiabetici). Le Aziende assicurano inoltre il controllo dei piani terapeutici ed il rispetto delle note limitative AIFA, favorendo l'implementazione di tale sistema informatizzato.</p>	<p>Indicatore: ASUITs, che non si serve ancora della logistica centralizzata, persegue la prescrizione informatizzata dei piani terapeutici in almeno il 50% di tutti i pazienti che necessitano di tali medicinali</p> <p>Indicatore: Saranno assicurati il monitoraggio e informatizzazione dei piani terapeutici ed il rispetto delle note limitative AIFA.</p>
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>ASUITs, che ha attivato i buffer della logistica centralizzata per la dispensazione dei medicinali tramite PSM il 3.12.2018 per gli ospedali di Cattinara e Maggiore, ha perseguito comunque nel corso del 2018 la prescrizione informatizzata dei piani terapeutici in oltre il 50% dei nuovi pazienti che necessitano di tali medicinali (risultato ottenuto 63%, da comunicazione della DCS sul periodo gennaio-dicembre).</p> <p>Si è provveduto all'implementazione dell'informatizzazione delle strutture abilitate alla prescrizione di PT di ASUITs e tutti i centri diabetologici distrettuali sono stati informatizzati.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>MODALITÀ DI VALUTAZIONE DEFINITA CON DGR 1912/2018</p> <p>PSM-PT 62% (SU TUTTI I PAZIENTI)</p>
<p>16. Flussi informativi – LEA ministeriali</p>	
<p>Le Aziende sanitarie, ai fini degli adempimenti LEA ministeriali, assicurano, per il tramite dei responsabili individuati per la tematica, l'implementazione, le verifiche ed i controlli di congruenza dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali <u>entro il 10 di ogni mese</u>, utilizzando la reportistica a disposizione sul portale SISSR (mancati invii, prezzi medi, revocati, ecc), con particolare riferimento ai disallineamenti derivanti da possibile mancato invio. Va in particolare garantita, per il corretto calcolo del rispetto dei tetti di spesa, l'integrale copertura della fase 3 su fase 2 (100% della spesa negli ambiti previsti) per quanto riguarda la distribuzione diretta. In fase di erogazione diretta dei medicinali va inoltre inserito a sistema il codice targatura. Relativamente ai nuovi adempimenti LEA ministeriali saranno avviati specifici percorsi con le Aziende e con l'EGAS, al fine di provvedere alle verifiche sulla congruità dei dati trasmessi, ognuno per la parte di propria competenza.</p>	<p>Rispetto della tempistica di invio entro il 10 di ogni mese alla Amministrazione centrale dei flussi della farmaceutica, previa verifica e controllo della loro congruenza.</p>

Attuazione al 31/12/2018: In linea il controllo mensile. Il codice targatura è stato registrato per tutte le dispensazioni nominali effettuate tramite PSM dall'avvio del buffer (3.12.2018).	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO FASE3/FASE2 99,88% TARGATURA (CONFEZIONI DPC) 100%
17. Flussi informativi – eventuali approfondimenti	
Sempre con riferimento ai flussi informativi, le Aziende e l'EGAS danno riscontro ad eventuali approfondimenti richiesti dalla Direzione Centrale, anche su istanza Ministero della Salute, entro 15 giorni dalle comunicazioni. Sui flussi potranno essere fornite ulteriori indicazioni anche in base ai cambiamenti derivanti dall'introduzione di nuovi adempimenti LEA.	ASUITS darà riscontro ad eventuali approfondimenti richiesti dalla Direzione Centrale entro la tempistica richiesta
Attuazione al 31/12/2018: Non pervenute per ora richieste specifiche dalla DCS	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO LA DIREZIONE CENTRALE SALUTE NON HA FORMULATO RICHIESTE NEL CORSO DELL'ANNO

8.1 VINCOLI OPERATIVI LINEE 2018 (DGR 185/2018)

Valori rilevati da report monitoraggio indicatori Linee 2018 gennaio-dicembre 2018

VINCOLO	TARGET	VALORE 2018
Diretta	61,00	60,33
DPC	28,50	28,44
Convenzionata	125,00	121,48
Ospedaliera	- 2,0%	-2,2%

ALLEGATO B – INDICATORI

Valori rilevati da report monitoraggio indicatori Linee gennaio 2019, relativi al periodo gennaio-dicembre 2018

NUMERO	DEFINIZIONE	STANDARD OBIETTIVO	VALORE gen-dic 2018
18	SPECIALISTICA AMBULATORIALE Incidenza di sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (anti-ipertensivi)	≤ 30%	33,78%
19	SPECIALISTICA AMBULATORIALE Consumo pro -capite di farmaci inibitori di pompa protonica	25 up pro cap	20,85%

3.5. ASSISTENZA SOCIO SANITARIA

3.5 L'integrazione socio sanitaria e la programmazione integrata	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
attuare la pianificazione locale congiunta tra l'AAS e le Unioni territoriali intercomunali nelle aree di integrazione socio sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborazione congiunta di un documento che costituisce il livello di programmazione locale integrata nelle aree di integrazione socio sanitaria in ciascun ambito territoriale per l'anno 2018, in continuità con il percorso iniziato nel 2013. - Sottoscrizione tra il Direttore generale dell'AAS e il Presidente dell'UTI dell'Atto di intesa che impegna le parti alla realizzazione, per quanto di competenza, dei contenuti della suddetta programmazione - Monitoraggio periodico
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Elaborato congiuntamente il Piano Attuativo Annuale 2019, documento di programmazione locale nelle aree di integrazione socio sanitaria. Sottoscritto l'Atto di Intesa sul Programma Attuativo Annuale da parte del Presidente dell'UTI e dell'allora Direttore Generale di ASUITs in data 5 novembre 2018 trasmesso al Comune di Trieste con PROTGEN 0060215 -P /DIRSS 2267 del 6/11/18.</p> <p>L'attività viene monitorata e i risultati presentati entro la fine del I° semestre dell'anno successivo.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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

	residenze per anziani.
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Per quanto riguarda i punti a) e b) l'attività è stata svolta dal Dipartimento di Prevenzione (DIP).</p> <p>Per quanto riguarda il punto d), il Direttore Generale di ASUITS con suo decreto del 28.02.2018 ha:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rinnovato la Commissione di vigilanza sulle istituzioni sanitarie di carattere privato (ai sensi dell'art. 4 L.R. 9.3.2001, n. 8, ed all. A – punto 6.2 della D.G.R. n. 3586 dd 30.12.2004 30.12.2004) individuando i componenti esperti in materia d'igiene degli alimenti e della nutrizione e sicurezza nutrizionale per le verifiche di competenza; - Integrato i componenti della Commissione di vigilanza con componenti dei Distretti per il controllo di appropriatezza sui servizi semiresidenziali e sulle residenze per anziani non autosufficienti; - Approvato la "Procedura per la verifica della sussistenza dei requisiti di conformità igienico-sanitaria e della persistenza dei requisiti autorizzativi, strutturali e organizzativi utili ai fini della concessione delle proroghe degli accordi contrattuali tra l'azienda sanitaria universitaria integrata di Trieste (ASUITS) e le strutture residenziali per anziani non autosufficienti convenzionate". 	
<p>Motivazioni sullo scostamento dal risultato atteso:</p> <p>Per quanto riguarda il punto c), ASUITS ha preso atto della delibera n. 95 del 25.01.2019 della Giunta della Regione FVG in cui si recepisce quanto disposto dall'articolo 8, comma 10 della legge regionale 28 dicembre 2018 n. 28 e contestualmente si proroga al 31 maggio 2019 il termine fissato dall'articolo 57, comma 9, del DPR 144/2015 per il completamento dell'adeguamento dei requisiti organizzativi, gestionali, di dotazione strumentale e di personale posseduti dalle strutture residenziali per anziani autorizzate in base a quelli previsti per il livello di nuova classificazione rilasciato.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>LO SCOSTAMENTO EVIDENZIATO DIPENDE DA CAUSE ESTERNE ALL'AZIENDA</p>
Sistema di VMD Val.Graf. FVG	
Sistema di VMD Val.Graf. FVG	<ul style="list-style-type: none"> - ASUITS provvede a valutare, mediante l'utilizzo del sistema di VMD Val.Graf.-FVG, tutte le persone per le quali è previsto l'accoglimento in un servizio semiresidenziale o residenziale convenzionato. - La valutazione viene già effettuata da un'équipe multiprofessionale distrettuale. A conclusione del processo di riclassificazione e del rilascio dei nuovi atti autorizzativi, ASUITS provvederà a svolgere tale attività valutativa ai fini dell'ingresso degli utenti in tutte le residenze per anziani non autosufficienti, comprese quelle non convenzionate, in conformità a quanto previsto dall'art 23 del DPR 144/2015. - Una volta concluso il processo di riclassificazione sarà avviato un percorso di accompagnamento alle residenze per anziani ri-autorizzate all'esercizio, per la valutazione dei bisogni delle persone già accolte in struttura attraverso l'utilizzo del sistema di VMD

	Val.Graf.-FVG, in particolare nelle residenze per anziani non autosufficienti non convenzionate.
Attuazione al 31/12/2018: I Distretti sanitari nel 2018 hanno valutato mediante l'utilizzo del sistema di VMD Val.Graf. -FVG, tutte le persone per le quali era previsto un accoglimento in un servizio semiresidenziale o residenziale per anziani convenzionato. Rari i casi di ingresso segnalati dalle strutture non convenzionate.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Nuovi convenzionamenti	
Nuovi convenzionamenti	<ul style="list-style-type: none"> - ASUITS prevede di aumentare il numero di posti letto convenzionabili di 127 unità, in modo graduale verso con quanto previsto dalla DGR 672/2015. - ASUITS procederà alla stipula degli accordi contrattuali per l'assegnazione dei suddetti posti aggiuntivi secondo le indicazioni e i criteri di priorità che verranno definiti e comunicati dalla Regione.
Attuazione al 31/12/2018: Il commissario straordinario, con decreto del 20.02.2019, ha emanato il bando per l'attribuzione di 290 posti letto in Residenza per anziani non autosufficienti finalizzati alla stipula di accordi contrattuali (in attuazione della D.G.R. n. 1828 dd. 05.10.2018).	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Introduzione nuovo sistema di finanziamento	
Introduzione nuovo sistema di finanziamento	<p>a) Contributo abbattimento retta Si continua a riconoscere agli anziani non autosufficienti che occupano un posto letto convenzionato il contributo per l'abbattimento della retta nella misura prevista dalla normativa ad oggi vigente, sia per la quota fissa (€ 16,60 die/pl convenzionato in Residenze protette e ad utenza diversificata; € 13,28 die/pl convenzionato in Residenza polifunzionale di fascia A) che per la quota variabile legata all'ISEE (cfr. DGR 1282/2010).</p> <p>b) Riconoscimento oneri sanitari attraverso convenzionamento Si provvede a definire le condizioni amministrative e organizzative per adottare, entro il 30.06.2018, il modello tipo di convenzione che sarà indicato dalla Regione per regolare in modo uniforme su tutto il territorio regionale i rapporti tra Azienda e enti gestori. In particolare, i nuovi rapporti convenzionali</p>

	<p>dovranno prevedere che a tutte le residenze per anziani già convenzionate sia riconosciuto:</p> <p>1) un rimborso per gli oneri sanitari sostenuti per l'assistenza infermieristica e riabilitativa pari ad almeno:</p> <ul style="list-style-type: none"> - € 10 die/pl convenzionato in Residenza protetta o ad Utenza diversificata; - € 8 die/pl convenzionato in Residenza polifunzionale di Fascia A. <p>2) un rimborso forfettario per coordinamento infermieristico, gestione rifiuti speciali e trasporti sanitari pari ad almeno 120 euro annui per posto letto convenzionato.</p>
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>A partire dal 01.06.2018, in attuazione della DGR n. 429/2018, è stato uniformato (tra strutture protette e residenze polifunzionali di fascia A) il contributo regionale finalizzato all'abbattimento retta (18 E./die + quota legata all'ISEE) e sono stati riconosciuti oneri sanitari in misura di almeno 10 E./die per posto letto contrattualizzato unitamente a un rimborso forfettario per il coordinamento infermieristico, la gestione dei rifiuti speciali e i trasporti sanitari pari ad almeno 120 E./anno per posto letto contrattualizzato.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani	
<p>Monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani</p>	<ul style="list-style-type: none"> - prosegue nelle attività di verifica e approfondimento dei percorsi avviati negli anni precedenti e realizzerà almeno due visite di audit approfondite per ciascun distretto. - provvederà a redigere e trasmettere alla Direzione Centrale Salute entro il primo semestre del 2018, una dettagliata relazione illustrativa delle attività di monitoraggio e promozione della qualità svolte nell'anno precedente.
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>I Distretti sanitari hanno provveduto a realizzare le visite di audit secondo indicazione del PAL ed è stata inviata alla DCS una relazione dell'attività svolta.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Flussi e sistemi informativi	
Flussi e sistemi informativi	<ul style="list-style-type: none"> - monitora, verifica ed eventualmente sollecita l'utilizzo sistematico dello strumento di VMD Val.Graf,-FVG e dei sistemi informativi e-GENeSys e SIRA-FVG, anche alla luce di quanto previsto dal DPR. 144/2015 per le strutture residenziali che verranno ri-autorizzate per non autosufficienti a

	<p>seguito del processo di riclassificazione.</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'Azienda si doterà, inoltre, di una Lista Unica d'Attesa (LUA) nella quale inserire le persone anziane che richiedono un inserimento presso una Residenza per anziani non autosufficienti e per le quali il Distretto ha verificato l'appropriatezza della richiesta salvo il fatto che i criteri per la determinazione dei punteggi per l'inserimento in graduatoria vengono definiti dalla Regione. - ASUITS provvede ad assolvere i debiti informativi verso la Regione sulla base delle richieste e indicazioni fornite dalle Regione stessa.
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>I Distretti sanitari, nel 2018, hanno monitorato, verificato ed eventualmente sollecitato l'utilizzo dello strumento VMD Val.Graf,-FVG e dei sistemi informativi e-GENeSys e SIRA-FVG da parte delle strutture residenziali per non autosufficienti convenzionate ri-autorizzate a seguito del processo di riclassificazione.</p>	
<p>Motivazioni sullo scostamento dal risultato atteso:</p> <p>Per quanto riguarda la Lista Unica d'Attesa (LUA), si rimane in attesa di sua implementazione informatica tramite apposito software regionale.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
	OBIETTIVO LUA STRALCIATO
Sperimentazioni "Abitare possibile" e "Domiciliarità innovativa"	
Sperimentazioni "Abitare possibile" e "Domiciliarità innovativa"	<ul style="list-style-type: none"> - ASUITS sostiene e incentiva lo sviluppo delle sperimentazioni "Abitare possibile" e "Domiciliarità innovativa" di cui alla DGR 671/2015 e DGR 2089/2017 attivate nel proprio territorio aziendale. - in conclusione di esercizio 2017 ASUITS ha siglato due accordi di partenariato con l'UTI Giuliana al fine di sperimentare l'"Abitare possibile" e la "Domiciliarità innovativa". Nel 2018 tale attività verrà consolidata.
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Nel corso del 2018 ASUITS ha sostenuto lo sviluppo delle sperimentazioni abitare possibile e domiciliarità innovativa.</p> <p>Con il Comune di TS-UTI giuliana è stato effettuato il monitoraggio di 4 progetti di domiciliarità attuati con il partner Cooperativa "amico". E' stato avviato un accordo di partenariato con Prosenectute sul tema dell'abitare possibile.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Sperimentazione screening popolazione anziana fragile e servizio telesoccorso	
Sperimentazione screening popolazione anziana fragile	- garantisce la revisione delle modalità di presa in

e servizio telesoccorso	carico delle persone per le quali attivare il servizio di telesoccorso, partecipa alla definizione di un protocollo di intervento per lo screening della popolazione anziana in condizione di fragilità da realizzarsi in via sperimentale, individua e comunica alla Direzione Centrale (Servizio Integrazione Sociosanitaria) entro il 31 marzo 2018 il nominativo e recapito del referente per la sperimentazione
Attuazione al 31/12/2018: Nel corso del 2018 ASUITS ha partecipato a diversi incontri regionali con la DCS ed è stato approvato un regolamento di attivazione e gestione del Servizio di presa in carico di teleassistenza domiciliare "sicuri in casa".	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Pronto intervento residenziale	
Pronto intervento residenziale	- avvisa con i Comuni/Servizi Sociali Comunali un confronto sulla problematica delle persone in fase di riabilitazione che presentano oggettive difficoltà ad un rientro immediato nel proprio domicilio.
Attuazione al 31/12/2018: Nel corso del 2018 si sono svolti diversi incontri con il Comune di TS sul tema delle persone in fase di riabilitazione con difficoltà al rientro a domicilio ed è stata ipotizzata una attivazione futura di posti letto dedicati a tali pazienti (pronto intervento residenziale).	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
Piano demenze	
Piano demenze	- partecipa all'attuazione del "Piano nazionale demenze - Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze" (accordo n. 135 del 30 ottobre 2014) secondo le indicazioni e programmi che verranno definiti dalla Regione individua e comunica alla Direzione Centrale entro il 31 marzo 2018 il nominativo e recapito del referente sulla tematica. - Nell'ambito delle attività congiunte con il Comune di Trieste, l'Università degli Studi di Trieste e la SISSA, ASUITs, per quanto normato e di competenza, partecipa attivamente all'avvio di un Centro Diurno sperimentale presso il padiglione Ralli, per la gestione delle patologie demetigene degenerative e alle attività connesse di supporto ai

	caregiver.
Attuazione al 31/12/2018: Nel corso del 2018 ASUITS ha partecipato a diversi incontri con il Comune di Trieste finalizzati a definire un protocollo di accesso al Centro diurno "Ralli" per pazienti con demenza (e attività di supporto per i caregiver).	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.5.2. Disabilità	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Al fine di avviare un percorso di maggior responsabilizzazione dei servizi sanitari nella presa in carico delle persone accolte nei servizi residenziali e semiresidenziali con particolare attenzione al problema delle comorbidità psichiatriche per quanto riguarda la disabilità intellettiva, in linea con i più recenti orientamenti scientifici e culturali e con gli indirizzi normativi nazionali (LEA) e internazionali (Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità), ASUITS nel 2018 provvederà:	<ul style="list-style-type: none"> - alla valutazione per gli aspetti sanitari di almeno l'60% degli utenti dei servizi residenziali e semiresidenziali per persone con disabilità, secondo le modalità approvate dalla Regione; - alla sperimentazione tariffaria in applicazione del DPCM 12 gennaio 2017 nelle strutture operanti in convenzione ex art. 26 L. 833/78 della Comunità Piergiorgio – ONLUS e per la gestione dei servizi socioassistenziali residenziali e semiresidenziali per disabili gravi e gravissimi di cui all'articolo 9 comma 18 della legge regionale 4 agosto 2017, n. 31; - alla formalizzazione di un accordo con gli Enti gestori dei servizi di cui all'articolo 6, comma 1, lettere e), f), g) e h), della legge regionale 41/96, che espliciti le modalità di coinvolgimento dei DSM nella valutazione e presa in carico delle persone adulte con disabilità intellettiva o disturbi dello spettro dell'autismo. - per quanto di competenza, alla definizione delle quote di compartecipazione attraverso quanto indicato nel DPCM 12 gennaio 2017.
Attuazione al 31/12/2018: -L'Area Welfare ha inviato la scheda di valutazione degli aspetti sanitari delle persone con disabilità inserite nelle strutture residenziali e semiresidenziali il 6 agosto 2018. Visto il ritardo nell'inizio delle valutazioni con nota mail del 23 agosto 2018 è stato comunicato la modifica della percentuale e per il 2018 era necessario valutare il 30% delle persone. ASUITS ha valutato il 38,24% delle persone con la parte sanitaria della scheda Q-VAD.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Fondo gravissimi	
In base al regolamento emanato con DPRReg 247/2009ASUITS, in collaborazione con i Comuni	- ASUITS garantisce le attività di accertamento e segnalazione dei casi di gravissima disabilità fornendo alla Direzione Centrale tutta la documentazione necessaria alla valutazione

	selettiva.
Attuazione al 31/12/2018: Nel 2018 come negli anni precedenti entro il 31/03 vengono segnalati i nuovi casi come da regolamento e entro il 31/01 dell'anno successivo vengono segnalate le persone che in continuità mantengono il contributo del Fondo Gravissimi. Tutte le valutazioni vengono inserite nel programma informatizzato regionale.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Fondo SLA	
Fondo SLA	<ul style="list-style-type: none"> - secondo quanto previsto dal regolamento emanato con DGR 1692/2002, per l'anno 2018 ASUITS continua l'attività di valutazione, raccolta di documentazione e segnalazione dei nuovi casi di SLA e dei casi per i quali si è riscontrato un aggravamento, fornendo all'Area Welfare tutta la documentazione necessaria alla valutazione selettiva, coordinando tali attività con quelle previste dalla DGR 817/2017 - in raccordo con i Comuni/Servizi Sociali Comunali, si impegna, per quanto di competenza, di definire un'adeguata risposta sul territorio ai bisogni residenziali di questo target di utenza e nel contempo definire le quote di compartecipazione attraverso quanto indicato nel DPCM 12 gennaio 2017.
Attuazione al 31/12/2018: <ul style="list-style-type: none"> - Nell'anno 2018, come negli anni precedenti, ASUITS continua l'attività di valutazione, raccolta di documentazione e segnalazione dei nuovi casi di SLA e dei casi per i quali si è riscontrato un aggravamento, come da regolamento ogni quadrimestre fornisce all'Area Welfare tutta la documentazione necessaria alla valutazione per la predisposizione della documentazione atta a fornire il contributo. In ASUITS è stato nominato un referente per la raccolta delle valutazioni, l'inserimento delle domande nel sistema informatizzato, predisposto dalla regione, e a mantenere i contatti con Area Welfare ed i distretti per rispondere ai bisogni delle persone con SLA e i famigliari. - Non abbiamo bisogni residenziali per questo target di popolazione tali da definire una risposta territoriale, ma troviamo risposta personalizzata per le pochissime situazioni singole in accordo con la persona, la famiglia e con i Servizi Sociali attraverso l'EMH. 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Vigilanza servizi semiresidenziali e residenziali sociosanitari destinati a persone con disabilità	
Nelle more della revisione del sistema di regolamentazione dei servizi residenziali e semiresidenziali destinati all'accoglimento delle persone con disabilità, ASUITS prosegue le attività di vigilanza e controllo dei servizi succitati. Tale funzione è esercitata periodicamente o su iniziativa in caso di	<ul style="list-style-type: none"> - si impegna a garantire l'attività di vigilanza e controllo su almeno il 30% dei servizi/strutture collocati sul territorio di competenza.

specifiche segnalazioni o ogni qualvolta ne venga ravvisata la necessità.	
Attuazione al 31/12/2018: ASUITS prosegue le attività di vigilanza e controllo dei servizi succitati	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Dopo di noi	
Al fine di garantire gli interventi previsti dal DM 23 novembre 2016 "Requisiti per l'accesso alle misure di assistenza, cura e protezione a carico del Fondo per l'assistenza alle persone con disabilità grave, prive del sostegno familiare, nonché ripartizione alle Regioni delle risorse per l'anno 2016"	- ASUITS partecipa attivamente alla definizione dei percorsi relativi all'abitare inclusivo previsti dalla Legge n. 112 del 22 giugno 2016 "Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare" e dalla DGR n. 1331 del 17 giugno 2017 che la recepisce.
Attuazione al 31/12/2018: ASUITS ha partecipato ai tavoli interistituzionali per la predisposizione della Fondazione "Dopo di noi". Rappresentanti ASUITS partecipano al Comitato Tecnico della Disabilità (Comuni ed Ambiti ed ASUITS) argomenti di alcuni incontri sono stati l'abitare inclusivo e modifiche in merito alle situazioni di residenzialità presenti.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Autismo	
Partecipazione dei referenti aziendali al Tavolo tecnico sull'autismo	- Evidenza partecipazione - Non appena emanate le Linee di indirizzo, ASUITS avvia specifici percorsi rivolti alla presa in carico di questo target di utenza, con particolare riferimento alla fase preadolescenziale, adolescenziale ed adulta.
Attuazione al 31/12/2018: E' stato fatto incontro nel 2018 al quale erano presenti tutti e due i referenti aziendali. In attesa delle Linee Guida regionali	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.5.3. Minori	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Proseguimento delle attività socio sanitarie integrate in tema di minori e di contrasto alla istituzionalizzazione all'interno dei tavoli 5.1, 5.2 e 4 al fine di: - ridurre del 50% della media degli ultimi tre anni il numero di minori inseriti in strutture residenziali di	Entro il 31/12/2018: - formazione congiunta sui percorsi di presa in carico integrata dei minori con presentazione della Scheda di Progetto Condivisa - messa a punto e sperimentazione della Scheda di Progetto Condivisa per la presa in carico dei

<p>accoglienza con sede fuori regione;</p> <ul style="list-style-type: none"> - riportare il 10% dei minori inseriti in comunità fuori regione nelle comunità regionali; <p>introdurre il budget personalizzato, quale strumento funzionale alla realizzazione di percorsi di presa in carico dei minori che favoriscano il loro accoglimento in strutture di accoglienza della regione.</p>	<p>minori (Procedure Comuni)</p> <p>monitoraggio del carico di lavoro integrato (minori in carico domiciliare semiresidenziale residenziale, anche fuori regione).</p>
---	--

Attuazione al 31/12/2018:

- Il corso formazione integrato ASUITS, UTI Giuliana, è stato effettuato il 5- 6/3/2018. <http://ecm.sanita.fvg.it/it/web/ecm/ecm/dettaglioevento?idEvento=18879&idEdizione=42229> con la partecipazione degli operatori delle SCBADOF distrettuali, degli Assistenti Sociali degli Ambiti dell'UTI Giuliana e dell'Ufficio Continuità di IRCCS Burlo Garofolo. Durante la formazione sono stati presentati gli strumenti di costruzione del progetto personalizzato (Scheda di Progetto Condivisa per la presa in carico dei minori) opera del Gruppo di lavoro integrato ASUITS UTI.
- La Scheda di Progetto Condivisa per la presa in carico dei minori (Procedure Comuni) è entrata in sperimentazione dal 1/4/2018 per tutti i nuovi casi segnalati reciprocamente
- Ogni SCBADOF distrettuale ha mantenuto il monitoraggio del carico di lavoro integrato 2018 (minori in carico domiciliare semiresidenziale residenziale, anche fuori regione) inviando i dati alla Direzione Socio sanitaria nell'ambito del monitoraggio del tavolo 4 del PDZ

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

CON DGR 1912/2018 L'OBIETTIVO IN PAROLA È STATO MODIFICATO CON L'INSERIMENTO DELL'OBIETTIVO: PARTECIPAZIONE AGLI INCONTRI REGIONALI PER L'ELABORAZIONE DELLE "LINEE DI INDIRIZZO PER LA QUALIFICAZIONE DEI PERCORSI DI PRESA IN CARICO DEI MINORI CON ACCOGLIENZA IN UN SERVIZIO RESIDENZIALE". LA VALUTAZIONE È STATA EFFETTUATA ANCHE IN RELAZIONE ALL'OBIETTIVO MODIFICATO

3.5.4 Salute mentale

Obiettivo aziendale:

Risultato atteso:

Età adulta

1. Miglioramento dell'integrazione tra cure primarie e specialistiche con particolare riferimento alla presa in carico dei disturbi mentali comuni.

1. Evidenza di percorsi integrati tra cure primarie e DSM e di interventi formativi.

Attuazione al 31/12/2018:

L'8 maggio 2018 a Grado si è tenuto l'evento formativo promosso dal CeForMed rivolto ai MMG del FVG in cui il DSM dell'ASUI di Trieste ha presentato il programma mhGAP-IG con particolare attenzione all'utilizzo dei farmaci antidepressivi (AD).

Nel 2018 i servizi di salute mentale territoriali hanno preso in carico 372 persone gestite in collaborazione con i MMG e PLS con un aumento del 8% delle prese in carico integrate con i MMG e PLS rispetto al 2017.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

2. Definizione di un percorso aziendale congiunto (NPIA, DSM, PLS e MMG) per la definizione della fase di transizione delle cure dai servizi per l'età evolutiva ai servizi per l'età adulta	2. Evidenza di percorso aziendale congiunto NPIA, DSM, PLS e MMG) per la definizione della fase di transizione delle cure.
Attuazione al 31/12/2018: E' stato attualizzato il protocollo congiunto DSM - DDD - Distretti – MMG e PLS sull'esordio psicotico ed ampliato alle condizioni che richiedono continuità di presa in carico ed alla fase di transizione dai servizi per l'età evolutiva ai servizi per l'età adulta.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Età evolutiva	
1. Attivazione delle NPIA aziendali in coerenza con i provvedimenti aziendali.	1. NPIAattivateneelleAziende.
Attuazione al 31/12/2018: A Trieste le funzioni di NPI sono svolte dai distretti nelle S.C. BADOF. L'attività viene garantita in sinergia con il BURLO.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
2. Avvio delle attività dei Centri diurni NPIA	2. Evidenza avvio attività.
Attuazione al 31/12/2018: Il Centro Diurno è stato avviato nel 2018	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
3. Predisposizione di percorsi codificati e concordati tra le varie strutture coinvolte (Servizi NPIA, PS/Medicina d'Urgenza, reparti di Pediatria, DSM, servizi per le dipendenze, servizi di Emergenza Urgenza con indicazione di: reparto di accoglienza, percorso diagnostico terapeutico e di continuità assistenziale con le NPIA territoriali, responsabilità di presa in carico, modalità di interazione tra DSM e NPIA nel caso di minori in età adolescenziale.	3. Evidenza dei percorsi formalizzati.
Attuazione al 31/12/2018: I percorsi sono stati predisposti	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.5.5 Disturbi del comportamento alimentare	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Messa a regime degli ambulatori DCA con la disponibilità di equipe funzionale (DGR 668/2017)	Operatività degli ambulatori DCA con disponibilità di equipe funzionale
Attuazione al 31/12/2018:	

Il Servizio DCA, per poter mettere a regime l'attività ambulatoriale, nei primi mesi dell'anno si è trasferito nella nuova sede sita nell'ex-Padiglione G del Comprensorio di San Giovanni in via de Pastrovich 3.

L'equipe funzionale attualmente è composta da: 1 psicologa referente del DCA, 1 educatrice professionale assunta a tempo determinato il 10.12.2018, 1 infermiera dal 10 dicembre 2018 trasferita in seguito a riorganizzazione interna del DSM, 1 dietista ASUIts (6 ore settimanali), 1 medico psichiatra del DSM (su consulenza) e 1 medico nutrizionista ASUIts (su consulenza). Rimane ancora da definire il secondo psicologo previsto.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Operatività dei Centri Diurni presso ASUITS/Burlo/AAS2 (previo Accordo)	Evidenza dell'operatività dei Centri diurni attraverso invio di report di attività

Attuazione al 31/12/2018:

Per una situazione specifica ci si è avvalsi dell'utilizzo degli spazi del Centro Diurno di Monfalcone per lo svolgimento di un programma più intensivo, che prevedeva la somministrazione di pasti assistiti.

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

3.5.6. Cure palliative e terapia del dolore

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
1. Implementazione del personale al fine di garantire l'assistenza H24 7 su 7: sono garantite cure palliative domiciliari 7 giorni su 7, dalle 8 alle 20, attraverso l'erogazione diretta degli operatori dell'équipe e per le restanti fasce orarie attraverso una delle seguenti modalità: Pronta disponibilità dedicata (servizio h24 garantito dall'UCP), Consulenza telefonica (agli assistiti e/o ai Medici dei servizi di Continuità assistenziale e al 118)	1.a. Entro giugno 2018: implementazione degli operatori delle equipe cure palliative 1.b. Dicembre 2018: Assistenza garantita h 24 7 giorni su 7

Attuazione al 31/12/2018:

Attivata con decreto di dicembre 2018 la SSD gestione rete cure palliative

1.a. Il personale della Equipe specialistica a fine 2018 è composto da: due medici palliativisti (il secondo arrivato nell'ottobre 2018), una infermiera, una OSS e una coordinatrice (arrivata a giugno 2018)

2.b: attualmente viene garantita attività diurna dal lunedì al venerdì da parte della UCP (personale ancora insufficiente per garantire sia attività continuativa che copertura bisogni utenza di riferimento). Viene garantita presenza continuativa ed in reperibilità da parte del servizio infermieristico domiciliare.

Motivazioni sullo scostamento dal risultato atteso:

Potenziamento delle UCP programmato nel tempo.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
2. L'accesso alla rete delle cure palliative è effettuato con i criteri approvati dal coordinamento regionale.	2. Secondo semestre 2018 verranno adottati i criteri di accesso alla rete delle cure palliative.

Attuazione al 31/12/2018:

In attesa criteri, nel 2019 è stato formalizzato tavolo regionale anche per definire i criteri di accesso alla rete delle cure palliative	
Motivazioni sullo scostamento dal risultato atteso: In attesa di definizione da parte del tavolo regionale	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
3. Gli accessi di assistenza domiciliare per cure palliative sono registrati nel sistema informativo con codifica ICD9.	3.a primo semestre 2018: adozione di applicativo informatico idoneo alla registrazione ed elaborazione dei dati 3.b Secondo semestre 2018: Gli accessi domiciliari per cure palliative riportano sempre, oltre la codifica della malattia principale, la codifica V 66.7 (cure palliative)
Attuazione al 31/12/2018: Con l'ufficio di riferimento aziendale abbiamo preso accordi per rendere accessibile all'applicativo in uso aziendale le consulenze cure palliative con codifica ICD9	
Motivazioni sullo scostamento dal risultato atteso: E' stato possibile utilizzare l'applicativo a partire da marzo 2019	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
4. Tempistica di presa in carico dalla rete di cure palliative: Suddividere il numero di pazienti presi in carico in base al tempo intercorso tra il momento della segnalazione e la presa in carico. Entro 1 giorno dalla segnalazione/Tra 1 e 2 giorni dalla segnalazione/Tra 2 e 3 giorni dalla segnalazione/Oltre 3 giorni dalla segnalazione.	4. Secondo semestre 2018: la sommatoria dei malati presi in carico entro 1 giorno, entro 2 giorni ed entro 3 giorni deve essere superiore o uguale all'80%
Attuazione al 31/12/2018: In linea con l'indicatore su assistiti presi in carico. A 3 giorni visitati l'82 % dei segnalati (200 su 249)	
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	5. Secondo semestre 2018 : CIA Superiore o uguale a 0,3
Attuazione al 31/12/2018: Segnalato problemi su inserimento dato SIASI con impossibilità attuale di calcolare il coefficiente	
Motivazioni sullo scostamento dal risultato atteso: Problemi su inserimento dato SIASI con impossibilità attuale di calcolare il coefficiente	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
6. Percentuale di malati oncologici, presi in carico dalle equipe delle cure palliative, deceduti fuori da ospedale	6. Secondo semestre 2018: uguale o superiore al 75%
Attuazione al 31/12/2018:	

Dato non disponibile nel registro di mortalità.	
Dai registri dei servizi di ASUIS risulta che la percentuale di malati oncologici, presi in carico dalle equipe delle cure palliative, deceduti fuori da ospedale e del 77%	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
7. Criteri di priorità della visita algologica 9. Monitoraggio dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni di terapia del dolore in tutti i setting assistenziali	7. Entro il I semestre 2018 sono adottati i criteri di priorità della visita algologica 9. Trasmissione report alla Direzione centrale salute
Motivazioni sullo scostamento dal risultato atteso: I punti precedenti saranno oggetto di attenzione specifica da parte delle Strutture Ospedaliere e Territoriali in funzione di una organizzazione aziendale articolata. Per il momento le priorità sono dettate dalla situazione clinico assistenziale valutata volta per volta	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
	NON SONO STATI APPLICATI I CRITERI DI PRIORITÀ PER LA VISITA ALGOLOGICA
10. Attivazione della reperibilità algologica nelle ASUI e AAS sedi di centro Hub	10. Entro il 2018 i centri hub assicurano reperibilità algologica h 24 7 giorni su 7
Attuazione al 31/12/2018: La risposta algologica è garantita da ARTA nei propri turni di guardia nosocomiale	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.5.7. Consulteri familiari	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Implementazione del percorso gravidanza fisiologica a gestione ostetrica	Evidenza dell'attivazione del percorso
Attuazione al 31/12/2018: Nelle more dell'applicazione della delibera regionale n. 723 del 21/3/2018 "Percorso nascita in Friuli Venezia Giulia. Progetto gravidanza a basso rischio a gestione ostetrica" gli operatori dei Consulteri Familiari (in particolare ostetriche e coordinatori infermieristici delle SSCF) hanno proseguito nell'attività integrata del tavolo interistituzionale (ASUITS IRCCS) definendo i percorsi di continuità assistenziale (dimissione delle coppie mamma bambino dalla maternità e presa in carico delle situazioni di Gravidanza a basso rischio e Gravidanza a rischio psicosociale e sanitario). Le tematiche affrontate nel tavolo interistituzionale sono state: - Sperimentazione, monitoraggio e formalizzazione dell' "Accordo di continuità interaziendale tra ASUITS e IRCCS Burlo Garofolo per le donne in situazione di rischio psicosociale e sanitario durante la gravidanza, il parto ed il puerperio e per i bambini dopo la nascita", in particolare riguardo alle modalità di reciproca attivazione e coinvolgimento nel gruppo di lavoro multidisciplinare. - Miglioramento degli strumenti per la continuità HT alla dimissione dal punto nascita (lettera di continuità di cure per mamma e bambino).	

- Continuità nel percorso nascita, in particolare rispetto al tema della gestione dolore, della donazione del sangue placentare, della visita in sala parto e della permanenza del caregiver nei reparti di degenza
- Protezione dell'allattamento

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Implementazione dell'offerta della visita domiciliare ostetrica in puerperio	Evidenza del servizio attraverso report con dati relativi al 2018

Attuazione al 31/12/2018:

Nel corso del 2018 l'offerta attiva della visita domiciliare ostetrica in puerperio ha riguardato mamme e bambini in dimissione protetta dal Punto Nascita, in situazione di rischio psicosociale, con problematiche legate all'allattamento e/o con altre problematiche di salute. Sono state individuate n. 295 situazioni a cui è stata offerta attivamente la visita domiciliare ostetrica; di queste 224 hanno accettato la proposta e per tutte è stata effettuata la visita. Complessivamente nell'area del puerperio (dato sistema informativo regionale Consultori) sono stati effettuati 417 accessi domiciliari e 68 accessi al presidio ospedaliero.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Implementazione di percorsi aziendali per la donna in età post fertile	Evidenza dei percorsi attraverso report di attività

Attuazione al 31/12/2018:

Dal sistema informativo regionale dei Consultori, risulta che nel corso del 2018 nei CCFF di ASUITS sono stati aperti 402 episodi di cura nell'area delle "problematiche menopausa/climaterio" Questo dato si riferisce a situazioni in cui la richiesta di intervento da parte dell'utente è stata esplicitata in questo senso e ha avuto carattere prevalente. In dettaglio in quest'area sono state fatte 502 visite, analisi, procedure cliniche o controlli; 266 relazioni, prescrizioni, certificazioni; 98 colloqui, consulenze, valutazioni; 93 attività di informazione/prevenzione. Inoltre i CCFF di ASUITS, a scopo preventivo, offrono a tutte le donne fino ai 65 anni la possibilità di sottoporsi a vista ginecologica e senologica gratuita una volta all'anno e nel corso di questa attività, registrata nell'area prevenzione, possono essere affrontate anche problematiche relative menopausa, nonché promuovere l'adesione agli screening oncologici organizzati a livello regionale (cervice uterina, mammella, colon). Su richiesta della persona o su invio della ginecologa che ne rilevi l'opportunità, vengono offerti percorsi di sostegno o consulenze sia psicologiche che sociali. Le donne nella fascia d'età tra i 52 e i 65 anni che hanno avuto almeno un intervento nel 2018 sono state 628.

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

3.5.9. Superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari	L'ASUITS promuove un evento formativo, in partnership con il Coordinamento nazionale REMS, in cui si presenta la situazione attuale delle REMS affrontando gli aspetti relativi ai percorsi clinico – assistenziali ed ai profili di cura che i DSM sono capaci di esprimere per le persone accolte nelle REMS. Il personale del gruppo REMS è impiegato nei servizi di

	salute mentale territoriali dell'ASUI di Trieste, in maniera flessibile, qualora la funzione REMS non sia attiva, nella presa in carico di persone a rischio di esclusione, deriva sociale o con percorsi giudiziari già attivi.
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Nell'ambito del convegno "Democrazia e salute mentale di comunità" tenutosi a Trieste il 21 – 23 giugno 2018 si è tenuto un workshop dedicato alla questione REMS/carcere in collaborazione con il Coordinamento nazionale REMS.</p> <p>Il personale incardinato nella REMS di Aurisina ha operato, fino al 20 marzo 2018, nei servizi di salute mentale territoriali per la presa in carico di persone a rischio di esclusione, deriva sociale o con percorsi giudiziari già attivi. La funzione REMS è stata attivata dal 21 marzo 2018 per l'esecuzione delle misure di sicurezza relative a 3 pazienti in trattamento presso i DSM del FVG per complessive 502 giornate di presenza.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.5.10. Dipendenze	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
1. Collaborazione con l'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze.	1.1 Partecipazione dei referenti del gruppo tecnico operativo ad almeno il 70% delle riunioni indette dall'Osservatorio sulle Dipendenze. 1.2 Invio e validazione dei dati per i flussi informativi regionali raccolti dall'osservatorio. 1.3 Rendicontazione delle azioni previste dal Piano operativo GAP 2017.
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Gli incontri del gruppo tecnico si sono tenuti a Palmanova nelle seguenti giornate</p> <ul style="list-style-type: none"> • 23 gennaio, 20/2, 20/3, 17/4, 2 e 22/5, 1/6, 21/9, 22/10, 23/11 e il direttore del DDD ha partecipato al 100% di essi. <p>Il DDD ha inviato i report periodici relativi ai flussi informativi obbligatori SIND previsti ex lege, sia sui dati di utenza che sui dati di attività secondo le tempistiche regionali. Assicurata la rendicontazione delle azioni previste dal Piano Operativo GAP.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
2. Partecipazione al tavolo tecnico di confronto regionale con il terzo settore sui trattamenti alcologici.	2. Partecipazione dei referenti Aziendali dei trattamenti alcologici ad almeno il 70% delle riunioni indette.
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Gli incontri del tavolo tecnico sulla rete alcologica con il terzo settore si sono tenuti nelle seguenti giornate:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 30/1, 27/2, 27/3, 29/5, 9/10, 20/11 e la presenza del DDD è stata garantita per il 100% 	
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.	3.1 Partecipazione alla realizzazione di una formazione a valenza regionale sulle misure alternative e messe alla prova. 3.2. Aumento delle misure alternative e messe alla prova
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>E' stato realizzato il seguente evento formativo: "Workshop Misure alternative alla detenzione", organizzato dalla Regione FVG (Udine, 11 dicembre 2018), a cui hanno partecipato operatori dei diversi profili professionali del DDD, coinvolti nei percorsi specifici.</p> <p>Nel 2018 sono state 109 le persone che hanno usufruito di programmi di cura in misura alternativa alla detenzione, mentre nel 2017 sono state 75.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
4. Partecipazione ai tavoli di monitoraggio sugli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale.	4. Report con l'esito di almeno 3 indicatori di outcome relativi agli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale.
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Il report è stato redatto a partire dal monitoraggio di 3 indicatori tra quelli previsti dal tavolo tecnico regionale, e precisamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • numero di Borse di Formazione Lavoro che sono state rinnovate, con specificazione del rationale; • numero di Borse di Formazione Lavoro che sono state interrotte per "abbandono" - drop out; • numero di Borse di Formazione Lavoro concluse in seguito al raggiungimento degli obiettivi previsti. <p>Il report è stato inviato alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
5. Monitoraggio degli esiti dei trattamenti in capo al SSR per rispondere alle problematiche relative alla dipendenza.	5. Report con l'esito di almeno 3 indicatori di outcome relativi all'esito dei trattamenti in capo al SSR per rispondere alle problematiche relative alla dipendenza.
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Il report è stato inviato al referente della Direzione centrale salute della Regione con gli indicatori di outcome concordati:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. follow-up dei soggetti tabagisti a 6 mesi dal trattamento: su un totale di 63 soggetti, si sono presentati 59 soggetti alla visita di follow up, di cui 47 sono risultati astinenti; 2. monitoraggio dei drop out: sostanze illegali 70 soggetti, alcol 73 soggetti, tabacco 62 soggetti, GAP 17 soggetti; 3. monitoraggio decessi per suicidio o overdose: 2 decessi per overdose e 1 suicidio. 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.6. PROGETTI CLINICO ASSISTENZIALI

3.6.1. Insufficienze d'organo e trapianti			
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:		
Cuore			
Cuore	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avvio dei lavori della rete con formalizzazione di almeno 1 percorso assistenziale che definisca anche specifici indicatori di esito. 2. Utilizzo presso il Centro trapianti di almeno l'85% degli organi prelevati in regione (diretti o in scambio con altre regioni). 3. ASUITS si impegnerà per la riduzione del tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti di 50-74 anni, portandolo sotto il valore di 200 (valore medio regionale 2016 di 208,20 – fonte Bersaglio), tenendo conto che il dato attuale è di 226,14 (dato regionale ottobre 2017). Va però detto che, da una recente analisi specifica condotta emerge che gli under 75enni con diagnosi di scompenso risultano per lo più essere ricoverati in Cardiologia e oggetto di pratiche interventistiche, quindi il dato sembra difficilmente comprimibile. Più realistico sembra invece l'intervento sugli ultra 75enni che vengono ospedalizzati nei reparti di medicina per lo più per procedure assistenziali diagnostiche. 		
Attuazione al 31/12/2018:			
1.			
Tutti i tavoli tecnici relativi alla formalizzazione dei percorsi sullo Scompenso Cardiaco Acuto, ECLS-ECMO, VAD e trapianto di cuore sono stati attivati e stanno elaborando i relativi documenti ed indicatori.			
C11A.1.1 ("scompenso")	2016	2017	2018
Target 200 x 100mila ab.			
NUMERATORE	190	201	171
DENOMINATORE	81.674	82.005	82.447
TASSO	232,63	245,11	207,41
Motivazioni sullo scostamento dal risultato atteso:			
Dal PAL 2019 di ASUITS: <i>“Considerando che la codifica SDO può essere considerata sommariamente attendibile, il percorso del pz a rischio di ospedalizzazione per scompenso è maggiormente influenzabile dalle strutture distrettuali e specialistiche cardiologiche (per quanto riguarda ASUITS è stato influenzato favorevolmente anche dalla struttura territoriale medico-infermieristica del Centro Cardiovascolare). ASUITS si impegna quindi a</i>			

proseguire in questa attività mantenendo sotto controllo il dato, anche considerando i ricoveri ripetuti e l'appartenenza distrettuale nonché la fascia d'età. Si sa infatti che i pazienti più anziani afferiscono di solito alle Strutture Ospedaliere di Medicina per attività diagnostiche e di inquadramento terapeutico e su questa tipologia di ricoveri si possono costruire percorsi alternativi (mentre i più giovani sono ricoverati in Cardiologia per procedure, dato verosimilmente non comprimibile)"

Valutazione Direzione Centrale Salute	<p>1. OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</p> <p>I REFERENTI AZIENDALI HANNO PARTECIPATO ALLE ATTIVITÀ AVVIATE. IL PERCORSO ASSISTENZIALE REGIONALE SUL TRAPIANTO CARDIACO È IN FASE DI FORMALIZZAZIONE NEL CORSO DEL 2019</p> <p>2. OBIETTIVO STRALCIATO</p> <p>3. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</p>
--	---

Fegato	
Fegato	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formalizzazione di almeno 1 percorso assistenziale a valenza regionale. 2. Potenziamento del programma Trapianti di Fegato con: 3. Iscrizione in lista trapianto, presso il centro trapianti dell'ASUIUD, di almeno 40 pazienti nell'anno 2018 equamente distribuiti fra le AAS/ASUI in base alla popolazione residente (ASUITS 8, AAS2 8, AAS3 6, ASUIUD 8, AAS5 10). 4. Mantenimento e possibilmente ampliamento dei volumi di presentazione per potenziale inserimento in lista trapianto da parte del Centro Patologie del Fegato di ASUITS

Attuazione al 31/12/2018:

Tutti i pazienti con potenziale inserimento sono nella lista trapianti (10 nel 2018)

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

Pancreas	
Pancreas	Riduzione del tasso di amputazioni maggiori per diabete portandolo per tutte le AAS/ASUI al di sotto di 28 casi per milione di residenti (valore medio regionale 2016 di 30,19x milione – fonte Bersaglio)

Attuazione al 31/12/2018:

Anno intero ricoveri Amputazioni Maggiori per diabete	2015	2016	2017	2018
Distretto 1	2	2	2	2
Distretto 2	2	0	1	1
Distretto 3	2	3	3	2
Distretto 4	0	3	6	0

ASUITS	6	6	12	5
DENOMINATORE	236.186	234.955	234.746	234.691
TASSO			34,00	32,65

Motivazioni sullo scostamento dal risultato atteso:

Il risultato atteso è di difficile realizzazione ed era prevedibile e dichiarato il suo non raggiungimento nei tempi previsti.

Come segnalato più volte la tipologia dell'indicatore calcolato su tre annualità rende di fatto impossibile l'inversione di tendenza con un buon dato solo nel 2018, visto il risultato 2017. E' stato avviato un percorso di analisi delle situazioni cliniche note a partire dai dati amministrativi con i diabetologi.

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

Polmone

Polmone

1. Per quanto attiene alla riduzione del tasso di ospedalizzazione per BPCO portandolo per tutte le AAS/ASUI al di sotto del 52 per 100.000 residenti di 50-74 anni (valore medio regionale 2016 del 54,25 per 100.000 residenti – fonte Bersaglio)
2. Formazione di 3 infermieri per ogni distretto sanitario per la gestione integrata con le Pneumologie di riferimento dell'ossigenoterapia domiciliare;
3. Formazione di 2 fisioterapisti per distretto, da parte delle Pneumologie di riferimento, finalizzata alla riabilitazione respiratoria ambulatoriale e domiciliare;
4. Definizione, in collaborazione tra Distretti, MMG e Medicina e Pneumologia Ospedaliera di un percorso specifico per i pazienti con BPCO a rischio riacutizzazione e per le problematiche respiratorie da seguire a livello territoriale.

Attuazione al 31/12/2018:

C11A.3.1 ("BPCO")	2016	2017	2018
NUMERATORE	42	87	77
DENOMINATORE	81.674	82.005	82.447
TASSO	51,42	106,09	93,39

Motivazioni sullo scostamento dal risultato atteso:

Dal PAL 2019 di ASUITS: "Questa rilevazione risente in maniera pesante della codifica delle SDO da parte dei reparti di Medicina Ospedaliera e ciò spiega le fluttuazioni del dato certamente non di origine epidemiologica né

derivante da scostamenti improvvisi dell'assistenza territoriale. ASUITS si impegna, per il 2019 a ricercare la massima precisione nella compilazione della documentazione. Va aggiunto che, per inquadrare correttamente il fenomeno, è stato impostato un interessante lavoro con i MMG e le loro articolazioni (AFT). Si fa notare in ogni caso che i numeri esaminati sono molto bassi e che una minima variazione dei ricoveri altera di molto il tasso".

E' in corso la progettazione di una organizzazione territoriale per le problematiche pneumologiche con bacino d'utenza la futura ASUGI

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

Rene

Dialisi peritoneale	1. Potenziamento della dialisi peritoneale, dei trapianti e dell'emodialisi domiciliare con l'obiettivo di ridurre i pazienti in emodialisi presso i centri dialisi al di sotto del 50% del totale (trapiantati + emodializzati + in dialisi peritoneale) (valore regionale 2016 55,71%).
---------------------	---

Attuazione al 31/12/2018:

160 pazienti in emodialisi

130 pazienti trapiantati

47 pazienti peritoneali

pazienti in emodialisi / (trapiantati + peritoneale) %= 47.5%

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

Trapianti rene	<p>1. Potenziamento del programma Trapianti di rene con:</p> <p>a. evidenza della presenza dei dati a sistema (G2) propedeutici al monitoraggio dei tempi di iscrizione in lista di trapianto in accordo con quanto definito nel PDTA trapianto di rene ASUITS sta utilizzando da dicembre le "prestazioni" inserite da INSIEL per consentire la registrazione dei tempi della immissione in lista in lista di trapianto (T0 in primis).</p> <p>b. riduzione dei Tempi di iscrizione in lista trapianto (differenza tra inserimento in donor manager T3 e raccolta del consenso all'avvio dell'iter per l'inserimento in lista T0 < 6 mesi almeno nel 75% dei casi che hanno dato il consenso) Finora i tempi di immissione in lista sono sempre stati contenuti. Lo sforzo maggiore è quello di mantenere una lista di pazienti in attesa di trapianto il più possibile "folta" nonostante la elevata attività di trapianto.</p> <p>2. Per il 2018 si possono prevedere 3 trapianti da donatore vivente</p>
----------------	---

Attuazione al 31/12/2018: Risultati raggiunti	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO MANCA EVIDENZA DEI DATI A SISTEMA SCHEDA G2
Tessuti oculari	
Tessuti oculari	<ol style="list-style-type: none"> 1. Potenziamento del programma di donazione cornee (+ 10% delle donazioni del 2017). 2. Aumento del numero di trapianti di cornea ad almeno 110 in Regione per il 2018 (dato 2016 = 96)
Attuazione al 31/12/2018: ASUITS partecipa al programma regionale	
Valutazione Direzione Centrale Salute	1. OBIETTIVO RAGGIUNTO 2. OBIETTIVO RAGGIUNTO
Donazione d'organi e altri tessuti	
Donazione d'organi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formalizzazione del protocollo per prelievo d'organi da paziente con accertamento del decesso con criteri cardiologici, attraverso l'attuazione d'incontri periodici con il Centro Regionale Trapianti (CRT) finalizzati a garantire la piena operatività dell'equipe medico-infermieristica multidisciplinare basata su figure professionali coinvolte nell'Area Critica (rianimatori, cardiologi, cardiocirurghi, medici sistema 118, Pronto Soccorso e Sale Operatorie).
Attuazione al 31/12/2018: Il protocollo è stato realizzato	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Donazione tessuti	<ol style="list-style-type: none"> 2. Formalizzazione del protocollo per la donazione multi-tessuto. Attraverso l'esperienza maturata nella gestione di precedenti prelievi di tessuto in accordo con il Centro Regionale Trapianti (CRT), si provvederà alla stesura di un protocollo ASUITS per la donazione multi-tessuto che vedrà coinvolte le figure professionali medico-infermieristiche impegnate in tale processo (rianimatori, medici sistema 118, chirurghi, sale operatorie, Banca dei Tessuti).
Attuazione al 31/12/2018: Il protocollo è stato realizzato	

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

3.6.2. Emergenza urgenza	
Obiettivo	Risultato atteso:
Ictus	
Ictus	<p>1. Ictus- Aumento dell'attività di Trombolisi endovenosa: il target richiesto 2017 per ASUITS è di 100 interventi e le proiezioni regionali stimano per ASUITS l'effettuazione di 151 procedure nel 2017. L'impegno per il 2018 è di mantenere l'attività su questi livelli. Inoltre nel 2018 saranno effettuate almeno 15 trombectomie.</p> <p>2. Misurazione dei tempi intercorrenti fra <i>triage in pronto soccorso, allertamento-TAC e TAC-trombolisi venosa</i> (implementazione dei campi informatici necessari a elaborare i dati specifici. ASUITS ha una performance leggermente superiore al target e si impegna a raggiungerlo nel corso del 2018.</p> <p>3. Presenza nella documentazione clinica della scala Barthel Index e della Rankin Scale modificata, compilata all'ingresso e all'uscita di ogni setting assistenziale (almeno l'85% degli episodi di ricovero con DRG 14 o codici ICD-9-CM relativa a: 430.x, 431.x, 432.x, 433.x1, 434.x1, 436.x, 437.3, 438.x, 784.3 (afasia) - periodo di misurazione tutto l'anno 2017). ASUITS effettua correttamente la registrazione in entrambe le scale anche se non ancora con strumento informatico dedicato.</p> <p>4. Comunicazione alla cittadinanza: produzione di un opuscolo/volantino da mettere a disposizione nelle sale d'attesa dei MMG e degli ambulatori specialistici per informare la popolazione sui segni/sintomi da non sottovalutare per anticipare la chiamata di soccorso e rendere tempestivi gli interventi terapeutici in caso di ictus.</p>
Monitoraggio dell'attività al 31.08.2018:	
Il risultato atteso è in fase di realizzazione ed è prevedibile il suo raggiungimento nei tempi previsti	
Attuazione al 31/12/2018:	
Ictus: ASUITS ha eseguito 170 trombolisi + 37 trombectomie raggiungendo e superando obiettivo	
I tempi tra triage e Tac e TAC- trombolisi sono arrivati a una media di 60 minuti riducendo di molto i tempi grazie al progetto in corso	

Barthel e Rankin sono misurate da noi sempre e in tutte le cartelle (>85%)

ASUITS ha programmato più eventi alla popolazione sia a Trieste Next sia con l' Associazione Pazienti e prodotto numerosi articoli di giornale

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Pronto soccorso ed urgenza emergenza	
Pronto soccorso ed urgenza emergenza	<p>1. Aumentare la percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde, ad almeno l'80% (spoke) o 65% (hub) (media regionale 2016 del 64,06% - fonte Bersaglio)</p> <p>2. Aumentare la percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore, portandola a valori superiori all'85% (spoke) e 75% (hub) (media regionale 2016 del 76,82% - fonte Bersaglio)</p> <p>Il Pronto Soccorso è oggetto di forte rivisitazione nelle sue procedure (percorsi brevi, ruolo del triage, riduzione delle consulenze, eccetera) e, assieme ai Distretti, sta procedendo a contatti operativi con le strutture di residenzialità per evitare accessi inutili che ovviamente hanno forte impatto sui tempi di attesa dei codici bassi. ASUITS quindi è prioritariamente impegnata sulla questione non sottovalutandone l'importanza.</p> <p>3. Revisione e confronto interaziendali della gestione clinica per 5 eventi patologici acuti frequenti.</p>

Attuazione al 31/12/2018:

Codici verdi visitati entro 1 ora									
	2017			2018			Diff. 17/18		
	tot	entro 1 ora	%	tot	entro 1 ora	%	tot	entro 1 ora	%
PS CATTINARA	24.642	8.050	32,67%	24.642	8.050	32,67%	24.642	8.050	32,67%
PS MAGGIORE	8.748	4.277	48,89%	8.748	4.277	48,89%	8.748	4.277	48,89%
ASUITS	33.390	12.327	36,92%	33.390	12.327	36,92%	33.390	12.327	36,92%

Codici verdi permanenza entro 4 ore									
	2017			2018			Diff. 17/18		
	tot	entro 4 ore	%	tot	entro 4 ore	%	tot	entro 4 ore	%
PS CATTINARA	18.491	6.710	36,29%	18.491	6.710	36,29%	18.491	6.710	36,29%

PS MAGGIORE	8.007	4.772	59,60%	8.007	4.772	59,60%	8.007	4.772	59,60%
ASUITS	26.498	11.482	43,33%	26.498	11.482	43,33%	26.498	11.482	43,33%

Motivazioni sullo scostamento dal risultato atteso:

Si è preferito, nel corso del 2018 dare la priorità alla riduzione della percentuale dei ricoverati sul totale degli accessi, vista la necessità di ridurre le ospedalizzazioni, in particolare per i ricoveri con DRG medico delle persone anziane. Questo risultato, come si evince dai dati in premessa, è stato raggiunto, ma ha richiesto un maggior impegno da parte della Struttura di Pronto Soccorso che si è anche tradotto nella difficoltà ad abbreviare i tempi, vista la costanza del numero di accessi.

Valutazione Direzione Centrale Salute

- 1. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO**
- 2. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO**
- 3. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO**

Emergenze cardiologiche

Emergenze cardiologiche

1. Avvio dei lavori della rete con formalizzazione di almeno 1 percorso assistenziale che definisca anche specifici indicatori di esito.
2. Misurazione del tempo intercorrente fra l'effettuazione dell'ECG sul territorio e l'inizio della procedura in emodinamica (implementazione dei campi informatici necessari a elaborare i dati specifici).
3. Comunicazione alla cittadinanza: produzione di un opuscolo/volantino da mettere a disposizione nelle sale d'attesa dei MMG e degli ambulatori specialistici per informare la popolazione sui segni/sintomi da non sottovalutare per anticipare la chiamata di soccorso e rendere tempestivi gli interventi terapeutici in caso di infarto. ASUITS si propone altresì di organizzare un ciclo di eventi educazionali nelle scuole di II e III grado finalizzato all'educazione di comunità alla rianimazione cardiopolmonare nell'arresto cardiaco.

Attuazione al 31/12/2018:

Due percorsi clinico-assistenziali relativi a NSTEMI e STEMI sono stati definiti e sono già in fase di applicazione. Sono consultabili dal link alla pagina del sito FVG dedicata alla RETE per le Malattie Cardiache

E' ormai prassi consolidata di ASUITS il monitoraggio analitico delle tempistiche nell'urgenza che richiede procedure emodinamiche. Tutti i campi informatici necessari per l'elaborazione di dati specifici sono stati implementati e correttamente compilati.

Il materiale informativo educazionale è stato prodotto e presentato all'iniziativa NEXT.

L'organizzazione della presenza didattica nelle scuole è stata realizzata nel 2018 attraverso 11 eventi presso 3

istituti di scuole medie superiori, istituti universitari ed iniziative di educazione di comunità.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Trauma

Monitoraggio dell'attività al 31.08.2018:

Il risultato atteso è in fase di parziale realizzazione ed è prevedibile il suo parziale raggiungimento nei tempi previsti

Attuazione al 31/12/2018:

Fratture di femore ultra65enni 2017				2018		
	operate entro 2gg	totale	%	operate entro 2gg	totale	%
ASUITS	376	506	74,31%	342	431	79,35%

Anno di dimissione	Degenza pre-operatoria	Numero dimissioni	INDICATORE C5.18.1 ASUITS
2017	801	334	2,398
2018	793	318	2,494

Motivazioni sullo scostamento dal risultato atteso:

Considerando che sull'indicatore criterio Bersaglio C5.18.2 ASUITS presenta una buona performance sotto la media regionale, il non raggiungimento del target da parte di ASUITS (al pari di ASUIUD) per quanto riguarda il criterio Bersaglio C5.18.1 è dovuto alla disponibilità di tempo operatorio vista la priorità data alle fratture di femore.

Valutazione Direzione Centrale Salute

1. OBIETTIVO RAGGIUNTO

FRATTURE DI FEMORE

2. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

C5.18.1

3. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

C5.18.2

3.6.3. Reti di patologia

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Malattie rare	
Malattie rare	<p>1. Produrre entro il 31 dicembre 2018 almeno 1 percorso assistenziale, oltre a quello previsto per il 2017;</p> <p>2. Alimentare il registro regionale di cui al DM 279/2001 (aggiornamento dati del registro con</p>

	inserimento del 100% dei casi in prevalenza al 30 novembre 2018 e pulizia dei casi che sono usciti dal sistema)
Attuazione al 31/12/2018:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Prodotto il PDTA per fibrosi polmonare idiopatica 2. I pazienti con malattie rare sono stati tutti inseriti nel 2018 nel registro regionale. Si sta procedendo a completare la verifica della pulizia dei dati. 	
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; 2. Evidenza, nel sito aziendale di ASUITS dei medici reumatologi; 3. Elaborazione dei percorsi assistenziali per l'artrite psoriasica e per l'artrite reumatoide. 4. Imputazione su apposita scheda "G" clinico delle informazioni richieste all'atto della prescrizione dei farmaci biologici, secondo le indicazioni fornite dalla DCS
Attuazione al 31/12/2018:	
Obiettivi raggiunti	
Valutazione Direzione Centrale Salute	1. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO NON CI SONO INDICAZIONI O DATI DI MONITORAGGIO 2. OBIETTIVO RAGGIUNTO 3. OBIETTIVO RAGGIUNTO 4. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
Insufficienza cardiaca cronica	
Insufficienza cardiaca cronica	- avvio dei lavori della rete con formalizzazione di almeno 1 percorso assistenziale che definisca anche specifici indicatori di esito.
Attuazione al 31/12/2018:	
Per quanto riguarda i percorsi sulla cronicità si sono svolti nel 2018 numerosi incontri del Gruppo di Lavoro di rete per l'aggiornamento e valutazione dell'applicazione del PDTA Scompensazione Cardiaca	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
	I PROFESSIONISTI HANNO PARTECIPATO AI LAVORI DELLA RETE, MA IL DOCUMENTO NON È STATO FORMALIZZATO

3.6.4. Materno-infantile e percorso nascita	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Materno-infantile e percorso nascita	ASUITS garantirà la partecipazione del suo referente ai tavoli regionali coordinati da IRCCS Burlo Garofolo per la riorganizzazione della rete pediatrica regionale e sarà garantita l'implementazione del percorso della gravidanza fisiologica con la responsabilizzazione delle ostetriche.
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Il Comitato Regionale Percorso Nascita è stato deliberato nuovamente n. 249/SPS del 05.02.2018. La referente ASUITS, dott.ssa M. Vittoria Sola (SCBADO distretto 3), ha partecipato a tutte le riunioni del CRPN convocate nel corso del 2018.</p> <p>Nelle more dell'applicazione della delibera regionale n. 723 del 21/3/2018 "Percorso nascita in Friuli Venezia Giulia. Progetto gravidanza a basso rischio a gestione ostetrica" ASUITS ha predisposto le seguenti azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • formazione specifica ASUITS sulla gestione delle gravidanze a basso rischio; • prosecuzione dei tavoli interistituzionali (ASUITS- IRCCS Burlo Garofolo) relativi alla continuità assistenziale ospedale territorio per le donne con gravidanza a basso rischio e con gravidanza a rischio psicosociale e sanitario (stesura definitiva il protocollo GAR alla firma); • identificazione e comunicazione alla DCS dei nominativi delle ostetriche dei Consultori Familiari distrettuali che attueranno la presa in carico della donne in gravidanza a basso rischio. • Prosecuzione della attività relative all'applicazione degli standard Unicef (7 Passi) per la Comunità Amica dei Bambini per l'allattamento in vista della rivalutazione: autovalutazione e costruzione del Piano d'Azione; Politica Aziendale decretata; • Prosecuzione delle attività del Gruppo ASUITS Burlo sull'allattamento e FSC condivisa; • Partecipazione al Tavolo Regionale Allattamento (PRP 2014- 2018 prorogato al 2019). <p>La Rete Pediatrica Regionale è stata costituita con Delibera Regionale n. 728/SPS del 16/5/2018. La referente ASUITS, dott.ssa M. Vittoria Sola (SCBADO distretto 3), ha partecipato a tutte le riunioni della rete regionale convocate per il 2018.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.6.5 Sangue ed emocomponenti	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Sangue ed emocomponenti	<ul style="list-style-type: none"> - autosufficienza per le donazioni di sangue, con l'obiettivo di raggiungere almeno valori medi ottenuti negli anni 2016-2017, come stabilito dal documento di programmazione regionale concordato con il Coordinatore Regionale Sangue e redatto secondo le Linee di gestione 2018 - raccolta di plasma, aderiremo all'accordo di

	<p>programmazione del Coordinatore Regionale Sangue che prevede la raccolta di plasma di almeno 26500 kg. Il DIMT contribuirà alla raccolta con una quota del 25%</p> <ul style="list-style-type: none"> - promuovere nell'ambito dei COBUS, il monitoraggio dell'appropriatezza delle richieste trasfusionali con valutazione finale dei risultati e relative azioni correttive entro dicembre 2018. - Continueremo a promuovere (come facciamo già da diversi anni) l'adozione diffusa (anche presso l'IRCCS Burlo Garofolo e Gorizia e Monfalcone) delle richieste via web al fine di migliorare la sicurezza della trasfusione.
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Complessivamente, i dati di raccolta sangue, plasma e piastrine relativi al 2018 sono stati superiori del 1,5% rispetto al 2017 (allegato 4). - Nel 2018, abbiamo raccolto 6633,2kg di plasma pari al 25% dei previsti 26500kg. Poiché la raccolta effettiva è stata 28379 kg, la percentuale del nostro plasma è stato pari al 23,4% (allegato 5). - In tutti i 6 incontri dei COBUS svolti nel 2018 (2 in ASUITS, 2 in AAS. 2-Gorizia e Monfalcone, e 2 al Burlo), sono stati presentati i dati di completezza e appropriatezza delle richieste trasfusionali. Presso l'Ospedale Maggiore, l'Ospedale di Cattinara e l'IRCCS Burlo Garofolo, l'appropriatezza è superiore al 99%, mentre a Gorizia e Monfalcone, la percentuale è lievemente inferiore (98,5%). Visti gli ottimi risultati, non sono state necessarie azioni correttive. - La necessità di adottare la modalità informatizzata di richieste trasfusionale è stata ribadita in tutti gli incontri del COBUS nel 2018. I dati sulla percentuale di richieste informatizzate sono i seguenti: Ospedale Maggiore 93%, Ospedale di Cattinara 80,1%, Burlo 34,6% mentre nelle sedi Isontine, la richiesta informatizzata non è ancora stata implementata. 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.6.6 Erogazione dei livelli di assistenza			
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:		
Tasso di ospedalizzazione	- Il vincolo del tasso di ospedalizzazione di ogni Azienda è fissato al 122,5 per		
Attuazione al 31/12/2018:			
Tasso di ospedalizzazione - Ultimo periodo disponibile luglio 2018. Target: 122,5 ‰			
	2016	2017	2018
ASUITS	134,17	134,07	130,48
Motivazioni sullo scostamento dal risultato atteso:			
Si nota come il tasso di ospedalizzazione sia sceso dal 2017 al 2018 in maniera importante. Come sempre detto Trieste sconta non solo la composizione della popolazione, ma anche i fenomeni di disagio sociale, le			

aree di povertà, il fatto che molti anziani vivono da soli e la considerazione che nelle grandi città in ogni caso l'ospedale vicino costituisce momento di attrazione. Per questi motivi, come già segnalato sia nel corso degli incontri di negoziazione in DCS sia per iscritto nel PAL ASUITS 2018, il dato (seppur ottimo considerando la discesa dell'ultimo decennio) non può essere paragonato a quello degli altri territori regionali e il target del 122,5 ‰ non appare realistico né probabilmente corretto, pur a fronte di una ben articolata organizzazione territoriale.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
Ricoveri Day hospital per acuti con finalità diagnostica	Riduzione del numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica, ricorrendo anche ad un maggiore utilizzo del day service, portando la percentuale al di sotto del 28% per gli adulti e del 42% per i pediatrici (valore medio regionale del 2016 di 32,88% per gli adulti e 50,02% per i pediatrici - fonte Bersaglio) – obiettivo valido sia per l'età adulta che pediatrica.

Attuazione al 31/12/2018:

DH medici diagnostici	2017			2018		
	totale	Diagnostici	%	totale	Diagnostici	%
P.O. CATTINARA E MAGGIORE TS	1.492	536	35,92%	1.589	455	28,63%

Motivazioni sullo scostamento dal risultato atteso:

Si segnala un netto miglioramento nella percentuale dei Day Hospital medici a fini diagnostici. Questo dato, non ancora in linea con gli standard regionali, risente della mancata attivazione dei pacchetti di prestazioni ambulatoriali.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
Ricoveri medici oltre soglia per pazienti ≥ 65 anni	Riduzione della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti ≥ 65 anni portandola al di sotto del 4% (valore medio regionale 2016 di 4,78% - fonte Bersaglio)

Attuazione al 31/12/2018:

RICOVERI OLTRE SOGLIA	2017			2018		
	Ric. medici	OLTRE	%	Ric. medici	OLTRE	%
ASUITS - CATTINARA E MAGGIORE	11.638	619	5,32%	10.319	531	5,15%

Motivazioni sullo scostamento dal risultato atteso:

Il dato non in linea con il target è spiegato dalla importante percentuale di grandi anziani che vivono da soli e spesso in assenza di una rete di protezione sociale per cui la dimissione appare difficile anche con una tempestiva presa in carico da parte dei servizi distrettuali.

Fuga extra - regionale	ASUITS si impegnerà nel recupero di almeno il 25% della fuga extra-regionale di ricovero e di specialistica ambulatoriale rispetto ai dati 2015 e
------------------------	---

	metterà in essere attività di implementazione dell'attrazione, attualmente al 3,60 % dei dimessi totali provenienti da fuori regione e al 10,34% intraFVG.
Attuazione al 31/12/2018: Il risultato potrà essere monitorato appena si avranno a disposizione i dati 2018	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
Controlli appropriatezza	ASUITS proseguirà ad effettuare i controlli di appropriatezza delle prestazioni effettuate dagli erogatori pubblici e privati, secondo il piano dei controlli programmato dallo specifico gruppo di coordinamento regionale.
Attuazione al 31/12/2018: Nel 2018 i controlli sulle prestazioni erogate dal privato accreditato si sono regolarmente eseguiti come definito dal Piano Regionale in materia	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Indicatori	L'azienda deve garantire il raggiungimento degli standard obiettivo di cui all'allegato B da DGR 185/2018 di approvazione definitiva delle Linee annuali per la Gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2018.
Attuazione al 31/12/2018: V. allegato B	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

3.6.7. Rete Cure Sicure FVG	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Rete Cure sicure FVG	ASUITS si impegna a perseguire le linee di attività definite dal Tavolo tecnico regionale dei risk manager aziendali attraverso un piano di attività coerente con le indicazioni in tema di rischio clinico, garantendo il monitoraggio degli indicatori concordati a livello regionale.
Attuazione al 31/12/2018: Obiettivo perseguito correttamente, garantito il monitoraggio	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Strutturazione Rete Cure Sicure	- completamento della formazione dei link professionali;

	<ul style="list-style-type: none"> - valutazione semestrale, tramite indicatori clinici - pubblicazione delle informazioni, relativamente alla relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto; pubblicazione nel sito internet aziendale dei dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (verificati nell'ambito dell'esercizio della funzione di monitoraggio, gestione e prevenzione del rischio sanitario); - prosecuzione delle linee di lavoro per garantire la sicurezza ed appropriatezza nell'uso del farmaco: - prosecuzione delle attività atte al controllo e prevenzione delle infezioni e progetto regionale di antimicrobial stewardship: - diffusione dei dati sullo stato nutrizionale emersi dalla survey 2017 e implementazione di strategie condivise sulla nutrizione e sull'idratazione dei pazienti; - effettuazione dell'autovalutazione CARMINA e miglioramento di un'area attraverso l'implementazione di un almeno uno standard minimo; - prosecuzione delle attività di empowerment dei pazienti sulle tematiche del rischio mediante la valutazione dell'utilizzo del modulo di "integrazione della lettera di dimissione" e avvio di azioni di miglioramento. - Consumo di guanti chirurgici e NON chirurgici in lattice: raggiungere un rapporto dei guanti NON chirurgici lattice/nitrile o vinile inferiore al 15%. Per quanto riguarda i guanti chirurgici per l'anno 2018 il rapporto lattice/latex-free dovrà essere al massimo del 30%.
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tutte le attività previste dal tavolo dei risk manager della rete cure sicure sono state effettuate con la tempistica concordata negli incontri regionali (di media con cadenza mensile) 	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</p> <p>NON È STATA RENDICONTATA L'ATTIVITÀ AL 31.12 DI "VALUTAZIONE DELL'UTILIZZO DEL MODULO DI INTEGRAZIONE DELLA LETTERA DI DIMISSIONE E AVVIO AZIONI DI MIGLIORAMENTO" E "CONSUMO DI GUANTI CHIRURGICI E NON CHIRURGICI IN LATTICE"</p>

3.6.8. Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
rete HPH	ASUITS individuerà un Coordinatore locale HPH, che farà anche parte del Comitato HPH regionale (entro febbraio) e attiverà il Comitato guida aziendale (entro novembre).
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Individuato il coordinatore locale dell'A.S.U.I. di Trieste per la rete HPH con decreto n. 156 dd. 28.2.2018 (dott.ssa Roberta Fedele, assistente sanitaria, titolare della funzione di coordinamento dei progetti di promozione della salute, in forza alla Direzione del Dipartimento di Prevenzione).</p> <p>Partecipato alle riunioni del comitato HPH regionale in qualità di componente locale (due incontri: 18.04.18 - 16.10.18)</p> <p>Costituito il Comitato di Coordinamento Health Promoting Hospitals & Health Services (HPH) Aziendale con decreto n. 1020 dd.20.12.2018 (individuati 20 componenti afferenti alle diverse strutture aziendali)</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.7. RAPPORTO CON I CITTADINI

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

	libera professione intra-moenia ai medici delle strutture che non hanno reso disponibili a CUP regionale tutte le agende di prenotazione delle visite/prestazioni 8. partecipazione ai monitoraggi ministeriali
Attuazione al 31/12/2018:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. ASUITS risulta la miglior azienda regionale con l'88% dei tempi rispettati nelle B e l'86% nelle D 2. ASUITS verifica costantemente la correttezza di questo rapporto 3. Le modalità di utilizzo, i risultati ottenuti e finanziamento attribuito nell'indistinto procapite sono stati oggetto di comunicazione alla Direzione Centrale Salute 4. Evidenza di report regionale 5. Le agende delle prestazioni ambulatoriali sono informatizzate e rese disponibili a sistema CUP regionale 6. ASUITS monitorizza i tempi di attesa attraverso il controllo delle liste operatorie che sono visibili in G2 e controllate costantemente nonché dall'analisi delle SDO. In particolare sono osservati i casi di natura oncologica. 7. 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. E' 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 è 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. 8. I monitoraggi sono stati effettuati secondo le tempistiche previste 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

3.7.2. Innovazione nella gestione delle terapie	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Nuovi anticoagulanti orali	- L'obiettivo si intende raggiunto se i controlli ambulatoriali per INR sui residenti dell'AAS/ASUI si riducono del 50% sul dato 2016; l'obiettivo non è raggiunto per riduzioni inferiori al 30%; per riduzioni fra il 30% e il 50% l'obiettivo verrà in proporzione considerato raggiunto parzialmente.
Il dato non è misurabile perché i controlli vengono effettuati con strumentazione POCT sia dall'assistenza domiciliare infermieristica sia presso il Centro Cardiovascolare. I pazienti ASUITS trattati con i nuovi anticoagulanti orali passano da 1.863 nel 2017 a 2.629 nel 2018	
Nota a margine: Con delibera n 185 del 2 febbraio 2018 il punto 3.7.2. Innovazione nella gestione delle terapie del PAL è stato così aggiornato: <u>L'obiettivo si intende raggiunto se i controlli ambulatoriali per INR sui residenti dell'AAS/ASUI si riducono almeno del 25% sul dato 2016; l'obiettivo non è raggiunto per riduzioni inferiori al 10%; per riduzioni comprese fra il 10% e il 25%, l'obiettivo verrà in proporzione considerato raggiunto parzialmente.</u>	

È dovere delle organizzazioni favorire le innovazioni che, a parità di efficacia terapeutica, riducono il disagio dei pazienti e dei loro familiari, a maggior ragione se tali innovazioni possono produrre semplificazione organizzativa con conseguente riduzione dei costi complessivi del sistema, pur in presenza di un costo maggiore della terapia. Per il 2018 le AAS/ASUI sviluppano progetti che favoriscono modalità di terapie in grado di recare minore disagio ai pazienti; **a titolo di esempio si citano i seguenti ambiti:**

- L'utilizzo dei nuovi anti-coagulanti orali, a parità di efficacia e maggiore profilo di sicurezza, permette una gestione più semplice della terapia da parte dei pazienti, azzerando l'impatto delle terapie sulla vita dei pazienti e dei loro familiari, evitando il ricorso a controlli ripetuti e le ri-calibrazioni continue dei dosaggi, nonché producendo risparmi organizzativi determinati dalla riduzione dell'afflusso dei pazienti ai servizi per l'effettuazione del monitoraggio terapeutico. Per il 2018 si prevede di aumentare l'utilizzo dei nuovi anti-coagulanti orali rispetto alla terapia tradizionale.

- Il passaggio dalla modalità di somministrazione delle terapie per endovena di lunga durata (almeno 2 ore) alla somministrazione sottocute, o per altra via, permette di ridurre i tempi di occupazione delle postazioni di somministrazione (letti di DH), diminuire i tempi e i costi per la preparazione dei farmaci, diminuire in modo significativo i tempi di assistenza infermieristica, evitare la gestione di cateteri venosi centrali o periferici con riduzione dei costi e dei rischi conseguenti, aumentare il benessere dei pazienti ridando tempo alla vita degli stessi e dei loro familiari, con riduzione dell'impatto psicologico legato alla durata della terapia. Le AAS/ASUI e gli IRCCS valutano la possibilità di implementare l'utilizzo delle terapie sottocute, o per altre vie, per quei farmaci che dispongono di formulazioni alternative a quella endovenosa.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
Terapie oncologie e onco-ematologiche	- L'obiettivo si intende raggiunto se, per la totalità dei farmaci per i quali esiste anche la formulazione sottocute, il rapporto, in termini di costi, sottocute/endovenosi è \geq a 2; l'obiettivo non è raggiunto per rapporti \leq a 1; per rapporti compresi fra 1 e 2 l'obiettivo verrà considerato in proporzione raggiunto parzialmente.
Attuazione al 31/12/2018: Per il passaggio da terapie ev a sc o altra via ASUITS ha valutato, di volta in volta e di concerto con gli specialisti oncologi ed ematologi, l'opportunità di impiegare la via di somministrazione più adeguata e con miglior rapporto costo-utilità per i singoli casi clinici.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

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

Apertura dei reparti di terapia intensiva e semi-intensiva ai care giver	Per il 2018 è previsto come obiettivo dei responsabili infermieristici: assicurare nel corso del 2018 sempre l'accesso dei care giver e dei volontari dell'Ibo dei Volontari art 13
Attuazione al 31/12/2018: L'obiettivo è stato assegnato ai responsabili infermieristici che si sono adoperati per armonizzare la attività con la presenza dei care giver.	

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

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

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Presenza del care giver in corso di visita nei reparti di degenza	Assicurare nel corso del 2018 sempre l'accesso dei care giver e dei volontari dell'albo dei Volontari art 13
Attuazione al 31/12/2018: Nel corso del 2018 ASUITS ha assicurato sempre l'accesso dei care giver e dei volontari nei reparti di degenza. Obiettivo raggiunto. Il progetto di miglioramento dell'accesso nei reparti è stato perseguito nel corso del 2018. Relazione analitica disponibile.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Contatto telefonico post dimissione	ASUITs si impegna a seguire le indicazioni regionali per la prosecuzione dell'attività secondo quanto definito per l'anno 2018.
Attuazione al 31/12/2018 Il risultato atteso è raggiunto.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

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

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Individuazione medico responsabile	Per procedura aziendale di ASUITs il medico referente delle cure è chiaramente individuato e il suo nominativo è riportato in cartella clinica. ASUITs si impegna a seguire le indicazioni regionali per il monitoraggio che verrà implementato.
Attuazione al 31/12/2018: In ASUITs è ormai prassi consolidata. Tutte le Strutture sono chiamate al rispetto di tale indicazione	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.7.7. Privacy

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Privacy	Nel rispetto della tutela della privacy è necessario

	<p>snellire le procedure affinché:</p> <ul style="list-style-type: none"> - al cittadino non venga richiesta la continua compilazione degli stessi moduli quando si rivolge ad enti diversi; - nella gestione in rete dei pazienti, tutte le informazioni necessarie ad assicurare in sicurezza il percorso assistenziale siano garantite fra i professionisti e le strutture che hanno in cura il paziente, anche se appartenenti ad enti diversi.
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Tutte le informazioni necessarie ad assicurare in sicurezza il percorso assistenziale sono garantite fra i professionisti e le strutture che hanno in cura il paziente, anche se appartenenti ad enti diversi</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	LA VALUTAZIONE È RELATIVA ALLA PARTECIPAZIONE AI TAVOLI REGIONALI

4. I FLUSSI INFORMATIVI E LE VALUTAZIONI

Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)	<p>ASUITS continuerà nella azioni di monitoraggio sulla corretta compilazione, validazione delle SDO e il rispetto delle scadenze mensili, garantendo l'obiettivo del:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 98% di SDO archiviate - limite del 3% delle richieste di riapertura delle SDO. - I report relativi alle anomalie saranno puntualmente verificati e pianificate le eventuali azioni correttive necessarie
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>E' stato effettuato il monitoraggio sulla corretta compilazione e validazione delle SDO entro le scadenze mensili previste:</p> <ul style="list-style-type: none"> - È stato garantito il 100% di SDO archiviate - E' stato rispettato il limite del 3% di richieste di riapertura - Le anomalie sono state monitorate ed effettuate mensilmente le azioni correttive con un reportistica inviata ai reparti ed eventuali correzioni. 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obblighi informativi e qualità dei dati ai fini amministrativi, epidemiologici e gestionali

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Obblighi informativi e qualità dei dati ai fini amministrativi, epidemiologici e gestionali	L'Azienda ha individuato un referente per queste attività rispondendo alla richiesta del Servizio di Epidemiologia della DCS che viene investito dei compiti in qualità di Referente Aziendale per il Flussi Ministeriali Nsis. ASUITS si impegna quindi al rispetto degli obblighi di competenza in questo settore.
Attuazione al 31/12/2018: Il referente è stato individuato e gli obblighi di competenza sono stati espletati regolarmente	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

Flussi ministeriali	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Flussi ministeriali	garantire il rispetto delle tempistiche e delle scadenze previste dalla normativa ministeriale ed una corretta alimentazione di tutti i flussi ministeriali aggregati. Considerando che ritardi o omissioni generano il mancato riconoscimento alla Regione dei fondi ministeriali previsti, una quota del finanziamento corrispondente allo 0,1% di quanto attribuito ad ogni Ente viene trattenuta a livello centrale ed erogata solo ad adempimento completamente espletato.
Attuazione al 31/12/2018: ASUITS garantisce il rispetto delle tempistiche e delle scadenze in tema di flussi ministeriali	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO NON È STATO RAGGIUNTO L'OBIETTIVO SUL FLUSSO EMUR (PERCENTUALE RAGGIUNGIMENTO 99,1%) E SISM

Programmi di sorveglianza	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Programmi di sorveglianza	Come per gli anni precedenti ASUITS sarà impegnata per le parti di competenza nei programmi di sorveglianza: OKKIO alla Salute, HBSC, PASSI, PASSI d'ARGENTO, Obesità in Gravidanza. Inoltre, proseguono i programmi di valutazione dell'esperienza dei pazienti nei loro contatti con il Sistema Sanitario Regionale. ASUITS fornirà l'adeguato supporto ai suddetti programmi ed attività.

Attuazione al 31/12/2018:

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

ASUITS fornisce l'adeguato supporto richiesto.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

5. IL SISTEMA INFORMATIVO

Il sistema informativo	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Sistema informativo - riorganizzazione	la riorganizzazione dei servizi ICT e la definizione delle competenze fra INSIEL e Enti del SSR
Attuazione al 31/12/2018: ASUITS ha collaborato alla realizzazione dell'obiettivo regionale per quanto di competenza	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
servizi on line	<p>consolidamento dei seguenti servizi on line per i cittadini:</p> <ul style="list-style-type: none"> - potenziamento dell'infrastruttura del servizio di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali con l'uso della ricetta dematerializzata e MIR (medici in rete), nell'ottica della riduzione del tempo di accesso e degli spostamenti dei cittadini. - l'ulteriore estensione del servizio referti on line per le prestazioni sottoscritte digitalmente - la consultazione liste di attesa di tutte le prestazioni erogate, indicando la prima data utile. - lo sviluppo di tecnologie mobility app per i principali servizi on line sviluppati - l'estensione della prescrizione specialistica dematerializzata - lo sviluppo dei temi chiave previsti dalla cd "Sanità digitale" implementando soluzioni informatiche per l'integrazione socio-sanitaria e la continuità della cura. <p>l'implementazione di soluzioni per la gestione del farmaco all'adesione terapeutica.</p>
Attuazione al 31/12/2018: ASUITS ha collaborato alla realizzazione dell'obiettivo regionale per quanto di competenza.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Sistema informativi – attività presenti nella	Proseguono le attività presenti nella pianificazione in

<p>pianificazione in essere</p>	<p>essere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sicurezza fisica e logica/funzionale del sistema informativo, anche in attinenza ai temi relativi alla circolare n. 2/2017 del 18 aprile 2017 di AgID “misure minime di sicurezza” ed entrata in vigore del GDPR – General Data Protection Regulation (Regolamento UE 2016/679) - sistemi di governo, in particolare con lo sviluppo ed il miglioramento degli strumenti di governo dei fattori produttivi ospedalieri - ricetta dematerializzata da estendere, oltre che alla farmaceutica, anche alla specialistica ambulatoriale, per i Medici di medicina generale, i Pediatri di libera scelta e gli specialisti convenzionati e dipendenti del Servizio sanitario regionale - Interventi sull’intero sistema ICT del SSR per gli adeguamenti previsti dalla L.R. 17/2014 - avvio della nuova cartella clinica informatizzata con immediata sospensione delle iniziative autonome di implementazione e/o sviluppo delle attuali - revisione/rinnovo del sistema ASCOT e software collegati per la gestione delle attività amministrative
<p>Attuazione al 31/12/2018: ASUITS ha collaborato alla realizzazione dell’obiettivo regionale per quanto di competenza.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>
<p>Funzioni rivolte al sistema</p>	<p>a. Sistema di gestione dell’attività sanitaria in ambito ospedaliero</p> <ul style="list-style-type: none"> - cartella integrata clinico assistenziale: aggiudicazione gara e avviamento del sito pilota. - potenziamento ed estensione delle integrazioni dei sistemi clinico sanitari. - Normalizzazione della gestione delle credenziali e attivazione sistema Single Sign on <p>b. Sistema di gestione dell’attività sanitaria in ambito di assistenza primaria</p> <ul style="list-style-type: none"> - Piattaforma di connessione con la medicina generale - Attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico secondo quanto previsto dalla normativa privacy. - Avviamento del nuovo sistema di iscrizione ai MMG - Pianificazione delle attività di rinnovamento del sistema SIASI

	<p>c. Rivisitazione delle procedure gestionali ed amministrative al fine dell'adeguamento alla normativa vigente.</p> <p>d. Potenziamento dell'infrastruttura per la Continuità Operativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Potenziamento delle reti geografiche e locali - Razionalizzazione dei data center aziendali <p>e. Sistema direzione aziendale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Governo del personale - Governo logistico <p>f. Sistema direzionale regionale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Data Warehouse gestionale - Sviluppo del registro regionale dei dispositivi medici impiantabili.
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>ASUITS ha collaborato alla realizzazione dell'obiettivo regionale per quanto di competenza.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Firma digitale	<p>Nel 2018 tutti i medici devono utilizzare sistematicamente la firma digitale per le attività informatizzate nelle quali è disponibile. ASUITS individuerà specifici obiettivi in tal senso.</p> <p>Percentuali minime di raggiungimento:</p> <p>a. prescrizione dematerializzata</p> <ul style="list-style-type: none"> - MMG che prescrivono DEMA o MIR >80% <p>b. Firma digitale</p> <ul style="list-style-type: none"> - G2 clinico e lettera di dimissione >90% - Radiologia >98% - Laboratorio e Microbiologia >98% - Anatomia patologica >98%
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>a.: obiettivo raggiunto (in attesa di verifica precisa)</p> <p>b.: obiettivo raggiunto</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
5.1. Sistema PACS regionale	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Estensione sistema PACS ad altre discipline	- Completamento della messa a regime nel settore dell'endoscopia digestiva.

	- Proseguimento dell'estensione all'intero ambito dell'endoscopia ambulatoriale (broncoscopia, cistoscopia, colposcopia, ...).
Monitoraggio dell'attività al 31.08.2018: Il risultato atteso è in fase di realizzazione ed è prevedibile il suo raggiungimento nei tempi previsti	
Attuazione al 31/12/2018: ASUITS non è coinvolta nel sistema PACS regionale. Il PACS di ASUITS copre già da tempo l'endoscopia digestiva e la bronco, oltre che la fluorangiografia, la dermo etc. Anche i casi d'uso d'emergenza per la neuro sono definiti e in uso routinario. Non appena i casi regionali saranno messi a disposizione di ASUITS saranno adottati.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Consultazione/visualizzazione di referti e immagini in situazione emergenziale inter-aziendale;	- Prosecuzione della messa a regime del caso d'uso negli ambiti clinici previsti dalla programmazione sanitaria regionale.
Attuazione al 31/12/2018: ASUITS ha garantito la collaborazione	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Referto multimediale	Supporto aziendale secondo le modalità definite in coerenza e continuità con la programmazione sanitaria regionale
Attuazione al 31/12/2018: ASUITS ha garantito la collaborazione	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Potenziamento e ottimizzazione del sistema PACS regionale	Evidenza delle richieste aziendali pervenute
Attuazione al 31/12/2018: ASUITS ha garantito la collaborazione	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	NON ERA RICHIESTA COLLABORAZIONE MA EVIDENZA DI DETERMINATE ESIGENZE

5.2. Fascicolo sanitario elettronico (FSE)

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Fascicolo sanitario elettronico	- implementazione del FSE al 15% della popolazione con un programma da definirsi operativamente entro marzo 2018
Attuazione al 31/12/2018:	

Attività in capo alla Regione	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

TABELLA INDICATORI

			ASUITS	
			DATO AZIENDA	DATO DIREZIONE
1.	PREVENZIONE Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base	>= 95%	90,20%	90,8%
1.a	Difterite-tetano	>= 95%	91,00%	91,0%
1.b	Antipolio	>= 95%	91,00%	91,1%
1.c	Antiepatite B	>= 95%	90,20%	90,2%
2	PREVENZIONE Vaccinazione raccomandate MPR	>= 90%	89,50%	89,5%
3	PREVENZIONE Vaccinazione raccomandata contro l'influenza dell'anziano	>=70%	47,80%	51,8%
7	PREVENZIONE Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro	>=85	88,90%	93,5%
8	TUTELA DELLA SALUTE NEI LUOGHI DI LAVORO Percentuale di unità controllate sul totale di unità da controllare	>= 5%	5,15%	5,3%
9	SANITA' ANIMALE Percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina	>= 98%	100%	100%
10.a	SANITA' ANIMALE Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi bovina/bufalina	>= 98% del 20% allevamenti	100%	100%
10.b	SANITA' ANIMALE Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi ovicaprina	>= 98% del 10% dei capi	100%	100%
11	SANITA' ANIMALE Percentuale di aziende ovicaprine controllate (3%) per anagrafe	>= 98% del 3% aziende	100%	100%
12	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%	14,3%	12%
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	127,9	128,6
15	ASSISTENZA DOMICILIARE Percentuale di anziani >=65 trattati in ADI con PAI	>= 3,8%	2,96%	2,35%
16	HOSPICE Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100)	> 1	2,2	2,2
17	SPECIALISTICA AMBULATORIALE Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1000 residenti (>=65 anni)	<= 24	25,1	25,1
18	FARMACEUTICA Incidenza di sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (anti-ipertensivi)	<=30%	34,00%	33,84%
19	FARMACEUTICA Consumo pro-capite di farmaci inibitori di pompa protonica	25 up pro cap	21,00	20,95%
20	SALUTE MENTALE utenti in carico nei centri di salute mentale per 1.000 abitanti	>=10	20,40	n.d
21	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	>= 38%	38,90%	38,87%
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	0,25%	0,25
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%	79,35%	79,10%
25	EMERGENZA Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	<= 20'	14' 07"	14' 05"

			ASUITS	
			DATO AZIENDA	DATO DIREZIONE
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	< 200	207,41	207,41
	RENE potenziamento della Dialisi peritoneale e dei trapianti con l'obiettivo di ridurre i pazienti in emodialisi al di sotto del 53% del totale (trapiantati + emodializzati + in dialisi peritoneale)	< 53%	47,5%	49,7%
BERSAGLIO (C11.a.2.4)	PANCREAS riduzione del tasso di amputazioni maggiori per diabete	< 28 per milione di residenti	32,65	36,9
BERSAGLIO (C11.a.3.1)	POLMONE riduzione del tasso di ospedalizzazione per BPCO	< 52 per 100.000 residenti 50- 74 anni	93,39	97,0
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	100 trattamenti	170	178
Linea 3.6.2	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	79,35%	79,10%
Linea 3.6.2 Bersaglio C5.18.1	TRAUMA Degenza media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – ricoveri urgenti riduzione e/o mantenimento al di sotto di 1,5 gg	<1,5 gg	2,94	2,3
Linea 3.6.2 Bersaglio C5.18.2	TRAUMA Attesa media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – accessi in PS e ricoveri programmati (Riduzione del 20% rispetto all'anno 2017)	- 20% rispetto 2017	n.d	Dato 2017:6,99 Dato 2018 6,85
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	28,37%	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	36,29%	40,20%
Linea 3.6.6 Erogazione LEA	TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE	<122 x mille	130,48	130,48
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	< 28% adulti	28,63%	28,60%
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%	5,15%	5,16%
Vincolo	prestazioni ambulatoriali per abitante	3,4	4,18%	4,19%

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

3.1 PROGETTI DI RIORGANIZZAZIONE DELLE FUNZIONI

3.1.1 Degenze	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Implementazione del numero dei posti letto previsto dall'allegato 2 della DGR 2673/2014.	Evidenza dell'implementazione del numero di posti letto di assistenza ospedaliera previsti dall'allegato 2 della DGR 2673/2014 in coerenza con le reali necessità e i tassi di occupazione che si rileveranno nel corso dell'anno, con la considerazione che il valore riportato nella DGR 2673/2014 è il valore massimo a cui tendere.
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>Con Decreto del DG n. 745 del 08.11.2018 sono stati attribuiti 4 posti letto di degenza (codice disciplina 49) alla SC Anestesia e Rianimazione di Latisana e riclassificati i rimanenti 2 posti letto di Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza di Latisana in codice disciplina 51, a cui sono stati aggiunti, in via sperimentale, ulteriori 2 posti letto nella medesima disciplina; il tutto in sostituzione dell'attuale organizzazione dell'Area di Emergenza di Latisana</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

3.1.2 Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Cessione ad EGAS della funzione Ceformed	Evidenza della cessione della funzione Ceformed ad EGAS entro il 30 giugno 2018
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>OBIETTIVO STRALCIATO dalla DGR n. 2350/2018</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

3.1.3 Urgenza emergenza	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Completamento dell'assetto previsto dal Piano Regionale dell'Emergenza Urgenza per tutti i mezzi di	Evidenza dello stato di implementazione dell'assetto previsto dal Piano regionale dell'emergenza-urgenza

terra	
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>L'assetto è a regime ad eccezione dell'attivazione dell'automedica H24 a Latisana, obiettivo non realizzabile vista l'importante carenza di personale medico in tale sede.</p>	
<p>Motivazioni scostamento dal risultato atteso</p> <p>Non si è potuta attivare l'automedica H24 a Latisana a causa dell'importante carenza di personale medico in tale sede.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
Potenziamento per un anno di un'ambulanza ALS dalle 7.00 alle 21.00 nella zona di San Giorgio di Nogaro.	L'AAS2 attiva, entro il 31 marzo 2018, il mezzo di soccorso ALS per un anno in zona San Giorgio di Nogaro.
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>il risultato è già stato raggiunto al 31/3/18</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Adeguamento al volo notturno delle elipiazzole	<p>Abilitazione ENAC al volo notturno dell'elipiazzola di Gorizia in modalità delivery</p> <p>Definizione cronoprogramma relativa all'acquisizione dell'area propedeutica alla predisposizione della nuova elisuperficie di Latisana</p> <p>Valutazione complessiva sull'elisuperficie annessa al punto di primo soccorso di Lignano</p>
<p>Monitoraggio dell'attività al 31.08.2018</p> <p>L'attività aziendale è in fase di realizzazione ed è prevedibile il suo raggiungimento nei tempi previsti</p>	
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>Elisuperficie di Gorizia: è stato nominato dalla Questura di Gorizia il gestore dell'elisuperficie (il Direttore medico del P.O. di Gorizia e Monfalcone), successivamente sono stati effettuati tutti i lavori di adeguamento e in data 09/11/2018 è stata inoltrata la richiesta di abilitazione al volo notturno all'ENAC. Il sopralluogo dell'ENAC si è svolto in data 18/01/2019. L'ENAC ha poi comunicato alcune variazioni da apportare, già sistemate dal soggetto incaricato di redigere la pratica, e richiesto le procedure di controllo piazzola prima di ogni atterraggio e prevenzione ghiaccio, che sono state richieste con mail del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione aziendale.</p> <p>Elisuperficie di Latisana: a dicembre del 2018 è stato definito il cronoprogramma per la sua realizzazione.</p> <p>Elisuperficie PPI Lignano: in base alle indicazioni ricevute dallo studio predisposto da AFTECH, ai fini della fruibilità della superficie, è stato definito di dover procedere alla realizzazioni di alcuni lavori di cui una parte a carico di AAS2 (predisposizione dell'impianto luci completo per il volo notturno e del relativo quadro elettrico) ad altri con costi a carico del Comune (manica a vento illuminata rimozione degli ostacoli, limitazione accesso alle aree, segnali ostacolo sugli edifici e oggetti interferenti).</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.4 Medicina di laboratorio	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Trasferimento della funzione di laboratorio di Gorizia e Monfalcone ad ASUI TS	Completamento del trasferimento della funzione di laboratorio al centro Hub di ASUI TS secondo i tempi da loro definiti
Attuazione al 31.12.2018 L'attività aziendale è stata realizzata	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.5 Sangue ed emocomponenti	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Sistemazione dei locali presso la sede di Palmanova, secondo il progetto già definito	Evidenza sistemazione locali presso la sede di Palmanova entro il 15 febbraio 2018
Attuazione al 31.12.2018 L'attività aziendale è stata realizzata nei tempi previsti	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Approvazione e sottoscrizione con ASUIUD del documento di scorporo di personale, attrezzature, beni, dei contratti e convenzioni	Evidenza, entro il 30 aprile 2018, del documento approvato e sottoscritto fra ASUIUD e AAS2 per lo scorporo di personale, attrezzature, beni, contratti e convenzioni
Attuazione al 31.12.2018 L'attività è stata realizzata nei tempi previsti. Stipulata convenzione con ASUIUD con documento di scorporo di personale, attrezzature, beni, contratti e convenzioni, con decorrenza 1° maggio 2018 (decreto DG n. 327 dd 30/4/18).	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Approvazione e sottoscrizione con AAS5 del documento di scorporo di personale, attrezzature, beni, dei contratti e convenzioni	Evidenza, entro 30 aprile 2018, del documento approvato e sottoscritto fra AAS5 e AAS2 per lo scorporo di personale, attrezzature, beni, contratti e convenzioni
Attuazione al 31.12.2018 L'attività è stata realizzata nei tempi previsti.. Stipulata convenzione con AAS5 con documento di scorporo di personale, attrezzature, beni, contratti e convenzioni, con decorrenza 1° maggio 2018 (decreto DG n. 326 dd 30/4/18)	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Avvio dell'organizzazione separata fra il Centro Unico Regionale di Produzione degli Emocomponenti e i laboratorio satellite; avvio di ASUIUD e AAS5 entro il	Evidenza dell'avvio della nuova organizzazione tra il Centro Unico Regionale di Produzione degli Emocomponenti di Palmanova e ASUIUD e AAS5

31 marzo 2018	entro il 1 maggio 2018.
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>La nuova organizzazione è stata avviata a partire dal 1° maggio 2018 sia con ASUIUD che con AAS5, nel rispetto dei tempi previsti.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Avvio della centralizzazione a regime della produzione degli emocomponenti	Centralizzazione a regime della produzione degli emocomponenti nel CURPE di Palmanova entro il 1 maggio 2018.
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>L'attività è stata realizzata a partire dal primo maggio, nel rispetto dei tempi previsti.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Trasferimento della funzione (con acquisizione del personale, attrezzature, beni, contratti, ecc.) CUVB-CUPRE da ASUIUD e da AAS5 all'AAS2.	Evidenza del trasferimento della funzione CUVB-CUPRE da ASUIUD e da AAS5 all'AAS2 a partire dal 1 maggio 2018.
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>L'attività è stata realizzata a partire dal primo maggio, nel rispetto dei tempi previsti.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Trasferimento delle attività residuali della produzione da ASUITS a AAS2 con trasferimento delle risorse.	Evidenza del trasferimento delle attività residuali della produzione da ASUITS a AAS2 entro il 1 dicembre 2018
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>L'attività è stata realizzata nel rispetto dei tempi previsti.</p> <p>Il trasferimento delle attività residuali della produzione da ASUITS a AAS2 e relative risorse è avvenuto con DDG n. 807 dd 29/11/18 recante "approvazione atto di scorporo autoemoteca ASUITS".</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Raccolta sangue territoriale	Trasferimento della funzione di raccolta di sangue territoriale da AsuiTs e AsuiUd dal 1 agosto 2018
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>L'attività è stata realizzata nel rispetto dei tempi previsti.</p> <p>Il trasferimento della funzione di raccolta di sangue territoriale da AsuiUD è avvenuto con DDG n. 327 dd 30/4/18.</p> <p>Il trasferimento della funzione di raccolta di sangue territoriale da AsuiTs avvenuto con DDG n. 807 dd 29/11/18.</p>	
<p>Motivazioni scostamento dal risultato atteso</p> <p>Il trasferimento della funzione di raccolta di sangue territoriale da AsuiTs è stato realizzato contestualmente al trasferimento delle attività residuali di cui all'obiettivo precedente, con DDG n. 807 dd 29/11/18.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo Aziendale Accreditamento istituzionale	Risultato atteso Entro la fine del 2018 verifica e rinnovo dell'accreditamento istituzionale di tutte le strutture trasfusionali della Regione
Attuazione al 31.12.2018 L'attività aziendale è stata realizzata come di seguito descritto: Struttura di Medicina Trasfusionale - sedi di Latisana e Palmanova: rilasciata Autorizzabilità e Accredibilità a pieno titolo (rif verbale di verifica del Gruppo di Valutazione regionale del 19.9.18). Struttura di Medicina Trasfusionale - sedi di Gorizia e Monfalcone rilasciata Autorizzabilità e Accredibilità a pieno titolo (rif verbale di verifica del Gruppo di Valutazione regionale del 4.10.18) CUVB-CURPE: rilasciata Autorizzabilità e Accredibilità a pieno titolo, compresa funzione autoemoteca UD (rif. verbale del GdV del 3.10.18).	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.6 Reti di patologia	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Realizzare un sistema per gestire teleconferenze tra clinici e riunioni operative a distanza per ogni sede ospedaliera	Attivazione entro il 31.12.2018 di almeno 4 sale (1 per ogni sede di presidio ospedaliero) attrezzate per gestire teleconferenze cliniche e riunioni operative a distanza, nonché permettere la visione contemporanea di documentazione e immagini diagnostiche di alta qualità.
Attuazione al 31.12.2018 Nei presidi Ospedalieri di Gorizia, Monfalcone, Latisana e Palmanova sono state attrezzate, entro il 31.12.2018, tutte le 4 sale previste per gestire teleconferenze cliniche e riunioni operative a distanza, nonché per permettere la visione contemporanea di documentazione e immagini diagnostiche di alta qualità.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
collaborare con EGAS per l'implementazione di un sistema informatico/informativo in grado di mettere in comunicazione operativa i mezzi di soccorso (ambulanze, automediche ed eliambulanza) fra loro e con i servizi di pronto soccorso e la centrale operativa 118, per la registrazione e la trasmissione contestuale di informazioni cliniche.	Evidenza della collaborazione con EGAS, secondo le indicazioni ricevute.
Monitoraggio dell'attività al 31.08.2018 L'attività aziendale è in fase di realizzazione ed è prevedibile il suo raggiungimento nei tempi previsti,	
Attuazione al 31.12.2018 Collaborazione garantita	

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
definire percorsi integrati facilitanti per la presa in carico del paziente oncologico, in ciascuna area geografica, nelle more dell'attivazione della rete oncologica regionale	Evidenza, entro il 30 giugno 2018, di 2 percorsi integrati per la presa in carico del paziente oncologico
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>Predisposti i seguenti due percorsi oncologici:</p> <ul style="list-style-type: none"> - percorso per la Presa in carico del paziente affetto da carcinoma gastrico - percorso per la Presa in carico del paziente affetto da carcinoma rettale 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.7 Modifiche/integrazioni delle DGR 2673/2014, 929/2015 e 1437/2015	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Applicazione delle DGR 2673/2014, 929/2015 e 1437/2015 e successive modifiche e integrazioni	Trasmissione alla DCS del decreto di revisione dell'atto aziendale al fine di recepire le modifiche ed integrazioni delle DGR 2673/2014, 929/2015 e 1437/2015.
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>L'attività aziendale è stata realizzata. Con Decreto 119 del 23.02.2018 sono state apportate le modifiche. Il decreto è stato trasmesso alla DCS via PEC in data 23.02.2018.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.8 Modifiche/integrazioni alla DGR 42/2017	
<p>Raccordo con la programmazione regionale:</p> <p>In applicazione alla sentenza del TAR del Friuli Venezia Giulia del 14 dicembre 2017, gli articoli 8 di entrambi gli accordi fra Regione ed erogatori privati accreditati, allegati alla DGR 42/2017 sono modificati come segue: "I soggetti privati accreditati applicano le tariffe del nomenclatore tariffario regionale in vigore al netto del ticket, sia per i residenti regionali che extra-regionali."</p> <p>L'AAS verifica la corretta applicazione della dettami della sentenza sopra indicata, nei rapporti con i privati accreditati.</p>	
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>L'AAS ha garantito la corretta applicazione della dettami della sentenza sopra indicata, nei rapporti con i privati accreditati.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.9 Documenti regionali: Piano della Riabilitazione e la Rete oncologica regionale	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Attuazione del piano della Riabilitazione, successivamente alla sua adozione prevista per il primo trimestre 2018	Avvio delle attività previste dal Piano della Riabilitazione, secondo le indicazioni fornite dalla Regione
Attuazione al 31.12.2018 Attività non realizzabile in attesa dell'adozione del piano della Riabilitazione da parte della Regione	
Motivazione scostamento dal risultato atteso Il piano della Riabilitazione non è stato adottato dalla Regione	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
Attuazione della rete oncologica regionale, successivamente alla sua adozione prevista per il primo trimestre 2018	Avvio delle attività previste dalla Rete oncologica regionale, secondo le indicazioni fornite dalla Regione
Attuazione al 31.12.2018 Attività non realizzabile, in attesa di indicazioni da parte della Regione	
Motivazione scostamento dal risultato atteso Non sono state fornite indicazioni da parte della Regione	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

3.1.9 Documenti regionali	
Raccordo con la programmazione regionale: Entro il 31 dicembre del 2018 la Regione adotterà i seguenti documenti: Piano della Salute mentale Rete pediatrica regionale Rete geriatrica Rete infettivologica Rete per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti: filiera polmone Rete trauma Organizzazione della Cell Factory regionale L'Azienda partecipa ai tavoli regionali per la stesura dei documenti sopra citati.	
Attuazione al 31.12.2018 L'Azienda ha partecipato ai tavoli regionali per la stesura dei documenti, se convocata.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.11 Lean management	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Sviluppare un nuovo progetto da portare a compimento entro l'anno	Evidenza del progetto concluso
Attuazione al 31.12.2018 Il risultato atteso è stato raggiunto (progetto sulla TAC oncologiche)	
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
Implementazione del percorso gravidanza fisiologica a gestione ostetrica	Evidenza dell'attivazione del percorso nei distretti est ed ovest in seguito alle decisioni che verranno assunte a livello regionale sul punto nascita di Latisana (al fine di definire le risorse necessarie e le modalità di reperimento).
Attuazione al 31.12.2018 È stato avviato l'ambulatorio della gravidanza fisiologica a gestione ostetrica, il servizio è localizzato all'interno dell'ospedale, in quanto la mancata decisione sul punto nascita di Latisana ha impedito la dislocazione delle risorse sul territorio.	
Motivazione scostamento dal risultato atteso La mancata decisione sul punto nascita di Latisana e la carenza di risorse ostetriche hanno impedito l'avvio dell'ambulatorio della gravidanza fisiologica a gestione ostetrica sul territorio.	
Implementazione dell'offerta della visita domiciliare ostetrica in puerperio	Evidenza del servizio attraverso report con dati relativi al 2018.
Attuazione al 31.12.2018 Nell'Alto e Basso Isontino la visita domiciliare è stata offerta a tutte le donne che hanno partorito nel punto nascita di Monfalcone; inoltre nel comune di Grado l'offerta è stata allargata anche alle donne che hanno partorito in altri punti nascita regionali. Nel distretto ovest è stata attivata l'offerta nel comune di San Giorgio di N. a tutte le donne in puerperio E' disponibile agli atti della Struttura Consultoriale il report con i dati di attività relativi al 2018 con evidenza delle visite/prestazioni erogate nelle varie sedi.	
Motivazioni dello scostamento dal risultato atteso La mancata decisione sul punto nascita di Latisana e la carenza di risorse ostetriche hanno impedito l'avvio del servizio a Latisana e nel Distretto Est (Palmanova).	
Implementazione di percorsi aziendali per la donna in	Evidenza dell'implementazione del percorso aziendale rivolto alle donne in età post fertile, in seguito alle

età post fertile	decisioni che verranno assunte a livello regionale sul punto nascita di Latisana (al fine di definire le risorse necessarie e le modalità di reperimento).
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>Nel 2018 è stato garantito l'ambulatorio ginecologico consultoriale nei distretti est ed ovest per le donne in età post-fertile ma non è stato possibile implementare il percorso aziendale per carenza di risorse ostetriche ed in attesa di decisioni a livello regionale sul punto nascita di Latisana.</p>	
<p>Motivazioni dello scostamento dal risultato atteso</p> <p>Attualmente non è implementato il percorso aziendale ma viene garantito solo l'ambulatorio ginecologico consultoriale nei distretti est ed ovest per le donne in età post-fertile. Il percorso aziendale potrà essere attivato solo a fronte delle decisioni che verranno assunte a livello regionale sul punto nascita di Latisana al fine di definire le risorse ostetriche necessarie e le modalità di reperimento.</p>	
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>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>Garantita adeguata informativa sulla promozione delle vaccinazioni, da parte delle ostetriche e delle assistenti sanitarie, nei corsi di accompagnamento al parto e puerperio, nei centri nascita e nelle sedi consultoriali.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO NON IMPLEMENTATO IL PERCORSO AZIENDALE

3.2.2 Migliorare la salute nei soggetti a rischio MCNT e malati cronici (Programma I PRP)	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Screening opportunistico: avvio di uno screening opportunistico su stili di vita e rischio cardiovascolare globale nelle Aziende sanitarie della regione in coordinamento con A.I.R. dei M.M.G.	Il 10% dei pazienti eleggibili di ogni M.M.G. che aderisce allo screening opportunistico è valutato per la definizione del rischio cardiovascolare. Il risultato del rischio è inserito nella piattaforma regionale del rischio cardiovascolare
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>L'attività non è stata realizzata perché non prevista negli accordi AIR FVG dei MMG</p>	
<p>Motivazioni dello scostamento dal risultato atteso</p> <p>L'attività non è stata realizzata perché non prevista negli accordi AIR FVG dei MMG</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

3.2.3 Gli screening oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia (Programma II PRP)	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Collaborare con ASUITS per gestire, per gli aspetti di logistica e di preanalitica, la transizione del programma regionale di screening della cervice ad HPV-DNA e realizzare presso l'Anatomia Patologica di ASUITS un laboratorio unico regionale per tutti gli esami di HPV-DNA primari e tutte le letture dei pap-test secondari.	Evidenza della collaborazione con ASUITS affinché venga realizzato il laboratorio unico HPV-DNA e cervicocitologia di screening presso l'Anatomia Patologica di ASUITS.
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>L'azienda ha garantito la propria collaborazione partecipando col referente aziendale screening all'attività organizzativa propedeutica alla realizzazione del laboratorio unico presso ASUITS nonchè alla condivisione dei percorsi con il personale deputato allo screening.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Garantire le letture dei pap test primari per gli anni 2018-2019-2020, e comunque fino a transizione del programma ultimata.	Letture dei pap test primari garantite presso le sedi di attuale competenza fino a transizione del programma ultimata
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>Le letture dei pap test primari sono state garantite presso le sedi di competenza.</p> <p>Nel corso del 2018 si è rafforzata la condivisione dei percorsi interni fra referente aziendale screening, referente ostetriche, consultori, ginecologie ospedaliere e distretti.</p> <p>Sono stati effettuati audit sia nell'area isontina (che fa riferimento alla Anatomia Patologica di Trieste) che nella bassa friulana (che afferisce alla Anatomia Patologica di Udine) per la riduzione dei tempi di attesa fra prelievo e risposta del pap test.</p> <p>La procedura attuale impone l'invio del prelievo da parte delle ostetriche di screening entro 24 ore; lo sfioramento dei tempi di risposta è quindi dovuto alle criticità delle anatomie patologiche extraaziendali (carenza di personale) con le quali, tuttavia, sussiste una comunicazione e collaborazione continua atta ad individuare soluzioni organizzative che possano ridurre i tempi di risposta..</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Partecipare al controllo di qualità sul laboratorio unico, posto che l'istologia delle lesioni continuerà ad essere gestita dalle attuali anatomie patologiche mantenendo il continuum della relazione con i clinici.	Evidenza della partecipazione al Programma di controllo di qualità realizzato.
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>L'azienda ha garantito la partecipazione del referente screening al Programma di controllo di qualità.</p> <p>Tale attività è stata inserita anche all'interno di un percorso di FSC aziendale.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Assicurare la collaborazione per la riconversione del programma, inclusi per gli aspetti di comunicazione e	Evidenza della collaborazione garantita anche per gli aspetti di comunicazione e formazione

formazione.	
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>L'azienda ha garantito la partecipazione di un referente screening a tale attività propedeutica ed organizzativa (in parte inserita nella FSC gestita dal referente aziendale AAS2)</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
raggiungere e/o mantenere un'adesione ai programmi di screening pari al 70% per la cervice uterina, al 70% per la mammella, e al 70% per il carcinoma del colon retto	<p>Adesione pari a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 70% per la cervice uterina - 70% per la mammella - 70% per il carcinoma del colon retto
<p>Monitoraggio dell'attività al 31.08.2018</p> <p>Dati al 31.03.2018 (fonte portale SISSR).</p> <p>Cervice uterina: 60,6%</p> <p>Colon retto: 54,8%</p> <p>Mammella: 71,9%</p>	
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>(fonte portale SISSR).</p> <p>Cervice uterina: 61,63%</p> <p>Colon retto: 64,89%</p> <p>Mammella: 74,77% il dato riportato si riferisce all'ultimo aggiornamento reso disponibile dal sistema regionale al 30.09.2018</p>	
<p>Motivazioni scostamento dal risultato atteso</p> <p>Rispettato il tasso di adesione per la mammella; si rilevano delle criticità nel rispetto del target per la cervice uterina e per il colon retto, tuttavia entrambi i tassi sono in netto miglioramento rispetto ai monitoraggi precedenti.</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".	Rispetto dei requisiti previsti dal "sistema regionale di verifica dei centri di senologia", con invio dei dati di autovalutazione entro il 30.11.2018.
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>La check list per la verifica degli standard di qualità dei centri di senologia è pervenuta alle Aziende, da parte della DCS, solo a novembre; in seguito il referente aziendale per i programmi di screening ha provveduto alla sua compilazione ed all'invio alla DCS (e p.c. al DG) con pec del 17.12.2018</p>	
<p>Motivazioni scostamento dal risultato atteso</p> <p>Non è stata possibilità rispettare la tempistica prevista a causa del ritardo della DCS nell'invio della check list alle Aziende per la compilazione.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

	CON NOTA 20739/P DEL 2.11.2018 LA DIREZIONE RIMODULAVA L'OBIETTIVO POSTICIPATO LA SCADENZA AL 31.12.2018
garantire che i radiologi certificati svolgano sia la lettura del test mammografico di screening sia la gestione del percorso di approfondimento diagnostico dei casi richiamati	lettura del primo livello e gestione del percorso di approfondimento diagnostico da parte di radiologi certificati
Attuazione al 31.12.2018	
Il referente aziendale di screening ha costantemente monitorato la situazione raccordandosi con i direttori delle due SOC di Radiologia aziendali, al fine di garantire, da parte dei Radiologi Certificati, la lettura del primo livello e la gestione del percorso di approfondimento diagnostico.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
garantire la corretta chiusura dell'esito dei casi di secondo livello dello screening mammografico nel G2 clinico e ridurre i richiami intermedi (early recall) dopo approfondimento.	<p>% di casi di secondo livello chiusi correttamente > = 95%</p> <p>% di early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso" /totale dei casi chiusi dall'unità senologica) < 10%</p>
Attuazione al 31.12.2018	
i dati riportati si riferisce all'ultimo aggiornamento reso disponibile dal sistema regionale al 31.03.2018 (fonte portale SISSR).	
- % di casi di secondo livello chiusi correttamente: 76%	
- % di early recall: 14%	
Al 29/4/19 non erano disponibili nel Portale SISSR i dati dei 12 mesi 2018.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
	<p>- I CASI DI SECONDO LIVELLO VANNO MONITORATI DALL'AZIENDA UTILIZZANDO L'APPOSITA FUNZIONE SU SIASI</p> <p>- EARLY RECALL: : GORIZIA 8,62% LATISANA 8,82%</p>
garantire il rispetto dei requisiti definiti dalla Regione per i centri di secondo livello per lo screening per la cervice uterina.	Rispetto da parte delle aziende dei requisiti previsti dal sistema regionale di secondo livello con invio alla DCS dei dati di autovalutazione entro il 31.12.2018
Attuazione al 31.12.2018	
La check list della DCS per l'autovalutazione dei requisiti definiti dalla Regione per i centri di secondo livello per lo screening della cervice uterina è stata compilata dal referente aziendale, sentite le strutture interessate, ed inviata alla DCS, entro il termine indicato (inviata alla DCS con Pec del 17.12.2018)	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
	SI RISCOVRA ALCUNE NON CONFORMITÀ, ALCUNE RISPESCHIANTI DIVERSITÀ DI SERVIZI GARNATITI NELL STESSO TERRITORIO DELL'AZIENDA, MANCA PIANO DI MIGLIORAMENTO, I SERVIZI IN CONVENZIONE VANNO COMUNQUE PRESIDATI E LA CHECKLISTI NE DEVE DQARE ATTO. CON NOTA 20739/P DEL 2.11.2018 LA DIREZIONE RIMODULAVA L'OBIETTIVO POSTICIPATO LA SCADENZA AL

	31.12.2018
garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica per gli esami di 2° livello di screening	Percentuale di compilazione dei campi fondamentali >=95%
garantire l'offerta della colonscopia di approfondimento di secondo livello entro 30 giorni dalla positività del FOBT di screening	Tempo di attesa per colonscopia di approfondimento di secondo livello < o = 30 giorni
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>96,63% (Fonte: portale SISSR)</p> <p>Tempo di attesa per colonscopia di approfondimento di secondo livello entro 30 giorni: 69,72% dei casi. (Fonte portale SISSR).</p>	
<p>Motivazioni scostamento dal risultato atteso</p> <p>Relativamente al punto 2), sebbene il risultato atteso non sia stato pienamente raggiunto, si evidenzia comunque un netto miglioramento dei risultati raggiunti rispetto al monitoraggio precedente (passato da 47,6% a 69,72% dei casi) attraverso gli audit effettuati e la revisione organizzativa e delle modalità di prenotazione che hanno consentito di migliorare sensibilmente i tempi di attesa per la colonscopia di 2° livello, rientrando mediamente nei tempi previsti.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
	LATISANA 99,2%
	PALMANOVA 94,4%
	GORIZIA 96,0%
	MONFALCONE 97,8%
mantenere aggiornate, tramite i distretti, le anagrafi sanitarie verificando assistiti in base ai dati del monitoraggio delle lettere inesitate fatti pervenire dalla Direzione Centrale Salute.	Percentuale di inviti inesitati < = 1,5%
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>Dato non disponibile.</p> <p>Continua il lavoro di verifica da parte della segreteria di screening delle lettere inesitate; mediante colloqui con i servizi anagrafe distrettuali si sono superate alcune criticità nella correzione/comunicazione degli indirizzi.</p> <p>Tutte le lettere inesitate segnalate dalla DCS vengono controllate dalla segreteria di screening, corrette per quanto possibile, e confrontati i dati con le anagrafi comunali.</p> <p>Si segnala tuttavia che nell'isontino molti Comuni non hanno le anagrafi comunali allineate con le anagrafi sanitarie e questo genera problematiche per gli utenti che si trasferiscono.</p> <p>Nel corso del 2018 la verifica delle lettere inesitate è stata centralizzata in capo ad una persona della segreteria-screening per tutta l'azienda (Isontino e Bassa Friulana) al fine di uniformare il percorso ed i risultati, avendo rilevato una discrepanza fra Isontino e Bassa Friulana.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	CERVICO 2,0%
	MAMMELLA 1,2%

	COLON 1,5% MEDIA 1,5%
--	--------------------------

3.2.4 Gli screening neonatali (Programma II PRP)	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
diffusione e applicazione nei punti nascita aziendali, sotto il coordinamento dell'IRCCS Burlo, della procedura regionale per lo screening neonatale audiologico ed oftalmologico con aggiornamento del PDTA	diffusione e applicazione della procedura in tutti i punti nascita aziendali, sotto il coordinamento del Burlo
Attuazione al 31.12.2018 Il risultato atteso è stato raggiunto. Partecipato al corso formazione per screening oftalmologico il giorno 19.06.2018 a Palmanova; è stato mantenuto lo screening neonatologico regionale audiologico con avvio dell'inserimento dati nel portale regionale dopo formazione del 22.06.2018.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Partecipazione al Programma regionale per lo Screening neonatale metabolico esteso, sotto il coordinamento dell'IRCCS Burlo.: implementazione dell'identificazione precoce della fibrosi cistica e proposta di eventuali programmi di screening.	Evidenza della partecipazione ai lavori coordinati dal Burlo finalizzati alla stesura di un Report di monitoraggio del programma regionale e delle attività per la fibrosi cistica
Attuazione al 31.12.2018 Partecipato ai lavori del Programma regionale per lo screening metabolico neonatale sotto il coordinamento del Burlo di Trieste. Il programma è stato realizzato. Per quanto riguarda, invece, l'identificazione precoce della fibrosi cistica non sono stati avviati i lavori da parte del Burlo	
Motivazioni scostamento dal risultato atteso L'IRCCS Burlo non ha avviato alcun progetto per l'identificazione fibrosi cistica o altri screening.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	LO SCOSTAMENTO PER LA FIBROSI CISTICA NON È DIPENDENTE DALL'AZIENDA
collaborare al programma regionale per l'identificazione precoce dei neonati con emoglobinopatia nella popolazione a rischio.	Evidenza della collaborazione al programma regionale finalizzato alla formale adozione della procedura per emoglobinopatia e TSH nei punti nascita
Attuazione al 31.12.2018 Il risultato atteso è raggiunto, il programma è già operativo	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
assicurare la regolare comunicazione all'IRCSS Burlo della rilevazione del TSH neonatale.	Evidenza dell'invio dei dati all'IRCSS Burlo

Attuazione al 31.12.2018	
Garantito regolarmente l'invio all'IRCSS Burlo dei dati relativi alla rilevazione del TSH neonatale da parte di entrambe le SC di Pediatria aziendali.	
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 31.12.2018
 Il risultato atteso è stato raggiunto. Inviato report in data 22/2/2018

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 50% delle 167 scuole della Regione (ovvero 83 scuole) dovranno esser raggiunte dalla proposta di aderire alla rete Scuole che promuovono salute (SHE).

Attuazione al 31.12.2018

Convocata la rete delle scuole Sistema What's Up in data 21.11.2018 . Diffusa a cura dell'Ufficio Scolastico Regionale la scheda di adesione alla strategia Scuole che promuovono salute.

La strategia persegue l'obiettivo di creare un' infrastruttura per la promozione della salute dedicata a favorire il dialogo intersettoriale fra contesti che promuovono salute e a presidiare salutogenesi e gestione del rischio e dell'assistenza, interpretando il mandato del PRP 2014/2018.

Il passaggio del Coordinamento regionale da AAS2 alla Regione, avvenuto a fine anno scolastico 2017- 2018, ha determinato alcune difficoltà di recepimento del messaggio di aderire alla rete "Scuole che promuovono salute" da parte di alcuni istituti della Provincia di Gorizia.

Si evidenzia che nel 2018 il sistema What's Up si è radicato anche nel territorio dell'Ambito di Latisana, dove il programma è partito in 5 Istituti Comprensivi. Le 5 scuole che hanno aderito alla formazione sul Sistema What's Up, hanno scelto la sigla BenEssere a Scuola e hanno aderito alla rete Scuole che promuovono salute.

Totale scuole coinvolte: 27 del territorio Isontino e 5 del territorio della Bassa Friulana per un totale di 32 scuole raggiunte nell'ambito territoriale AAS2.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Continua la diffusione e implementazione dei progetti riconducibili alle buone pratiche, quali modello What's up, Unplugged, peer education ecc.	AAS2 promuove e coordina il tavolo di lavoro regionale dei referenti aziendali dei progetti e programmi riconducibili alle buone pratiche, al fine di coinvolgere almeno 66 scuole a livello regionale. Per AAS2: Aderiscono alla progettazione almeno il 50% delle 27 scuole ubicate sul territorio aziendale

Attuazione al 31.12.2018

La referente aziendale ha coordinato il tavolo di lavoro fino a fine anno. Con la nota inviata da AAS2 in dd 18.12.2018 al Referente regionale PRP è stato definito il passaggio del Coordinamento Regionale da AAS2 alla DCS.

Nel 2018 è proseguito il Sistema What's Up (avviato nel 2017) ed è stato attivato il progetto What's Up ContaminAction con un finanziamento regionale dedicato. Il progetto è stato realizzato dalla associazione COSMO che ha ricevuto l'incarico ed è stata inserita negli incontri dei Coordinamenti benessere per favorire la ricerca delle scuole aderenti e l'integrazione delle attività.

Scuole aderenti al progetto di peer education What's Up ContaminAction (3). Due classi di un Istituto di Latisana parte della rete BenESSERE a scuola hanno aderito anche al progetto finanziato dalla Regione "Emozioni in Regola" condotto dai referenti della SISSA.

Complessivamente sono state coinvolte 33 scuole nel territorio AAS2 (di cui 27 dell'ambito Isontino e 6 dell'ambito della Bassa Friulana).

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Partecipare alle attività coordinate dalla AAS 5, relative al perseguimento degli obiettivi del programma III relativamente all'obiettivo specifico di promozione della cultura della salute e sicurezza in ambito scolastico	Evidenza dei programmi avviati e/o iniziative realizzate

Attuazione al 31.12.2018

Il risultato atteso è stato raggiunto.

Terminata la realizzazione della formazione prevista per l'a.s. 2017/2018 e validato un nuovo programma di attività per il 2018/2019.

Per l'a.s. 2018-2019 sono pervenute e sono state evase n. 2 richieste da parte di 2 istituti (1 Istituto Comprensivo e 1 di istruzione secondaria superiore): IC "Don Milani" Scuola Primaria " G. Garibaldi " di Fiumicello e ISIS Malignani di Cervignano.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Inserimento nella banca dati PROSA delle attività di promozione salute svolte nelle istituti scolastici	Rendicontazione delle attività svolte nelle scuole regionali attraverso la banca dati PROSA

Attuazione al 31.12.2018

Inserimento del Sistema What's Up e di What's Up ContaminAction in corso. Alcune complessità sono dettate dal dover separare ciò che nella progettazione è stato unito in una logica sistemica e per la soppressione del gruppo di lavoro dedicato alle scuole.

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

3.2.6 Dipendenze (Programma IV PRP)

VEDI LINEA 3.5.10 Dipendenze

3.2.7 Promozione dell'attività fisica (Programma V PRP)	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
coordinare le attività relative al perseguimento degli obiettivi del programma	Report di monitoraggio
Attuazione al 31.12.2018 Il report è stato inviato alla DCS con mail del 28.01.2019.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
sviluppo di progetti di attività fisica rivolti alla popolazione adulta	Report su quanto realizzato
Attuazione al 31.12.2018 E' stato predisposto un bando utilizzando i finanziamenti dedicati 2017, al fine di selezionare i progetti migliori tramite un'apposita commissione esaminatrice. I progetti selezionati sono stati quello dell'AUSER di Fiumicello (finanziato un gruppo di attività fisica adattata) ed il progetto UISP (gruppi di cammino in vari comuni dell'azienda sanitaria sia nell'Isontino che nella Bassa friulana) Inoltre a maggio 2018 presso il CSM di Gorizia è stato intrapreso, a cura del Servizio di Igiene e Sanità pubblica del Dipartimento di prevenzione ed in collaborazione con gli operatori del CSM, un percorso sui corretti stili di vita degli ospiti del centro; a seguito di tale percorso è sorto un gruppo di cammino autogestito (Quelli del giovedì) all'interno del parco Basaglia per lo svolgimento di attività fisica rivolta agli ospiti adulti. E' disponibile report/relazione sulle iniziative svolte.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
realizzazione progetti di promozione attività fisica adattata	Almeno 1 iniziativa/progetto
Attuazione al 31.12.2018 Il Dipartimento di Prevenzione in collaborazione coi Distretti ha realizzato nuovi gruppi di attività fisica adattata: a Lignano Sabbiadoro due gruppi e a Ronchi dei Legionari tre gruppi; a Fiumicello il progetto è stato finanziato con fondi dedicati.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
diffusione delle opportunità di attività fisica presenti sul territorio attraverso il sito regionale (invecchiamentoattivo.fvg)	Presenza, sul sito, delle attività realizzate in collaborazione con le associazioni
Attuazione al 31.12.2018 Tutte le associazioni del territorio sono state invitate a registrarsi sul sito della regione; è stato accertato che tutte le associazioni vincitrici del bando attività motoria si sono registrate. E' stata data comunicazione anche ai MMG, nell'ambito delle AFT, di tale opportunità al fine di fare conoscere le iniziative ai loro assistiti.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2.8 Prevenzione degli incidenti stradali (Programma VI PRP)	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
i referenti individuati (PRP) partecipano e sostengono le attività che andranno a delinearsi (formazione dei moltiplicatori, diffusione delle iniziative) per la prevenzione degli incidenti stradali	Report sulla partecipazione dei referenti alle attività e sulle iniziative promosse localmente
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>La referente aziendale sulla prevenzione degli incidenti stradali ha partecipato alle riunioni ed alle iniziative promosse localmente; è stato prodotto un report ed inviato alla DCS e al direttore del Dipartimento di Prevenzione.</p> <p>La referente aziendale ha altresì partecipato come relatrice al corso di formazione svolto il 24 novembre 2018 a Udine rivolto a Polizia locale e scuole dal titolo "Mobilità sicura e sostenibile e fruibilità del territorio".</p> <p>E' proseguita l'attività di sensibilizzazione dei Piedibus, in particolare a Lignano Sabbiadoro (18.09.2018) e Torviscosa (25.09.2018) che coniuga sicurezza ed educazione stradale ed attività motoria con un particolare riguardo all'intergenerazionalità.</p> <p>All'interno del programma III nell'annualità 2018-2019 è proseguito il progetto con prefettura e scuole.</p> <p>E' disponibile report/relazione sulle iniziative svolte.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2.9 Prevenzione degli incidenti domestici (Programma VII PRP)	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
continuare l'attività di sensibilizzazione della popolazione nella prevenzione degli incidenti domestici.	Report congiunto di monitoraggio relativo alle attività previste dal Programma VII PRP inviato alla DCS
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>La referente aziendale ha partecipato ai gruppi di lavoro.</p> <p>E' stato elaborato un report congiunto di monitoraggio inviato alla DCS dalla coordinatrice del gruppo con Pec di ASUITS dd 21.12.2018</p> <p>E' stato diffuso materiale informativo nelle AFT ed all'interno delle strutture del Dip.to materno-infantile.</p> <p>E' stato inoltre avviato il progetto "Lucette e cerotti" presso la Scuola dell'infanzia di Muzzana del Turignano incontrando insegnanti e genitori in dd 15.02.2018.</p>	
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>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>effettuate le 50 valutazioni ed inviate al referente regionale con PEC dd 29.11.2018</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
Partecipazione alla IV fase del progetto "Prodotti Finiti FVG" che prevede la stesura delle schede di prodotto (comprendenti la flow chart) con le metodiche e gli strumenti predisposti nell'ambito del progetto di ricerca	presenza (al 31/12/2018) di almeno 90 schede di prodotto correttamente elaborate e vistate dal responsabile scientifico del progetto di AAS5 (report della DCS)
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>Il personale dello PSAL ha partecipato alle riunioni del progetto, dando l'apporto di competenza alla realizzazione del risultato previsto. Il Dirigente tecnico dello PSAL ha fornito, in qualità di referente regionale del gruppo Me.La., tutti i dati richiesti per il progetto</p> <p>Relativamente all'area di Sanità Pubblica Veterinaria sono state validate dal responsabile scientifico regionale del progetto le flow chart (descrizione grafica del prodotto) e le schede prodotto (che definiscono il prodotto e forniscono chiarimenti interpretativi) dei 9 PF (Prodotti Finiti) assegnati in via definitiva al Gruppo 8 "Sanità animale e igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche" contribuendo al raggiungimento del totale di 115 PF validati a livello regionale.</p> <p>Anche gli operatori della SC di Igiene e Sanità pubblica hanno partecipato alle attività previste: il gruppo II ha licenziato i quattro prodotti finiti richiesti.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
attuazione Delibera 2520 del 14 dicembre 2017 (modifica regolamento emanato con Decr.Pres.Reg. 144/2015) su servizi residenziali e semi-residenziali per anziani	Si rimanda al capitolo sulla non autosufficienza della Struttura Programmazione Interventi Sociosanitari (Linea 3.5.1. Anziani non autosufficienza)
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>Vedi Linea 3.5.1. Anziani non autosufficienza</p>	
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 31.12.2018</p> <p>Il personale del Servizio ha partecipato ai lavori ed alla realizzazione dell'elaborato del Gruppo Regionale Edilizia, inerente l'omogeneità dell'applicazione delle procedure di vigilanza in edilizia in regione (vedi documenti GRE regionale).</p> <p>Report inviato alla DCS dal Responsabile GRE di AAS2 in dd 18/12/2018</p> <p>In data 11/05/2018 tenuto un incontro con i CSE (Coordinatori della Sicurezza in ambito Edile) in collaborazione</p>	

con l'Ordine degli Ingegneri della Provincia di Gorizia	
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	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
Attuazione al 31.12.2018 Il personale del Servizio ha partecipato ai lavori ed alla realizzazione dell'elaborato del Gruppo Regionale Agricoltura, inerente l'omogeneità dell'applicazione delle procedure di vigilanza in agricoltura in regione (vedi documenti GRA regionale). Il report è stato trasmesso con Nota PEC inviata alla DCS dd. 08/01/2019 prot. 1367/P/GEN/PREV-SEGR In data 14/12/2018 si è tenuto un incontro con le associazioni di categoria del comparto agricoltura della provincia di Gorizia, presso l'Istituto Scolastico Brignoli di Gradisca d'Isonzo.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
SIAN/VET: partecipare alla formazione degli auditor e al programma di mantenimento della qualifica	Almeno 50 auditor ufficiali formati a livello complessivo regionale (per AAS2: 10 auditor formati)
Attuazione al 31.12.2018 Il risultato è stato raggiunto. AAS2 ha già 10 auditor formati negli anni precedenti. Nel corso del 2018, con riferimento a quanto stabilito dall'ASR 46/CSR dd. 7/2/2013 (recepito con Decreto 1295/SEVE dd. 15/12/2014) 1 dirigente veterinario della SC Sanità Pubblica Veterinaria ha partecipato al corso di formazione codice DCS 221017 edizione 21/3/2018-5/4/2018 richiesto per il mantenimento della qualifica di auditor di sistema; 3 dirigenti (tutti quelli in possesso della qualifica di auditor regionale) hanno partecipato al corso di formazione DCS codice 212200 - edizione 19 -20/12/2017 per il mantenimento della qualifica. Già garantita la partecipazione a 3 audit nel triennio 2016-2018 richiesta per ciascun auditor ai fini del mantenimento della qualifica.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Partecipazione al corso di sostegno alle capacità organizzativo-gestionali delle risorse umane per dirigenti, coordinatori e P.O. dei Dipartimenti di Prevenzione, organizzato da parte di AAS5	Evidenza della partecipazione del Dipartimento di Prevenzione AAS2, certificata da AAS5
Attuazione al 31.12.2018 Tutti i dirigenti e P.O. individuati hanno partecipato a tutte le giornate del corso	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
SPSAL: partecipare attivamente al programma regionale di audit, scegliendo il comparto di interesse a	Operatori formati secondo le indicazioni del PRP (per AAS2: 7 operatori formati)

seconda della specificità territoriale.	costituzione del gruppo di auditori regionali individuazione delle aziende su cui avviare l'audit sui SGSL da parte auditori regionali e avvio della fase realizzativa
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>L'attività è stata svolta secondo le indicazioni regionali. Il personale PSAL ha partecipato a tutte le attività: è stato formato 1 assistente tecnico della Struttura come da indicazioni regionali.</p> <p>Attività non realizzata in attesa di indicazioni regionali (la DCS non ha stabilito i criteri per l'individuazione delle aziende né le modalità attuative per gli audit)</p>	
<p>Motivazioni scostamento dal risultato atteso</p> <p>La DCS ancora non ha stabilito i criteri per individuare le aziende né le modalità attuative per gli audit</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Diffusione delle Linee guida regionali per la prevenzione dei rischi in campo estetico e del Protocollo operativo regionale di controllo per le pratiche estetiche	Evidenza della pubblicazione sul sito aziendale istituzionale dei documenti approvati dalla Regione (applicazione LLGG regionali sui controlli delle pratiche estetiche, inclusi i tatuaggi di cui alla DGR 2668 dd 28.12.2017)
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>Il risultato è stato raggiunto.</p> <p>Le linee guida regionali sono state pubblicate sul sito aziendale il 28.05.2018</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Attuazione del Protocollo operativo regionale di controllo per le pratiche estetiche	<p>Effettuati i controlli di tutte le nuove SCIA di tatuatore e piercer</p> <p>Effettuati i controlli di 1 ogni 5 delle nuove SCIA presentate per estetista</p> <p>Effettuati i controlli di 1 ogni 10 delle nuove SCIA presentate per acconciatore</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>I controlli sono stati effettuati per tutte le nuove attività di tatuaggio e piercing per le quali è pervenuta al Dipartimento di Prevenzione la SCIA nel corso del 2018 (controllate tutte le 11 nuove attività segnalate nel corso del 2018)</p> <p>Nel corso del 2018 sono pervenute notifiche tramite SCIA di 12 nuove attività di estetica, per cui sono state controllate 3 di queste nuove attività</p> <p>Nel corso del 2018 sono pervenute notifiche tramite SCIA di 10 nuove attività di acconciatore, per cui è stata controllata 1 di queste nuove attività</p> <p>Per tutte tali attività di controllo sono stati inviati ai SUAP o ai Comuni, che avevano trasmesso la SCIA, formale riscontro di quanto rilevato, con le conseguenti indicazioni e/o prescrizioni.</p>	
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
PSAL: mantenere un'adeguata vigilanza nei settori edile e agricolo secondo i parametri definiti a livello nazionale	<p>Realizzare l'attività di vigilanza in almeno il 5% delle aziende del territorio.</p> <p>Edilizia: vigilare un numero di cantieri pari al 12% dei cantieri notificati nell'anno precedente. In caso di significative variazioni incrementali, si dovrà raggiungere almeno il numero dei cantieri vigilati nell'anno 2017.</p> <p>Agricoltura: vigilare almeno 15 aziende agricole a livello aziendale (Report di attività alla DCS)</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>Per quanto riguarda i primi due punti dell'obiettivo la carenza di personale, più volte sottolineata, non ha permesso il raggiungimento di quanto previsto. Il terzo punto dell'obiettivo è stato raggiunto come da indicazioni regionali.</p> <p>In particolare sono stati raggiunti i seguenti risultati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vigilanza aziende=n. 357 (70% del previsto); - vigilanza cantieri edili=n. 92 (50% del previsto); - vigilanza aziende agricole =n. 16 (110% del previsto) <p>Il report dell'attività del 2018 è stato trasmesso alla DCS con Nota Pec alla DCS dd. 13/02/2019 prot. 8768/GEN/DPTPREV-PSAL</p>	
<p>Motivazioni dello scostamento dal risultato atteso</p> <p>L'attività di vigilanza non ha raggiunto il risultato previsto per l'anno per carenza di personale tecnico nell'organico dello PSAL</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
E' STATO RAGGIUNTO SOLO 1 DEI 3 RISULTATI ATTESI	
PSAL: realizzare almeno un incontro informativo/formativo rivolto ai soggetti della prevenzione operanti nel settore edile e agricolo	Report di attività alla DCS con descrizione evento formativo, numero di operatori formati suddivisi per categoria
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>In data 11/05/2018, il personale PSAL ha tenuto un incontro con i CSE (Coordinatori della Sicurezza in ambito Edile) in collaborazione con l'Ordine degli Ingegneri della Provincia di Gorizia.</p> <p>In data 14/12/2018, il personale PSAL ha tenuto un incontro con le associazioni di categoria del comparto agricoltura della provincia di Gorizia, presso l'Istituto Scolastico Brignoli di Gradisca d'Isonzo.</p> <p>Il report di attività è stato trasmesso alla DCS con Nota Pec dd. 13/02/2019 prot. 8768/GEN/DPTPREV-PSAL</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
PSAL: realizzare in modo coordinato tra le Aziende della Regione, 2 corsi accreditati o 2 iniziative di sensibilizzazione, finalizzati ad una maggiore conoscenza della corretta valutazione dei rischi, al reinserimento dei soggetti patologici e all'appropriatezza e qualità delle segnalazioni di malattia professionale.	Realizzazione di 2 corsi accreditati o 2 iniziative di sensibilizzazione a livello regionale
Attuazione al 31.12.2018 Il Personale PSAL ha partecipato agli incontri, inerenti quanto previsto dall'obiettivo, tenutesi a Udine il 24/11/2018 e a Pordenone il 01/10/2018.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
PSAL: partecipare all'avvio dell'applicazione del metodo OCCAM	Analisi a livello regionale secondo metodologia OCCAM su una neoplasia professionale.
Attuazione al 31.12.2018 Non eseguito su indicazione regionale, come da comunicazione di ASUITS prot 66914/GenIV-1C.7567 del 22/12/2017	
Motivazioni scostamento del risultato atteso Non eseguito per indicazioni regionali, come da comunicazione di ASUITS, prot 66914/GenIV-1C.7567 del 22/12/2017	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
proseguire in ogni azienda il programma integrato di promozione della salute dei dipendenti, che coinvolge i medici competenti, per la declinazione operativa delle azioni dell'obiettivo specifico "Progetto pilota per un programma integrato di salute e benessere dei dipendenti pubblici..." del PRP.	Report sui lavoratori a rischio cardiovascolare globale Partecipazione ai lavori per l'adozione per regolamento regionale sul fumo Offerta di percorsi per smettere di fumare
Attuazione al 31.12.2018 Nell'ambito della sorveglianza sanitaria periodica per i dipendenti Aziendali, è proseguita la raccolta sistematica dei dati relativi al rischio cardiovascolare. Il report verrà redatto a cura della Medicina del Lavoro dell'Università di Trieste I medici competenti, nell'ambito della sorveglianza sanitaria periodica individuano, tra i soggetti fumatori, coloro i quali risultano orientati a smettere di fumare e li indirizzano all'Ambulatorio aziendale per il trattamento specialistico, attivato dalla SC Dipendenze. E' garantita l'offerta aziendale di percorsi per smettere di fumare dalla SC Dipendenze.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2.13 Miglioramento dei sistemi informativi e di sorveglianza (Programma XI PRP)	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
PSAL: alimentare le banche dati Informo e Malprof e coordinarsi per la stesura di un report regionale	Report congiunto di attività inviato alla DCS
Attuazione al 31.12.2018 Sono state alimentate le banche dati INFORMO e MALPROF come da indicazioni regionali. Report di attività inviato alla DCS con Nota PEC prot. 87990/P dd. 12/12/2018	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
PSAL: Sviluppo di sistemi informativi rivolta alla dematerializzazione delle comunicazioni obbligatorie	Evidenza di studio di fattibilità e prima applicazione delle procedure per l'informatizzazione delle notifiche ex art.99 del D.Lgs 81/08
Attuazione al 31.12.2018 E' stato prodotto un documento regionale sullo stato dell'arte, inerente l'attività prevista dall'obiettivo.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
PSAL: inviare i dati di attività del servizio di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro alla Regione per trasmissione al comitato interregionale di coordinamento	Dati inviati alla DCS entro i tempi definiti dalla Regione
Attuazione al 31.12.2018 I dati consuntivi del 2017 sono stati inviati alla DCS entro i termini previsti, in data 02/02/2018, Prot N° 6967/P/GEN/2-PREVML I dati consuntivi del 2018 sono stati inviati alla DCS entro i termini previsti, in data 13/02/2019 prot. 8768/GEN/DPTPREV-PSAL	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
PSAL: monitorare le verifiche periodiche delle attrezzature di lavoro con inserimento dei dati in apposito database	il 75% delle verifiche effettuate è inserito a data base
Attuazione al 31.12.2018 Tutte le verifiche periodiche (100%) eseguite dal personale del Servizio sono state inserite nel database di riferimento.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Partecipare all'incontro, organizzato dall'IRCCS Burlo Garofolo, di restituzione dei risultati della rilevazione 2017 del Progetto Okkio alla Salute	partecipazione ad almeno 1 incontro di restituzione dei risultati 2017
Attuazione al 31.12.2018 Partecipato con operatori dedicati all'incontro organizzato dall'IRCCS Burlo Garofolo	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

realizzazione, con il coordinamento dell'IRCCS Burlo Garofolo e in collaborazione con i Dipartimenti di Prevenzione delle altre Aziende del FVG, della raccolta dati periodica del progetto HBSC nelle scuole del Friuli Venezia Giulia (marzo-giugno 2018)	evidenza della collaborazione all'effettuazione dello studio
Attuazione al 31.12.2018 La referente aziendale sul Promozione della Salute ha seguito il progetto col supporto di due assistenti sanitarie del Dipartimento di Prevenzione.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Studi di sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento	Dare continuità allo studio di sorveglianza PASSI e iniziare PASSI d'Argento
Attuazione al 31.12.2018 PASSI: realizzati i campionamenti mensili (75 soggetti reclutati/mese); inviati i files mensili a Televita; assicurata la disponibilità per eventuali sostituzioni di soggetti reclutati o per contattare l'utenza. PASSI D'ARGENTO: è stata individuata in ambito della S.C. ISP dipartimentale la figura medica quale referente aziendale con compiti di coordinamento; il 3 aprile 2018 tale dirigente ha partecipato all'incontro regionale di formazione propedeutico all'avvio del programma. Nel corso del 2018 la sorveglianza è stata realizzata somministrando un questionario standardizzato ad un campione rappresentativo della popolazione ultra 64enne della Regione (prodotto dalla SOC "Servizio epidemiologico e Flussi Informativi") che ha ricevuto una lettera esplicativa da parte di INSIEL in cui veniva illustrato il progetto. Le interviste telefoniche sono state realizzate dagli intervistatori del call center regionale (TELEVITA Spa), mentre quelle "vis a vis" (meno del 10% del totale, sulla base dei dati nazionali, meno del 5% sulla base dell'esperienza condotta nella nostra Regione), sono state affidate alle Aziende, secondo un criterio di competenza territoriale. Risultati: al 31 ottobre sono state realizzate 5768 interviste su tutto il territorio regionale. A metà ottobre il call center ha richiesto di sostituire 896 nominativi, per lo più in condizioni di non eleggibilità (decessi e istituzionalizzazioni) intervenute dopo il campionamento fatto all'inizio dello studio. Per tale ragione, insieme alla epidemiologia e alla direzione dell'allora EGAS, al fine di conservare la rappresentatività di distretto stabilita in fase progettuale, si è deciso di procedere ad un nuovo campionamento e a recuperare le interviste previste entro febbraio 2019, per poi proseguire con la sorveglianza 2019 senza soluzione di continuo, come già previsto.	
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
Partecipazione attiva alle attività del "Gruppo Tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali " di cui al Decreto n°630/SPS del 12.08.15 finalizzato alla valutazione delle ricadute sulla salute connesse ai determinanti ambientali, comportamentali e sociali e della "Cabina di Regia" di cui al Decreto in° 695/SPS del 19.05.2017.	Evidenza di partecipazione al "Gruppo Tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali " e alla "Cabina di Regia".

<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>Il gruppo tecnico inter-istituzionale è stato convocato il 28 novembre 2018 presso la DCS sede Trieste. Presente rappresentante del Dipartimento di Prevenzione.</p> <p>Il Direttore di Dipartimento ha partecipato alla "Cabina di Regia" convocata (unica convocazione) sul tema della qualità delle acque destinate al consumo umano.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Partecipazione alla stesura del programma di controllo regionale per garantire la tutela della salute della popolazione dalle sostanze radioattive presenti nelle acque destinate al consumo umano secondo quanto previsto dal Decreto del 2.08.2017.</p> <p>Valutazione preliminare dei dati disponibili di concerto con ARPA FVG e con gli Enti Gestori.</p> <p>Avvio del monitoraggio.</p>	<p>Evidenza della partecipazione alla stesura del programma di controllo regionale con evidenza dell'invio dei dati richiesti dalla Regione.</p> <p>Effettuazione dei campionamenti previsti.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>Il personale designato ha partecipato in data 8 e 11 giugno e 3 dicembre agli incontri finalizzati alla stesura del programma di controllo regionale; i dati sono stati trasmessi alla regione il 17 novembre 2018; i campionamenti sono stati posticipati dalla DCS al 2019</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Conclusione, da parte degli operatori sanitari individuati come formatori, del percorso di formazione iniziato nel corso dell'ultimo trimestre del 2017 nell'ambito del progetto CCM 2015 "EpiAmbNet" (Rete nazionale di epidemiologia ambientale, valutazione impatto integrato sull'ambiente e salute, formazione e comunicazione) del Ministero della Salute.</p> <p>Partecipare, nel corso del secondo semestre, alla definizione degli obiettivi didattici e dei percorsi formativi che verranno realizzati a livello regionale nel 2019 e che saranno destinati ai MMG, PLS e gli altri operatori del Dipartimento di Prevenzione.</p>	<p>Evidenza della partecipazione degli operatori sanitari individuati come formatori ai moduli formativi previsti dal progetto CCM 2015 "EpiAmbNet" per il primo semestre del 2018.</p> <p>Condividere a livello regionale la proposta formativa per il 2019.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>Il personale designato ha partecipato al modulo "Corso sulla Valutazione di Impatto sulla Salute da esposizioni ambientali: dalla stima degli impatti alla comunicazione dei rischi" tenutosi a Firenze dal 21-24 maggio 2018 e al modulo "Epidemiologia ambientale" tenutosi a Trieste dal 17-19 dicembre 2018.</p> <p>Il Dipartimento di Prevenzione ha partecipato alla riunione dei referenti della linea "Ambiente e Salute" del 17 dicembre 2018 per la condivisione degli obiettivi didattici ed i contenuti dei percorsi formativi che verranno realizzati a livello regionale nel 2019 e che saranno destinati ai MMG, PLS e gli altri operatori sanitari della prevenzione.</p>	

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Sorveglianza delle acque potabili: mappatura dei pozzi privati utilizzati nell'ambito delle imprese alimentari.</p>	<p>Evidenza della mappatura, secondo un report fornito dalla Direzione Salute, dei pozzi che approvvigionano gli stabilimenti riconosciuti (Reg. 852/853), delle imprese alimentari che utilizzano l'acqua come ingrediente principale e di quelli che approvvigionano fasce sensibili della popolazione (scuole, asili, ecc.).</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>Fornito report alla DCS con individuazione dei pozzi che approvvigionano gli stabilimenti riconosciuti, delle imprese alimentari che utilizzano l'acqua come ingrediente principale e di quelli che approvvigionano fasce sensibili della popolazione (scuole, asili, ecc.).</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>AAS n. 2 "Bassa friulana - Isontina" - Centro Regionale Unico per l'Amianto (CRUA): mantenere a Palmanova e Monfalcone ambulatori specificamente dedicati alla sorveglianza ex esposti ad amianto, raccogliendo i dati di attività nelle altre aziende sanitarie.</p>	<p>Report regionale di attività</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>Garantita l'offerta nell'area bassa friulana e nell'area isontina tramite ambulatori specificamente dedicati alla sorveglianza ex esposti ad amianto ed implementata una visita aggiuntiva in priorità B in ogni seduta in entrambe le sedi (Palmanova e Monfalcone).</p> <p>Il CRUA ha predisposto e trasmesso alla DCS il report di attività 2017 confrontato con i dati 2016 (numero visite ed iscritti al registro regionale ex esposti Amianto).</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Raccogliere i dati relativi ai mesoteliomi degli ex esposti e inviare al COR assicurando la trasmissione delle schede ReNaM</p> <p>trasmettere i dati sui soggetti attualmente esposti al CRUA e alla DCS secondo le relazioni annuali compilate dalle ditte di bonifica.</p>	<p>dati inviati al COR</p> <p>schede ReNaM trasmesse</p> <p>i dati sui soggetti attualmente esposti sono trasmessi al CRUA e alla DCS</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>Tutti i dati relativi ai mesoteliomi degli ex esposti sono stati trasmessi al COR con le loro relative schede Re.Na.M.</p> <p>I dati, derivanti dalle relazioni annuali, arrivano automaticamente alla DCS e al CRUA, grazie alla nuova versione del programma di gestione attività Me.La..</p> <p>Il CRUA ha predisposto e trasmesso alla DCS il report coi dati di attività 2017 confrontati con i dati 2016 (numero visite ed iscritti al registro regionale ex esposti 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</p>	<p>almeno 1 controllo</p>

REACH/CLP, per quanto attiene target group e tipologia di sostanze controllate	
Attuazione al 31.12.2018 Il risultato atteso è stato raggiunto. È stato eseguito un controllo	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
AAS n.2 "Bassa Friulana-Isontina": realizzare un evento formativo rivolto in particolare agli operatori dei Servizi di igiene e sanità pubblica dei Dipartimenti di prevenzione delle aziende sanitarie e dell'Arpa coinvolti nelle attività di prevenzione e controllo in materia ambientale mirato ad aumentare le conoscenze dei regolamenti REACH e CLP e delle loro interazioni con le normative di settore con la finalità di informare e assistere le imprese interessate all'uso e alla gestione delle sostanze chimiche	1 evento formativo organizzato
Attuazione al 31.12.2018 Il risultato atteso è stato raggiunto. E' stato organizzato l'evento formativo il giorno 16/11/2018	
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 AAS2
Attuazione al 31.12.2018 In data 8 novembre 2018 si è tenuto a Udine il corso regionale su tubercolosi, cui hanno partecipato un medico e una assistente sanitaria della S.C. ISP del Dipartimento In data 10 e 17 dicembre 2018 si sono tenuti due incontri nell'ambito della FSC rivolti ai medici della S.C. ISP del Dipartimento aventi ad oggetto "Le LG nazionali e regionali per il controllo della malattia tubercolare".	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Assicurare il proseguimento delle campagne vaccinali già avviate e quelle di nuova introduzione (rotavirus ed herpes zoster)	Miglioramento delle coperture vaccinali
Attuazione al 31.12.2018	
Copertura vaccinale a 24 mesi di età per ciclo base difterite-tetano	2017: 89.3% - 2018: 92.50%
Copertura vaccinale a 24 mesi di età per ciclo base antipolio	2017: 88.9% - 2018: 92.38%
Copertura vaccinale a 24 mesi di età per ciclo base antiepatite B	2017: 87.5% - 2018: 91.84%
Copertura vaccinale a 24 mesi di età per ciclo base MPR	2017: 84.3% - 2018: 88.92%

Copertura vaccinazione antinfluenzale nell'anziano	2017: 54.8% - 2018: 57.5%
Riepilogo annuale vaccinazioni antirotavirus	2017: 157 - 2018: 1920
Riepilogo annuale vaccinazioni anti herpes zoster	2017: 23 - 2018: 56
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Assicurare l'avvio della procedura per il recupero della vaccinazione, una volta accertato l'inadempimento dell'obbligo vaccinale	Procedura uniforme per la gestione dei soggetti inadempienti in tutte le Aziende regionali.
Attuazione al 31.12.2018 Il risultato atteso è stato raggiunto. La procedura è adottata	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Avvio di un processo di accreditamento dei servizi vaccinali, previa definizione dei criteri da parte della Regione	evidenza di avvio del processo, previa definizione dei criteri da parte della Regione
Attuazione al 31.12.2018 In attesa della definizione dei criteri regionali, l'attività è ferma	
Motivazioni dello scostamento dal risultato atteso In attesa della definizione dei criteri regionali, l'attività è ferma	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
	NELL'AMBITO DEGLI INCONTRI CON I REFERENTI AZIENDALI DEI SERVIZI VACCINALI DI UN ACCREDITAMENTO "NON ISTITUZIONALE" E PERTANTO NON CI SONO CRITERI REGIONALI DA INDICARE, MA IL RIFERIMENTO È IL MANUALE "PROMUOVERE LA QUALITÀ NEI PROCESSI DI VACCINAZIONE", DOCUMENTO MESSO A PUNTO NELL'AMBITO DEL PROGRAMMA DI MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DEI SERVIZI REGIONALI DI VACCINAZIONE.
Adottare e applicare il piano regionale di sorveglianza e risposta alle arbovirosi trasmesse da zanzare	Assicurare la partecipazione multiprofessionale all'aggiornamento del Piano regionale coordinato dalla Direzione centrale
Attuazione al 31.12.2018 Assicurata la presenza (due medici e 1 biologo) del Dipartimento all'incontro a Trieste in DCS in data 18.09.2018	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Malattie Sessualmente Trasmesse (MST)	Collaborazione con il Burlo per il completamento del PDTA sulla gestione di laboratorio delle Malattie Sessualmente Trasmesse (MST)
Attuazione al 31.12.2018 La collaborazione è stata garantita. Il PDTA verrà completato e diffuso nel corso del 2019 sotto il coordinamento dell'IRCCS Burlo di Trieste	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

<p>Partecipare alle attività regionali per l'individuazione del coordinatore regionale medico e veterinario e la costituzione del gruppo tecnico regionale (GTR) per l'implementazione del PNCAR (controllo antibiotico resistenza).</p> <p>Il GTR identifica le modalità di implementazione delle azioni e costruzione il sistema di monitoraggio del PNCAR a livello regionale</p>	<p>Partecipazione al gruppo tecnico regionale, se richiesta, per la definizione delle modalità azioni regionali identificate nel PNCAR 2018 (output: documento tecnico) e per lo sviluppo del sistema di monitoraggio del PNCAR a livello regionale.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>Nessuna richiesta di partecipazione al gruppo tecnico regionale per la definizione delle modalità azioni regionali identificate nel PNCRA 2018 e per lo sviluppo del sistema di monitoraggio del PNCAR a livello regionale pervenuta al 31/12/2018.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO STRALCIATO</p> <p>L'OBIETTIVO 2018 DI "SVILUPPARE IL SISTEMA DI MONITORAGGIO DEL PNCAR A LIVELLO REGIONALE" È STATO RIMANDATO IN ATTESA DELLA DEFINIZIONE DEGLI STANDARD REGIONALI ED AZIENDALI DI IMPLEMENTAZIONE DEL PNCAR PER TUTTE LE REGIONI. QUESTI ULTIMI SONO PREVISTI DAL PROGETTO "AZIONE CENTRALE CCM2018 -IMPLEMENTARE IL PIANO NAZIONALE PER IL CONTRASTO ALL'ANTIBIOTICO RESISTENZA NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE: STANDARD MINIMI E MIGLIORAMENTO CONTINUO" AL QUALE PARTECIPANO, COME RESPONSABILE SCIENTIFICO E UNITÀ OPERATIVA N.6, RISPETTIVAMENTE, IL COORDINATORE REGIONALE MEDICO E VETERINARIO DEL PNCAR PER LA REGIONE FVG.</p>
<p>Tutti gli ospedali partecipano ai programmi di sorveglianza delle ICA, con evidenza di monitoraggio degli indicatori regionali.</p>	<p>indicatori regionali monitorati</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>L'Azienda partecipa ai programmi di sorveglianza e di monitoraggio degli indicatori regionali.</p> <p>Nel corso del 2018 sono stati inviati alla DCS: il report del 2° semestre 2017 in data 22.03.2018 ed il report del 1° semestre 2018 in data 27.09.2018.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>
<p>Veterinari: censimento dei laboratori privati coinvolti nel monitoraggio e sorveglianza dell'AMR (entro il 2018).</p>	<p>Le AAS realizzano il censimento dei laboratori privati che eseguono esami batteriologici e test di farmaco-sensibilità in Regione FVG. (ad oggi non esistono laboratori privati sul territorio AAS2)</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>I laboratori veterinari di analisi rientrano tra le strutture veterinarie pubbliche e private di cui all'art. 1 della DGR 3463 dd. 21.12.2004. Sono sottoposti (art. 2) ad autorizzazione sanitaria rilasciata dal Sindaco ex art. 23 del DPR 854 dd 10.6.1955 previo parere del Responsabile del S.V. della competente AAS.</p> <p>Non risultano agli atti d'ufficio istruttorie riguardanti strutture site nel territorio di competenza AAS2 relative al rilascio di tale autorizzazione al 31/12/2018.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>

<p>Veterinari: Adesione al Sistema Informativo Nazionale per la completa digitalizzazione della gestione del medicinale veterinario e della ricetta elettronica (entro il 2018)</p>	<p>Le AAS aderiscono al Sistema Informativo Nazionale per la tracciabilità del farmaco per quanto di loro competenza</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>Completata la formazione e l'aggiornamento sugli applicativi. Tutti i veterinari dirigenti della SOC SPV sono stati abilitati alla visualizzazione e scarico delle prescrizioni degli allevamenti siti nel territorio di competenza della AAS tramite il portale Vetinfo https://www.vetinfo.sanita.it/sso_portale/accesso.pl</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>
<p>Veterinari: progressiva integrazione delle aziende zootecniche al sistema informatico di supporto all'attività di classificazione delle aziende sulla base di indicatori di rischio (entro il 2018)</p>	<p>Le AAS assicurano che le aziende zootecniche siano progressivamente integrate nel sistema informatico di supporto all'attività di classificazione delle aziende sulla base di indicatori di rischio</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>Al 31/12/2018 l'applicativo SICER consente l'inserimento della classificazione del rischio esclusivamente per il CU di farmacosorveglianza riguardante le aziende zootecniche.</p> <p>Inserite in SICER le check list compilate per 66 aziende controllate per il calcolo del coefficiente di rischio sulle 66 il cui CU era programmato al 31/12/2018 (100 %)</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>
<p>Veterinari: Condivisione delle Linee guida nazionali per la corretta gestione degli allevamenti di animali da reddito al fine di ridurre le prescrizioni di antimicrobici e prevenire il rischio di antibiotico-resistenza</p>	<p>Attuazione di interventi di biosicurezza in allevamenti di animali da reddito con utilizzo dei criteri di valutazione derivanti dalle Linee guida nazionali</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>Il risultato è stato raggiunto. Eseguiti 40 interventi di controllo ufficiale per la verifica dei requisiti di biosicurezza in aziende del comparto zootecnico ove sono tenuti animali destinati alla produzione di alimenti, sui 40 programmati al 31/12/2018 (100 %)</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>
<p>Veterinari: Recepimento check-list ed esecuzione di audit secondo le procedure consolidate (entro il 2018).</p>	<p>L'AAS recepisce ed adotta le nuove check-list per consentire una valutazione di rischio correlata anche al fenomeno dell'antibiotico-resistenza</p> <p>Nel 2018 l'AAS realizza e registra in SICER il controllo ufficiale di farmacosorveglianza sulla base della programmazione regionale.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>Recepite ed adottate le nuove check-list trasmesse dalla DCS (versione 9 rilasciata il 14/6/2018) per consentire una valutazione di rischio correlata anche al fenomeno della antibiotico-resistenza.</p> <p>Al 31/12/2018 il sistema SICER non era ancora completamente operativo nel senso che non era possibile la redazione e la stampa di verbali, ma solo le registrazioni dei controlli. Al 31/12/2018 l'applicativo SICER ha consentito l'inserimento della classificazione del rischio esclusivamente per il CU di farmacosorveglianza</p>	

riguardante le aziende zootecniche: inserite in SICER le check list compilate per 66 aziende controllate per il calcolo del coefficiente di rischio sulle 66 il cui CU era programmato al 31/12/2018 (100 %).

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Corso di formazione per Medici e Veterinari sul buon uso degli antibiotici	Organizzazione del corso di formazione per Medici e Veterinari sul buon uso degli antibiotici (entro il 2018)
Attuazione al 31.12.2018	
Il risultato atteso è stato raggiunto .Tutti i veterinari dirigenti della SOC SPV hanno partecipato al corso di formazione codice AAS5_18132 (edizione 31/05/2018) "La strategia one-health nelle azioni di contrasto alla resistenza agli antibiotici negli allevamenti zootecnici, nei nosocomi e nell'ambiente" organizzato dall'AAS n. 5 a Palmanova il 31/05/2018.	
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 mensilmente i dati di attività	Report mensile
Attuazione al 31.12.2018	
Il protocollo è stato applicato ed è stato garantito l'invio mensile del report dei dati di attività alla DCS, a cura del Dipartimento di Prevenzione.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Garantire in Azienda la possibilità di accesso ad un ambulatorio per prime cure per i soggetti non in regola con le norme sul soggiorno, con l'individuazione di un percorso facilitato rispetto al rilascio del codice STP/ENI (Straniero Temporaneamente Presente/Europeo Non Iscritto);	In AAS2 è presente un ambulatorio (nell'ambito del Dipartimento di Prevenzione)
Attuazione al 31.12.2018	
In collaborazione con il Comitato di Gorizia della C.R.I. si gestisce un ambulatorio rivolto ai soggetti richiedenti asilo e protezione internazionale che assicura una prima valutazione clinica generale per l'individuazione di eventuali patologie pregresse o in atto soprattutto di carattere trasmissibile, attivando nel caso di positività i percorsi clinici e assistenziali necessari; inoltre, si svolgono le vaccinazioni previste dai programmi nazionali e regionali e si assicura il rilascio del codice STP.	
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 31.12.2018	
Il corso sul buon uso degli antibiotici AAS2-18165 si è tenuto il 28/11/2018. Vi hanno partecipato 56 operatori	

di cui n. 50 dirigenti medici e n. 6 altri operatori delle professioni sanitarie.

Nel biennio 2016-2017 erano già stati formati 154 medici (106+48).

Complessivamente quindi nel triennio 2016-2018 sono stati formati n. 204 medici (106+48+50) che, rapportati alla numero di medici e odontoiatri presenti al 31/12/2018 (pari a 480), determina una percentuale di unità formate pari al 42,5%.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
diffondere a tutti gli operatori sanitari la reportistica regionale sulle resistenze batteriche	Report regionale inviato in formato elettronico a tutti gli operatori sanitari coinvolti in prescrizione e somministrazione di farmaci

Attuazione al 31.12.2018

Il report regionale è stato diffuso a tutti gli operatori sanitari coinvolti in prescrizione o somministrazione di farmaci

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
In applicazione del Piano generale regionale di risposta alle emergenze, definire e formalizzare l'unità di crisi aziendale	Dare evidenza della formalizzazione dell'unità di crisi aziendale e delle procedure conseguenti, in applicazione del Piano generale.

Attuazione al 31.12.2018

Attività non realizzata.

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.

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
Garantire la partecipazione degli operatori dedicati al percorso formativo programmato a livello regionale sull'allattamento al seno	80% operatori dedicati formati in ogni Azienda

Attuazione al 31.12.2018

Con nota della DCS prot. n. 22226/P dd 26/11/2018 a firma del Direttore dell'Area della Prevenzione e Promozione della Salute, è stato rimodulato l'indicatore in oggetto al valore dell'80% degli operatori formati entro l'anno 2019. Inoltre la stessa nota DCS precisa che l'indicatore del piano Regionale della Prevenzione si propone di raggiungere la percentuale del 73% sia nel 2018 che nel 2019, relativo alle donne che allattano al seno in modo esclusivo al momento della dimissione dopo il parto.

Il valore raggiunto a livello Aziendale nell'anno 2018 è stato pari al 78,4% quindi il target può ritenersi ampiamente raggiunto.

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

Mantenere ed ottimizzare il sistema di rilevazione sull'allattamento al seno alla dimissione e alla seconda vaccinazione	100% dei nati nelle strutture aziendali hanno una scheda di rilevazione inserita nel sistema di rilevazione regionale entro il 20 febbraio 2019
Attuazione al 31.12.2018	
100% delle schede allattamento al seno alla dimissione dei nati residenti in regione sono state inserite entro il 20 febbraio	
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 2018 per favorire il maggior consumo di frutta e verdura, la riduzione del consumo di sale, usando quello iodato, l'utilizzo di prodotti preferibilmente tipici e a filiera corta	contributo al 5% delle gare d'appalto di PA e Enti in corso nel 2018 in ogni Azienda
Attuazione al 31.12.2018	
A marzo 2018 le PA e Enti già mappati nel 2016 e nel 2017 sono state contattati con richiesta di restituzione di informazioni relative agli appalti in essere e alle loro scadenze. Hanno risposto 32 Comuni, di cui 16 avevano l'appalto in scadenza.	
A giugno 2018 i 16 Comuni con appalto in scadenza sono stati ricontattati con la richiesta di confermare: o l'avvenuto inserimento delle specifiche richieste all'interno dei capitolati già scaduti e rinnovati o l'impegno ad inserirle in quelli attualmente in via di rinnovo.	
Nell'occasione è stata offerta disponibilità a collaborare alla redazione delle specifiche parti dei capitolati.	
I seguenti Comuni hanno comunicato di aver inserito o aver predisposto l'inserimento delle specifiche nei capitolati rispettivamente già rinnovati nelle settimane precedenti o in via di rinnovo: Aiello del Friuli, Fiumicello, Villa Vicentina, Santa Maria la Longa, Grado, Porpetto, Rivignano-Teor	
Di 16 Comuni hanno risposto 7 pari al 43,75%. L'obiettivo stato quindi raggiunto.	
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 31.12.2018	
Il 30 novembre 2018 si è tenuto a Gorizia il corso accreditato ECM AAS2_18216 dal titolo: "Alimenta la salute. Fake news e disinformazione in campo alimentare"	
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	partecipazione alla realizzazione del corso regionale report che evidenzi la diffusione dei contenuti nel territorio aziendale

soggetti allergici e intolleranti attraverso la corretta applicazione del Reg.CE 1169/2011	
Attuazione al 31.12.2018 È stata assicurata la partecipazione al corso regionale che si è tenuto a Udine il 4 dicembre 2018	
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 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 31.12.2018

Obiettivo raggiunto. Effettuati 39 controlli sulla condizionalità come da convenzione con il MIPAAF/AGEA sui 39 programmati al 31/12/2018 nell'ambito del PQSA (100 %).

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 2017	Effettuare il 100% dei controlli ufficiali (interventi ispettivi, audit, campionamenti, e controlli congiunti SIAN e Servizio Veterinario) previsti dal PRISAN 2018

Attuazione al 31.12.2018

L'obiettivo è stato raggiunto. Sono state eseguite 732 ispezioni e 13 audit in stabilimenti di alimenti di origine animale. Si allega al riguardo la relazione sul PRISAN già inviata alla Regione FVG Servizio di Sanità Pubblica Veterinaria, con prot. 12044 del 28.2.2019.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Attuazione dell'ultimo anno del Progetto Piccole Produzioni Locali in accordo con la Direzione centrale agricoltura.	Garantire l'informazione capillare e la formazione sul territorio, informando le Aziende del Settore Alimentare della conclusione del Progetto e delle possibili evoluzioni delle PPL. Stesura di una relazione finale dettagliata di verifica Aziendale. Tale relazione dovrà riportare, il numero di PPL registrate ed il numero di ispezioni, un'analisi critica con punti di forza e debolezza del Progetto rilevate sul territorio. La relazione dovrà altresì riportare il dettaglio delle attività eseguite su: 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 31.12.2018</p> <p>La SC Igiene degli Alimenti di Origine animale ha garantito consulenza e una informazione capillare sul territorio.</p> <p>Al 31.12.2018 non vi sono state PPL di alimenti di origine animale sul territorio di competenza. Relazione allegata del responsabile.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Garantire la funzionalità del sistema informativo Sicer per l'Area dell'Igiene e Sicurezza Alimentare degli Alimenti di origine animale (Area B) e SIAN.	Piena funzionalità del sistema informatico Sicer al 31 dicembre 2018.
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>Il sistema SICER, pur con alcune criticità, ha iniziato ad operare adeguatamente nel mese di ottobre 2018. La Regione FVG ha prorogato i termini per la piena funzionalità del sistema al 31 dicembre 2019. Nel mese di febbraio 2019 sono stati organizzati incontri di formazione sul suo utilizzo.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Procedere nelle attività del Piano regionale di monitoraggio e controllo della Malattia di Aujeszky dei suini, al fine di richiedere l'accreditamento per Regione indenne.	n. allevamenti della coorte individuati dal Piano regionale da controllare al fine di richiedere lo status di Regione indenne.
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>Controllati 152 allevamenti da riproduzione e ingrassi commerciali sui 154 popolati (98,7 %) (allevamenti censiti al 31.03.2018 in BDN suini: 180 di cui 26 chiusi o in vuoto di stalla), 5 allevamenti da riproduzione sui 5 popolati (100%) (allevamenti censiti al 31.03.2018 in BDN suini: 6 di cui 1 chiuso) e 53 familiari per contribuire al raggiungimento a livello regionale della numerosità di aziende da controllare previste dal piano (n. 870).</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	Realizzazione del 100% degli interventi di controllo sul rispetto del benessere animale richiesti dal PRISAN 2018
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>Eseguiti 67 controlli ufficiali sul benessere animale negli allevamenti e durante il trasporto sui 67 pianificati al 31/12/2018 (100 %).</p>	
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

<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>Eseguiti 8 controlli ufficiali sull'anagrafe ovi caprina sugli 8 pianificati al 31/12/2018 (100 %).</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	
<p>Applicazione del PRP sull'Igiene Urbana Veterinaria.</p>	<p>Effettuare il 100% dei controlli sulle strutture di ricovero e custodia sia convenzionate che non convenzionate.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>Eseguiti 39 C.U. sulle strutture di ricovero e custodia sia convenzionate che non convenzionate sui 39 pianificati al 30.09.2018 (100 %).</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	
<p>Applicazione piano vaccinale blue tongue</p>	<p>100% entro 31 dicembre 2018 al fine di ottenere nuovamente l'indennità</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>Vaccinati 188 allevamenti bovini e bufalini e 139 allevamenti ovicaprini pari al 100% degli allevamenti e dei capi bovini, bufalini ed ovi caprini vaccinabili con le dosi vaccinali fornite dalla DCS integrate da ulteriori 100 dosi richieste e cedute dalla SC SPV dell'AAS 5 "Friuli Occidentale".</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	

3.3 ASSISTENZA DISTRETTUALE

3.3.1 Assistenza primaria	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Completamento dell'attuazione di quanto previsto dalla L.R. 17/2014 per l'assistenza medica primaria, in coerenza con l'AIR 2016-2018</p>	<p>Assistenza medica primaria riorganizzata in coerenza con le disposizioni regionali</p>
<p>Attività sperimentale dello psicologo nel CAP</p>	<p>Evidenza dell'attività effettuata dallo psicologo nel CAP di Grado.</p>
<p>Avvio della sperimentazione del Fascicolo sanitario elettronico</p>	<p>Almeno il 15% dei MMG-AAS2 partecipa alla sperimentazione secondo le modalità stabilite dalla Direzione centrale salute</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>L'Accordo integrativo aziendale è stato approvato e reso esecutivo con decreto DG n. 295 dd. 19.4.2018 recante approvazione Piano di intervento AFT anno 2018</p> <p>L'attività svolta dallo psicologo presso il CAP di Grado è proseguita anche nel 2018</p> <p>L'attività non era realizzabile in quanto nessun MMG dell'Azienda, seppur invitato ad aderire, ha manifestato la sua disponibilità a partecipare alla sperimentazione secondo le modalità stabilite dalla DCS (sul punto si</p>	

rimanda alla rendicontazione della Linea 5.2 sul FSE).	
Motivazioni scostamento dal risultato atteso Relativamente al punto 3) nessun MMG dell'Azienda ha manifestato la sua disponibilità a partecipare alla sperimentazione secondo le modalità stabilite dalla DCS.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.2 Accreditemento	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Partecipazione attiva al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti.	L'AAS2 mette a disposizione i valutatori per i sopralluoghi, secondo le indicazioni della DCS, per almeno 30 giornate;
Partecipazione al programma di accreditamento nazionale degli organismi tecnicamente accreditanti	Evidenza della collaborazione dei referenti dell'accREDITamento AAS2, che hanno partecipato al corso di formazione dell'AGENAS, con l'organismo tecnicamente accreditante (OTA) per la predisposizione della documentazione necessaria a conseguire l'accREDITamento nazionale
Attuazione al 31.12.2018 Sono stati messi a disposizione valutatori formati per un numero di giornate pari a 98. Il referente aziendale che ha partecipato alla formazione AGENAS ed il referente aziendale per l'accREDITamento membro dell'OTA hanno partecipato attivamente alla predisposizione della documentazione necessaria all'accREDITamento nazionale dell'OTA. L'audit nazionale si è svolto il giorno 22 novembre con risultati positivi per l'OTA FVG.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.3 Odontoiatria sociale	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Mantenimento delle prestazioni LEA erogate	Media aziendale di almeno 1,6 prestazioni/ora per odontoiatra
Attuazione al 31.12.2018 Nell'anno 2018 la media aziendale AAS2 è stata di 1,6 prestazioni/ora per odontoiatra.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Prestazioni non LEA erogate	200 casi di terapia ortodontica e 500 pazienti con almeno un'arcata edentula riabilitati con protesi totali, nelle sedi attivate
Attuazione al 31.12.2018	

<p>- terapia ortodontica: l'attività aziendale non è stata ancora attivata.</p> <p>- protesi: consegnate 79 protesi. L'offerta è condizionata dalla domanda.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO MANCATA ATTIVAZIONE AMBULATORIO DI ORTOGNATODONZIA
Percentuale aziendale di visite odontostomatologiche	3. non superiore al 40% del totale delle prestazioni erogate (escluse le visite del pronto soccorso odontostomatologico)
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>La percentuale della Visita odontostomatologica - 89.7B.5 sul totale delle prestazioni erogate è pari al 18%.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO 34,30%
Prosecuzione attività svolte nel 2017	Razionalizzazione dell'offerta di San Giorgio di Nogaro e Latisana
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>L'obiettivo non è stato realizzato a causa della carenza di personale infermieristico di assistenza alla poltrona, che non si è potuta colmare nel 2018.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

3.3.4 Riabilitazione	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Attivazione a livello aziendale della rete per le malattie neuromuscolari e la sclerosi laterale amiotrofica	L'AAS attiva un gruppo integrato neuromuscolare (GIN) per la presa in carico della persona con malattia neuromuscolare nell'ambito territoriale di competenza.
Attivazione a livello aziendale del PDTA per la sclerosi multipla	Entro il 31.12.2018 l'80 % dei pazienti con sclerosi multipla sono presi in carico con le modalità previste dal PDTA
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>Il gruppo GIN è stato formalmente attivato dall'AAS con DDG n. 640 del 20/09/2018. In realtà il gruppo si era già costituito precedentemente ed, a partire da marzo 2018, è stato attivato presso l'Ospedale di Monfalcone un ambulatorio multidisciplinare che effettua la valutazione fisiatrica, neurologia e pneumologica dei pazienti con malattia neuromuscolare e SLA residenti nell'ambito territoriale AAS2. Le sedute ambulatoriali si sono svolte con cadenza mensile nelle seguenti date: 20/3, 17/4, 12/6, 17/7, 10/9, 16/10, 20/11 e 18/12/2018. A partire dal mese di agosto l'ambulatorio riabilitativo SM è stato attivato anche nell'Ospedale di Gorizia, le sedute si sono svolte in data 23/8, 20/9, 18/10, 15/11 e 20/12/2018.</p> <p>Per accrescere le competenze degli operatori aziendali nella presa in carico di questa tipologia di pazienti è stato altresì organizzato un corso di formazione accreditato, tenutosi a Palmanova il 19/10/18, dal titolo</p>	

<p>“Percorso diagnostico terapeutico sclerosi multipla”.</p> <p>A dicembre 2018 è stato elaborato (in bozza) il documento “percorso assistenziale delle persone con sclerosi multipla” con la finalità di contestualizzare a livello aziendale il PDTA regionale adottato con DGR n. 11/2018. Tale documento avrà la sua piena applicazione nel 2019. .</p>	
<p>Motivazioni scostamento dal risultato atteso</p> <p>Relativamente al punto 2, sebbene il PDTA aziendale sia stato elaborato solo a fine anno, si rileva come l'Azienda abbia organizzato ed avviato operativamente la rete già nei primi mesi dell'anno attivando un ambulatorio multidisciplinare dedicato a Monfalcone (da marzo) e riabilitativo a Gorizia (da agosto). Ciò ha consentito di poter garantire l'offerta per la valutazione e presa in carico di tutti i pazienti residenti nel territorio aziendale di competenza.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</p>

<p>3.3.5 Superamento della contenzione</p>	
<p>Dare attuazione alla DGR n. 1904/2016</p>	<p>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>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>Il report di monitoraggio del fenomeno della contenzione è stato elaborato.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>

<p>3.3.6 Diabete</p>	
<p>Obiettivo aziendale</p>	<p>Risultato atteso</p>
<p>Gestione integrata del diabete in coerenza con la DGR 1676/2015</p>	<p>Presentazione report dati attività 2017-2018 con evidenza di miglioramento</p>
<p>Diabete in ospedale (DGR 1572/2017): Implementazione del programma regionale per la formazione del personale ospedaliero; organizzazione dei team ospedalieri.</p>	<p>Diabete in ospedale: Effettuazione degli eventi formativi in ogni azienda; costituzione e organizzazione dei team ospedalieri.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>È stato elaborato in dd 29.06.18 il PDTA aziendale DELLA PERSONA CON DIABETE TIPO II NON INSULINO TRATTATO E NON COMPLICATO in coerenza con la DGR 1676/2015 "Documento di indirizzo regionale sull'assistenza della persona con diabete" ed è stato pubblicato in Intranet su format aziendale . A partire dal mese di giugno è stato effettuato un monitoraggio dati, con evidenza di miglioramento degli indicatori. Avviati a gestione integrata n. 100 pazienti (+30% rispetto a 2017)</p> <p>Organizzati due eventi: a Monfalcone il 8/11/18 e a Palmanova il 25/10/2018.</p> <p>Individuati i team ospedalieri composti da medici diabetologi e infermieri professionali</p>	

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

3.3.7 Cronicità

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

Attuazione al 31.12.2018

Nel corso del 2018 si è data piena attuazione al percorso assistenziale sullo scompenso cardiaco. Sono stati attivati gli ambulatori scompenso di competenza integrata cardiologico – internistica nelle strutture di Cardiologia di Gorizia, Monfalcone, Palmanova e Latisana e nelle strutture di Medicina Interna di Gorizia, Monfalcone e Palmanova.

E' stato organizzato un corso di formazione sul campo per il personale del comparto da addestrare al follow up territoriale.

Tutti i casi di pazienti eleggibili vengono segnalati dalle strutture ospedaliere ai PUA di riferimento distrettuale e vengono seguiti con follow up territoriale (medicina d'iniziativa).

I MMG hanno contribuito alla stesura del PDTA e vengono informati della dimissione del paziente e dell'inserimento dello stesso nel percorso assistenziale. I MMG contribuiscono attivamente al follow up territoriale in integrazione con le strutture ospedaliere.

Periodicamente vengono monitorati gli indicatori del percorso assistenziale. I risultati relativi al tasso di ospedalizzazione sono in costante miglioramento (Tasso std 50 – 74 a.: 2017 = 271,3; 2018 = 230,1) Reportistica specifica cui casi segnalati ai PUA è disponibile presso i Distretti.

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

3.3.8 Assistenza protesica

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

Attuazione al 31.12.2018

L'azienda ha partecipato agli incontri del tavolo regionale sull'appalto per il Service di manutenzione, sanificazione e consegna presidi, nelle riunioni svolte in data 06/09/2018 e 12/10/2018 presso l'EGAS di Udine. L'incontro in riferimento alla gara regionale per la Fornitura dei presidi è stato rinviato al 07/01/2019

Applicate le nuove modalità prescrittive per il territorio ex ASS5 (Bassa Friulana) e limitatamente alla parte autorizzativa. Nel corso del 2018 l'Azienda ha avviato un percorso per l'unificazione delle modalità

organizzative e dei percorsi di accesso all'assistenza protesica nell'area bassa Friulana e nell'area Isontina.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

3.4 ASSISTENZA FARMACEUTICA

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
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>DGR n. 2350/2018: I tetti nazionali riportati sono aggregati a livello regionale (non aziendale) e le elaborazioni per la verifica del rispetto degli stessi vengono effettuate a livello centrale (AIFA).</p> <p>Gli Enti del SSR contribuiscono al rispetto dei predetti tetti promuovendo azioni di appropriatezza ed efficientamento.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>Dato non disponibile a livello aziendale.</p> <p>L'Azienda ha contribuito al rispetto dei tetti promuovendo azioni di appropriatezza ed efficientamento</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	<p>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</p> <p>I TETTI NAZIONALI RIPORTATI SONO AGGREGATI A LIVELLO REGIONALE (NON AZIENDALE) E LA VERIFICA DEL RISPETTO È EFFETTUATA A LIVELLO CENTRALE. DALL'ULTIMO REPORT AIFA GENNAIO-DICEMBRE 2018 IL TETTO PER LA CONVENZIONATA RISULTA RISPETTATO (7,05% VS 7,96% TARGET). IL TETTO PER GLI ACQUISTI DIRETTI NON È STATO RISPETTATO (10,16% VS 6,89% TARGET)</p>
<p>L'Azienda individua, sia a livello territoriale (distrettuale, ambulatoriale, MMG) che ospedaliero, specifici obiettivi per tutti i prescrittori correlati ad indicatori di risultato predefiniti. A tal fine l'AAS effettuerà un monitoraggio periodico sull'utilizzo delle categorie di farmaci a maggior impatto di spesa e rischio di inappropriata favorendo l'impiego di medicinali con il miglior rapporto di costo-efficacia, redigendo un report semestrale da inviare alla DCS con evidenza delle iniziative di audit e feedback adottate, delle azioni intraprese nel corso del primo e secondo semestre sia con riferimento alle iniziative di</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 ospedalieri e territoriali - azioni intraprese

<p>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>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>La AAS2 ha condotto un'azione di audit e feedback sia in ambito ospedaliero sia in ambito territoriale.</p> <p>In ambito ospedaliero, l'attenzione è stata particolarmente rivolta alle aree oncologica, reumatologica, HIV, gastroenterologica, ematologica e neurologica. Sono stati individuati obiettivi specifici declinati nelle schede di budget. Sono stati prodotti report con un 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 con i MMG. I medici stati sono motivati a perseguire gli obiettivi individuati dall'Accordo integrativo regionale per la medicina generale del 2018.</p> <p>La SC Farmacia Unica Aziendale ha inviato alla DCS due report a cadenza semestrale da cui si evincono gli obiettivi assegnati ai prescrittori e le azioni intraprese.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>
<p>L'Azienda garantisce la collaborazione ad EGAS (in qualità di aggregatore della domanda), nella stesura dei capitolati tecnici, al fine di perseguire un governo sulle politiche regionali di acquisto dei farmaci e dei dispositivi medici.</p>	<p>Evidenza della collaborazione garantita alla stesura dei capitolati tecnici</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>La AAS2 è stata costantemente a disposizione di EGAS per la stesura dei capitolati tecnici regionali per l'acquisto dei farmaci e dispositivi medici. Ha altresì collaborato al miglioramento costante del sistema della DPC.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>
<p>In ambito territoriale la prescrizione dei medicinali a brevetto scaduto, con particolare riferimento alle classi terapeutiche individuate dagli indicatori AIFA-MEF presenti sul sistema Tessera Sanitaria (TS) e riportati nella tabella 1, dovranno tendere ai valori target indicati.</p>	<p>C08CA – derivati diidropiridinici >= 92,10%</p> <p>C09CA - antagonisti dell'angiotensina II, non associati >= 97,50%</p> <p>C09DA - antagonisti dell'angiotensina II e diuretici >= 96,0%</p> <p>C10AA - inibitori della HMG COA reduttasi >= 87,0%</p> <p>G04CB - inibitori della testosterone 5-alfa reduttasi >= 57,8%</p> <p>M05BA - bifosfonati >= 83,1%</p> <p>N03AX - altri antiepilettici >= 98,7%</p> <p>N02CC - agonisti selettivi dei recettori 5HT1 >= 97,1%</p> <p>S01ED – sostanza beta-bloccanti >= 41,4%</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>La AAS2 ha promosso la prescrizione dei farmaci a brevetto scaduto operando sia a livello di induzione</p>	

<p>ospedaliera sia in ambito prescrittivo territoriale.</p> <p>A livello ospedaliero è stato assegnato ai reparti l'obiettivo di garantire almeno il 95% delle prescrizioni alla dimissione con molecole a brevetto scaduto, relativamente alle principali categorie dagli indicatori AIFA-MEF (fatti salvi i casi di: intolleranza, mancata risposta, proseguimento della terapia).</p> <p>A livello territoriale sono stati presentati e discussi in AFT gli indicatori AIFA-MEF.</p> <p>Come evidenziato dal report regionale della farmaceutica per i 12 mesi 2018, il raggiungimento dei valori target è avvenuto in 5 indicatori su 9.</p> <p>Gli indicatori non raggiunti fanno riferimento a patologie croniche in cui la modifica della terapia non è facile da attuare.</p> <p>Si riportano di seguito i risultati raggiunti per i 9 indicatori, come risulta dal report regionale della farmaceutica per l'anno 2018 (Fonte: portale Tessera Sanitaria (TS). Dati aggiornati al 14/02/2019</p> <p>C08CA – derivati diidropiridinici >= 92,10%. Risultato raggiunto: 90,9%</p> <p>C09CA - antagonisti dell'angiotensina II, non associati >= 97,50%. Risultato raggiunto: 99,8%</p> <p>C09DA - antagonisti dell'angiotensina II e diuretici >= 96,0% Risultato raggiunto: 99,1%</p> <p>C10AA - inibitori della HMG COA reduttasi >= 87,0% Risultato raggiunto: 99,2%</p> <p>G04CB - inibitori della testostosterone 5-alfa reduttasi >= 57,8% Risultato raggiunto: 100%</p> <p>M05BA - bifosfonati >= 83,1% Risultato raggiunto: 68,3%</p> <p>N03AX - altri antiepilettici >= 98,7% Risultato raggiunto: 93,3%</p> <p>N02CC - agonisti selettivi dei recettori 5HT1 >= 97,1% Risultato raggiunto: 97,2%</p> <p>S01ED – sostanza beta-bloccanti >= 41,4% Risultato raggiunto: 34,0%</p>	
<p>Motivazioni scostamento dal risultato atteso</p> <p>I quattro indicatori non raggiunti (C08CA – derivati diidropiridinici, M05BA – bifosfonati, N03AX - altri antiepilettici, S01ED – sostanza beta-bloccanti) fanno riferimento a patologie croniche in cui la modifica della terapia non è facile da attuare.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</p> <p>RAGGIUNTO 5/9 TARGET, CRITERI DI VALUTAZIONE DGR 1912/2018</p>
<p>Per i biosimilari dovranno essere assicurate azioni di incentivazione, appropriatezza ed efficienza per il SSR, nel rispetto del recente quadro normativo (legge n. 232/2016, art. 1, comma 407), che ha previsto specifiche direttive a cui gli Enti del SSR devono fare riferimento. A tal fine l'Azienda invierà uno specifico report semestrale alla DCS sulle attività svolte.</p> <p>L'EGAS fornisce agli Enti del SSR e alla DCS tutte le informazioni relative alle procedure di acquisto in forma riepilogativa (farmaci, prezzi, eventuali accordi quadro), secondo quanto stabilito dalla legge 232/2016.</p>	<p>Invio alla DCS di due report a cadenza semestrale, sulle attività svolte</p>

<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>I reparti ospedalieri hanno ricevuto dei target di prescrizione finalizzati all'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse economiche. Le categorie sono quelle a maggior impatto economico e per le quali sono disponibili delle opzioni terapeutiche non più coperte da brevetto di comprovata efficacia clinica.</p> <p>È stata effettuata un'analisi a campione sul comportamento dei reparti.</p> <p>La SC Farmacia Unica Aziendale ha inviato alla DCS due report a cadenza semestrale da cui si evincono gli obiettivi assegnati ai prescrittori e le azioni intraprese.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Oltre alla promozione d'uso di medicinali a brevetto scaduto e biosimilari a livello territoriale, in base a quanto rilevato nel corso del 2017, potranno essere definite ulteriori analisi a campione sulle % di utilizzo di medicinali in dimissione da ricovero o dopo visita ambulatoriale, in tempistiche e reparti che saranno comunicati dalla Direzione centrale.</p>	<p>Evidenza dell'analisi a campione effettuata sulla base di indicazione della DCS, e trasmissione degli esiti nei reparti e nelle tempistiche indicate dalla DCS stessa.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>OBIETTIVO STRALCIATO dalla DGR 2350/2018</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
	<p>DGR 2350/2018</p>
<p>Nell'ambito della distribuzione diretta dei farmaci ad alto costo le Aziende eroganti in tale ambito definiscono idonei percorsi che consentano la verifica dell'appropriatezza d'uso anche da parte delle AAS di residenza del paziente.</p>	<p>Trasmissione alla DCS delle evidenze delle attività svolte</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>La AAS2 ha un sistema di richiesta nominativa per tutti i farmaci con costo per confezione superiore a 100 euro. Per ogni paziente approvigionato, anche se di altra AAS, è conservato un fascicolo personale con la documentazione relativa alla richiesta e alla dispensazione. L'accesso è consentito alle AAS di residenza degli assistiti, nel rispetto della vigente norma sulla riservatezza dei dati.</p> <p>La SC Farmacia Unica Aziendale ha inviato alla DCS due report a cadenza semestrale da cui si evincono le azioni intraprese.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>A seguito di dimissione da ricovero e/o di visita specialistica ambulatoriale dovrà essere assicurata l'erogazione del I° ciclo di terapia in distribuzione diretta sia attraverso le strutture pubbliche che private accreditate.</p> <p>L'attività di distribuzione diretta continua ad essere garantita nell'ambito della residenzialità, della semi-residenzialità e dell'assistenza domiciliare presso</p>	<p>Attuazione del I ciclo così come definito nei LEA e dalla DGR 12/2018</p>

tutte le strutture afferenti alle Aziende per l'assistenza sanitaria.	
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>La AAS2 ha garantito regolarmente la distribuzione diretta tramite le proprie farmacie ospedaliere: sia il 1° ciclo di terapia sia l'erogazione alle strutture residenziali, semi residenziali e assistenza domiciliare.</p> <p>La AAS2 ha un'istruzione operativa aziendale per l'erogazione del 1° ciclo di terapia.</p> <p>L'attuale logistica di distribuzione non consente di assicurare la distribuzione diretta presso le strutture private accreditate in quanto nel territorio aziendale sono presenti solo strutture private accreditate che erogano attività di specialistica ambulatoriale principalmente della branca di radiologia e riabilitazione.</p> <p>La SC Farmacia Unica Aziendale ha inviato alla DCS due report a cadenza semestrale da cui si evincono le azioni intraprese.</p>	
<p>Motivazioni scostamento dal risultato atteso</p> <p>L'attuale logistica di distribuzione non consente di assicurare la distribuzione diretta presso le strutture private accreditate in quanto nel territorio aziendale sono presenti solo strutture private accreditate che erogano attività di specialistica ambulatoriale principalmente della branca di radiologia e riabilitazione.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Al fine di favorire l'impiego dei medicinali acquistati centralmente, l'EGAS rende disponibile a tutte le Aziende con frequenza mensile la lista dei farmaci aggiudicati a gara con particolare riferimento a quelli della DPC.</p> <p>L'AAS assicura un monitoraggio puntuale delle politiche di acquisto dei medicinali in DPC, e adotta ogni misura conseguente, al fine di garantire la maggiore economicità per l'SSR rispetto ai costi della convenzionata.</p>	<p>Evidenza dei monitoraggi effettuati e delle azioni adottate per garantire un risparmio dei costi della convenzionata</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>La AAS2 ha reso consultabile, nel proprio sito internet aziendale, 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>Inoltre la SC Farmacia Unica Aziendale ha inviato tre report ai MMG nel corso del 2018, con l'evidenza dell'utilizzo della formula del "non sostituibile" o "urgente" per i farmaci in DPC.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Per i medicinali in DPC per i quali si rilevi un elevato ricorso alla non sostituibilità da parte del prescrittore, le aziende attuano specifici approfondimenti con i prescrittori</p>	<p>Evidenza dei monitoraggi effettuati e delle azioni adottate.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>La SC Farmacia Unica Aziendale ha inviato tre report ai MMG nel corso del 2018, con l'evidenza dell'utilizzo della formula del "non sostituibile" o "urgente" per i farmaci in DPC.</p>	

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Per la prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA dovrà essere assicurata la registrazione di tutti i dati richiesti (anche con particolare riferimento ai medicinali innovativi), nel rispetto delle indicazioni autorizzate e dei criteri di eleggibilità definiti dall'AIFA, al fine di assicurare appropriatezza d'uso e consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing.</p> <p>La richiesta del farmaco dovrà sempre essere accompagnata dalla scheda di registrazione paziente nel registro. A tal fine potranno essere programmata analisi a campione da parte della direzione centrale.</p>	<p>Evidenza della completezza della registrazione per la prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA e gestione delle procedure di rimborso per i farmaci soggetti ad accordi di condivisione del rischio (MEA)</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>La AAS2 ha erogato i farmaci soggetti a registro AIFA solo a fronte di apposita documentazione attestante la compilazione dei medesimi: è costruito un archivio delle richieste comprovante la conformità tecnica e amministrativa delle erogazioni.</p> <p>La AAS2 ha centralizzato le funzioni di farmacia ospedaliera in un'unica sede, così da migliorare il controllo dei processi. Si è altresì definito un protocollo generale per la richiesta dei beni sanitari: ogni richiesta è sempre soggetta a tracciatura informatica, una sezione è specificatamente dedicata ai farmaci soggetti a registro AIFA.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Sul versante della farmacovigilanza continuano le attività già avviate a livello regionale dalla DCS ed, in particolare, le collaborazioni con le Aziende sanitarie universitarie integrate così come indicato dalle delibere di riferimento (DGR 435/2013 e 2199/2014), assieme alle progettualità regionali e multiregionali finanziate da AIFA e oggetto di specifica convenzione.</p> <p>Su tali iniziative gli Enti del SSR assicurano la partecipazione dei sanitari interessati e il supporto alle attività organizzative.</p> <p>Nel corso del 2018 sarà avviata una specifica progettualità sui temi relativi ai medicinali per il trattamento di malattie rare, anche coinvolgendo il coordinamento regionale e la rete delle malattie rare. Inoltre in corso d'anno, anche tramite un nuovo di accordo di collaborazione/convenzione con le due Aziende sanitarie universitarie integrate e con il coinvolgimento di tutte le Aziende sanitarie e gli IRCCS, sarà avviata una specifica progettualità pluriennale nell'ambito delle aree di attività stabilite dalla DGR 1365/2015 volta a favorire un uso sicuro</p>	<p>Evidenza della partecipazione alle progettualità avviate dalla DCS e alle attività formative organizzate dalla stessa</p>

<p>appropriato dei farmaci a livello ospedaliero e nella continuità ospedale-territorio. Il percorso formativo a distanza (FAD) avviato a fine 2017 sull'utilizzo della nuova piattaforma nazionale Vigifarmaco ed altre tematiche di farmacovigilanza resterà disponibile in più moduli formativi anche per il 2018.</p>	
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>L'Azienda ha continuato la consueta attività richiesta dalla farmacovigilanza. Ha dedicato una pagina del proprio sito internet alla farmacovigilanza, con link a Vigifarmaco. Ha presentato vigifarmaco in incontri di AFT. Ha altresì fornito il proprio supporto ai corsi e all'implementazione locale di tutte le nuove iniziative programmate dalla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>ACCESSI CORSO FAD ANNO 2018: 70</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>Le Aziende sanitarie assicurano il raccordo tra le varie strutture aziendali coinvolte per favorire politiche di acquisto basate sulle evidenze (es. innovazioni tecnologiche) anche per i dispositivi medici</p>	<p>Evidenza sui monitoraggi effettuati (es. dispositivi per diabetici) e delle specifiche iniziative intraprese, in linea anche con la DGR 12/2018</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>La AAS2 ha prontamente implementato i contenuti della DGR 12/2018 rispetto ai dispositivi per diabetici. Ha fornito tre report alle AFT, relativi al 2018, con i dati di utilizzo delle strisce per l'autodeterminazione della glicemia. Assieme al report sono state fornite anche informazioni sui limiti prescrittivi e sulle evidenze scientifiche che li sostengono.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>
<p>La cartella oncologica informatizzata dovrà essere implementata relativamente ai campi: diagnosi/sede, protocollo/farmaco, stadiazione con un grado di completezza pari ad almeno il 95% dei pazienti (due rilevazioni sulla completezza della compilazione: al</p>	<p>% di completezza della cartella oncologica per i campi diagnosi/sede, protocollo/farmaco, stadiazione >= 95% (I target sono rilevati dalla DCS)</p>

30.06.2018 e al 31.12.2018).													
Attuazione al 31.12.2018 La % di compilazione della cartella oncologica per i campi diagnosi/sede, protocollo/farmaco, stadiazione è 97,0% (Fonte: portale SISSR)													
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO GORIZIA/MONFALCONE 97,22% LATISANA/PALMANOVA 96,76% MEDIA 96,99%												
Per le Aziende servite dalla logistica centralizzata, la copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM dovrà essere garantita per il 90% delle confezioni destinate alla distribuzione diretta nominale erogate mediante lo stesso applicativo, anche al fine di consentire un puntuale monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e la promozione dei medicinali acquisiti centralmente da EGAS.	% delle confezioni erogate in distribuzione diretta nominale hanno una prescrizione effettuata con il sistema PSM >=90%												
Attuazione al 31.12.2018 Il dato è stato fornito dalla SC Farmacia unica azionale ed è costruito sulla base delle ricette emesse dai medici prescrittori di AAS2 e dai medici prescrittori delle altre Aziende sanitarie regionali, rispetto ai pazienti di AAS2.													
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>2017</th> <th>2018</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Numero ricette PSM</td> <td>10.099</td> <td>11.943</td> </tr> <tr> <td>Numero ricette PSM elettronico</td> <td>5.210</td> <td>7.254</td> </tr> <tr> <td>% PSM elettronico</td> <td>51,59%</td> <td>60,74%</td> </tr> </tbody> </table>		2017	2018	Numero ricette PSM	10.099	11.943	Numero ricette PSM elettronico	5.210	7.254	% PSM elettronico	51,59%	60,74%
	2017	2018											
Numero ricette PSM	10.099	11.943											
Numero ricette PSM elettronico	5.210	7.254											
% PSM elettronico	51,59%	60,74%											
Il trend 2017-2018 evidenzia un netto miglioramento della performance prescrittiva realizzata.													
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO MODALITÀ DI VALUTAZIONE DEFINITA CON DGR N. 1912/2018 PSM ELETTRONICO 62,5%(SOLO AAS2) PSM ELETTRONICO: 55,34% (TOTALE) PSM TUTTO: 89,77 PERSONALIZZATA TUTTA (ASCOT + PSM): 92,86												
Tutte le Aziende dovranno garantire il ricorso (prima prescrizione e rinnovi) alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici implementati/disponibili a sistema, tramite l'applicativo PSM-PT, in almeno il 50% di tutti i pazienti che necessitano di medicinali	utilizzo dell'applicativo PSM-PT, in almeno il 50% di tutti i pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive												

<p>soggetti a tali modalità prescrittive, prevedendo azioni mirate di sensibilizzazione dei prescrittori all'utilizzo dello strumento nelle categorie di medicinali per i quali si osserva un ricorso prevalente al PT cartaceo (es antidiabetici).</p> <p>Va inoltre assicurato il controllo dei piani terapeutici ed il rispetto delle note limitative AIFA, favorendo l'implementazione di tale sistema informatizzato.</p>	<p>Evidenza dei controlli effettuati sul rispetto delle modalità prescrittive per i medicinali soggetti a PT/nota AIFA (report)</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>Primo punto: il dato non è calcolabile da parte dell'Azienda</p> <p>Secondo punto: L'attività aziendale è realizzata</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>MODALITÀ DI VALUTAZIONE DEFINITA CON DGR 1912/2018</p> <p>PSM-PT 55%</p>
<p>Le Aziende sanitarie, ai fini degli adempimenti LEA ministeriali, assicurano, per tramite dei responsabili individuati dalle stesse, l'implementazione, le verifiche ed i controlli di congruenza dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese, anche utilizzando la reportistica a disposizione sul portale SSSR (mancati invii, prezzi medi, revocati, ecc). Va in particolare garantita, per il corretto calcolo del rispetto dei tetti di spesa, l'integrale copertura della fase 3 su fase 2 (100% della spesa negli ambiti previsti) per quanto riguarda la distribuzione diretta. In fase di erogazione diretta dei medicinali è inoltre inserito a sistema il codice targatura.</p> <p>Relativamente ai nuovi adempimenti LEA ministeriali saranno avviati specifici percorsi con le Aziende e con l'EGAS, al fine di provvedere alle verifiche sulla congruità dei dati trasmessi, ognuno per la parte di propria competenza.</p>	<p>Le verifiche e i controlli sui flussi informativi verso le amministrazioni centrali vengono effettuati entro il 10 di ogni mese</p> <p>Viene garantita l'integrale copertura della fase 3 su fase 2</p> <p>(I target sono rilevati dalla DCS)</p> <p>Partecipazione ai percorsi specifici organizzati dalla DCS, relativamente ai nuovi adempimenti ministeriali LEA</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>La AAS2 ha garantito la regolarità dei flussi.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>FASE3/FASE2 99,94%</p> <p>TARGATURA (CONFEZIONI) 99,79%</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>

Attuazione al 31.12.2018

L'Azienda ha dato riscontro alle richieste di approfondimento, in merito ai flussi ministeriali ospedalieri e territoriali, formulate dalla Direzione centrale salute entro 15 giorni dalla ricezione delle istanze.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO STRALCIATO

LA DIREZIONE CENTRALE SALUTE NON HA FORMULATO RICHIESTE NEL CORSO DELL'ANNO

8.1 VINCOLI OPERATIVI LINEE 2018 (DGR 185/2018)

Valori rilevati da report monitoraggio indicatori Linee 2018 gennaio-dicembre 2018

VINCOLO	TARGET	VALORE 2018
Diretta	61,00	60,97
DPC	28,50	36,53
Convenzionata	125,00	121,72
Ospedaliera	- 1,0%	+ 1,5%

ALLEGATO B – INDICATORI

Valori rilevati da report monitoraggio indicatori Linee gennaio 2019, relativi al periodo gennaio-dicembre 2018

NUMERO	DEFINIZIONE	STANDARD OBIETTIVO	VALORE gen-dic 2018
18	SPECIALISTICA AMBULATORIALE Incidenza di sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (anti-ipertensivi)	≤ 30%	36,05%
19	SPECIALISTICA AMBULATORIALE Consumo pro –capite di farmaci inibitori di pompa protonica	25 up pro cap	29,29%

3.5 ASSISTENZA SOCIO SANITARIA

3.5 L'integrazione sociosanitaria e la programmazione integrata

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
attuare la pianificazione locale congiunta tra l'AAS e le Unioni territoriali intercomunali nelle aree di integrazione socio sanitaria	Elaborazione congiunta di un documento che costituisce il livello di programmazione locale integrata nelle aree di integrazione sociosanitaria in ciascun ambito territoriale per l'anno 2018, in continuità con il percorso iniziato nel 2013. Sottoscrizione tra il Direttore generale dell'AAS e il Presidente dell'UTI dell'Atto di intesa che impegna le parti alla realizzazione, per quanto di competenza, dei contenuti della suddetta programmazione.

	Monitoraggio periodico
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>Elaborati e sottoscritti tra le parti gli atti d'Intesa sociosanitaria con l'UTI Agro Aquileiese (Distretto Est) e l'UTI Riviera Bassa Friulana (Distretto Ovest).</p> <p>Pur essendo stata regolarmente svolta l'attività programmatica dei tavoli tematici sociosanitari, gli atti d'Intesa sociosanitaria con l'UTI Collio Alto Isonzo (Distretto Alto Isontino) e con l'UTI Carso Isonzo Adriatico (Distretto Basso Isontino), non sono stati adottati nel corso dell'anno 2018 per problematiche connesse alla definizione e ufficializzazione delle UTI nell'Area Isontina.</p>	
<p>Motivazioni dello scostamento dal risultato atteso</p> <p>Gli atti d'Intesa sociosanitaria con l'UTI Collio Alto Isonzo (Distretto Alto Isontino) e con l'UTI Carso Isonzo Adriatico (Distretto Basso Isontino) non sono stati adottati per problematiche connesse alla definizione e ufficializzazione delle UTI nell'Area Isontina.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.5.1. Anziani non autosufficienza	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
partecipazione all'attuazione del processo di riclassificazione delle residenze per anziani già autorizzate al funzionamento, secondo quanto previsto al titolo X del D.P.Reg. 144/2015	<p>L'AAS collabora/supporta la Regione nella valutazione delle domande di nuova classificazione presentate dagli enti gestori delle strutture residenziali ai fini del rilascio del parere di ammissibilità della domanda da parte della Regione;</p> <p>L'AAS rilascia le nuove autorizzazioni all'esercizio entro 90 giorni dalla formulazione del parere di ammissibilità della domanda da parte della Regione;</p> <p>Evidenza dell'avvio di un percorso di accompagnamento rivolto alle Residenze per anziani ri-autorizzate, per il monitoraggio e la verifica degli adempimenti e degli adeguamenti previsti per il livello di nuova classificazione rilasciato.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>Tutte le attività sono state realizzate; la relativa documentazione è disponibile agli atti del Dipartimento di Prevenzione.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Valutazione mediante l'utilizzo del sistema di VMD Val.Graf.-FVG, di tutti gli utenti non autosufficienti per i quali è previsto l'accoglimento in un servizio semiresidenziale o residenziale convenzionato. La valutazione deve essere effettuata da un'équipe multiprofessionale distrettuale, costituita da	Evidenza della valutazione di tutti i pazienti accolti nei servizi semiresidenziali o residenziali convenzionati

<p>professionalità di tipo sanitario e sociale appartenenti al Distretto e all'Ambito dei servizi sociali, territorialmente competenti.</p>	
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>Tutti i nuovi ingressi di utenti presso i servizi residenziali e semiresidenziali convenzionati di cui è avvenuta la segnalazione al Distretto, sono stati preceduti da valutazione mediante l'utilizzo del sistema di VMD Val.Graf.-FVG da parte di un'equipe multiprofessionale (UVM).</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>
<p>A conclusione del processo di riclassificazione e del rilascio dei nuovi atti autorizzativi, valutazione mediante l'utilizzo del sistema di VMD Val.Graf.-FVG, di tutti gli utenti non autosufficienti per i quali è previsto l'accoglimento in un servizio semiresidenziale o residenziale, compresi i non convenzionati, in conformità a quanto previsto dall'art 23 del DPR 144/2015.</p>	<p>Evidenza della valutazione di tutti i pazienti accolti nei servizi semiresidenziali o residenziale non convenzionati.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>In generale tutti i nuovi ingressi di utenti presso i servizi residenziali e semiresidenziali di cui è avvenuta la segnalazione al Distretto sono preceduti da valutazione mediante l'utilizzo del sistema di VMD Val.Graf.-FVG da parte di un'equipe multiprofessionale (UVM).</p> <p>Permane qualche criticità nella segnalazione degli ingressi nelle strutture non convenzionate.</p>	
<p>Motivazioni dello scostamento dal risultato atteso</p> <p>Sono in corso delle interlocuzioni per avviare l'integrazione dei percorsi di inserimento al fine di eliminare i casi di pazienti che vengono eventualmente accolti nelle strutture senza il previo coinvolgimento e valutazione da parte del distretto di competenza.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>LO SCOSTAMENTO EVIDENZIATO È DOVUTO A CAUSE ESTERNE ALL'AZIENDA</p>
<p>A conclusione del processo di riclassificazione, avviare un percorso di accompagnamento alle residenze per anziani ri-autorizzate all'esercizio, per la valutazione dei bisogni delle persone già accolte in struttura attraverso l'utilizzo del sistema di VMD Val.Graf.-FVG, in particolare nelle residenze per anziani non autosufficienti non convenzionate.</p>	<p>Evidenza dell'attività svolta</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>L'attività di accompagnamento è stata garantita a tutte le strutture del territorio.</p> <p>Il "percorso di accompagnamento" alle strutture per anziani si è esplicato nelle seguenti modalità:</p> <p>Incontri fra servizi per la valutazione e la programmazione delle attività: Distretti e Dipartimento di Prevenzione nei giorni 19 aprile e 25 giugno 2018;</p>	

<p>Visite di supporto presso le strutture residenziali che ne hanno fatto esplicita richiesta o che presentavano maggiori criticità per la valutazione dei bisogni delle persone accolte attraverso il sistema VMD Val.Graf-FVG: San Giusto Gorizia (11 gennaio 2018); La Cjase Cormons (11 gennaio 2018); Rosa Mistica Cormons (11 maggio 2018); Umberto I Latisana (1 agosto 2018); Rosa Mistica (19 novembre 2018); Mimosa Pieris (21 novembre 2018);</p> <p>Incontro formativo specifico per alcune strutture (Casa Serena Grado, La Cjase Cormons, Rosa Mistica Cormons) nel giorno 6 febbraio 2018;</p> <p>Incontri formativi per tutte le strutture nei giorni: 21 giugno 2018, 22 ottobre 2018, 29 ottobre 2018, 21 novembre 2018.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>stipulazione degli accordi contrattuali per l'assegnazione dei posti aggiuntivi secondo le indicazioni e i criteri di priorità che verranno definiti e comunicati dalla Regione.</p>	<p>Evidenza degli accordi contrattuali stipulati, secondo le indicazioni ed i criteri di priorità definiti dalla Regione</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>Con decreto DG n. 343/2018 è stata ampliata la convezione con il Comune di Monfalcone (quale ente gestore) per l'attivazione di 58 nuovi posti letto presso la residenza comunale protetta per non autosufficienti Casa Albergo di Monfalcone, a decorrere dal 02.03.2018.</p> <p>Con decreto DG n. 921 del 27 dicembre 2018 è stato approvato il bando finalizzato alla presentazione delle domande per il convenzionamento dei 159 posti letto aggiuntivi nelle Residenze per anziani non autosufficienti attribuiti all'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 2 "Bassa Friulana-Isontina" con delibere della Giunta Regionale n. 185/2018 e n. 1828/2018, al netto di quelli da assegnare prioritariamente alle residenze rientranti nella programmazione regionale degli investimenti, e precisamente, la Residenza per anziani di Monfalcone (58) e la Residenza "Angelo Culot" di Gorizia (28).</p> <p>Il bando per i nuovi 159 posti letto è stato pubblicato in data 28 dicembre 2018 (prot.78434).</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Applicazione, nella fase di avvio nel nuovo sistema di finanziamento, delle regole transitorie fissate dalla Regione, sia per il contributo abbattimento retta che per gli oneri sanitari</p>	<p>Evidenza dell'applicazione delle regole transitorie nelle nuove convenzioni stipulate con le residenze per anziani già convenzionate</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>Per quanto riguarda il contributo dell'abbattimento retta, nel corso del 2018 sono state applicate le nuove regole di cui alla DGR 429/2018.</p> <p>Per quanto riguarda gli oneri sanitari, la Regione ha trasmesso lo schema-tipo del nuovo modello di convenzione da sottoscrivere con gli enti gestori delle residenze in data 05.02.2019. Tuttavia, pur in assenza della sottoscrizione delle nuove convenzioni nel corso del 2018 l'Azienda ha prorogato quelle esistenti disponendo che, qualora l'applicazione dall'1.6.2018 dei valori minimi previsti per rimborso degli oneri sanitari e della quota forfetaria di cui alla deliberazione giunta n. 429/2018 sia più vantaggioso rispetto alle convenzioni già stipulate e prorogate, l'Azienda provvede a definire gli appositi conguagli.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Proseguire l'attività di verifica e controllo della qualità</p>	<p>almeno due visite di audit approfondite</p>

nelle strutture per anziani ubicate sul territorio di competenza	Evidenza dell'invio alla Direzione Centrale Salute entro il 30.6.2018 di una dettagliata relazione illustrativa delle attività di monitoraggio e promozione della qualità svolte nell'anno precedente
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>Nel corso del 2018 sono state effettuate n. 5 visite di audit e miglioramento della qualità nelle strutture: Casa Mafalda Aiello (17 gennaio 2018); Argo San Canzian d'Isonzo (8 febbraio 2018); Villa Rosa Muscoli (28.06.2018); Rosa Mistica Cormons (11 ottobre 2018); Zaffiro Rivignano (8 novembre 2018).</p> <p>La relazione è stata inviata alla Direzione Centrale Salute.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Individuazione di una Lista Unica d'Attesa (LUA) nella quale inserire le persone anziane che richiedono un inserimento presso una Residenza per anziani non autosufficienti e per le quali il Distretto ha verificato l'appropriatezza della richiesta. I criteri per la determinazione dei punteggi per l'inserimento in graduatoria vengono definiti dalla Regione	Predisposizione di una Lista Unica d'Attesa (LUA), secondo i criteri di inserimento definiti dalla Regione
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>La Lista Unica d'Attesa non è stata predisposta in quanto non sono pervenute le attese indicazioni regionali in merito.</p>	
<p>Motivazione scostamento dal risultato atteso:</p> <p>La Lista Unica d'Attesa non è stata predisposta in quanto non sono pervenute le attese indicazioni regionali in merito.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
assolvere i debiti informativi verso la Regione sulla base delle richieste e indicazioni fornite dalle Regione stessa.	Debito informativo assolto
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>Debito informativo assolto secondo le indicazioni regionali.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
sostenere e incentivare nel proprio territorio la sperimentazione di forme abitative per anziani fragili denominate "Abitare possibile" e "Domiciliarità innovativa" di cui alla DGR 671/2015 e DGR 2089/2017: avvio di un modello sperimentale di housing sociale (Casa Gandin) in collaborazione con il Comune di Gonars analisi e valutazione di fattibilità di eventuali ulteriori	<p>Evidenza dell'avvio delle attività di competenza dell'AAS, secondo quanto previsto dalla convenzione stipulata con il Comune di Gonars</p> <p>Evidenza dell'analisi di fattibilità di eventuali altre forme abitative o progetti di comunità da attivare sul</p>

<p>forme di housing sociale o di progetti di comunità sul territorio aziendale</p> <p>prosecuzione del progetto sperimentale di vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità per l'ambito territoriale "Alto Isontino"</p>	<p>territorio aziendale</p> <p>Evidenza della prosecuzione del progetto sperimentale per la parte di competenza sanitaria dell'AAS2.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>Sono state avviate le attività di competenza dell'AAS2 presso Casa Gandin (infermiere di comunità e fisioterapista);</p> <p>La fattibilità di nuove forme abitative o progetti di comunità è stata affrontata nel corso del 2018 nei vari territori, ma senza l'evidenza formale di un documento di analisi e valutazione che ci si propone di realizzare solo in presenza di casi concreti;</p> <p>L'AAS2 ha partecipato per gli aspetti di natura sanitaria al Progetto sperimentale di vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità per l'ambito territoriale "Alto Isontino".</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>
<p>Partecipare al tavolo regionale per la revisione delle modalità di presa in carico delle persone per le quali attivare il servizio di telesoccorso.</p> <p>Partecipare alla definizione di un protocollo di intervento per lo screening della popolazione anziana in condizione di fragilità da realizzarsi in via sperimentale in ogni azienda.</p>	<p>Evidenza della comunicazione alla Direzione centrale competente (Servizio integrazione sociosanitaria) entro il 31 marzo 2018 del nominativo e recapito di un referente per la sperimentazione.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>Il nominativo del referente aziendale per la sperimentazione è stato comunicato alla Direzione centrale competente (Servizio integrazione sociosanitaria) entro il 31 marzo 2018.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>
<p>Partecipare al tavolo regionale per l'attuazione del "Piano nazionale demenze - Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze" (accordo n. 135 del 30 ottobre 2014) secondo le indicazioni e programmi che verranno definiti dalla Regione.</p>	<p>Evidenza della comunicazione alla Direzione centrale competente entro il 31 marzo 2018 del nominativo e recapito di un referente sulla tematica</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>Nessuna comunicazione alla Regione del nominativo di un referente in quanto il tavolo regionale non è stato convocato</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO STRALCIATO</p>

3.5.2 Disabilità	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Valutazione, per gli aspetti sanitari, di almeno il 30% degli utenti dei servizi residenziali e semiresidenziali per persone con disabilità presenti sul territorio aziendale (CISI e CAMPP), secondo le modalità approvate dalla Regione;	Evidenza della valutazione per gli aspetti sanitaria di almeno il 30% degli utenti dei servizi residenziali e semiresidenziali per persone con disabilità, secondo le modalità approvate dalla Regione
Attuazione al 31.12.2018 L'attività è stata svolta superando in AAS2 la percentuale del 30%	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
formalizzazione di un accordo con gli Enti gestori (CAMPP e CISI) dei servizi di cui all'articolo 6, comma 1, lettere e), f), g) e h), della legge regionale 41/96, che espliciti le modalità di coinvolgimento dei DSM nella valutazione e presa in carico delle persone adulte con disabilità intellettiva o disturbi dello spettro dell'autismo	Evidenza dell'accordo
Attuazione al 31.12.2018 Accordi DSM-CISI e DSM-CAMPP sottoscritti entro il 31.12.2018.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Partecipazione alla rilevazione del numero di persone con disabilità gravissima secondo le indicazioni regionali	Evidenza della rilevazione secondo le indicazioni regionali
Attuazione al 31.12.2018 L'attività è stata svolta secondo le indicazioni regionali.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Valutazione e segnalazione dei nuovi casi all'Ente delegato (Area Welfare) secondo le indicazioni regionali	Evidenza della attività svolta secondo le indicazioni regionali
Attuazione al 31.12.2018 L'attività è stata svolta secondo le indicazioni regionali.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Per l'anno 2018, l'AAS continua l'attività di vigilanza e controllo su almeno il 30% dei servizi/strutture collocati sul territorio di competenza	Evidenza dell'attività di vigilanza e controllo su almeno il 30% dei servizi/strutture collocati sul territorio di competenza
Attuazione al 31.12.2018 L'attività di vigilanza e controllo è stata svolta dal Dipartimento di Prevenzione.	

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Partecipazione al tavolo regionale per la definizione dei percorsi relativi all'abitare inclusivo previsti dalla Legge n. 112 del 22 giugno 2016 "Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare" e dalla DGR n. 1331 del 17 giugno 2017 che la recepisce	Evidenza della partecipazione al tavolo regionale
Attuazione al 31.12.2018 Il tavolo non è mai stato convocato dalla Regione.	
Motivazione scostamento dal risultato atteso: Il tavolo non è mai stato convocato dalla Regione.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	IL RAGGIUNGIMENTO È RIFERITO ALLA PARTECIPAZIONE ATTIVA ALLA DEFINIZIONE DEI PERCORSI RELATIVI ALL'ABITARE INCLUSIVO PREVISTI DALLA LEGGE N. 112 DEL 22 GIUGNO 2016".
Partecipazione dei referenti aziendali al Tavolo tecnico sull'autismo	Evidenza della partecipazione
Attuazione al 31.12.2018 Il Tavolo tecnico sui Disturbi dello Spettro dell'Autismo è stato convocato come "sottogruppo Adulti" una sola volta (07.02.2018) e si è partecipato.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.5.3 Minori	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Applicazione delle nuove Linee di indirizzo regionali al fine di favorire una revisione delle modalità e dei percorsi di presa in carico integrata tra AAS e SSC, per i minori che richiedono un allontanamento dalla propria famiglia di origine	Partecipazione agli incontri regionali per l'elaborazione delle "Linee di indirizzo per la presa in carico dei minori con accoglienza in un servizio residenziale"
Attuazione al 31.12.2018 L'AAS2 ha partecipato agli incontri regionali per la stesura delle "Linee di indirizzo per la presa in carico dei minori con accoglienza in un servizio residenziale". Tali linee non sono state formalmente adottate nel corso del 2018. L'AAS2 in collaborazione con l'Area Welfare ha inoltre realizzato la rilevazione degli inserimenti in comunità dei minori residenti nel territorio aziendale.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.5.4 Salute Mentale	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Età adulta</p> <p>Miglioramento dell'integrazione tra cure primarie e specialistiche con particolare riferimento alla presa in carico dei disturbi mentali comuni</p> <p>Definizione di un percorso aziendale congiunto (NPIA, DSM, PLS e MMG) per la definizione della fase di transizione delle cure dai servizi per l'età evolutiva ai servizi per l'età adulta</p>	<p>Evidenza di percorsi integrati tra cure primarie e DSM e di interventi formativi</p> <p>Evidenza di percorso aziendale congiunto (NPIA, DSM, PLS e MMG) per la definizione della fase di transizione delle cure dai servizi per l'età evolutiva ai servizi per l'età adulta</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>Età adulta:</p> <p>E' stato elaborato un protocollo d'intesa con il CAMPP e con il CISI.</p> <p>È stato attivato un percorso formativo congiunto sviluppato in 2 giornate di lavoro</p> <p>E stato attivato un incontro congiunto aziendale che, dopo un'analisi della situazione esistente, ha programmato, per il 2019, l'istituzione di un tavolo permanente e l'attivazione di un nuovo percorso di formazione congiunta.</p> <p>Lo sviluppo del programma risentirà dei nuovi assetti organizzativi aziendali.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Età evolutiva</p> <p>Attivazione delle NPIA aziendali in coerenza con i provvedimenti aziendali</p> <p>Presentazione di uno studio di fattibilità per l'individuazione della necessità e l'analisi del fabbisogno di organizzare ed avviare un Centro diurno aziendale di NPI</p> <p>Predisposizione di percorsi codificati e concordati tra le varie strutture coinvolte (Servizi NPIA, PS/Medicina d'Urgenza, reparti di Pediatria, DSM, servizi per le dipendenze, servizi di Emergenza Urgenza con indicazione di: reparto di accoglienza, percorso diagnostico terapeutico e di continuità assistenziale con le NPIA territoriali, responsabilità di presa in carico, modalità di interazione tra DSM e NPIA nel caso di minori in età adolescenziale)</p>	<p>NPIA attivata in AAS2</p> <p>Avvio attività Centro diurno NPIA</p> <p>Evidenza dei percorsi formalizzati</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>Età evolutiva:</p> <p>La NPIA è stata attivata secondo i provvedimenti aziendali.</p> <p>A Monfalcone è attivo un centro diurno per i DCA organizzato per 5 giorni alla settimana. L'attività è rivolta</p>	

anche a soggetti in età evolutiva e prevede la presenza del neuropsichiatra infantile.

Dalla studio di fattibilità effettuato emerge che, date le dimensioni e caratteristiche territoriali dell'azienda, non risulta opportuna l'organizzazione di un unico centro diurno per adolescenti a livello aziendale.

Il protocollo aziendale DSM e servizi per i minori è operativo dal 2015. La transizione dall'età evolutiva all'età adulta dei soggetti con difficoltà di tipo psicopatologico è stato affrontato nel percorso di formazione aziendale sui "Nuovi Adolescenti" organizzato per tutti i servizi territoriali dal 17.09.2018 al 21.09.2018. La formazione è stata preceduta da incontri interservizi per l'organizzazione e i contenuti. E' stato elaborato un documento finale per la presa in carico degli adolescenti con la proposta operativa di Equipe funzionali trasversali sul caso e la costituzione di un tavolo stabile di lavoro sull'adolescenza e preadolescenza sintomatica.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

3.5.5 Disturbi del comportamento alimentare

Obiettivo aziendale

Risultato atteso

Messa a regime degli ambulatori DCA con la disponibilità di equipe funzionale (DGR 668/2017)

Operatività dell'ambulatorio DCA presso la sede di Monfalcone con disponibilità di equipe funzionale

Operatività del Centro Diurno di Monfalcone, in collaborazione con ASUITS e Burlo

Evidenza dell'operatività del Centro diurno di Monfalcone attraverso report di attività

Attuazione al 31.12.2018

L'Ambulatorio DCA presso la sede di Monfalcone è attivo con disponibilità di equipe funzionale

Sono disponibili agli atti della Struttura i report di attività dell' ambulatorio del DCA comprensivi dell'attività di Centro Diurno

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.5.6 Cure palliative e terapia del dolore

Obiettivo aziendale

Risultato atteso

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

2 L'accesso alla rete delle cure palliative è effettuato con i criteri approvati dal coordinamento regionale

3. Gli accessi di assistenza domiciliare per cure palliative sono registrati nel sistema informativo con

1. Assistenza garantita di 40 ore settimana in fascia oraria diurna feriale, in seguito al completamento delle assunzioni che porteranno la struttura a dotarsi di n. 5 medici e n. 6 infermieri

2. l'AAS adotta i criteri di accesso alla rete delle cure palliative approvati a livello regionale entro il primo semestre 2018

3. Gli accessi domiciliari per cure palliative riportano sempre, oltre la codifica della malattia principale, la codifica V 66.7 (cure palliative)

e 5. Costituire un gruppo di lavoro regionale per creare un sistema informativo omogeneo per la

<p>codifica ICD9.</p> <p>4. TEMPISTICA DI PRESA IN CARICO DALLA RETE DI CURE PALLIATIVE: Suddividere il numero di pazienti presi in carico in base al tempo intercorso tra il momento della segnalazione e la presa in carico. Entro 1 giorno dalla segnalazione/Tra 1 e 2 giorni dalla segnalazione/Tra 2 e 3 giorni dalla segnalazione/Oltre 3 giorni dalla segnalazione.</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>6. Percentuale di malati oncologici deceduti a domicilio</p> <p>7. Criteri di priorità della visita algologica.</p> <p>8. Entro il 2018 il sottogruppo di terapia antalgica del coordinamento regionale presenta una proposta di codifiche ambulatoriali e di ricovero di terapia antalgica uniforme su tutto il territorio regionale.</p> <p>9. Monitoraggio dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni di terapia del dolore in tutti i setting assistenziali</p>	<p>raccolta dei dati per gli indicatori 4 e 5</p> <p>6. Uguale o superiore al 75%</p> <p>7. Entro il primo semestre 2018 l'AAS adotta i criteri di priorità della visita algologica definiti a livello regionale</p> <p>8. L'AAS partecipa con i propri rappresentanti all'elaborazione della proposta a livello regionale</p> <p>9. Trasmissione report annuo alla direzione centrale salute</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>Attività realizzata ma con delle criticità. Sono stati dedicati 3 medici a tempo pieno ed un medico attualmente in congedo per maternità. Si è in attesa del completamento dell'organico medico a 5 unità. Per l'area infermieristica, nei distretti est ed ovest è stata garantita l'assistenza infermieristica domiciliare (ma solo nel distretto ovest è presente un infermiera dedicata alle cure palliative); nei distretti alto e basso sono presenti 2 infermiere per distretto dedicate alle cure palliative anche se afferenti al servizio infermieristico domiciliare. E' presente un coordinatore infermieristico delle Cure palliative a livello aziendale, l'assetto organizzativo è ancora in via di completamento.</p> <p>È stata adottata la scheda regionale a partire da settembre 2018</p> <p>Gli accessi domiciliari per cure palliative riportano sempre, oltre la codifica della malattia principale, la codifica V 66.7 (cure palliative)</p> <p>e 5. 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. Da settembre 2018 la registrazione è estesa anche ai distretti alto e basso isontino. Il tempo di rilevazione decorre dal momento in cui l'impegnativa viene consegnata al servizio. La percentuale dei pzt presi in carico entro 3 gg è del 83,75% il CIA >= 0,3 91% (mancano ancora in organico 2 palliativisti e 2 infermieri)</p> <p>Dato al momento non disponibile. (Le schede di morte dell'area isontina sono inserite parzialmente. Con i dati a disposizione: 13,0% deceduti a domicilio, 46,98% deceduti non in ospedale)</p> <p>In corso di adozione dei criteri a livello regionale</p> <p>L'azienda partecipa agli incontri regionali, se convocata.</p>	

In fase di predisposizione il monitoraggio	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.5.7 Consulteri familiari

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

Attuazione al 31.12.2018

È stato avviato l'ambulatorio della gravidanza fisiologica a gestione ostetrica, il servizio è localizzato all'interno dell'ospedale, in quanto la mancata decisione sul punto nascita di Latisana impedisce la dislocazione delle risorse sul territorio.

Nell'alto e basso isontino la visita domiciliare è stata offerta a tutte le donne che hanno partorito nel punto nascita di Monfalcone, inoltre nel comune di Grado l'offerta è allargata anche alle donne che hanno partorito in altri punti nascita regionali. Nel distretto ovest è stata attivata l'offerta nel comune di San Giorgio di N. a tutte le donne in puerperio. E' disponibile report con i dati dell'attività svolta nell'anno 2018 nelle varie sedi.

Attualmente non è implementato il percorso aziendale ma viene garantito l'ambulatorio ginecologico consultoriale nei distretti est ed ovest per le donne in età post-fertile. Il percorso aziendale potrà essere attivato solo a fronte delle decisioni che verranno assunte a livello regionale sul punto nascita di Latisana al fine di definire le risorse ostetriche necessarie e le modalità di reperimento. E' disponibile report illustrativo dell'attività svolta nei Consultori dei Distretti Est e Ovest.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO NON IMPLEMENTATO IL PERCORSO AZIENDALE
--	---

3.5.8 Sanità penitenziaria

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Partecipazione agli incontri dell'Osservatorio regionale per la sanità penitenziaria, al fine di analizzare e monitorare percorsi e interventi, in collaborazione con l'amministrazione penitenziaria e il Tribunale di Sorveglianza	Evidenza della partecipazione agli incontri dell'Osservatorio regionale

Attuazione al 31.12.2018

Nel 2018 è stata garantita la partecipazione a tutti gli incontri dell'Osservatorio regionale per la sanità

penitenziaria.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Attuazione del Programma aziendale per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario in carcere, definito nel 2017	Evidenza dell'attuazione del programma aziendale (incontri mensili verbalizzati)
Attuazione al 31.12.2018 Nel 2018 è stata data attuazione al programma aziendale (verbali agli atti).	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Partecipazione ad interventi formativi specifici organizzati dalla Regione	Evidenza della partecipazione alla formazione specifica regionale, se organizzata
Attuazione al 31.12.2018 Nel 2018 è stata garantita la partecipazione alla formazione specifica regionale.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.5.9 Superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari

Raccordo con la programmazione regionale: L'AAS2 proseguirà anche nel 2018 nel programma regionale di superamento degli OPG, attivando percorsi di fronteggiamento della deriva di internamento e predisponendo i progetti riabilitativi personalizzati per le persone internate.	
Attuazione al 31.12.2018 L'attività relativa al superamento degli OPG è proseguita nel corso dell'anno 2018 mediante la realizzazione di 5 progetti riabilitativi personalizzati.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.5.10 Dipendenze

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Collaborazione con l'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze.	1.1 Partecipazione dei referenti del gruppo tecnico operativo ad almeno il 70% delle riunioni indette dall'Osservatorio sulle Dipendenze.
2. Partecipazione al tavolo tecnico di confronto regionale con il terzo settore sui trattamenti alcolici.	1.2 Invio e validazione dei dati per i flussi informativi regionali raccolti dell'osservatorio.
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.	1.3 Rendicontazione delle azioni previste dal Piano operativo GAP 2017.
4. Partecipazione ai tavoli di monitoraggio sugli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento	2. Partecipazione dei referenti AAS2 per i trattamenti alcolici ad almeno il 70% delle riunioni indette.
	3.1. Partecipazione alla realizzazione di una formazione a valenza regionale sulle misure

<p>sociale.</p> <p>5. Monitoraggio degli esiti dei trattamenti in capo al SSR per rispondere alle problematiche relative alla dipendenza.</p>	<p>alternative e messe alla prova.</p> <p>3.2. Aumento delle misure alternative e messe alla prova</p> <p>4. Report con l'esito di almeno 3 indicatori di outcome relativi agli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale</p> <p>5. Report con l'esito di almeno 3 indicatori di outcome relativi all'esito dei trattamenti in capo al SSR per rispondere alle problematiche relative alla dipendenza.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>Obiettivo realizzato. Partecipato ad 8 riunioni su 10 nelle date: 20/02, 20/03, 17/04, 02/05, 22/05, 01/06, 19/06, 21/09.</p> <p>Inviati e validati i dati per i flussi informativi regionali</p> <p>Effettuate le rendicontazioni delle azioni previste dal Piano operativo GAP 2017 (agli atti della SC Dipendenze).</p> <p>Obiettivo realizzato. I referenti AAS2 per i trattamenti alcolologici hanno partecipato a tutte le 6 riunioni indette: 30/01, 27/02, 27/03, 29/05, 09/10 e 20/11.</p> <p>3.1. Non è stata realizzata la formazione a valenza regionale</p> <p>3.2 Sono stati elaborati 41 programmi terapeutico riabilitativo in misura alternativa alla detenzione e 19 messe alla prova.</p> <p>Predisposto report con l'esito di almeno 3 indicatori di outcome relativi agli strumenti riabilitativi e di reinserimento sociale (agli atti della SC Dipendenze)</p> <p>Predisposto report report con l'esito di almeno 3 indicatori di out come relativi all'esito dei trattamenti in capo al SSR per rispondere alle problematiche relative alla dipendenza. (agli atti della SC Dipendenze)</p>	
<p>Motivazioni scostamento dal risultato atteso</p> <p>Relativamente al punto 3.1. la Regione non ha organizzato la formazione prevista</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>

<p>3.5.11 Area Welfare</p>	
<p>Obiettivo aziendale</p>	<p>Risultato atteso</p>
<p>Azioni di sistema</p> <p>supporto alla revisione, implementazione, manutenzione evolutiva piattaforma FAD e gestione corsi;</p> <p>supporto alla revisione degli attuali interventi per la definizione LEA sociosanitari nelle aree ad elevata integrazione;</p>	<p>A1) Garantita la gestione e manutenzione della piattaforma FAD</p> <p>A2) organizzati almeno 2 corsi Val.Graf.-FVG (in relazione agli aggiornamenti della scheda)</p> <p>A3) sviluppato un corso SIRA-modulo sanitario;</p> <p>B1) Evidenza della collaborazione garantita alla DCS per la definizione dei LEA sociosanitari</p>

partecipazione alla cabina di regia dei Sistemi informativi sociosanitari.	C1) Evidenza della partecipazione agli incontri della cabina di regia
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>A1: attività eseguita</p> <p>A2: attività eseguita</p> <p>A3: attività non eseguita (l'acquisizione del software per le catture video utili allo sviluppo del corso oramai si è protratta oltre il previsto e non è stato possibile sviluppare l'attività nel 2018)</p> <p>B1: attività non eseguita (non è stata richiesta l'attivazione dell'attività da parte della DCS)</p> <p>C1: attività eseguita (partecipazione a 1 incontro, l'unico programmato dalla DCS.</p>	
<p>Motivazioni scostamento dal risultato atteso</p> <p>A3: I tempi di acquisizione del software per le catture video necessario allo sviluppo del corso si sono protratti per cui non è stato possibile sviluppare l'attività nel 2018</p> <p>B1: attività non eseguita: non è stata richiesta l'attivazione dell'attività da parte della DCS</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
<p>Anziani</p> <p>supporto alla Direzione regionale salute, alle Aziende sanitarie e agli Enti gestori nell'attuazione del processo di riclassificazione delle residenze per anziani;</p> <p>supporto alla Direzione regionale salute e agli Enti gestori nell'attuazione del processo di accreditamento delle residenze per anziani;</p> <p>supporto alla Direzione regionale salute e alle Aziende sanitarie e agli Enti gestori nell'adozione del nuovo sistema di finanziamento della non autosufficienza nelle residenze per anziani;</p> <p>supporto alla Direzione regionale salute nell'attività di valutazione delle sperimentazioni regionali volte a promuovere forme innovative di domiciliarità (abitare possibile e domiciliarità avanzata);</p> <p>assistenza tecnica, manutenzione evolutiva, monitoraggio flussi dati e produzione reportistica sistema informativo SIRA-FVG e GENeSys;</p>	<p>A1) istruttoria completata per tutte le domande di nuova autorizzazione pervenute;</p> <p>A2) predisposizione di proposta di parere di ammissibilità per tutte le domande di nuova autorizzazione pervenute ed invio alla DCS per l'approvazione</p> <p>B1) evidenza di proposta di documento contenente criteri e procedure per l'accreditamento delle residenze per anziani ed invio alla DCS per l'approvazione;</p> <p>C1) evidenza di proposte documentali relative al nuovo sistema di finanziamento con relativi impatti;</p> <p>C2) predisposizione proposta di nuovo modello tipo di convenzione;</p> <p>D1) documenti di analisi su forme innovative di abitare tese a fornire elementi utili alla valutazione delle sperimentazioni;</p> <p>D2) svolta istruttoria su tutti i progetti di sperimentazione pervenuti;</p> <p>E1) servizio di help desk attivo 15h/settimana;</p> <p>E2) elenco residenze per anziani della Regione</p>

<p>sviluppo del sistema di VMD Val.Graf-FVG. e supporto alle Aziende sanitarie e agli Enti gestori all'utilizzo.</p>	<p>aggiornato e informatizzato inviato alla Regione; E3) sistema informativo SIRA-FVG aggiornato alla luce della riclassificazione e delle nuove regole di finanziamento; E4) revisione specifica dell'algoritmo sui "Profilo di bisogno"; F1) stesura di un report esiti e sperimentazione del nuovo algoritmo "Profili di bisogno" su almeno 2 residenze per anziani della Regione.</p>
--	--

Attuazione al 31.12.2018

Il risultato atteso è stato raggiunto per i punti A1, A2; C1, C2, D1, D2, E1, E2, E3, E4, F1

Per il punto B1: attività non eseguita (non è stata richiesta l'attivazione dell'attività da parte della DCS)

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Disabilità ampliamento della conoscenza attuale del sistema tramite approfondimento e aggiornamento dei dati relativi all'offerta dei servizi residenziali e semiresidenziali per persone con disabilità e alle loro condizioni di vita;</p> <p>Analisi finalizzata allo sviluppo dei sistemi informativi per la raccolta dei dati relativi all'offerta dei servizi residenziali e semiresidenziali per persone con disabilità e alle loro condizioni di vita</p> <p>supporto alla Direzione centrale salute nella definizione di nuovi criteri di autorizzazione e accreditamento per le strutture residenziali e semiresidenziali;</p> <p>supporto alla Direzione centrale salute per sviluppare una proposta relativa al nuovo sistema di finanziamento, valutazione degli impatti e applicazione sperimentale in alcuni contesti circoscritti;</p> <p>supporto alla Direzione centrale salute per l'attuazione del Piano di interventi regionali per il</p>	<p>1.a archivio regionale documenti disabilità aggiornato e informatizzato 1.b database offerta e condizioni di vita aggiornato e ampliato 1.c evidenza di un report sintetico dati relativi alle condizioni di vita delle persone che fruiscono dell'offerta regionale di servizi residenziali e semiresidenziali per disabili</p> <p>2. Evidenza documento di analisi contenente i requisiti dei sistemi informativi per la raccolta dei dati relativi all'offerta dei servizi residenziali e semiresidenziali per persone con disabilità e alle loro condizioni di vita</p> <p>l1) stesura proposta di documento contenente i nuovi criteri di autorizzazione e accreditamento per le strutture residenziali e semiresidenziali ed invio alla DCS per l'approvazione;</p> <p>J1) stesura proposte documentali relative al nuovo sistema di finanziamento con relativi impatti, da sottoporre all'approvazione della DCS J2) sperimentazione in contesti circoscritti;</p>

<p>"Dopo di Noi";</p> <p>supporto alla Direzione centrale salute per la promozione e lo sviluppo dei temi dell'accessibilità e della domotica;</p> <p>supporto della Direzione Centrale Salute nell'applicazione del "Fondo finalizzato al sostegno a domicilio di persone in situazioni di bisogno assistenziale a elevatissima intensità" (DPR 247/09);</p> <p>applicazione del "Regolamento per il trasferimento e l'utilizzo delle risorse destinate al finanziamento delle azioni 2 e 3 del programma di attuazione degli interventi della regione Friuli Venezia Giulia a favore dei malati di sclerosi laterale amiotrofica (SLA)"(DGR 1692/2012), secondo quanto previsto in convenzione sottoscritta in data 30 ottobre 2012 e successivamente integrata in data 24 aprile 2015;</p> <p>ulteriori sviluppi del strumento di valutazione delle condizioni di vita delle persone con disabilità che usufruiscono dei servizi socio-sanitari semiresidenziali e residenziali, adottato con decreto del Direttore centrale salute, integrazione socio-sanitaria, politiche sociali e famiglia n. 1051/SPS del 3 agosto 2017;</p> <p>in ottemperanza a quanto previsto dalla convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, e in linea con quanto realizzato a livello nazionale, avvio e gestione dell'osservatorio regionale sulla condizione delle persone con disabilità.</p>	<p>K1) report di monitoraggio sull'attuazione del Piano di interventi regionali per il "Dopo di Noi";</p> <p>L1) valutazione dell'accessibilità urbana presso almeno n.2 comuni</p> <p>L2) evidenza di proposte documentali contenenti procedure tese alla valutazione dell'accessibilità per i progetti presentati al Nucleo di valutazione della Direzione centrale salute;</p> <p>M1) evidenza di riunioni/incontri di accompagnamento/supporto ai territori per la segnalazione dei casi</p> <p>M2) evidenza partecipazione agli incontri della Commissione per la valutazione dei casi</p> <p>M3) proposta graduatoria beneficiari</p> <p>N1) evidenza help desk e incontri di accompagnamento/supporto ai territori per la segnalazione dei casi;</p> <p>N2) determine di approvazione graduatorie per l'erogazione contributi e comunicazione esito procedimento agli interessati, alle AAS e ai Servizi sociali dei comuni (SSC) territorialmente competenti</p> <p>N3) evidenza comunicazioni relative ai movimenti in corso d'anno;</p> <p>O1) documento contenente ipotesi di classificazione;</p> <p>P1) Osservatorio attivo e primo report.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>Il risultato atteso è stato raggiunto per i punti: 1a, 1b, 1c, 2, J1, K1, M1, M2, M3, N1, N2, N3, O1.</p> <p>Le seguenti attività non sono state realizzate perché non richieste dalla DCS: I1, J2.</p> <p>L'attività P1 è stata parzialmente realizzata: sono stati predisposti i documenti tecnici per l'attivazione della funzione osservativa sulla disabilità, la DCS ha poi deciso di non proseguire con gli atti necessari alla loro formalizzazione.</p>	
<p>Motivazioni scostamento dal risultato atteso</p> <p>Le seguenti attività I1, J2. non sono state realizzate perché non richieste dalla DCS</p>	

<p>L'attività P1 è stata parzialmente realizzata: sono stati predisposti i documenti tecnici per l'attivazione della funzione osservativa sulla disabilità, la DCS ha poi deciso di non proseguire con gli atti necessari alla loro formalizzazione.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
<p>Minori</p> <p>supporto alla Direzione centrale salute per la definizione del regolamento di autorizzazione e accreditamento delle strutture residenziali per minori;</p> <p>supporto alla Direzione centrale salute nel percorso di riclassificazione, ri-autorizzazione e accreditamento delle strutture residenziali operanti in regione;</p> <p>accompagnamento delle AAS e ASUI nella sperimentazione dei profili di bisogno e di intervento previsti dalle Linee di indirizzo, monitoraggio degli esiti ed eventuale revisione dei profili.</p>	<p>Q1) Evidenza della partecipazione agli incontri regionali per l'elaborazione delle "Linee di indirizzo per la qualificazione dei percorsi di presa in carico dei minori con accoglienza in un servizio residenziale"</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>Le attività risultano realizzate per il punto Q. Sono state elaborate le "Linee di indirizzo per la qualificazione dei percorsi di presa in carico dei minori con accoglienza in un servizio residenziale"</p> <p>Le attività di cui ai punti R ed S sono invece state stralciate dalla Regione con la DGR 1912/18. rimandandole all'anno 2019.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Dipendenze</p> <p>gestione Osservatorio per le Dipendenze;</p> <p>supporto alla governance del sistema delle dipendenze regionale;</p> <p>supporto ai compiti regionali previsti dalla L.R. n.1/2014;</p>	<p>T1) elaborazione di Report annuale e aggiornamento sito web;</p> <p>U1) gestione tavoli tecnici di coordinamento regionale e stesura verbali (tavolo di coordinamento Dipendenze, tavolo GAP, tavolo trattamenti alcologici, tavolo tabagismo); realizzazione dei seguenti eventi formativi a livello regionale: "Trattamenti alcologici: un percorso formativo sulle modalità di intervento, sulle metodologie e sugli approcci ai problemi alcol correlati", "Misure alternative alla detenzione: Un approccio di sistema", "Strumenti Terapeutico Riabilitativi: modalità di utilizzo ed efficacia nei Servizi per le dipendenze".</p> <p>V1) bozza di relazione di monitoraggio nell'ambito della prevenzione primaria e secondaria e delle</p>

<p>predisposizione istruttoria atti amministrativi inerenti alle Dipendenze;</p> <p>supporto al coordinamento del gruppo tecnico delle Misure alternative alla detenzione;</p> <p>supporto tecnico al Progetto di cui al comma 1 dell'art. 9 della LR 29 dicembre 2016, n. 25, al monitoraggio delle attività progettuali e supporto alla rendicontazione finale;</p> <p>+supporto alla Direzione regionale salute per la predisposizione della bozza di Piano d'Azione Regionale per le Dipendenze.</p>	<p>attività terapeutiche prestate ai soggetti affetti da GAP; bozza di codice etico di autoregolamentazione per responsabilizzare gli esercenti alla sorveglianza delle condizioni di fragilità dei giocatori e al rispetto della legalità e per la prevenzione della malavita organizzata, in collaborazione con le associazioni di categoria degli esercenti, le Camere di commercio, gli enti e le associazioni del terzo settore; istruttoria del bando di concorso già avviato per la realizzazione di progetti nelle scuole di secondo grado volti alla creazione del marchio slot-free regionale;</p> <p>V2) bozza di un regolamento per la concessione di contributi finalizzati alla copertura delle spese di riconversione delle sale ospitanti gli apparecchi per il gioco lecito, in favore degli esercizi pubblici, commerciali, dei circoli privati e di altri luoghi deputati all'intrattenimento, che scelgono di disinstallare apparecchi per il gioco lecito;</p> <p>W1) bozze di decreti e istruttoria relativamente ai capitoli di spesa che coinvolgono i servizi per le dipendenze;</p> <p>X1) verbali gruppo tecnico delle Misure alternative alla detenzione;</p> <p>Y1) report di monitoraggio delle attività progettuali e supporto alla rendicontazione finale ai Servizi per le dipendenze regionali per le attività progettuali previste all'art. 9 della LR 29 dicembre 2016, n. 25;</p> <p>Z1) coordinamento gruppo di lavoro sul Piano d'Azione Regionale per le Dipendenze e bozza di Piano.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>T1) attività eseguita (risultato pubblicato sul sito www.dipendenzefvg.it);</p> <p>U1) attività eseguita (disponibili verbali incontri);</p> <p>V1 - 2) attività eseguita (documenti inviati a DCS);</p> <p>W1) attività eseguita (disponibili documenti e mail di invio a DCS);</p> <p>X1) attività eseguita (verbale disponibile);</p> <p>Y1) attività non realizzate perché non richieste dalla DCS;</p> <p>Z1) attività eseguita (disponibile bozza).</p>	

Motivazioni scostamento dal risultato atteso Y1) le attività non sono state realizzate perché non richieste dalla DCS;	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO OBIETTIVO Y1 STRALCIATO

3.6 PROGETTI CLINICO ASSISTENZIALI

3.6.1 Insufficienze d'organo e trapianti - CUORE	
Partecipazione ai lavori regionali della rete con formalizzazione di almeno 1 percorso assistenziale che definisca anche specifici indicatori di esito.	Evidenza della partecipazione ai lavori della rete regionale
Attuazione al 31.12.2018 Si partecipa alla rete regionale	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO I REFERENTI AZIENDALI HANNO PARTECIPATO ALLE ATTIVITÀ AVVIATE. IL PERCORSO ASSISTENZIALE REGIONALE SUL TRAPIANTO CARDIACO È IN FASE DI FORMALIZZAZIONE NEL CORSO DEL 2019
Riduzione del tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti di 50-74 anni, portandolo sotto il valore di 200 (valore medio regionale 2016 di 208,20 – fonte Bersaglio)	tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti di 50-74 anni ≤ 200
Attuazione al 31.12.2018 Tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti di 50-74 anni: 234,7	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

3.6.1 Insufficienze d'organo e trapianti - FEGATO	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Partecipazione ai lavori regionali della rete con formalizzazione di almeno 1 percorso assistenziale a valenza regionale.	Evidenza della partecipazione ai lavori regionali
Attuazione al 31.12.2018 OBIETTIVO STRALCIATO dalla DGR n. 2350/2018	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO DGR 2350/2018
Iscrizione in lista trapianto, presso il centro trapianti dell'ASUIUD, di almeno 40 pazienti nell'anno 2018 equamente distribuiti fra le AAS/ASUI in base alla	Iscrizione in lista trapianto di almeno n. 8 pazienti residenti AAS2 con la precisazione che i pazienti complessi candidabili all'iscrizione alla lista trapianti

popolazione residente (AAS2: 8 pazienti).	afferiscono già ai servizi dei centri Hub della Regione pertanto l'indirizzo al centro trapianti e la conseguente iscrizione può avvenire solo da loro.
Attuazione al 31.12.2018 Al 31/12/18 un paziente residente in AAS2 eleggibile è stato iscritto in lista trapianto di fegato.	
Motivazioni dello scostamento dal risultato atteso Il numero richiesto dall'obiettivo è irraggiungibile in quanto nel 2018 c/o l'Ospedale di Udine sono stati eseguiti complessivamente 25 trapianti di fegato con pazienti provenienti anche da fuori Regione.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

3.6.1 Insufficienze d'organo e trapianti - PANCREAS	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Riduzione del tasso di amputazioni maggiori per diabete portandolo per tutte le AAS/ASUI al di sotto di 28 casi per milione di residenti (valore medio regionale 2016 di 30,19 x milione – fonte Bersaglio).	tasso di amputazioni maggiori per diabete <=28 casi per milione di residenti
Attuazione al 31.12.2018 Tasso di amputazioni maggiori per diabete per 1.000.000 di residenti: 36,0	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

3.6.1 Insufficienze d'organo e trapianti - POLMONE	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Riduzione del tasso di ospedalizzazione per BPCO portandolo per tutte le AAS/ASUI al di sotto del 52 per 100.000 residenti di 50-74 anni (valore medio regionale 2016 del 54,25 per 100.000 residenti – fonte Bersaglio).	tasso di ospedalizzazione per BPCO <=52 per 100.000 residenti di 50-74 anni
Attuazione al 31.12.2018 Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti di 50-74 anni: 55,0	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
Partecipazione di almeno 3 infermieri per ogni distretto sanitario all'evento formativo organizzato da ASUITS, ASUIUD e AAS5, per la gestione integrata dell'ossigenoterapia domiciliare con le Pneumologie di riferimento	Evidenza della partecipazione alla formazione del 100% degli infermieri previsti (n. 12 infermieri distrettuali di AAS2 formati)
Attuazione al 31.12.2018 Per il 2018 il corso sull'ossigenoterapia è stato organizzato da ASUIUD che ha la disponibilità di n.16 posti	

complessivi per AAS2; di conseguenza non è stato possibile riuscire a formare 3 infermieri +2 fisioterapisti per ciascuno dei 4 Distretti di AAS2. Sono stati comunque riempiti tutti i posti disponibili per cui l'obiettivo può ritenersi raggiunto.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
Partecipazione di almeno n.2 fisioterapisti per distretto, alla formazione organizzata da parte delle Pneumologie di riferimento di ASUITS, ASUIUD e AAS5, finalizzata alla riabilitazione respiratoria ambulatoriale e domiciliare	Evidenza della partecipazione alla formazione del 100% dei fisioterapisti previsti (n. 8 fisioterapisti distrettuali di AAS2 formati)
Attuazione al 31.12.2018 Per il 2018 il corso sull'ossigenoterapia è stato organizzato da ASUIUD che ha dato alla nostra Azienda la disponibilità di n.16 posti complessivi; di conseguenza non è stato possibile riuscire a formare 3 infermieri +2 fisioterapisti per ciascuno dei 4 Distretti di AAS2. Sono stati comunque riempiti tutti i posti disponibili per cui l'obiettivo può ritenersi raggiunto.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

3.6.1 Insufficienze d'organo e trapianti - RENE	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Potenziamento della Dialisi peritoneale e dei trapianti con l'obiettivo di ridurre i pazienti in emodialisi al di sotto del 50% del totale (trapiantati + emodializzati + in dialisi peritoneale). (valore regionale 2016: 55,71%).	% dei pazienti in emodialisi sul totale dei pazienti (trapiantati + emodializzati + in dialisi peritoneale) <= 53%
Attuazione al 31.12.2018 % pazienti in emodialisi: 54,5%. Il dato è in costante miglioramento	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
riduzione dei Tempi di iscrizione in lista trapianto e aumento dei casi di trapianto (differenza tra inserimento in donor manager T3 e raccolta del consenso all'avvio dell'iter per l'inserimento in lista T0 < 6 mesi almeno nel 75% dei casi che hanno dato il consenso)	Potenziamento programma Trapianti di Rene Evidenza della presenza dei dati a sistema (G2) propedeutici al monitoraggio dei tempi di iscrizione in lista di trapianto in accordo con quanto definito nel PDTA trapianto di rene
Attuazione al 31.12.2018 Il sistema G2 non è stato implementato con i dati previsti	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

3.6.1 Insufficienze d'organo e trapianti - TESSUTI OCULARI	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Potenziamento del programma di donazione cornee	Mantenimento del n° di prelievi di cornee registrato nell'anno 2017
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>P.O. di Gorizia e Monfalcone:</p> <p>Nel 2017 sono stati eseguiti</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ospedale di Gorizia: 48 prelievi - Ospedale di Monfalcone: 35 prelievi <p>Nel 2018 sono stati eseguiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ospedale di Gorizia: 39 prelievi. - Ospedale di Monfalcone: 46 prelievi <p>P.O. di Latisana e Palmanova:</p> <p>Nel 2017 sono stati eseguiti</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ospedale Palmanova: n. 20 prelievi - Ospedale Latisana: n. 38 prelievi <p>Nel 2018 sono stati eseguiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ospedale Palmanova: n. 22 prelievi (+ 1 multitessuto) - Ospedale Latisana: n. 44 prelievi <p>In entrambi i Presidi Ospedalieri si è registrato complessivamente un aumento del numero dei prelievi effettuati nel 2018 rispetto al 2017. Il calo nell'Ospedale di Gorizia è solo apparente poichè nel 2017 i 48 prelievi costituivano il 51% del numero dei deceduti idonei per età e stato di salute, mentre nel 2018 i 39 prelievi costituiscono il 56% del numero dei deceduti idonei per età e stato di salute.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.6.1 Insufficienze d'organo e trapianti - DONAZIONI D'ORGANI	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Formalizzazione ed applicazione del protocollo per la donazione multi-tessuto negli ospedali di Gorizia e Monfalcone	Estensione dell'applicazione del protocollo per la donazione multi-tessuto negli ospedali di Gorizia e Monfalcone
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>Il protocollo per la donazione multi-tessuto negli ospedali di Gorizia e Monfalcone è stato elaborato</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

3.6.2 Urgenza emergenza - ICTUS	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Mantenimento dell'attività di trombolisi endovenosa/endoarteriosa con il raggiungimento nel 2017 di almeno 350 trattamenti nel territorio regionale (374 nel 2016 - fonte SDO).	Assicurare il rispetto del protocollo sulla trombolisi endovenosa/endoarteriosa
Attuazione al 31.12.2018 Il protocollo è attivo e viene rispettato	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Misurazione dei tempi intercorrenti fra allertamento-TAC e TAC-trombolisi venosa (implementazione dei campi informatici necessari a elaborare i dati specifici) con riduzione del 20% tempo complessivo triage in pronto soccorso-trombolisi per le strutture che hanno tempi > 1 ora; l'obiettivo è raggiunto anche per riduzioni percentuali inferiori purché il risultato sia < 1 ora.).	tempo complessivo triage in pronto soccorso-trombolisi < 1 ora
Attuazione al 31.12.2018 Protocollo attivo, non si sono registrati casi nel 2018	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
Presenza nella documentazione clinica della scala Barthel Index e della Rankin Scale modificata, compilata all'ingresso e all'uscita di ogni setting assistenziale (almeno l'85% degli episodi di ricovero con DRG 14 o codici ICD-9-CM relativa a: 430.x, 431.x, 432.x, 433.x1, 434.x1, 436.x, 437.3, 438.x, 784.3 (afasia) - periodo di misurazione tutto l'anno 2017).	Evidenza della presenza della scala Barthel Index e della Rankin Scale modificata all'ingresso e all'uscita di ogni setting assistenziale. (Qualora disponibile lo strumento informatico l'Azienda sarà tenuta al suo utilizzo anche ai fini del monitoraggio del dato richiesto, in alternativa l'AAS è tenuta a trasmettere alla DCS un report per ogni semestre del 2018 condotto su un campione di cartelle cliniche).
Attuazione al 31.12.2018 I report semestrali sono stati regolarmente trasmessi alla DCS Anno 2018 Area Bassa Friulana Primo semestre: 22.5% Secondo semestre 46% Area Isontina: Primo semestre: 27%% Secondo semestre: 78%	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

produzione di un opuscolo/volantino per la cittadinanza da mettere a disposizione nelle sale d'attesa dei MMG e degli ambulatori specialistici per informare la popolazione sui segni/sintomi da non sottovalutare per anticipare la chiamata di soccorso e rendere tempestivi gli interventi terapeutici in caso di ictus.	Partecipazione ai lavori regionali per la produzione di n. 1 opuscolo/volantino informativo per la cittadinanza da mettere a disposizione nelle sale d'attesa dei MMG e degli ambulatori specialistici
Attuazione al 31.12.2018 L'obiettivo non è stato raggiunto per mancanza di coinvolgimento da parte della DCS nei tavoli regionali	
Motivazioni scostamento del risultato atteso Nel corso dell'anno l'Azienda non è stata coinvolta da parte della DCS nei tavoli regionali	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

3.6.2 Urgenza emergenza - EMERGENZA CARDIOLOGICA	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Partecipazione ai lavori della rete con formalizzazione di almeno 1 percorso assistenziale che definisca anche specifici indicatori di esito.	Evidenza della partecipazione ai lavori della rete regionale
Attuazione al 31.12.2018 Si partecipa attivamente	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO I REFERENTI DELL'AZIENDA HANNO PARTECIPATO. SONO STATI FORMALIZZATI 4 PDTA SULLE EMERGENZE CARDIOLOGICHE
produzione di un opuscolo/volantino per la cittadinanza da mettere a disposizione nelle sale d'attesa dei MMG e degli ambulatori specialistici per informare la popolazione sui segni/sintomi da non sottovalutare per anticipare la chiamata di soccorso e rendere tempestivi gli interventi terapeutici in caso di infarto.	Partecipazione ai lavori regionali per la produzione di n. 1 opuscolo/volantino informativo per la cittadinanza da mettere a disposizione nelle sale d'attesa dei MMG e degli ambulatori specialistici
Attuazione al 31.12.2018 Nel 2018 non sono pervenute comunicazioni o convocazioni da parte della DCS	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

3.6.2 Urgenza emergenza - TRAUMA	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Trattamento della Frattura di femore entro 48 H in almeno l'80% dei casi trattati dal presidio ospedaliero	% di pazienti con frattura di femore operati entro 48

(media regionale 2016 del 71,77% - fonte PNE).	ore dall'ingresso in ospedale >= 80%
Attuazione al 31.12.2018 % di pazienti con frattura di femore operati entro 48 ore dall'ingresso in ospedale: 53,4%	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
Degenza media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – ricoveri urgenti	Riduzione e/o mantenimento al di sotto di 1,5 gg (criterio Bersaglio C5.18.1)
Attuazione al 31.12.2018 Degenza preoperatoria per fratture diverse dal femore - ricoveri urgenti: 1,60	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
Attesa media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – accessi in PS e ricoveri programmati	Riduzione del 20% rispetto all'anno 2017 (criterio Bersaglio C5.18.2)
Attuazione al 31.12.2018 Attesa media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – accessi in PS e ricoveri programmati: 9,06 giorni, +12,2% rispetto al 2017	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

3.6.2 Urgenza emergenza - PRONTO SOCCORSO ED URGENZA EMERGENZA	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Aumentare la percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde, ad almeno l'80% (spoke) (media regionale 2016 del 64,06% - fonte Bersaglio)	% pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde >= 80%
Attuazione al 31.12.2018 % pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde: 60,9%	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
Aumentare la percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore, portandola a valori superiori all'85% (spoke) (media regionale 2016 del 76,82% - fonte Bersaglio)	% pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore >= 85%
Attuazione al 31.12.2018 % pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore: 74,2%	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
Revisione e confronto interaziendali della gestione clinica per 5 eventi patologici acuti frequenti	Promuovere e realizzare un confronto interaziendale della gestione clinica per 5 eventi patologici acuti

	frequenti
Attuazione al 31.12.2018 OBIETTIVO STRALCIATO dalla DGR n. 2350/2018	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO DGR 2350/2018

3.6.3 Reti di patologia – MALATTIE RARE	
Raccordo con la programmazione precedente: Con la DGR 1002/2017, la rete delle Malattie rare della Regione approvata con DGR 1968/2016, è stata integrata con l'individuazione delle singole reti per gruppi nosologici e dei relativi centri coordinatori. Nessuna struttura dell'AAS2 è stata inclusa nelle reti per gruppi nosologici.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

3.6.3 Reti di patologia - MALATTIE REUMATICHE	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Partecipare ai lavori della rete per il monitoraggio dell'applicazione dei percorsi assistenziali già formalizzati	Evidenza della partecipazione ai lavori della rete
Attuazione al 31.12.2018 Si partecipa ai tavoli regionali	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO NON CI SONO INDICAZIONI O DATI DI MONITORAGGIO
Evidenza nel sito aziendale dei medici reumatologi aggregati alle medicine interne	Evidenza nel sito aziendale dei medici reumatologi aggregati alle medicine interne
Attuazione al 31.12.2018 I nominativi sono pubblicati sul sito aziendale.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Partecipare ai lavori della rete per l'elaborazione dei percorsi assistenziali per l'artrite psoriasica e per l'artrite reumatoide	Evidenza della partecipazione ai lavori della rete per l'elaborazione dei 2 percorsi assistenziali
Attuazione al 31.12.2018 Nel 2018 non pervenuta alcuna convocazione da parte della DCS per partecipare ai lavori della rete per l'elaborazione dei percorsi assistenziali per l'artrite psoriasica e per l'artrite reumatoide	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO I REFERENTI AZIENDALI (REUMATOLOGI E FARMACISTI) SONO STATI COINVOLTI NELLA STESURA DEL PERCORSO TERAPEUTICO DEI

	PAZIENTI CON ARTRITE PSORIASICA E REUMATOIDE
Imputazione informazioni	Imputazione su apposita scheda in G2 clinico delle informazioni richieste all'atto della prescrizione dei farmaci biologici, secondo le indicazioni della DCS
Attuazione al 31.12.2018 Non sono pervenute indicazioni sulle modifiche da apportare in G2 clinico rispetto alle informazioni da inserire	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

3.6.3 Reti di patologia - INSUFFICIENZA CARDIACA CRONICA	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Partecipare ai lavori regionali per la formalizzazione di almeno 1 percorso assistenziale che definisca anche specifici indicatori di esito	Partecipazione ai lavori regionali
Attuazione al 31.12.2018 Si partecipa ai tavoli regionali	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO I PROFESSIONISTI HANNO PARTECIPATO AI LAVORI DELLA RETE, MA IL DOCUMENTO NON È STATO FORMALIZZATO

3.6.4 Materno-infantile	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
partecipare, per il tramite dei propri referenti, alle attività del Comitato percorso nascita regionale	Evidenza della partecipazione al Comitato percorso nascita regionale
Attuazione al 31.12.2018 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
Mantenimento della guardia medica (pediatrica e ostetrica) H24 in ogni punto nascita attivo, in mancanza della quale è necessario: sospendere l'attività dell'erogatore pubblico fino al reperimento delle risorse; non procedere al pagamento dell'attività specifica svolta dall'erogatore privato accreditato	Mantenimento della guardia medica (pediatrica e ostetrica) H24 in ogni punto nascita attivo anche attraverso convenzione con IRCCS Burlo G.

<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>Guardia attiva H24 (pediatrica e ostetrica) mantenuta in ogni punto nascita aziendale.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Responsabilizzazione diretta delle ostetriche nella gestione del percorso per la gravidanza fisiologica	Prosecuzione dell'attività negli ambulatori gravidanza fisiologica dell'area isontina e attivazione del percorso nell'area Bassa Friulana (distretti est ed ovest)
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>È stato avviato l'ambulatorio della gravidanza fisiologica a gestione ostetrica, il servizio è localizzato all'interno dell'ospedale, in quanto la mancata decisione sul punto nascita di Latisana ha impedito la dislocazione delle risorse sul territorio.</p>	
<p>Motivazione scostamento dal risultato atteso</p> <p>La mancata decisione sul punto nascita di Latisana e la carenza di risorse ostetriche hanno impedito la dislocazione delle risorse sul territorio e l'avvio dell'ambulatorio della gravidanza fisiologica a gestione ostetrica nei Distretti della Bassa Friulana</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
mantenimento della percentuale dei parti cesarei depurati (NTSV) al di sotto del 20% dei parti totali dei parti depurati (valore medio regionale 2016 pari a 16,94% - fonte Bersaglio).	% dei parti cesarei depurati (NTSV) sul totale dei parti depurati <=20%
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>% dei parti cesarei depurati (NTSV) sul totale dei parti depurati: 15,8%</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
mantenimento dei parti indotti al di sotto del 22% (valore medio regionale 2016 pari a 21,99% - fonte Bersaglio; gennaio-ottobre 2017 pari a 21,26%).	% parti indotti farmacologicamente <= 22%
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>% parti indotti farmacologicamente: 21,3%</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Stipula di convenzione con IRCCS Burlo al fine di sviluppare nel corso del 2018 progettualità comuni nell'ambito dell'area materno infantile	Evidenza della sottoscrizione dell'accordo
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>La convenzione non è stata stipulata in accordo tra le parti</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

3.6.5 Sangue ed emocomponenti	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Attuazione della DGR 2673/2014 relativamente alla collocazione presso la sede ospedaliera di Palmanova del Centro Unico Regionale di Produzione degli Emocomponenti	Evidenza dell'attivazione del Centro Unico Regionale di Produzione degli Emocomponenti presso la sede ospedaliera di Palmanova
Monitoraggio dell'attività al 31.08.2018 L'attività aziendale è in fase di realizzazione ed è prevedibile il suo raggiungimento nei tempi previsti	
Attuazione al 31.12.2018 L'attività è stata realizzata a partire dal primo maggio, nel rispetto dei tempi previsti.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.6.6 Erogazione dei livelli di assistenza	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Riduzione del tasso di ospedalizzazione al 122,5 x mille (anno 2016 = 127,50, stima 2017 = 127,80).	tasso di ospedalizzazione <= 122,5 per 1000 ab.
Attuazione al 31.12.2018 Tasso di ospedalizzazione per 1000 ab: 120,6	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
Riduzione del numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica, ricorrendo anche ad un maggiore utilizzo del day service, portando la percentuale al di sotto del 28% per gli adulti e del 42% per i pediatrici (valore medio regionale del 2016 di 32,88% per gli adulti e 50,02% per i pediatrici - fonte Bersaglio) – obiettivo valido sia per l'età adulta che pediatrica.	% di ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica <= 28% (adulti) e <= 42% (pediatrici)
Attuazione al 31.12.2018 % DH medico per acuti con finalità diagnostica adulti: 8,2% % DH medico per acuti con finalità diagnostica pediatrici: 23,0%	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Riduzione della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni portandola al di sotto del 4% (valore medio regionale 2016 di 4,78% - fonte Bersaglio).	% di ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni <= 4%
Attuazione al 31.12.2018 % di ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni: 4,3%	

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
Attuazione al 31.12.2018 Dati non disponibili	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
L'AAS prosegue i controlli di appropriatezza delle prestazioni effettuate dagli erogatori pubblici e privati, secondo il piano dei controlli programmato dallo specifico gruppo di coordinamento regionale.	Evidenza dei controlli effettuati
Attuazione al 31.12.2018 Controlli effettuati	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Indicatori	L'azienda deve garantire il raggiungimento degli standard obiettivo di cui all'allegato B da DGR 185/2018 di approvazione definitiva delle Linee annuali per la Gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2018.
Attuazione al 31.12.2018 Vedi tabella indicatori LEA	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

3.6.7 Rete Cure Sicure FVG	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Realizzazione del programma rischio clinico regionale (Rete Cure Sicure FVG), in particolare per quanto riguarda: Implementazione della formazione link professional valutazione semestrale, tramite indicatori clinici ed organizzativi definiti dal Tavolo tecnico regionale dei risk manager aziendali pubblicazione sul sito aziendale della relazione consuntiva annuale sugli eventi avversi, cause che hanno prodotto gli eventi e azioni attivate e pubblicazione dei dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio prosecuzione linee sulla sicurezza e appropriatezza	Realizzazione delle attività previste dal programma rischio clinico regionale

<p>nell'uso del farmaco</p> <p>prosecuzione misure di prevenzione delle infezioni e "antimicrobial stewardship".</p> <p>diffusione capillare dei risultati della survey 2017 sullo stato nutrizionale e implementazione di strategie sulla nutrizione e sull'idratazione dei pazienti.</p> <p>effettuazione dell'autovalutazione CARMINA e miglioramento di un'area attraverso l'implementazione di un almeno uno standard minimo;</p> <p>prosecuzione delle attività di empowerment dei pazienti sulle tematiche del rischio mediante la valutazione dell'utilizzo del modulo di "integrazione della lettera di dimissione" e avvio di azioni di miglioramento.</p> <p>Consumo di guanti chirurgici e NON chirurgici in lattice: raggiungere un rapporto dei guanti NON chirurgici lattice/nitrile o vinile inferiore al 15%. Per quanto riguarda i guanti chirurgici per l'anno 2018 il rapporto lattice/latex-free dovrà essere al massimo del 30%.</p>	
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>Sono stati effettuati quattro corsi di formazione, due edizioni del corso Link professional base (11 settembre a Gorizia e 5 dicembre a Palmanova) e due edizioni del corso Link professional avanzato (3 ottobre a Monfalcone e 23 ottobre a Latisana)</p> <p>Monitoraggio effettuato semestralmente con invio dei report al coordinamento regionale Cure Sicure con lettera n. prot. 58737 del 27.9.2018 e lettera n. prot. 18853 di data 29.03.2019</p> <p>La relazione consuntiva annuale sugli eventi avversi è pubblicata sul sito web aziendale</p> <p>Effettuati monitoraggi della scheda di terapia dei ricoveri ordinari, day-hospital chirurgico e ambulatorio oncologico. Effettuate verifiche sulla corretta tenuta dei farmaci nei reparti con produzione di un verbale contenente le relative azioni di miglioramento. Effettuate riunioni di reparto per la sensibilizzazione sul percorso terapeutico (dalla prescrizione alla somministrazione e controllo)</p> <p>Effettuato il corso AAS2_18165 "Il buon uso degli antibiotici" il 28.11.2018 a Palmanova (55 medici partecipanti) dove sono stati diffusi discussi i dati sulle antibiotico-resistenze in Friuli Venezia Giulia. Effettuate 2 edizioni refresh del corso per tutor della rete di sorveglianza dei microrganismi sentinella e 2 edizioni del corso base (tra i destinatari anche il personale delle case di riposo).</p> <p>Valutazione della presenza della compilazione della scheda MUST su cartelle cliniche. I risultati della survey 2017 sullo stato nutrizionale sono stati diffusi durante gli incontri di restituzione ai reparti.</p> <p>Effettuata autovalutazione degli standard minimi per la gestione del risk management mediante il questionario regionale CARMINA e strutturazione nel Piano della Comunicazione 2018 delle metodologie di informazione per i cittadini/pazienti in materia di rischio clinico (azione di miglioramento)</p> <p>Effettuato monitoraggio semestrale dell'utilizzo del modulo di "integrazione della lettera di dimissione"</p>	

L'obiettivo relativo alla conversione dell'utilizzo dei guanti chirurgici e non chirurgici in lattice, in guanti in nitrile o vinile e latex-free non è stato conseguito per l'anno 2018 in quanto sono in vigore dei contratti EGAS che scadranno nel 2021, per i quali l'Azienda ha fornito dei fabbisogni che non tenevano conto di tale obiettivo regionale e su cui è impegnata contrattualmente.

Motivazioni scostamento del risultato atteso

L'obiettivo relativo alla conversione dell'utilizzo dei guanti chirurgici e non chirurgici in lattice, in guanti in nitrile o vinile e latex-free non è stato conseguito per l'anno 2018 in quanto sono in vigore dei contratti EGAS che scadranno nel 2021, per i quali l'Azienda ha fornito dei fabbisogni che non tenevano conto di tale obiettivo regionale e su cui è impegnata contrattualmente.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

- CONVERSIONE DELL'UTILIZZO DEI GUANTI CHIRURGICI E NON CHIRURGICI IN LATTICE IN GUANTI IN NITRILE O VINILE E LATEX-FREE NON RAGGIUNTO.

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
l'AAS individua un Coordinatore locale HPH, che farà anche parte del Comitato HPH regionale	Evidenza dell'individuazione di un Coordinatore locale HPH (entro febbraio)
Attuazione al 31.12.2018 Riunione regionale Comitato HPH 25.9.2018	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
L'AAS attiva il Comitato guida aziendale previa individuazione da parte della DCS, del Comitato di coordinamento HPH regionale e successiva approvazione delle linee di lavoro e del piano di azione 2019 (entro novembre).	Evidenza dell'attivazione del Comitato guida aziendale (entro novembre)
Attuazione al 31.12.2018 Convocato il Comitato guida aziendale in data 12.12.2018 Disponibile foglio firme e slide riunione	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.7 RAPPORTO CON I CITTADINI

3.7.1 Tempi di attesa

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Monitoraggio regionale tempi d'attesa per le	Evidenza dei report di monitoraggio trasmessi alla

<p>prestazioni di specialistica ambulatoriale: proseguire l'attività di monitoraggio con le stesse modalità del 2017, rispetto all'elenco delle prestazioni ministeriali e regionali soggette a monitoraggio (vedi allegato: Elenco delle prestazioni oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa).</p> <p>(La rilevazione, ai fini del raggiungimento degli obiettivi, viene svolta per differenza tra la data assegnata per l'erogazione della prestazione e la data del contatto con il SSR per la prenotazione, in rapporto alla classe di priorità (per alcune prestazioni di valenza regionale la responsabilità è attribuita ai soli Hub).</p>	<p>DCS</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>I report sono trasmessi secondo le modalità e le scadenze definite dalla DCS.</p>	
<p>L'Azienda garantisce anche il monitoraggio ministeriale delle prestazioni</p>	<p>Evidenza del report di monitoraggio</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>I report sono trasmessi secondo le modalità e le scadenze definite dalla DCS.</p>	
<p>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.</p>	<p>Implementazione della prenotazione on line secondo le indicazioni del coordinamento Regionale dell'Egas</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>Le agende sono configurate per la prenotazione on line secondo le indicazioni del coordinamento Regionale dell'Egas. Nel 2018 non sono pervenute nuove indicazioni da Egas sulla prenotazione on-line.</p>	
<p>Nei riguardi dei cittadini deve essere assicurata la "garanzia" erogativa per le priorità B al > 95%, per la priorità D al > 90% e per le priorità P al > 85%.</p>	<p>% di prestazioni monitorate prescritte in priorità B ed erogate entro 10gg >=95%</p> <p>% di prestazioni monitorate prescritte in priorità D ed erogate entro 30gg se visite oppure 60 gg se diagnostiche >=90%</p> <p>% di prestazioni monitorate prescritte in priorità P ed erogate entro 180gg >=85%</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>Priorità B:</p> <p>numero prestazioni che rispettano l'obiettivo: 6</p> <p>numero prestazioni che non rispettano l'obiettivo: 35</p> <p>(Visita cardiologica; Visita neurologica; Visita ortopedica; Visita ginecologica; Visita otorinolaringoiatrica; Visita urologica; Visita dermatologica; Visita fisiatrica; Visita gastroenterologica; Visita pneumologica; 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</p>	

<p>speco vertebrale; TC senza e con contrasto Bacino; RMN Cervello e tronco encefalico; RMN Pelvi, prostata e vescica; 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; Elettrocardiogramma dinamico (Holter); Elettrocardiogramma da sforzo; Spirometria; Fondo Oculare; Elettromiografia)</p> <p>numero prestazioni non valutabili per mancanza di richieste o perché di valenza regionale: 2</p> <p>Priorità D:</p> <p>numero prestazioni che rispettano l'obiettivo: 23</p> <p>numero prestazioni che non rispettano l'obiettivo: 18</p> <p>(Visita cardiologica; Visita neurologica; Visita ortopedica; Visita otorinolaringoiatrica; Visita urologica; Visita dermatologica; Visita gastroenterologica; Visita pneumologica; TC senza e con contrasto Bacino; RMN Cervello e tronco encefalico; RMN Colonna vertebrale; Ecografia cardiaca; Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici; Ecocolordoppler dei vasi periferici; Colonscopia; Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile; 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: 34</p> <p>numero prestazioni che non rispettano l'obiettivo: 8</p> <p>(Visita endocrinologica; Visita neurologica; Visita oculistica; Visita urologica; Visita dermatologica; Mammografia; Ecografia cardiaca; Colonscopia)</p> <p>numero prestazioni non valutabili per mancanza di richieste o perché di valenza regionale: 1</p>	
<p>Entro il 31 dicembre 2018 le agende delle prestazioni di specialistica ambulatoriale individuate dalla DCS devono essere informatizzate ed essere rese disponibili a sistema CUP regionale.</p>	<p>Le agende di prenotazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale individuate dalla DCS sono informatizzate e rese disponibili al sistema CUP</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>Le agende di prenotazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale individuate dalla DCS sono informatizzate e rese disponibili al sistema CUP. Nel 2018 non sono pervenute nuove indicazioni dalla DCS.</p>	
<p>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>	<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 31.12.2018</p> <p>Priorità A:</p> <p>numero interventi che rispettano l'obiettivo: 5</p> <p>numero interventi che non rispettano l'obiettivo: 8</p> <p>(Artroprotesi d'anca; Cataratta; Emorroidectomia; Neoplasia del colon retto; Neoplasia della mammella;</p>	

Neoplasia della vescica; Riparazione ernia inguinale; Tonsillectomia)

numero interventi non valutabili per mancanza di richieste o perché non erogate in azienda: 5.

Priorità B:

numero interventi che rispettano l'obiettivo: 5

numero interventi che non rispettano l'obiettivo: 6

(Artroprotesi d'anca; Cataratta; Emorroidectomia; Neoplasia dell'utero; Riparazione ernia inguinale; Tonsillectomia)

numero interventi non valutabili per mancanza di richieste o perché non erogate in azienda: 7.

Priorità C:

numero interventi che rispettano l'obiettivo: 9

numero interventi che non rispettano l'obiettivo: 2

(Cataratta; Tonsillectomia)

numero interventi non valutabili per mancanza di richieste o perché non erogate in azienda: 7.

Priorità D:

numero interventi che rispettano l'obiettivo: 5

numero interventi che non rispettano l'obiettivo: 2

(Biopsia percutanea del fegato; Emorroidectomia)

numero interventi non valutabili per mancanza di richieste o perché non erogate in azienda: 11.

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.

Evidenza del rispetto del rapporto tra attività libero professionale e attività istituzionale di cui al CCNLL

Attuazione al 31.12.2018

Di seguito si riporta una tabella riepilogativa con i dati al 31.12.2018.

Rapporto SIASA/Libera Professione			
Presidi ospedalieri AAS2 – anno 2018			
EROGATORI	SIASA	LP	% LP/SIASA
ANATP	9.652	840	9%
ANESD	3.528	78	2%
ANEST	5.141	65	1%
CARDI	39.288	5.452	14%

CHGEN	21.251	2.283	11%
DERMO	18.606	513	3%
DIABE	21.035	431	2%
DIET	7.847		0%
GASTR	23.537	325	1%
LABOR	1.821.501		0%
MEDIC	25.807	1.555	6%
MEDLV	619		0%
MEDTR	4.746		0%
NEFRO	52.886		0%
NEURO	35.566	1.833	5%
OCULI	35.010	6.888	20%
ODONT	8.631		0%
ONCOL	23.014	227	1%
ORTOP	38.361	7.151	19%
OSTET	40.635	8.308	20%
OTORI	25.662	1.954	8%
PEDIA	1.732	11	1%
PNEUM	12.244	495	4%
PSICH	718	19	3%
RADDI	110.302	4.766	4%
RIABI	58.714	1.372	2%
UROLO	12.246	715	6%

Libera professione intramoenia

Le AAS/ASUI/IRCCS sono tenute a sospendere la libera professione intra-moenia ai medici delle strutture che non hanno reso disponibili a CUP regionale tutte le agende di prenotazione delle visite/prestazioni

Attuazione al 31.12.2018

Il regolamento aziendale di LP prevede l'obbligo di utilizzo del CUP regionale per le prenotazioni dell'attività libero professionale di specialistica ambulatoriale.

<p>Le AAS/ASUI rendicontano alla DCS le modalità di utilizzo del finanziamento attribuito con la legge 7/2009, tenendo conto che una quota di almeno il 40% è da utilizzare per l'acquisto di prestazioni dagli erogatori privati convenzionati, in aggiunta al budget assegnato per il periodo 2017-2019 con la stipula degli accordi adottati con la DGR n. 42/2017.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stipulare specifico accordo integrativo con gli erogatori privati entro il 30.6.2018; 2. Trasmettere alla DCS entro e non oltre il 31.12.2018 l'atto/gli atti di evidenza delle effettive esigenze di abbattimento delle liste di attesa e ricorso agli importi stanziati 3. Presentare apposita rendicontazione sull'utilizzo delle somme assegnate nel bilancio consuntivo 2018
--	--

Attuazione al 31.12.2018

Gli specifici accordi integrativi sono stati adottati con decreto entro il 30.06.2018

Trasmessa nota prot. n. 78239 del 27/12/2018 alla DCS avente ad oggetto: "Impiego fondo ex LR 7/2009: trasmissione documentazione attestante l'effettiva esigenza di abbattimento tempi d'attesa e relativi importi stanziati ai privati accreditati"

Trasmesse note di rendicontazione prot. n. 21659 dd. 10.4.19 e prot. n. 23395 del 17.04.2019.

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

3.7.2 Innovazione nella gestione delle terapie

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Utilizzo dei nuovi anti-coagulanti orali	L'obiettivo si intende raggiunto se i controlli ambulatoriali per INR eseguita a pazienti residenti AAS2, si riducono almeno del 25% sul dato 2016; l'obiettivo non è raggiunto per riduzioni inferiori al 10%; per riduzioni comprese fra il 10% e il 25%, l'obiettivo verrà in proporzione considerato raggiunto parzialmente.

Attuazione al 31.12.2018

Prestazioni	2016	2018	2018/2016
90.75.4 - TEMPO DI PROTROMBINA (PT) + 91.49.2 - PRELIEVO DI SANGUE VENOSO non associati ad altri esami di laboratorio	125.812	85.208	-32%

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

Valutazione della possibilità di implementare l'utilizzo delle terapie sottocute, o per altre vie, per quei farmaci che dispongono di formulazioni alternative a quella endovenosa.	Evidenza della valutazione
---	----------------------------

Attuazione al 31.12.2018

La terapia sottocute è stata utilizzata nei casi in cui il clinico lo abbia ritenuto indispensabile secondo valutazioni clinico terapeutica e di compliance del paziente.

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

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
In tutte le degenze intensive e semi-intensive sono abolite le limitazioni non motivatamente necessarie (es. effettiva necessità di isolamento) poste a livello temporale per i care giver indicati dai pazienti, con presenza di uno per volta	Nelle degenze intensive e semi-intensive della Regione, sono abolite le limitazioni non motivatamente necessarie (es. effettiva necessità di isolamento) poste a livello temporale per i care giver indicati dai pazienti, con presenza di uno per volta
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>Già nel 2017 era stata 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 sono stati 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 RAGGIUNTO

3.7.4 Favorire la presenza del care giver nei reparti di degenza

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Definizione di un progetto aziendale di accesso dei care giver in ospedale al fine di consentire al paziente di avere accanto a sé il care giver h 24.	Evidenza del progetto
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>I reparti ospedalieri hanno elaborato già nel 2017 delle progettualità volte a rivedere l'organizzazione dei reparti affinché i care giver possano essere sempre presenti al letto dei pazienti</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO MANCA L'EVIDENZA DEL PROGETTO

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Proposta del questionario ad almeno il 90% dei pazienti dimessi dopo un intervento di chirurgia programmata e svolta in ricovero ordinario	L'obiettivo è raggiunto se l'Azienda ottiene un valore $\geq 90\%$.
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>I dati sono stati inviati alla DCS nei tempi previsti.</p> <p>Il report annuale del 2017 è stato presentato alla Conferenza dei Servizi il 21.02.2018, ai referenti</p>	

infermieristici il 14.03.2018; è stato pubblicato sul sito Internet e Intranet in data 9.4.2018.

Per l'anno 2017 il rapporto tra il numero di interviste effettuate ed il numero di utenti candidabili (al netto di coloro che non hanno dato il consenso o non hanno risposto all'intervista) è stato pari al 74,1%.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

I DATI RIPORTATI SONO RELATIVI ALL'ANNO 2017

3.7.6 Individuazione del medico responsabile della gestione del ricovero del paziente

Obiettivo aziendale

Risultato atteso

Ogni paziente ricoverato in ospedale deve ricevere l'informazione di chi è il medico responsabile della gestione del proprio caso e che, pertanto, assicura la coerenza delle diverse azioni che caratterizzano l'intera degenza

È identificato il medico responsabile per la gestione del singolo paziente ricoverato

Attuazione al 31.12.2018

Tutti i reparti hanno identificato una modalità per l'individuazione del medico responsabile della gestione del ricovero del paziente.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.7.7 Privacy

Obiettivo aziendale

Risultato atteso

Collaborazione con la Direzione Centrale Salute per lo snellimento delle procedure, in particolare attraverso la revisione del consenso al trattamento dei dati

Evidenza della partecipazione ai tavoli regionali

Attuazione al 31.12.2018

L'azienda ha garantito la partecipazione ai tavoli regionali

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

4.FLUSSI INFORMATIVI E VALUTAZIONI

4 Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)

Assicurare gli standard qualitativi nella compilazione della nuova SDO fissati dalla Regione

% di SDO archiviate in media nell'arco dell'anno \geq 98% dei dimessi;

richieste di apertura delle SDO archiviate \leq 3% delle SDO archiviate

% anomalie medie in merito alla qualità della compilazione \leq 10%

Attuazione al 31.12.2018

% di SDO archiviate: 99,8% dei dimessi;

richieste di apertura delle SDO archiviate: < 3%

% anomalie medie in merito alla qualità della compilazione: < 10%

FLUSSO	OBIETTIVO	AAS202	
SDO	% media SDO archiviate >= al 98% dei pz dimessi.	99,9%	99,9%
	Richiesta apertura SDO archiviate non deve superare il 3% delle SDO archiviate	0,2	0,4
	Anomalie qualità compilazione non devono superare il 10%	0,1	0,6

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

4 Obblighi informativi e qualità dei dati ai fini amministrativi, epidemiologici e gestionali

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Assicurare la completezza e la correttezza dell'alimentazione dei flussi informativi	CEDAP: adeguata compilazione dei campi relativi alle informazioni anagrafiche della madre e del padre
	EMUR: Inserimento dei dati della scheda medico nel 100% dei casi in cui la missione non è stata annullata. percentuale media annua di anomalie non superiore al 6%
	FAR: Miglioramento della tempistica di inserimento della data di ammissione al fine di inviare i casi nel corretto periodo trimestrale di riferimento con l'obiettivo di ridurre gli scarti ad una percentuale inferiore al 5%.
	SIAD: Inserimento dell'apertura e chiusura della Presa in carico nei tempi corretti per permettere l'invio nel periodo di riferimento. La percentuale di scarto per tale motivazione non deve superare il 2% (attualmente variano dal 4% al 9%)
	SIND: Rilevare ed inserire i dati relativamente all'alcooldipendenza e al gioco d'azzardo patologico quando il Ministero della salute integrerà opportunamente il flusso SIND.

	<p>SISM: Compilazione delle seguenti variabili nel 100% dei casi: Stato civile, Collocazione socio ambientale, Titolo di studio e Codice attività professionale. L'utilizzo della voce generica non noto/non risulta non deve superare il 10% per ogni variabile. Inserimento appena il gestionale lo permette del numero progressivo SDO per i pazienti ricoverati in SPDC</p>
	<p>MONITORAGGIO CONSUMI DISPOSITIVI MEDICI: Inserimento di tutti i contratti di acquisto dei dispositivi medici di cui si possiede il CIG entro il mese successivo al trimestre di competenza</p>
	<p>GRANDI APPARECCHIATURE: Inserimento delle apparecchiature ricomprese nell'elenco di cui allegato 1 del DM 22/04/2014 e successive integrazioni entro il mese successivo al trimestre nel quale è avvenuto il collaudo dell'apparecchiatura</p>
	<p>HOSPICE: Inserimento dei casi entro il mese successivo al trimestre di competenza</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>CEDAP: 5 Cedap (su 1.479 inseriti) manca cittadinanza, professione e scolarità del padre; 1 Cedap manca la cittadinanza della madre</p> <p>EMUR: Le variabili non facoltative che hanno fatto registrare a livello regionale più anomalie nel 2018 sono: Istituto di provenienza 0,081% (345/422078), data di uscita 2,21% (9314/422078) e mese di nascita 0,17% (738/422078). Prendendo in considerazione quella che registra una percentuale maggiore, ovvero la data di uscita, emerge che l'anomalia è dovuta al fatto che il sistema permette una permanenza in PS come OBI al massimo per 24 ore anche se era prevista una modifica con prolungamento delle ore almeno fino a 48 ore. Si ritiene pertanto che le anomalie a livello aziendale non superino il 6%</p> <p>FAR: Non calcolabile per il 2018 a causa dell'avvio da parte del Ministero della salute del progetto Interconnessione anche per i dati antecedenti al 2018 con la conseguente impossibilità di attribuire con ragionevole certezza gli scarti al mancato raggiungimento dell'obiettivo</p> <p>SIAD: Non calcolabile per il 2018 a causa dell'avvio da parte del Ministero della salute del progetto Interconnessione anche per i dati antecedenti al 2018 con la conseguente impossibilità di attribuire con ragionevole certezza gli scarti al mancato raggiungimento dell'obiettivo</p> <p>SIND: Al momento non è stata ancora inserita nel SIND la necessaria integrazione per aggiungere i dati relativi all'alcooldipendenza ed al gioco d'azzardo patologico.</p> <p>Non ancora consolidato per il 2018 comunque il Ministero della salute non ha introdotto per il 2018 l'alcooldipendenza e il GAP</p> <p>SISM: le variabili Stato civile, Collocazione socio ambientale, Titolo di studio e Codice attività professionale sono compilate nel 100% dei casi presi in carico nel periodo. La voce generica non noto/non risulta è utilizzata nello 0,1% dei casi</p>	

% di compilazione con valore "non noto/non risulta" per alcune variabili oggetto di valutazione

AAS	Sato civile		Collocazione Socio Ambientale		Titolo Studio		Codice Professionale	
	% gen2018	% dic 2018	% gen2018	% dic 2018	% gen2018	% dic 2018	% gen2018	% dic 2018
202	20,1	1,0	22,5	1,0	34,1	1,0	83,1	83,7

MONITORAGGIO CONSUMI DISPOSITIVI MEDICI: 1° trim inviato il 14 maggio, 2° trim inviato il 7 agosto, 3° trim inviato il 29 ottobre, 4° trim inviato il 29 gennaio 2019

L'Azienda ha rispettato la tempistica prevista per l'inserimento dei dati relativi ai contratti. Sono stati inseriti tutti i contratti previsti per il 2018

GRANDI APPARECCHIATURE: le apparecchiature ricomprese nell'elenco di cui allegato 1 del DM 22/04/2014 e successive integrazioni sono state inserite entro il mese successivo al trimestre nel quale è avvenuto il collaudo dell'apparecchiatura. AAS2 ha confermato alla DCS l'avvenuto inserimento di tutte le grandi apparecchiature.

HOSPICE: i dati sono stati inseriti entro il mese successivo al trimestre di competenza, rispettando la tempistica prevista per l'inserimento dei dati relativi agli accessi in Hospice

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

NON È STATO RAGGIUNTO L'OBIETTIVO SUL FLUSSO EMUR E SISM (RISPETTATO IN 3 VARIABILI SU 4)

4 Flussi ministeriali

Attuazione al 31.12.2018

I flussi ministeriali sono stati correttamente alimentati.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

NON È STATO RAGGIUNTO L'OBIETTIVO SUL FLUSSO EMUR E SISM (RISPETTATO IN 3 VARIABILI SU 4)

5. IL SISTEMA INFORMATIVO

5 Il sistema informativo

Obiettivo aziendale

Risultato atteso

Prescrizione dematerializzata

MMG che prescrivono DEMA o MIR > 80%

Attuazione al 31.12.2018

Dato non disponibile per l'anno 2018.

La struttura SSD Sistema Informativo e Informatico, per quanto di competenza, ha effettuato l'attività di verifica costante dello stato delle connessioni di rete degli MMG, monitorando, evidenziando e tramettendo le

criticità emerse alla Struttura competente (SC Convenzione Affari Generali e Legali).	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
	71,86%
Firma digitale	- G2 clinico e lettera di dimissione > 90% - Radiologia >98%
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <ul style="list-style-type: none"> - G2 clinico (escluso radiologia): 89,3% - Lettera di dimissione: 86,9 % - Radiologia: 99,9% <p>La struttura SSD Sistema Informativo e Informatico, per quanto di competenza, ha effettuato per l'anno 2018 l'attività di configurazione della Medicina d'urgenza di Gorizia e Monfalcone, attivando anche la firma digitale. Allo stato attuale tutte le strutture sono state configurate per l'utilizzo della firma digitale.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

5.1 PACS	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Completamento della messa a regime del sistema PACS nel settore dell'endoscopia digestiva.	Realizzazione del completamento secondo le indicazioni regionali
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>Integrata a PACS la sede di Palmanova (verbale del 16/04/2018) in attesa dell'acquisto da parte della componente necessaria per integrare le altre sedi, comprensiva della componente richiesta da EGAS. Acquistato SW con determina n. 621 del 07/09/2018.</p> <p>Effettuato collaudo positivo della soluzione acquistata ed estesa integrazione PACS a tutte le sedi aziendali.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
prosecuzione dell'estensione nell'ambito dell'endoscopia ambulatoriale	Realizzazione dell'estensione secondo le indicazioni regionali
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>Non sono emerse richieste di integrazione relative a dispositivi specifici.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Consultazione/visualizzazione di referti e immagini in situazione emergenziale inter-aziendale	Prosecuzione della messa a regime del caso d'uso negli ambiti clinici previsti dalla programmazione sanitaria regionale
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>AAS2 resta in attesa di conferma dell'integrazione dei sistemi PACS dell'ASUITS nell'impianto PACS regionale. Le attività che consentono la condivisione di immagini in emergenza tra il presidio ospedaliero di Gorizia e Monfalcone, secondo il modello regionale (verso l'HUB di Udinese) o secondo l'architettura attualmente disponibile (verso l'HUB triestino), sono state completate già a fine 2017.</p>	

<p>Motivazioni dello scostamento dal risultato atteso</p> <p>L'Azienda non ha attualmente evidenza del completamento dell'integrazione dei sistemi PACS dell'ASUITS nell'impianto PACS regionale.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Referto multimediale	Supporto aziendale secondo le modalità definite in coerenza e continuità con la programmazione sanitaria regionale
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>Il Direttore del Dipartimento dei Servizi in qualità di membro del GTS ha partecipato agli incontri dedicati in EGAS, fornendo suggerimenti per la realizzazione del referto multimediale e testando le soluzioni proposte.</p> <p>La SOC di Radiologia di Latisana-Palmanova ha reso disponibili degli spazi (sede di Palmanova) per l'installazione di una workstation ove diversi colleghi radiologi della regione hanno potuto provare il nuovo ambiente di refertazione e proporre delle modifiche.</p> <p>Il Dipartimento dei servizi ha inoltre dato la disponibilità di una ulteriore sede presso la SOC di Radiologia di Gorizia per l'installazione e test sul campo delle soluzioni tecnologiche relative al referto multimediale ed al suo inserimento in un nuovo e coerente workflow; quest'ultima iniziativa non è stata ancora portata a termine e si resta in attesa di indicazioni da parte di EGAS/ARCS.</p>	
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	Evidenza delle richieste aziendali
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>Non sono emerse richieste da parte delle strutture aziendali</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

5.2 Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Implementazione del FSE al 15% degli MMG con un programma da definirsi dalla Direzione centrale salute	Implementazione del FSE in fase sperimentale per il 15% degli MMG con un programma da definirsi da parte della Direzione centrale Salute
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>L'attività non era realizzabile in quanto nessun MMG dell'Azienda, seppur invitato ad aderire, ha manifestato la sua disponibilità a partecipare alla sperimentazione secondo le modalità stabilite dalla DCS (sul punto si rimanda alla rendicontazione della Linea 3.3.1 Assistenza Primaria).</p>	
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%	93,3%	93,2%
1.a LEA	Difterite-tetano	>= 95%	93,4%	93,3%
1.b LEA	Antipolio	>= 95%	93,4%	93,4%
1.c LEA	Antiepatite B	>= 95%	93,0%	92,9%
2 LEA	PREVENZIONE Vaccinazione raccomandate MPR	>= 90%	91%	91%
3 LEA	PREVENZIONE Vaccinazione raccomandata contro l'influenza dell'anziano	>=70%	57,8%	57,80%
7 LEA	PREVENZIONE Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro	>=85	65	67,22
8 LEA	TUTELA DELLA SALUTE NEI LUOGHI DI LAVORO Percentuale di unità controllate sul totale di unità da controllare	>= 5%	3,70%	3,70%
9 LEA	SANITA' ANIMALE Percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina	>= 98%	100%	130%
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%
11 LEA	SANITA' ANIMALE Percentuale di aziende ovicaprine controllate (3%) per anagrafe	>= 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%	19%	18%
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	103,5	103
15	ASSISTENZA DOMICILIARE Percentuale di anziani >=65 trattati in ADI con PAI	>= 3,8%	3,80%	4,25%
16	HOSPICE Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100)	> 1	2,7	2,70
17	SPECIALISTICA AMBULATORIALE Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1000 residenti (>=65 anni)	<= 24	20,17	21,60
18	FARMACEUTICA Incidenza di sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (anti-ipertensivi)	<=30%	36,05	36,05
19	FARMACEUTICA Consumo pro-capite di farmaci inibitori di pompa protonica	25 up pro cap	29,5	29,50
20	SALUTE MENTALE utenti in carico nei centri di salute mentale per 1.000 abitanti	>=10	23,1	19,40
21	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	>= 38%	39,02%	39,03%
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	0,23	0,23
23	Percentuale di parti cesarei	<20%	12,93%	12,93%
24	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 48 h in regime ordinario	>70%	54,30%	53,40%

			AAS2	
			DATO AZIENDA	DATO DIREZIONE
25	EMERGENZA Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	<= 20'	n,p	13'59"
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	< 200	234,7	235,8
	RENE potenziamento della Dialisi peritoneale e dei trapianti con l'obiettivo di ridurre i pazienti in emodialisi al di sotto del 53% del totale (trapiantati + emodializzati + in dialisi peritoneale)	< 53%	54,50%	56,21%
BERSAGLIO (C11.a.2.4)	PANCREAS riduzione del tasso di amputazioni maggiori per diabete	< 28 per milione di residenti	36	36
BERSAGLIO (C11.a.3.1)	POLMONE riduzione del tasso di ospedalizzazione per BPCO	< 52 per 100.000 residenti 50-74 anni	55,0	54,95
Linea 3.6.2	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	53,4	53,4
Linea 3.6.2 Bersaglio C5.18.1	TRAUMA Degenza media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – ricoveri urgenti riduzione e/o mantenimento al di sotto di 1,5 gg	<1,5 gg	1,60	1,51
Linea 3.6.2 Bersaglio C5.18.2	TRAUMA Attesa media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – accessi in PS e ricoveri programmati (Riduzione del 20% rispetto all'anno 2017)	- 20% rispetto 2017	+ 12,2% rispetto al 2017	Dato 2017:8,04 Dato 2018 9,44
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	60,9	59,5
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	74,2	73,1%
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%	15,80%	15,7%
BERSAGLIO C 7.2	MATERNO INFANTILE i parti indotti devono essere ridotti al di sotto del 22%	< 22%	21,30%	21,05%
Linea 3.6.6 Erogazione LEA	TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE	<122 x mille	120,6	120,61
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	< 28% adulti	8,20%	8,20%
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	< 42% pediatrici	23,00%	23,00%
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%	4,3%	4,3%

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

3.1.1 Degenze	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Il POS garantisce l'accoglienza ai dimessi dai reparti di cardiologia e cardiocirurgia, su invio diretto dai reparti ospedalieri delle AAS/ASUI.	Aumento del numero dei pazienti accolti
Nel 2018 il numero di pazienti accolti è incrementato dell'1,2%. Si evidenzia un incremento del 16,8% dei pazienti accolti, dimessi dai reparti di cardiologia e cardiocirurgia di Udine.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Residenza alcolologica di San Daniele	
La residenza di San Daniele garantisce l'accoglienza agli utenti, su invio servizi delle Dipendenze	Aumento del numero dei pazienti affetti da alcoldipendenza presi in carico, con particolare riferimento ai pazienti non residenti in Azienda. Aumento del numero dei pazienti ricoverati per disassuefazione da benzodiazepine.
Presso il servizio sono accolte persone provenienti da diverse aziende della regione, in coerenza con il mandato. (2017: 56; 2018: 64). Anche il numero di pazienti ricoverati per disassuefazione da benzodiazepine è cresciuto: 9 nel 2017, 14 nel 2018.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.3 Piano emergenza urgenza	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Condivisione ed omogeneizzazione di alcune procedure in essere presso le sedi del PS/PPI (Ad es: Trasmissione dell'EKG dalle ambulanze 118, competenze e formazione dell'equipaggio 118 per i trasferimenti protetti, mantenimento delle competenze per la gestione dell'emergenza-urgenza)	Mantenimento della rotazione del personale nei diversi setting.
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Avvio dei lavori di adeguamento al volo notturno delle	Vedi piano triennale preliminare degli investimenti

piazzole di atterraggio dell'eliambulanza dei presidi ospedalieri hub e spoke.	
Il personale ha ruotato nei vari setting per garantire le competenze.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

3.1.6 Medicina di Laboratorio	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Medicina di Laboratorio	<p>Con DGR 599/2017 è stato adottato il Piano della Medicina di Laboratorio con la realizzazione di 3 centri hub presso i presidi ospedalieri Santa Maria degli Angeli di Pordenone (integrato con l'IRCCS Centro di riferimento oncologico di Aviano), Cattinara-Maggiore di Trieste (integrato con l'IRCCS Burlo Garofolo) e Santa Maria della Misericordia di Udine, con mantenimento di laboratori satellite a risposta rapida presso le sedi dei presidi ospedalieri spoke.</p> <p>Nel 2018 si prosegue ad attuare l'organizzazione prevista dal piano, che per l'AAS3 prevede l'attività di prelievo e di accettazione delle prestazioni per esterni nei punti prelievo di riferimento. ASUIUD sta completando la presa in carico degli ultimi contratti di manutenzione delle attrezzature e dei approvvigionamenti beni e servizi.</p>
<p>ASUIUD ha preso in carico i contratti di manutenzione e noleggio delle apparecchiature diagnostiche di laboratorio messe a disposizione in service da parte dei fornitori, oltre che dei contratti di fornitura dei relativi consumabili. Rispetto a quanto definito dalla DGR 200/2017 rimangono ancora in carico AAS3 i service per gli apparecchi per emogasanalisi e per la determinazione dei marcatori cardiaci in uso al PS di San Daniele del Friuli, nonché i contratti di manutenzione delle apparecchiature (centrifughe, frigoriferi ecc.) di proprietà e il contratto relativo ai trasporti dei campioni biologici dalle varie sedi di prelievo al LUI.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

3.1.5 Sangue ed emocomponenti	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Accreditamento istituzionale	Entro la fine del 2018 verifica e rinnovo dell'accreditamento istituzionale di tutte le strutture trasfusionali della Regione
L'accreditamento è stato rinnovato con decreto della DCS nr 2033/SPS dd 17.12.2018	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.6 Reti di patologia	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Valutazione e monitoraggio dei PTDA aziendali per pazienti con neoplasia alla mammella e al colon. Costituzione del gruppo interdisciplinare aziendale per i tumori alla prostata (urologi, oncologi e radiologi)	<p>Il 20% delle equipe chirurgiche che operano i tumori alla mammella, colon e stomaco, sono composte da professionisti appartenenti alle 2 SOC chirurgiche.</p> <p>Revisione delle convenzioni attive e passive con ASUID (ad es. avviare attività in equipe integrata presso la sede hub per trattamenti chirurgici di alcune casistiche di neoplasie (ORL, pancreas, esofago, ...).</p> <p>Revisione del follow up oncologico (inclusa proposta di percorso in day-service)</p>
<p>L'attività delle equipe miste è stata implementata nel corso dell'anno e il 6% dei pazienti è stato gestito da equipe chirurgiche miste.</p> <p>AAS3 e ASUIUD hanno prorogato le convenzioni in essere fino al 30.06, e successivamente confermate per il secondo semestre con Decreto n. 197 del 06/09/2018 per la Medicina Nucleare; con Decreto n. 239 del 11/10/2018 per Ematologia, Chirurgia Toracica, Malattie Infettive, Radioterapia, Patologia Neonatale, Fisica Sanitaria e Medico Competente e con Decreto n. 260 del 24/10/2018 per l'Anatomia Patologica.</p> <p>Nel corso dell'anno e' stato rivisto il documento aziendale per il follow up oncologico intraospedaliero e territoriale a partire dalla sperimentazione avviata nell'AFT di Tarvisio; e sono stati aggiornati i PTDA di mammella e colon.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
Nelle more dell'approvazione della rete oncologica regionale AAS3 definirà dei percorsi integrati facilitanti con ASUIUD	Definizione accordi entro il 30 aprile 2018
AAS3 e ASUIUD hanno prorogato le convenzioni in essere fino al 30.06, poi rinnovate nel corso del secondo semestre.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Messa in rete dei professionisti con competenze specialistiche per l'integrazione della presa in carico del paziente.	Per ogni sede ospedaliera, entro il 30 settembre 2018, almeno una sala attrezzata (per ogni sede di presidio ospedaliero) per gestire teleconferenze cliniche e riunioni operative a distanza, nonché permettere la visione contemporanea di documentazione ed immagini diagnostiche di alta qualità.
Sono state attrezzate due sedi di per la teleconferenza a disposizione dei clinici per la discussione dei casi in presenza di presa in carico multi disciplinare, nonché con altri professionisti nelle sedi hub.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

3.1.7 Modifiche assetti organizzativi	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Modifiche assetti organizzativi	<p>Nel 2018 si agirà a livello organizzativo apportando le seguenti modifiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> - modifica della composizione delle AFT: Sappada entra nella AFT Valli carniche, Villa Santina si sposta nella AFT Conca Tolmezzina; Osoppo passa dall'AFT Ovest del Distretto 3 all'AFT Est - la SOSD "Strutture psichiatriche residenziali" cambia denominazione in "Abilitazione e residenze".
<p>Sono stati messi in essere gli adempimenti amministrativi per far afferire i medici presenti nei due comuni (Villa Santina e Osoppo) alle nuove AFT.</p> <p>La SOSD "Strutture psichiatriche residenziali" in virtù dell'approvazione del Consolidato preventivo del SISSR, ha cambiato denominazione.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.9 Documenti regionali	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Adozione documenti regionali	<ul style="list-style-type: none"> - Collaborazione con la DCS per la predisposizione dei documenti regionali - Definizione di una road map aziendale per l'attuazione dei piani regionali adottati.
<p>La collaborazione dei professionisti coinvolti per la predisposizione dei documenti regionali è sempre garantita, qualora richiesta.</p> <p>Nel 2018 la definizione della road map per il piano della salute mentale è confluita nel tavolo di lavoro regionale. A livello di Azienda comunque alcune delle Aree Strategiche di intervento del Piano sono state declinate negli obiettivi di Budget: Integrazione tra cure primarie e Dipartimenti di Salute Mentale; I percorsi di transizione delle cure dai Servizi per l'età evolutiva a quelli per l'età adulta; miglioramento e valutazione dell'impiego della metodologia del BIS nei DSM nell'ambito del capitolato regionale per la cogestione e coprogettazione dei BIS con enti del terzo settore; miglioramento presa in carico di detenuti con bisogni complessi legati alla salute mentale e alle dipendenze, attraverso la partecipazione congiunta del medico e infermiere di sanità penitenziaria, dei DSM e dei servizi delle Dipendenze.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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

	Regioni
<p>I servizi aziendali stanno censendo le attività da garantire ai cittadini di Sappada e stanno prendendo contatto con il nuovo territorio.</p> <p>E' stato trasmesso in Direzione centrale il monitoraggio dello stato di avanzamento della presa in carico dei servizi erogati a favore dei sappadini (nota al Direttore centrale del 10.12.2018)</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.11 Lean management	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Sviluppare un nuovo progetto da portare a compimento entro l'anno	Evidenza del progetto concluso
<p>La progettualità "La presa in carico territoriale del paziente oncologico terminale nel Distretto di Codroipo" è stata presentata al convegno regionale "Lean Management nella Sanità del Friuli Venezia Giulia" del 14/06/2018.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.12 Accessibilità dell'utenza alle funzioni aziendali	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Accessibilità dell'utenza alle funzioni aziendali	<p>L'attuale assetto istituzionale dell'Azienda non è più coerente con le direttrici dei trasporti pubblici locali. L'AAS3 si interfacerà, pertanto, con le Direzioni centrali di competenza, affinché valutino l'attivazione di un mezzo di linea tra le 4 sedi principali aziendali, in maniera integrata con le altre linee extraurbane. Ciò garantirebbe una miglior mobilità per l'utenza e le loro famiglie, in attuazione dei percorsi terapeutici, di diagnosi e di cura aziendali, e favorirebbe gli spostamenti dei dipendenti. Nel 2017 sono stati avviati dei contatti con la Direzione competente, ma ogni progettualità è vincolata all'assegnazione definitiva dell'appalto al servizio di trasporto.</p>
<p>L'AAS3 è ancora in attesa delle determinazioni del settore competente in materia di trasporti.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

3.1.12 Studiare e prepararci in vista del nuovo ciclo di programmazione aziendale	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Il 2018 sarà un anno per «studiare e prepararci», per confrontarci con le migliori esperienze d'Italia, far	A questo scopo, a partire dal profilo di salute e di comunità dell'AAS3, si prevede di:

<p>conoscere le esperienze realizzate, ponendo le basi culturali per il nuovo ciclo di programmazione</p> <p>In particolare l'attenzione sarà concentrata sulle "IDEE GUIDA" che si stanno sviluppando nel Paese nell'area delle patologie croniche:</p> <ul style="list-style-type: none"> - da "disease management" a "community care" - reti strutturate di patologia - patient engagement - paziente esperto 	<ul style="list-style-type: none"> - sollecitare il mondo professionale (in particolare quello coinvolto nella gestione delle malattie croniche) dell'azienda al confronto scientifico nazionale - organizzare eventi formativi qualificati, portando in Azienda i protagonisti dell'innovazione in Italia - coinvolgere i giovani professionisti nel progettare il futuro - aderire a progetti di respiro sovregionale, come ad esempio Progetto CARE, Progetto Aree interne, Progetto Interreg Italia- Austria Age act, E-win health.
--	---

1. Partecipazione alla stesura del documento di consenso nazionale "Cure Palliative nel Grande Anziano a domicilio, nelle residenze e in hospice".
 2. L'Azienda ha partecipato alla fase di avvio del progetto aree interne- fase 2, in Val Canale-Canal del Ferro, con la possibilità di ampliare la progettualità dopo le risultanze di una fase esplorativa di un progetto di teleconsulenza nella medesima area
 3. Si è organizzato d'intesa con la Regione un incontro il 28 novembre con la prof. Nuti, responsabile del progetto Bersaglio dell'Università Sant'Anna di Pisa, relativo a "Valutazione delle performance aziendali per il 2017: punto di arrivo e punto di partenza per affrontare le sfide future della governance aziendale".
- Inoltre, a San Daniele in primavera si è tenuto un incontro con ampia partecipazione dei Distretti con il Presidente di Aprire Network, Assistenza primaria in rete. I Distretti, attraverso le psicologhe che sono state incaricate per il lavoro nei CAP, stanno attivamente collaborando al progetto CARE.
4. Per il progetto interreg "E-win health" - valorizzazione sostenibile dei potenziali turistici salutari nel turismo alpino invernale - nel 2018 si è svolto il secondo workshop per un confronto diretto tra i rappresentanti di Enti, aziende e associazioni presenti sul territorio, che ha prodotto del materiale operativo che verrà elaborato dal gruppo di Salisburgo e verrà restituito nelle future fasi del programma.
- Per il Progetto interreg CaRe - un approccio sostenibile al Case and Care management nella regione transfrontaliera – nel 2018, tra l'altro, vi è stata la partecipazione ai meeting programmati dal Lead partner, la predisposizione della Network Card, l'avvio della realizzazione della Network Analysis, l'invio agli operatori dell'area Target del progetto del questionario per la survey on-line, l'avvio della raccolta dati per la realizzazione del report relativo all'"Analisi dello status quo" per l'Area target.

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

3.1.13 Centralizzazione funzioni ad EGAS	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
EGAS	<p>La funzione di approvvigionamento dell'AAS3 è garantita dal provveditorato unico di EGAS.</p> <p>Nel corso del 2017 è stata avviata in via sperimentale la centralizzazione del trattamento economico del personale convenzionato dei distretti di Codroipo e San Daniele dell'AAS3.</p>

	<p>Nel corso del 2018 si darà corso al completamento del trasferimento di detta funzione per tutta l'AAS3.</p> <p>Allo stato attuale, pertanto, gli effetti di tale passaggio non sono previsti né a livello di dotazione organica né a livello di costi a bilancio preventivo. Di un tanto verrà dato conto attraverso variazioni qualitative e quantitative evidenziate nei report periodici, sia per quanto attiene la dotazione organica che per quanto riguarda le risorse finanziarie correlate.</p> <p>Le restanti aree di intervento saranno sviluppate di comune accordo con le aziende interessate</p>
<p>Nel 2018 si è consolidato il modello la centralizzazione del trattamento economico del personale convenzionato dei distretti di Codroipo e San Daniele dell'AAS3. A fronte della sopravvenuta riforma sanitaria regionale, la sperimentazione non è stata estesa ai rimanenti due distretti dell'AAS3.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>

3.2 PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

<p>3.2.1 TUTELA DELLA SALUTE DELLA DONNA</p>	
<p>Obiettivo aziendale:</p>	<p>Risultato atteso:</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Implementazione del percorso gravidanza fisiologica a gestione ostetrica - Implementazione dell'offerta della visita domiciliare ostetrica in puerperio - Implementazione di percorsi aziendali per la donna in età post fertile 	<ul style="list-style-type: none"> -Evidenza dell'attivazione del percorso - Evidenza del servizio attraverso report con dati relativi al 2018 - Evidenza dei percorsi attraverso report di attività
<p>- Il percorso della gravidanza fisiologica è garantito in tre sedi aziendali (San Daniele, Gemona e Tolmezzo). I dati di attività evidenziano un mantenimento dell'attività, coerentemente con l'andamento delle gravidanze.</p> <p>- Nei Distretti 1 e 2 l'attività prevede il supporto alla famiglia dopo la nascita sia a domicilio che nelle strutture protette che accolgono mamma e bambino. Nel 2018 sono stati presi in carico 176, con 371 visite domiciliari nel D 1 e nel D2 153 bambini con una media di 2 /3 visite domiciliari, in base al fabbisogno rilevato. La presa in carico prevede il supporto e/o la collaborazione specialistica per problematiche che richiedono l'attivazione di altri professionisti o istituzioni quali: pediatra di base, reparto di Pediatria e/o Ostetricia Ginecologia, consultorio , CSM, Servizi Sociali, fisioterapia, ecc.</p> <p>Nei Distretti 3 e 4 le visite in puerperio vengono garantite dall'ostetrica in sede ospedaliera a San Daniele, nelle sedi territoriali a Mortegliano e Codroipo. Nel 2018 non ci sono state segnalazioni di criticità tali da richiede l'attivazione dell'assistenza domiciliare.</p> <p>- L'attività per le donne in età post-fertile è garantita attraverso i consueti canali di accesso alle prestazioni presso i servizi aziendali dedicati, cui le donne sono indirizzate in caso di evidenza del bisogno nelle sedi dei Consultori familiari.</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>Nel 2018 sono state attivati due percorsi formativi rivolto agli operatori su "VACCINAZIONI IN GRAVIDANZA" (27 agosto al POS di Gemona e 10 dicembre al PO di San Daniele).</p> <p>L'assistenza alla gravidanza e al puerperio da parte dell'ostetrica prevede che l'ostetrica proponga in particolare la vaccinazione contro la pertosse, la vaccinazione antiinfluenzale durante il periodo invernale e la vaccinazione contro la rosolia nell'immediato post-parto per le donne recettive. L'informazione viene garantita durante i corsi di preparazione alla nascita su tutte le sedi ospedaliere e territoriali, dall'ostetrica e/o dall'assistente sanitaria, in occasione delle visite di controllo durante la gravidanza, al momento del ricovero in occasione del parto, durante il puerperio, sia in occasione delle visite domiciliari nei distretti 1 e, sia nell'ambulatorio mamma/bambino nei distretti 3 e 4.</p> <p>A Tolmezzo, nel 2018, 8 donne recettive alla rosolia sono state vaccinate in occasione del parto. A SD su 52 donne recettive 39 hanno accettato la vaccinazione.</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:
Avvio di un progetto di analisi sulla possibilità di attivazione di uno "screening opportunistico" su stili di vita e rischio cardiovascolare globale nelle Aziende sanitarie della Regione, in coordinamento con l'A.I.R. dei MMGG	Il 10% dei pazienti eleggibili di ogni M.M.G. che aderisce allo screening opportunistico è valutato per la definizione del rischio cardiovascolare. Il risultato del rischio deve essere inserito nella piattaforma regionale del rischio cardiovascolare.
L'attività di screening opportunistico regionale non è ancora partita. Presso i CAP di Tarvisio e Gemona è invece partito il progetto Cardio50. Nel 2018 sono stati chiamati 165 utenti, di cui aderenti 136 (82%).	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

3.2.3 SCREENING ONCOLOGICI (PROGRAMMA II PRP)	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Assicurare la collaborazione per la riconversione del programma di lettura pap test, inclusi gli aspetti di formazione e comunicazione	Assicurare le letture dei pap test primari presso le sedi attuali di competenza fino a transizione del programma ultimata
L'attività è stata garantita	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Raggiungere e mantenere un'adesione ai programmi	Adesione pari al 70% per la cervice uterina, al 70% per

di screening pari al 70 % per la cervice uterina, al 70 % per la mammella, e al 70% per il carcinoma del colon retto	la mammella, e al 70% per il carcinoma del colon retto
Scr.mammografico dato del portale regionale non disponibile Scr.cervicocarcinoma 64.94% Scr.colon-retto 62,27% (dato disponibile sul portale screening a settembre 2018)	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO MAMMELLA 72,5% CERVICE 66,2% COLON RETTO 60,1%
Unità senologica: garantire il rispetto degli standard di qualità, come previsto dall'Atto d'Intesa del 18 dicembre 2014 della Conferenza Stato-Regioni sul documento recante "Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete dei Centri di Senologia".	Rispetto dei requisiti previsti dal sistema regionale di verifica dei centri di senologia. con invio alla Direzione regionale dei dati di autovalutazione entro il 30.11.2018.
L'autovalutazione è stata trasmessa con nota prot. 59000 dd 18.12.2018.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO CON NOTA 20739/P DEL 2.11.2018 LA DIREZIONE RIMODULAVA L'OBIETTIVO POSTICIPATO LA SCADENZA AL 31.12.2018
Garantire che i radiologi certificati svolgano sia la lettura del test mammografico di screening sia la gestione del percorso di approfondimento diagnostico dei casi richiamati	- Lettura del primo livello e gestione del percorso di approfondimento diagnostico da parte di radiologi certificati - Monitoraggio dell'assegnazione delle letture per singola Azienda (almeno 2 report l'anno).
L'attività di lettura ed eventuale approfondimento viene garantita dai 2 radiologi certificati. Il monitoraggio è di competenza dell'EGAS	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Garantire la corretta chiusura dell'esito dei casi di secondo livello dello screening mammografico nel G2 clinico ridurre i richiami intermedi (early recall) dopo approfondimento.	- percentuale di casi di secondo livello chiusi correttamente > = 95% - percentuale di early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso"/totale dei casi chiusi dall'unità senologica inferiore al 10%
Il dato non è disponibile perché il portale Screening regionale è in fase di aggiornamento	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO - I CASI DI SECONDO LIVELLO VANNO MONITORATI DALL'AZIENDA UTILIZZANDO L'APPOSITA FUNZIONE SU SIASI - EARLY RECALL: SAN DANIELE 4,81%; TOLMEZZO 5%
Tutte le aziende con centro di secondo livello per il	Rispetto da parte delle aziende dei requisiti previsti

programma di screening della cervice uterina: garantire il rispetto dei requisiti definiti dalla regione per i centri di secondo livello	dal sistema regionale di verifica dei requisiti dei centri di secondo livello con invio alla DCS dei dati di autovalutazione entro il 31.12.2018
L'autovalutazione è stata trasmessa con nota prot. 59000 dd 18.12.2018.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2.3 SCREENING ONCOLOGICI (PROGRAMMA II PRP)

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica (in particolare la codifica del livello di rischio assicurando di rendere definitiva la compilazione) per gli esami di 2° livello di screening Garantire l'offerta della colonscopia di approfondimento di secondo livello entro 30 giorni dalla positività del FOBT di screening	Percentuale di cartelle correttamente compilate $\geq 95\%$ Tempo di attesa per colonscopia di approfondimento di secondo livello ≤ 30 giorni
- cartelle correttamente compilate = 98% - Tempo di attesa per colonscopia di approfondimento di secondo livello ≤ 30 giorni: 83,72%	

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.	Percentuale di inviti inesitati $\leq 1,5\%$
Dato non disponibile a livello aziendale. Ultimo dato disponibile, dicembre 2017: 0.7%	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO 0,9%

3.2.4 SCREENING NEONATALI (PROGRAMMA II PRP)

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Collaborare al programma per l'identificazione precoce dei neonati con emoglobinopatia nella popolazione a rischio. Tutte le Aziende: assicurare da parte di tutti i punti nascita la regolare comunicazione a IRCSS Burlo della rilevazione del TSH neonatale.	Formale adozione della procedura per emoglobinopatia e TSH in tutti i punti nascita
Screening neonatale audiologico e oftalmologico	Diffusione e applicazione della procedura in tutti i punti nascita
E' stata definita una procedura aziendale sugli "screening neonatali", che riguardano:	

<p>- lo screening audiologico e oftalmologico, secondo le indicazioni del Burlo</p> <p>- lo screening metabolico allargato con PD</p> <p>- lo screening emoglobinopatie (con PN)</p> <p>Da luglio 2018 è stato inserito un software (a cura del Burlo) per registrare tutti gli screening per ogni bambino</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Programma di identificazione precoce della fibrosi cistica (coordinata da Burlo)	Partecipazione al programma di identificazione precoce della fibrosi cistica
<p>Non è ancora attivo uno screening neonatale condiviso sulla fibrosi cistica, ma vengono assicurate indagini approfondite (test del sudore e genetica) su sospetto clinico.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	LO SCOSTAMENTO PER LA FIBROSI CISTICA NON È DIPENDENTE DALL'AZIENDA

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 50% delle 167 scuole della Regione (ovvero 83 scuole) dovranno esser raggiunte dalla proposta di aderire alla rete Scuole che promuovono salute (SHE).
<p>Tutti gli istituti scolastici sono stati raggiunti dalla proposta di aderire alla rete SHE</p> <p>A Settembre sono stati invitati i docenti al workshop: "LE SCUOLE CHE PROMUOVONO SALUTE IN FVG – la rete per il ben-essere", dove si è parlato del modello e delle esperienze di altre Regioni che lo hanno già applicato nella propria rete. A ottobre si è formalizzata l'adesione degli istituti scolastici attraverso la firma della nota di impegno a iniziare il percorso di scuole che promuovono salute (4 istituti Aderenti in AAS3)</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Sviluppo, da parte di tutte le aziende sanitarie, di progettualità di peer education nelle scuole della regione. Continua la diffusione e implementazione dei progetti riconducibili alle buone pratiche, quali modello What's up, Unplugged, peer education ecc	Aderiscono alla progettazione almeno 66 scuole a livello regionale
<p>Si è conclusa la progettualità denominata "emozioni in regola", in collaborazione con la SISSA di Trieste, che ha interessato 8 classi delle scuole secondarie di I° del territorio aziendale (150 studenti). In data 21 e 22/2 il Dip. di prevenzione ha organizzato gli incontri di formazione generale presso le scuole dei comuni di San Daniele ed Ampezzo rivolta a genitori, docenti e stakeholder per la presentazione della progettualità e un approfondimento scientifico.</p> <p>E' stata trasmessa la relazione alla DCS in data 29 marzo 2019 prot n. 15524</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

PSAL: realizzare le attività relativamente all'obiettivo specifico di promozione della cultura della salute e sicurezza in ambito scolastico	PSAL: realizzare almeno 2 corsi di PS nelle scuole del territorio e proseguire con la realizzazione di quanto previsto dal Progetto inter-istituzionale "Promozione della scultura della sicurezza nelle scuole".
Sono stati realizzati 3 corsi: 1 a Gemona del Friuli e 2 Tolmezzo.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Inserimento nella banca dati PROSA delle attività di promozione salute svolte nelle istituti scolastici	Rendicontazione delle attività svolte nelle scuole regionali attraverso la banca dati PROSA (disponibilità dei dati)
In collaborazione con la DCS si è provveduto all'inserimento dei progetti: "Unplugged" ed "Emozioni in regola". Sono stati inseriti nella banca dati i progetti svolti nel corso dell'anno 2018, inerenti la formazione degli operatori sanitari, degli studenti e dei docenti delle scuole.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2.6 PREVENZIONE DELLE DIPENDENZE

Vedasi linea 3.5.10

3.2.7 PROMOZIONE DELL'ATTIVITA' FISICA (PROGRAMMA V PRP)	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Sviluppo di progetti di attività fisica rivolti alla popolazione adulta	Report su quanto realizzato
Le attività sono state concluse ed è stata trasmessa la relazione alla DCS in data 29 marzo 2019 prot n. 15524	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Realizzazione di progetti di promozione attività fisica adattata	Almeno 1 iniziativa/progetto
<p>Nel corso del 1° semestre del 2018 l'attività dei Fisioterapisti dei Centri di Riferimento AFA AAS3 per la promozione dell'Attività Fisica Adattata ha conseguito i seguenti risultati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sono stati valutati 453 potenziali partecipanti - Sono stati attivati 8 nuovi corsi AFA dalle palestre "partner" - Sono state attivate 3 nuove palestre "partner", avviando così l'attività nei territori di 2 ulteriori Comuni del Distretti dell'AAS3. <p>Nei CAP di Buja e nell'ambulatorio distrettuale di San Daniele sono stati valutati 264 utenti.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Diffusione delle opportunità di attività fisica presenti sul territorio attraverso il sito regionale (invecchiamentoattivo.fvg)	Presenza, sul sito, delle attività realizzate in collaborazione con le associazioni

Il sito è stato alimentato in base alle adesioni ricevute.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Sviluppo del progetto sperimentale aziendale "Centro per la Prescrizione e Somministrazione dell'Esercizio Fisico" per pazienti con malattie croniche (MCNT) presso Presidio Ospedaliero per la Salute di Gemona	Centro per la Prescrizione e Somministrazione dell'Esercizio Fisico avviato e primi pazienti seguiti (report a DCS)
Il documento è stato approvato e trasmesso alla Direzione centrale salute. A partire da settembre 2018, è stata avviata l'attività e si sono iniziati a seguire i primi pazienti.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Avvio dell'ambulatorio specialistico di Medicina di montagna presso il POS di Gemona	Evidenza attività
Dopo il perfezionamento della convenzione con il Centro studi per gli sport di montagna del DAME per le attività di ricerca applicata, si sono svolte le prime visite con test di ipossia.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Utilizzo di modalità innovative per la promozione dell'attività fisica.	Studio di fattibilità per l'apertura di un centro multimediale di promozione all'attività fisica, ubicato a Talmassons, ovvero in un luogo baricentrico per gli utenti regionali.
La progettualità è stata predisposta e trasmessa alla DCS (ns prot. 13145 dd 16.03.2018)	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2.8 PREVENZIONE INCIDENTI STRADALI (PROGRAMMA VI PRP)	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
i referenti individuati (PRP) partecipano e sostengono le attività che andranno a delinarsi (formazione dei moltiplicatori, diffusione delle iniziative) per la prevenzione degli incidenti stradali	Iniziative di comunicazione e informazione alla popolazione
<p>1. I referenti aziendali hanno collaborato con la direzione centrale per la definizione delle proposte per attività territoriali di provata efficacia a cui connettere i fondi regionali di cui alla DGR 1971/2017.</p> <p>2. Effettuati incontri in presenza e in teleconferenza del gruppo regionale referenti aziendali (cfr mail di convocazione)</p> <p>3. Effettuati n.2 avvisi pubblici/bandi AAS3 per la presentazione di progetti relativi all'utilizzo dei fondi regionali di cui alla DGR 1971/2017, per il programma VI del PRP SICURI IN BICICLETTA, a cui potessero concorrere associazioni di volontariato del territorio AAS3 (atti depositati).</p> <p>Il report regionale sull'incidentalità stradale è stato prodotto (http://www.regione.fvg.it/rafvfg/cms/RAFVG/infrastrutture-lavori-pubblici/infrastrutture-logistica-trasporti/FOGLIA2/) e presentato in conferenza stampa (7/08/2018) a livello Direzione Regionale Salute (doc. depositato)</p>	

<p>4. Partecipazione del dr Flavio Schiava come docente-relatore a incontro di divulgazione-formazione per Insegnanti e Agenti di Polizia Stradale e Polizia Locale (Udine c/o AAS4 dd 26/11/2018, sulla presentazione del report regionale con particolare riguardo a pedoni e sicurezza stradale, il collaborazione con la dr.ssa Belotti (AAS4) e la dr.ssa Stel (AAS2) del gruppo regionale dei referenti Si tratta di un'attività formativa organizzata nell'ambito del progetto regionale Sicuramente, sostenuto dalla direzione infrastrutture e direzione salute della Regione e coordinato dalla prof. Tamburini dell'ufficio scolastico regionale, inerente la prevenzione degli incidenti stradali (testo presentazione depositato)</p>	
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
<p>La campagna di prevenzione degli incidenti domestici è stata realizzata in collaborazione fra tutte le Aziende Sanitarie della Regione, l'IRCSS Burlo Garofolo e la SISSA. È stata conclusa la realizzazione del materiale divulgativo: spot video, spot audio, brochure, sito lacasasicura.com e la app.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Rilevazione attraverso la check-list dei rischi nelle abitazioni con analisi dei risultati	Almeno 50 abitazioni valutate in regione
<p>Sono state raccolte e registrate nel database dedicato 114 check list</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2.10 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' NELLE ATTIVITA' DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLE ATTIVITA' DI VIGILANZA E CONTROLLO (PROGRAMMA VIII PRP)	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
PSAL: partecipare alla elaborazione collaborativa delle procedure di vigilanza in edilizia e 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 o regionale con i portatori di interesse sulle problematiche connesse all'applicazione delle norme poste a tutela del lavoro in edilizia
<ul style="list-style-type: none"> - partecipazione ai lavori del GRE garantita - realizzato un incontro a Sappada con i Coordinatori dei cantieri - Realizzati due incontri in data 29/11/18 e 6/12/18 in collaborazione con ASUI UD 	

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>PSAL: 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>	<p>- Partecipazione ai lavori del GRA</p> <p>- Report elaborato da parte del GRA sulla omogeneità dell'applicazione delle procedure di vigilanza in agricoltura in regione.</p> <p>- Realizzazione di almeno un incontro provinciale con i portatori di interesse sulle problematiche connesse all'applicazione delle norme poste a tutela del lavoro in edilizia</p>
<p>- partecipazione ai lavori del GRA garantita</p> <p>- realizzato incontro regionale in data 6/12/2018</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Partecipazione alla IV fase del progetto "Prodotti Finiti FVG" che prevede la stesura delle schede di prodotto (comprendenti la flow chart) con le metodiche e gli strumenti predisposti nell'ambito del progetto di ricerca</p>	<p>Presenza (al 31/12/2018) di almeno 90 schede a livello regionale di prodotto correttamente elaborate e vistate dal responsabile scientifico del progetto (report della DCS)</p>
<p>La partecipazione personale individuato ai gruppi di lavoro è stata garantita.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Attuazione Delibera 2520 del 14 dicembre 2017 (modifica regolamento emanato con Decr.Pres.Reg. 144/2015) su servizi residenziali e semi-residenziali per anziani</p>	<p>Si rimanda al capitolo sulla non autosufficienza della Struttura Programmazione Interventi Sociosanitari</p>
<p>SIAN/VET partecipare alla formazione degli auditor e al programma di mantenimento della qualifica</p>	<p>Almeno 50 auditor ufficiali formati in regione</p>
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Si è provveduto a garantire il percorso formativo e di affiancamento per tutti gli Auditor dell'Azienda.</p>	
<p>Adesione ad un corso di sostegno alle capacità organizzativo-gestionali delle risorse umane per dirigenti, coordinatori e P.O. dei Dipartimenti di Prevenzione</p>	<p>Partecipazione dei Dipartimenti certificata da AAS5</p>
<p>- Garantita la partecipazione al corso nella prima e seconda sessione SIAN, PSAL e IG</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Diffusione delle Linee guida regionali per la prevenzione dei rischi in campo estetico e del Protocollo operativo regionale di controllo per le pratiche estetiche</p>	<p>Evidenza della pubblicazione sul sito aziendale istituzionale dei documenti approvati dalla Regione</p>
<p>Le linee guida sono pubblicate sul sito</p>	

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Attuazione del Protocollo operativo regionale di controllo per le pratiche estetiche	<p>Effettuare i controlli di tutte le nuove SCIA di tatuatore e piercer</p> <p>Effettuare i controlli di 1 ogni 5 delle nuove SCIA presentate per estetista</p> <p>Effettuare i controlli di 1 ogni 10 delle nuove SCIA presentate per acconciatore</p>
nuove SCIA 2018: attività di ESTETISTA pervenute: 9 e 4 sopralluoghi effettuati; attività di PARRUCCHIERA pervenute: 17 e 3 sopralluoghi effettuati; TATUAGGIO pervenute: 2 e 2 sopralluoghi effettuati	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
PSAL: partecipare attivamente al programma regionale di audit, scegliendo il comparto di interesse a seconda della specificità territoriale.	Operatori formati secondo le indicazioni del PRP, costituzione del gruppo di <i>auditor</i> regionali, individuazione delle aziende su cui avviare l'audit sui SGSL da parte <i>auditor</i> regionali e avvio della fase realizzativa
Completata la formazione degli auditors (3 operatori). Il Decreto di istituzione del Gruppo Audit regionale è stato pubblicato in data 26.11.18, per cui le attività di programmazione degli audit sono state calendarizzate nel 2019	
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	<ul style="list-style-type: none"> - 5% delle aziende vigilate (parametri LEA non ancora pervenuti al 22/01/18 dal GTI SSL). - Edilizia: l'attività di vigilanza nei cantieri deve essere finalizzata al raggiungimento del 12% dei cantieri notificati l'anno precedente. In caso di significative variazioni incrementali, si dovrà raggiungere almeno il numero dei cantieri vigilati nell'anno 2017. - Agricoltura: vigilare 90 aziende agricole a livello regionale (14 per la AAS 3) (Report di attività alla DCS)
<p>La vigilanza ha prodotto i seguenti risultati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ispezionate 341 aziende; - Ispezionati 122 cantieri; - Ispezionate 14 aziende agricole. 	

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
Realizzati due incontri in data 29/11/18 e 6/12/18 in collaborazione con ASUI UD	
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
Corso effettuato a Pordenone il 01/10/2018 e Udine il 24/11/2018 da Gruppo regionale ergonomia "L'espressione del giudizio di idoneità alla mansione specifica nei lavori esposti al fattore di rischio "SOVRACCARICO BIOMECCANICO": aspetti normativi ed applicazioni cliniche"	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Realizzare un'analisi OCCAM su una neoplasia professionale che verrà individuata dal Gruppo Regionale Cancerogeni, purché il Garante autorizzi il trattamento dei dati sensibili.	Partecipazione al Gruppo regionale Cancerogeni e realizzazione analisi OCCAM su una neoplasia professionale
Analisi OCCAM (Occupational Cancer Monitoring): non è stata realizzata in quanto è vincolata alla disponibilità di banche dati che devono essere fornite al servizio statistico regionale e non è stato possibile superare i vincoli posti dagli enti gestori	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
Proseguire il programma integrato di promozione della salute dei dipendenti, che coinvolge i medici competenti, per la declinazione operativa delle azioni dell'obiettivo specifico "Progetto pilota per un programma integrato di salute e benessere dei dipendenti pubblici.." del PRP.	<ul style="list-style-type: none"> - Report sui lavoratori a rischio cardiovascolare globale - Offerta di percorsi per smettere di fumare - Partecipazione ai lavori per l'adozione del regolamento regionale sul fumo
Il report annuale è stato prodotto. L'offerta dei percorsi per smettere di fumare è garantita.	
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
Report inviato.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Sviluppo di sistemi informativi rivolta alla dematerializzazione delle comunicazioni obbligatorie	Studio di fattibilità e prima applicazione delle procedure per l'informatizzazione delle notifiche ex art.99 del D.Lgs 81/08
Lo studio di fattibilità è stato effettuato da Insiel e DCS e AAS; il progetto esecutivo è in fase di elaborazione da parte di INSIEL, l'avvio del sistema informativo avverrà nel 2019	
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
I dati sono stati inviati alla DCS nel mese di gennaio.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Monitorare le verifiche periodiche delle attrezzature di lavoro con inserimento dei dati in apposito database	Almeno il 75% delle verifiche effettuate da ogni azienda sanitaria è inserito a data base aziendale
Il 100% delle verifiche sono state inserite nel data base aziendale.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Restituzione, a carico dell'IRCCS Burlo Garofolo, dei risultati della rilevazione 2017 del Progetto Okkio alla Salute ai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende	Almeno 1 incontro Report alla DCS
L'evento regionale è stato organizzato dall'IRCCS Burlo Garofolo in data 5 dicembre 2018	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Realizzazione, con il coordinamento dell'IRCCS Burlo Garofolo e in collaborazione con i Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende del FVG, della raccolta dati periodica del progetto HBSC nelle scuole del Friuli Venezia Giulia (marzo-giugno 2018)	Collaborazione all'effettuazione dello studio Report alla DCS
Si è provveduto ad effettuare le interviste previste dal protocollo di sorveglianza, in tutte e 35 le classi degli Istituti scolastici presenti sul territorio dell'AAS3. Tale attività è stata preceduta da un'opera di campionamento effettuata dall'IRCSS Burlo Garofolo, quale coordinatore dello studio.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

Studi di sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento	Dare continuità allo studio di sorveglianza PASSI e iniziare PASSI d'Argento.
Lo studio di sorveglianza PASSI è stato mantenuto attivo. È, altresì, iniziata l'attività di sorveglianza relativamente allo studio PASSI d'Argento.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2.14 AMBIENTE E SALUTE, FACILITARE UNA MIGLIORE QUALITA' DELL'AMBIENTE E DEL TERRITORIO, SECONDO IL MODELLO DELLA SALUTE IN TUTTE LE POLITICHE (PRPROGRAMMA XII PRP)

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
<p>Partecipazione attiva alle attività del "Gruppo Tecnico interistituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali " di cui al Decreto n°630/SPS del 12.08.15 finalizzato alla valutazione delle ricadute sulla salute connesse ai determinanti ambientali, comportamentali e sociali e della "Cabina di Regia" di cui al Decreto n° 695/SPS del 19.05.2017.</p> <p>1. Collaborazione con la DCS, ARPA e enti gestori alla definizione del programma di programma di controllo di cui al D.Lgs. 28/2016.</p> <p>2. Avvio del monitoraggio</p>	<p>Evidenza di partecipazione al "Gruppo Tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali" e alla "Cabina di Regia".</p> <p>1. Partecipazione alla stesura del programma di controllo regionale con evidenza dell'invio dei dati richiesti dalla Regione.</p> <p>2. Effettuazione dei campionamenti previsti</p>
<p>- partecipazione garantita, quando richiesta</p> <p>- sono stati effettuati i campionamenti previsti dalla DCS.</p>	

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Conclusione, da parte degli operatori sanitari individuati come formatori, del percorso di formazione iniziato nel corso dell'ultimo trimestre del 2017 nell'ambito del progetto CCM 2015 "EpiAmbNet" (Rete nazionale di epidemiologia ambientale, valutazione impatto integrato sull'ambiente e salute, formazione e comunicazione) del Ministero della Salute.</p> <p>Nel corso del secondo semestre dovranno essere stabiliti gli obiettivi didattici ed i contenuti dei percorsi formativi che verranno realizzati a livello regionale nel 2019 e che saranno destinati ai MMG, PLS e gli altri operatori del Dipartimento di Prevenzione.</p>	<p>Garantire la partecipazione degli operatori sanitari individuati come formatori ai moduli formativi previsti dal progetto CCM 2015 "EpiAmbNet" per il primo semestre del 2018.</p> <p>Condividere a livello regionale la proposta formativa per il 2019.</p>
<p>- L'attività formativa si è già conclusa, senza che alcun operatore sanitario dell'Azienda potesse parteciparvi stante l'esaurimento dei posti disponibili;</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

<p>Sorveglianza delle acque potabili. Mappatura dei pozzi privati utilizzati nell'ambito delle imprese alimentari.</p>	<p>Mappatura, secondo un report fornito dalla Direzione Salute, dei pozzi che approvvigionano gli stabilimenti riconosciuti ai sensi dei Regg. 852/853, le imprese alimentari che utilizzano l'acqua come ingrediente principale e quelli che approvvigionano fasce sensibili della popolazione (scuole, asili, ecc.).</p>
<p>Nei Controlli Ufficiali che sono stati sino ad ora eseguiti sia presso le imprese alimentari che utilizzano l'acqua come ingrediente principale sia in quelle che approvvigionano fasce sensibili della popolazione (scuole, asili nido, ecc.) non si è evidenziato l'approvvigionamento da pozzi privati.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</p>
<p>Psal: raccogliere i dati relativi ai mesoteliomi indagati e inviare al COR, assicurando la trasmissione delle schede ReNaM</p>	<p>Schede ReNaM trasmesse al COR per tutti i casi indagati e conclusi nel 2018</p>
<p>Sono state inviate al COR le schede di tutti i casi indagati nel corso del 2018</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>
<p>PSAL: Trasmettere i dati sui soggetti attualmente esposti alla DCS e al CRUA in base alle relazioni annuali compilate dalle ditte di bonifica utilizzando il MeLa Amianto</p>	<p>Trasmettere per via telematica i dati sui soggetti addetti alle bonifiche amianto alla DCS e al CRUA</p>
<p>Si è provveduto alla trasmissione dei dati richiesti. La trasmissione avviene per via telematica in maniera automatica a partire dal 01.03.19</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>
<p>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,</p>	<p>almeno 1 controllo</p>
<p>- E' stato effettuato il controllo previsto presso i tatuatori, con riferimento ai pigmenti che vengono utilizzati; - Sono stati previsti altri due controlli aventi ad oggetto i giocattoli e gli ftalati in essi presenti.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>
<p>AAS n.3 "Alto Friuli – Collinare – Medio Friuli": realizzazione di un evento formativo sui Regolamenti Reach e CLP quale ricaduta dei corsi nazionali di formazione per ispettori nei confronti dei nuovi ispettori REACH/CLP della regione FVG in fase di addestramento</p>	<p>1 evento formativo</p>
<p>Sono stati realizzati due eventi formativi, nei mesi di febbraio e maggio.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>

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
La partecipazione è stata garantita	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Assicurare il proseguimento delle campagne vaccinali già avviate e quelle di nuova introduzione (rotavirus ed herpes zoster)	Miglioramento delle coperture vaccinali
<p>E' stata garantita l'offerta attiva e gratuita per i vaccini raccomandati alla coorte 2016</p> <p>Vaccino anti rotavirus: iniziata l'offerta con la somministrazione di n. 1411 dosi di vaccino ai nuovi nati nel corso dell'anno 2018.</p> <p>Vaccino anti herpes zoster: somministrate n. 43 dosi di vaccino ad altrettanti soggetti a rischio. (non è stato raggiunto l'accordo regionale per il coinvolgimento dei MMG nella vaccinazione anti herpes zoster alla coorte dei nuovi 65enni).</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Assicurare, accertato l'inadempimento dell'obbligo vaccinale, l'avvio della procedura per il recupero della vaccinazione.	Procedura uniforme per la gestione dei soggetti inadempienti in tutte le Aziende regionali.
Nel corso dell'anno 2018 partecipazione a tutti gli incontri organizzati dalla DCS per la stesura di una procedura regionale per la gestione dell'inadempienza all'obbligo vaccinale ex L. 119/2017	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Avvio di un processo di accreditamento dei servizi vaccinali	evidenza di avvio del processo
Sono state predisposte otto procedure operative per la gestione delle attività legate ai servizi vaccinali.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Adottare e applicare il piano regionale di sorveglianza e risposta alle arbovirosi trasmesse da zanzare	Assicurare da parte di ogni azienda la partecipazione multiprofessionale all'aggiornamento del Piano regionale coordinato dalla Direzione centrale
E' stata garantita la partecipazione del personale designato ai tavoli tecnici, nonché l'attività di verifica sul campo della presenza di vettori.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Malattie Sessualmente Trasmesse (MST)	Collaborazione con il Burlo per il completamento del PDTA sulla gestione di laboratorio delle Malattie Sessualmente Trasmesse (MST)

Il gruppo di lavoro non è stato ancora attivato	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO IL GRUPPO È STATO ATTIVATO ED È STATO PRODOTTO IL PDTA PREVISTO
Resistenze antimicrobiche	
Sono individuati il coordinatore regionale medico e veterinario e viene costituito il gruppo tecnico regionale (GTR) per l'implementazione del PNCAR. Il GTR identifica le modalità di implementazione delle azioni e costruzione il sistema di monitoraggio del PNCAR a livello regionale	I due coordinatori regionali e il gruppo tecnico designati definiscono modalità azioni regionali identificate nel PNCAR 2018 (output: documento tecnico) e sviluppano il sistema monitoraggio del PNCAR a livello regionale.
Gruppo di lavoro regionale non attivo nel 2018.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO L'OBIETTIVO 2018 DI "SVILUPPARE IL SISTEMA DI MONITORAGGIO DEL PNCAR A LIVELLO REGIONALE" È STATO RIMANDATO IN ATTESA DELLA DEFINIZIONE DEGLI STANDARD REGIONALI ED AZIENDALI DI IMPLEMENTAZIONE DEL PNCAR PER TUTTE LE REGIONI. QUESTI ULTIMI SONO PREVISTI DAL PROGETTO "AZIONE CENTRALE CCM2018 -IMPLEMENTARE IL PIANO NAZIONALE PER IL CONTRASTO ALL'ANTIBIOTICO RESISTENZA NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE: STANDARD MINIMI E MIGLIORAMENTO CONTINUO" AL QUALE PARTECIPANO, COME RESPONSABILE SCIENTIFICO E UNITÀ OPERATIVA N.6, RISPETTIVAMENTE, IL COORDINATORE REGIONALE MEDICO E VETERINARIO DEL PNCAR PER LA REGIONE FVG.
Tutti gli ospedali partecipano ai programmi di sorveglianza delle ICA, con evidenza di monitoraggio degli indicatori regionali.	indicatori regionali monitorati
Monitoraggio espletato sull'avvio dell'applicazione del delle infezioni del sito chirurgico	Protocollo regionale per la valutazione dell'incidenza
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Veterinari: censimento dei laboratori privati coinvolti nel monitoraggio e sorveglianza dell'AMR (entro il 2018).	Le AAS realizzato il censimento dei laboratori privati che eseguono esami batteriologici e test di farmaco-sensibilità in Regione FVG.
L'attività è garantita dalla regione.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Veterinari: Adesione al Sistema Informativo Nazionale per la completa digitalizzazione della gestione del medicinale veterinario e della ricetta elettronica	Le AAS aderiscono al Sistema Informativo Nazionale per la tracciabilità del farmaco per quanto di loro competenza (Aderiscono i veterinari Libero

(entro il 2018)	professionisti)
<p>Si è garantita l'adesione secondo le modalità aziende zootecniche definite dalla DCS.</p> <p>Sono state garantite tutte le attività di competenza relativamente all'inserimento nel sistema informativo nazionale delle strutture operative e delle scorte di farmaci veterinari autorizzate presso l'AAS di riferimento.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Veterinari: progressiva integrazione delle aziende zootecniche al sistema informatico di supporto all'attività di classificazione delle aziende sulla base di indicatori di rischio (entro il 2018)	Le AAS assicurano che le aziende zootecniche siano progressivamente integrate nel sistema informatico di supporto all'attività di classificazione delle aziende sulla base di indicatori di rischio (sperimentazione check list regionale)
L'AAS3 ha aderito a tutte attività disposte dalla regione per il corretto utilizzo del sistema informatico previsto.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Veterinari: Condivisione delle Linee guida nazionali per la corretta gestione degli allevamenti di animali da reddito al fine di ridurre le prescrizioni di antimicrobici e prevenire il rischio di antibiotico-resistenza	Le AAS adottano delle Linee guida nazionali disponibili per la corretta gestione degli allevamenti di animali al fine di ridurre le prescrizioni di antimicrobici e prevenire il rischio di antibiotico-resistenza
Le linee guida nazionali per la corretta gestione degli allevamenti sono state adottate ed attualmente applicate	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Veterinari: Recepimento check-list ed esecuzione di audit secondo le procedure consolidate (entro il 2018).	Le AAS recepiscono ed adottano le check-list per l'esecuzione secondo le procedure consolidate. Sarà realizzata la programmazione regionale 2018 2019 per identificare il numero di allevamenti zootecnici (bovini, suini, pollame e pesci, esclusi i familiari) da sottoporre a valutazione di rischio in base alle check-list. Nel 2018 le AAS realizzano e registrano in SICER il controllo ufficiale di farmacosorveglianza sulla base della programmazione regionale.
Le check list per l'esecuzione dei controlli sono state recepite e adottate. La regione ha realizzato il PRISAN con la programmazione 2018. Sono state compilate 62 check list di farmacosorveglianza e di classificazione del rischio degli allevamenti, come da accordi con la DCS on corso d'anno.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Almeno un corso di formazione per Medici e Veterinari sul buon uso degli antibiotici l'anno per azienda sanitaria (entro il 2018)	Partecipare ad un corso di formazione regionale per Medici e Veterinari sul buon uso degli antibiotici, organizzato da ASUIUD.
Il corso di formazione si è tenuto il 31 maggio ed è stato organizzato dall'AAS5.	
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
E' stata garantita l'attività di screening sanitario nei confronti dei migranti e la reportistica è stata effettuata periodicamente	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Garantire in ogni azienda sanitaria la possibilità di accesso ad un ambulatorio per cure primarie per i soggetti non in regola con le norme sul soggiorno, con l'individuazione di un percorso facilitato rispetto al rilascio del codice STP/ENI (Straniero Temporaneamente Presente/Europeo Non Iscritto);	E' disponibile per un ambulatorio d'accesso alle cure primarie per i soggetti non in regola con le norme sul soggiorno, con l'individuazione di un percorso facilitato rispetto al rilascio del codice STP/ENI
L'ambulatorio dedicato è stato organizzato presso il D2	
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
La formazione è stata garantita	
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 a tutti i responsabili di struttura via mail del 02.07.2018.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
In applicazione del Piano generale regionale di risposta alle emergenze, definire e formalizzare l'unità di crisi aziendale	Dare evidenza della formalizzazione dell'unità di crisi aziendale e delle procedure conseguenti, in applicazione del Piano generale.
L'unità di crisi è stata formalizzata nel 2017, prima dell'emanazione delle linee guida regionali. Si è rimandato l'aggiornamento nella nuova azienda ASU FC.	
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	40% operatori dedicati formati in ogni Azienda

degli operatori dedicati, al percorso formativo programmato a livello regionale	
Non è stato attuato alcun corso regionale	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
Mantenere ed ottimizzare il sistema di rilevazione sull'allattamento al seno alla dimissione e alla seconda vaccinazione	100% delle schede inserite nel sistema di rilevazione regionale entro un mese dalla dimissione e dalla seconda vaccinazione
Viene assicurato l'inserimento delle schede nel sistema di rilevazione regionale all'atto della seconda vaccinazione.	
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 2018 per favorire il maggior consumo di frutta e verdura, la riduzione del consumo di sale, usando quello iodato, l'utilizzo di prodotti preferibilmente tipici e a filiera corta	Contributo al 5% delle gare d'appalto di PA e Enti in corso nel 2018 in ogni Azienda
L'attività svolta ha permesso di offrire un contributo alle gare d'appalto relative a 4 comuni su 15 aventi gare in scadenza, con una percentuale che si attesta al 27%.	
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 in collaborazione del personale del Dip. di Prevenzione afferente alle diverse strutture/piattaforme
Il corso è stato offerto agli operatori sanitari.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE 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
E' stata garantita la partecipazione alla realizzazione del corso regionale che si è tenuto in data 04.12.2018	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO MANCA REPORT DI DIFFUSIONE

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	Effettuare il 100% dei controlli previsti per gli atti di interesse della condizionalità e inserire le evidenze ed i verbali in BDN.
Sono state concordate con la DCS, sia le modalità tecniche relative alla programmazione che la successiva programmazione dei controlli. Eseguiti 64 controlli, pari al 100%, così suddivisi: il 37% dei controlli per il benessere animale, il 43% di quelli relativi all'I&R e il 47% in materia di sicurezza alimentare (Dati SICER).	
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 2017	<ul style="list-style-type: none"> - Per il SIAN n. interventi ispettivi e di categorizzazioni del rischio per settore programmati per il 2018 pari al 75% del numero richiesto dal PRISAN (15% delle imprese presenti sul territorio di competenza) - n. 213 interventi ispettivi e di valutazioni del rischio per settore programmati per il 2018 - il n. 32 audit per settore programmati per il 2018 per il settore della veterinaria e controlli pari al 100% del numero richiesto dal PRISAN per il SIAN. - 100 % dei controlli ufficiali dei campionamenti di alimenti - n. 40 dei controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni.
<p>In ambito Veterinario:</p> <p>Eseguite 379 ispezioni audit compresi; Eseguite 105 ispezioni; Audit e classificazioni del rischio eseguiti 33 su programmati 34 (nota. N. 01 stabilimento programmato non controllabile in quanto sospeso nel periodo di programmazione); Eseguiti n. 40 controlli congiunti con Sian; Eseguito il 100% dei controlli ante e post mortem al macello n. 1124; eseguito 100% dei piani di campionamento previsti.</p> <p>In ambito SIAN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sono stati eseguiti 425 C.U. (pari al 15,1%); - sono stati effettuati 6 audit; - sono stati effettuati 200 campionamenti di alimenti (pari al 98%); - sono stati effettuati 40 controlli congiunti MV; 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Attuazione dell'ultimo anno del Progetto Piccole Produzioni Locali in accordo con la Direzione centrale agricoltura.	Garantire l'informazione capillare e la formazione sul territorio, informando le Aziende del Settore Alimentare della conclusione del Progetto e delle possibili evoluzioni delle PPL. Stesura di una relazione finale dettagliata di verifica Aziendale. Tale relazione dovrà riportare, il numero di PPL registrate ed il numero di ispezioni, un'analisi critica con punti di

	<p>forza e debolezza del Progetto rilevate sul territorio. La relazione dovrà altresì riportare il dettaglio delle attività eseguite su:</p> <ul style="list-style-type: none"> - carni suine e avicunicole - carni di specie diverse - prodotti lattiero caseari di malga - vegetali, confetture, conserve, prodotti da forno, erbe aromatiche, prodotti dell'alveare, vegetali fermentati, lumache, ecc...
<p>Nell'ambito del PPL è previsto l'inserimento progressivo (in tre anni) nel progetto di tutte le malghe afferenti al territorio dell'AAS3.</p> <p>Nel 2018 13 PPL registrate, 9 ispezioni eseguite per nuove aperture.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Garantire la funzionalità del sistema informativo Sicer per l'Area dell'Igiene e Sicurezza Alimentare degli Alimenti di origine animale (Area B) e SIAN.	Piena funzionalità del sistema informatico Sicer al 31 dicembre 2018.
<p>Il sistema informatico è stato implementato e sarà utilizzato a pieno regime nel corso del 2019</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Procedere nelle attività del Piano regionale di monitoraggio e controllo della Malattia di Aujeszky dei suini, al fine di richiedere l'accreditamento per Regione indenne.	100 % allevamenti della coorte individuati dal Piano regionale da controllare al fine di richiedere lo status di Regione indenne.
<p>Controllati tutti gli allevamenti soggetti a piano come da disposizioni regionali. Controllati n. 350 allevamenti (prelievi in allevamento, al macello, ed in ambito di macellazione familiare)</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	100% interventi di controllo sul rispetto del benessere animale richiesti dal PRISAN 2018
<p>Eseguiti n. 61 controlli di Benessere animale in allevamento ed inseriti in BDN 100% dell'attività prevista per il 2018 e eseguiti n. 14 Controlli benessere animale al trasporto</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>Sono stati eseguiti 20 controlli sui 19 che erano stati programmati.</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.
Si è provveduto ad eseguire i sopralluoghi richiesti dalle strutture convenzionate ai fini dell'adeguamento alla nuova normativa Regionale.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Applicazione piano vaccinale blue tongue	I liberi professionisti dovranno vaccinare il 100% dei capi entro il 31.12.2018. L'Azienda supporta e monitora tale intervento.
L'attività è stata garantita, anche con il supporto dei Dirigenti Veterinari dell'AAS3 o dai Veterinari convenzionati con l'AAS3.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Progetto latte di montagna: costruzione di una progettualità inter-istituzionale volta a determinare un miglioramento complessivo (in termini di sicurezza e qualità) del latte prodotto, un'evoluzione della gestione delle aziende agricole (anche nei parametri di interesse per la veterinaria pubblica gestione del farmaco e benessere animale soprattutto), una acquisizione di valore per il prodotto della lavorazione.	Costituzione di un gruppo di lavoro che studi gli strumenti più idonei a conseguire l'obiettivo declinato e lo sperimenti su di un campione rappresentativo della realtà dell'allevamento montano
- Si è provveduto alla costituzione del gruppo di lavoro e si è proceduto all'analisi preliminare del contesto per poi procedere alla stesura di un piano operativo.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Progetto di economia sociale: diffondere la conoscenza degli elementi teorici dell'economia sociale e strutturare una progettualità che ponga le basi per la sperimentazione in una comunità	Incontri formativi di divulgazione agli operatori sanitari e socio sanitari dei principi dell'economia sociale; definizione di un gruppo di operatori motivati che lavorino alla strutturazione del progetto ed all'analisi del contesto.
L'attività di formazione è stata svolta.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3 ASSISTENZA DISTRETTUALE

3.3.1 Assistenza primaria	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Avvio delle Nuove medicine di Gruppo in ogni Azienda	Sviluppo delle Nuove medicine di gruppo conforme a quanto previsto dalla DGR 39/2016
Al 31 dicembre sono state sospese le pregresse associazioni di MMG (gruppo e rete) di Tolmezzo. I MMG si stanno organizzando per costituire una nuova MGI.	

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
Attività sperimentale dello psicologo nel CAP	Evidenza dell'attività effettuata dallo psicologo nel CAP
Lo psicologo è presente nel CAP di Gemona, Ovaro, Buja e Mortegliano.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Avvio della sperimentazione del Fascicolo sanitario elettronico	Almeno il 15% dei MMG in ogni AAS/ASUI partecipa alla sperimentazione secondo le modalità stabilite dalla Direzione centrale salute.
5 medici hanno aderito alla sperimentazione regionale. Il 25 settembre è stato aperto il fascicolo a tutti i cittadini della regione. Il Cefomed ha tenuto la formazione dei MMG.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Avvio delle reti di patologia aziendali	Evidenza di progettualità per percorsi di cura del paziente (anche tramite l'utilizzo di ECG con refertazione a distanza, Teledialisi, Retinografia con refertazione a distanza) che diventino paradigma di sviluppo per i futuri CAP
<p>La rete di patologia per il diabete è attiva in tutte le sedi di CAP.</p> <p>La rete per la patologia cardiaca (in particolare scompenso cardiaco) è avviata a Ovaro e Gemona.</p> <p>La rete per l'insufficienza respiratoria cronica sta prendendo avvio attraverso il monitoraggio pazienti in ossigenoterapia a lungo termine nei CAP di Ovaro, Tarvisio e presso il Distretto di San Daniele.</p> <p>In dicembre verrà definito un programma con il nefrologo per la malattia renale cronica.</p> <p>E' stato pubblicato sul Giornale Italiano di Cardiologia il poster "La cardiologia diffusa. Nuovo modello organizzativo di gestione intra ed extraospedaliera del paziente cardiologico negli ospedali spoke. Esperienza dal Friuli Venezia Giulia".</p> <p>Nel CAP di Buja è iniziato l'utilizzo dell'ecografo come ausilio alla diagnosi.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
Garantire la tutela dell'infanzia e dell'adolescenza attraverso un accesso diretto e gratuito alle cure primarie, fornite dagli specialisti in materia.	I bambini provenienti dalle aree disagiate in cui non è stato possibile inserire un pediatra di libera scelta accedono gratuitamente all'assistenza pediatrica erogata dai Pediatri ospedalieri sia per accesso diretto che su invio del proprio medico di Medicina Generale, secondo le modalità prevista da uno specifico progetto "progetto "Nuova Pediatria").
Il progetto è stato avviato. C'è stata la presentazione ufficiale dello stesso alle famiglie il 3 maggio 2018. Il fisioterapista del D2 accede regolarmente a Tarvisio per l'attività Nuova Pediatria dal 09.04.2018 con cadenza quindicinale.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

3.3.2 ACCREDITAMENTO	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Partecipazione attiva al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti.	Messa a disposizione per i sopralluoghi, secondo le indicazioni della Direzione centrale salute, dei valutatori per almeno 30 giornate complessive.
Sono stati messi a disposizione, in base al programma indicato dalla DCS, 8 operatori dell'AAS3 in qualità di Coordinatore di visita, Valutatore, Esperto e Osservatore per un numero complessivo di 31 giornate. La DCS nel 2018 ha inoltre organizzato un corso per osservatori, valutatori ed esperti a cui hanno partecipato, nelle 3 edizioni di Udine, Monfalcone e Pordenone, 7 operatori dell'AAS3.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.3 ODONTOIATRIA SOCIALE	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Aumento delle prestazioni LEA erogate	Media aziendale di almeno 1,6 prestazioni/ora per odontoiatra
Totali prestazioni LEA: 7992. Sono state erogate 1,6 prestazioni/ora per odontoiatra.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Prestazioni non LEA erogate	200 casi di terapia ortodontica e 500 pazienti con almeno un'arcata edentula riabilitati con protesi totali, nelle sedi attivate (dato regionale)
Sono state erogate 2625 prestazioni non LEA, 27 casi di terapia ortodontica e 35 protesi odontoiatrica arcata	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO (SU BASE REGIONALE ED ATTIVATI ENTRAMBI GLI AMBULATORI DI ORTODONZIA E PROTESI)
Percentuale aziendale di visite odontostomatologiche	non superiore al 40% del totale delle prestazioni erogate (sono escluse le visite del pronto soccorso odontostomatologico)
Monitoraggio dell'attività al 31.12.2018: Percentuale aziendale di visite odontostomatologiche: 24,6% (sono escluse le visite del pronto soccorso odontostomatologico)	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO 33,89%
Stabilizzazione attività di PS presso il PPI di Gemona	Apertura con personale proprio del PS di Gemona almeno 5/5 8-14
L'attività è garantita 5/5, ma in fasce orarie diverse, in funzione della disponibilità del professionista e dell'equipe di supporto.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Stabilizzazione dell'offerta di odontoiatria	Garanzia dell'offerta di odontoiatria penitenziaria

penitenziaria in tutti gli istituti penitenziari della regione	presso l'Istituto di Tolmezzo
L'attività è stata garantita, con la presenza di 2 riuniti.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Programma di odontoiatria scolastica	<p>Organizzare le risorse per prevedere la visita presso gli istituti scolastici di tutti i bambini iscritti alla prima classe della scuola primaria entro la fine dell'anno scolastico.</p> <p>Organizzare un intervento di educazione alla prevenzione orale per tutti i bambini dalla prima alla quinta elementare per l'a.s. 2018/2019.</p> <p>Visita nelle strutture ove sono accolti di tutti i pazienti afferenti ai centri per disabili per la presa in carico assistenziale.</p>
<p>Monitoraggio dell'attività al 31.08.2018:</p> <p>Sono state eseguite 1045 visite ai bambini delle prime classi della scuola primaria in 85 classi di 59 plessi scolastici (una sola scuola non ha aderito);</p> <p>L'intervento di educazione alla prevenzione orale viene effettuato dall'odontoiatra durante le visite effettuate alle varie classi d'età nel D3 e nel D4.</p> <p>E' in fase di predisposizione il primo intervento presso il primo centro per disabili individuato. Continua altresì l'attività del Progetto Orchidea dedicato alle cure dentarie per disabili.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.4 RIABILITAZIONE	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Attivazione a livello aziendale della rete per le malattie neuromuscolari e la sclerosi laterale amiotrofica	E' attivato un gruppo integrato neuromuscolare (GIN) con la finalità della presa in carico della persona con malattia neuromuscolare nell'ambito territoriale di competenza, per il tramite della convenzione con ASUIUD sulla neurologia.
Il GIN in AAS3 non è stato attivato nel corso del 2018. Solo nel corso del 2018 si è attivata ed è diventata operativa la convenzione sulla neurologia con ASUIUD, quale prerequisito per l'attivazione dello stesso.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
Attivazione a livello aziendale del PDTA per la sclerosi multipla entro la seconda metà del 2018.	Entro il primo semestre 2018 15% dei pazienti con sclerosi multipla sono presi in carico con le modalità previste dal percorso assistenziale.
L'Azienda per il ha preso in carico il 14% degli utenti prevalenti.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE 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.
E' stata effettuata una rilevazione sul ricorso alla contenzione nei seguenti setting assistenziali presso alcuni reparti del Presidio ospedaliero, presso le DIP di Gemona, presso tutte le RSA , presso una struttura per anziani convenzionata per Distretto.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.6 DIABETE	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Gestione integrata del diabete in coerenza con la DGR 1676/2015	Presentazione report dati attività 2017-2018 con evidenza di miglioramento
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Diabete in ospedale (DGR 1572/2017): a-Implementazione del programma regionale per la formazione del personale ospedaliero; b-organizzazione del gruppo aziendale per il diabete.	a - Effettuazione degli eventi formativi in ogni azienda; b – Predisposizione del piano aziendale per il diabete. c - costituzione e organizzazione delle equipe aziendali per la gestione integrata del diabete.
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
A livello aziendale è attivo un gruppo di lavoro che, mettendo insieme i diabetologi aziendali, sta lavorando per dare omogeneità ai percorsi e all'offerta diabetologica aziendale. Il report è+ agli atti ed evidenzia un lieve miglioramento La formazione del personale ospedaliero è avvenuta il 18, 30 ottobre e il 21 novembre.	

3.3.7 CRONICITA'	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Implementare i PDTA sullo scompenso cardiaco	Evidenza dell'implementazione del PDTA sullo scompenso cardiaco in ogni Azienda attraverso reportistica di dati di attività
Il PDTA regionale sullo Scompenso Cardiaco, all'interno della Rete Cuore, è in fase di bozza avanzata. Il gruppo di lavoro regionale vede coinvolti più professionisti della AAS3. A livello AAS3, il PDTA aziendale in uso è quello aggiornato a fine 2017	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

3.3.8 ASSISTENZA PROTESICA	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Partecipazione ai lavori per la revisione dei percorsi di assistenza protesica e alla formazione dei professionisti sanitari .	Attuazione delle nuove modalità di erogazione dell'assistenza protesica, compresi i percorsi semplificati stabiliti dalle nuove linee guida regionali.
<p>E' stata redatta la procedura aziendale di assistenza protesica, come da linee guida regionali (D.G.R. 65/2018); è stata avviata la formazione, con due edizioni (giugno-settembre), di tutti gli attori coinvolti nel processo di fornitura di dispositivi protesici (fisioterapisti, infermieri, Medici, personale amministrativo).</p> <p>In coerenza con la nuova normativa è stato avviato l'utilizzo del modulo PRAI a supporto della prescrizione di alcuni ausili personalizzati (Medici specialisti fisiatri), l'uso dei nuovi moduli di donazione e comodato, la prescrizione di alcuni dispositivi, per i soggetti in dimissione, da parte dei medici di struttura (percorsi semplificati).</p> <p>E' stata attivata la linea "prescrizione protesica", a G2, per i Medici delle DIP e formazione specifica all'utilizzo.</p> <p>Nel corso del 2018 si è altresì avviata un'attività di monitoraggio della spesa per protesi ed ausili all'interno dell'Azienda, al fine di fotografare la distribuzione della spesa sanitaria tra Protesica diretta ed indiretta.</p> <p>L'intento è di garantire a tutti gli operatori del settore un'indicazione sull'andamento della spesa, per indurre un'inversione di tendenza nella ripartizione della spesa tra Protesica diretta ed indiretta.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.4 ASSISTENZA FARMACEUTICA

ASSISTENZA FARMACEUTICA	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
1.1 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
Si è convenuto che la valutazione di questo valore sia in capo al Servizio farmaceutico della Direzione centrale.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO I TETTI NAZIONALI RIPORTATI SONO AGGREGATI A LIVELLO REGIONALE (NON AZIENDALE) E LA VERIFICA DEL RISPETTO È EFFETTUATA A LIVELLO CENTRALE. DALL'ULTIMO REPORT AIFA GENNAIO-DICEMBRE 2018 IL TETTO PER LA CONVENZIONATA RISULTA RISPETTATO (7,05% VS 7,96% TARGET). IL TETTO PER GLI ACQUISTI DIRETTI NON È STATO RISPETTATO (10,16% VS 6,89% TARGET)
1. Prescrittori	

<p>Sia a livello territoriale che ospedaliero le Aziende individueranno specifici obiettivi per i prescrittori, correlati a definiti indicatori di risultato, al fine di favorire l'impiego di medicinali con il miglior rapporto di costo-efficacia e prevedendo un monitoraggio periodico sull'utilizzo delle categorie dei farmaci a maggior impatto di spesa e rischio di inapproprietezza. A tal fine le Aziende invieranno un report semestrale alla DCS con evidenza sia delle iniziative di audit e feedback adottate, sia delle azioni più significative intraprese nel corso del primo e del secondo semestre del 2018 (in particolare per oncologici, immunologici, farmaci per l'epatite C, terapie intra-vitreali, farmaci del PHT_DPC, equivalenti)</p>	<p>Invio di due report a cadenza semestrale da cui si evincano:</p> <ul style="list-style-type: none"> – stato di avanzamento degli obiettivi negoziati con i prescrittori ospedalieri e territoriali – azioni intraprese
---	---

Si vedano relazioni inviate al Servizio farmaceutico della DCS con prot. 44884 del 27.09.2018 e nota prot. 10253 del 28.02.2019.

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

3. Medicinali a brevetto scaduto – indicatori AIFA-MEF

<p>In ambito territoriale la prescrizione dei medicinali a brevetto scaduto, con particolare riferimento alle classi terapeutiche individuate dagli indicatori AIFA-MEF presenti sul sistema Tessera Sanitaria (TS), dovrà tendere ai valori target indicati.</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">CLASSE</th> <th style="text-align: center;">% media FVG (gen-sett 2017)</th> <th style="text-align: center;">% target nazionale a cui tendere†</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>C08CA – derivati diidropiridinici</td> <td style="text-align: center;">90,85%</td> <td style="text-align: center;">92,1%</td> </tr> <tr> <td>C09CA - antagonisti dell'angiotensina II, non associati</td> <td style="text-align: center;">94,52%</td> <td style="text-align: center;">97,5%</td> </tr> <tr> <td>C09DA - antagonisti dell'angiotensina II e diuretici</td> <td style="text-align: center;">92,59%</td> <td style="text-align: center;">96,0%</td> </tr> <tr> <td>C10AA - inibitori della HMG COA reduttasi</td> <td style="text-align: center;">80,69%</td> <td style="text-align: center;">87,0%</td> </tr> <tr> <td>G04CB - inibitori della testosterone 5-alfa reduttasi</td> <td style="text-align: center;">44,70%</td> <td style="text-align: center;">57,8%</td> </tr> <tr> <td>M05BA - bifosfonati</td> <td style="text-align: center;">77,54%</td> <td style="text-align: center;">83,1%</td> </tr> <tr> <td>N03AX - altri antiepilettici</td> <td style="text-align: center;">94,50%</td> <td style="text-align: center;">98,7%</td> </tr> <tr> <td>N02CC - agonisti selettivi dei recettori 5HT1</td> <td style="text-align: center;">93,95%</td> <td style="text-align: center;">97,1%</td> </tr> <tr> <td>S01ED – sostanza beta-bloccanti</td> <td style="text-align: center;">37,71%</td> <td style="text-align: center;">41,4%</td> </tr> </tbody> </table>	CLASSE	% media FVG (gen-sett 2017)	% target nazionale a cui tendere†	C08CA – derivati diidropiridinici	90,85%	92,1%	C09CA - antagonisti dell'angiotensina II, non associati	94,52%	97,5%	C09DA - antagonisti dell'angiotensina II e diuretici	92,59%	96,0%	C10AA - inibitori della HMG COA reduttasi	80,69%	87,0%	G04CB - inibitori della testosterone 5-alfa reduttasi	44,70%	57,8%	M05BA - bifosfonati	77,54%	83,1%	N03AX - altri antiepilettici	94,50%	98,7%	N02CC - agonisti selettivi dei recettori 5HT1	93,95%	97,1%	S01ED – sostanza beta-bloccanti	37,71%	41,4%
CLASSE	% media FVG (gen-sett 2017)	% target nazionale a cui tendere†																													
C08CA – derivati diidropiridinici	90,85%	92,1%																													
C09CA - antagonisti dell'angiotensina II, non associati	94,52%	97,5%																													
C09DA - antagonisti dell'angiotensina II e diuretici	92,59%	96,0%																													
C10AA - inibitori della HMG COA reduttasi	80,69%	87,0%																													
G04CB - inibitori della testosterone 5-alfa reduttasi	44,70%	57,8%																													
M05BA - bifosfonati	77,54%	83,1%																													
N03AX - altri antiepilettici	94,50%	98,7%																													
N02CC - agonisti selettivi dei recettori 5HT1	93,95%	97,1%																													
S01ED – sostanza beta-bloccanti	37,71%	41,4%																													

A livello aziendale il target è stato raggiunto su cinque indicatori AIFA-MEF su nove (C08CA, C09CA, C09DA, C10AA e G04CB).

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
	RAGGIUNTI 5/9 TARGET, CRITERI DI VALUTAZIONE DGR 1912/2018

4. Biosimilari

<p>Nell'ambito delle categorie di medicinali per le quali è disponibile l'alternativa biosimile dovranno essere assicurate azioni di incentivazione, appropriatezza ed efficienza per il SSR, nel rispetto del recente quadro normativo (legge n. 232/2016, art. 1, comma 407), che ha previsto specifiche direttive a cui gli Enti del SSR devono fare riferimento. A tal fine le Aziende invieranno uno specifico report semestrale alla DCS sulle attività svolte.</p>	<p>Invio di due report a cadenza semestrale da cui si evincano le attività svolte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stato di avanzamento degli obiettivi negoziati con i prescrittori - Azioni intraprese
---	---

Si vedano relazioni inviate al Servizio farmaceutico della DCS con prot. 44884 del 27.09.2018 e con nota prot.

10253 del 28.02.2019.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
6. Distribuzione diretta farmaci ad alto costo	
Nell'ambito della distribuzione diretta dei farmaci ad alto costo le Aziende eroganti danno continuità ai percorsi definiti nel corso del 2017, per consentire alle AAS di residenza del paziente la verifica dell'appropriatezza d'uso, dandone anche evidenza alla DCS.	Definizione di un percorso che consenta la verifica dell'appropriatezza d'uso alle AAS di residenza del paziente
L'attività di monitoraggio attraverso i report ricevuti dal centro HUB di riferimento è stata mantenuta. Inoltre, nel corso dell'anno 2018, l'erogazione di alcuni dei medicinali ad alto costo oggetto del monitoraggio è stata presa in carico da AAS3 (medicinali per il trattamento dell'epatite C e della sclerosi multipla).	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
7. Primo ciclo di terapia	
A seguito di dimissione da ricovero e/o di visita specialistica ambulatoriale dovrà essere assicurata l'erogazione del I° ciclo di terapia in distribuzione diretta sia attraverso le strutture pubbliche che private accreditate. A tal fine le Aziende invieranno alla DCS due relazioni semestrali sull'attività svolta, indicando i risultati raggiunti. Continua inoltre l'attività di distribuzione diretta nell'ambito della residenzialità, della semi-residenzialità e dell'assistenza domiciliare presso tutte le strutture afferenti alle Aziende per l'assistenza sanitaria.	Attuazione del I ciclo così come definito nei LEA e dalla DGR 12/2018. Invio di due relazioni semestrali da cui si evincano: - Andamento dell'attività di erogazione in distribuzione diretta e nell'ambito della residenzialità, semi-residenzialità e dell'assistenza domiciliare - Andamento delle attività di erogazione del I ciclo di terapia sia nelle strutture pubbliche che private accreditate, azioni intraprese e risultati raggiunti
Si vedano relazioni inviate al Servizio farmaceutico della DCS con prot. 44884 del 27.09.2018 e con nota prot. 10253 del 28.02.2019.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
9. Distribuzione per conto	
Per i medicinali in DPC le Aziende adottano specifici monitoraggi e approfondimenti con i prescrittori in caso di elevato ricorso alla non sostituibilità, e assicurano le opportune informazioni sui medicinali di nuova autorizzazione all'immissione in commercio inseriti nell'elenco dei farmaci erogabili in DPC, temporaneamente non disponibili sulla piattaforma.	Evidenza dei monitoraggi effettuati e delle azioni adottate Evidenza delle eventuali comunicazioni ai prescrittori in merito ai nuovi farmaci inseriti in DPC temporaneamente non disponibili sulla piattaforma
Il monitoraggio sul ricorso alla clausola di "non sostituibilità" è stato applicato puntualmente ed, in particolare, a si evidenzia un buon risultato in termini di ricorso ai medicinali oggetto di gara. La quota di farmaco non sostituibile si è attestata nel periodo agosto-dicembre 2018 al 2% per la quetiapina e al 12% per il clopidogrel	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

10. Medicinali soggetti a registro AIFA	
<p>Per la prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA dovrà essere assicurata la registrazione di tutti i dati richiesti (anche con particolare riferimento ai medicinali innovativi), nel rispetto delle indicazioni autorizzate e dei criteri di eleggibilità definiti dall'AIFA, al fine di assicurare appropriatezza d'uso e consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing. La richiesta del farmaco dovrà sempre essere accompagnata dalla scheda di registrazione paziente nel registro. A tal fine potranno essere programmata analisi a campione da parte della direzione centrale</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Assicurare la registrazione di tutti i pazienti e di tutti i dati richiesti per i farmaci soggetti a registro AIFA e gestione delle procedure di rimborso per i farmaci soggetti ad accordi di condivisione del rischio (MEAs) - Evidenza dei monitoraggi / controlli effettuati e delle attività intraprese (incontri, comunicazioni etc.) per sensibilizzare le strutture in cui sono state riscontrate eventuali criticità
<p>Ogni terapia è stata erogata unicamente a fronte dell'inserimento del paziente nei registri ; sono inseriti a sistema tutti i dati 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 terapie prescritte ed erogate è trasmesso ai prescrittori per sollecitare eventuali mancati inserimenti di dati. (documentazione agli atti). sono stati rimborsati ad AAS3 circa € 150.000.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
11. Farmacovigilanza	
<p>Sul versante della farmacovigilanza continuano le attività già avviate a livello regionale dalla DCS ed, in particolare, le collaborazioni con le Aziende sanitarie universitarie integrate così come indicato dalle delibere di riferimento (DGR 435/2013 e 2199/2014), assieme alle progettualità regionali e multiregionali finanziate da AIFA e oggetto di specifica convenzione. Su tali iniziative gli Enti del SSR assicurano la partecipazione dei sanitari interessati e il supporto alle attività organizzative. Nel corso del 2018 sarà avviata una specifica progettualità sui temi relativi ai medicinali per il trattamento di malattie rare, anche coinvolgendo il coordinamento regionale e la rete delle malattie rare. Inoltre in corso d'anno, anche tramite un nuovo di accordo di collaborazione/convenzione con le due Aziende sanitarie universitarie integrate e con il coinvolgimento di tutte le Aziende sanitarie e gli IRCCS sarà avviata una specifica progettualità pluriennale nell'ambito delle aree di attività stabilite dalla DGR 1365/2015 volta a favorire un uso sicuro</p>	<p>Riscontro sulla partecipazione da parte degli enti alle progettualità avviate dalla DCS e da parte degli operatori alle attività formative organizzate dalla stessa (report)</p>

<p>appropriato dei farmaci a livello ospedaliero e nella continuità ospedale-territorio. Il percorso formativo a distanza (FAD) avviato a fine 2017 sull'utilizzo della nuova piattaforma nazionale Vigifarmaco ed altre tematiche di farmacovigilanza resterà disponibile in più moduli formativi anche per il 2018</p>	
<p>Si è preso attivamente parte a tutte le iniziative promosse dalla DCS nel corso dell'anno assicurando peraltro l'avvio della fase operativa del progetto regionale "Farmacisti in ospedale e territorio".</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	ACCESSI CORSO FAD 2018: 9
12. Dispositivi assistenza integrativa	
<p>Le aziende potenziano il monitoraggio e la verifica dell'appropriatezza d'uso dei dispositivi per l'assistenza integrativa al fine di porre in essere ogni azione utile ad una razionalizzazione della spesa e dei consumi di tali prodotti Dovranno, inoltre, essere avviate a livello aziendale o in collaborazione tra aziende iniziative che prevedano differenti modalità di erogazione/distribuzione dell'assistenza integrativa. In particolare, per quanto riguarda l'erogazione di ausili di assistenza protesica, gli enti del SSR dovranno favorire la distribuzione diretta come pure dovranno prevedere, relativamente agli ausili per diabetici modalità di erogazione vantaggiose per l'SSR (es. diretta, accordi con le farmacie). Le Aziende sanitarie assicurano il raccordo tra le varie strutture aziendali coinvolte per favorire politiche di acquisto basate sulle evidenze (es. innovazioni tecnologiche) anche per i dispositivi medici.</p>	<p>Invio di evidenze sui monitoraggi effettuati (es. dispositivi per diabetici) e delle specifiche iniziative intraprese, in linea anche con la DGR 12/2018</p>
<p>E' stata mantenuta la distribuzione diretta degli ausili di assistenza protesica acquisita tramite gara EGAS su autorizzazione dei distretti di riferimento che ne monitorano l'appropriatezza d'impiego.</p> <p>In data 11 novembre 2018 si è tenuta una riunione in cui AAS3 ha provveduto a rinnovare a Federfarma la richiesta di disponibilità ad avviare una negoziazione per la distribuzione per conto dei dispositivi per il controllo della glicemia, anche in riferimento alla nota della Direzione centrale salute con cui è stato trasmesso il rapporto dell'ANAC. (verbale agli atti).</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
13. Cartella oncologica	
<p>La cartella oncologia informatizzata dovrà essere implementata relativamente ai campi: diagnosi/sede, protocollo/farmaco, stadiazione con un grado di completezza pari ad almeno il 95% dei pazienti (due rilevazioni sulla completezza della compilazione: al</p>	<p>Completezza cartella >=95%</p> <p>Evidenza delle due rilevazioni secondo la tempistica prevista</p>

30.06.2017 e al 31.12.2017).	
Completezza della cartella oncologica al 31.12.2018: 100,0%	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO TOLMEZZO/GEMONA 100% SAN DANIELE 100% MEDIA 100%
14. Logistica centralizzata (solo qa)	
Per le Aziende servite dalla logistica centralizzata, la copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM dovrà essere garantita per il 90% delle confezioni destinate alla distribuzione diretta nominale erogate mediante lo stesso applicativo, anche al fine di consentire un puntuale monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e la promozione dei medicinali acquisiti centralmente da EGAS.	Confezioni di medicinali erogate in distribuzione diretta a seguito di prescrizioni personalizzate con iter elettronico >=90%
Tutte le erogazioni di medicinali relative a prescrizioni personalizzate redatte con iter elettronico sono state implementate nell'applicativo PSM. Sola eccezione è stata rappresentata da lenalidomide e pomalidomide dal momento che sono rimasti gli unici medicinali non gestibili a buffer.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO MODALITÀ DI VALUTAZIONE DEFINITA CON DGR 1912/2018 PSM ELETTRONICO: 94,4% (SOLO AAS3) PSM ELETTRONICO: 80,68% (TOTALE) PSM TUTTO: 96,40% PERSONALIZZATA TUTTA (ASCOT + PSM): 97,03%
15. Prescrizione informatizzata piani terapeutici	
Tutte le Aziende dovranno garantire il ricorso (prima prescrizione e rinnovi) alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici implementati/disponibili a sistema, tramite l'applicativo PSM-PT, in almeno il 50% di tutti pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive, prevedendo azioni mirate di sensibilizzazione dei prescrittori all'utilizzo dello strumento nelle categorie di medicinali per i quali si osserva un ricorso prevalente al PT cartaceo (es antidiabetici). Le Aziende assicurano inoltre il controllo dei piani terapeutici ed il rispetto delle note limitative AIFA, favorendo l'implementazione di tale sistema informatizzato.	Almeno il 50% dei pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive.
Da comunicazione pervenuta dalla DCS in data 26.02.2019, risulta che il 67% dei piani terapeutici redatti a pazienti residenti in AAS3 sono in formato elettronico	

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO MODALITÀ DI VALUTAZIONE DEFINITA CON DGR 1912/2018 PSM-PT 67% (SU TUTTI I PAZIENTI)
16. Flussi informativi – adempimenti LEA	
Le Aziende sanitarie, ai fini degli adempimenti LEA ministeriali, assicurano, per il tramite dei responsabili individuati per la tematica, l'implementazione, le verifiche ed i controlli di congruenza dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese, utilizzando la reportistica a disposizione sul portale SISSR (mancati invii, prezzi medi, revocati, ecc), con particolare riferimento ai disallineamenti derivanti da possibile mancato invio. Va in particolare garantita, per il corretto calcolo del rispetto dei tetti di spesa, l'integrale copertura della fase 3 su fase 2 (100% della spesa negli ambiti previsti) per quanto riguarda la distribuzione diretta. In fase di erogazione diretta dei medicinali va inoltre inserito a sistema il codice targatura. Relativamente ai nuovi adempimenti LEA ministeriali saranno avviati specifici percorsi con le Aziende e con l'EGAS, al fine di provvedere alle verifiche sulla congruità dei dati trasmessi, ognuno per la parte di propria competenza	Evidenza delle verifiche mensili effettuate sulla congruità dei dati trasmessi nei tempi previsti.
Il controllo è applicato mensilmente utilizzando la reportistica presente sul portale SISSR. Per il 2018, 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 62.000 confezioni di farmaci. erogate.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO FASE 3/FASE2: 99,96% TARGATURA (CONFEZIONI) 99,99%
17. Flussi informativi – eventuali approfondimenti	
Sempre con riferimento ai flussi informativi, le Aziende e l'EGAS danno riscontro ad eventuali approfondimenti richiesti dalla Direzione Centrale, anche su istanza Ministero della Salute, entro 15 giorni dalle comunicazioni. Sui flussi potranno essere fornite ulteriori indicazioni anche in base ai cambiamenti derivanti dall'introduzione di nuovi adempimenti LEA	Eventuali report trasmessi nei tempi richiesti.
Nessun richiesta è pervenuta.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO LA DIREZIONE CENTRALE SALUTE NON HA FORMULATO RICHIESTE

NEL CORSO DELL'ANNO

8.1 VINCOLI OPERATIVI LINEE 2018 (DGR 185/2018)

Valori rilevati da report monitoraggio indicatori Linee 2018 gennaio-dicembre 2018

VINCOLO	TARGET	VALORE 2018
Diretta	61,00	60,43
DPC	28,50	33,06
Convenzionata	125,00	116,33
Ospedaliera	- 1,0%	-7,2%

ALLEGATO B – INDICATORI

Valori rilevati da report monitoraggio indicatori Linee gennaio 2019, relativi al periodo gennaio-dicembre 2018

NUMERO	DEFINIZIONE	STANDARD OBIETTIVO	VALORE gen-dic 2018
18	SPECIALISTICA AMBULATORIALE Incidenza di sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (anti-ipertensivi)	≤ 30%	36,77%
19	SPECIALISTICA AMBULATORIALE Consumo pro –capite di farmaci inibitori di pompa protonica	25 up pro cap	30,66%

3.5 ASSISTENZA SOCIO SANITARIA

3.5 L'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA E LA PROGRAMMAZIONE INTEGRATA

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Attuare la pianificazione locale congiunta tra l'AAS e le Unioni territoriali intercomunali nelle aree di integrazione socio sanitaria	Elaborazione congiunta di un documento che costituisce il livello di programmazione locale integrata nelle aree di integrazione socio sanitaria in ciascun ambito territoriale per l'anno 2018, in continuità con il percorso iniziato nel 2013. Sottoscrizione tra il Direttore generale dell'AAS e il Presidente dell'UTI dell'Atto di intesa che impegna le parti alla realizzazione, per quanto di competenza, dei contenuti della suddetta programmazione Monitoraggio periodico
Sono stati redatti i Programmi Attuativi Annuali (PAA) per il 2018.	
Sempre nel corso del 2018 la competente Direzione regionale ha comunicato verbalmente ai Responsabili dei	

Servizi sociali dei Comuni della Regione non essere il PAA 2018 oggetto di Intesa, vista la sopraggiunta necessità di redigere l'Atto di programmazione per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale 2018-2020 della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia di cui alla DGR 1192/2018 ed i relativi piani locali.

Il PAA 2018 è stato monitorato alla fine del I e del II semestre, come da precedenti indirizzi regionali.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.5.1.1 PROCESSO DI RICLASSIFICAZIONE DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI PER ANZIANI GIÀ FUNZIONANTI

Obiettivo aziendale:

Risultato atteso:

Supporto alla Regione nella valutazione delle domande di nuova classificazione presentate dagli enti gestori delle strutture residenziali ai fini del rilascio del parere di ammissibilità della domanda

Rilascio delle nuove autorizzazioni all'esercizio entro 90 giorni dalla formulazione del parere di ammissibilità della domanda da parte della Regione

I pareri di ammissibilità della domanda sono pervenuti i primi giorni di maggio e si è provveduto al rilascio delle nuove autorizzazioni.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Avvio di un percorso di accompagnamento alle Residenze per anziani ri-autorizzate all'esercizio, per il monitoraggio e la verifica degli adempimenti e adeguamenti previsti per il livello di nuova classificazione rilasciato

Il supporto alle strutture per anziani ri-autorizzate all'esercizio è garantita.

Tutte le strutture convenzionate sono state autorizzate al 04/05/2018, ad eccezione della struttura di Paularo che, a seguito di un confronto con la Regione sulla richiesta di tipologia di nuclei, è stata autorizzata il 11/05/2018.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Sistema di VMD Val.Graf. FVG

Svolgere l'attività valutativa ai fini dell'ingresso degli utenti in tutte le strutture residenziali e semiresidenziali, che ospitano persone non autosufficienti, comprese quelle non convenzionate, in conformità a quanto previsto dall'art 23 del DPR 144/2015.

Il supporto alle strutture per anziani ri-autorizzate all'esercizio è garantita

Avvio di un percorso di accompagnamento alle residenze per anziani ri-autorizzate all'esercizio, per la valutazione dei bisogni delle persone già accolte in struttura attraverso l'utilizzo del sistema di VMD Val.Graf.-FVG, in particolare nelle residenze per anziani non autosufficienti non convenzionate.

Attività mantenuta per le strutture convenzionate.

<p>Il supporto è stato fornito prioritariamente nelle strutture non convenzionate, attraverso un incontro con il personale infermieristico e fisioterapico, sull'utilizzo corretto dello strumento Valgraf (la residenza per l'accogliimento del personale religioso e la residenza per anziani non autosufficienti di 2° livello Zaffiro di Fagagna)</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
NUOVI CONVENZIONAMENTI	
L'AAS3 procede alla stipula degli accordi contrattuali per l'assegnazione dei 158 posti aggiuntivi secondo le indicazioni e i criteri di priorità che verranno definiti e comunicati dalla Regione.	Presenza convenzionamento.
E' stato avviato il bando per l'assegnazione dei 158 posti aggiuntivi (scadenza il 04 gennaio).	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
MONITORAGGIO E PROMOZIONE DELLA QUALITÀ ALL'INTERNO DELLE RESIDENZE PER ANZIANI	
Redigere e trasmettere alla Direzione Centrale Salute, una dettagliata relazione illustrativa delle attività di monitoraggio e promozione della qualità svolte nell'anno precedente.	Relazione trasmessa entro il primo semestre 2018 Realizzazione di almeno 2 visite di audit approfondite
<p>La relazione è stata trasmessa.</p> <p>Sono stati effettuati 4 audit nelle Residenze Assistenziali Alberghiere, il 30/11 a Paularo, il 04/12 a Majano, il 05/12 a Venzone e il 10/12 ad Osoppo.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
FLUSSI E SISTEMI INFORMATIVI	
Definire una Lista Unica d'Attesa (LUA) nella quale inserire le persone anziane che richiedono un inserimento presso una Residenza per anziani non autosufficienti e per le quali il Distretto ha verificato l'appropriatezza della richiesta.	Presenza della LUA, a seguito della definizione dei criteri di inserimento da parte della Regione.
Non sono pervenute indicazioni dalla regione.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

3.5.2 DISABILITÀ	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Completare l'attività di valutazione delle condizioni di vita (in particolare per le problematiche di tipo sanitario) già avviata nel 2017 per gli utenti in carico ai servizi residenziali e semiresidenziali.	Valutazione per gli aspetti sanitari di almeno il 30% degli utenti dei servizi residenziali e semiresidenziali per persone con disabilità, secondo le modalità approvate dalla Regione.
Nel corso dell'anno è stata effettuata l'attività di vigilanza in 4 delle 13 strutture per la disabilità:	

<p>- il 13 novembre presso le strutture di Esemone e Camporosso (entrambe aziendali);</p> <p>- il 20 novembre presso le strutture di "Cjase San Gjale" e "Il Samaritan" entrambe a Ragogna (la prima aziendale e la seconda convenzionata).</p> <p>Per l'attività è stato costituito un gruppo multiprofessionale, rappresentato dai tecnici della prevenzione, fisioterapista del distretto e infermiera della Direzione Sanitaria.</p> <p>Nel corso dell'attività sono state individuate delle criticità e sono stati richiesti degli interventi di miglioramento.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Sostenere un maggior coinvolgimento dei DSM e dei servizi territoriali in genere nella valutazione e presa in carico delle persone adulte con disabilità intellettive o disturbi dello spettro dell'autismo.	Formalizzazione di un accordo con gli Enti gestori dei servizi, che espliciti le modalità di coinvolgimento dei DSM nella valutazione e presa in carico delle persone adulte con disabilità intellettiva o disturbi dello spettro dell'autismo.
<p>Proseguono gli incontri interdisciplinari sui percorsi di presa in carico e di monitoraggio delle situazioni complesse che vedono coinvolti i CSM dei 4 distretti. Considerato che l'Ente gestore dei Servizi per le persone con disabilità è l'azienda sanitaria si è convenuto di procedere sulla costruzione di una metodologia di lavoro congiunta e superare la formula dell'"accordo formalizzato".</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO MANCA EVIDENZA DELL'ATTIVITÀ SVOLTA
Realizzare la nuova Progettualità in collaborazione con l'ASP Moro, finalizzata all'ospitalità diurna e residenziale di persone con disabilità gravi.	Stipula convenzione con ASP Moro per Comunità Alloggio e Centro Diurno, per accogliere un totale di massimo 16 persone.
<p>E' stata stipulata la convenzione con l' ASP Moro e nel mese di febbraio 2018 sono stati inseriti 3 persone in regime diurno e 5 in regime di residenzialità. Entro l'anno verranno accolte altre 3 persone (1 diurno e 2 residenziali).</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
FONDO GRAVISSIMI	
Continuare nella attività di accertamento e segnalazione ai sensi del DPreg. 247/2009	Garanzia dell'attività di accertamento e segnalazione dei casi di gravissima disabilità da fornire alla DCS secondo le indicazioni del vigente regolamento regionale in materia.
<p>Tutte le pratiche per la DPReg 247/2009 sono state effettuate nei tempi previsti.</p> <p>In particolare sono stati confermati in continuità 49 casi e inclusi ulteriori 5 nuovi casi.</p> <p>Per i casi le cui condizioni sono cambiate, rispetto alla possibilità di fruire del Fondo (ad es. decesso o ricovero permanente), tutte le pratiche burocratico amministrative previste sono state portate a termine.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
FONDO SLA	

<p>Continuare nella attività di valutazione, raccolta di documentazione e segnalazione indicate nel Regolamento di cui alla DGR 1692/2000.</p>	<p>Continuare le attività di valutazione, raccolta di documentazione e segnalazione dei nuovi casi di SLA e dei casi per i quali si è riscontrato un aggravamento, fornendo all'Ente delegato (Area Welfare) tutta la documentazione necessaria alla valutazione selettiva.</p>
<p>Rispetto alla gestione della graduatoria delle persone beneficiarie del FONDO SLA FVG nei primi 8 mesi si sono registrati:</p> <p>1.finestra 31.12.2017: casi in CONTINUITA' n.2; Casi NUOVI n.1; casi in USCITA dal fondo SLA n.0</p> <p>2.finestra 30.04.2018: casi in CONTINUITA' n.3; casi NUOVI n.3; casi in USCITA dal fondo SLA n.0</p> <p>3.finestra 31.08.2018: casi in CONTINUITA' n.6; casi NUOVI n.0; casi in USCITA dal fondo SLA n.0</p> <p>4.finestra 31.12.2018: casi in CONTINUITA' n.6; casi NUOVI n.0; casi in USCITA dal fondo SLA n.0</p> <p>La graduatoria è determinata sulla base della presenza e sussistenza di requisiti di carattere clinico e reddituale, la cui modifica può determinare un passaggio di fascia con diversa entità del contributo economico.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
VIGILANZA SERVIZI SEMIRESIDENZIALI E RESIDENZIALI SOCIOSANITARI DESTINATI A PERSONE CON DISABILITÀ	
<p>Attività di vigilanza dei servizi semiresidenziali e residenziali sociosanitari destinati a persone con disabilità, nelle more dell'emanazione del sistema regionale di regolamentazione degli stessi</p>	<p>Almeno il 30% dei servizi/strutture collocati sul territorio di competenza sono oggetto di attività di vigilanza e controllo.</p>
<p>Nel corso dell'anno è stata effettuata l'attività di vigilanza in 4 strutture per la disabilità:</p> <p>il 13 novembre presso le strutture di Esemon e Camporosso (entrambe aziendali);</p> <p>il 20 novembre presso le strutture di "Cjase San Gjale" e "Il Samaritan" entrambe a Ragogna (la prima aziendale e la seconda convenzionata).</p> <p>Per l'attività è stato costituito un gruppo multiprofessionale, rappresentato dai tecnici della prevenzione, fisioterapista del distretto e infermiera della Direzione Sanitaria.</p> <p>Nel corso dell'attività sono state individuate delle criticità e sono stati richiesti degli interventi di miglioramento.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
DOPO DI NOI	
<p>Partecipare attivamente alla realizzazione di quanto disposto dalla Regione in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare con la DGR n. 1331 /2017.</p>	<p>Attuare il progetto aziendale, secondo cronoprogramma.</p>
<p>Monitoraggio dell'attività al 31.08.2018:</p> <p>Attività in corso senza criticità</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
AUTISMO	

Partecipazione dei referenti aziendali al Tavolo tecnico sull'autismo.	Evidenza partecipazione
Partecipazione garantita, quando richiesta.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.5.3 Minori

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
1. Sperimentare i profili di bisogno individuati dalle Linee di indirizzo definite dalla Regione per la valutazione dei minori presi in carico, revisione e validazione degli stessi e individuazione di strumenti appropriati per valutare tali profili, da potersi adottare in modo omogeneo a livello regionale.	1. Partecipazione alla sperimentazione.

Le linee regionali sono state emanate in corso d'anno.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO CON DGR 1912/2018 L'OBIETTIVO IN PAROLA È STATO MODIFICATO COME SEGUE: PARTECIPAZIONE AGLI INCONTRI REGIONALI PER L'ELABORAZIONE DELLE "LINEE DI INDIRIZZO PER LA QUALIFICAZIONE DEI PERCORSI DI PRESA IN CARICO DEI MINORI CON ACCOGLIENZA IN UN SERVIZIO RESIDENZIALE". LA VALUTAZIONE È STATA EFFETTUATA IN RELAZIONE ALL'OBIETTIVO MODIFICATO
2 Sperimentare nuove modalità di presa in carico, mettendo insieme tutte le risorse dei servizi aziendali.	2. Introdurre il budget personalizzato, quale strumento funzionale alla realizzazione di percorsi di presa in carico dei minori, in seguito all'adozione delle nuove Linee di indirizzo regionali.

Le linee regionali sono state emanate in corso d'anno.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO CON DGR 1912/2018 L'OBIETTIVO IN PAROLA È STATO MODIFICATO COME SEGUE: PARTECIPAZIONE AGLI INCONTRI REGIONALI PER L'ELABORAZIONE DELLE "LINEE DI INDIRIZZO PER LA QUALIFICAZIONE DEI PERCORSI DI PRESA IN CARICO DEI MINORI CON ACCOGLIENZA IN UN SERVIZIO RESIDENZIALE". LA VALUTAZIONE È STATA EFFETTUATA IN RELAZIONE ALL'OBIETTIVO MODIFICATO
3. Adottare metodologie condivise di approccio ai minori e alle famiglie multiproblematiche	3. Rivisitazione delle modalità attuative degli interventi e avvio di un processo di condivisione metodologica in relazione ai LEA di cui al D.P.C.M. 12/01/2017.

Le linee regionali sono state emanate in corso d'anno.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO ANALOGAMENTE AI PUNTI PRECEDENTI L'OBIETTIVO PER IL 2018 E'
--	--

	STATO QUELLO DI: PARTECIPAZIONE AGLI INCONTRI REGIONALI PER L'ELABORAZIONE DELLE "LINEE DI INDIRIZZO PER LA QUALIFICAZIONE DEI PERCORSI DI PRESA IN CARICO DEI MINORI CON ACCOGLIENZA IN UN SERVIZIO RESIDENZIALE".
--	---

3.5.4 Salute mentale

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

<p><u>Età adulta</u></p> <p>1. Miglioramento dell'integrazione tra cure primarie e specialistiche con particolare riferimento alla presa in carico dei disturbi mentali comuni (ansia e depressione).</p> <p>2. Definizione di un percorso aziendale congiunto (NPIA, DSM, PLS e MMG) per la definizione della fase di transizione delle cure dai servizi per l'età evolutiva ai servizi per l'età adulta</p>	<p>1. Evidenza di percorsi integrati tra cure primarie e DSM e di interventi formativi.</p> <p>2- Evidenza di percorso aziendale congiunto NPIA, DSM, PLS e MMG) per la definizione della fase di transizione delle cure.</p>
---	---

1) Le attività programmate per il miglioramento dell'integrazione con le cure primarie sono proseguite anche nei restanti mesi dell'anno in tutte le quattro aree territoriali, mantenendo le specificità segnalate nei monitoraggi precedenti.

Per l'area del Distretto n. 1 all'incontro con l'AFT è subentrata la realizzazione di un audit organizzativo con l'ASP della Carnia che ha visto coinvolto l'MMG prevalente di quel setting. La Direzione Sanitaria Aziendale ha ritenuto di avviare un percorso di miglioramento delle consulenze psichiatriche in favore di utenti lì accolti attraverso la metodologia dell'audit.

2) E' proseguita la partecipazione dei CSM alle UVD promosse dai servizi per l'età evolutiva per situazioni problematiche così da assicurare la continuità delle cure nella fase di transizione.

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

<p><u>Età evolutiva</u></p> <p>1. Attivazione delle NPIA aziendali in coerenza con i provvedimenti aziendali</p> <p>2. Avvio delle attività dei Centri diurni NPIA</p> <p>3. Predisposizione di percorsi codificati e concordati tra le varie strutture coinvolte (Servizi NPIA, PS/Medicina d'Urgenza, reparti di Pediatria, DSM, servizi per le dipendenze, servizi di Emergenza Urgenza con indicazione di: reparto di accoglienza, percorso diagnostico terapeutico e di continuità assistenziale con le NPIA territoriali, responsabilità di presa in carico, modalità di interazione tra DSM e NPIA nel caso di minori in età adolescenziale</p>	<p>1 NPIA attivata, in convenzione con ASUIUD</p> <p>2- Evidenza avvio attività presso la sede di Udine</p> <p>3 Evidenza dei percorsi formalizzati, in cui operano delle equipe multiprofessionali e funzionali per la presa in carico precoce dei minori in età adolescenziale.</p>
--	---

La convenzione per la NPIA è in fase di perfezionamento.

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

3.5.5 Disturbi del comportamento alimentare	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Messa a regime degli ambulatori DCA con la disponibilità di equipe funzionale (DGR 668/2017)	Operatività degli ambulatori DCA presso ogni Azienda con disponibilità di equipe funzionale I pazienti trovano risposta ai propri bisogni presso il MMG/PLS, che in caso di bisogno fanno riferimento ad uno specialista del CSM del proprio territorio. In caso di alta complessità, si fa riferimento all'ambulatorio di DCA di ASUIUD.
<p>I CSM applicano i contenuti del modello organizzativo definito lo scorso anno. In ogni CSM è stato individuato un medico dedicato a questa tipologia di utenza.</p> <p>Nel corso dell'anno di riferimento sono stati visti dagli psichiatri individuati - nei rispettivi CSM - complessivamente n. 16 utenti variamente suddivisi nelle 4 aree territoriali.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO NON È STATO ATTIVATO UN AMBULATORIO SPECIALISTICO

3.5.6 CURE PALLIATIVE E TERAPIE DEL DOLORE	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
<p>1. ASSISTENZA H24 7 su 7: sono garantite cure palliative domiciliari 7 giorni su 7, per 12 ore diurne, attraverso l'erogazione diretta degli operatori dell'équipe e per le restanti fasce orarie attraverso una delle seguenti modalità: Pronta disponibilità dedicata (servizio h24 garantito dall'UCP), Consulenza telefonica (agli assistiti e/o ai Medici dei servizi di Continuità assistenziale e al 118)</p> <p>2. L'accesso alla rete delle cure palliative è effettuato con i criteri approvati dal coordinamento regionale.</p> <p>3. Gli accessi di assistenza domiciliare per cure palliative sono registrati nel sistema informativo con codifica ICD9.</p> <p>4. TEMPISTICA DI PRESA IN CARICO DALLA RETE DI CURE PALLIATIVE: Suddividere il numero di pazienti presi in carico in base al tempo intercorso tra il momento della segnalazione e la presa in carico. Entro 1 giorno dalla segnalazione/Tra 1 e 2 giorni dalla segnalazione/Tra 2 e 3 giorni dalla segnalazione/Oltre 3 giorni dalla segnalazione.</p> <p>5. CIA (coefficiente di intensità assistenziale) dell'assistenza domiciliare a favore dei pazienti</p>	<p>1. Assistenza garantita h 24 7 giorni su 7, con l'avvio della pronta disponibilità dei medici di Continuità Assistenziale</p> <p>2. Entro il primo semestre 2018 tutte le AAS e ASUI adottano i criteri di accesso alla rete delle cure palliative.</p> <p>3. Gli accessi domiciliari per cure palliative riportano sempre, oltre la codifica della malattia principale, la codifica V 66.7 (cure palliative)</p> <p>4-5 Costituire un gruppo di lavoro regionale per creare un sistema informativo omogeneo per la raccolta dei dati per gli indicatori 4 e 5.</p> <p>6. Uguale o superiore al 75%</p> <p>7. Entro il primo semestre 2018 tutte le AAS e ASUI adottano i criteri di priorità della visita algologica</p> <p>8. 8. Tutte le AAS e ASUI con i propri rappresentanti partecipano all'elaborazione della proposta.</p> <p>9. Trasmissione report alla direzione centrale salute</p>

<p>terminali presi in carico dalla rete delle cure palliative</p> <p>6. Percentuale di malati oncologici deceduti a domicilio</p> <p>7. Criteri di priorità della visita algologica.</p> <p>8. Entro il 2018 il sottogruppo di terapia antalgica del coordinamento regionale presenta una proposta di codifiche ambulatoriali e di ricovero di terapia antalgica uniforme su tutto il territorio regionale.</p> <p>9. Monitoraggio dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni di terapia del dolore in tutti i setting assistenziali</p>	
<p>Monitoraggio dell'attività al 31.08.2018:</p> <p>1-6: L'attività distrettuale nei 4 distretti si è ulteriormente consolidata con l'inserimento di una nuova professionista palliativista nell'equipe.</p> <p>A partire da ottobre anche il D4 garantirà la copertura infermieristica 12 h per 7 giorni.</p> <p>E' in corso di implementazione la politica aziendale per le cure palliative che coinvolgerà tutta l'azienda. In tal senso sono stati programmati incontri capillari con tutte le AFT finalizzate all'utilizzo di un fascicolo delle cure palliative domiciliare, unico per tutti i professionisti coinvolti.</p> <p>L'attività è garantita nelle modalità richieste nella fascia diurna e, coinvolgendo la continuità assistenziale, anche quella notturna.</p> <p>I decessi in contesti non ospedalieri sono stati 45,6%, di cui per patologia oncologica 44,7%.</p> <p>7-10: il gruppo regionale, cui l'Azienda partecipa, ha effettuato un monitoraggio centralizzato (Direzione Centrale Salute ed EGAS) per verificare il rispetto delle priorità B e D in ciascuna Azienda; successivamente ha definito di codifiche uniformi sul suolo regionale per la terapia antalgica, anche in coerenza con il nuovo nomenclatore regionale.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>

<p>3.5.7 CONSULTORI FAMILIARI</p>	
<p>Obiettivo aziendale:</p>	<p>Risultato atteso:</p>
<p>Implementazione dell'offerta della visita domiciliare ostetrica in puerperio.</p>	<p>Evidenza del servizio attraverso report con dati relativi al 2018</p>
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>
<p>Implementazione del percorsi gravidanza fisiologica a gestione ostetrica</p>	<p>Evidenza dell'attivazione del percorso</p>
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>
<p>Promozione della salute della donna in età post-fertile</p>	<p>Evidenza dell'implementazione del percorso rivolto alle donne in età post fertile attraverso report di attività</p>
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>

Si veda linea 3.2.1.

3.5.8 SANITA' PENITENZIARIA

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

Vi è stato un evento regionale che ha dato il via alla formazione specifica organizzato dalla Regione il 5 giugno. Il 22 e il 24 maggio sono stati organizzati con il PS di Tolmezzo due incontri informativi rivolti al personale di sorveglianza del carcere sulle situazioni di emergenza / urgenza.

Il 30 ottobre è stato organizzato con il CSM un evento formativo accreditato rivolto al personale sanitario del carcere, con la partecipazione dei responsabili della sorveglianza della struttura, sul tema della prevenzione del rischio autolesivo e suicidario in carcere, sia per i detenuti che per il personale di sorveglianza.

L'8 novembre, sullo stesso tema, è stato organizzato un incontro con il personale di sorveglianza.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.5.9 OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Superamento degli OPG attraverso le REMS come da modello regionale	Mantenimento della continuità della presa in carico da parte del CSM di competenza e precoce elaborazione di Progetti personalizzati alternativi alle misure detentive in stretta integrazione con l'UEPE e la magistratura di sorveglianza per utenti ristretti in REMS

Solo n. 1 utente è ristretto presso la REMS di Maniago. Il progetto personalizzato prevede tra le altre il riavvicinamento al contesto comunitario di appartenenza con la permanenza al CSM di competenza.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.5.10 DIPENDENZE

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
1. Collaborazione con l'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze.	<ul style="list-style-type: none"> 1.1. Partecipazione dei referenti del gruppo tecnico operativo ad almeno il 70% delle riunioni indette dall'Osservatorio sulle Dipendenze. 1.2. Invio e validazione dei dati per i flussi informativi regionali raccolti dell'osservatorio. 1.3. Rendicontazione delle azioni previste dal

<p>2. Partecipazione al tavolo tecnico di confronto regionale con il terzo settore sui trattamenti alcolici.</p> <p>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> <p>4. Partecipazione ai tavoli di monitoraggio sugli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale.</p> <p>5. Monitoraggio degli esiti dei trattamenti in capo al SSR per rispondere alle problematiche relative alla dipendenza.</p>	<p>Piano operativo GAP 2017.</p> <p>2. Partecipazione dei referenti Aziendali dei trattamenti alcolici ad almeno il 70% delle riunioni indette.</p> <p>3.1. Partecipazione alla realizzazione di una formazione a valenza regionale sulle misure alternative e messe alla prova.</p> <p>3.2 Aumento delle misure alternative e messe alla prova</p> <p>4. Report con l'esito di almeno 3 indicatori di outcome relativi agli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale.</p> <p>5. Report con l'esito di almeno 3 indicatori di outcome relativi all'esito dei trattamenti in capo al SSR per rispondere alle problematiche relative alla dipendenza.</p>
<p>1.1. Partecipazione regolare a tutte le riunioni</p> <p>1.2. Tutti i flussi vengono inviati nei tempi stabiliti (nel 2018 inviati tutti quelli relativi al 2017, mentre i flussi 2018 non ancora inviati verranno trasmessi, come richiesto, entro maggio 2019). La costante alimentazione del gestionale MFP5 genera comunque un flusso sempre leggibile dalla Regione.</p> <p>1.3. Rendicontazione inviata sia nel 2018 che all'inizio del 2019</p> <p>2. Partecipazione regolare a tutte le riunioni meno una (superato comunque il 70 % delle presenze)</p> <p>3.1. Formazione regionale ancora in via di costruzione, verrà probabilmente spostata al 2019</p> <p>3.2 Si attivano tutte le misure alternative che abbiano i necessari requisiti e si risponde a tutte le richieste di messe alla prova (l'aumento o meno delle messe alla prova dipende quindi dal numero di invii e non dall'attività del Servizio)</p> <p>4. Percorso svolto a livello di tavolo regionale e non di singolo SerT. Regolare partecipazione ai tavoli dedicati.</p> <p>5. Indicatori definiti nel 2017 e ribaditi nel 2018. Il report 2017 è stato trasmesso nel 2018, quello per il 2018 è stato trasmesso quest'anno.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>

3.4 PROGETTI CLINICO ASSISTENZIALI

<p>3.4.1 INSUFFICIENZE D'ORGANO E TRAPIANTI</p>	
<p>Obiettivo aziendale:</p>	<p>Risultato atteso:</p>
<p><u>CUORE:</u></p>	
<p>Riduzione del tasso di ospedalizzazione per scompenso</p>	<p>tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco</p>

cardiaco	<= 200 per 100000 ab di 50-74 anni (modalità calcolo "Bersaglio")
Tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco: 191,6	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Partecipazione ai lavori regionali della rete con formalizzazione di almeno un percorso assistenziale che definisca anche specifici indicatori di esito	Evidenza della partecipazione ai lavori della rete regionale
La partecipazione è garantita quando richiesta	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
	I REFERENTI AZIENDALI HANNO PARTECIPATO ALLE ATTIVITÀ AVVIATE. IL PERCORSO ASSISTENZIALE REGIONALE SUL TRAPIANTO CARDIACO È IN FASE DI FORMALIZZAZIONE NEL CORSO DEL 2019
<u>RENE:</u>	
- potenziamento dialisi peritoneale e dei trapianti con l'obiettivo di ridurre i pazienti in emodialisi al di sotto del 50% del totale (trapiantati+emodializzati+dialisi peritoneale)	- % pazienti in emodialisi sul totale (trapiantati+emodializzati+dialisi peritoneale) <= 53%
I pazienti in emodialisi sono 108 su un totale di 196 pazienti, ovvero pari al 55%. Sono altresì presenti 20 pazienti trapiantati di rene residenti in AAS3 non riaffidati al territorio di provenienza, che renderebbero l'indicatore pari al 50%.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Riduzione dei tempi di iscrizione il lista trapianto e aumento dei casi di trapianto (differenza tra inserimento in donor manager T3 e raccolta del consenso all'avvio dell'iter per l'inserimento in lista To < 6 mesi almeno nel 75% dei casi che hanno dato il consenso	Evidenza della presenza dei dati a sistema (G2) propedeutici al monitoraggio dei tempi di iscrizione in lista di trapianto in accordo con quanto definito nel PDTA trapianto di rene (risultato atteso modificato con DGR 2350 dd 15.12.2018)
L'attività non è stata garantita	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
<u>PANCREAS:</u>	
Riduzione del tasso di amputazioni maggiori per diabete portandolo	tasso di amputazioni maggiori per diabete portandolo <= 28 milioni di residenti (modalità calcolo "Bersaglio")
tasso di amputazioni maggiori per diabete: 39,5	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
<u>FEGATO:</u>	

Iscrizione in lista trapianto, presso il centro trapianti dell'ASUIUD, di almeno 40 pazienti nell'anno 2018 equamente distribuiti fra le AAS/ASUI in base alla popolazione residente	Iscrizione in lista trapianto di almeno 6 pazienti nell'anno 2018
Dato non disponibile in AAS3.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
Partecipazione ai lavori regionali della rete con formalizzazione di almeno un percorso assistenziale che definisca anche specifici indicatori di esito	Evidenza della partecipazione ai lavori della rete regionale
La partecipazione è garantita quando richiesta	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
<u>POLMONE:</u>	
Qualificazione dell'offerta dei servizi a favore dei pazienti con BPCO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tasso di ospedalizzazione per BPCO <= 52 per 100.000 residenti di 50-74 anni (modalità calcolo "Bersaglio") 2. Formazione di 3 infermieri per ogni distretto sanitario per la gestione integrata con le Pneumologie di riferimento dell'ossigenoterapia domiciliare 3. Formazione di 2 fisioterapisti per distretto, da parte delle Pneumologie di riferimento, finalizzata alla riabilitazione respiratoria ambulatoriale e domiciliare
<p>Tasso di ospedalizzazione per BPCO: 59,0</p> <p>A novembre e dicembre 2018, 8 infermieri e 8 fisioterapisti dei Distretti hanno partecipato alla specifica formazione organizzata da ASUIUD.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	<ol style="list-style-type: none"> 1. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO 2. OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO 3. OBIETTIVO RAGGIUNTO
<u>OCCHI:</u>	
Potenziamento del programma di donazione cornee	+ 10% delle donazioni del 2017 a livello regionale
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Aumento del numero di trapianti di cornea	almeno 110 in Regione
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>2017: 27 donazioni</p> <p>2018: 41 donazioni</p>	

DONAZIONI D'ORGANI:	
Nel 2018 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.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

3.4.2 EMERGENZA URGENZA

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

Percorso ictus

Mantenimento dell'attività di trombolisi endovenosa/endoarterioso con il raggiungimento nel 2017 di almeno 350 trattamenti nel territorio regionale (374 nei 2016 - fonte SDO).	Assicurare il rispetto del protocollo sulla trombolisi endovenosa/endoarteriosa
---	---

In AAS3 non viene erogata la trombolisi, ma secondo quanto previsto dal PDTA dell'Ictus AAS3 fa riferimento ai centri hub

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

Valutazione funzionale del paziente con ictus all'ingresso e all'uscita di ogni setting assistenziale	Presenza nella documentazione clinica informatizzata della scala Barthel Index e della Rankin Scale modificata all'ingresso e all'uscita di ogni setting assistenziale (almeno l'85% degli episodi di ricovero con DRG 14 o codici ICD-9-CM relativa a: 430.x, 431.x, 432.x, 433.x1, 434.x1, 436.x, 437.3, 438.x, 784.3 (afasia) - periodo di misurazione tutto l'anno 2018). La registrazione relativamente alla stadiazione clinica avverrà su supporto informatico a partire dalla sua disponibilità. Invio di relazione semestrale alla DCS
---	--

Rilevazione campionaria su SDO:
Scala Barthel all'ingresso 81%, all'uscita: 71%
Scala Rankin: all'ingresso: 52%, all'uscita: 52%

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

Comunicazione alla cittadinanza: produzione di un opuscolo/volantino da mettere a disposizione nelle sale d'attesa dei MMG e degli ambulatori specialistici per informare la popolazione sui segni/sintomi da non sottovalutare per anticipare la chiamata di soccorso e rendere tempestivi gli interventi terapeutici in caso di ictus.	Informativa disponibile
--	-------------------------

Materiale predisposto, in fase di stampa per la diffusione

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<u>Emergenze cardiologiche</u>	
Partecipazione ai lavori regionali della rete con formalizzazione di almeno un percorso assistenziale che definisca anche specifici indicatori di esito	Evidenza della partecipazione ai lavori della rete regionale
La partecipazione è garantita quando richiesta	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	I REFERENTI DELL'AZIENDA HANNO PARTECIPATO. SONO STATI FORMALIZZATI 4 PDTA SULLE EMERGENZE CARDIOLOGICHE
Misurazione del tempo intercorrente fra l'effettuazione dell'ECG sul territorio e l'inizio della procedura in emodinamica (relazione di analisi dei dati 2017 e primo semestre 2018).	Collaborazione per l'analisi dei dati e l'attuazione del piano di miglioramento
L'azienda nel 2018 non aveva ancora a disposizione i dati per fare le analisi dei tempi in autonomia	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
	I DATI PER L'ANALISI SONO ELABORATI A LIVELLO CENTRALE DAGLI OSPEDALI HUB
Comunicazione alla cittadinanza: produzione di un opuscolo/volantino da mettere a disposizione nelle sale d'attesa dei MMG e degli ambulatori specialistici per informare la popolazione sui segni/sintomi da non sottovalutare per anticipare la chiamata di soccorso e rendere tempestivi gli interventi terapeutici in caso di infarto.	Informativa disponibile
Materiale predisposto, in fase di stampa per la diffusione	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
<u>Trauma</u>	
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.
Trattamento della Frattura di femore entro 48H in almeno l'80% dei casi = 77,1	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
Riduzione dei tempi di trattamento di tutta la traumatologia (differenza fra giorno/ora di ricovero e giorno/ora di intervento – rapporto tra 2017 e 2018).	1. C5.18.1 Degenza media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – ricoveri urgenti < 1,5 2. Miglioramento 20% indicatore bersaglio C5.18.2 Attesa media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – accessi in PS e ricoveri programmati

<p>- Degenza media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – ricoveri urgenti = 1,4 - Attesa media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – ricoveri programmati e accessi da PS = 6,4. Dato 2017: 5,60; 2016: 7,00</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	<p>1. OBIETTIVO RAGGIUNTO 2. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</p>
<u>Pronto soccorso ed urgenza emergenza</u>	
<p>Aumentare la percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde, ad almeno l'80% (spoke) o 65% (hub) (media regionale 2015 del 65,89% - fonte Bersaglio) (dato AAS3 agosto 2016 – 86,67%)</p>	<p>% pazienti con tempo di attesa dei codici verdi <=1 ora >= l'80%</p>
<p>% pazienti con tempo di attesa dei codici verdi <=1 ora = 73,01 %</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
<p>Aumentare la percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore, portandola a valori superiori all'85% (spoke) e 75% (hub) (media regionale 2015 del 78,24% - fonte Bersaglio) dato AAS3 agosto 2016 – 87,74%)</p>	<p>% pazienti con codice verde con permanenza in PS<=4h non inviati a ricovero >85%</p>
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
<p>% pazienti con codice verde con permanenza in PS<=4h non inviati a ricovero = 86,7%</p>	
<p>Revisione e confronto interaziendali della gestione clinica per alcuni eventi patologici acuti, più frequenti.</p>	<p>Almeno 5 percorsi: cardiopatia ischemica, sepsi, urgenze vertebro midollari, eventi acuti da trattare con radiologia interventistica, ustioni, urgenze endoscopiche.</p>
<p>I percorsi dei pazienti si sono svolti all'interno delle convenzioni sottoscritte fra le 2 aziende. La strutturazione dei percorsi avverrà all'interno della nuova azienda, tracciata dalla riforma sanitaria.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

3.4.3 RETI DI PATOLOGIE	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
<u>MALATTIE RARE</u>	
<p>Obiettivo aziendale: Produrre almeno 1 percorso assistenziale per ogni gruppo nosologico</p>	<p>Risultato atteso: Percorsi prodotti entro il 31 dicembre 2018</p>
<p>L'attività è di competenza del momento regionale</p>	

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Alimentare il registro regionale di cui al DM 279/2001	Aggiornamento dati del registro con inserimento del 100% dei casi in prevalenza al 30 novembre 2018 e pulizia dei casi che sono usciti dal sistema
Attività garantita per quanto di competenza	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<u>MALATTIE REUMATICHE</u>	
Monitoraggio dell'applicazione dei percorsi assistenziali già formalizzati.	- Monitoraggio dell'applicazione dei 2 percorsi assistenziali
Obiettivo non raggiunto	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
Evidenza nel sito aziendale dei medici reumatologi aggregati alle medicine interne	Aggiornamento sul sito aziendale dei medici reumatologi afferenti alle medicine interne
Informazione presente sul sito e aggiornata	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Imputazione informazioni	Imputazione su apposita scheda in G2 clinico delle informazioni richieste all'atto della prescrizione dei farmaci biologici, secondo le indicazioni della DCS
Il modulo si G" non è stato implementato	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
<u>INSUFFICIENZA CARDIACA CRONICA</u>	
Avvio dei lavori della rete con formalizzazione di almeno 1 percorso assistenziale che definisca anche specifici indicatori di esito	Presenza del percorso.
Il PDTA regionale sullo Scompensamento Cardiaco, all'interno della Rete Cuore, è in fase di bozza avanzata. Il gruppo di lavoro regionale vede coinvolti più professionisti della AAS3. A livello AAS3, il PDTA aziendale in uso è quello aggiornato a fine 2017	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
	I PROFESSIONISTI HANNO PARTECIPATO AI LAVORI DELLA RETE, MA IL DOCUMENTO NON È STATO FORMALIZZATO

3.4.4 MATERNO-INFANTILE E PERCORSO NASCITA	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Responsabilizzazione diretta delle ostetriche nella gestione del percorso per la gravidanza fisiologica	Mantenimento dell'ambulatorio di gravidanza fisiologica a gestione ostetrica

L'attività è stata mantenuta. La lieve flessione di attività è erogata al calo delle nascite.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Presenza di guardia medica e ostetrica H 24 in ogni punto nascita	Mantenimento della guardia medica e ostetrica H 24
La guardia medica e ostetrica nelle 24 ore è stata garantita in ogni punto nascita.	
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%
% Parti cesarei depurati (NTSV) sui parti totali dei parti depurati: 13,3%	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
I parti indotti farmacologicamente devono essere ridotti al di sotto del 22% (fonte Bersaglio escluso i parti pilotati).	Parti indotti farmacologicamente < 22%
Parti indotti farmacologicamente: 19,1%	
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 equipe chirurgica ed anestesologica.	Evidenza dell'elenco degli interventi chirurgici pediatrici.
Monitoraggio dell'attività al 31.08.2018: Attività sospesa in attesa dell'ufficializzazione dei documenti prodotti dai tavoli regionali dedicati.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
Miglioramento della qualità, sicurezza e appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita	Verifica dell'attuazione di quanto previsto nei provvedimenti nazionali e regionali
Il monitoraggio dei requisiti è continuo. La valutazione è stata già inviata in regione (prot. 36051 dd 31.7.18)	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Partecipazione alle attività del Comitato percorso nascita regionale	Partecipazione dei rappresentanti aziendali ai lavori del Comitato nascita regionale
Il referente è stato individuato nel Direttore della SOC di 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

Attività garantita in funzione del territorio di appartenenza delle puerpera e della sua situazione peculiare. Nel 2018 sono stati visitati 329 nati, pari al 34% dei nati in AAS3.

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

3.6.5. SANGUE ED EMOCOMPONENTI

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

L'attività è stata costantemente garantita.

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

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

Nel 2018 Emoward non è stato avviato presso l'AAS3.

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

3.6.6 EROGAZIONE DEI LIVELLI ASSISTENZIALI

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Incremento dei livelli di appropriatezza dei ricoveri	<ol style="list-style-type: none"> 1. tasso di ospedalizzazione grezzo (inclusa Sappada) <= 122,5 per mille 2. % ricoveri in Day Hospital medico per acuti con finalità diagnostica <= 28% per gli adulti e <=42% per i pediatrica (valore medio regionale del 2016 di 32,88% per gli adulti e 50,02% per i pediatrici – fonte Bersaglio) 3. % ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni <= 4% (valore medio regionale 2016 di 4,78% - fonte Bersaglio)

Monitoraggio dell'attività al 31.12.2018:

- tasso di ospedalizzazione grezzo (inclusa Sappada) = 132,17 per mille (stima 2018)
- % ricoveri in Day Hospital medico per acuti con finalità diagnostica=13,74 % adulti, 27,78% pediatrici
- % ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 aa = 5,18 %

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

	3. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
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.
Ultimo dato disponibile: 2017: -8% specialistica ambulatoriale rispetto al 2015 2017: -12 % ricoveri rispetto al 2015	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
Effettuare i controlli di appropriatezza delle prestazioni effettuate dagli erogatori pubblici e privati.	Mantenimento attività secondo quanto definito dal piano dei controlli programmato dallo specifico gruppo di coordinamento regionale
In maggio sono stati inviati gli esiti dei controlli sulle SDO 2017, secondo quanto previsto dalle indicazioni del Nucleo Regionale. In settembre sono stati inviati a DCS controlli su mobilità interregionale, secondo quanto previsto dalla DCS.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.6.7 RETE CURE SICURE FVG	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Strutturazione Rete Cure Sicure	<ol style="list-style-type: none"> 1. completamento della formazione dei <i>link professional</i>; 2. valutazione semestrale, tramite indicatori clinici 3. pubblicazione delle informazioni, relativamente alla relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto; pubblicazione nel sito internet aziendale dei dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (verificati nell'ambito dell'esercizio della funzione di monitoraggio, gestione e prevenzione del rischio sanitario); 4. prosecuzione delle linee di lavoro per garantire la sicurezza ed appropriatezza nell'uso del farmaco; 5. prosecuzione delle attività atte al controllo e prevenzione delle infezioni e progetto regionale di <i>antimicrobial stewardship</i>; 6. diffusione dei dati sullo stato nutrizionale emersi dalla <i>survey</i> 2017 e implementazione di strategie condivise sulla nutrizione e sull'idratazione dei pazienti; 7. effettuazione dell'autovalutazione CARMINA e

	<p>miglioramento di un'area attraverso l'implementazione di un almeno uno standard minimo;</p> <p>8. prosecuzione delle attività di <i>empowerment</i> dei pazienti sulle tematiche del rischio mediante la valutazione dell'utilizzo del modulo di "integrazione della lettera di dimissione" e avvio di azioni di miglioramento.</p> <p>9. - Consumo di guanti chirurgici e NON chirurgici in lattice: raggiungere un rapporto dei guanti NON chirurgici lattice/nitrile o vinile inferiore al 15%. Per quanto riguarda i guanti chirurgici per l'anno 2018 il rapporto lattice/latex-free dovrà essere al massimo del 30%.</p>
<p>1. Link Professional: Realizzata la formazione del link professional: Link formati nel 2017: N. 125 Ulteriori Link formati nel 2018: N. 286</p> <p>2. Indicatori clinici: Trasmesso in DCS il report del I° semestre 2018 il 25 settembre (prot. N. 44373), e del II° semestre 2018 il 21.03.19 (prot. N. GEN-P 0013868/P);</p> <p>3. I dati sono pubblicati sul sito intranet aziendale http://www.aas3.sanita.fvg.it/it/azienda_informa/amministrazione_trasparente/24_altri_contenuti/dati_ulteriori.html</p> <p>4. Uso sicuro del farmaco: predisposta e diffusa la reportistica periodica destinata ai medici di medicina generale a cura della Farmacia Territoriale; conclusa la definizione dei documenti regionali "Breve guida alla somministrazione del farmaco per via orale nel paziente disfagico" e "la Gestione dei sistemi elastomerici", i documenti definitivi sono stati presentati il 13.12.18 durante l'evento formativo la giornata regionale della Sicurezza e Qualità delle Cure (Udine) e pubblicati https://arcs.sanita.fvg.it/it/aree-tematiche/rete-cure-sicure-fvg/</p> <p>5. Antimicrobial stewardship: realizzata la sorveglianza sull'incidenza delle infezioni del sito chirurgico secondo il protocollo concordato a livello regionale (data base inviato il 26.03.19); adottate le linee di indirizzo regionali "Riconoscimento precoce della sepsi in pronto soccorso e gestione della fase iniziale nell'adulto" (PR.A.097.AAS febbraio 2018); effettuata una simulazione di evento epidemico che ha coinvolto le cure primarie e ospedale (preparedness) Realizzata formazione aziendale specifica con il coinvolgimento dei medici di medicina generale (formazione residenziale <i>Antomicrobial Stewardship: lettura ragionata dell'antimiogramma come strumento per una corretta terapia antibiotica AAS3_18044</i>); diffuso i dati del report sul consumo di antibiotici e del registro delle resistenze batteriche 2017.</p> <p>6. Stato nutrizionale: è stato elaborato il report e messo a disposizione nella directory comune T:\Comunicazioni Controllo di Gestione\REPORT\11 SICUREZZA DELLE CURE\NUTRIZIONE</p> <p>7. L'autovalutazione è stata completata con lo strumento CARMINA L'area di miglioramento interessata è stata: AREA 1. GOVERNANCE, CONSAPEVOLEZZA e MISURAZIONE; Standard 1.6: <i>l'Azienda/Struttura ha esplicitato metodologie di informazione (es. dati rilevanti disponibili sul sito aziendale, ecc..) e coinvolgimento attivo (es. bilancio sociale, conferenza dei servizi, confronti con associazioni di volontariato/ associazioni di pazienti, ecc..) di cittadini/pazienti nel piano sulla sicurezza aziendale.</i></p> <p>8. Empowerment dei pazienti Realizzati 4 incontri con i cittadini sul buon uso degli antibiotici e dei farmaci a</p>	

Camino al Tagliamento, Raveo, Comeglians, Moggio Udinese

9. Consumo di guanti chirurgici e NON chirurgici in lattice:

		2017	2018
CHIRURGICI	LATTICE	114.300	98.075
	LATEX FREE	14.050	28.200
CHIRURGICI Totale		128.350	126.275
NON CHIRURGICI	LATTICE	3.351.345	2.226.865
	VINILE	717.125	1.431.775
	NITRILE	1.241.550	1.610.000
	POLIETILENE	15.200	14.100
NON CHIRURGICI Totale		5.325.220	5.282.740

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

- "PROSECUZIONE DELLE ATTIVITÀ DI *EMPOWERMENT* DEI PAZIENTI SULLE TEMATICHE DEL RISCHIO MEDIANTE LA VALUTAZIONE DELL'UTILIZZO DEL MODULO DI INTEGRAZIONE DELLA LETTERA DI DIMISSIONE E AVVIO DI AZIONI DI MIGLIORAMENTO": NON SONO ESPlicitATE LE ATTIVITÀ INTRAPRESE PER LA VALUTAZIONE DELL'UTILIZZO DEL MODULO DI INTEGRAZIONE DELLA LETTERA DI DIMISSIONE.
- CONVERSIONE DELL'UTILIZZO DEI GUANTI CHIRURGICI E NON CHIRURGICI IN LATTICE IN GUANTI IN NITRILE O VINILE E LATEX-FREE NON RAGGIUNTO.

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
AAS3 individua un Coordinatore locale HPH, che farà anche parte del Comitato HPH regionale	Evidenza dell'individuazione di un Coordinatore locale HPH (entro febbraio)
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
AAS3 attiva il Comitato guida aziendale previa individuazione da parte della DCS, del Comitato di coordinamento HPH regionale e successiva approvazione delle linee di lavoro e del piano di azione 2019 (entro novembre).	Evidenza dell'attivazione del Comitato guida aziendale (entro novembre)
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

3.6.8 STRUTTURA INTERMEDIA PER DISABILI GRAVI CON NECESSITA' 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
I pazienti disabili maggiorenni che hanno avuto accesso alla pediatria sono stati 10 ed hanno avuto un percorso assistenziale diverso in funzione dei loro bisogni: 4 sono stati per acuzie. Gli altri hanno avuto accessi ambulatoriali con osservazione breve, DH per cure dentali e un "ricovero sollievo" (configurato in OBI) con assistenza della CRI.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.7 RAPPORTO CON I CITTADINI

3.7.1 TEMPI DI ATTESA	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Per le prestazioni di primo accesso con priorità 'B' o 'D' ogni AAS è tenuta a garantire il rispetto dei tempi previsti con le proprie strutture o altre pubbliche e private accreditate	"garanzia" erogativa per le priorità B al > 95%, per la priorità D al > 90% e per le priorità P al > 85% (Tempo valutato come differenza tra la data assegnata per l'erogazione della prestazione e la data del contatto con il SSR per la prenotazione, in rapporto alla classe di priorità (per alcune prestazioni di valenza regionale la responsabilità è attribuita ai soli Hub).
<p>Sulla base dei dati Report TdA 2018 FVG (fonte: Servizio Epidemiologia e Flussi informativi – ARCS), nel 2018 AAS3 ha garantito il rispetto dei tda per le prestazioni traccianti in priorità B nel 78% dei casi (dato medio FVG 80%) e per le prestazioni traccianti in priorità D nel 81% dei casi (dato medio FVG 80%), in miglioramento rispetto al 2017.</p> <p>Sulla performance, in progressivo miglioramento nei mesi del 2018, gravano i seguenti fattori:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. il dato elevato di mobilità (44%) verso AAS/ASUI contermini a performance inferiore; 2. la presenza, tra le prestazioni traccianti, di prestazioni non offerte direttamente da AAS3, o perché non ancora disponibili (RMN) o perché generalmente riferibili a funzioni hub (visita chirurgia vascolare, visita endocrinologica, visita pneumologica, ecc), per le quali ci si basa fundamentalmente sulla mobilità o sul ricorso al privato convenzionato; <p>assenza sul territorio AAS3 di privato accreditato se non per la branca di oculistica.</p>	
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
Tutte le agende sono informatizzate e disponibili a CUP. Una parte residuale riferita ad agende della medicina interna, ma legate ad un'offerta specialistica legata al singolo professionista (es: malattie infettive, epatologia, ...).	
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.
Nel corso del 2018 è stato continuamente monitorato l'andamento del rapporto tra libera professione ed istituzionale.	
Continuare a lavorare sull'appropriatezza attraverso una relazione forte tra specialisti e AFT	Proseguire nella costruzione di percorsi di confronto tra AFT/CAP e specialisti (audit clinici, feedback, formazione, ...)
Sono stati realizzati incontri tra le AFT ed i clinici ospedalieri in merito ai percorsi cardiologici, nefrologici, gastroenterologici, neurologici, ORL, oncologici ed internistici, per promuovere la presa in carico integrata ospedale-territorio.	
Razionalizzare i percorsi di prescrizione delle prestazioni, stratificando le necessita dei pazienti in percorsi specifici	Distinzione dei percorsi per i pazienti: <ul style="list-style-type: none"> - con problemi lievi di nuova insorgenza (prioritarizzati B, D, P) - con problemi gravi di nuova insorgenza, per cui è previsto un contatto diretto tra MMG e specialista - cronici, già in carico alle strutture - che necessitano di un inquadramento diagnostico prima di un intervento - che necessitano di controlli post-ricovero.
Tutte le agende di attività ambulatoriale attivate o modificate nel corso del 2018, sono state ristrutturate nell'ottica di suddividere le prestazioni di primo accesso, prioritarizzate e con visibilità a CUP/call center FVG, dalle prestazioni di secondo accesso (accertamenti diagnostici, post ricovero, ecc), prenotabili da segreterie di continuità, afferenti alle strutture aziendali.	
In questo modo, si evitano le sovrapposizioni di flussi diversi di pazienti e diventa più lineare/semplice il percorso per l'utente.	
All' interno dei percorsi di pre ricovero è stato promosso un percorso di revisione dell'operato, nell'ottica di distinguere gli accertamenti diagnostici dal percorso di preparazione all'intervento.	
L'Azienda garantisce anche il monitoraggio ministeriale delle prestazioni	Evidenza del report di monitoraggio
Il monitoraggio ALPI è stato effettuato nelle modalità previste.	
Le AAS/ASUI rendicontano alla DCS le modalità di	1. Stipulare specifico accordo integrativo con gli

<p>utilizzo del finanziamento attribuito con la legge 7/2009, tenendo conto che una quota di almeno il 40% è da utilizzare per l'acquisto di prestazioni dagli erogatori privati convenzionati, in aggiunta al budget assegnato per il periodo 2017-2019 con la stipula degli accordi adottati con la DGR n. 42/2017.</p>	<p>erogatori privati entro il 30.6.2018; 2. Trasmettere alla DCS entro e non oltre il 31.12.2018 l'atto/gli atti di evidenza delle effettive esigenze di abbattimento delle liste di attesa e ricorso agli importi stanziati 3. Presentare apposita rendicontazione sull'utilizzo delle somme assegnate nel bilancio consuntivo 2018</p>
<p>1. Con decreto nr 211 dd 11.09.2018 è stato approvato l'accordo aggiuntivo per l'anno 2018 con la Struttura Sanitaria "Sanitas Friuli" per l'erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale. 2. Sono stati predisposti 2 atti di programmazione di attività per il contenimento delle liste d'attesa per le prestazioni ambulatoriali e per gli interventi chirurgici (DDG 166/2018 e DDG 302/2018) 3. E' stata trasmessa apposita rendicontazione sull'utilizzo delle somme utilizzate (nota prot n. 18353 dd 18.04.2019)</p>	
<p>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>	<p>% di interventi chirurgici monitorati e prescritti con priorità A che rispettano i tempi d'attesa >=95% % di interventi chirurgici monitorati e prescritti con priorità B, C e D che rispettano i tempi d'attesa >=90%</p>
<p>Gli interventi oncologici sono sempre garantiti nei tempi, salvo valutazioni cliniche legate al singolo paziente. Fa eccezione l'ambito dell'urologia. Alcuni interventi programmati, invece, presentano delle criticità rispetto al target prefissato. L'azione aziendale sta migliorando l'appropriatezza di livello degli interventi (ricovero ordinario -> DH -> chirurgia ambulatoriale); nel corso dell'anno sono stati effettuati interventi anche strutturali presso il gruppo operatorio del presidio di Gemona per migliorare l'efficienza del polo specializzato nella day surgery; è stata migliorata la programmazione delle sedute operatorie e l'assegnazione alle diverse SOC/SOSD chirurgiche; tutte azioni orientate ad un efficientamento dell'uso delle sedute operatorie.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</p>

<p>3.7.2 Apertura dei reparti di terapia intensiva e semi-intensiva ai care giver</p>	
<p>Obiettivo aziendale:</p>	<p>Risultato atteso:</p>
<p>Nelle degenze intensive e semi-intensive sono abolite le limitazioni non motivatamente necessarie (es. effettiva necessità di isolamento) poste a livello temporale per i care giver indicati dai pazienti, con presenza di uno per volta.</p>	<p>Evidenza della carta dei servizi.</p>
<p>L'attività è proseguita nel 2018. Non è stata modificata la carta dei servizi, ma è stato prodotto un manifesto informativo.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</p>

3.7.3 Presenza del care giver in corso di visita nei reparti di degenza	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
In tutte le degenze i pazienti possono avere accanto a sé il care giver al momento della visita medica o dell'esecuzione delle procedure assistenziali.	Evidenza della carta dei servizi.
Non è stata modificata la carta dei servizi, ma è stata definita una procedura per la gestione dell'educazione del care giver per la cura del paziente.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

3.7.4 Contatto telefonico dopo la dimissione da un intervento chirurgico (recall) e dopo la dimissione dalle medicine, dall'RSA e dalle DIP	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Ai dimessi dopo un intervento di chirurgia programmata e svolto in ricovero ordinario, è stato proposto un questionario di valutazione del servizio entro 5 giorni dalla dimissione	evidenza report delle chiamate (su G2 clinico) Report interno sui bisogni intercettati e sulle soluzioni proposte agli utenti
L'attività del contatto telefonico dopo la dimissione è incrementata del 15% rispetto allo scorso anno, sia in ambito chirurgico che medico. Il report è agli atti.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.7.5 Individuazione del medico responsabile della gestione del ricovero del paziente	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Ogni paziente ricoverato in ospedale deve ricevere l'informazione di chi è il medico responsabile della gestione del proprio caso e che, pertanto, assicura la coerenza delle diverse azioni che caratterizzano l'intera degenza.	Evidenza della carta dei servizi.
Nelle Medicine di San Daniele e di Tolmezzo è individuabile il medico responsabile della gestione del caso.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

3.7.2 Innovazione nella gestione delle terapie	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Utilizzo dei nuovi anti-coagulanti orali	L'obiettivo si intende raggiunto se i controlli ambulatoriali per INR eseguita a pazienti residenti AAS3, si riducono almeno del 25% sul dato 2016; l'obiettivo non è raggiunto per riduzioni inferiori al 10%; per riduzioni comprese fra il 10% e il 25%,

	l'obiettivo verrà in proporzione considerato raggiunto parzialmente.
Variazione controlli ambulatoriali per INR eseguita a pazienti residenti AAS3: -33%	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
Valutazione della possibilità di implementare l'utilizzo delle terapie sottocute, o per altre vie, per quei farmaci che dispongono di formulazioni alternative a quella endovenosa.	Evidenza della valutazione
La valutazione è riportata nella relazione inviata al servizio farmaceutico regionale relativa all'attività del primo semestre.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

4. FLUSSI INFORMATIVI E VALUTAZIONI

4.1 AVVIO NUOVA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA (SDO)	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Correttezza della compilazione delle SDO	-La percentuale di SDO archiviate deve essere in media nell'arco dell'anno maggiore o uguale al 98% dei dimessi; -Le richieste di apertura delle SDO archiviate non deve superare il 3% delle SDO archiviate. -Le anomalie in merito alla qualità della compilazione non devono superare in media il 10%
L'ASS3 ha rispettato i tempi previsti per la gestione delle SDO. Eventuali aperture sono state richieste in sede di verifica di qualità e appropriatezza della compilazione.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

4.2. FLUSSI MINISTERIALI	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
CEDAP	adeguata compilazione dei campi relativi alle informazioni anagrafiche della madre e del padre
EMUR Emergenza-Urgenza 118	Inserimento dei dati della scheda medico nel 100% dei casi in cui la missione non è stata annullata.
EMUR Emergenza-Urgenza PS	percentuale media annua di anomalie non superiore al 6%
FAR	Miglioramento della tempistica di inserimento della data di ammissione al fine di inviare i casi nel corretto

	periodo trimestrale di riferimento con l'obiettivo di ridurre gli scarti ad una percentuale inferiore al 5%.
SIAD:	Inserimento dell'apertura e chiusura della Presa in carico nei tempi corretti per permettere l'invio nel periodo di riferimento. La percentuale di scarto per tale motivazione non deve superare il 2% (attualmente variano dal 4% al 9%)
SIND	Rilevare ed inserire i dati relativamente all'alcooldipendenza e al gioco d'azzardo patologico quando il Ministero della salute integrerà opportunamente il flusso SIND.
SISM	Compilazione delle seguenti variabili nel 100% dei casi: Stato civile, Collocazione socio ambientale, Titolo di studio e Codice attività professionale. L'utilizzo della voce generica non noto/non risulta non deve superare il 10% per ogni variabile. Inserimento appena il gestionale lo permette del numero progressivo SDO per i pazienti ricoverati in SPDC
Monitoraggio consumi dispositivi medici	Inserimento di tutti i contratti di acquisto dei dispositivi medici di cui si possiede il CIG entro il mese successivo al trimestre di competenza
Grandi apparecchiature	Inserimento delle apparecchiature ricomprese nell'elenco di cui allegato 1 del DM 22/04/2014 e successive integrazioni entro il mese successivo al trimestre nel quale è avvenuto il collaudo dell'apparecchiatura
Hospice	Inserimento dei casi entro il mese successivo al trimestre di competenza
L'inserimento dei flussi è avvenuto secondo le indicazioni regionali. Nel corso dell'anno si è qualificato soprattutto il flusso EMUR e CEDAP.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO NON È STATO RAGGIUNTO L'OBIETTIVO SUL FLUSSO EMUR E SISM

4.3. PROGRAMMI DI SORVEGLIANZA

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Programmi di sorveglianza	Come per gli anni precedenti le aziende saranno impegnate per le parti di loro competenza nei programmi di sorveglianza: OKKIo alla Salute, HBSC, PASSI, PASSI d'ARGENTO, Obesità in Gravidanza.

	Inoltre, proseguono i programmi di valutazione dell'esperienza dei pazienti nei loro contatti con il Sistema Sanitario Regionale. Le aziende devono fornire l'adeguato supporto ai suddetti programmi ed attività.
L'adesione ai programmi regionali è stata garantita.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.7.7 Privacy	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Collaborazione con la Direzione Centrale Salute per lo snellimento delle procedure, in particolare attraverso la revisione del consenso al trattamento dei dati	Evidenza della partecipazione ai tavoli regionali
L'azienda ha collaborato quando richiesto.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

5. IL SISTEMA INFORMATIVO

3.9. SERVIZI ON LINE PER I CITTADINI	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Diffusione della ricetta dematerializzata per le prescrizioni farmaceutiche e di specialistica in tutti i setting assistenziali aziendali.	I Medici di medicina generale, i Pediatri di libera scelta e gli specialisti convenzionati e dipendenti del SSR prescrivono utilizzando la ricetta dematerializzata.
I MMG e i PLS hanno utilizzato la ricetta dematerializzata compatibilmente con le performance del sistema informativo in uso da parte del professionista.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.9. UTILIZZO DELLA FIRMA DIGITALE	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Completamento dell'utilizzo della <i>firma digitale</i> per i documenti clinici.	<ul style="list-style-type: none"> - Dove presenti gli applicativi gestionali del G2 Clinico > 90%, in particolare la lettera di dimissione ospedaliera - Radiologia > 98% - ECG > 80%.
- Referti firmati digitalmente= 87%	

<ul style="list-style-type: none"> - Radiologia= 100% - ECG: non ancora avviata a livello regionale. 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO: Radiologia OBIETTIVO NON RAGGIUNTO: Referti firmati digitalmente
Prescrizione dematerializzata	MMG che prescrivono DEMA o MIR > 80%
Prescrizione farmaci MMG: 87%	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO 69,87%

3.10. PACS	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
prosecuzione dell'estensione nel settore dell'endoscopia digestiva ed avvio dell'estensione nell'ambito dell'endoscopia ambulatoriale (broncoscopia, cistoscopia, colposcopia, ...).	Evidenza dell'implementazione
Proseguita l'implementazione al settore dell'endoscopia digestiva secondo le indicazioni regionali.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Consultazione/ visualizzazione di referti e immagini in situazione emergenziale inter-aziendale	Evidenza dell'implementazione
I flussi previsti dai casi d'uso per la consultazione/visualizzazione di referti e immagini in ambito interaziendale sono stati resi operativi secondo le indicazioni regionali.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Referto multimediale	Supporto aziendale secondo le modalità definite in coerenza e continuità con la programmazione sanitaria regionale
AAS3 non è stata coinvolta nel corso del 2018 in questa progettualità	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
Integrazione delle potenzialità elaborative del sistema PACS con moduli aggiuntivi per l'analisi diagnostica evoluta in distretti anatomici specifici, in coerenza con il progetto regionale di sviluppo dei sistemi informativi ospedalieri	Evidenza delle richieste aziendali
Nel corso del 2018 è emersa l'esigenza di integrare la dotazione di postazioni PACS specialistiche per la refertazione RM, coerentemente con la messa in funzione del nuovo tomografo RM presso il Presidio Ospedaliero di Tolmezzo. Tale fabbisogno è stato soddisfatto mediante una postazione dedicata.	
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%		92,4%
1.a LEA	Difterite-tetano	>= 95%	93,1%	92,80%
1.b LEA	Antipolio	>= 95%	93,1%	92,70%
1.c LEA	Antiepatite B	>= 95%	92,5%	91,60%
2 LEA	PREVENZIONE Vaccinazione raccomandate MPR	>= 90%	90,5%	90,5%
3 LEA	PREVENZIONE Vaccinazione raccomandata contro l'influenza dell'anziano	>=70%	57,4%	57,80%
7 LEA	PREVENZIONE Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro	>=85	54,9%	54,93%
8 LEA	TUTELA DELLA SALUTE NEI LUOGHI DI LAVORO Percentuale di unità controllate sul totale di unità da controllare	>= 5%	5,0%	5,20%
9 LEA	SANITA' ANIMALE Percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina	>= 98%	104,0%	100%
10.a LEA	SANITA' ANIMALE Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi bovina/bufalina	>= 98% del 20% allevamenti	138,0%	100%
10.b LEA	SANITA' ANIMALE Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi ovicaprina	>= 98% del 10% dei capi	120,0%	100%
11 LEA	SANITA' ANIMALE Percentuale di aziende ovicaprine controllate (3%) per anagrafe	>= 98% del 3% aziende	105,0%	100%
12 LEA	SALUTE DEGLI ALIMENTI Percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati dal Piano Nazionale Residui	>=98%	100,0%	100%
13	SALUTE DEGLI ALIMENTI Percentuale di unità controllate sul totale delle imprese alimentari registrate	>= 20%	15,0%	15%
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	99,2%	110%
15	ASSISTENZA DOMICILIARE Percentuale di anziani >=65 trattati in ADI con PAI	>= 3,8%	?	2,68
16	HOSPICE Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100)	> 1	2,0	0,00
17	SPECIALISTICA AMBULATORIALE Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1000 residenti (>=65 anni)	<= 24	19,5%	19,30
18	FARMACEUTICA Incidenza di sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (anti-ipertensivi)	<=30%	36,8	36,8
19	FARMACEUTICA Consumo pro-capite di farmaci inibitori di pompa protonica	25 up pro cap	30,44	30,80
20	SALUTE MENTALE utenti in carico nei centri di salute mentale per 1.000 abitanti	>=10	23,03	23,01
21	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	>= 38%	40,21	40,21
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	0,21	0,20
23	Percentuale di parti cesarei	<20%	13,73%	13,73%
24	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 48 h in regime ordinario	>70%	77,8%	77,70%

			AAS3	
			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	< 200	191,60	193,27
	RENE potenziamento della Dialisi peritoneale e dei trapianti con l'obiettivo di ridurre i pazienti in emodialisi al di sotto del 53% del totale (trapiantati + emodializzati + in dialisi peritoneale)	< 53%	50,0%	50%
BERSAGLIO (C11.a.2.4)	PANCREAS riduzione del tasso di amputazioni maggiori per diabete	< 28 per milione di residenti	39,5	39,6
BERSAGLIO (C11.a.3.1)	POLMONE riduzione del tasso di ospedalizzazione per BPCO	< 52 per 100.000 residenti 50-74 anni	59	58,96
Linea 3.6.2	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	77,1	77,70%
Linea 3.6.2 Bersaglio C5.18.1	TRAUMA Degenza media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – ricoveri urgenti riduzione e/o mantenimento al di sotto di 1,5 gg	<1,5 gg	1,4	0,89
Linea 3.6.2 Bersaglio C5.18.2	TRAUMA Attesa media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – accessi in PS e ricoveri programmati (Riduzione del 20% rispetto all'anno 2017)	- 20% rispetto 2017	Dato 2018 6,4 Dato 2017: 5,60	Dato 2017: 5,62 Dato 2018: 7,16
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	73,01	70,20%
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	86,7%	84,9%
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%	13,3%	13,3%
BERSAGLIO C 7.2	MATERNI INFANTILE i parti indotti devono essere ridotti al di sotto del 22%	< 22%	n.c.	19,07%
Linea 3.6.6 Erogazione LEA	TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE	<122 x mille	n.c.	121,71
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 pediatri	< 28% adulti	13,74%	13,72%
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 pediatri	< 42% pediatri	27,78%	29,70%
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%	5,18%	5,18%

Azienda sanitaria universitaria integrata di Udine

3.1. PROGETTI DI RIORGANIZZAZIONE DELLE FUNZIONI

3.1.1. Degenze	
Obiettivo	Risultato atteso
Rispettare il numero di posti letto previsto dalla DGR 2673/2014	Allineamento agli standard previsti entro il 31.12.2018
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>In attuazione di quanto previsto dagli standard regionali per l'assistenza ospedaliera (DGR 2673/2014), il numero di posti letto è stato ridotto. Il percorso è da completare anche in attuazione alla revisione organizzativa avviata con la programmazione 2019.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

3.1.3. Emergenza urgenza (DGR n. 2039 del 16 ottobre 2015)	
Obiettivo	Risultato atteso
1. Completamento dell'assetto previsto dal Piano Emergenza Urgenza per tutti i mezzi di terra	<ul style="list-style-type: none"> - Sarà programmata l'acquisizione del personale necessario per le postazioni di Cividale del Friuli e San Pietro al Natisone - E' mantenuta la convenzione con la CRI per il Punto di primo intervento di Tarcento.
2. Avvio dell'attività presso l'eliporto di Campoformido e dell'eliambulanza notturna	Avvio attività dell'eliambulanza notturna entro il 1 febbraio 2018
3. Implementazione piazzole attrezzate per l'atterraggio notturno	Programmazione dell'attivazione di ulteriori piazzole attrezzate per l'atterraggio notturno
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>1. Mantenuta la convenzione con la CRI di Tarcento; l'acquisizione del personale necessario per le postazioni di Cividale del Friuli e S. Pietro al Natisone si rinvia al capitolo relativo alle politiche del personale (capitolo 6).</p> <p>2. Attività presso Campoformido/Pasian di Prato iniziata il 31/12/2017. Attività notturna elisoccorso iniziata il 01/02/18.</p> <p>3. Al 31/12/2018 sono state attivate un totale di 46 piazzole.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

3.1.4. Medicina di laboratorio (DGR 599/2017)	
Obiettivo	Risultato atteso
Attuazione del Piano della Medicina di Laboratorio	Attuare l'organizzazione prevista dal piano con mantenimento di laboratori satellite a risposta rapida presso le sedi dei presidi ospedalieri <i>spoke</i>
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - E' stata costituita la piattaforma di biologia molecolare: è stato completato il censimento di tutte le tecnologie, definita la facility unica di sequenziamento e riorganizzato il personale e i flussi di lavoro; sono inoltre stati avviati percorsi di formazione mediante seminari, comuni; la piattaforma eroga servizi anche per il trasfusionale ma restano da completare le integrazioni con la Clinica Ematologica e per alcune attività della SOC di Anatomia Patologica. - Per l'area delle tecniche separative si è proceduto a ridefinire le attività ed è in corso la formazione per consentire ai tecnici di operare per le esigenze della farmacologia, della patologia clinica e delle malattie rare. - Si è proceduto anche ad una razionalizzazione dell'area siero del Core Lab e dell'immunometria di secondo livello ridefinendo la gestione in modo omogeneo secondo tipologia di campione e condividendo i percorsi con la Farmacologia e la Microbiologia. Le attività sono fortemente rallentate dalla mancanza di personale, situazione che rende molto difficile completare i necessari percorsi di formazione e riorganizzazione. - Si è proceduto all'integrazione delle attività tecnico/diagnostiche fra Medicina di laboratorio e trasfusionale nell' anno 2018. Nella fattispecie: <ul style="list-style-type: none"> • Sede spoke di Tolmezzo, logistica in un'unica piattaforma tecnologica con conseguente avvio dei piani di formazione del personale tecnico di laboratorio • Sede spoke di San Daniele, proseguimento dei piani formazione del personale tecnico di laboratorio. Su 11 unità totali, ad oggi, sono state formate 4 unità per entrambe le discipline. • Sede spoke di Palmanova, proseguimento dei piani formazione del personale tecnico di laboratorio. Su 11 unità totali, ad oggi, sono state formate 5 unità per entrambe le discipline. • Sede spoke di Latisana, proseguimento dei piani formazione del personale tecnico di laboratorio. Su 8 unità totali, ad oggi, è stata formata una 1 unità per entrambe le discipline. - Sono stati garantiti gli esami urgenti sulle 24H e 365 giorni, secondo programmazione ed allocazione delle risorse competenti nei rispettivi settori diagnostici. - È stato censito il parco macchine tecnologico e formulata apposita documentazione utile al trasferimento delle tecnologie biomedicale da parte degli uffici competenti. 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.5. Sangue ed emocomponenti (DGR 2673/2014)	
Obiettivo	Risultato atteso
Messa a regime del Centro unico regionale di produzione degli emocomponenti presso la sede di Palmanova	<ul style="list-style-type: none"> - Approvazione e sottoscrizione del documento di scorporo di personale, attrezzature, beni, dei contratti e convenzioni fra ASUIUD e AAS2 entro il 31 marzo 2018 - Avvio dell'organizzazione separata fra laboratorio satellite e produzione degli emocomponenti entro il 31

	marzo 2018 - Trasferimento della funzione (con acquisizione del personale, attrezzature, beni, contratti, ecc.) CUVB-CUPRE da ASUIUD all'AAS2 dal 1° maggio 2018
Transito in AAS2 della funzione di raccolta sangue territoriale svolta con le unità di raccolta mobile attualmente in comodato d'uso presso l'ASUIUD	Partecipazione, per quanto di competenza, ai tavoli di lavoro coordinati da AAS2 per fornire il contributo alla stesura del documento di scorporo entro il 31 marzo 2018 e alla sua successiva applicazione ed attuazione.
<i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i> Il documento, sottoscritto da ASUIUD e AAS2 in data 16/4/2018 e approvato con decreto n. 405 del 30.4.2018, trasferisce la funzione CUVB-CUPRE da ASUIUD all'AAS2 dal 1° maggio 2018.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Riverifica e rinnovo dell'accreditamento istituzionale di tutte le strutture trasfusionali della Regione	Rinnovo della certificazione ISO 9001 (nuova versione 2015) entro il 31 marzo 2018; la certificazione è propedeutica alla verifica degli standard di accreditamento regionale, che avverrà secondo il calendario predisposto dalla Direzione Centrale Salute.
<i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i> Il certificato ISO 9001 è stato emesso in data 13.3.2018; l'attività per l'accreditamento regionale è in linea.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.6. Reti di patologia (Vedi 3.6.3)	
Obiettivo	Risultato atteso
Attivazione della Rete oncologica regionale	Sono definiti i percorsi integrati facilitanti la presa in carico del paziente oncologico, nelle more dell'attivazione della Rete oncologica regionale
<i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i> Non si registrano sviluppi dell'attività per ritardo nell'attivazione della Rete oncologica regionale.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

3.1.7. Modifiche/integrazioni delle DGR 2673/2014, 929/2015 e 1437/2015	
Obiettivo	Risultato atteso
Approvazione ed attuazione dell'Atto Aziendale	Adozione e progressiva attuazione dell'A.A.
<i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i> L'atto Aziendale è stato approvato con decreto n. 326 del 11/4/2018. L'obiettivo è stato STRALCIATO con DGR n. 2350/14.12.2018.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

	DGR2350/2018
Definizione posti letto residenziali nelle RSA	- Sono ridefiniti i posti letto di RSA da utilizzare nel 2018 nelle tipologie previste - Sono siglati gli accordi con le strutture residenziali private accreditate
<i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i> I posti letto sono stati ridefiniti, ma l'applicativo SIASI per la gestione delle degenze non è stato aggiornato. Con decreto n. 950 del 24.10.2018 è stata approvata la prosecuzione delle convenzioni in essere con le strutture residenziali pubbliche e private.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.8. Accordo con le strutture private accreditate (DGR 42/2017)	
Obiettivo	Risultato atteso
Applicazione dell'accordo triennale 2017-2019 con le strutture private accreditate	Stipula di un accordo contrattuale con ciascun soggetto privato entro il 30.6.2018 Stipula degli accordi integrativi sui fondi previsti dalla L.R. 7/2009
<i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i> Sono stati organizzati incontri con le singole strutture private entro il mese di giugno e sono state inviate le bozze degli accordi annuali. Per sette strutture su dieci gli accordi sono stati formalizzati e decretati entro il 30/6, per le restanti tre strutture gli accordi sono stati sottoscritti nei mesi successivi (entro novembre). Il finanziamento ex LR7/2009 è stato distribuito a sei strutture ed è stato sottoscritto con atto separato. Tutti i decreti di recepimento degli accordi sono stati trasmessi alla Direzione Centrale Salute.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

3.1.9 Documenti regionali (Aggiunto da Consolidato preventivo regionale)	
Obiettivo	Risultato atteso
Adozione documenti regionali	- Collaborazione con la DCS per la predisposizione dei documenti regionali - Definizione di una road map aziendale per l'attuazione dei piani regionali adottati.
<i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i> L'obiettivo è stato STRALCIATO con DGR n. 2350/14.12.2018	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

3.1.10. Lean management	
Obiettivo	Risultato atteso
Attuazione del progetto nel percorso clinico assistenziale del paziente internistico dall'accesso al Pronto Soccorso al ricovero presso le degenze del DPT di Medicina Interna	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pianificazione del progetto di miglioramento mediante un "A3", strumento impiegato per la risoluzione dei problemi (PDCA) previsto dalla Lean Technology; 2. Analisi e definizione delle contromisure, del piano di azione e attuazione; 3. Monitoraggio delle azioni correttive applicate e valutazione dei risultati; 4. Condivisione dei progetti e dei loro risultati durante il convegno regionale di maggio.
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>Tutte le azioni previste dal progetto Lean management sono state condotte raggiungendo gli obiettivi individuati.</p> <p>La relazione finale, per le attività di formazione e tutoraggio delle attività svolte nei gruppi di lavoro, è stata trasmessa in EGAS con Prot. N. 96550 in data 12. 12. 2018.</p> <p>I contenuti tecnici del progetto sono stati presentati al convegno regionale " LEAN MANAGEMENT NELLA SANITÀ DEL FRIULI VENEZIA GIULIA" in data 14.06.2018 e pubblicato sul sito regionale di EGAS.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2. PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

3.2.1. Tutela della salute della donna (vedi anche 3.5.7. Consulteri familiari)	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Implementazione del percorso gravidanza fisiologica a gestione ostetrica	<p>Evidenza al 31.12.2018 dell'attivazione del percorso:</p> <p>Ospedale</p> <ul style="list-style-type: none"> -Entro 28/02 elaborazione procedura per la gestione dell'ambulatorio Gravidanza Fisiologica a conduzione ostetrica. -Entro 15/03 elaborazione Job Description Ostetrica per la gestione dell'Ambulatorio Gravidanza Fisiologica. - Attivazione di sedute ambulatoriali Gravidanza Fisiologica a gestione congiunta medico-ostetrica <p>Distretti</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entro 30/06 evidenza dello studio di fattibilità per l'attivazione dell'ambulatorio Gravidanza Fisiologica a conduzione ostetrica.

<i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i>	
Ospedale: L'ambulatorio della gravidanza fisiologica è stato attivato secondo la tempistica definita.	
Distretti: Lo studio di fattibilità per l'attivazione dell'ambulatorio a conduzione ostetrica in ambito distrettuale è stato predisposto secondo la tempistica definita.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Implementazione dell'offerta della visita domiciliare ostetrica in puerperio in tutte le Aziende	Evidenza del servizio attraverso report con dati relativi al 2018
<i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i>	
La visita domiciliare è garantita ai casi segnalati/identificati come fragili.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Implementazione di percorsi aziendali per la donna in età post fertile	Definizione di un percorso territorio ospedale ed evidenza dell'implementazione attraverso report di attività
<i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i>	
Sono strutturati presso i consultori dei "punti di ascolto ed orientamento".	
In ospedale è attivo l'ambulatorio "menopausa" e sono state incrementate le ore settimanali di attività.	
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
<i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i>	
La promozione delle vaccinazioni è effettuata nelle sedute plenarie da parte dei neonatologi ai corsi di preparazione al parto e dal personale sanitario durante le attività di counseling della 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:
<u>Screening opportunistico</u> : avvio di uno screening opportunistico su stili di vita e rischio cardiovascolare globale nelle Aziende sanitarie della regione in coordinamento con A.I.R. dei M.M.G.	Il 10% dei pazienti eleggibili di ogni M.M.G. che aderisce allo screening opportunistico è valutato per la definizione del rischio cardiovascolare. I risultati vanno inseriti nella piattaforma regionale del rischio cardiovascolare.
<i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i>	
Lo screening opportunistico non è stato avviato.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

3.2.3. Gli screening oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia (Programma II PRP)	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
<ul style="list-style-type: none"> - Garantire le letture dei pap test primari per gli anni 2018-2019-2020 e comunque fino a transizione del programma ultimata - Partecipazione al controllo di qualità sul laboratorio unico e garantire l'accesso alla documentazione iconografica relativa all'istologia delle lesioni stesse da parte dei patologi del laboratorio unico 	<ul style="list-style-type: none"> - Letture dei pap test primari presso le sedi di attuale competenza fino a transizione del programma ultimata - Partecipazione al controllo di qualità sul laboratorio unico
<i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - E' stata garantita l'effettuazione dello screening come previsto dal programma regionale, fino alla transizione alle nuove modalità. - Non è stato identificato a livello regionale il controllo di qualità. 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Raggiungere e mantenere un'adesione ai programmi di screening pari al 70 % per la cervice uterina, al 70 % per la mammella, e al 70% per il carcinoma del colon retto	Adesione pari al 70% per la cervice uterina, al 70% per la mammella, e al 70% per il carcinoma del colon retto
<i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i>	
L'Azienda si attesta sui seguenti valori: cervice uterina = 57,5% (dato 2017= 56,1%) mammella = 71,4% ((dato provvisorio perché il metodo di calcolo è in fase di revisione) colon retto = 61,3 % (dato 2017= 63,9%)	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
Screening mammografico: Garantire il rispetto degli standard di qualità, come previsto dall'Atto d'Intesa del 18 dicembre 2014 della Conferenza Stato-Regioni sul documento recante "Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete dei Centri di Senologia".	Invio alla Direzione regionale, entro il 30.11.2018, dei dati di autovalutazione sul rispetto dei requisiti previsti dal sistema regionale di verifica dei centri di senologia
<i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i>	
I dati di autovalutazione sono stati inviati con prot. n. 100153 del 27.12.2018, entro i termini definiti dalla DCS con nota n. 20379 del 2.11.2018.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Screening mammografico: Garantire che i radiologi certificati svolgano sia la lettura del test mammografico di screening sia la gestione del percorso di approfondimento diagnostico dei casi richiamati	E' garantita la lettura del primo livello e gestione del percorso di approfondimento diagnostico da parte di radiologi certificati
<i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i>	

<p>E' stata garantita l'attività di lettura del primo livello. L'attività di approfondimento viene effettuata da parte dei radiologi certificati che effettuano le letture di primo livello.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Screening mammografico: Garantire la corretta chiusura dell'esito dei casi di secondo livello dello screening mammografico nel G2 clinico	Percentuale di casi di secondo livello chiusi correttamente > = 95%
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>La percentuale aziendale di casi chiusi è del 98,7% (10 casi non chiusi).</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
	- I CASI DI SECONDO LIVELLO VANNO MONITORATI DALL'AZIENDA UTILIZZANDO L'APPOSITA FUNZIONE SU SIASI
Screening mammografico: Ridurre i richiami intermedi (early recall) dopo approfondimento	Percentuale di early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso"/totale dei casi chiusi dall'unità senologica) inferiore al 10%
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>Il dato aziendale è pari al 5,93%.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Screening per la cervice uterina: Garantire il rispetto dei requisiti definiti dalla regione per i centri di secondo livello.	Invio alla Direzione regionale, entro il 31.12.2018 , dei dati di autovalutazione del rispetto dei requisiti previsti dal sistema regionale di verifica dei requisiti dei centri di secondo livello.
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>I dati di autovalutazione sono stati inviati con prot. n. 100189 del 27.12.2018, entro i termini definiti dalla DCS con nota 20379 del 2.11.2018.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
	RILEVANTI NON CONFORMITÀ NON PRESENTI, NON È STATO DEFINITO UN PIANO DI MIGLIORAMENTO
Screening colon retto: Garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica (in particolare la codifica del livello di rischio assicurando di rendere definitiva la compilazione) per gli esami di 2° livello di screening	Percentuale di cartelle correttamente compilate >=95%
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>L'Azienda si attesta su un valore pari al 96,3%.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	97,8%
Screening colon retto: Garantire l'offerta della colonscopia di approfondimento di secondo livello	Tempo di attesa per colonscopia di approfondimento di secondo livello < o = 30 giorni

entro 30 giorni dalla positività del FOBT di screening	
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>Tempo di attesa per colonscopia di approfondimento di secondo livello: < 30 giorni : n.36 (6,77 %); da 30 a 60 giorni: n. 285 (53,57%)</p> <p>In considerazione della performance di cui sopra sono stati avviati percorsi di miglioramento con i referenti della Gastroenterologia e la segreteria di screening.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON 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	Percentuale di inviti inesitati < = 1,5%
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>Il valore 2018 si è attestato a 1,7%.</p> <p>Sono state approntate iniziative per raggiungere la popolazione che non ha ricevuto l'invito. Trattasi di persone straniere, con cambio di residenza, senza identificazione al civico di domicilio/residenza. Sono stati presi contatti con alcuni Comuni per iniziative di informazione. La Direzione Centrale Salute ha in corso la realizzazione di un intervento in merito sul Portale Screening a supporto delle segreterie screening.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
	1,6% (COMUNQUE IN MIGLIORAMENTO RISPETTO AL 2017)

3.2.4. Gli screening neonatali (Programma II PRP)	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Diffusione e applicazione in tutti i punti nascita di una procedura regionale per lo screening neonatale audiologico ed oftalmologico con aggiornamento del PDTA	Applicazione della procedura nel punto nascita aziendale
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>La procedura è regolarmente applicata.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Partecipazione al Programma regionale per lo Screening neonatale metabolico esteso, sotto il coordinamento dell'IRCCS Burlo: implementazione dell'identificazione precoce della fibrosi cistica e proposta di eventuali programmi di screening	Evidenza della partecipazione ai lavori coordinati dal Burlo finalizzati alla stesura di un Report di monitoraggio del programma regionale e delle attività per la fibrosi cistica
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>E' stata garantita la disponibilità alla partecipazione ai lavori.</p>	

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Collaborare al programma per l'identificazione precoce dei neonati con emoglobinopatia nella popolazione a rischio	Formale adozione della procedura per emoglobinopatia, quando definita
<i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i>	
E' attuata la procedura aziendale per l'identificazione precoce delle emoglobinopatie sotto forma di screening universale (e non solo nelle popolazioni a rischio).	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Assicurare la regolare comunicazione a IRCSS Burlo della rilevazione del TSH neonatale	Evidenza della comunicazione a IRCSS Burlo della rilevazione del TSH neonatale.
<i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i>	
E' stata assicurata la comunicazione dei dati, secondo le procedure definite.	
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:
Piano regionale della prevenzione	Trasmissione dei dati alla Aas2 ai fini della predisposizione del report da inviare alla DCS
<i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i>	
L'azienda ha trasmesso la documentazione richiesta.	
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 50% delle 167 scuole della Regione (ovvero 83 scuole) dovranno esser raggiunte dalla proposta di aderire alla rete Scuole che promuovono salute (SHE). Nell'ASUIUD= 18 scuole (50% di 36)
<i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i>	
Raggiunte tutte le 36 istituzioni scolastiche presenti nel territorio dell'ASUIUD (istituti comprensivi e scuole secondarie di secondo grado) in due 2 eventi organizzati in collaborazione con l'Ufficio scolastico regionale e provinciale con lo specifico obiettivo di promuovere il modello di scuola che promuove la salute.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Sviluppo, da parte di tutte le aziende sanitarie, di progettualità di peer education nelle scuole della regione. Continua la diffusione e implementazione dei progetti riconducibili alle buone pratiche, quali modello What's up, Unplugged, peer education ecc	Aderiscono alla progettazione almeno 66 scuole a livello regionale. Nell'ASUIUD= 16 scuole

<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>Aderito 22 scuole (Istituti Comprensivi e Scuole Secondarie di 2° Grado) ai progetti riconducibili a buone pratiche.</p> <p><u>Raggiunte con YOUTH</u>: Istituti Comprensivi 1, 2, 3, 4, 5, 6, Plesso Deganutti, ITG Marinoni, Scuola Secondaria I grado e IT meccatronico Bearzi, Liceo scientifico e Scuola secondaria I grado paritario Volta, Liceo linguistico Bertoni, Scuola Secondaria I grado Bertoni, IC Cividale del Friuli, Scuola secondaria di 2° grado P. D'Aquileia, Scuola secondaria I grado P. Diacono Cividale , IPSIA Mattioni, ITA P. D'Aquileia, IC Pozzuolo del Friuli, IC S. Pietro Nat, Educandato Uccellis</p> <p><u>Raggiunte con Unplugged</u>: Istituti Comprensivi 3 e 6, Scuola di 2° grado Malignani, IC Pavia di Udine, IC Pozzuolo del Friuli, IC Faedis.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Realizzare le attività previste relative al perseguimento degli obiettivi del programma III relativamente all'obiettivo specifico di promozione della cultura della salute e sicurezza in ambito scolastico	Programmi avviati o iniziative realizzate
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>Da novembre 2017 a giugno 2018; sono stati coinvolti n. 5.353 studenti così suddivisi: n. 3.766 iscritti presso Istituti secondari di 2° grado e n. 1.587 iscritti presso le scuole primarie e secondarie di primo grado.</p> <p>Gli Istituti scolastici coinvolti sono stati 29, di cui 12 istituti secondari di 2° grado e 17 istituti comprensivi della provincia di Udine.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Inserimento nella banca dati PROSA delle attività di promozione salute svolte negli istituti scolastici	Rendicontazione delle attività svolte nelle scuole regionali attraverso la banca dati PROSA (disponibilità dei dati)
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>Inseriti in PROSA i dati relativi ai progetti: YOUTH, Unplugged, Promozione della cultura della sicurezza nei luoghi di lavoro ed in ambito scolastico, La comunità si mette in rete.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2.6 Dipendenze (Programma IV PRP - anche 3.5.10. Dipendenze)	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
1. Collaborazione con l'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze.	<p>Partecipazione dei referenti del gruppo tecnico operativo ad almeno il 70% delle riunioni indette dall'Osservatorio sulle Dipendenze.</p> <p>Invio e validazione dei dati per i flussi informativi regionali raccolti dell'osservatorio.</p> <p>Rendicontazione delle azioni previste dal Piano operativo GAP 2017.</p>

<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>E' stata garantita la partecipazione al 100% delle riunioni indette dall'Osservatorio.</p> <p>E' proseguito regolarmente l'invio dei dati per i flussi informativi regionali.</p> <p>E' stata inviata idonea rendicontazione (prot. n. 52820/G.70 del 27.6.2018).</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
2. Partecipazione al tavolo tecnico di confronto regionale con il terzo settore sui trattamenti alcolologici.	Partecipazione dei referenti Aziendali dei trattamenti alcolologici ad almeno il 70% delle riunioni indette.
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>E' stata garantita la partecipazione al 100% delle riunioni al tavolo tecnico</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.	Partecipazione alla realizzazione di una formazione a valenza regionale sulle misure alternative e messe alla prova. Aumento delle misure alternative e messe alla prova
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>E' stata garantita la partecipazione all'iniziativa regionale</p> <p>Le misure alternative e le messe alla prova hanno avuto un aumento pari al 20% del totale 2017 (totale 2018 = 79, totale 2017 = 66).</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
4. Partecipazione ai tavoli di monitoraggio sugli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale	Report con l'esito di almeno 3 indicatori di outcome relativi agli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale.
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>Effettuato report di esito dei seguenti indicatori:</p> <p>1) n. 10 Borse di Inserimento Lavorativo rinnovate, con specificazione del razionale</p> <p>2) n. 11 Borse di Inserimento Lavorativo interrotte per "abbandono" (drop-out)</p> <p>3) n. 5 Borse di Inserimento Lavorativo concluse anticipatamente in seguito al raggiungimento degli obiettivi.</p> <p>Complessivamente sono state attivate 36 Borse di inserimento lavorativo.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
5. Monitoraggio degli esiti dei trattamenti in capo al SSR per rispondere alle problematiche relative alla dipendenza.	Report con l'esito di almeno 3 indicatori di outcome relativi all'esito dei trattamenti in capo al SSR per rispondere alle problematiche relative alla dipendenza
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>Effettuato report di esito dei seguenti indicatori:</p> <p>- gli abbandoni (drop out) = 121 (5,8% dei pazienti in carico)</p> <p>- i morti per suicidio = 0</p>	

- i morti per overdose = 0	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
6. Partecipazione alla stesura del nuovo Piano d'Azione Regionale per le Dipendenze	Partecipazione dei referenti del gruppo tecnico operativo ad almeno il 70% delle riunioni indette
<i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i>	
Partecipazione al 100% delle riunioni per la stesura del PARD.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
7. Aumento del testing per le malattie infettive correlate all'uso di sostanze alcoliche alle persone che afferiscono ai servizi per le Dipendenze.	Almeno il 20% di testati sui testabili (alcoldipendenti)
<i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i>	
E' stato testato l'11,80% degli alcoldipendenti in carico nel 2018.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
8. Partecipazione alla definizione di percorsi condivisi a livello regionale per le procedure legate agli accertamenti legali	Partecipazione dei referenti del gruppo tecnico operativo ad almeno il 70% delle riunioni indette
<i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i>	
Partecipazione al 100% delle riunioni per la definizione di procedure condivise per gli accertamenti medico-legali.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2.7. Promozione dell'attività fisica (Programma V PRP)	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Sviluppo di progetti di attività fisica rivolti alla popolazione adulta	Report su quanto realizzato
<i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i>	
I progetti oggetto di pianificazione e finanziamento per l'anno 2017 hanno avuto svolgimento, almeno per quanto riguarda una delle associazioni coinvolte, nel primo semestre 2018.	
Per il 2018 l'attività è stata recepita, con impegno di pianificazione di progetti finanziati per l'attività motoria, come da decreto regionale del 26/06/2018, approvato dal Direttore Generale per l'anno 2018; la definizione del progetto ha avuto corso nel secondo semestre 2018, cui è seguito un bando per la programmazione delle attività. L'avviso è stato pubblicato nel sito aziendale, con scadenza 4 marzo 2019.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Realizzazione di progetti di promozione attività fisica adattata	Almeno 1 iniziativa/progetto
<i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i>	
La programmazione dell'attività fisica adattata gestita per il tramite del Centro di Coordinamento presso il	

Distretto di Udine, ha registrato 1680 valutazioni per nuovi utenti aderenti (dato al 31/12/2018), con un trend positivo e un interesse costante da parte della popolazione. I corsi attivi sono 175, di cui 2 di nuova attivazione, con 2 palestre e 2 piscine.

Nell'ambito della promozione della salute e corretti stili di vita, in particolare per quanto riguarda la promozione dell'attività fisica, sono stati svolti due cicli di incontri presso il CAP di Zugliano, nell'ambito del progetto "Diabete", rivolto a 40 persone con diabete di tipo 2.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Diffusione delle opportunità di attività fisica presenti sul territorio attraverso il sito regionale (invecchiamentoattivo.fvg)	Presenza, sul sito, delle attività realizzate in collaborazione con le associazioni
<i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i>	
L'azienda ha collaborato all'implementazione delle informazioni del sito regionale.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2.8. Prevenzione degli incidenti stradali (Programma VI PRP)

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
I referenti individuati (PRP) partecipano e sostengono le attività che andranno a delinearsi (formazione dei moltiplicatori, diffusione delle iniziative) per la prevenzione degli incidenti stradali	Report sulla partecipazione dei referenti alle attività e sulle iniziative promosse localmente
<i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i>	
Si sono tenuti alcuni incontri con associazioni di promozione sociale/volontariato/sportive, su varie proposte di collaborazione per percorsi con le scuole primarie sulla mobilità sostenibile, anche in collaborazione con l'AAS n.3 "Alto Friuli Collinare-Medio Friuli".	
A seguito dell'attività di formazione del 2017 rivolta alla Polizia locale, alle forze di Polizia dello Stato e agli operatori degli Enti interessati del FVG, è stata garantita la partecipazione al gruppo regionale per la programmazione di attività mirate a consolidare l'alleanza e a valutare eventuali altre proposte di formazione in tema di metodologia degli interventi efficaci nelle scuole da parte del target formato.	
A seguito della redazione dell'ultimo report sugli incidenti stradali, nel 2019 è in programma un evento regionale di presentazione dei dati.	
Riguardo le iniziative promosse localmente, con i "Progetti finanziati atti sostenere attività di promozione della salute e di integrazione sociosanitaria (come previsto dal Decreto del Direttore Generale n. 338 del 11.04.2018), è stato finanziato per un importo pari ad euro 19.732,00 anche il progetto "Valorizzazione del ruolo dei processi di peer-education nei percorsi di prevenzione dei comportamenti a rischio nei compiti di guida stradale tramite un consolidamento della trasmissione empatica delle esperienze di giovani con un passato di abuso di sostanze alcoliche da maturare nel contesto di applicazione individualizzata delle tecniche di mindfulness"(obiettivo collegato al progetto "Guidiamoci" in corso di realizzazione da parte di Auxilia Onlus su finanziamento Presidenza del Consiglio dei Ministri – Bando "Prevenzione e contrasto a disagio giovanile").	
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 (coord ASUITS) di monitoraggio relativo alle attività previste dal Programma VII PRP inviato alla DCS
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 in Regione: in ASUIUD n. 20.
<i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i>	
<p>1. Partecipato alla redazione del report congiunto, coordinato dall'ASUITS di monitoraggio delle attività previste dal Programma VII "Prevenzione incidenti domestici" per l'anno 2018. Nota inviata dal Dipartimento di Prevenzione dell'ASUITS al Direttore dell'Area Prevenzione della DCS in data 21.12.2018.</p> <p>2. Sono stati eseguiti un totale di 50 sopralluoghi, di cui 11 nel comune di Udine, 1 nel comune di Campoformido, 2 nel comune di Attimis, 2 nel comune di Cassacco, 1 nel comune di Tavagnacco, 2 nel comune di Cividale, 1 nel comune di Povoletto, 3 nel comune di Reana, 1 nel comune di Pasion di Prato, 16 nel comune di Taipana, 3 nel comune di Nimis, 3 nel comune di Tarcento, 1 nel comune di Magnano in Riviera, 1 nel comune di Cassacco, 1 nel comune di Corno di Rosazzo, 1 nel comune di San Leonardo del Friuli.</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:
Partecipazione alla IV fase del progetto "Prodotti Finiti FVG" che prevede la stesura delle schede di prodotto (comprendenti la flow chart) con le metodiche e gli strumenti predisposti nell'ambito del progetto di ricerca	L'ASUIUD garantisce la partecipazione al progetto regionale che prevede la presenza (al 31/12/2018) di almeno 90 schede di prodotto correttamente elaborate e vistate dal responsabile scientifico del progetto (report della DCS).
<i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i>	
Partecipato al progetto regionale "Prodotti Finiti FVG" mediante referenti per materia dell'ASUIUD delegati ad elaborare le schede proposte dal responsabile del progetto. Sono state realizzate in totale 107 schede di prodotti finiti (processi).	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
SPSAL: verificare l'omogeneità dell'applicazione in ambito regionale delle procedure di vigilanza in edilizia e prosecuzione della diffusione delle stesse ai portatori di interesse	<p>Partecipazione ai lavori del Gruppo Regionale Edilizia ed all'elaborazione del report regionale sulla omogeneità dell'applicazione delle procedure di vigilanza in edilizia in regione.</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</p>

	sicuro in edilizia
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>L'ASUIUD ha partecipato attivamente ai lavori del gruppo regionale edilizia che ha provveduto ad elaborare un report sull'attività effettuata e sull'omogeneità dell'applicazione delle procedure di vigilanza nello specifico comparto.</p> <p>Nell'ambito del progetto "Promozione della cultura della sicurezza nei luoghi di lavoro ed in ambito scolastico" la SOCPSAL ha organizzato, in collaborazione con il CEFS di Udine, i seguenti corsi destinati alle scuole secondarie di II grado ad indirizzo edile:</p> <ul style="list-style-type: none"> • corso di sensibilizzazione "Studenti in cantiere" destinato agli studenti delle classi IV. Hanno partecipato 12 studenti di una scuola presente nel territorio di ASUIUD. Il corso prevede 8 ore di lezioni teoriche pratiche; • corso di sensibilizzazione "16 ore prima2" destinato agli studenti delle classi III. Hanno partecipato 89 studenti di due scuole presenti nel territorio di ASUIUD. Il corso prevede 16 ore di lezioni teoriche pratiche; • corso di sensibilizzazione "DPI di III categoria" destinato agli studenti delle classi V. Hanno partecipato 84 studenti di due scuole presenti nel territorio di ASUIUD. Il corso prevede 8 ore di lezioni teoriche pratiche. 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
SPSAL: partecipare ad azioni di verifica dell'omogeneità dell'applicazione in ambito regionale delle procedure di vigilanza in agricoltura e prosecuzione della diffusione delle stesse ai portatori di interesse	<p>L'ASUIUD garantisce la partecipazione ai lavori del Gruppo Regionale Agricoltura e all'elaborazione del report da parte del GRA sulla omogeneità dell'applicazione delle procedure di vigilanza in agricoltura in regione.</p> <p>Realizzazione di almeno un incontro provinciale con i portatori di interesse sulle problematiche connesse all'applicazione delle norme poste a tutela del lavoro sicuro in agricoltura</p>
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>L'ASUIUD ha partecipato attivamente ai lavori del GRA (di cui è anche capofila); l'8.01.2019 è stato inviato alla DCS un report (prot. n. 1367) con la sintesi dell'attività svolta dalla SOCPSAL nel comparto agricolo tra cui l'attività di vigilanza effettuata a livello regionale secondo procedure condivise per garantire l'omogeneità operativa.</p> <p>A livello provinciale sono stati organizzati, in collaborazione con AAS n. 3, due incontri rivolti ai portatori di interesse (il 29.11.2018 a Buttrio e il 06.12.2018 a Basiliano) sulle tematiche della sicurezza nel comparto agricolo (80 partecipanti complessivi).</p> <p>Nell'ambito del progetto "Promozione della cultura della sicurezza nei luoghi di lavoro ed in ambito scolastico" sono stati organizzati i seguenti corsi destinati alle scuole secondarie di II grado ad indirizzo agrario:</p> <ul style="list-style-type: none"> • corso di sensibilizzazione "Agricoltura: lavorare in sicurezza" destinato agli studenti delle classi IV. Hanno partecipato 126 studenti, il corso prevede 12 ore di lezioni teoriche pratiche (organizzate 3 edizioni); • corso di abilitazione all'utilizzo dei trattori agricoli e forestali, in collaborazione con UNACMA, destinato agli studenti delle classi V. Corso della durata di 8 ore, hanno conseguito l'abilitazione 58 studenti; 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
SIAN/VET: partecipare alla formazione degli auditor e al programma di mantenimento della qualifica	L'ASUIUD garantisce la partecipazione alla formazione degli auditor ufficiali (almeno 50 auditor ufficiali)

	formati in Regione)
<i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i>	
E' stato garantito il numero di audit necessario a mantenere la qualifica di auditor.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Realizzazione (da AAS5) di un corso di sostegno alle capacità organizzativo-gestionali delle risorse umane per dirigenti, coordinatori e P.O. dei Dipartimenti di Prevenzione	Partecipazione al corso certificata da AAS5
<i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i>	
I dirigenti, i coordinatori e le P.O. del Dipartimento di Prevenzione hanno partecipato al corso organizzato dall'AAS5.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
SPSAL: partecipare attivamente al programma regionale di audit, scegliendo il comparto di interesse a seconda della specificità territoriale.	Operatori formati secondo le indicazioni del PRP, costituzione del gruppo di auditori regionali, individuazione delle aziende su cui avviare l'audit sui SGSL da parte auditori regionali e avvio della fase realizzativa
<i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i>	
Si è conclusa la formazione di un gruppo di auditor Tutor (1 medico, 2 TdP e 1 AS) per i Sistemi di Gestione della Sicurezza sul Lavoro (SGSL). Il Decreto di istituzione del Gruppo Audit regionale è stato pubblicato il 26.11.2018: la Regione dovrà definire la struttura organizzativa che permetterà di avviare la fase operativa.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Diffusione delle Linee guida regionali per la prevenzione dei rischi in campo estetico e del Protocollo operativo regionale di controllo per le pratiche estetiche	Evidenza della pubblicazione sul sito aziendale istituzionale dei documenti approvati dalla Regione
<i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i>	
Sul sito aziendale istituzionale sono pubblicate le linee guida regionali per la prevenzione dei rischi in campo estetico e del Protocollo operativo regionale di controllo per le pratiche estetiche (https://asuiud.sanita.fvg.it/servizi/per-imprese-e-professionisti/attivita-estetiche).	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Attuazione del Protocollo operativo regionale di controllo per le pratiche estetiche	Effettuare i controlli di tutte le nuove SCIA di tatuatore e piercer Effettuare i controlli di 1 ogni 5 delle nuove SCIA presentate per estetista Effettuare i controlli di 1 ogni 10 delle nuove SCIA presentate per acconciatore

<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>Effettuati tutti i controlli delle nuove SCIA di tatuatore e piercer (n. 21)</p> <p>Effettuati i controlli di 1 ogni 5 delle nuove SCIA presentate per estetista (n. 4)</p> <p>Effettuati i controlli di 1 ogni 10 delle nuove SCIA presentate per acconciatore (n. 5)</p> <p>In totale, applicando il Protocollo operativo regionale, sono stati effettuati n. 28 controlli su tatuatore e piercer, n. 21 estetista e n. 13 acconciatore (sono compresi sia i sopralluoghi a seguito di nuove SCIA, sia i sopralluoghi di controllo su attività esistenti).</p>	
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	-5% delle aziende vigilate. <ul style="list-style-type: none"> ○ Edilizia: n. 192 cantieri ○ Agricoltura: n. 28 aziende agricole - Invio di un report di attività alla DCS
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>Sono stati ispezionati 256 cantieri ed è stata effettuata vigilanza in 28 aziende agricole.</p> <p>In data 07.02.2019 (prot. n. 10378) è stato inviato alla DCS il report dell'attività svolta dalla SOC nell'anno 2018.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Realizzare almeno un incontro informativo/formativo rivolto ai soggetti della prevenzione operanti nel settore edile e agricolo	Report di attività alla DCS con descrizione evento formativo, numero di operatori formati suddivisi per categoria
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>Sono stati organizzati i seguenti eventi formativi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • evento "Fitofarmaci, stoccaggio, manipolazione, utilizzo e DPI" destinato agli operatori PSAL. Presenti 35 operatori (4 medici, 28 TdP, 2 assistenti sanitarie, 1 chimico); • serata di sensibilizzazione "Sicurezza in agricoltura" (29.11.2018, Buttrio) con 35 partecipanti (32 datori di lavoro, 3 altre figure). 	
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	2 corsi accreditati o 2 iniziative di sensibilizzazione (<u>a livello regionale</u>)

rischi ergonomici, al reinserimento dei soggetti patologici e all'appropriatezza e qualità delle segnalazioni di malattia professionale	
---	--

Verifica dell'attività al 31-12-2018

Il gruppo regionale ergonomia, di cui ASUID è capofila, ha organizzato due corsi di formazione:

- “L’espressione del giudizio di idoneità alla mansione specifica nei lavoratori esposti al fattore di rischio sovraccarico biomeccanico: aspetti normativi ed applicazione cliniche” in collaborazione con l’Ordine dei Medici di Udine (Udine, 24.11.2018). hanno partecipato 16 medici;
- “Sovraccarico biomeccanico del rachide: fattori di rischio, aspetti normativi e gestione del lavoratore esposto a rischio” (Pordenone, 01.10.2018). Hanno partecipato 30 medici.

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

Partecipare all'avvio dell'applicazione del metodo OCCAM	Analisi OCCAM su una neoplasia professionale (a livello regionale)
--	--

Verifica dell'attività al 31-12-2018

L'analisi OCCAM (Occupational Cancer Monitoring) non è stata realizzata in quanto è attualmente vincolata alla disponibilità di banche dati che devono essere fornite dal servizio statistico regionale. Non è stato possibile superare i vincoli posti dagli enti gestori.

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

Proseguire in ogni azienda il programma integrato di promozione della salute dei dipendenti, che coinvolga i medici competenti, per la declinazione operativa delle azioni dell'obiettivo specifico “Progetto pilota per un programma integrato di salute e benessere dei dipendenti pubblici...” del PRP.	<ul style="list-style-type: none"> - Report sui lavoratori a rischio cardiovascolare globale - Adozione di regolamento regionale sul fumo - Offerta di percorsi per smettere di fumare
--	---

Verifica dell'attività al 31-12-2018

Nel corso della sorveglianza sanitaria effettuata dai medici competenti aziendali è continuata:

- la somministrazione, ai lavoratori a rischio cardio-vascolare globale, di un questionario mirato condiviso a livello di coordinamento regionale dei medici competenti delle aziende sanitarie (somministrati 614 questionari).
- l'offerta di percorsi per smettere di fumare.

Dal 2011 ASUIUD ha adottato un proprio regolamento sul fumo.

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
---	---

Verifica dell'attività al 31-12-2018

E' continuata l'implementazione delle banche dati Informo e Malprof con l'inserimento dei casi secondo i criteri definiti. Gli specifici gruppi di lavoro interaziendali hanno prodotto i report di attività.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Sviluppo di sistemi informativi rivolti alla dematerializzazione delle comunicazioni obbligatorie	Studio di fattibilità e prima applicazione delle procedure per l'informatizzazione delle notifiche ex art.99 del D.Lgs 81/08
<i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i>	
E' stato predisposto un resoconto dell'attività sviluppata nel corso del 2018 da parte di un apposito gruppo di lavoro interaziendale ed interistituzionale. Sono state definite le finalità e le caratteristiche informatiche del portale. L'avvio ricade ora in un ambito sovra aziendale.	
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
<i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i>	
In data 07.02.2019 (prot. n. 10378) è stato inviato alla DCS il report dell'attività svolta dalla SOC nell'anno 2018.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Monitorare le verifiche periodiche delle attrezzature di lavoro con inserimento dei dati in apposito database	Il 75% delle verifiche effettuate da ogni azienda sanitaria è inserito nel data base aziendale
<i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i>	
Il servizio impiantistico dal 01.4.2018 è privo di personale dedicato all'attività di verifica di impianti ed attrezzature. Le verifiche di esclusiva competenza delle aziende sanitarie sono effettuate da personale convenzionato con ASUIUD e vengono regolarmente inserite in un data base aziendale.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Restituzione, a carico dell'IRCCS Burlo Garofolo, dei risultati della rilevazione 2017 del ai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende	Almeno 1 incontro Report alla DCS
<i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i>	
L'IRCCS Burlo ha predisposto il report Okkio, sistema di sorveglianza sul sovrappeso ed obesità nei bambini, cui partecipano tutte le Aziende Sanitarie. Il 5 dicembre 2018 i dati relativi all'ultima rilevazione sono stati presentati in un convegno regionale tenutosi a Udine.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Realizzazione, con il coordinamento dell'IRCCS Burlo Garofolo, della raccolta dati periodica del progetto HBSC nelle scuole del Friuli Venezia Giulia (marzo-giugno 2018)	Collaborazione all'effettuazione dello studio Report alla DCS

Verifica dell'attività al 31-12-2018

Lo studio HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) è un sistema di sorveglianza che ha lo scopo di fotografare e monitorare la salute degli adolescenti italiani di 11, 13 e 15 anni, al fine di costituire un supporto per l'orientamento delle politiche di educazione e promozione della salute.

Nel corso del 2018 operatori dell'ASUIUD hanno partecipato alle attività del sistema di sorveglianza che viene ripetuto ogni 4 anni nelle scuole secondarie di primo e secondo grado.

La elaborazione dei dati, per l'intera Regione, ed il report è a carico dell'IRCCS Burlo Garofolo.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Studi di sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento	Dare continuità allo studio di sorveglianza PASSI, Iniziare PASSI d'Argento

Verifica dell'attività al 31-12-2018

PASSI:

- effettuati 4 campionamenti trimestrali (popolazione 18-69 anni)
- Ogni mese spedite 75 lettere ai soggetti campionati e le lettere ai MMG come da protocollo
- Su richiesta del call center regionale effettuate verifiche sui numeri telefonici risultati inesistenti e provveduto ad indicare i sostituti se necessario
- Effettuato il report aziendale del quadriennio 2014-2017 reperibile all'indirizzo https://asuiud.sanita.fvg.it/distretti/dipartimenti/dipartimento-di-prevenzione/soc-igiene-e-sanita-pubblica/prevenzione-malattie-infettive-vaccinazioni-e-medicina-dei-viaggi/servizio-di-sorveglianza-passi/ASUIUD_PASSI_2017.pdf

PASSI D'ARGENTO:

- inviata comunicazione ai MMG sull'avvio del sistema di sorveglianza
- Su richiesta del call center regionale effettuate verifiche sui numeri telefonici risultati inesistenti
- Effettuate 6 interviste vis a vis su richiesta

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:
Partecipazione attiva alle attività del "Gruppo Tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali "di cui al Decreto n°630/SPS del 12.08.15 finalizzato alla valutazione delle ricadute sulla salute connesse ai determinanti ambientali, comportamentali e sociali e della "Cabina di Regia" di cui al Decreto in° 695/SPS del 19.05.2017.	Evidenza di partecipazione al "Gruppo Tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali" e alla "Cabina di Regia".

Verifica dell'attività al 31-12-2018

Nel 2018 il Direttore del Dipartimento di Prevenzione, componente del Gruppo tecnico, presieduto dal Direttore Centrale Salute della Regione, ha partecipato all'incontro tenutosi il 30.11.2018 relativo alla presentazione della

ricerca sulla presenza del pesticida glifosato nelle acque del territorio regionale.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Stesura del programma di controllo regionale per garantire la tutela della salute della popolazione dalle sostanze radioattive presenti nelle acque destinate al consumo umano secondo quanto previsto dal Decreto del 2.08.2017.</p> <p>Valutazione preliminare dei dati disponibili di concerto con ARPA FVG e con gli Enti Gestori</p> <p>Avvio del monitoraggio</p>	<p>Partecipazione alla stesura del programma di controllo regionale con evidenza dell'invio dei dati richiesti dalla Regione.</p> <p>Effettuazione dei campionamenti previsti.</p>
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Partecipato alla stesura del programma di controllo regionale con evidenza dell'invio dei dati richiesti dalla Regione - Le indicazioni della DCS d'intesa con ARPA, sentiti gli Enti Gestori, comunicate a questa Azienda con mail del 6.11.2018, è di avviare il piano operativo di campionamento nel 2019. 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Conclusione, da parte degli operatori sanitari individuati come formatori, del percorso di formazione iniziato nel corso dell'ultimo trimestre del 2017 nell'ambito del progetto CCM 2015 "EpiAmbNet" (Rete nazionale di epidemiologia ambientale, valutazione impatto integrato sull'ambiente e salute, formazione e comunicazione) del Ministero della Salute.</p> <p>Nel corso del secondo semestre dovranno essere stabiliti gli obiettivi didattici ed i contenuti dei percorsi formativi che verranno realizzati a livello regionale nel 2019 e che saranno destinati ai MMG, PLS e gli altri operatori del Dipartimento di Prevenzione.</p>	<p>Garantire la partecipazione degli operatori sanitari individuati come formatori ai moduli formativi previsti dal progetto CCM 2015 "EpiAmbNet" per il primo semestre del 2018.</p> <p>Condividere a livello regionale la proposta formativa per il 2019.</p>
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Un operatore ha partecipato a tutti i 3 moduli del progetto "Epiambnet": "Salute e Ambiente"; "Valutazione di Impatto sulla Salute da esposizioni ambientali: dalla stima degli impatti alla comunicazione dei rischi"; "Epidemiologia ambientale". - Per il 2019 è in programma un evento formativo per i MMG e PLS. 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Sorveglianza delle acque potabili.</p> <p>Mappatura dei pozzi privati utilizzati nell'ambito delle imprese alimentari.</p>	<p>Dovranno essere mappati, secondo un report fornito dalla Direzione Salute, i pozzi che approvvigionano gli stabilimenti riconosciuti (Reg. 852/853), le imprese alimentari che utilizzano l'acqua come ingrediente principale e quelli che approvvigionano fasce sensibili della popolazione (scuole, asili, ecc.).</p>

<i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i>	
La mappatura dei pozzi è effettuata, secondo le indicazioni della DCS, a partire dal primo luglio sulle imprese alimentari durante la normale attività di controllo ufficiale da parte dei SIAN e della SOC Veterinaria Area B.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

AMIANTO	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
<ul style="list-style-type: none"> -Raccogliere i dati relativi ai mesoteliomi degli ex esposti e inviare al COR - Assicurare la trasmissione delle schede ReNaM -Trasmettere i dati sui soggetti attualmente esposti alla DCS e al CRUA in base alle relazioni annuali compilate dalle ditte di bonifica utilizzando il MeLa Amianto. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dati inviati al COR - Schede ReNaM trasmesse - Dati sui soggetti attualmente esposti trasmessi alla DCS e al CRUA

<i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i>	
Nel 2018 sono pervenute 7 segnalazioni di mesoteliomi, n. 6 casi sono stati valutati con scheda ReNaM che è stata anche trasmessa al COR (in un caso gli accertamenti sono ancora in corso in quanto la segnalazione è pervenuta a fine dicembre).	
I dati relativi agli esposti vengo raccolti automaticamente dal sistema MELA e la trasmissione avviene per via telematica.	

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

<i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i>	
Effettuati 3 controlli:	
<ul style="list-style-type: none"> - progetto ECHA REF 6 per la verifica obblighi di classificazione, etichettatura ed imballaggi di sostanze e miscele, con anche campionamento per l'analisi di laboratorio svolte da ARPA FVG: inchiostro tatuaggio - progetto ECHA sostanze SVHC negli articoli, mediante campione ed analisi di laboratorio ARPA FVG: scarpette sportive - progetto ECHA REF 6 per la verifica obblighi di classificazione, etichettatura ed imballaggio di sostanze e miscele e prove sul posto: detersivo monouso. 	

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

3.2.15. Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive, inclusa la resistenza antimicrobica (Programma XIII PRP 2014-2018) e piano nazionale di contrasto alle resistenze antimicrobiche 2017-2018 (PNCAR)	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Adottare e applicare le Linee guida regionali per il controllo della tubercolosi e realizzare la formazione degli operatori	- Assicurare la partecipazione ad un evento regionale - 1 iniziativa formativa/informativa in ogni Azienda
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>E' stata assicurata la partecipazione in data 08.11.2018 al corso regionale ASUIUD- 18280 Tubercolosi: una "malattia vecchia" sempre attuale.</p> <p>E' stata realizzata in data 24.10.2018 un'iniziativa rivolta ai MMG dell'Azienda " Applicazione a livello aziendale delle linee guida nazionali e regionali per il controllo della malattia tubercolare".</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Assicurare il proseguimento delle campagne vaccinali già avviate e quelle di nuova introduzione (rotavirus ed herpes zoster)	Miglioramento delle coperture vaccinali
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>Tutte le vaccinazioni previste dal PNPV2017-2019 e dalla relativa DGR regionale sono state offerte ai residenti in Azienda, nonché si è provveduto al recupero dei soggetti inadempienti in ottemperanza alla Legge 119/17 relativa all'obbligo vaccinale.</p> <p>Per la coorte 2016 (ultima coorte che ha interamente compiuto 24 mesi al 31.12.2018) sono state raggiunte queste coperture vaccinali:</p> <p>Difterite 91.9%; Tetano 91.9%; Poliomielite 91.9%; Pertosse 91.9%; Epatite B 91.3%; Haemophilus influenzae B 91.1%; MPR 90.2%; Varicella 85.0%; Pneumococco 85.5%; Meningococco C 88.4% ; Meningococco B 85.5% per prima dose, 85.5% per seconda dose, 74.9% per terza dose.</p> <p>Per i nati dal 01.01.2018 al 31.12.2018 è stata avviata la vaccinazione anti rotavirus (nel 3° e 5° mese di vita), CV 1^ dose 61.53%, 2^ dose 45.69% (NB la copertura è calcolata su tutta la coorte che è in corso di chiamata)</p> <p>E' stata avviata la vaccinazione anti herpes zoster nei soggetti 65enni, come previsto dal PNPV 2017-2019. sono stati invitati attivamente mediante lettera con data e orario della vaccinazione i soggetti residenti in azienda nati nel 1953 con una CV pari al 34.13%</p> <p>Sono state predisposte procedure aziendali per:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la vaccinazione della donna in gravidanza ed in età fertile (DPREV_PG_13) - Vaccinazioni in pazienti ematologici (DPREV_PG_14) - Vaccinazioni in pazienti HIV+ (DPREV_PG_15) 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Assicurare, accertato l'inadempimento dell'obbligo vaccinale, l'avvio della procedura per il recupero della vaccinazione	Adozione procedura regionale uniforme per la gestione dei soggetti inadempienti

<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>Nel corso del 2018 è stata applicata la procedura per il recupero delle vaccinazioni così come definito dalla nota regionale del 13.10.2017 n. prot 0017207/P.</p> <p>Il gruppo di lavoro regionale, a cui hanno partecipato operatori di ASUIUD ha predisposto una bozza di procedura regionale per la gestione dell'inadempienza ai fini sanzionatori e tale bozza è stata inviata alla Direzione salute per una eventuale adozione. La procedura non è ancora stata attivata in attesa di indicazioni nazionali richieste al Ministero della Salute da parte del Coordinamento interregionale della prevenzione.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Avvio di un processo di accreditamento dei servizi vaccinali	Evidenza di avvio del processo
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>È stata attivata una FSC a codice ASUIUD_18230: Miglioramento della qualità dei Servizi Vaccinali: verso l'accreditamento dei servizi. Edizione 2018. Hanno partecipato gli operatori dei servizi vaccinali e sono state riviste alcune procedure del processo vaccinale rivelatesi non conformi in tutte le sedi vaccinali e aggiornate alcune indicazioni generali sulle migliori pratiche per l'immunizzazione.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Adottare e applicare il piano regionale di sorveglianza e risposta alle arbovirosi trasmesse da zanzare	Assicurare da parte di ogni azienda la partecipazione multiprofessionale all'aggiornamento del Piano regionale coordinato dalla Direzione centrale
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>Operatori del Dipartimento di prevenzione hanno partecipato al tavolo tecnico sulle arbovirosi. A livello regionale è stato adottato il piano nazionale arbovirosi.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Malattie Sessualmente Trasmesse (MST)	Collaborazione con il Burlo per il completamento del PDTA sulla gestione di laboratorio delle Malattie Sessualmente Trasmesse (MST)
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>Attività non effettuata in quanto il Burlo non ha coinvolto l'Azienda per il PDTA.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
<p>RESISTENZE ANTIMICROBICHE</p>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Tutti gli ospedali partecipano ai programmi di sorveglianza delle ICA, con evidenza di monitoraggio degli indicatori regionali.	Indicatori regionali monitorati
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>Sono stati forniti gli indicatori regionali semestrali riguardanti la prevenzione ed il controllo delle ICA. L'Azienda ha partecipato allo studio pilota sulle infezioni del sito chirurgico e ha diffuso al suo interno i dati sui consumo</p>	

<p>di antibiotici e sulle resistenze agli antimicrobici.</p> <p>La rilevazione di prevalenza delle ICA verrà condotta nel 2019 su indicazione regionale, mentre i dati della precedente survey (2017) sono stati diffusi come richiesto.</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 Obiettivo stralciato: viene effettuata negli anni dispari
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
Veterinari: censimento dei laboratori privati coinvolti nel monitoraggio e sorveglianza dell'AMR (entro il 2018).	Realizzato il censimento dei laboratori privati che eseguono esami batteriologici e test di farmaco-sensibilità
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>Effettuata verifica. Sul territorio dell'ASUIUD non sono presenti laboratori privati.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Veterinari: Adesione al Sistema Informativo Nazionale per la completa digitalizzazione della gestione del medicinale veterinario e della ricetta elettronica (entro il 2018)	L'Azienda aderisce al Sistema Informativo Nazionale per la tracciabilità del farmaco per quanto di loro competenza
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>L'Azienda ha completato al 100% tutte le operazioni inerenti il sistema informativo elettronico per il farmaco.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Veterinari: progressiva integrazione delle aziende zootecniche al sistema informatico di supporto all'attività di classificazione delle aziende sulla base di indicatori di rischio (entro il 2018)	L'azienda assicura che le aziende zootecniche siano progressivamente integrate nel sistema informatico di supporto all'attività di classificazione delle aziende sulla base di indicatori di rischio
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>Le aziende zootecniche integrate nel sistema informatico sono 67 identificate sulla base della valutazione dei rischi.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Veterinari: Condivisione delle Linee guida nazionali per la corretta gestione degli allevamenti di animali da reddito al fine di ridurre le prescrizioni di antimicrobici e prevenire il rischio di antibiotico-resistenza	Adozione delle Linee guida nazionali disponibili per la corretta gestione degli allevamenti di animali al fine di ridurre le prescrizioni di antimicrobici e prevenire il rischio di antibiotico-resistenza
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>L'ASUIUD ha adottato nei propri controlli la check list ed il sistema viene monitorato attraverso l'inserimento delle informazioni rilevate nella banca dati SICER.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Veterinari: Recepimento check-list ed esecuzione di audit secondo le procedure consolidate (entro il 2018).	Adozione delle check-list per l'esecuzione secondo le procedure consolidate.

	Il controllo ufficiale di farmacovigilanza è realizzato e registrato in SICER sulla base della programmazione regionale (Sarà realizzata la programmazione regionale 2018 2019 per identificare il numero di allevamenti zootecnici (bovini, suini, pollame e pesci, esclusi i familiari) da sottoporre a valutazione di rischio in base alle check-list)
--	---

Verifica dell'attività al 31-12-2018

Le Check list sono state adottate nei controlli ufficiali effettuati nell'ambito della farmacovigilanza e negli audit.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Almeno un corso di formazione per Medici e Veterinari sul buon uso degli antibiotici l'anno per azienda sanitaria (entro il 2018)	Partecipazione al corso di formazione regionale per Medici e Veterinari sul buon uso degli antibiotici organizzato da Aas2

Verifica dell'attività al 31-12-2018

L'ASUIUD ha partecipato al corso sul buon uso degli antibiotici con alcuni dirigenti veterinari con compiti di farmaco vigilanza negli allevamenti.

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

3.2.16. Comunicazione del rischio e gestione delle emergenze

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Applicare il protocollo regionale sull'assistenza sanitaria alle persone migranti ed inviare i dati di attività	Report mensile

Verifica dell'attività al 31-12-2018

Vengono regolarmente trasmessi i report mensili alla DCS.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Garantire in ogni azienda sanitaria la possibilità di accesso ad un ambulatorio per cure primarie per i soggetti non in regola con le norme sul soggiorno, con l'individuazione di un percorso facilitato rispetto al rilascio del codice STP/ENI (Straniero Temporaneamente Presente/Europeo Non Iscritto);	E' presente un ambulatorio per cure primarie per i soggetti non in regola con le norme sul soggiorno

Verifica dell'attività al 31-12-2018

L'ambulatorio è attivo da anni.

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><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>La formazione sull'antimicrobial stewardship ha coinvolto 355 medici prescrittori.</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><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>Il report è stato distribuito ai professionisti.</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	Dare evidenza della formalizzazione dell'unità di crisi aziendale e delle procedure conseguenti, in applicazione del Piano generale.
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>Non è stata formalizzata l'unità di crisi aziendale in applicazione del Piano Generale Regionale di risposta alle emergenze infettivologiche, zoonosiche ed alimentari. E' stato attivato il gruppo di lavoro aziendale che si è riunito una prima volta il 7 dicembre 2017; dal verbale della riunione si evince la costituzione del gruppo.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

3.2.17. Alimentazione e salute: promozione di un'alimentazione sana, sicura e sostenibile (Programma XV PRP)	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Garantire la partecipazione degli operatori dedicati al percorso formativo programmato a livello regionale sull'allattamento al seno	80% operatori dedicati formati
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>Tenuto conto della nota della DCS n. 22226 del 26.11.2018 della DCS, l'Azienda ha formato il 67% degli operatori.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Mantenere ed ottimizzare il sistema di rilevazione sull'allattamento al seno alla dimissione e alla seconda vaccinazione	100% schede inserite nel sistema di rilevazione regionale entro sei mesi dalla dimissione ed entro un mese dalla seconda vaccinazione
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>Il 100% delle schede per l'allattamento al seno è inserito; alla dimissione viene inserito con frequenza semestrale, come da accordi regionali, mentre in occasione della seconda vaccinazione il dato viene inserito in tempo reale.</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 2018 per favorire il maggior consumo di frutta e verdura, la riduzione del consumo di sale, usando quello iodato, l'utilizzo di prodotti preferibilmente tipici e a filiera corta	Contributo al 5% delle gare d'appalto di PA e Enti in corso nel 2018 in ogni Azienda
---	--

Verifica dell'attività al 31-12-2018

Nel corso del 2018 è stato possibile intervenire direttamente su 5 appalti sui 12 censiti in scadenza

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 realizzato

Verifica dell'attività al 31-12-2018

Realizzato il corso ASUIUD_18081 Insieme per un'alimentazione sana, sicura e sostenibile - Udine 1-2 marzo 2018.

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

Verifica dell'attività al 31-12-2018

Realizzato il corso "I Regolamenti UE sull'etichettatura tra sicurezza, qualità nutrizionale e marketing. Alimentazione sana e informazione al consumatore: un binomio possibile? (cod. ASUIUD_18303) 4 dicembre 2018 - 7 crediti ECM"

L'evidenza della diffusione dei contenuti nel territorio aziendale è data dalla disponibilità del materiale sulla pagina "<https://asuiud.sanita.fvg.it/distretti/dipartimenti/dipartimento-di-prevenzione/soc-igiene-degli-alimenti>" del sito aziendale.

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 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.

Verifica dell'attività al 31-12-2018

Effettuato il 100% dei controlli: 8 allevamenti .	
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 2017</p>	<ul style="list-style-type: none"> - n. interventi ispettivi per settore programmati per il 2018 ASUIUD – SIAN: 540 - Veterinari: 317 (242 sedute di macellazione e 75 ispezioni in stabilimento) per aziende riconosciute 853, 130 per aziende registrate 852 - il n. audit per settore programmati per il 2018 ASUIUD – SIAN: 6 - Veterinari: 11 audit in aziende riconosciute 853, 5 audit in aziende registrate 852 - n. dei controlli ufficiali dei campionamenti di alimenti e di valutazioni del rischio programmati ASUIUD – SIAN: 90 (100% campioni programmati) - Veterinari: 215 - n. dei controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni. Per l'ASUIUD 4 controlli
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Effettuati i seguenti interventi: <p>Veterinari: eseguiti 303 su 317 (219 su 242 sedute di macellazione e 84 su 75 ispezioni in stabilimento) per aziende riconosciute 853, eseguite 182 su 130 per aziende registrate 852</p> <p>SIAN: 574</p> <ul style="list-style-type: none"> - Effettuati i seguenti audit: <p>Veterinari: eseguiti 12 su 11 audit in aziende riconosciute 853, 5 su 5 audit in aziende registrate 852</p> <p>SIAN: 6</p> <ul style="list-style-type: none"> - Effettuati i seguenti controlli ufficiali dei campionamenti di alimenti e di valutazioni del rischio: <p>Veterinari: eseguiti 234 su 215 programmati</p> <p>SIAN: 118 (100% campioni programmati)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Effettuati n. 4 dei controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Attuazione dell'ultimo anno del Progetto Piccole Produzioni Locali in accordo con la Direzione centrale agricoltura.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Garantire l'informazione capillare e la formazione sul territorio, informando le Aziende del Settore Alimentare della conclusione del Progetto e delle possibili evoluzioni delle PPL. - Stesura di una relazione finale dettagliata di verifica che dovrà riportare: il numero di PPL registrate

	<p>il numero di ispezioni, un'analisi critica con punti di forza e debolezza del Progetto rilevate sul territorio.</p> <p>La relazione dovrà altresì riportare il dettaglio delle attività eseguite su:</p> <ul style="list-style-type: none"> - carni suine e avicunicole - carni di specie diverse - prodotti lattiero caseari di malga - vegetali, confetture, conserve, prodotti da forno, erbe aromatiche, prodotti dell'alveare, vegetali fermentati, lumache, ecc. . .
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>Relazione finale di attività PPL SIAN e VET B inviata in Regione con prot. n. 12046 del 13.2.2019.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Garantire la funzionalità del sistema informativo Sicer per l'Area dell'Igiene e Sicurezza Alimentare degli Alimenti di origine animale (Area B) e SIAN.	Piena funzionalità del sistema informatico Sicer al 31 dicembre 2018.
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>Attività in capo alla DCS.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Procedere nelle attività del Piano regionale di monitoraggio e controllo della Malattia di Aujeszky dei suini, al fine di richiedere l'accREDITAMENTO per Regione indenne.	N. allevamenti della coorte individuati dal Piano regionale da controllare al fine di richiedere lo status di Regione indenne.
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>Effettuati i prelievi di controllo sui suini nei 134 allevamenti previsti.</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. Per l'ASUIUD n. 5 allevamenti
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>Controlli effettuati sul 100% degli allevamenti: 5 allevamenti.</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><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p>	

Effettuati i controlli sul 100% delle strutture: n.2.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Applicazione piano vaccinale blue tongue al fine di ottenere nuovamente l'indennità.	100% entro 31 dicembre 2018
<i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i>	
Effettuati 12528 vaccinazioni previste (100%).	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3. ASSISTENZA DISTRETTUALE

3.3.1. Assistenza primaria	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
<p>1. Completamento dell'attuazione di quanto previsto dalla legge regionale 17/2014 per l'assistenza medica primaria, in coerenza con l'AIR 2016-2018</p> <p>2. Attività sperimentale dello psicologo nel CAP</p> <p>3. Avvio della sperimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico</p>	<p>1. Assistenza medica primaria riorganizzata, in coerenza con le disposizioni regionali ed in particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - miglioramento dell'offerta specialistica, in particolare cardiologica e diabetologica a supporto della medicina d'iniziativa - assicurata l'attività formativa e di audit a favore della medicina generale <p>2. Evidenza dell'attività effettuata dallo psicologo nel CAP</p> <p>3. Almeno il 15% dei MMG partecipa alla sperimentazione secondo le modalità stabilite dalla Direzione Centrale Salute</p>
<i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i>	
<p>1) è stata assicurata l'attività dei MMG sia in ambito CAP che nei singoli ambulatori sui temi: diabete mellito di tipo 2, scompenso cardiaco, BPCO, paziente ad alto rischio cardiovascolare, gestione della terapia anticoagulante. In particolare è stata assicurata l'attività specialistica ambulatoriale cardiologica a favore dei pazienti affetti in particolare da diabete mellito presso il CAP distrettuale con sede a Povoletto I pazienti arruolati sono stati circa 93. In collaborazione con il CSM di Tarcento si è inoltre assicurata l'effettuazione dell'ECG con lettura e refertazione da parte della cardiologa del CAP a favore di pazienti in carico al CSM in terapia con neurolettici o antipsicotici atipici per i quali si rende necessario per legge il monitoraggio annuale dell'ECG, questo progetto ha coinvolto 115 pazienti.</p> <p>E' stata inoltre assicurata l'attività formativa e di audit a favore della medicina generale (8 incontri).</p> <p>2) L'attività sperimentale dello psicologo è attivata ed in linea nel CAP di Cividale</p> <p>3) I medici arruolati per la sperimentazione sono stati individuati a livello centrale dall' INSIEL in base agli applicativi in uso nei singoli studi medici (es. Millewin, GAM, Portale Continuità di Cure).</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO 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. Gli enti del SSR mettono a disposizione i valutatori per i sopralluoghi, secondo le indicazioni della direzione centrale salute, per almeno 30 giornate.
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>L'Azienda ha messo a disposizione n. 36 valutatori per i sopralluoghi. Alcuni (n. 18) valutatori hanno partecipato all'attività formativa promossa dalla Direzione Centrale Salute "Il processo di autorizzazione ed accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio-assistenziali, pubbliche e private, della Regione Friuli Venezia Giulia" nel corso del 2018. Dall'ultimo report (6/03/2019), fornito dalla Direzione centrale in merito ai sopralluoghi, risulta che l'ASUI Ud ha messo a disposizione i valutatori/osservatori/esperti per un numero totale di 100 giornate.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.3 Odontoiatria sociale (DGR 1060/2016, DGR 1905/2016, DGR 1681/2017 e con il decreto del direttore centrale n. 1259/2016)	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Rinforzare il percorso preferenziale per gli utenti con gravi disabilità	Predisporre per i pazienti disabili un percorso preferenziale
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>E' stata allestita una procedura specifica per le visite ed il trattamento integrato ospedale-distretto degli utenti disabili istituzionalizzati.</p> <p>E' proseguita l'attività nel Centro Gravi Gravissimi di Udine, che consiste in prime visite di utenti residenziali o afferenti, sia da parte dei Dirigenti Medici della SOC di Chirurgia Maxillo Facciale sia da parte degli Odontoiatri Specialisti ambulatoriali. Le visite sono concordate con il Referente del Centro.</p> <p>E' attivo, nell'ambito dell'ambulatorio specialistico del Distretto di Udine, via S.Valentino, un ambulatorio dedicato all'utenza disabile (9 ore alla settimana).</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Supporto all'esecuzione del programma di odontoiatria scolastica	<p>Effettuare visite in tutti gli istituti scolastici dei bambini di prima elementare</p> <p>Intervento di educazione alla prevenzione orale nei bambini delle scuole primarie</p>
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>Nell'anno scolastico 2017-2018 l'Azienda ha proseguito l'attività di prevenzione orale in età scolastica (Progetto "Scuola sorridente"); sono stati visitati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nel Distretto di Cividale 347 bambini (16 scuole) - nel Distretto di Udine 975 bambini (42 scuole) - nel Distretto di Tarcento 257 bambini (11 scuole) 	

L'attività è in atto per l'anno scolastico 2018-2019.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Supporto all'esecuzione del programma di odontoiatria nei centri per disabili	Effettuare visite per la presa in carico assistenziale dei pazienti
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>Le visite presso i centri per disabili sono iniziate nel settembre 2018. Al 31.12.2018 sono state eseguite 116 visite da parte dei medici della SOC di Chirurgia Maxillo Facciale.</p> <p>L'attività prosegue nel 2019.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Apertura ambulatorio di protesi totale e di un ambulatorio di ortognatodonzia	Attivazione ambulatori e avvio attività
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>E' stato attivato un ambulatorio di ortognatodonzia mediante l'assunzione di uno Specialista in Ortognatodonzia.</p> <p>L'apertura di un ambulatorio di protesi totale è stata temporaneamente differita, rinviando la valutazione delle tipologie contrattuali di collaborazione agli uffici competenti ed alle motivazioni che sono state richieste alla Direzione Centrale Salute.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
	MANCATA ATTIVAZIONE AMBULATORIO DI PROTESI
Stabilizzare l'offerta di odontoiatria penitenziaria	Si conferma l'attività
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>L'attività è effettuata. L'offerta di odontoiatria penitenziaria è di 9 ore settimanali presso l'ambulatorio della Casa Circondariale di Udine, svolte da Specialista ambulatoriale.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>1. Aumento dell'efficienza nell'erogazione delle prestazioni odontoiatriche, ed in particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prestazioni LEA erogate - Prestazioni non LEA erogate - Rapporto visite odontostomatologiche/totale prestazioni <p>2. Razionalizzazione dell'offerta</p>	<p>1.a Media aziendale di almeno 1,6 prestazioni/ora per odontoiatra</p> <p>1.b 200 casi di terapia ortodontica e 500 pazienti con almeno un'arcata edentula riabilitati con protesi totali, nelle sedi attivate</p> <p>1.c Non superiore al 40% del totale delle prestazioni erogate (sono escluse le visite del pronto soccorso odontostomatologico)</p> <p>2. Definizione dei percorsi per attività ortodontica presso ambulatorio distrettuale e ospedale</p>
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>1.a L'azienda si attesta sul valore di 1,1 prestazioni/ora; il valore aziendale è stato calcolato con le sole prestazioni da nomenclatore.</p> <p>1.b. Sono stati effettuati 213 casi di terapia ortodontica.</p>	

<p>1.c Il rapporto tra visite odontostomatologiche e totale prestazioni è attestato al 32%.</p> <p>2. I percorsi per l'attività ortodontica presso ambulatorio distrettuale e l'ospedale sono stati definiti e uniformati.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	<p>1.a OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</p> <p>1.b OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>(SU BASE REGIONALE)</p> <p>1.c OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</p>

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

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Attivazione a livello aziendale della rete per le malattie neuromuscolari e la sclerosi laterale amiotrofica	E' attivato un gruppo integrato neuromuscolare (GIN) con la finalità della presa in carico della persona con malattia neuromuscolare nell'ambito territoriale di competenza

Verifica dell'attività al 31-12-2018

Risultato raggiunto. E' stato costituito il Gruppo Integrato Neuromuscolare (GIN) con decreto n. 718 del 9/8/2018.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Attivazione a livello aziendale del PDTA per la sclerosi multipla	Entro il 31.12.2018 l'80% dei pazienti con sclerosi multipla è preso il carico con le modalità previste dal PDTA

Verifica dell'attività al 31-12-2018

La presa in carico dei paziente affetto da Sclerosi Multipla avviene secondo le modalità previste dal PDTA regionale, in tutte le fasi di malattia del paziente.

Sono presenti in azienda tutte le figure specialistiche e tutte le metodiche per esami laboratoristico strumentali definite dal PDTA, che vengono avviate ed eseguite con le modalità previste e definite per: formulazione della diagnosi, monitoraggio evoluzione malattia, trattamento sintomi e riacutizzazioni, monitoraggio terapie.

Sono attivi gli ambulatori dedicati, un indirizzo mail dedicato e un recapito telefonico per la presa in carico, il monitoraggio e le comunicazioni con i pazienti.

E' attiva la gestione infermieristica del paziente come da indicazione di PDTA per supporto alla diagnosi, gestione e somministrazione dei farmaci a somministrazione ospedaliera, addestramento all'autosomministrazione, educazione del paziente e valutazione delle esigenze della persona e care givers. Nella gestione dei ricoveri ordinari è attiva la figura del case manager.

Diagnostica e presa in carico neuropsicologica avviene secondo le modalità previste da PDTA. La presa in carico e gestione riabilitativa è attiva secondo il modello indicato con un ambulatorio riabilitativo dedicato alla Sclerosi Multipla. E' presente un case manager territoriale a cui inviare i pazienti per l'attivazione dei percorsi di PAI e PRI nei casi in cui sia indicato.

Prosegue inoltre l'attività dell' ambulatorio fisiatico presso l' IMFR " Gervasutta" dedicato ai pazienti con

Sclerosi Multipla per attività di valutazione clinica e funzionale globale.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Completare il processo di riqualificazione dei posti letto di RSA pubblici e privati che entreranno a far parte della rete di riabilitazione estensiva extra ospedaliera	Vedi linea 3.1.7
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.5 Superamento della contenzione (D.G.R. n. 1904/2016)	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Dare attuazione alla DGR n. 1904/2016	Produzione di un report di monitoraggio del fenomeno della contenzione secondo quanto previsto dal piano annuale di miglioramento
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>Il documento " Superamento e Prevenzione della Contenzione" è stato redatto dalla Commissione Aziendale secondo le direttive del DRG n. 1904/2016. La formalizzazione da parte della Direzione Aziendale si è conclusa a fine agosto 2018 e si è proceduto alla divulgazione. La fase di monitoraggio del fenomeno sarà pianificata e realizzata nel corso del 2019.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

3.3.6. Diabete (DGR 1676/2015 e DGR 1572/2017)	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
<p>1. Gestione integrata del diabete in coerenza con la DGR 1676/2015</p> <p>2. Diabete in ospedale (DGR 1572/2017):</p> <p>a-Implementazione del programma regionale per la formazione del personale ospedaliero;</p> <p>b-organizzazione dei team ospedalieri.</p>	<p>1a. Presentazione report dati attività 2017-2018 con evidenza di miglioramento</p> <p>1b. Implementazione dell'attività di gestione integrata mediante gli interventi di medicina d'iniziativa di cui all'articolo 8 dell'AIR 2016-2018</p> <p>2.a Almeno 3 eventi formativi in azienda</p> <p>2.b Il team ospedaliero è costituito</p>
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>1a. Effettuati incontri con MMG/AFT presso i CAP di Tarcento, Zugliano e incontri sulle procedure di acquisizione e gestione delle tecnologie (sensori e microinfusori) con il personale dei distretti (Udine , Cividale e Tarcento).</p> <p>1b. E' stata incrementata l'attività ambulatoriale presso il CAP di Manzano: anno 2017= Trattamento dietetico: 39 pazienti, Controlli diabetologici: 39 pazienti anno 2018= Controlli diabetologici: 198, Terapia educativa del diabetico (seduta individuale): 10 pazienti, Valutazione dietetica: 20 pazienti e Trattamento dietetico: 17 pazienti</p> <p>2a. Effettuata attività formativa a formatori e a personale infermieristico territoriale; 3 eventi formativi: 9</p>	

<p>ottobre 2018, 6 novembre 2018, 20 novembre 2018. Denominazione del programma base degli eventi residenziali: "Linee di indirizzo regionali per la gestione dell'iperglicemia e del diabete in ospedale, applicazione D.R.G. n. 1572/2017."</p> <p>2b. Il team ospedaliero è stato costituito</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

3.3.7. Cronicità "Piano nazionale della cronicità" (Accordo Conferenza Stato-Regioni Rep. atti 160/CSR)	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Implementare i PDTA sullo scompenso cardiaco	<ul style="list-style-type: none"> - Implementazione del PDTA sullo scompenso cardiaco, attraverso reportistica di dati di attività, secondo le indicazioni regionali - Estensione del progetto avviato nei CAP di Manzano e Cividale agli altri CAP aziendali, relativo alla gestione integrata del paziente anziano con scompenso cardiaco.
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>Nel corso del 2018 il Comitato aziendale per la Medicina Generale ha ritenuto prioritario l'attivazione e l'impegno sul progetto TAO rispetto al progetto scompenso cardiaco. Nel Distretto di Cividale si è, all'interno del progetto scompenso realizzato un evento specifico (14 giugno 2018): "Gestione integrata dei pazienti con scompenso cardiaco nei CAP" con presentazione e condivisione del percorso aziendale del paziente e nel Distretto di Tarcento si è avviata la sperimentazione della gestione integrata per i pazienti a medio ed alto rischio cardiovascolare affetti da diabete. Il Distretto di Udine si è occupato della gestione della BPCO sviluppando una progettualità dedicata.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

3.3.8. Assistenza protesica	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Partecipazione ai lavori per la revisione dei percorsi di assistenza protesica e alla formazione dei professionisti sanitari	<ul style="list-style-type: none"> - La partecipazione è assicurata - Analisi ed eventuale revisione del regolamento aziendale sull'assistenza protesica coerentemente alle indicazioni regionali
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - La partecipazione è stata garantita. - E' stato individuato il gruppo di lavoro, a cui è stato fornito il materiale (Regolamento Assistenza protesica - Delibera n.159 del 18/04/2014 - Linee di indirizzo regionale per l'Assistenza protesica - Delibera n. 65 del 19/01/2018- e LEA Assistenza Protesica). La revisione del regolamento aziendale è stata approvata in data 19.12.2018 (decreto n. 1142) 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.4. ASSISTENZA FARMACEUTICA

Tetti spesa farmaceutica	
Obiettivo	Risultato atteso
Spesa farmaceutica	Rispetto dei tetti fissati per la: spesa farmaceutica per acquisti diretti” pari al 6,89 % del FSR (farmaceutica ospedaliera, diretta e DPC)
	Spesa farmaceutica convenzionata” pari al 7,96 % del FSR
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>Dati in possesso della Regione.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO I TETTI NAZIONALI RIPORTATI SONO AGGREGATI A LIVELLO REGIONALE (NON AZIENDALE) E LA VERIFICA DEL RISPETTO È EFFETTUATA A LIVELLO CENTRALE. DALL'ULTIMO REPORT AIFA GENNAIO-DICEMBRE 2018 IL TETTO PER LA CONVENZIONATA RISULTA RISPETTATO (7,05% VS 7,96% TARGET). IL TETTO PER GLI ACQUISTI DIRETTI NON È STATO RISPETTATO (10,16% VS 6,89% TARGET).
Prescrittori	<ul style="list-style-type: none"> - Individuazione di specifici obiettivi per i prescrittori sia a livello ospedaliero che territoriale e di un specifico documento sulla prescrizione appropriata che preveda la definizione di scelta dei pazienti e il deprescribing - Monitoraggio dei consumi successivi alla diffusione del documento - Invio di un report semestrale alla DCS con evidenza sia delle iniziative di audit e feedback adottate, sia delle azioni più significative intraprese nel corso del primo e del secondo semestre del 2018 (in particolare per oncologici, immunologici, farmaci per l'epatite C, terapie intra-vitreali, farmaci del PHT_DPC, equivalenti)
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>Nel documento di budget si è assegnato alle strutture ospedaliere l'obiettivo "Favorire l'impiego di medicinali con il miglior rapporto di costo-efficacia". Dall'attività di audit effettuata è risultato un aumento medio dell'utilizzo di biosimilari con miglior rapporto costo-efficacia pari al 23%.</p> <p>Inoltre il monitoraggio su antibiotici è stato effettuato trimestralmente e discusso con i prescrittori con individuazione di specifici indicatori di appropriatezza.</p> <p>I report semestrali contengono il monitoraggio dei consumi e le azioni intraprese.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Medicinali a brevetto scaduto	Raggiungimento dei valori riportati nella Tabella 1
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p>	

Obiettivo raggiunto per 7 gruppi ATC	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO RAGGIUNTI 7/9 TARGET, CRITERI DI VALUTAZIONE DA DGR 1912/2018
Biosimilari	- Invio di uno specifico report semestrale alla DCS sulle attività di incentivazione, appropriatezza ed efficienza per il SSR, svolte nell'ambito delle categorie di medicinali per le quali è disponibile l'alternativa biosimile nel rispetto del recente quadro normativo (legge n. 232/2016, art. 1 comma 407)
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>Report semestrale predisposto. Il report è inviato con nota specifica.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Medicinali brevetto scaduto	- Potranno essere definite ulteriori analisi a campione sulle percentuali di prescrizione di medicinali a brevetto scaduto in dimissione da ricovero o dopo visita ambulatoriale, in tempistiche e reparti comunicati dalla DCS. - Esecuzione delle analisi a campione secondo le indicazioni della DCS
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>L'obiettivo è stato STRALCIATO con DGR n. 2350/14.12.2018.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO DGR 2350/2018
Assicurare l'appropriatezza delle prescrizioni dei farmaci ad alto costo	Messa a disposizione, su richiesta delle AAS di residenza dei pazienti, dei documenti utili alla valutazione della appropriatezza d'uso
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>I documenti per la valutazione dell'appropriatezza d'uso sono regolarmente inviati alle AAS di appartenenza.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Erogazione del I ciclo di terapia in distribuzione diretta	- Attuazione del I ciclo così come definito nei LEA e dalla DGR 12/2018 - Invio alla DCS di due relazioni semestrali sull'attività svolta, sia attraverso le strutture pubbliche che private accreditate e sull'attività di distribuzione diretta nell'ambito della residenzialità, della semi-residenzialità e dell'assistenza domiciliare presso tutte le strutture afferenti alle Aziende per l'assistenza sanitaria, indicando i risultati raggiunti

<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>E' garantita l'attività di distribuzione diretta.</p> <p>Report semestrale predisposto. Il report è inviato con nota specifica.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Distribuzione per conto	<ul style="list-style-type: none"> - Adozione di specifici monitoraggi e approfondimenti con i prescrittori in caso di elevato ricorso alla non sostituibilità - Assicurare l'informazione sui medicinali di nuova autorizzazione all'immissione in commercio nell'elenco DPC temporaneamente non disponibili nella piattaforma
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>Effettuato monitoraggio di quetiapina-clopidogrel, stalevo/levodopa e arava/leflunomide e successivo invio della nota ai MMG 23/04/2018 prot. 33822: Comunicazione via mail (5 e 6/09/2018) per mancata disponibilità Oralair ®.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA	E' assicurata la registrazione di tutti i dati richiesti (anche con particolare riferimento ai medicinali innovativi), nel rispetto delle indicazioni autorizzate e dei criteri di eleggibilità definiti dall'AIFA, nonché la gestione delle procedure di rimborso per i farmaci soggetti ad accordi di condivisione del rischio (MEAs)
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>Il monitoraggio prescrizioni/ricieste inserite in AIFA è documentato attraverso elaborazioni di report periodici (condivisi con i prescrittori). Percorso analogo è seguito per le procedure di rimborso.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Farmacovigilanza	<ul style="list-style-type: none"> - Partecipazione alle progettualità e alle attività formative organizzate dalla DCS - Avviata una specifica progettualità pluriennale nell'ambito delle aree di attività stabilite dalla DGR 1365/2015 volta a favorire un uso sicuro appropriato dei farmaci a livello ospedaliero e nella continuità ospedale-territorio
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>Assicurata la partecipazione a tutte le attività progettuali e formative; progettualità pluriennale avviata con coordinamento scientifico, redazione del protocollo di studio, selezione dei candidati, coordinamento delle attività regionali di formazione (04/12/2018).</p> <p>Sono proseguite le attività nell'ambito del progetto per la promozione della farmacovigilanza nell'area oncologica e in pronto soccorso. Sono stati inoltre elaborati due nuovi protocolli: "Eventi avversi a farmaci a carico assistenziale: impatto della revisione delle terapie nei pazienti diabetici nell'intero percorso di cura"</p>	

<p>ospedaliero-terroriale del FVG” e “Sviluppo di una rete regionale integrata finalizzata al monitoraggio delle reazioni avverse sviluppate in corso di terapia antineoplastica”.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	ACCESSI CORSO FAD ANNO 2018: 10
Dispositivi assistenza integrativa	Monitoraggio periodico dell'utilizzo di dispositivi per l'assistenza integrativa e prevedere modalità di erogazione alternative ed economicamente vantaggiose per gli ausili per diabetici, in linea con la DGR 12/2018
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>Effettuato monitoraggio mensile preliminarmente alla liquidazione alle farmacie al pubblico; proposte avanzate in prot. 57924 del 18/07/2018.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Cartella oncologica	- Cartella oncologia informatizzata: implementata relativamente ai campi: diagnosi/sede, protocollo/farmaco, stadiazione con un grado di completezza pari ad almeno il 95% dei pazienti
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>L'Azienda si attesta su un valore pari al 97%.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	ONCOLOGIA UDINE 96,86%
Logistica centralizzata	- Copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM dovrà essere garantita per il 90% delle confezioni destinate alla distribuzione diretta nominale
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>Copertura tramite PSM al 98,6% per le erogazioni dal sportello in diretta ASUIUD. Integrate le prescrizioni di Ser.T e del Dipartimento Prevenzione per farmaci anti HIV a favore di pazienti extra ASUIUD.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	MODALITÀ DI VALUTAZIONE DEFINITA CON DGR 1912/2018 PSM ELETTRONICO 95,5% (SOLO ASUIUD) PSM ELETTRONICO: 90,87% (TOTALE) PERSONALIZZATA TUTTA (ASCOT + PSM): 99,99%
Prescrizione informatizzata piani terapeutici	- Garantire il ricorso (prima prescrizione e rinnovi) alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici implementati/disponibili a sistema, tramite l'applicativo PSM-PT, in almeno il 50% di tutti pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive.

	<ul style="list-style-type: none"> - Rivedere azioni mirate di sensibilizzazione dei prescrittori all'utilizzo dello strumento nelle categorie di medicinali per i quali si osserva un ricorso prevalente al PT cartaceo (es antidiabetici). - Controllo dei piani terapeutici ed il rispetto delle note limitative AIFA, favorendo l'implementazione di tale sistema informatizzato
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>La percentuale di PT informatizzati è pari al 69% (fonte dati DCS)</p> <p>Effettuato monitoraggio in data 19/04/2018 e inviata nota MMG 23/04/2018 prot. 33522; effettuata sensibilizzazione alla prescrizione dei PT in diabetologia, ulteriormente ampliata in azienda l'abilitazione informatica alla prescrizione dei PT.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO MODALITÀ DI VALUTAZIONE DEFINITA CON DGR 1912/2018 PSM-PT 71% (SU TUTTI I PAZIENTI)
Adempimenti Lea	Adempimenti LEA ministeriali: sono assicurati l'implementazione, le verifiche ed i controlli di congruenza dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese. E' garantita l'integrale copertura della fase 3 su fase 2 (100% della spesa negli ambiti previsti). In fase di erogazione dei medicinali è inserito a sistema il codice targatura.
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>Attività assicurata nei tempi previsti.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO FASE3/FASE2 99,99% TARGATURA (CONFEZIONI) 99,59%
Eventuali approfondimenti	Riscontro ad eventuali approfondimenti richiesti dalla Direzione Centrale, anche su istanza Ministero della Salute, entro 15 giorni dalle comunicazioni
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>Attività assicurata nei tempi previsti.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO LA DIREZIONE CENTRALE SALUTE NON HA FORMULATO RICHIESTE NEL CORSO DELL'ANNO

2) INDICATORI DA CAP 3.4 Prescrizione dei medicinali a brevetto scaduto

Tabella n. 1 - Obiettivi target per la prescrizione di medicinali a brevetto scaduto come da indicatori AIFA-MEF presenti

	Ob 3.5.7	CLASSE	% target nazionale a cui tendere	Valore Aziendale 2017 (stima)	Monitoraggio al 31.12
ASSISTENZA FARMACEUTICA		C08CA - derivati diidropiridinici	92,1%		94,3%
		C09CA - antagonisti dell'angiotensina II, non associati	97,5%	94,8%	99,8%
		C09DA - antagonisti dell'angiotensina II e diuretici	96,0%	93,5%	99,4%
		C10AA - inibitori della HMG COA reduttasi	87,0%	79,8%	99,3%
		G04CB - inibitori della testosterone 5-alfa reduttasi	57,8%	61,6%	99,8%
		M05BA - bifosfonati	83,1%	70,9%	68,5%
		N03AX - altri antiepilettici	98,7%	95,2%	94,4%
		N02CC - agonisti selettivi dei recettori 5HT1	97,1%	96,0%	97,8%
		S01ED - Sostanza beta-bloccanti	41,4%		42,7%

8.1 VINCOLI OPERATIVI LINEE 2018 (DGR 185/2018)

Valori rilevati da report monitoraggio indicatori Linee 2018 gennaio-dicembre 2018

VINCOLO	TARGET	VALORE 2018
Diretta	61,00	66,68
DPC	28,50	34,37
Convenzionata	125,00	120,32
Ospedaliera	- 1,0%	+ 7,4%
Ospedaliera al netto dei farmaci per la cura della atrofia muscolare spinale (SMA) con costo terapia annua per paziente superiore ai 100.000 euro.	- 1,0%	-3,0%

ALLEGATO B – INDICATORI

Valori rilevati da report monitoraggio indicatori Linee gennaio 2019, relativi al periodo gennaio-dicembre 2018

NUMERO	DEFINIZIONE	STANDARD OBIETTIVO	VALORE gen-dic 2018
18	SPECIALISTICA AMBULATORIALE Incidenza di sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (anti-ipertensivi)	≤ 30%	42,34%
19	SPECIALISTICA AMBULATORIALE Consumo pro –capite di farmaci inibitori di pompa protonica	25 up pro cap	27,32%

3.5. ASSISTENZA SOCIO SANITARIA

3.5. L'integrazione sociosanitaria e la programmazione integrata	
Obiettivo	Risultato atteso
Attuare la pianificazione locale congiunta tra l'AAS e le Unioni territoriali intercomunali nelle aree di integrazione socio sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborazione congiunta di un documento che costituisce il livello di programmazione locale integrata nelle aree di integrazione sociosanitaria in ciascun ambito territoriale per l'anno 2018, in continuità con il percorso iniziato nel 2013. - Sottoscrizione tra il Direttore generale dell'AAS e il Presidente dell'UTI dell'Atto di intesa che impegna le parti alla realizzazione, per quanto di competenza, dei contenuti della suddetta programmazione - Monitoraggio periodico
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Risultato raggiunto con UTI del Torre (Assemblea dei Sindaci 18.12.2017 sottoscrizione in data 26/09/2018), UTI del Natisone (Assemblea dei sindaci 12.12.2017 sottoscrizione in data 23/10/2018) e UTI Friuli Centrale (Assemblea dei Sindaci 23/11/2018 e sottoscrizione in data 10/12/2018). - E' garantito il monitoraggio delle progettualità condivise. 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.5.1. Anziani non autosufficienza	
Obiettivo	Risultato atteso
Processo di riclassificazione delle strutture residenziali per anziani già funzionanti	
Attuazione del processo di riclassificazione delle residenze per anziani già autorizzate al funzionamento, secondo quanto previsto dalle modifiche apportate al titolo X del D.P.Reg. 144/2015	<ul style="list-style-type: none"> - supporto alla Regione nella valutazione delle domande di nuova classificazione presentate dagli enti gestori delle strutture residenziali ai fini del rilascio del parere di ammissibilità della domanda; - rilascio delle nuove autorizzazioni all'esercizio entro 90 giorni dalla formulazione del parere di ammissibilità della domanda da parte della Regione; - avvio del percorso di accompagnamento alle Residenze per anziani ri-autorizzate all'esercizio, per il monitoraggio e la verifica degli adempimenti e adeguamenti previsti per il livello di nuova classificazione rilasciato.
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Il supporto alla Regione si è sviluppato attraverso l'attenta verifica dei dati presentati dall'Area Welfare durante la fase preliminare; ulteriore supporto è stato garantito mediante l'attività ispettiva della commissione di vigilanza finalizzata all'accertamento dei requisiti minimi strutturali ed impiantistici richiesti per 	

<p>l'autorizzazione.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nel corso del 2018 sono state autorizzate 9 strutture per anziani in deroga temporanea ed una struttura a pieno titolo (Sereni Orizzonti di Pasiàn di Prato) entro il termine di 90 giorni dalla formulazione del parere di ammissibilità della Regione. Quattro di queste residenze sono state riclassificate tra luglio 2018 e ottobre 2018 avendo nel contempo completato l'integrazione documentale richiesta (ASP Cividale, ASP La Quiete, Residenza Aurora, Opera Pia Coianiz). A dicembre 2018 altre due residenze (Residenze Zaffiro di Martignacco e Tarcento) hanno terminato la presentazione di tutte le certificazioni e documentazioni valutate carenti dalla Commissione ottenendo pertanto un'autorizzazione a pieno titolo. - Il percorso di accompagnamento verso il nuovo livello di classificazione è iniziato in concomitanza con l'attività di verifica dei dati regionali e di vigilanza della Commissione. <p>L'accompagnamento viene tutt'ora implementato tramite incontri con i responsabili delle strutture, consulenze specifiche, ulteriori verifiche ed ispezioni tese alla valutazione dei risultati raggiunti in relazione al piano di adeguamento presentato dalle strutture.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO NON SONO STATE RILASCIATE TUTTE LE AUTORIZZAZIONI A SEGUITO DEL PARERE DI AMMISSIBILITÀ DELLA REGIONE
Sistema di VMD Val.Graf. FVG	
Valutazione, mediante l'utilizzo del sistema di VMD Val Graf –FVG, delle persone per le quali è previsto l'accoglimento in un servizio semiresidenziale o residenziale	Tutte le persone per le quali è previsto l'accoglimento in un servizio semiresidenziale o residenziale convenzionato sono valutate mediante l'utilizzo del sistema di VMD Val.Graf.-FVG.
Avvio del percorso di accompagnamento alle Residenze per anziani ri-autorizzate all'esercizio, per la valutazione dei bisogni delle persone accolte in struttura attraverso il sistema Val Graf. FVG., in particolare nelle residenze per anziani non autosufficienti non convenzionate	Avvio della rivalutazione dei bisogni delle persone inserite nelle strutture
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>Nel corso del 2018 si è assicurata la valutazione degli ospiti residenti e presenti nel territorio dei Distretti in attesa d'ingresso in servizio semiresidenziale e residenziale convenzionato.</p> <p>Sono state assicurate le rivalutazioni, attraverso il sistema Val Graf. FVG, dei bisogni delle persone inserite nelle strutture:</p> <ul style="list-style-type: none"> - residenza per anziani non convenzionata di Campeggio di Faedis, presente nel Distretto di Tarcento: è stata svolta la valutazione dei bisogni con lo strumento Val Graf a favore di tutti gli ospiti presenti, n. 21 presenti, in occasione della valutazione avvenuta nel 2018; - residenza per anziani ASP CPA di Cividale nell'ambito del Distretto di Cividale: è presente 1 pl per non autosufficienti non convenzionato che è stato valutato con scheda Val Graf dal distretto di residenza (Gorizia) - struttura non convenzionata "Ancelle della Carità" nell'ambito del distretto di Udine 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Nuovi convenzionamenti	
Aumento posti letto convenzionabili per anziani non	Progressivo adeguamento alle indicazioni regionali

autosufficienti secondo i parametri previsti dalla Regione per l'anno 2018	
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>E' stato adottato il decreto del Direttore generale n. 770 del 22.08.2018 di convenzionamento di ulteriori n. 29 posti letto per non autosufficienti per l'ASP "Casa per Anziani" di Cividale del Friuli, con decorrenza 01.09.2018, su n. 33 p.l. aggiuntivi complessivi convenzionabili previsti per l'ASUIUD dalla DGR n. 185 del 02.02.2018 (linee annuali per la gestione del servizio sanitario e sociosanitario regionale – anno 2018). Gli ulteriori 4 p.l. aggiuntivi disponibili (sui 33 pl incrementali autorizzati con DGR 1828/2018) non sono stati attivati in quanto l'ASP "La Quiete" non ne ha fatto richiesta.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Introduzione nuovo sistema di finanziamento	
Avvio del nuovo sistema di finanziamento secondo la LR 17/2014, in tema di LEA, per le persone accolte nelle strutture residenziali convenzionate con le aziende sanitarie	In fase di avvio del nuovo sistema di finanziamento vengono applicate le regole transitorie definite dalla Regione rispetto al contributo abbattimento retta e al riconoscimento degli oneri sanitari attraverso convenzionamento
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>Per tutte le strutture convenzionate nel corso dell'anno 2018 sono state applicate le regole transitorie definite dalla Regione relativamente al contributo abbattimento retta.</p> <p>Il riconoscimento degli oneri sanitari è invece proseguito come in precedenza in quanto il processo di riqualificazione delle Strutture per anziani convenzionate non si è concluso entro l'anno 2018 e non è stata adottata la convenzione unica regionale.</p> <p>In merito sono stati adottati i decreti del Direttore generale, n. 950 e n. 951 del 24.10.2018, di prosecuzione delle convenzioni con le Case di Riposo e i Centri Diurni.</p> <p>A conclusione dei processi di accreditamento delle RSA convenzionate "Coianiz" e "La Quiete", in corso d'anno 2018, sono state adottate le convenzioni con le RSA Coianiz e La Quiete con decreti del Direttore generale, n. 900 e n. 901 del 03.10.2018.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani	
Promuovere e monitorare la qualità all'interno delle residenze per anziani	Realizzazione di almeno 2 audit approfonditi Redazione di una relazione dettagliata di monitoraggio e promozione della qualità svolte nell'anno 2017 da inviare entro il primo semestre 2018
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>Nel corso del 2018 sono stati condotti 5 audit rispettivamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 11.9.2018 ASP CPA di Cividale • 16.10.2018 ASP "Residenza per Anziani Giovanni Sirch" • 24.10.2018 struttura protetta di Tricesimo • 14.08.2018 è struttura protetta Opera Pia Coianiz • 06.08.2018 struttura Zaffiro Magnano di Riviera 	

Inviata la relazione alla DCS il 28.6.2018 con nota prot. 53205 .	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Flussi e sistemi informativi	
L'Azienda monitora, verifica ed eventualmente sollecita, l'utilizzo sistematico dello strumento di VMD Val.Graf.-FVG e dei sistemi informativi eGENeSys e SIRA-FVG, anche alla luce di quanto previsto dal DPR 144/2015 per le strutture residenziali per anziani non autosufficienti a seguito del processo di riclassificazione	Monitoraggio, verifica ed eventualmente sollecito sull'utilizzo sistematico dello strumento di VMD Val.Graf.-FVG e dei sistemi informativi e-GENeSys e SIRA-FVG anche per le strutture residenziali per anziani non autosufficienti che verranno riclassificate.
Dotazione di una lista unica d'attesa (LUA), a livello aziendale, per le persone anziane che richiedono un inserimento presso una residenza per anziani non autosufficienti e per le quali il Distretto ha verificato l'appropriatezza della richiesta	Dotazione di una Lista Unica d'Attesa (LUA) per le persone anziane non autosufficienti che richiedono l'accoglienza in strutture, secondo i criteri di punteggio per la graduatoria definiti e comunicati dalla Regione
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Durante l'attività di audit si è verificato il corretto e aggiornato utilizzo dello strumento Val Graf per la valutazione dei bisogni dell'ospite da parte della struttura protetta - La Lista Unica di attesa non è stata realizzata, in attesa di indicazioni regionali. 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
	L'OBIETTIVO LUA È STRALCIATO
Sperimentazioni "Abitare possibile" e "Domiciliarità innovativa"	
Sostenere e incentivare lo sviluppo di sperimentazione sull'abitare possibile e la domiciliarità innovativa attivate nel territorio aziendale	Partecipazione a possibili collaborazioni con le risorse presenti sul territorio su proposte di "Abitare possibile" e "Domiciliarità innovativa"
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>Partecipato e definito:</p> <ul style="list-style-type: none"> - accordo di partenariato con il Comune di Tavagnacco per il progetto Abitare possibile a Tavagnacco con UTI Friuli Centrale e Comune di Tavagnacco (Decreto n.751/2018 del 22.08.2018). - accordo di Partenariato ASUIUD-UTI Friuli Centrale e Comune di Tavagnacco sottoscritto in data 26/09/2018 per la partecipazione congiunta alla coprogettazione. Tavoli di coprogettazione svolti nel dicembre 2018 . - progetto di domiciliarità innovativa "La casa di Tino" con UTI del Torre e associazione Vicini di casa Onlus (Decreto n.752/2018 del 22/08/2018) 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Rete per la presa in carico dell'anziano fragile	
Partecipazione alla realizzazione del modello di rete integrata.	Partecipazione al tavolo di lavoro permanente sull'anziano fragile coordinato dal rappresentante della Direzione regionale

<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>Partecipato all'incontro del 12 aprile indetto dalla Direzione centrale salute ed inviato il materiale richiesto tramite mail 14/06/2018</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Sperimentazione screening popolazione anziana fragile e servizio telesoccorso	
Partecipazione alla revisione delle modalità di presa in carico delle persone che richiedono il telesoccorso e definizione di un protocollo d'intervento per lo screening della popolazione anziana in condizione di fragilità	Nominativo referente aziendale da comunicare alla Direzione entro il 31.03.2018
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>Individuato il referente aziendale e inviata relativa comunicazione alla Direzione prot n. 29525 del 9.4.2018. Il Progetto si è poi sostanziato nel Progetto PRISMA 7 che ha avviato nel Distretto di Cividale la sua sperimentazione.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Piano demenze	
Attuazione del "Piano nazionale demenze - Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze" (accordo n. 135 del 30 ottobre 2014) secondo le indicazioni e programmi che verranno definiti dalla Regione.	Nominativo referente aziendale da comunicare alla Direzione entro il 31.03.2018
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>Non ancora richiesto nominativo da DCS.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
Sviluppo della sperimentazione presso la Fondazione Muner De Giudici	Sperimentazione di posti letto per sollievi (max 3) riservati a persone anziane con demenza
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>Predisposto "Progetto sperimentale di interventi per l'accoglienza temporanea a favore di persone affette da demenza", inviato alla Regione per parere l'11 luglio 2018 prot. 56343.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

3.5.2. Disabilità	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Completare l'attività di valutazione delle condizioni di vita (in particolare per le problematiche di tipo sanitario) già avviata nel 2017 per gli utenti in carico ai servizi residenziali e semiresidenziali di cui all'art.6	Almeno il 30% degli utenti dei servizi residenziali e semiresidenziali per persone con disabilità sono valutati per gli aspetti sanitari secondo le modalità

comma 1 della LR 41/96	approvate dalla Regione
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>Sono stati valutati gli utenti in carico presso i 2 centri per la disabilità, Carraria e San Lorenzo di Manzano: risultano valutati 18 ospiti su 26 (69% degli utenti valutati) e tutti gli utenti che frequentano il CSRE via Udine di Tarcento e gli ospiti disabili residenti a Villa Veròi, struttura residenziale per disabili dell'Azienda, secondo le modalità approvate dalla Regione.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Sperimentare in alcuni setting residenziali specifici le disposizioni ministeriali succitate in materia di finanziamento e compartecipazione alla spesa	Sperimentazione tariffaria in applicazione del DPCM 12 gennaio 2017 nelle strutture operanti in convenzione ex art. 26 L. 833/78 della Comunità Piergiorgio – ONLUS per la gestione dei servizi socioassistenziali residenziali e semiresidenziali per disabili gravi e gravissimi di cui all'articolo 9 comma 18 della legge regionale 4 agosto 2017, n. 31
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>Partecipato agli incontri con la Direzione Centrale per la definizione del percorso.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
Sostenere un maggior coinvolgimento dei DSM e dei servizi territoriali in genere nella valutazione e presa in carico delle persone adulte con disabilità intellettive o disturbi dello spettro dell'autismo.	SI È INIZIATO IL PERCORSO CHE SI CONCRETIZZERÀ CON L'APPROVAZIONE DELLE LINEE DI INDIRIZZO PER LE SPERIMENTAZIONI E RELATIVO PERCORSO. SI CONFERMA LA PARTECIPAZIONE AGLI INCONTRI
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>Presenza dal 2004 nel gruppo tecnico di coordinamento dei servizi per la disabilità di un medico psichiatra per le persone accolte nelle diverse unità offerta.</p> <p>Predisposto e condiviso con DSM un Protocollo Operativo per assistenza specialistica psichiatrica a favore di pazienti ospiti presso le strutture per la disabilità. Il documento concordato è stato trasmesso dalla Direzione del CSS con nota n. 0099747/CSS.H del 24/12/2018, è stato diffuso ai Servizi e Operatori coinvolti e ai MMG.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Predisporre nuovo atto di delega per la gestione dei servizi semiresidenziali e residenziali a favore delle persone con disabilità (L.R. 41/96)	Ridefinizione della delega dei servizi per la disabilità all'ASUIUD entro il 31-12-2018
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>Predisposto il nuovo documento per la delega dei servizi per la disabilità. Presentazione alla Conferenza dei Sindaci per valutazione testo (10.10.2018) ed approvazione del conferimento della Delega (31.12.2018) da parte di tutti i Consigli Comunali afferenti al territorio dell'ASUIUD fino al 2023.</p> <p>Presa d'atto con Decreto n. 1161 del 28.12.2018 del conferimento della Delega da parte di tutti i Comuni visto</p>	

il completamento dell'iter di approvazione nei vari Consigli Comunali.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Valutare l'opportunità di reinserire i disabili ad oggi accolti in strutture fuori Regione nel contesto dei servizi offerti dal territorio regionale	Mappatura delle situazioni di persone con disabilità inserite in contesti extraregionali per la valutazione sull'opportunità di una diversa collocazione nel territorio regionale.
<i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i>	
Predisposto elenco persone disabili inserite in comunità fuori regione con relativo monitoraggio.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Avvio del percorso di formazione finalizzato alla certificazione qualità in riferimento UNI 11010/2016 "Disabilità: servizi per l'abitare e sostegni per l'inclusione". Coinvolgimento della comunità Gravi e gravissimi e del C.S.R.E. di via Gervasutta	- Formazione di almeno 10 operatori dei Servizi Delegati per la disabilità sulla Norma; - Definizione degli indicatori di valutazione; - Formalizzazione di un documento della Gap Analysis finalizzata all'identificazione degli ambiti di miglioramento per l'accreditamento UNI.
<i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i>	
- Individuato l'ente formatore e realizzato percorso formativo per n. 10 operatori coinvolti, afferenti alle diverse aree professionali sociosanitarie; individuazione degli indicatori di valutazione. Formazione effettuata nelle seguenti date: 03/05/2018 – 27/06/2018 -18/09/2018 -09/10/2018 (n. 10 operatori formati) - Documento di rilevazione stato dell'arte e dei servizi secondo una check-list redatta in conformità alla Norma UNI 11010 /2016	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Fondo gravissimi	
Attuazione del regolamento emanato con DGR 1692/2002 per le attività di accertamento e segnalazione dei casi di gravissima disabilità	Svolgimento, in collaborazione con gli Ambiti distrettuali, delle attività di accertamento e segnalazione dei casi di gravissima disabilità da segnalare alla Direzione Centrale, fornendo tutta la documentazione necessaria alla valutazione selettiva
<i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i>	
Attività svolta secondo gli step individuati dalla Regione ed in collaborazione con Area Welfare da parte della referente aziendale (nell'ambito della direzione sociale). Presenza della documentazione e invio nei tempi previsti.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Fondo SLA	
Attuazione del regolamento emanato con DGR 1692/2002 in continuità le aziende provvedono alla valutazione, raccolta di documentazione e segnalazione dei nuovi casi di SLA e dei casi per i quali si è riscontrato un aggravamento	Svolgimento delle attività di valutazione, raccolta di documentazione e segnalazione dei nuovi casi di SLA e dei casi per i quali si è riscontrato un aggravamento, fornendo all'Ente delegato (Area Welfare) tutta la documentazione necessaria alla valutazione selettiva, coordinando tali attività con quelle previste dalla DGR

	817/2017
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>Attività svolta secondo gli step individuati dalla Regione ed in collaborazione con Area Welfare da parte della referente aziendale (nell'ambito della direzione sociale). Presenza della documentazione e invio nei tempi previsti.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Vigilanza servizi semiresidenziali e residenziali sociosanitari destinati a persone con disabilità	
Tutte le AAS e ASUI proseguono le attività di vigilanza e controllo dei servizi residenziali e semiresidenziali destinati all'accoglimento delle persone con disabilità	Per l'anno 2018, l'ASUIUD effettua l'attività di vigilanza e controllo su almeno il 30% dei servizi/strutture collocati sul territorio di competenza
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>Effettuati n° 9 sopralluoghi in strutture semiresidenziali destinati all'accoglimento delle persone con disabilità e n° 1 un sopralluogo in una comunità residenziale. Il numero totale di servizi/strutture collocati sul territorio di competenza è 27 (il valore atteso definito pari al 30% corrisponde a 9).</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Dopo di noi	
Garantire gli interventi previsti dal DM 23 novembre 2016 partecipando attivamente alla definizione dei percorsi relativi all'abitare inclusivo previsti dalla Legge n. 112 del 22 giugno 2016 "Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare" e dalla DGR n. 1331 del 17 giugno 2017	Evidenza di almeno 2 percorsi avviati sull'abitare inclusivo in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>Individuati e realizzati i progetti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tornare verso casa: <ul style="list-style-type: none"> o "Casa Ceschia" a Tarcento in collaborazione con ASP Opera Pia Coianiz e UTI del Torre o "Casa via della Faula" a Udine, in collaborazione con UTI Friuli centrale e Comune di Udine - Palestra abitativa: Borgo Magretti a Remanzacco <p>Attuati 2 inserimenti in Via della Faula – Udine, ristrutturato Tarcento ed integrato con ascensore e attivata convenzione con Vicini di casa per Borgo Magretti.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Autismo	
Contribuire nel tavolo tecnico regionale sull'autismo alla stesura delle Linee di indirizzo regionale sui disturbi dello spettro autistico in età adulta	Evidenza partecipazione
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>Obiettivo raggiunto.</p>	

Partecipato all'incontro del tavolo tecnico regionale in data 9/2/2018.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.5.3. Minori

Obiettivo	Risultato atteso
Ridurre del 50% della media degli ultimi tre anni il numero di minori inseriti in strutture residenziali di accoglienza fuori regione	Partecipazione agli incontri regionali per l'elaborazione delle "Linee di indirizzo per la qualificazione dei percorsi di presa in carico dei minori con accoglienza in un servizio residenziale"
Riportare il 10% dei minori inseriti in comunità fuori regione nelle comunità regionali	
Introdurre il budget personalizzato, quale strumento funzionale alla realizzazione di percorsi di presa in carico dei minori che favoriscono il loro accoglimento in strutture di accoglienza della regione	

Verifica dell'attività al 31-12-2018

L'Azienda ha garantito la partecipazione, qualora richiesta.

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

Ridurre i fattori di rischio e di danno involutivo in conseguenza di maltrattamento, abuso e grave trascuratezza nei confronti dei minori.	Studio di un modello organizzativo specifico, ad alta integrazione sociosanitaria in stretto raccordo con i Servizi sociali dei Comuni del proprio territorio, per l'individuazione di prassi operative e interventi specifici volti a ridurre i danni da maltrattamento abuso e grave trascuratezza nei confronti dei minori.
--	--

Verifica dell'attività al 31-12-2018

L'Azienda ha partecipato al Programma di intervento per prevenire l'istituzionalizzazione (PIPPI), con individuazione dei referenti aziendali.

Ha proseguito i lavori previsti dal programma PIPPI (identificazione famiglie da seguire secondo il modello operativo previsto dal programma PIPPI) ed ha identificato il gruppo di lavoro interistituzionale (ASUIUD Ambito Udine).

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

Individuare i percorsi di presa in carico di minori con provvedimenti giudiziari necessitanti di una valutazione diagnostica e un percorso di sostegno psicologico	Definizione di percorsi di presa in carico per una valutazione diagnostica e un percorso di sostegno psicologico di minori e giovani interessati da programmi di trattamento in area minorile penale in tempi adeguati al fine dell'applicazione delle misure alternative
--	---

Verifica dell'attività al 31-12-2018

Predisposto documento di definizione della procedura per la presa in carico di minori su segnalazione Ufficio

Servizio Sociale Minorenni (USSM) e trasmesso all'USSM in data 7.12.2018 prot. n. 95436, ricevendo parere positivo.

Avviata segreteria ed equipe sovradistrettuale per la presa in carico dei minori segnalati all'USSM.

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

3.5.4 Salute mentale

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

Età adulta

3. Miglioramento dell'integrazione tra cure primarie e specialistiche con particolare riferimento alla presa in carico dei disturbi mentali comuni
4. Definizione di un percorso aziendale congiunto (NPIA, DSM, PLS e MMG) per la definizione della fase di transizione delle cure dai servizi per l'età evolutiva ai servizi per l'età adulta

1. Evidenza di percorsi integrati tra cure primarie e DSM e di interventi formativi
- 2- Evidenza di percorso aziendale congiunto NPIA, DSM, PLS e MMG) per la definizione della fase di transizione delle cure

Verifica dell'attività al 31-12-2018

1. Il DSM ha curato, a livello distrettuale, i rapporti con i MMG e i percorsi di in-formazione con la collaborazione dell'Ordine dei Medici. Si è proseguito il lavoro di diffusione del documento mhGAP per l'orientamento diagnostico e terapeutico di utenti con disturbi mentali comuni
2. E' stata predisposta una proposta per la definizione del percorso aziendale congiunto NPIA, DSM, PLS e MMG per la definizione della fase di transizione delle cure

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

Età evolutiva

4. Attivazione delle NPIA aziendali in coerenza con i provvedimenti aziendali
5. Avvio delle attività dei Centri diurni NPIA
6. Predisposizione di percorsi codificati e concordati tra le varie strutture coinvolte (Servizi NPIA, PS/Medicina d'Urgenza, reparti di Pediatria, DSM, servizi per le dipendenze, servizi di Emergenza Urgenza) con indicazione di: reparto di accoglienza, percorso diagnostico terapeutico e di continuità assistenziale con le NPIA territoriali, responsabilità di presa in carico, modalità di interazione tra DSM e NPIA nel caso di minori in età adolescenziale
7. Supporto all'attività di NPIA dell'AAS 3

1. NPIA attivata in coerenza con l'attuazione dell'Atto Aziendale
2. Avvio attività Centro diurno NPIA
3. Evidenza dei percorsi formalizzati con particolare riferimento al percorso di emergenza-urgenza
4. Formalizzazione di apposita convenzione con l'AAS3

Verifica dell'attività al 31-12-2018

1. Non attuato l'atto aziendale per la parte in oggetto.
2. E' stato predisposto lo studio di fattibilità per l'attivazione dei Centri diurni in NPIA, con evidenza della sede e delle risorse necessarie

3. Predisposto percorso emergenza urgenza per minori condiviso con le strutture coinvolte.
4. In atto attività della NPIA per visite neuropsichiatriche nei Distretti di San Daniele del Friuli – Codroipo e presso la Pediatria di Tolmezzo.

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

3.5.5. Disturbi del comportamento alimentare	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Messa a regime degli ambulatori DCA con la disponibilità di equipe funzionale (DGR 668/2017) 2. Operatività dei Centri Diurni presso ASUIUD 3. Operatività dell'Osservatorio epidemiologico	1. Operatività degli ambulatori DCA con disponibilità di equipe funzionale 2. Evidenza dell'operatività dei Centri diurni attraverso invio di report di attività 3. Reportistica inviata in DC da parte di ASUIUD per gli adulti
<i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i>	
1. Gli ambulatori DCA sono attivi. 2. Il Centro diurno è stato aperto l' 8.10.2018; sono stati accolti 7 utenti. 3. Reportistica predisposta, in fase di invio.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.5.6. Cure palliative e terapia del dolore (DGR 165/2016)	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
10. 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) 11. L'accesso alla rete delle cure palliative è effettuato con i criteri approvati dal coordinamento regionale. 12. Gli accessi di assistenza domiciliare per cure palliative sono registrati nel sistema informativo con codifica ICD9. 13. TEMPISTICA DI PRESA IN CARICO DALLA RETE DI CURE PALLIATIVE: Suddividere il numero di pazienti presi in carico in base al tempo intercorso tra il momento della segnalazione e la presa in carico. Entro 1 giorno dalla segnalazione/Tra 1 e 2 giorni	4. Assistenza garantita h 24 7 giorni su 7 (con pronta disponibilità notturna) 5. Entro il primo semestre 2018 sono adottati i criteri di accesso alla rete delle cure palliative. 6. Gli accessi domiciliari per cure palliative riportano sempre, oltre la codifica della malattia principale, la codifica V 66.7 (cure palliative) 4 e 5 Costituire un gruppo di lavoro regionale per creare un sistema informativo omogeneo per la raccolta dei dati per gli indicatori 4 e 5 6. Uguale o superiore al 75%

dalla segnalazione/Tra 2 e 3 giorni dalla segnalazione/Oltre 3 giorni dalla segnalazione. 14.CIA (coefficiente di intensità assistenziale) dell'assistenza domiciliare a favore dei pazienti terminali presi in carico dalla rete delle cure palliative 15.Percentuale di malati oncologici deceduti a domicilio	
--	--

Verifica dell'attività al 31-12-2018

1. A dicembre 2018 è stato strutturato il week plan per la pronta disponibilità notturna con 4 medici delle Cure Palliative e 2 medici di continuità dedicati. La turnistica di pronta disponibilità viene mensilmente inviata alla Direzione sanitaria aziendale.
2. I criteri di accesso alle cure palliative domiciliari sono applicati.
3. C'è evidenza dell'utilizzo della codifica prevista per gli accessi domiciliari per cure palliative
- 4 e 5 L'azienda ha garantito la collaborazione al gruppo di lavoro regionale.
6. L'Azienda si attesta su un valore di pari al 60,9%. Preme evidenziare che l'indicatore va contestualizzato al tema della presa in carico e non può essere interpretato solo quale dato di popolazione.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
16. Criteri di priorità della visita algologica. 17. Entro il 2018 il sottogruppo di terapia antalgica del coordinamento regionale presenta una proposta di codifiche ambulatoriali e di ricovero di terapia antalgica uniforme su tutto il territorio regionale. 18. Monitoraggio dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni di terapia del dolore in tutti i setting assistenziali	7. Utilizzare i criteri di priorità già inviati all'azienda dalla Regione con nota prot. n 6263/P di data 22.3.2018 8. Partecipazione all'elaborazione della proposta 9. Trasmissione report alla direzione centrale salute
10. Attivazione della reperibilità algologica nelle ASUI sedi di centro hub	10. Concorrere ad elaborare una proposta operativa per il 2019, assieme al gruppo regionale di lavoro sull'argomento
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

Verifica dell'attività al 31-12-2018

7. Il percorso di adozione dei criteri di priorità della visita algologica ha subito dei ritardi. I criteri sono stati oggetto di formazione a novembre 2018 per i rappresentanti di AFT e medici di continuità di tutta la regione; è previsto un corso FAD per tutti i MMG e per tutti gli specialisti (H e SUMAI).
8. E' stata garantita la partecipazione.
9. In attesa di indicazioni regionali.
10. L'azienda garantisce la collaborazione con il gruppo regionale alla definizione della proposta operativa.

3.5.7. Consultori familiari (vedi anche 3.2.1 Tutela della salute della donna)

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Implementazione del percorso gravidanza	Vedi i risultati attesi al punto 3.2.1 Tutela della salute

fisiologica a gestione ostetrica; 2. Implementazione dell'offerta della visita domiciliare ostetrica in puerperio; 3. Implementazione di percorsi aziendali per la donna in età post fertile	della donna
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.5.8. Sanità penitenziaria	
Obiettivo	Risultato atteso
Attuazione del Piano operativo locale per la prevenzione del suicidio in carcere	Revisione e piena attuazione del Piano per la prevenzione del suicidio in carcere
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>Sono stati previsti momenti di confronto e revisione del piano operativo durante gli incontri mensili dell'equipe interistituzionale e multi professionale presso la Casa Circondariale di Udine.</p> <p>Il piano è attuato.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.5.9. Superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari	
Obiettivo	Risultato atteso
Prosecuzione del programma di superamento degli OPG	- E' garantito il funzionamento delle strutture per l'esecuzione delle misure di sicurezza regionali (REMS) - Evidenza della predisposizione di progetti riabilitativi personalizzati per le persone internate
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>La REMS di Udine ha una dotazione di 2 posti letto. L'operatività della REMS è mantenuta.</p> <p>L'equipe stanziale opera in stretto contatto con i Magistrati di riferimento e i Servizi titolari della presa in carico. Un paziente afferisce al CSM di Tolmezzo AAS 3.</p> <p>Tutti i CCSSMM dell'ASUIUD sono impegnati ed hanno adottato progetti riabilitativi alternativi all'ingresso in REMS per pazienti autori di reato, molti condivisi con il Dipartimento delle Dipendenze e altri servizi sociali, in collaborazione con l'Autorità Giudiziaria competente.</p> <p>I Servizi del DSM hanno in carico 23 persone a cui i Magistrati hanno concesso "misure di sicurezza alternative alla detenzione", 9 di questi sono in carico anche al Dipartimento delle Dipendenze.</p> <p>Per tutti è stato predisposto e attuato uno specifico progetto di cura riabilitativo personalizzato.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.5.10 Dipendenze
(Vedi ob. 3.2.6 Programma IV PRP)

3.6. PROGETTI CLINICO ASSISTENZIALI

3.6.1. Insufficienze d'organo e trapianti	
Obiettivo	Risultato atteso
Cuore	
1. Avvio dei lavori della rete. Formalizzazione di almeno 1 percorso assistenziale che definisca anche specifici indicatori di esito 2. Ottimale utilizzo degli organi prelevati in regione presso il Centro trapianti. 3. Riduzione del tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti di 50-74 anni, (valore medio regionale 2016 di 208,20 – fonte Bersaglio)	1. Collaborare alla stesura del percorso 2. Sono utilizzati almeno l'85% degli organi prelevati in regione (diretti o in scambio con altre regioni) 3. Valore 2018 sotto i 200 Valore ASUIUD 2017: 198 (giugno 2017)
<i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i> 1. L'azienda ha assicurato la collaborazione. 2. Sono utilizzati il 100% degli organi prelevati. Cuori prelevati: n.6, trapianti di cuore effettuati: n.24. 3. L'Azienda si attesta su un valore di 149.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	1. OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO I REFERENTI AZIENDALI HANNO PARTECIPATO ALLE ATTIVITÀ AVVIATE. IL PERCORSO REGIONALE SUL TRAPIANTO CARDIACO È IN FASE DI FORMALIZZAZIONE NEL CORSO DEL 2019 2. OBIETTIVO RAGGIUNTO 3. OBIETTIVO RAGGIUNTO
Fegato	
2. Formalizzazione di almeno 1 percorso assistenziale a valenza regionale. 3. Potenziamento del programma Trapianti di Fegato 4. Avvio delle degenze di Epatologia presso il presidio ospedaliero <i>Santa Maria della Misericordia</i> di Udine 5. Garanzia di un percorso assistenziale specialistico per i pazienti epatopatici acuti, a prescindere dal loro invio al trapianto 6. Ottimale utilizzo degli organi prelevati in regione (diretti o in scambio con altre regione) presso il Centro trapianti	1. Collaborare alla stesura del percorso 2. Iscrizione in lista trapianto, presso il centro trapianti dell'ASUIUD di 40 pazienti di cui 8 residenti 3. Entro il 30 giugno 2018 4. Evidenza del percorso per i pazienti epatopatici acuti 5. Sono utilizzati almeno l'85% degli organi prelevati
<i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i> 1. L'azienda ha assicurato la collaborazione. 2. Pazienti iscritti in lista: n. 35; in miglioramento rispetto al 2017 (dato 2017 = n. 29)	

<p>3. Con decreto n. 666 del 16/7/2018 è stata attivata la SSD "Epatologia e Trapianti di Fegato" con attività sia di ricovero che ambulatoriale.</p> <p>4. E' stato predisposto un percorso di accesso alla struttura di pazienti con malattia acuta del fegato.</p> <p>5. Sono utilizzati il 100% degli organi prelevati. (Prelevati n.15 fegati, trapianti di fegato effettuati: n.26).</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Pancreas	
<p>1. Riduzione del tasso di amputazioni maggiori per diabete (casi per milione di residenti) (valore medio regionale 2016 di 30,19 x milione – fonte Bersaglio)</p>	<p>Valore 2018 al di sotto di 28 Valore ASUIUD 2017: 38 (giugno 2017)</p>
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i> L'Azienda si attesta su un valore di 22,45 per milione.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Polmone	
<p>5. Riduzione del tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti di 50-74 anni (valore medio regionale 2016 del 54,25 per 100.000 residenti – fonte Bersaglio).</p> <p>6. Formazione di infermieri e fisioterapisti dei distretti sanitari per la gestione integrata dell'ossigenoterapia domiciliare e per la riabilitazione respiratoria ambulatoriale e domiciliare</p>	<p>1. Valore 2018 al di sotto del 52 per 100.000 residenti di 50-74 anni. Valore ASUIUD 2017: 72 (giugno 2017).</p> <p>2. Formazione di 3 infermieri per ogni distretto sanitario per la gestione integrata con le Pneumologie di riferimento dell'ossigenoterapia domiciliare - - Formazione di 2 fisioterapisti per distretto, da parte delle Pneumologie di riferimento, finalizzata alla riabilitazione respiratoria ambulatoriale e domiciliare</p>
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i> 1. L'Azienda si attesta su un valore di 39,28. 2. Sono stati formati in ambito distrettuale 13 infermieri e 9 fisioterapisti.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	1. OBIETTIVO RAGGIUNTO 2. OBIETTIVO RAGGIUNTO
Rene	
<p>1. Potenziamento della dialisi peritoneale, dei trapianti e dell'emodialisi domiciliare</p> <p>2. Potenziamento del programma Trapianti di rene</p>	<p>1. ridurre i pazienti in emodialisi presso i centri dialisi al di sotto del 53% del totale (trapiantati + emodializzati + in dialisi peritoneale. (valore regionale 2016 55,71%). Valore ASUIUD 2017: 26%</p> <p>a. evidenza della presenza dei dati a sistema (G2) propedeutici al monitoraggio dei tempi di iscrizione in lista di trapianto in accordo con quanto definito nel PDTA trapianto di rene</p> <p>b. riduzione dei Tempi di iscrizione in lista trapianto</p>

	(differenza tra inserimento in donor manager T3 e raccolta del consenso all'avvio dell'iter per l'inserimento in lista T0 < 6 mesi) almeno nel 75% dei casi che hanno dato il consenso c. aumento dei casi di trapianto (almeno 60/anno comprensivi di tutte le tipologie di trapianto). Dato 2017= 50.
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>1. Dato non disponibile.</p> <p>2a. Sono inseriti a sistema i dati previsti</p> <p>2.b Il risultato atteso è stato STRALCIATO con DGR n. 2350/14.12.2018</p> <p>2.c Sono stati effettuati 33 trapianti, l'attività risulta in linea al dato 2014.</p> <p>Le variabili che hanno influito sulla diminuzione sono: composizione della lista d'attesa, tipologia dei consensi sottoscritti dai pazienti, tipologia dei donatori, numero di donatori.</p> <p>Azioni messe in atto: revisione della lista d'attesa sia a livello di centro trapianti che di rete regionale di nefrologia e dialisi, incremento dell'immissione in lista per trapianto di doppio rene, integrazione nella proposta di immissione in lista d'attesa, revisione della casistica dei decessi per lesione cerebrale acuta.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	<p>1. OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>2. OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>3. OBIETTIVO STRALCIATO</p> <p>4. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</p>
Tessuti oculari	
<p>1. Potenziamento del programma di donazione cornee</p> <p>2. Aumento del numero di trapianti di cornea</p>	<p>1. + 10% delle donazioni del 2017; valore ASUIUD 2017: 63 (espianti)</p> <p>2. Trapianti 2018> trapianti 2017; valore ASUIUD 2017: 19</p>
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>1. L'azienda ha processato 56 donatori, in calo rispetto al 2017 (63). La diminuzione è dovuta ad un aumento delle non idoneità e delle opposizioni.</p> <p>2. Sono stati effettuati 29 trapianti, con un aumento rispetto al 2017 del 53%</p> <p>Azioni messe in atto: revisione della casistica dei decessi per arresto cardiocircolatorio e dei criteri di esclusione.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
Donazione d'organi e altri tessuti	
<p>1. Formalizzazione del protocollo per prelievo d'organi da paziente con accertamento del decesso con criteri cardiologici.</p> <p>2. Attuazione del protocollo per la donazione multi-tessuto.</p>	<p>1. Protocollo aziendale definito e formalizzato entro il 31.12.2018</p> <p>2. Divulgazione protocollo e evidenza avvio attività</p>

<p>Verifica dell'attività al 31-12-2018</p> <p>1. Il Protocollo aziendale è stato definito e formalizzato in data 02-10-2017</p> <p>2. Effettuata attività di divulgazione e formazione (corsi espletati: 31-01; 07-02; 21-02; 28-02; 06-06; 14-06).</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.6.2. Emergenza urgenza

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

Ictus

<p>5. Mantenimento dell'attività di Trombolisi endovenosa/endoarteriosa con il raggiungimento nel 2018 di almeno 350 pazienti trattati nel territorio regionale (374 nei 2016 - fonte SDO).</p> <p>6. Misurazione dei tempi intercorrenti fra <i>triage in pronto soccorso, allertamento-TAC e TAC-trombolisi venosa</i></p> <p>7. Presenza nella documentazione clinica della scala Barthel Index e della Rankin Scale modificata, compilata all'ingresso e all'uscita di ogni setting assistenziale</p> <p>8. Comunicazione alla cittadinanza</p>	<p>1. Mantenimento attività 2017 Valore ASUIUD 2017: 119 (ottobre 2017)</p> <p>2a. Collaborazione alla definizione di un sistema informatizzato per l'elaborazione dei dati</p> <p>2.b Misurazione del tempo intercorrente fra l'effettuazione dell'ECG sul territorio e l'inizio della procedura in emodinamica</p> <p>3. Almeno l'85% degli episodi di ricovero con DRG 14 o codici ICD-9-CM relativa a: 430.x, 431.x, 432.x, 433.x1, 434.x1, 436.x, 437.3, 438.x, 784.3 (afasia) della Neurologia- periodo di misurazione tutto l'anno 2018 – report semestrale su campione di cartelle in assenza di strumento informatico)</p> <p>4. Collaborazione alla produzione di un opuscolo/volantino da mettere a disposizione nelle sale d'attesa dei MMG e degli ambulatori specialistici per informare la popolazione sui segni/sintomi da non sottovalutare per anticipare la chiamata di soccorso e rendere tempestivi gli interventi terapeutici in caso di ictus.</p>
---	---

<p>Verifica dell'attività al 31-12-2018</p> <p>1. L'azienda si attesta sul valore di 145 trombolisi (anno 2017 = 143)</p> <p>2a e 2b) Non risulta definito il sistema informatizzato per l'elaborazione dei dati.</p> <p>3. Il monitoraggio è stato effettuato nel 1° semestre 2018 (risultato aggregato 74%) e nel 2° semestre 2018 (risultato aggregato 64%).</p> <p>4. Attività in attesa di indicazioni regionali.</p>	
--	--

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

Emergenze cardiologiche

<p>1. Avvio dei lavori della rete. Formalizzazione di almeno 1 percorso assistenziale che definisca anche specifici</p>	<p>1. Collaborare alla stesura del percorso</p> <p>2. Implementazione dei campi informatici necessari a</p>
---	---

<p>indicatori di esito</p> <p>2.Misurazione del tempo intercorrente fra l'effettuazione dell'ECG sul territorio e l'inizio della procedura in emodinamica.</p> <p>3.Comunicazione alla cittadinanza</p>	<p>elaborare i dati specifici</p> <p>3. Produzione di un opuscolo/volantino da mettere a disposizione nelle sale d'attesa dei MMG e degli ambulatori specialistici per informare la popolazione sui segni/sintomi da non sottovalutare per anticipare la chiamata di soccorso e rendere tempestivi gli interventi terapeutici in caso di infarto.</p>
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>1. L'azienda ha collaborato ai lavori della rete.</p> <p>2. Sono stati implementati i campi disponibili.</p> <p>3. Attività in attesa di indicazioni regionali.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>1. OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>2. OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>3. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</p>
<p>Trauma</p>	
<p>1. Trattamento della Frattura di femore entro 48H</p>	<p>1. In almeno il 70% (hub) dei casi trattati dal presidio ospedaliero (Valore 2017: 61,5% (giugno 2017))</p>
<p>2. Trattamento Fratture</p>	<p>2.a Degenza media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – ricoveri urgenti riduzione e/o mantenimento al di sotto di 1,5 gg (criterio Bersaglio C5.18.1)</p> <p>2.b Attesa media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – accessi in PS e ricoveri programmati (Riduzione del 20% rispetto all'anno 2017 (criterio Bersaglio C5.18.2))</p>
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>1. L'Azienda si attesta su un valore di 68,5%</p> <p>2.a L'Azienda si attesta su un valore di 2,4%</p> <p>2.b L'Azienda si attesta su un valore di 6,9%</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>1. OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>2.a OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</p> <p>2.b OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</p>
<p>Pronto soccorso ed emergenza</p>	
<p>1. Aumentare la percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde,</p> <p>2. Aumentare la percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore</p>	<p>1. almeno 65% (hub) (media 2017 63%)</p> <p>2. Valori superiori al 75% (hub) (media 2017 76%)</p>

3. Revisione e confronto interaziendali	3. Revisione e confronto interaziendali della gestione clinica per 5 eventi patologici acuti frequenti.
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>1. L'Azienda si attesta su un valore di 64%</p> <p>2. L'Azienda si attesta su un valore di 78%</p> <p>3. L'obiettivo è stato STRALCIATO con DGR n. 2350/14.12.2018.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	<p>1. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</p> <p>2. OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>3. OBIETTIVO STRALCIATO</p> <p>DGR 2350/2018</p>

Centrale operativa 118
Non di competenza dell'ASUIUD

3.6.3. Reti di patologia	
Obiettivo	Risultato atteso
Malattie rare	
<p>Ogni rete di gruppo nosologico deve:</p> <p>1. Produrre entro il 31 dicembre 2018 almeno 1 percorso assistenziale, oltre a quello previsto per il 2017</p> <p>2. Alimentare il registro regionale di cui al DM 279/2001 (aggiornamento dati del registro con inserimento del 100% dei casi in prevalenza al 30 novembre 2018 e pulizia dei casi che sono usciti dal sistema)</p>	<p>1. Almeno 1 PDTA condiviso e realizzato</p> <p>2. Inserimento del 100% dei casi in prevalenza al 30 novembre 2018</p>
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>1. Si è provveduto a richiedere ad ogni coordinatore la relazione relativa all'attività dell'anno precedente e a definire i PDTA che ogni gruppo ha poi iniziato ad elaborare nel corso dell'anno stesso. Nei mesi successivi il Centro ha monitorato l'andamento dei lavori e ha raccolto il materiale prodotto.</p> <p>2. E' stato garantito l'inserimento dei dati nel registro regionale.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Malattie reumatiche	
<p>1. Monitoraggio dell'applicazione dei percorsi assistenziali già formalizzati</p> <p>2. Elaborazione dei percorsi assistenziali per l'artrite psoriasica e per l'artrite reumatoide</p>	<p>1. Collaborazione al monitoraggio dei percorsi assistenziali già formalizzati</p> <p>2. Collaborazione alla definizione dei percorsi per l'artrite psoriasica e per l'artrite reumatoide</p> <p>3. Garantita l'attività prevista secondo le indicazioni</p>

3. Imputazione, su un'apposita scheda in G2 clinico, delle informazioni richieste all'atto della prescrizione dei farmaci biologici, secondo le indicazioni fornite dalla DCS	regionali
<i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i> L'azienda ha collaborato alle attività regionali.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	1. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO NON CI SONO INDICAZIONI O DATI DI MONITORAGGIO 2. OBIETTIVO RAGGIUNTO 3. OBIETTIVO RAGGIUNTO
Insufficienza cardiaca cronica DGR 735/2017	
Avvio dei lavori della rete dell'Insufficienza cardiaca cronica con formalizzazione di almeno 1 percorso assistenziale che definisca anche specifici indicatori di esito.	Collaborazione alla stesura del percorso
<i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i> L'azienda ha collaborato ai lavori della rete.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO I PROFESSIONISTI HANNO PARTECIPATO AI LAVORI DELLA RETE, MA IL DOCUMENTO NON È STATO FORMALIZZATO

3.6.4. Materno-infantile e percorso nascita	
Obiettivo	Risultato atteso
Ambito pediatrico	
Perseguire obiettivi di appropriatezza clinica ed organizzativa che assicurino i migliori livelli di qualità e sicurezza.	Collaborare alla formalizzazione della rete pediatrica regionale
<i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i> L'azienda ha collaborato con i propri referenti alla formalizzazione della rete pediatrica regionale (DGR n.730 del 21.3.2018)	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Percorso nascita	
L'implementazione del percorso gravidanza fisiologica con responsabilizzazione diretta delle ostetriche	Vedi obiettivo 3.2.1 Tutela della salute della donna
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Mantenimento della percentuale dei parti cesarei depurati (NTSV) al di sotto del 20% dei parti totali dei	Miglioramento della percentuale 2017 portando il valore al di sotto del 20%

parti depurati (valore medio regionale 2016 pari a 16,94% - fonte Bersaglio).	Valore 2017: 20,2% (ottobre 2017)
<i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i>	
L'Azienda si attesta su un valore pari al 12,68%	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Il mantenimento dei parti indotti al di sotto del 22% (valore medio regionale 2016 pari a 21,99% - fonte Bersaglio; gennaio-ottobre 2017 pari a 21,26%)	Miglioramento della percentuale 2017 Valore 2017: 20,8% (ottobre 2017)
<i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i>	
L'Azienda si attesta su un valore pari al 34,1% (valore 2017= 27,8%) (modalità di calcolo: parti vaginali con modalità travaglio indotta/parti vaginali con modalità travaglio spontanea, indotta, pilotata)	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
Trasmissione alla Direzione Centrale Salute di un report annuale sull'attività di trasporto con i dati disponibili relativi ai seguenti indicatori: N. neonati per i quali è attivato un trasporto primario sul n. totale nati N. trasporti primari all'anno attivati entro 30 minuti/N. totale trasporti primari N. neonati < 34 settimane trattenuti nella struttura di I livello con scheda compilata dal centro T.I.N./N. totale neonati <34 settimane trattenuti nelle strutture di I livello N. STAM/N. totale parti N. STAM con documentazione clinica completa/N. totale STAM	Trasmissione entro il 31-1-2019 del report
Partecipazione alle attività del Comitato percorso nascita regionale	Partecipazione dei rappresentanti aziendali ai lavori del Comitato percorso nascita regionale
<i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - I dati a disposizione sono i seguenti: • trasporti primari neonatali: 87 • trasporti primari neonatali attivati entro 30': 50 - L'azienda ha assicurato la partecipazione dei propri referenti. 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO MANCA RILEVAZIONE COMPLETA DEI DATI RICHIESTI STEN E STAM

3.6.5. Sangue ed emocomponenti (vedi anche 3.1.5)	
Obiettivo	Risultato atteso
Autosufficienza regionale e contributo all'autosufficienza nazionale	<ul style="list-style-type: none"> - Mantenimento della raccolta di sangue intero a valori riconducibili almeno al valore medio della raccolta effettuata negli anni 2016-2017 - Raccolta complessiva di plasma almeno pari a 11.652 kilogrammi, (quota percentuale dipartimentale derivante dalla popolazione attiva 18-66 anni presente in regione – dati ISTAT); - Riduzione della quota di compensazione interregionale, rispetto alla pianificazione nazionale del 2017, ad almeno 4000 unità da cedere alla regione Lazio (Centro nazionale Sangue).
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Per quanto riguarda la raccolta di sangue intero il Dipartimento ha mantenuto nel corso del 2018 l'offerta garantita ai donatori in termini di apertura delle sedi (Tolmezzo, San Daniele, Gemona, Udine, Cividale, Palmanova, Latisana), e si è sempre dimostrato aperto al confronto e alla collaborazione con le Associazioni di Volontariato. Tuttavia si è registrato nel corso dell'anno un decremento degli accessi, indipendente dai margini di intervento del trasfusionale: il consuntivo 2018, rappresentato senza il dato delle donazioni in autoemoteca, per garantire correttezza di confronto, è pari a 27.359 accessi per donazione, inferiore del 3% alla media degli anni precedenti (28.393). Se consideriamo il dato comprensivo dell'attività dell'autoemoteca lo scostamento è inferiore per oltre il 6%. - Nel 2018 sono stati raccolti a livello regionale ed avviati alla lavorazione industriale 26.697,26 kg di plasma, dei quali oltre il 47% è stato raccolto presso le strutture del Dipartimento di medicina trasfusionale AV Udinese (12.686,28). - A livello regionale sono state cedute alla Regione Lazio n. 6.549 unità di emocomponenti. 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Promozione e monitoraggio dell'appropriatezza e dell'efficacia da parte dei COBUS ospedalieri	<ul style="list-style-type: none"> - Adozione e la validazione di uno strumento di analisi e valutazione dei dati entro giugno 2018 - Implementazione del metodo con valutazione dei risultati e la conseguente eventuale adozione di misure correttive entro dicembre 2018
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>Non si è proceduto al completamento della costituzione del COBUS secondo i criteri dettati dalla normativa vigente. Per quanto attiene all'attività trasfusionale si è mantenuto il percorso in essere nell'ambito del Sistema Gestione Qualità, attraverso la segnalazione di deviazioni e relativa condivisione con i reparti eventualmente coinvolti (v. in merito crono programma audit); analogamente è stato presidiato il percorso aziendale degli Incident Reporting.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Sicurezza della trasfusione	<ul style="list-style-type: none"> - Adozione diffusa della richiesta trasfusionale web da reparto (EMOWARD)

	- Identificazione dei punti critici e dei requisiti necessari (risk analysis) per la successiva implementazione di un sistema barriera (sistema di sicurezza nell'identificazione del ricevente e dell'unità trasfusionale appropriata al letto del paziente) negli Ospedali serviti dal Dipartimento Trasfusionale di Udine.
--	---

Verifica dell'attività al 31-12-2018

- Al 31.12.2018, nonostante una ripresa del percorso su istanza e con il coordinamento della Direzione Medica (novembre 2018), non vi sono evidenze di estensione dell'applicativo EmoWard al di fuori delle realtà nelle quali già è in uso (Servizio Trasfusionale, Ematologia). Si è svolto tra novembre e dicembre un incontro al fine di valutare l'estensione dell'uso del SW, ma le prove sono fallite, causa permanenza di conflittualità, già segnalata due anni or sono, tra la versione INSIEL del programma e i browser in uso a livello aziendale.
- Per quanto attiene alla cartella trasfusionale elettronica sono stati presentati il 30.10.18 e successivamente testati presso l' Ambulatorio dei nuovi sistemi di controllo per l'identificazione del ricevente dell'unità trasfusionale (a letto paziente). Gli esiti positivi delle prove hanno portato ad una adozione in linea dei sistemi testati. Presso le altre sedi del Dipartimento, Palmanova e Tolmezzo, coinvolte nelle pratiche di supporto trasfusionale ambulatoriale, è già in uso il braccialetto cd Gricode.

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

3.6.6. Erogazione dei livelli di assistenza

Obiettivo	Risultato atteso
Riduzione del tasso di ospedalizzazione	122,5 x mille (anno 2016 = 125,8, stima 2017 = 125,24)

Verifica dell'attività al 31-12-2018

L'azienda si attesta su un valore di 123,99.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
Riduzione del numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica per gli adulti, ricorrendo anche ad un maggiore utilizzo del day service	Al di sotto del 28% (valore ottobre 2017: 40,3%)

Verifica dell'attività al 31-12-2018

La percentuale di ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica per gli adulti è pari al 33%.
Il day service non è stato attivato a livello di configurazione centrale dei sistemi informatici di supporto.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
Riduzione del numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica per i pediatrici, ricorrendo anche ad un maggiore utilizzo del day service,	Percentuale al di sotto del 42% (valore ottobre 2017: 41,9%)

Verifica dell'attività al 31-12-2018

La percentuale di ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica per i pediatrici è pari al 59,6%.
Il day service non è stato attivato a livello di configurazione centrale dei sistemi informatici di supporto.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
Riduzione della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti ≥ 65 anni	Sotto del 4% (valore aziendale ottobre 2017 di 6,1%)
<i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i> La percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti ≥ 65 anni è pari a 7,02%	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
Recupero della fuga extra-regionale di ricovero e di specialistica ambulatoriale rispetto ai dati 2015	Almeno il 25%
<i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i> L'obiettivo è stato STRALCIATO con DGR n. 2350/14.12.2018.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
	DGR 2350/2018
Controlli appropriatezza	ASUIUD proseguirà ad effettuare i controlli di appropriatezza delle prestazioni effettuate dagli erogatori pubblici e privati, secondo il piano dei controlli programmato dallo specifico gruppo di coordinamento regionale.
<i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i> L'azienda ha effettuato i controlli programmati.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Indicatori	L'azienda deve garantire il raggiungimento degli standard obiettivo di cui all'allegato B da DGR 185/2018 di approvazione definitiva delle Linee annuali per la Gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2018.
<i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i> Vedi tabella indicatori cap. 3.10	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

3.6.7. Rete Cure Sicure FVG	
Obiettivo	Risultato atteso
Prosecuzione delle attività della Rete Cure Sicure FVG (DGR n. 1970/2016 "Rete Cure Sicure FVG della Regione Friuli Venezia Giulia: Modello Organizzativo")	Evidenza delle attività svolte per: - garantire la sicurezza ed appropriatezza nell'uso del farmaco; - il controllo e la prevenzione delle infezioni e progetto regionale di <i>antimicrobial stewardship</i> ; Pubblicazione e diffusione dei dati delle attività dell'anno precedente

	<ul style="list-style-type: none"> - prosecuzione della strutturazione della Rete Cure Sicure FVG in accordo con la DGR n. 1970/2016 "Rete Cure Sicure FVG della Regione Friuli Venezia Giulia: Modello Organizzativo", con particolare riferimento al completamento della formazione dei <i>link professional</i>; - valutazione semestrale, tramite indicatori clinici ed organizzativi definiti dal <i>Tavolo tecnico regionale dei risk manager aziendali</i>; - diffusione dei dati sullo stato nutrizionale emersi dalla <i>survey 2017</i> e implementazione di strategie condivise sulla nutrizione e sull'idratazione dei pazienti; - effettuazione dell'autovalutazione CARMINA e miglioramento di un'area attraverso l'implementazione di un almeno uno standard minimo; - prosecuzione delle attività di <i>empowerment</i> dei pazienti sulle tematiche del rischio mediante la valutazione dell'utilizzo del modulo di "integrazione della lettera di dimissione" e avvio di azioni di miglioramento - pubblicazione delle informazioni, come previsto dalla legge 24/2017 e concordato dai tavoli tecnici della conferenza Stato-Regioni; in particolare, relativamente alla relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto; pubblicazione nel sito internet aziendale dei dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (verificati nell'ambito dell'esercizio della funzione di monitoraggio, gestione e prevenzione del rischio sanitario)
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>L'attività è stata svolta secondo la programmazione regionale.</p> <p>Nello specifico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sono stati formati 373 professionisti (rischio infettivo: 268, lesioni da pressione: 45, IMFR – documentazione clinica/dolore: 38, IMFR - sicurezza pazienti/incident reporting: 22) - sono stati raccolti e comunicati alla Regione, su base semestrale, gli indicatori definiti dal Tavolo tecnico regionale; - i dati sullo stato nutrizionale, emersi dalla <i>survey 2017</i>, sono stati diffusi ai Direttori e Responsabili delle Strutture aziendali contestualmente all'inoltro dei report del 3° trimestre 2018 sulla valutazione della qualità della cartella clinica (a livello ospedaliero è già attivo un programma di miglioramento degli aspetti di nutrizione clinica)]; - è stata condotta l'autovalutazione CARMINA con attuazione di miglioramenti in 4 delle 7 aree previste, - è proseguita l'attività di <i>empowerment</i> dei pazienti sulle tematiche del rischio mediante la valutazione dell'utilizzo del modulo di "integrazione della lettera di dimissione" - sono state pubblicate sul sito aziendale (sezione amministrazione trasparente – altri contenuti), alle 	

scadenze definite a livello regionale, le informazioni relative alla relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto, e quelle inerenti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO NON È STATA RENDICONTATA L'ATTIVITÀ AL 31.12 DI "GARANTIRE LA SICUREZZA ED APPROPRIATEZZA NELL'USO DEL FARMACO"
--	--

3.6.8. Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH	
Obiettivo	Risultato atteso
Individuare un Coordinatore locale HPH, che farà anche parte del Comitato HPH regionale	Coordinatore individuato entro febbraio
Attivare il Comitato guida aziendale	Comitato attivato entro novembre
<i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i> Il coordinatore è stato individuato dall'Azienda con nota prot. n. 29288 del 6.4.2018. In data 26.9.2018 con nota prot. 74632 è stata comunicata la sostituzione del referente aziendale.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	RISULTATO PARZIALMENTE RAGGIUNTO MANCA EVIDENZA DI ATTIVAZIONE DEL COMITATO AZIENDALE

3.7. RAPPORTO CON I CITTADINI

3.7.1. Tempi d'attesa	
Obiettivo	Risultato atteso
Rispettare i tempi d'attesa per la specialistica ambulatoriale e i ricoveri per interventi chirurgici programmati	Specialistica ambulatoriale: % 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 60 gg se diagnostiche >=90% % di prestazioni monitorate prescritte in priorità P ed erogate entro 180 gg >=85% Ricoveri per interventi programmati: % di interventi chirurgici monitorati e prescritti con priorità A che rispettano i tempi d'attesa >=95% % di interventi chirurgici monitorati e prescritti con priorità B, C e D che rispettano i tempi d'attesa >=90%
<i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i>	

TA specialistica ambulatoriale: viene valutata la % di rispetto dei tempi d'attesa considerando tutte le prenotazioni di residenti ASUIUD in qualsiasi struttura regionale, analogamente a quanto monitorato periodicamente dalla Direzione Centrale Salute. Dal confronto con l'anno precedente, emergono i seguenti elementi:

- Priorità B: il numero di prenotazioni considerate è incrementato del 23%, con un miglioramento delle % di garanzia per molte prestazioni, in particolare per le visite (neurologica, pneumologica, chirurgia vascolare), per EMG, colon-sigmoidoscopia, mammografia e ecografia della mammella, anche se nessuna prestazione tracciante rispetta il 95% di garanzia.
- Priorità D: il numero di prenotazioni considerate è incrementato del 32%, con un miglioramento delle % di garanzia in particolare per visita neurologica e oculistica, colonscopia, RM pelvi e EMG. Per 14 prestazioni su 43 traccianti viene raggiunto il target del 90%.
- Priorità P: per 26 prestazioni su 43 viene rispettata la % di garanzia (85%).

TA interventi chirurgici:

Vengono considerati gli interventi programmati erogati in regime di ricovero (ordinario e DH) dalle strutture ospedaliere ASUIUD (presidio S. Maria della Misericordia e Policlinico Città di Udine). Dal confronto con l'anno precedente risultano i seguenti elementi:

- Priorità A: per cinque tipologie di intervento si rileva un miglioramento dei tempi di attesa (interventi cardiovascolari, coronarografia, cataratta), anche se il target del 95% non viene raggiunto. Permangono criticità per gli interventi oncologici.
- Priorità B, C, D: in 18 osservazioni viene raggiunto lo standard; per 13 osservazioni si è registrato un miglioramento delle % di rispetto dei tempi, in particolare protesi d'anca e bypass aortocoronarico.

Monitorare i tempi d'attesa	L'Azienda rispetta i tempi per la trasmissione dei monitoraggi ministeriali (ALPI e attività istituzionale)
<i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i>	
Il monitoraggio ministeriale ALPI è stato trasmesso entro i termini indicati.	
Le agende dell'ASUIUD e delle strutture private accreditate presenti sul suo territorio sono configurate per la prenotazione on line	Le agende verranno progressivamente adeguate alla prenotazione on line secondo le indicazioni dell'EGAS
<i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i>	
Tutte le agende di prenotazione sono state adeguate alla prenotazione on line, secondo le indicazioni EGAS	
Rispettare il rapporto tra attività libero professionale e istituzionale	Il rapporto tra i volumi erogati sarà costantemente monitorato
<i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i>	
Con l'assegnazione del budget alle Strutture aziendali, sono stati definiti volumi di prestazioni traccianti (per esterni, per degenti e l.p.). Sono stati effettuati monitoraggi nel corso dell'anno e diffusi alle strutture aziendali.	
Verifica dei livelli di prenotabilità per le prestazioni traccianti	Evidenza della prenotabilità a CUP regionale delle prestazioni traccianti in entrambi i setting (istituzionale e l.p.)
<i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i>	

<p>La verifica effettuata ha messo in evidenza alcune situazioni che richiedono un intervento sui livelli di prenotabilità dell'attività istituzionale, in particolare per prestazioni di radiologia che vengono prenotate localmente per valutazione preventiva clinica del caso. Sono state introdotte modifiche organizzative dell'offerta per migliorare l'accessibilità, con strutturazione degli accessi successivi al primo per la diagnostica endoscopica e alcune aree della diagnostica radiologica.</p>	
Interventi per il contenimento delle liste d'attesa	Sviluppo di meccanismi operativi per il governo dell'offerta
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>Sono proseguite le attività per il contenimento delle liste d'attesa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>gestione dell'offerta di specialistica ambulatoriale</u>: riconfigurazione delle agende pubbliche e del privato accreditato secondo criteri omogenei e a favore delle priorità B e D; per il privato, adeguamento delle agende ai volumi della commessa e visibilità a Call Center; assegnazione alle strutture aziendali di volumi attesi per le prestazioni traccianti (esterni, degenti e l.p.) attraverso la programmazione di budget; differenziazione dell'offerta per gli accessi successivi al primo per la diagnostica endoscopica e alcune aree della diagnostica radiologica. • <u>rapporti con le strutture private accreditate</u>: rimodulazione quali-quantitativa delle commesse assegnate agli erogatori privati accreditati, in funzione delle criticità delle liste d'attesa e dell'offerta delle strutture aziendali per esterni e degenti; assegnazione di parte dei fondi ex LR 7/2009 destinati, in particolare, a prestazioni radiologiche (anche per percorsi di follow up oncologici), interventi di cataratta e prese in carico riabilitative. 	
Libera professione intramoenia	Le AAS/ASUI/IRCCS sono tenute a sospendere la libera professione intra-moenia ai medici delle strutture che non hanno reso disponibili a CUP regionale tutte le agende di prenotazione delle visite/prestazioni
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>La verifica effettuata ha messo in evidenza alcune situazioni che richiedono un intervento sui livelli di prenotabilità dell'attività istituzionale, in particolare per prestazioni di radiologia che vengono prenotate localmente per valutazione preventiva clinica del caso. Sono state introdotte modifiche organizzative dell'offerta per migliorare l'accessibilità, con strutturazione degli accessi successivi al primo per la diagnostica endoscopica e alcune aree della diagnostica radiologica.</p>	
LR 7/2009 per l'abbattimento delle liste d'attesa	<p>L'ASUIUD trasmette una relazione alla DCS in cui vengono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - rendicontate le modalità di utilizzo del finanziamento attribuito nell'indistinto procapite (LR 7/2009) - illustrati i risultati ottenuti in termini di contenimento dei tempi d'attesa
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>Con decreto ASUIUD 783 del 29/08/2018 è stato approvato il programma aziendale per l'utilizzo dei fondi ex L.R. 7/2009 destinati a progettualità aziendali e verso le strutture private accreditate. Successivamente il programma è stato integrato con decreto ASUIUD n. 1076 del 5/12/2018 al fine di destinare quote residue dei</p>	

<p>fondi a fronte di criticità dei tempi d'attesa per la diagnostica radiologica. Entrambi gli atti sono stati inviati alla Direzione Centrale Salute.</p> <p>Inoltre con nota prot. 25549 del 29/03/2019 è stata trasmessa la relazione finale sull'utilizzo delle risorse LR7/2009 in cui vengono rendicontate:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Progettualità intraziendali per abbattimento liste d'attesa che hanno previsto sia assunzioni di personale sia l'effettuazione di prestazioni ambulatoriali e sedute operatorie "aggiuntive" alla programmazione ordinaria su ambiti con tempi d'attesa critici; • Finanziamento aggiuntivo destinato alle strutture private accreditate per abbattimento liste d'attesa che ha previsto l'offerta di prestazioni riservate a cittadini ASUIUD o in follow up oncologico in ambiti con tempi d'attesa critici. 	
Definizione piano per utilizzo della quota aggiuntiva	Il piano è definito entro il 31.3.2017
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>La data riportata nel risultato atteso è confondente, non solo per l'annualità, ma anche per la datazione a marzo dell'utilizzo della quota aggiuntiva (che si presume essere quella di cui alla LR 7/2009) per la componente destinata agli erogatori privati accreditati, stabilita a giugno dal successivo obiettivo.</p> <p>L'attività è compresa nell'obiettivo successivo, integrato con DGR n. 1423 del 27/7/2018.</p>	
Stipula accordi con privati per prestazioni da quota aggiuntiva	Accordi stipulati (vedi 3.1.8)
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>Coerentemente con il programma di utilizzo dei fondi ex LR 7/2009, sono stati assegnati finanziamenti aggiuntivi a sei strutture private accreditate, con le quali è stato sottoscritto uno specifico atto separato, contestualmente all'accordo 2018. Il finanziamento è finalizzato all'erogazione di prestazioni che presentano criticità per tempi d'attesa (TC e RM, interventi di cataratta, prestazioni cardiologiche e riabilitative). Nel mese di dicembre è stato stipulato un accordo integrativo con una struttura privata accreditata per l'assegnazione della quota residua del fondo LR 7/2009 per garantire erogazione di ulteriori prestazioni radiologiche.</p>	
Le AAS/ASUI rendicontano alla DCS le modalità di utilizzo del finanziamento attribuito con la legge 7/2009, tenendo conto che una quota di almeno il 40% è da utilizzare per l'acquisto di prestazioni dagli erogatori privati convenzionati, in aggiunta al budget assegnato per il periodo 2017-2019 con la stipula degli accordi adottati con la DGR n. 42/2017.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stipulare specifico accordo integrativo con gli erogatori privati entro il 30.6.2018; 2. Trasmettere alla DCS entro e non oltre il 31.12.2018 l'atto/gli atti di evidenza delle effettive esigenze di abbattimento delle liste di attesa e ricorso agli importi stanziati 3. Presentare apposita rendicontazione sull'utilizzo delle somme assegnate nel bilancio consuntivo 2018
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gli accordi integrativi per fondi LR 7/2009 sono stati sottoscritti, contestualmente all'accordo 2018, con sei strutture private accreditate. 2. Con decreto ASUIUD 783 del 29/08/2018 è stato approvato il programma aziendale per l'utilizzo dei fondi ex L.R. 7/2009. Nel mese di dicembre il programma è stato integrato con un ulteriore finanziamento per il privato accreditato. Entrambi gli atti sono stati regolarmente inviati alla DCS. 3. Con nota prot. 25549 del 29/03/2019 è stata trasmessa la relazione finale sull'utilizzo delle risorse LR7/2009 in cui vengono rendicontate: 	

- Progettualità intraaziendali per abbattimento liste d'attesa che hanno previsto sia assunzioni di personale sia l'effettuazione di prestazioni ambulatoriali e sedute operatorie "aggiuntive" alla programmazione ordinaria su ambiti con tempi d'attesa critici;
- Finanziamento aggiuntivo destinato alle strutture private accreditate per abbattimento liste d'attesa che ha previsto l'offerta di prestazioni riservate a cittadini ASUIUD o in follow up oncologico in ambiti con tempi d'attesa critici.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

3.7.2. Innovazione nella gestione delle terapie

Obiettivo	Risultato atteso
Aumento dell'utilizzo dei nuovi anti-coagulanti orali	L'obiettivo si intende raggiunto se i controlli ambulatoriali per INR eseguita a pazienti residenti, si riducono almeno del 25% sul dato 2016; l'obiettivo non è raggiunto per riduzioni inferiori al 10%; per riduzioni comprese fra il 10% e il 25%, l'obiettivo verrà in proporzione considerato raggiunto parzialmente.
Somministrazione sottocute, o per altra via, delle terapie per endovena di lunga durata (almeno 2 ore)	Analisi di fattibilità per l'implementazione delle terapie sottocute in alternativa a quelle per endovena
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>Gli utenti afferenti al Centro TAO della SOC Medicina trasfusionale di Udine sono passati da 2.868 del 2017 a 2.490 nel 2018, con un decremento del 13%. Si rileva inoltre che le prime visite NAO sono incrementate del 416% (anno 2017= 43, anno 2018= 222).</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

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

Obiettivo	Risultato atteso
Riduzione di reparti di terapia intensiva o semi-intensiva che impediscono la presenza libera del care giver	Abolite per tutte le degenze intensive e semi-intensive le limitazioni non motivatamente necessarie (es. effettiva necessità di isolamento) poste a livello temporale per i care giver indicati dai pazienti, con presenza di uno per volta
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>Attività garantita.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.7.4. Presenza del care giver in corso di visita nei reparti di degenza	
Obiettivo	Risultato atteso
Presenza del care giver in corso di visita nei reparti di degenza	Per le degenze ordinarie è prevista la possibilità che i pazienti possano avere accanto a sé un care giver, anche al momento della visita medica o dell'esecuzione delle procedure assistenziali.
<i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i> Attività garantita.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.7.5. Contatto telefonico dopo la dimissione da un intervento chirurgico (recall)	
Obiettivo	Risultato atteso
Contatto telefonico dopo la dimissione da un intervento chirurgico (recall)	-Prosecuzione del progetto di recall ai pazienti dimessi dopo un intervento di chirurgia programmata - Estendere tale servizio anche ad altre tipologie di trattamento
<i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i> Attività garantita.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

3.7.6. Individuazione del medico responsabile della gestione del ricovero del paziente	
Obiettivo	Risultato atteso
Individuazione del medico responsabile della gestione del ricovero del paziente	Ogni paziente ricoverato in ospedale riceve l'informazione di chi è il medico responsabile della gestione del proprio caso e che, pertanto, assicura la coerenza delle diverse azioni che caratterizzano l'intera degenza
<i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i> Attività garantita.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

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

<i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i>	
La partecipazione è garantita, qualora richiesta.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.8 I FLUSSI E IL SISTEMA INFORMATIVO

3.8.1.1 Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)	
Obiettivo	Risultato atteso
Migliorare e mantenere ottimale il livello di qualità delle SDO	<ul style="list-style-type: none"> - La percentuale di SDO archiviate deve essere in media nell'arco dell'anno maggiore o uguale al 98% dei dimessi; - Le richieste di apertura delle SDO archiviate non deve superare il 3% delle SDO archiviate. - Le anomalie in merito alla qualità della compilazione non devono superare in media il 10%
<i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - L'Azienda si attesta su un valore del 99,86%. - Le richieste di apertura delle SDO archiviate è stata pari allo 0,14%. - Le anomalie relative all'anagrafica sono state pari allo 0,54%; le anomalie relative al ricovero sono state pari al 2,23%. 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.8.1.2 Obblighi informativi e qualità dei dati ai fini amministrativi, epidemiologici e gestionali e flussi ministeriali	
Obiettivo	Risultato atteso
Garantire tutti i flussi informativi e i programmi di sorveglianza	Vengono garantiti tutti i flussi informativi e i programmi di sorveglianza
<i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i>	
L'attività è garantita.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
	NON È STATO RAGGIUNTO L'OBIETTIVO SUL FLUSSO EMUR E SISM

3.8.1.3 Supporto a progetti di valenza regionale ed integrati tra Assessorati	
Obiettivo	Risultato atteso
Contribuire alle attività previste nel piano di lavoro dell'Osservatorio Ambiente Salute (DGR 532/2014), attraverso le strutture di Epidemiologia e di	Evidenza dello svolgimento dell'attività richiesta

Accreditamento, gestione del rischio clinico e valutazione delle performance sanitarie	
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>È stata assicurata la disponibilità allo svolgimento di attività.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Supporto alla DCS per l'elaborazione dei dati e le valutazioni sul raggiungimento dei target attesi previsti, attraverso le strutture <i>Epidemiologia, Accreditamento, gestione del rischio clinico e valutazione delle performance sanitarie</i> e <i>Centro di coordinamento regionale malattie rare</i>	Evidenza dello svolgimento dell'attività richiesta
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Supporto elaborazione dati per Registro regionale resistenze antimicrobiche per l'anno 2017: produzione brochure con dati di resistenza inviata con email del 13.04.2018 a EGAS. - Elaborazione dati Registro regionale incidenti stradali e valutazioni epidemiologiche dell'impatto sanitario degli incidenti, pubblicate il 07.08.2018 in http://www.regione.fvg.it/rafvfg/cms/RAFVFG/infrastru-lavori-pubblici/infrastrutture-logistica-trasporti/FOGLIA2/ - Supporto all'elaborazione dei dati dell'indagine "L'accesso ai programmi regionali di screening oncologico: cause di ridotta estensione e di mancata adesione" dell'Area Promozione della Salute e Prevenzione: già predisposta maschera excel per classificazione dei dati raccolti (invio maschera di prova all'Area promozione della salute e prevenzione DCS con email del 24.08.2018). - Supporto Rete Regionale Malattie Infettive Rare - Malattia di Lyme- elaborazione dati accessi a strutture sanitarie per malattia di Lyme e analisi anticorpi anti-Borrelia da inserire nel PDTA (invio dati all'Area promozione della salute e prevenzione DCS con email del 10.05.2018 e 07.06.2018). - Supporto valutazioni indicatori CREU (Comitato Regionale Emergenza Urgenza): partecipazione alle sedute come da verbali CREU; supporto analisi dati infarto acuto del miocardio (invio valutazioni all'Area servizi assistenza ospedaliera DCS con email del 02.08.2018) - Supporto a DCS per valutazioni per Report VISPA Valutazione Ambientale Strategica dell'Accordo di Programma per la realizzazione del "Collegamento della SS13 Pontebbana e A23 – Tangenziale sud di Udine – Il lotto" come evidente da report stesso pubblicato in https://www.regione.fvg.it/rafvfg/export/sites/default/RAFVFG/ambiente-territorio/pianificazione-gestione-territorio/FOGLIA106/allegati/REPORT_VISPA.pdf - Supporto estrazione dati Registro Regionale Malattie Rare per verifica degli adempimenti LEA per la malattie rare relativi all'anno 2018 (invio dati a Centro di Coordinamento Regionale Malattie Rare con email del 27.06.2018). 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.8.2.1 Sistema informativo	
Obiettivo	Risultato atteso
Utilizzare la firma digitale	- Applicativi gestionali ambulatoriali del G2 Clinico >

	<p>90%</p> <ul style="list-style-type: none"> - Laboratorio e microbiologia >98% - Medicina trasfusionale > 98%, se viene attivata la firma digitale su EMONET - Anatomia patologica > 98% - Radiologia > 98%
Ricetta dematerializzata	MMG che prescrivono DEMA o MIR > 80%
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>Firma digitale (dati al 31.7.2018):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Applicativi gestionali ambulatoriali del G2 Clinico: l'azienda si attesta sul valore di 95,1% - Laboratorio e microbiologia: l'azienda si attesta sul valore di 95,7% - Anatomia patologica: l'azienda si attesta sul valore di 100% - Radiologia: l'azienda si attesta sul valore di 99,6% <p>Ricetta dematerializzata:</p> <p>L'azienda si attesta sul valore di 66%</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO: UTILIZZO FIRMA DIGITALE</p> <p>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO: RICETTA DEMATERIALIZZATA</p> <p>OBIETTIVO STRALCIATO: MEDICINA TRASFUSIONALE</p>

3.8.2.2 PACS	
Obiettivo	Risultato atteso
Prosecuzione dell'estensione nel settore dell'endoscopia digestiva ed avvio dell'estensione nell'ambito residuale dell'endoscopia ambulatoriale e in radioterapia	Realizzazione dell'estensione secondo le indicazioni regionali
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>Attivata l'integrazione PACS dei sistemi di endoscopia digestiva, broncoscopia e toracosopia.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Consultazione/visualizzazione di referti e immagini in situazione emergenziale inter-aziendale	- Prosecuzione della messa a regime del caso d'uso negli ambiti clinici previsti dalla programmazione sanitaria regionale.
<p><i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i></p> <p>Attivata la consultazione emergenziale per la neurochirurgia verso i presidi di Tolmezzo, S. Daniele, Pordenone, Palmanova e Latisana. È inoltre attiva la consultazione anche verso i presidi di Gorizia e Monfalcone come hub alternativo a quello di Trieste.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Referto multimediale	Supporto aziendale secondo le modalità definite in

	coerenza e continuità con la programmazione sanitaria regionale
<i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i>	
Viene dato supporto secondo quanto richiesto dal coordinamento regionale. Sostituzione del sistema di masterizzazione, in linea con i programmi evolutivi del sistema previsti da EGAS	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
Potenziamento e ottimizzazione del sistema PACS regionale	Evidenza delle richieste aziendali
<i>Verifica dell'attività al 31-12-2018</i>	
Non sono pervenute richieste specifiche di implementazione di nuove funzionalità del sistema PACS. È stato dato riscontro alle richieste di ottimizzazione dei percorsi in ambiti specifici di attività con installazione di stazioni di refertazione/consultazione ulteriori (es. cardiocirurgia)	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

5.2. Fascicolo sanitario elettronico (FSE)	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
fascicolo sanitario elettronico (FSE)	Implementazione del FSE al 15% della popolazione
Valutazione direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO L'AZIENDA NON HA RENDICONTATO L'OBIETTIVO NEL PROPRIO BILANCIO DI CHIUSURA. VIENE COMUQNEI EFFETTUATA LA VALUTAZIONE SULLA BASE DELLE INFORMAZIONI IN POSSESSO DELLA DIREZIONE SALUTE

TABELLA INDICATORI

			ASUIUD	
			DATO AZIENDA	DATO DIREZIONE
1.	PREVENZIONE			
LEA	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base	>= 95%	91,9%	91,7%
1.a				
LEA	Difterite-tetano	>= 95%	91,9%	91,9%
1.b				
LEA	Antipolio	>= 95%	91,9%	91,9%
1.c				
LEA	Antiepatite B	>= 95%	91,3%	91,3%
2	PREVENZIONE			
LEA	Vaccinazione raccomandate MPR	>= 90%	90,20%	90,2%
3	PREVENZIONE			
LEA	Vaccinazione raccomandata contro l'influenza dell'anziano	>=70%	56,7%	57,9%
7	PREVENZIONE			
LEA	Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro	>=85	69,6	69,6
8	TUTELA DELLA SALUTE NEI LUOGHI DI LAVORO			
LEA	Percentuale di unità controllate sul totale di unità da controllare	>= 5%	5,0%	6,4%
9	SANITA' ANIMALE			
LEA	Percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina	>= 98%	100%	140%
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 ovicaprina	>= 98% del 10% dei capi	100%	124%
11	SANITA' ANIMALE			
LEA	Percentuale di aziende ovicaprine controllate (3%) per anagrafe	>= 98% del 3% aziende	100%	4%
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%	20,6%	18,0%
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	97,2	97,2
15	ASSISTENZA DOMICILIARE			
	Percentuale di anziani >=65 trattati in ADI con PAI	>= 3,8%	2,9%	2,9%
16	HOSPICE			
	Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100)	> 1	1,1	1,41
17	SPECIALISTICA AMBULATORIALE			
	Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1000 residenti (>=65 anni)	<= 24	25	25
18	FARMACEUTICA			
	Incidenza di sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (anti-ipertensivi)	<=30%	42,3	42,3
19	FARMACEUTICA			
	Consumo pro-capite di farmaci inibitori di pompa protonica	25 up pro cap	27,5	27,5
20	SALUTE MENTALE			
	utenti in carico nei centri di salute mentale per 1.000 abitanti	>=10	19,4	18,1
21				
	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	>= 38%	43,0%	43,0%
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	0,25	0,24
23				
	Percentuale di parti cesarei	<20%	17,8%	17,8%
24				
	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 48 h in regime ordinario	>70%	70,7%	70,8%

			ASUIUD	
			DATO AZIENDA	DATO DIREZIONE
25	EMERGENZA Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	<= 20'	non di pertinenza dell'azienda	18'47"
BERSAGLIO (C.11a.1.1)	CUORE riduzione del tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti di 50-74 anni	< 200	149,0	149,9
	RENE potenziamento della Dialisi peritoneale e dei trapianti con l'obiettivo di ridurre i pazienti in emodialisi al di sotto del 53% del totale (trapiantati + emodializzati + in dialisi peritoneale)	< 53%	n.d.	61,2%
BERSAGLIO (C11.a.2.4)	PANCREAS riduzione del tasso di amputazioni maggiori per diabete	< 28 per milione di residenti	22,45	23,82
BERSAGLIO (C11.a.3.1)	POLMONE riduzione del tasso di ospedalizzazione per BPCO	< 52 per 100.000 residenti 50-74 anni	39,28	41,19
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	145	198
Linea 3.6.2	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	68,5%	70,8%
Linea 3.6.2 Bersaglio C5.18.1	TRAUMA Degenza media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – ricoveri urgenti riduzione e/o mantenimento al di sotto di 1,5 gg	<1,5 gg	2,4	2,4
Linea 3.6.2 Bersaglio C5.18.2	TRAUMA Attesa media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – accessi in PS e ricoveri programmati (Riduzione del 20% rispetto all'anno 2017)	- 20% rispetto 2017	6,9%	Dato 2017: 7,51 Dato 2018: 7,26
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	64,0%	ADULTI: 54,24 % PEDIATRICO: 79,21 %
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	78,0%	ADULTI: 67,5% PEDIATRICO: 92,9%
BERSAGLIO (C7.1)	MATERNINO INFANTILE mantenimento della percentuale dei parti cesarei depurati (NTSV) al di sotto del 20% dei parti totale dei parti depurati	< 20%	12,68%	13,50%
BERSAGLIO (C7.2)	MATERNINO INFANTILE i parti indotti devono essere ridotti al di sotto del 22%	< 22%	34,10%	34,39%
Linea 3.6.6 Erogazione LEA	TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE	<122 x mille	123,99	124,06
BERSAGLIO (C14.2.a)	DAY HOSPITAL MEDICO DI TIPO DIAGNOSTICO - ADULTI riduzione del numero di ricoveri in Day Hospital medico per acuti con finalità diagnostica portando la percentuale al di sotto del 30% per gli adulti e del 50% per i pediatrici	< 28% adulti	33,00%	33,9%
BERSAGLIO (C14.2.2)	DAY HOSPITAL MEDICO DI TIPO DIAGNOSTICO - PEDIATRICI riduzione del numero di ricoveri in Day Hospital medico per acuti con finalità diagnostica portando la percentuale al di sotto del 30% per gli adulti e del 50% per i pediatrici	< 42% pediatrici	59,6%	59,6%
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%	7,02%	7,02%

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

3.1 PROGETTI DI ORGANIZZAZIONE DELLE FUNZIONI

Atto aziendale	
Obiettivo	Risultato atteso
Posti letto ospedalieri	Conclusione del percorso di ridefinizione dei posti letto presso i presidi ospedalieri in coerenza a quanto definito dalla DGR 2673/2014.
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>La dotazione dei posti letto risulta complessivamente inferiore rispetto alle indicazioni regionali (DGR 2673/14). Lo scostamento è da ricondurre a vincoli logistici, che in entrambi i PO non hanno consentito di incrementare per il 2018 i posti letto per l'area di Riabilitazione intensiva/estensiva.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

Posti letto – assistenza primaria	
Obiettivo	Risultato atteso
Posti letto	Conclusione del percorso di ridefinizione dei posti letto dell'assistenza primaria (Hospice, SUAP, RSA e riabilitazione estensiva, Presidi ospedalieri per la Salute, Salute mentale, Dipendenze) in coerenza a quanto definito dalla DGR 2673/2014.
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>La dotazione dei posti letto risulta complessivamente inferiore rispetto alle indicazioni regionali (DGR 2673/14). Vincoli logistici e strutturali non hanno consentito di incrementare la dotazione dei posti letto.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

3.1.2 Acquisizione e/o spostamento di funzioni	
Obiettivo	Risultato atteso
Trasferimento della funzione di ONCOLOGIA e CARDIOLOGIA ONCOLOGICA Laboratori analisi e Microbiologia e virologia	Monitoraggio delle attività già attuate
<p>Risultato al 31.12.2018</p>	

Le funzioni sono state trasferite e i livelli di attività sono mantenuti	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
- completamento dell'integrazione delle funzioni di laboratorio analisi - revisione della convenzione in essere per la corretta attribuzione e valorizzazione delle attività (integrazione DGR 1423/2018)	- sono trasferiti al CRO le indagini diagnostiche di laboratorio di pertinenza oncologica concordate con AAS5 - approvazione nuova convenzione tra i due enti
Risultato al 31.12.2018 Come previsto dalla convenzione, sono state trasferite alcune residuali indagini diagnostiche al CRO	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.3 Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi (EGAS)	
Obiettivo	Risultato atteso
EGAS	- Collaborare alle iniziative intraprese da EGAS in base alle direttive regionali. - Attuare quanto stabilito in Comitato di Indirizzo Egas.
Risultato al 31.12.2018 E' stata assicurata la collaborazione con EGAS	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.3 Emergenza urgenza	
Obiettivo	Risultato atteso
Proseguimento delle attività previste dal Piano dell'Emergenza Urgenza	-Completamento dell'assetto previsto dal Piano Emergenza Urgenza per tutti i mezzi di terra. - Adeguamento al volo notturno delle piazzole dell'eliambulanza dei presidi ospedalieri hub e spoke.
Risultato al 31.12.2018 a) Ricollocazione dell'auto medica oggi attiva solo nelle ore notturne. b) Sono stati completati gli orari di presenza dei mezzi di soccorso sul territorio (Azzano Decimo sulle 24 ore). c) E' stato sottoscritto un accordo con il Comune di Pordenone per l'aereoclub per realizzare l'elisuperficie notturna in Comina. E' stato chiesto un finanziamento in Regione per attrezzare le manovre notturne anche quella di Spilimbergo. d) L'Azienda ha proposto il mantenimento dell'ambulanza ALS nella postazione attuale di Sequals (al posto della prevista ricollocazione su Clauzetto/Pradis, che allungherebbe i tempi d'intervento in Val Tramontina), e il raddoppio della presenza dell'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.	

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

3.1.4 Medicina di Laboratorio

Obiettivo	Risultato atteso
Laboratori analisi e Microbiologia e virologia	Proseguimento delle attività già avviate e progressiva attuazione della distribuzione dell'attività del Laboratorio Analisi tra Pordenone/CRO/Pordenone (riferimento Decreto n. 591 del 13.9.2017 All. 1)
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Le attività previste dal Decreto n. 591 del 13.9.2017 All. 1 sono ormai consolidate e proseguono regolarmente.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.5 Sangue ed emocomponenti

Obiettivo	Risultato atteso
Sangue ed emocomponenti	approvazione e sottoscrizione del documento di scorporo di personale, attrezzature, beni, dei contratti e convenzioni fra AAS2 e AAS5 (maggio 2018)
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Decreto AAS5 n. 348 del 30/04/2018 "Realizzazione del Centro Unico Regionale di Produzione degli Emocomponenti (CURPE) presso la sede di Palmanova: approvazione atto di scorporo con l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 "Bassa Friulana - Isontina".</p> <p>Decreto AAS2 n. 326 del 30/04/2018 "Realizzazione del centro unico regionale di produzione degli emocomponenti (curpe) presso la sede di Palmanova: approvazione atto di scorporo con l'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n.5 "Friuli Occidentale".</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Accreditamento istituzionale (integrazione DGR 1423/2018)	Entro la fine del 2018 verifica e rinnovo dell'accreditamento istituzionale di tutte le strutture trasfusionali della Regione
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Accreditamento istituzionale: la verifica e rinnovo dell'accreditamento istituzionale del Dipartimento di Medicina Trasfusionale di Pordenone si è svolto nelle giornate del 25, 26, 27 settembre 2018.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.6 Reti di Patologia	
Obiettivo	Risultato atteso
Reti di patologia	<p>-attivare per ogni sede ospedaliera, entro il 30 settembre 2018, almeno una sala attrezzata per gestire teleconferenze cliniche e riunioni operative a distanza, nonché permettere la visione contemporanea di documentazione ed immagini diagnostiche di alta qualità.</p> <p>-collaborare con EGAS per implementazione di un sistema informatico/informativo in grado di mettere in comunicazione operativa i mezzi di soccorso (ambulanze, automediche ed eliambulanza) fra loro e con i servizi di pronto soccorso e la centrale operativa 118, per la registrazione e la trasmissione contestuale di informazioni cliniche</p> <p>- nelle more dell'attivazione della Rete oncologica regionale, definire per area geografica, entro il 30 aprile 2018, percorsi integrati facilitanti la presa in carico del paziente oncologico.</p>
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Sono attive 6 sale per teleconferenze o visione contemporanea di documentazione ed immagini diagnostiche di alta qualità di cui 2 nell'Ospedale di Pordenone ed una nelle sedi di San Vito e di Spilimbergo.</p> <p>- Garantita la collaborazione con EGAS per l'implementazione di un sistema informatico/informativo</p> <p>Percorsi integrati facilitanti la presa in carico del paziente oncologico:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Prostate Cancer Unit: è stata istituita la "Prostate cancer unit" tra AAS5 Friuli Occidentale e IRCCS CRO di Aviano con decreto DG 403 DEL 21/05/2018. 2.Skin Cancer Unit: Sono stati organizzati un incontro tra le direzioni strategiche per formalizzare l'unità a partire dalla definizione di un documento di fattibilità. 3.Tumori del distretto capo collo: Il gruppo multidisciplinare è attivo e svolge attività clinica e di ricerca coinvolgendo strutture del CRO e dell'AAS5. 4.Patologia oncoematologica: La procedura per la gestione delle Urgenze Onco-Ematologiche nei presidi ospedalieri di AAS5 e CRO è stata approvata e il servizio è attivo dal 09.04.2018. 5.Tumori polmonari: è attivo un gruppo multidisciplinare con il CRO 6.Tumori della mammella: è attivo un gruppo multidisciplinare con il CRO 7. Istituzione del "Dipartimento Funzionale della Rete Oncologica del Friuli Occidentale": in attesa del documento regionale sulla rete oncologica. 8.Tumori in età pediatrica: Avviata una collaborazione strutturata tra Pediatria e Neonatologia, comprese le cure palliative, e l'Area Giovani del CRO. 9. Utilizzo delle grandi tecnologie per la diagnostica strumentale: E' stato effettuato un incontro tra le direzioni aziendali per la condivisione nell'utilizzo della RMN 3 Tesla. <p>L'attività della PET viene garantita dalle 2 equipe aziendali.</p>	

Il robot chirurgico è stato acquisito a dicembre 2018 ed è utilizzato in maniera multidisciplinare.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

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

Obiettivo	Risultato atteso
Funzioni	Progressiva e completa attuazione dell'atto aziendale in coerenza di quanto stabilito in con decreto aziendale n. 818 del 30/11/2017 e successive modifiche e integrazioni.

Risultato al 31.12.2018

L'Azienda ha proseguito nel percorso di progressiva applicazione dell'Atto aziendale per il quale si prevedeva il completamento entro il 28/02/2019 (triennio dalla data di adozione dell'Atto aziendale), termine prorogato, su richiesta dell'Azienda e a seguito di autorizzazione regionale, al 31/12/2019. Di seguito le principali manovre applicative dell'Atto aziendale nel 2018

- 1) DIREZIONE GENERALE: attivazione e attribuzione SC UFFICIO LEGALE E ASSICURAZIONI
- 2) DIREZIONE AMMINISTRATIVA:
 - attivazione e attribuzione SSD GESTIONE GIURIDICO AMMINISTRATIVA DEL PATRIMONIO IMMOBILIARE
 - attivazione e attribuzione SC AFFARI GENERALI
- 3) DIREZIONE DEI SERVIZI SOCIO SANITARI: modifiche ai sensi della L.R. 31/17
- 4) DIPARTIMENTO ASSISTENZA PRIMARIA AZIENDALE:
 - istituzione del DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE e delle strutture complesse afferenti (S.C. Tutela della salute e contrasto alle dipendenze Area 1 e S.C. Tutela della salute e contrasto alle dipendenze Area 2)
 - attivazione e attribuzione dei DISTRETTI (DELLE DOLOMITI FRIULANE, DEL NONCELLO, DEL LIVENZA, DEL SILE, DEL TAGLIAMENTO)
 - attivazione e attribuzione della S.C. Adulti, anziani e assistenza medica primaria del DISTRETTO DELLE DOLOMITI FRIULANE
 - attivazione e temporaneo affidamento delle funzioni della S.C. RETE DELLE CURE INTERMEDIE E PALLIATIVE - HOSPICE
- 5) DAO

Applicazione delle modifiche all'Atto aziendale e successivi adempimenti (attivazione e attribuzione/conferma) relativamente a:

- S.S.D. PROGRAMMAZIONE E GESTIONE DEI BLOCCHI OPERATORI
- DIPARTIMENTO EMERGENZA E CURE INTENSIVE
 - o S.C. Anestesia e rianimazione 1 Pordenone
 - o S.C. Anestesia e rianimazione 2 Pordenone
 - o S.C. Anestesia e rianimazione San Vito
 - o S.C. Pronto soccorso e medicina d'urgenza San Vito
 - o S.C. Pronto soccorso e medicina d'urgenza Pordenone
- DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA E SPECIALISTICA
 - o S.C. Medicina interna Pordenone
 - o S.C. Medicina interna San Vito
 - o S.C. Medicina interna Spilimbergo

- o S.C. Pneumologia
 - o S.C. Dermatologia
 - o S.C. Nefrologia e dialisi
 - o S.S.D. Endocrinologia e malattie del metabolismo
 - DIPARTIMENTO FISIOPATOLOGIA CARDIO-CEREBRO-VASCOLARE
 - o S.C. Cardiologia Pordenone
 - o S.C. Cardiologia San Vito-Spilimbergo
 - o S.C. Neurologia
 - o S.C. Riabilitazione PN
 - o S.S.D. Riabilitazione cardiologica e cardio-oncologica
 - DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA GENERALE
 - o S.C. Chirurgia Generale PN
 - o S.C. Chirurgia Generale S. Vito al Tagliamento
 - o S.C. Urologia
 - o S.C. Gastroenterologia
 - o S.S.D. Chirurgia Vascolare
 - DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE
 - o S.C. Ostetricia e ginecologia Pordenone
 - o S.C. Ostetricia e Ginecologia San Vito-Spilimbergo
 - o S.C. Pediatria e neonatologia Pordenone
 - o S.C. Pediatria San Vito-Spilimbergo
 - o S.S.D. Procreazione medicalmente assistita/S.C. Medicina e Chirurgia della Fertilità
 - o S.S.D. Assistenza domiciliare, terapia del dolore e cure palliative pediatriche
 - 6) DIPARTIMENTO MEDICINA TRASFUSIONALE: attivazione e attribuzione del dipartimento e della SC MEDICINA TRASFUSIONALE
 - 7) DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE
- Attivazione e attribuzione di:
- SC CSM 24 h DOLOMITI FRIULANE
 - SC CSM 24 h DEL TAGLIAMENTO
 - SC SERVIZIO OSPEDALIERO PSICHIATRICO DIAGNOSI E CURA
- 8) DIPARTIMENTO TECNICO: attribuzione incarico di direzione della S.C. "Approvvigionamenti e gestione contratti fornitura beni e servizi" e affidamento dell'incarico di Direttore facente funzioni del "Dipartimento Tecnico".
- 9) DIREZIONE GENERALE/DIREZIONE SANITARIA/DIREZIONE DEI SERVIZI SOCIO SANITARI/DIPARTIMENTO TECNICO/DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO/ DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA/DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA PRIMARIA AZIENDALE/DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE: avvio attivazione e procedure di attribuzione degli incarichi di Responsabile di Struttura Semplice.
- Adozione "Regolamento in materia di graduazione e conferimento degli Incarichi di funzione del personale del comparto sanità" e della mappatura degli "Incarichi di funzione" del personale del comparto sanità. Prima applicazione - Fase A.

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

3.1.8 Modifiche/integrazioni alla DGR 42/2017	
Obiettivo	Risultato atteso
<p>Accordi con i privati accreditati</p> <p>I budget indicati all'articolo 6 dell'allegato 2 alla DGR n. 42/2017, relative all'erogatore privato accreditato Associazione La Nostra Famiglia vengono ridistribuiti fra la sede di San Vito al Tagliamento (€ 97.022) e la sede di Pasiàn di Prato (€ 552.422) come segue:-Sede di Pasiàn di Prato > € 400.000 - Sede di San Vito al Tagliamento > € 249.444</p>	Sottoscrizione nuovo accordo con i privati accreditato per l'anno 2018.
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>I nuovi accordi sono stati tutti firmati come di seguito: 27 giugno 2018 con "Sanisystem"; 28 giugno 2018 con "La Nostra Famiglia" e "Centro Medico Esperia; 29 giugno 2018 con "Casa di cura San Giorgio", "Diagnostica 53", "Busetto & Pontel" e "Maniago Nuoto".</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.9 Documenti regionali	
Obiettivo	Risultato atteso
Adozione documenti regionali	Collaborazione con la DCS per la predisposizione dei documenti regionali
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>E' stata assicurata la collaborazione con la DCS</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.11 Lean management	
Obiettivo	Risultato atteso
Progetto aziendale : Miglioramento del percorso in PS del paziente con problematiche neurologiche in codice verde	<p>Condivisione della propria esperienza con un evento regionale</p> <p>Completamento del progetto entro l'anno 2018.</p>
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Il 14 giugno 2018 si è svolto il convegno regionale che prevedeva la presentazione dei progetti aziendali. L'AAS5 ha presentato il progetto di miglioramento "Il percorso del paziente neurologico con Codice Verde in Dipartimento di Emergenza". Effettuata la FSC con il gruppo di miglioramento che ha coinvolto circa 10 professionisti del Pronto soccorso, della Radiologia, della Neurologia e della Direzione Medica Ospedaliera alla presenza dei tutor del CUOA.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2 PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

3.2.1. Tutela della salute della donna	
Obiettivo	Risultato atteso
1. Implementazione del percorso gravidanza fisiologica a gestione ostetrica	1. Evidenza dell'attivazione del percorso
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>1. Il percorso nascita (regionale) per la gravidanza a basso rischio, si incentra essenzialmente su 2 principi fondamentali:</p> <p>a. la gravidanza fisiologica deve essere seguita negli ambulatori consultoriali territoriali e procedere progressivamente verso la demedicalizzazione</p> <p>b. valorizzazione della figura dell'ostetrica che primariamente segue la gravidanza fisiologica.</p> <p>In AAS 5 si è proceduto alla condivisione del protocollo regionale con tutte le professionalità coinvolte sia del territorio che dei 2 poli nascita : ginecologi (ospedalieri e SUMAI), ostetriche, psicologhe. Tutti i ginecologi ospedalieri e i Sumaisti hanno effettuato incontri di consenso per la definizione delle condizioni di "rischio ostetrico" che possono essere gestite sul territorio per garantire la massima appropriatezza nell'invio all'ambulatorio di gravidanza a rischio, che resta di pertinenza ospedaliera. A tutte le gravidanze iniziali viene garantita la prenotabilità a CUP della prima visita negli ambulatori consultoriali.</p> <p>Nel corso del 2018 è stata organizzata la formazione del personale ostetrico, anche con contatti con formatori esterni, calendarizzato nel 2019. Si è inoltre predisposto il percorso per consentire al personale ostetrico l'utilizzo del G2 clinico per permettere la refertazione della valutazione.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
2. Implementazione dell'offerta della visita domiciliare ostetrica in puerperio	2. Evidenza del servizio attraverso report con dati relativi al 2018
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>2. visita ostetrica domiciliare in puerperio</p> <p>Anno 2017: 29;</p> <p>Anno 2018: 46.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
3. Implementazione di percorsi aziendali per la donna in età post fertile	3.a. Implementazione dei percorsi aziendali 3.b Report di attività
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>3. Relativamente all'offerta per la donna in età post fertile gli ambulatori ginecologici dei consultori, possono rappresentare un setting opportuno per queste attività. Tuttavia, l'offerta per l'età postfertile, si configura come offerta di specialistica ambulatoriale, inoltre collegata ad un necessario incremento di risorse aggiuntive (ore lavoro di medico ginecologo e personale di supporto), attualmente insostenibile per i consultori aziendali.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
	L'AZIENDA RAPPRESENTA AL PUNTO CHE L'OFFERTA PER L'ETÀ POSTFERTILE, SI CONFIGURA COME OFFERTA DI SPECIALISTICA

	AMBULATORIALE, ATTUALMENTE INSOSTENIBILE PER I CONSULTORI AZIENDALI.
4. Nell'ambito dei corsi di preparazione al parto e nei centri nascita veicolare il messaggio dell'importanza della vaccinazione infantile e dell'adozione di stili di vita sani	4. Evidenza della promozione delle vaccinazioni da parte delle ostetriche e delle assistenti sanitarie nei corsi di accompagnamento al parto e puerperio e nei centri nascita
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>4. 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 altri operatori sanitari) al momento della dimissione.</p> <p>Presso la Casa di Cura San Giorgio il messaggio dell'importanza delle vaccinazioni è stato veicolato dal personale (in prevalenza assistenti sanitari) del Servizio Igiene Sanità Pubblica del Dipartimento di Prevenzione AAS5 in collaborazione con Assistente Sanitario della stessa casa di cura all'interno dei corsi di accompagnamento alla nascita per un totale di 10 incontri. Nel corso del 2018 in tutti i Consultori Familiari aziendali sono stati realizzati incontri nel pre e post partum 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): in totale sono stati realizzati 50 incontri di promozione alle vaccinazioni e 35 incontri sull'adozione di sani stili di vita.</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	Risultato atteso
<u>Screening opportunistico</u> : avvio di uno screening opportunistico su stili di vita e rischio cardiovascolare globale nelle Aziende sanitarie della regione in coordinamento con A.I.R. dei M.M.G.	<p>- Il 10% dei pazienti eleggibili di ogni M.M.G. che aderisce allo screening opportunistico è valutato per la definizione del rischio cardiovascolare.</p> <p>- Il risultato del rischio deve essere inserito nella piattaforma regionale del rischio cardiovascolare.</p>
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Nel 2018 non è stata attivata la piattaforma regionale e relativo interfacciamento con i gestionali dei MMG; inoltre l'obbiettivo non è stato considerato nell'accordo integrativo regionale</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

3.2.3. Gli screening oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia (Programma II PRP)	
Obiettivo	Risultato atteso
a. Raggiungere e mantenere un'adesione ai programmi di screening pari al 70 % per la cervice uterina, al 70 % per la mammella, e al 70% per il carcinoma del colon retto.	<p>Adesione pari a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 70% per la cervice uterina - 70% per la mammella - 70% per il carcinoma del colon retto

<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Adesione</p> <ul style="list-style-type: none"> - 66,4 % per la cervice uterina - 72,8 % per la mammella - 64,0 % per il carcinoma del colon retto 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
b. Mantenere aggiornate, tramite i distretti, le anagrafi sanitarie verificando assistiti in base ai dati del monitoraggio delle lettere inesitate fatti pervenire dalla Direzione Centrale Salute.	Percentuale di inviti inesitati <= 1,5%
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Percentuale di inviti inesitati =1,3%</p> <p>(Fonte numeratore: file inesitate 2018 fornito da Insiel; fonte denominatore: inviti SIASI 2018)</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	1,4%
c. Garantire le letture dei pap test primari per gli anni 2018-2019-2020 e comunque fino a transizione del programma ultimata	1. Letture dei pap test primari presso le sedi di attuale competenza fino a transizione del programma ultimata
Partecipare al controllo di qualità sul laboratorio unico e garantire l'accesso alla documentazione iconografica relativa all'istologia delle lesioni stesse da parte dei patologi del laboratorio unico	2. Partecipazione al controllo di qualità sul laboratorio unico.
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>1. Le letture dei pap test primari sono state garantite dall'anatomia patologica di Pordenone.</p> <p>2. L'avvio del nuovo screening regionale è stato rinviato al 2019 e di conseguenza non è stato attivato il tavolo regionale per i controlli di qualità.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
d. Assicurare la collaborazione per la riconversione del programma di lettura pap test, inclusi gli aspetti di formazione e comunicazione	- Assicurare le letture dei pap test primari presso le sedi attuali di competenze fino a transizione del programma ultimata (integrazione DGR 1423/2018)
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Le letture dei pap test primari sono state garantite dall'anatomia patologica di Pordenone.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
e. Garantire il rispetto dei requisiti definiti dalla regione per i centri di secondo livello dello screening per il carcinoma della cervice uterina	Rispetto dei requisiti previsti dal sistema regionale di verifica dei requisiti dei centri di secondo livello con invio alla Direzione regionale dei dati di autovalutazione entro il 31.12.2018 (integrazione DGR 2350/2018)

<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Check list inviata alla DCS entro il 31/12/2018</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
f. Garantire il rispetto degli standard di qualità, come previsto dall'Atto d'Intesa del 18 dicembre 2014 della Conferenza Stato-Regioni sul documento recante "Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete dei Centri di Senologia".	Rispetto dei requisiti previsti dal sistema regionale di verifica dei centri di senologia con invio alla Direzione regionale dei dati di autovalutazione entro il 30.11.2018
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Check list inviata alla DCS entro il 31/12/2018</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
g. 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
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Letture del primo livello e gestione del percorso di approfondimento diagnostico eseguite dai radiologi certificati</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
h. Garantire la corretta chiusura dell'esito dei casi di secondo livello dello screening mammografico nel G2 clinico Ridurre i richiami intermedi (early recall) dopo approfondimento	1. percentuale di casi di secondo livello chiusi correttamente > = 95% 2. percentuale di early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso"/totale dei casi chiusi dall'unità senologica) < 10%
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>1. Percentuale di casi di secondo livello chiusi correttamente = 100%</p> <p>2. Percentuale di early recall=3,3%</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
i. Garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica (in particolare la codifica del livello di rischio assicurando di rendere definitiva la compilazione) per gli esami di 2° livello di screening. Garantire l'offerta della colonscopia di approfondimento di secondo livello entro 30 giorni dalla positività del FOBT di screening in almeno uno dei centri di riferimento	1. Percentuale di cartelle correttamente compilate >=95% 2. Tempo di attesa per colonscopia <=30 giorni in almeno 1 dei centri di riferimento
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Percentuale di cartelle correttamente compilate =96,3%</p>	

I tempi di attesa per colonscopia sono stati garantiti entro 30 giorni in almeno 1 dei centri di riferimento.

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

3.2.4 Gli screening neonatali (Programma III PRP)

Obiettivo	Risultato atteso
Partecipare ai lavori (coordinati dal IRCSS Burlo) finalizzati alla diffusione e applicazione di una procedura regionale per lo screening neonatale audiologico e per lo screening neonatale oftalmologico con aggiornamento del PDTA.	Diffusione e applicazione in ogni punto nascita delle procedure di screening neonatale audiologico e oftalmologico

Risultato al 31.12.2018

In ogni punto nascita sono state applicate le procedure di screening (esclusi i neonati trasferiti a Udine o Trieste, eseguiti in quella sede.)

Lo screening oftalmologico nella prima parte del 2018 è stato registrato solo in cartella clinica.

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

Programma di identificazione precoce della fibrosi cistica (coordinato dal IRCSS Burlo)	Partecipazione al programma di identificazione precoce della fibrosi cistica
---	--

Risultato al 31.12.2018

E' garantita la partecipazione al programma.

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

Collaborare al programma per l'identificazione precoce dei neonati con emoglobinopatia nella popolazione a rischio. Assicurare da parte di tutti i punti nascita la regolare comunicazione a IRCSS Burlo della rilevazione del TSH neonatale.	Formale adozione della procedura per emoglobinopatia e TSH in tutti i punti nascita
--	---

Risultato al 31.12.2018

E' garantita la partecipazione al programma.

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

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

Obiettivo	Risultato atteso
Piano regionale della prevenzione (integrazione DGR 1423/2018)	1. Trasmissione dei dati alla Aas2 ai fini della predisposizione del report da inviare alla DCS

Risultato al 31.12.2018

Il documento è stato trasmesso all'AAS2.

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.	2. Almeno il 50% delle 42 scuole dell'area vasta pordenonese (ovvero 21 scuole) dovranno essere raggiunte dalla proposta di aderire alla rete Scuole che promuovono salute (SHE).
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>La proposta di adesione alla rete SHE è stata inviata al 100% degli istituti dell'area vasta pordenonese.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Sviluppo di progettualità di peer education nelle scuole della regione. Continua la diffusione e implementazione dei progetti riconducibili alle buone pratiche, quali modello What's up, Unplugged, peer education ecc	3. Aderiscono alla progettazione almeno 17 scuole dell'area vasta pordenonese
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>È stato attuato in collaborazione con la SISSA di Trieste il progetto di peer education "Psicoattivo", grazie al finanziamento regionale, in 5 scuole secondarie di 2° grado. Continua la diffusione nelle scuole di progetti di Peer education e di buone pratiche: Unplugged (16 scuole), Psicoattivo (5 istituti), Merenda Sana (19 istituti comprensivi coinvolgendo 56 plessi)</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	4. Report alla DCS Programmi avviati o iniziative realizzate
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>4. L'Ufficio Scolastico regionale non ha mai risposto alle proposte di incontro. Localmente è stato stilato un protocollo d'intesa in tema di salute e Sicurezza sul Lavoro (SSL) con vari portatori di interessi definito "Sicurscuola"</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Inserimento nella banca dati PROSA delle attività di promozione salute svolte nelle istituti scolastici	5. Rendicontazione delle attività svolte nelle scuole attraverso la banca dati PROSA (disponibilità dei dati)
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>5. Sono disponibili i dati relativi alle attività svolte nelle scuole attraverso la banca dati PROSA. I progetti inseriti sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Psicoattivo - Progetto di peer education per la prevenzione delle dipendenze; - Unplugged AAS5 "Friuli Occidentale"; - Merenda sana uguale per tutti e movimento: un'associazione vincente. 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2.6 Prevenzione delle dipendenze (Programma IV PRP)	
Obiettivo	Risultato atteso
1. Collaborazione con l'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze.	1.1 Partecipazione dei referenti del gruppo tecnico operativo ad almeno il 70% delle riunioni indette dall'Osservatorio sulle Dipendenze. 1.2 Invio e validazione dei dati per i flussi informativi regionali raccolti dell'osservatorio. 1.3 Rendicontazione delle azioni previste dal Piano operativo GAP 2017.
Risultato al 31.12.2018 1.1 Il gruppo tecnico dei direttori di dipartimento delle dipendenze si è svolto a Palmanova nelle seguenti date: 23.01.2018; 20.03.2018; 17.04.2018; 22.05.2018; 19.06.2018; 03.10.2018; 22.10.2018; 27.11.2018. La partecipazione del Dipartimento di Pordenone è stata sempre garantita. 1.2 Sono stati perfezionati gli inserimenti dei dati che garantiscono il flusso ministeriale. 1.3 Tutte le azioni previste dal piano operativo GAP 2017 sono state messe in atto come da piano stesso (E' stata inviata in Regione la relazione).	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
2. Partecipazione al tavolo tecnico di confronto regionale con il terzo settore sui trattamenti alcolici.	2. Partecipazione dei referenti Aziendali dei trattamenti alcolici ad almeno il 70% delle riunioni indette.
Risultato al 31.12.2018 2. il tavolo alcolico regionale si è incontrato a Palmanova nelle seguenti date: 30.01.2018; 27.02.2018; 27.03.2018; 29.05.2018; 09.10.2018; 20.11.2018. La presenza del dipartimento di Pordenone è stata sempre garantita. E' stato prodotto un protocollo tra tutti gli attori del territorio che verrà firmato dopo recepimento da parte della Regione	
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.	3.1. Partecipazione alla realizzazione di una formazione a valenza regionale sulle misure alternative e messe alla prova. 3.2. Aumento delle misure alternative e messe alla prova
Risultato al 31.12.2018 - In data 11.12.2018 è stato fatto un workshop regionale su "Misure alternative alla pena" che ha riassunto tutti i punti visti nel tavolo regionale specifico. - Le misure alternative alla pena sono monitorate costantemente sia per quanto riguarda il progetto terapeutico, sia per quanto riguarda la spesa sostenuta con fondi regionali ad hoc. Tutti i soggetti che potevano accedere alle misure alternative hanno avuto un progetto specifico.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

4. Partecipazione ai tavoli di monitoraggio sugli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale.	4. Report con l'esito di almeno 3 indicatori di outcome relativi agli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale.
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>4. Ogni utente inserito in borsa lavoro viene monitorato con indicatori concordati a livello regionale dalle Assistenti Sociali di tutti i servizi regionali. INDICATORI DI OUTCOME:</p> <p>1) Rinnovo BL anno successivo n.17</p> <p>2) Conclusione esperienza in BL per:</p> <p>a. Raggiungimento degli obiettivi del progetto n.1</p> <p>b. Assunzione n.5</p> <p>3) Drop out n.7</p> <p>In totale 30 BL</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
5. Monitoraggio degli esiti dei trattamenti in capo al SSR per rispondere alle problematiche relative alla dipendenza.	5. Report con l'esito di almeno 3 indicatori di outcome relativi all'esito dei trattamenti in capo al SSR per rispondere alle problematiche relative alla dipendenza
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Sono stati prodotti report con l'esito di 3 indicatori</p> <p>1. Eventi sentinella (suicidi, decessi per overdose)</p> <p>2. Follow up tabagismo</p> <p>3. Drop out</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
6. Partecipazione alla stesura del nuovo Piano d'Azione Regionale per le Dipendenze.	6. Partecipazione dei referenti del gruppo tecnico operativo ad almeno il 70% delle riunioni indette.
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Vedi punto 1.1</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
7. Aumento del testing per le malattie infettive correlate all'uso di sostanze alcoliche alle persone che afferiscono ai servizi per le Dipendenze.	7. Almeno il 20% di testati sui testabili.
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>I soggetti in trattamento per problemi alcol correlati di tutto il dipartimento, testati per le malattie infettive (esami SIND effettuati) complessivamente superano il 20% richiesto per il raggiungimento dell'obiettivo e in maniera dettagliata nelle seguenti percentuali: Alcologia Pordenone 36% (99 sogg.); Alcologia San Vito al T. 46% (21 sogg.); Alcologia Sacile 9% (6 sogg.); Alcologia Maniago 2% (3 sogg.); Alcologia Azzano X 54% (28 sogg.); Il minor numero di pazienti testati nelle sedi di Sacile e Maniago, risente del fatto che il medico per tutto il 2018 si è diviso tra le due sedi, riuscendo a fare in maniera incompleta tutto il lavoro richiesto.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

8. Partecipazione alla definizione di percorsi condivisi a livello regionale per le procedure legate agli accertamenti legali	8. Partecipazione dei referenti del gruppo tecnico operativo ad almeno il 70% delle riunioni indette.
Risultato al 31.12.2018 Vedi punto 1.1	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2.7 Promozione dell'attività fisica (Programma V PRP)	
Obiettivo	Risultato atteso
Sviluppo di progetti di attività fisica rivolti alla popolazione adulta	Report su quanto realizzato
Risultato al 31.12.2018 Report su progetti di attività fisica rivolti alla popolazione adulta in fase di elaborazione: siamo in attesa dei resoconti da parte delle associazioni di volontariato che hanno partecipato al Bando per la concessione di contributi economici ad organizzazioni non lucrative per lo sviluppo nel 2018 di iniziative di promozione dell'attività fisica (UISP, San Valentino, l'Aquilone, e la Polisportiva Azzanese), in quanto sono stati prorogati i termini di rendicontazione a maggio 2019. Le principali attività avviate sono: gruppi di cammino, ballo, nordic walking, calcio camminato, bocciolina, ginnastica in acqua, ginnastica posturale, ginnastica dolce, yoga. Inoltre continuano i gruppi di cammino formati dall'Azienda Sanitaria in alcuni Comuni (Pordenone, Maniago, Caneva).	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Realizzazione di progetti di promozione attività fisica adattata	Almeno 1 iniziativa/progetto
Risultato al 31.12.2018 L'Attività Fisica Adattata è attivata in tutti Distretti aziendali. E' stata avviata la collaborazione con 13 provider per un totale di 31 corsi attivi (di cui 4 rivolti verso pazienti con insufficienza respiratoria). I partecipanti all'ultima rilevazione (30.11.2018) erano 401 (di cui 44 per l'AFA respiratoria).	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Diffusione delle opportunità di attività fisica presenti sul territorio attraverso il sito regionale https://invecchiamentoattivo.regione.fvg.it/	Presenza, sul sito, delle attività realizzate in collaborazione con le associazioni
Risultato al 31.12.2018 È presente sul sito aziendale il catalogo di alcune associazioni o strutture del territorio per effettuare attività fisica, che rispondano ad alcune caratteristiche di qualità (adozione di un codice etico, dotazione di un defibrillatore semiautomatico, presenza di personale formato per primo soccorso, corsi condotti da personale con adeguata formazione): http://www.aas5.sanita.fvg.it/it/chi_siamo/_docs/organigramma/struttura-dettaglio.html?path=/dir_sanitaria/dip_prevenzione/SC_ambienti_vita/SS_igiene_sanita_pubblica/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	Risultato atteso
I referenti individuati (PRP) partecipano e sostengono le attività che andranno a delinearsi (formazione dei moltiplicatori, diffusione delle iniziative) per la prevenzione degli incidenti stradali	Report sulla partecipazione dei referenti alle attività e sulle iniziative promosse localmente
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Durante il 2018 è proseguita l'indagine PASSI dove, nel macro obiettivo 5 - PRP - PROGRAMMA VI "Prevenzione degli incidenti stradali", è stata analizzata la linea "Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti" con particolare riguardo al punto 5.3.1 "Proporzione di soggetti che utilizzano dispositivi di sicurezza per adulti e bambini" e punto 5.3.2 "Guida sotto effetto dell'alcol (Percentuale di persone che dichiarano di aver guidato un'auto o una moto, negli ultimi 30 giorni, entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche). Relazione ultimo aggiornamento del 19/12/2018</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2.9 Prevenzione degli incidenti domestici (Programma VII PRP)	
Obiettivo	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
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Inviato dalla referente regionale il report congiunto "Prevenzione incidenti domestici" in data 21 dicembre 2018 alla DCS via PEC con prot. 71393/T-GEN-IV-1-A di ASUITS</p>	
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 31.12.2018</p> <p>Rilevati attraverso check list i rischi in 50 abitazioni e inviato report alla referente regionale in data 29.05.2018.</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)	
a. Partecipazione alla IV fase del progetto "Prodotti Finiti FVG" che prevede la stesura delle schede di prodotto (comprendenti la flow chart) con le metodiche e gli strumenti predisposti nell'ambito del progetto di ricerca	Presenza (al 31/12/2018) di almeno 90 schede di prodotto correttamente elaborate e vistate dal responsabile scientifico del progetto (report della DCS.)

<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>I gruppi di lavoro si sono riuniti regolarmente durante tutto l'anno predisponendo al 31/12/2018 n. 94 schede correttamente elaborate e vistate dal responsabile scientifico del progetto. Il report finale alla DCS non è stato inviato in quanto il dott. Paolo Pischiutti, Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità, Vice direttore centrale Direttore dell'Area promozione salute e prevenzione, è parte integrante del progetto e risulta regolarmente informato di tutta l'attività. Alle aziende sanitarie partner che hanno richiesto la relazione finale, è stata data formale comunicazione.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
b. Attuazione Delibera 2520 del 14 dicembre 2017 (modifica regolamento emanato con Decr.Pres.Reg. 144/2015) su servizi residenziali e semi-residenziali per anziani	Attività di vigilanza e controllo su almeno il 30% dei servizi/strutture collocati sul territorio di competenza.
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>La vigilanza è da ritenersi inclusa nel processo di nuova autorizzazione prevista dalle recenti normative regionali che hanno dato mandato alle singole aziende</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
c. SPSAL: verificare l'omogeneità dell'applicazione in ambito regionale delle procedure di vigilanza in edilizia e prosecuzione della diffusione delle stesse ai portatori di interesse	<ol style="list-style-type: none"> 1. Partecipazione ai lavori del GRE 2. Report elaborato da parte del GRE sulla omogeneità dell'applicazione delle procedure di vigilanza in edilizia in regione. 3. Realizzazione di almeno un incontro provinciale con i portatori di interesse sulle problematiche connesse all'applicazione delle norme poste a tutela del lavoro sicuro in edilizia
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. I professionisti della SCAL hanno partecipato regolarmente durante il 2018 al gruppo Regionale Edilizia (GRE) 2. Il GRE ha regolarmente prodotto il report il 18 dicembre 3. Sono stati realizzati più eventi che hanno coinvolto anche operatori del comparto dell'edilizia. È stato realizzato un incontro con gli Ordini professionali di categoria e l'Ispettorato Territoriale del Lavoro (ITL) il 22/10/2018 per definire le esigenze formative del comparto e il programma di un possibile corso formativo. Si è costituita la segreteria organizzativa e definita la struttura del corso, nonché si è proceduto nella sua fase preparatoria. Il corso, che vede la nostra azienda come organizzatrice insieme agli Ordini professionali del comparto e ITL, partirà l'ultima settimana di gennaio 2019. È stato siglato un Decreto con cui si approva la "Attività di formazione in materia di salute e sicurezza in ambiente di lavoro. Approvazione convenzione con ESMEPS per gli anni 2018-2020". A seguito di tale atto viene garantita in convenzione una serie di corsi rivolti in edilizia. L'attività viene svolta anche in orario di servizio. Il giorno 06/12/2018 si è realizzato in accordo con le altre ASS regionali un incontro tecnico di valenza regionale con i portatori di interesse del comparto. 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
d. SPSAL: partecipare ad azioni di verifica della omogeneità dell'applicazione in ambito regionale delle	1. Partecipazione ai lavori del GRA

<p>procedure di vigilanza in agricoltura e prosecuzione della diffusione delle stesche ai portatori di interesse</p>	<p>2. Report elaborato da parte del GRA sulla omogeneità dell'applicazione delle procedure di vigilanza in agricoltura in regione.</p> <p>3. Realizzazione di almeno un incontro provinciale con i portatori di interesse sulle problematiche connesse all'applicazione delle norme poste a tutela del lavoro sicuro in agricoltura</p>
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>1. Il GRA ha regolarmente prodotto il report (vedi allegato) Sono stati realizzati incontri formativi a Seo al Reghena e a Maniago (vedi anche scheda di Budget SCAL) E' stato realizzato un incontro il 14 Novembre 2018 con i portatori di interesse ed in particolare con i rappresentanti di Coldiretti PN , Confagricoltura Pn, Associazione Allevatori FVG per esporre e concordare le attività preventive nel comparto (vedi anche scheda di Budget SCALi)</p> <p>2. Il GRA ha regolarmente prodotto il report e inviato alla DCS</p> <p>3. Sono stati realizzati incontri formativi a Sesto al Reghena e a Maniago E' stato realizzato un incontro il 14 Novembre 2018 con i portatori di interesse ed in particolare con i rappresentanti di Coldiretti PN , Confagricoltura Pn, Associazione Allevatori FVG, per esporre e concordare le attività preventive nel comparto.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>
<p>e. SIAN/VET: partecipare alla formazione degli auditor e al programma di mantenimento della qualifica</p>	<p>Almeno 14 auditor ufficiali formati</p>
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Nel 2018 è stata garantita l'attività e di conseguenza il mantenimento della qualifica per tutti i 14 auditor aziendali.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>
<p>f. Realizzazione di un corso di sostegno alle capacità organizzativo-gestionali delle risorse umane per dirigenti, coordinatori e P.O. dei Dipartimenti di Prevenzione</p>	<p>1. Corso realizzato</p> <p>2. partecipazione dei Dipartimenti certificata da AAS5</p>
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>1. Il corso è stato suddiviso in 5 giornate e più edizioni e precisamente: Tangram leadership: un modello per la gestione delle risorse umane (aprile) Tangram leadership: Accrescere la motivazione propria e dei collaboratori (Giugno). Tangram leadership: La valutazione: un'opportunità di leadership e di sviluppo delle proprie risorse (settembre) Tangram leadership: Principi di organizzazione (novembre)</p> <p>2. hanno partecipato 24 operatori del dipartimento di Prevenzione Documentazione e registrazione evento in rete aziendale: Y:\DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE\Staff\Staff\Formazione</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>
<p>g. SPSAL: partecipare attivamente al programma</p>	<p>Operatori formati secondo le indicazioni del PRP,</p>

regionale di audit, scegliendo il comparto di interesse a seconda della specificità territoriale.	individuati a livello regionale 1. costituzione del gruppo di auditori regionali 2. individuazione aziende su cui avviare audit sui SGLS 3. avvio della fase realizzativa (integrazione DGR 1423/2018)
---	---

Risultato al 31.12.2018

Conclusa la formazione di 15 auditori Tutor per i Sistemi di Gestione della Sicurezza sul Lavoro (SGSL) di cui tre AAS5. Il Decreto Regionale n. 1818/SPS del 26/11/2018 riconosce tale ruolo. Successivamente la Regione dovrà definire la struttura organizzativa che permetterà di avviare la fase operativa

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
h. Diffusione delle Linee guida regionali per la prevenzione dei rischi in campo estetico e del Protocollo operativo regionale di controllo per le pratiche estetiche	Evidenza della pubblicazione sul sito aziendale istituzionale dei documenti approvati dalla Regione

Risultato al 31.12.2018

Le linee guida risultano alla data del 31/12/2018 pubblicate nel sito aziendale: https://aas5.sanita.fvg.it/it/schede/attivita_estetiche.html

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
i. Attuazione del Protocollo operativo regionale di controllo per le pratiche estetiche	1. Effettuare i controlli di tutte le nuove SCIA di tatuatore e piercer 2. Effettuare i controlli di 1 ogni 5 delle nuove SCIA presentate per estetista 3. Effettuare i controlli di 1 ogni 10 delle nuove SCIA presentate per acconciatore

Risultato al 31.12.2018

1. Dal 26/02/2018 data in cui il direttore di Dipartimento ha formalizzato il protocollo sono pervenute al 31/12/2018 n. 11 SCIA di cui 2 al 21/12/2018 che per ovvie ragioni temporali sono state eseguite nel mese di gennaio 2019. Delle 9 rimanenti tutte sono state oggetto di verifica.

2. Di comunicazioni di SCIA per estetisti ne sono pervenute 17 e di queste sono state verificate n. 2. La terza prevista è pervenuta in data 28/12/2018 e per ovvie ragioni temporali sono state eseguite nel mese di gennaio 2019

3. Di comunicazioni di SCIA per acconciatore ne sono pervenute 25 e di queste sono state verificate n. 2

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

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

Obiettivo	Risultato atteso
Mantenere un'adeguata vigilanza nei settori edile e agricolo secondo i parametri definiti a livello nazionale	- 5% delle aziende vigilate. - Edilizia: 12% dei cantieri notificati l'anno

	<p>precedente. In caso di significative variazioni incrementali, si dovrà raggiungere almeno il numero dei cantieri vigilati nell'anno 2017.</p> <p>- Agricoltura: vigilare 30 aziende agricole (Report di attività alla DCS)</p>
--	---

Risultato al 31.12.2018

Rispettate le indicazioni sulla vigilanza ed inviato il report alla DCS:

Aziende visitate: 658

Cantieri vigilati: 257

Aziende agricole vigilate: 32.

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 (vedi 3.2.10 GRE e GRA)

Risultato al 31.12.2018

Corso FSC per i Medici Compenti realizzato (Formati ECM 10)

A seguito della convenzione in atto tra Aas5 FO e ESMEPS sono stati formati

n. 125 lavoratori formati con "16 ore prima"

n. 52 RLS con relativi corsi

Incontro Formativo su: "La sicurezza delle macchine" del 28.11.2018 (DDL 7; RLS 25; PROFESSIONISTI 20)

Incontro Formativo su: "I rischi alla guida per i lavoratori" del 11.07.2018 (DDL 4; RLS 19; PROFESSIONISTI 18; ASP E RSPP 22; MC e consulenti sanitari 15; Dirigenti 4; Preposti 3; Lavoratori 28).

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	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.	1. Realizza anche in collaborazione 2 corsi accreditati o 2 iniziative di sensibilizzazione (integrazione DGR 1423/2018)

Risultato al 31.12.2018

Realizzazione del Workshop "La rete di promozione della Salute nei luoghi di lavoro del Friuli Venezia Giulia: esperienze a confronto e prima premiazione delle aziende partecipanti" tenutosi il 21.06.2018

Spot di Promozione in materia di SSL con filmati divulgativi de i "I PAPU" su Telepordenone per tre mesi

Spot di Promozione in materia di SSL con filmati divulgativi de i "I PAPU" su La 13 per tre mesi

Incontro Formativo su: "La sicurezza delle macchine" del 28.11.2018

Incontro Formativo su: "I rischi alla guida per i lavoratori" del 11.07.2018	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Partecipare all'avvio dell'applicazione del metodo OCCAM (pag.90 PRP)	2.Analisi OCCAM su una neoplasia professionale (a livello regionale)
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Analisi OCCAM (Occupational Cancer Monitoring) non realizzata in quanto è attualmente vincolata alla disponibilità di banche dati che devono essere fornite al servizio statistico regionale.</p> <p>Non è stato possibile superare i vincoli posti dagli enti gestori.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
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.	<p>3. Report sui lavoratori a rischio cardiovascolare globale.</p> <p>Adozione di regolamento regionale sul fumo</p> <p>Offerta di percorsi per smettere di fumare</p>
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Nell'ambito della promozione della salute dei dipendenti è stato avviato un progetto di attività fisica rivolto al personale assistenziale maggiormente esposto al rischio da movimentazione manuale dei pazienti.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2.13 Miglioramento dei sistemi informativi e di sorveglianza (Programma XI PRP)	
Obiettivo	Risultato atteso
a. Alimentare le banche dati Informo e Malprof e coordinarsi per la stesura di un report regionale	Report congiunto di attività inviato alla DCS
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Le banche dati sono state regolarmente implementate</p> <p>Sono stati realizzati i report annuali per MAL PROF e per INFORMO</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
b. Sviluppo di sistemi informativi rivolta alla dematerializzazione delle comunicazioni obbligatorie	Studio di fattibilità e prima applicazione delle procedure per l'informatizzazione delle notifiche ex art.99 del D.Lgs 81/08
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>E' stato prodotto un resoconto dell'attività sviluppata nel corso del 2018 da parte di un apposito gruppo di lavoro interaziendale ed interistituzionale.</p> <p>Sono state definite le finalità e le caratteristiche informatiche del portale.</p> <p>L'avvio ricade ora in un ambito sovra aziendale.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

c. 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 31.12.2018</p> <p>La trasmissione si è completata con ulteriori informazioni richieste il 13/07/2018</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
d. Monitorare le verifiche periodiche delle attrezzature di lavoro con inserimento dei dati in apposito database	il 75% delle verifiche effettuate da ogni azienda sanitaria è inserito nel data base aziendale
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Tutte le Verifiche Periodiche effettuate sono inserite in un Foglio Excel aziendale.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
e. Restituzione, a carico dell'IRCCS Burlo Garofolo, dei risultati della rilevazione 2017 del Progetto Okkio alla Salute ai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende	<ol style="list-style-type: none"> almeno 1 incontro Report alla DCS
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Restituzione dei dati del sistema di sorveglianza Okkio alla salute e Passi ai MMG durante la loro FSC: 12 aprile Azzano; 17 maggio Pordenone; 07 giugno Maniago, 18 ottobre San Vito al Tagli; 22 novembre a Sacile. Report inviato dal Burlo</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
f. raccolta dati periodica del progetto HBSC nelle scuole del Friuli	<ul style="list-style-type: none"> - collaborazione all'effettuazione dello studio - Report alla DCS
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Attività già conclusa a giugno 2018,effettuata raccolta dei dati in 41 classi delle scuole secondarie di 1 grado e in 18 classi delle scuole secondarie di 2 grado</p> <p>Invio alle referenti regionali del report con il diario operatori complessivo, in data 11 giugno 2018.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
g. Studi di sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento	dare continuità allo studio di sorveglianza PASSI e iniziare PASSI d'Argento
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Continua la rilevazione dello studio di sorveglianza PASSI e prosegue lo studio PASSI d'Argento. E' stato elaborato il report aziendale Passi 2014-17, pubblicato nel sito aziendale e diffuso ai portatori d'interesse. Le interviste mensili come da scelta a livello regionale continuano ad essere svolte da Televita.</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)

a. Partecipazione attiva alle attività del "Gruppo Tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali " di cui al Decreto n°630/SPS del 12.08.15 finalizzato alla valutazione delle ricadute sulla salute connesse ai determinanti ambientali, comportamentali e sociali e della "Cabina di Regia" di cui al Decreto n° 695/SPS del 19.05.2017.	Evidenza di partecipazione al "Gruppo Tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali " e alla "Cabina di Regia".
--	---

Risultato al 31.12.2018

E' stata garantita la presenza in data 28/11/2018 del Direttore di Dipartimento al "Gruppo Tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali " e alla "Cabina di Regia" nell'unica convocazione pervenuta nel 2018.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
b. Stesura del programma di controllo regionale per garantire la tutela della salute della popolazione dalle sostanze radioattive presenti nelle acque destinate al consumo umano secondo quanto previsto dal Decreto del 2.08.2017. Valutazione preliminare dei dati disponibili di concerto con ARPA FVG e con gli Enti Gestori. Avvio del monitoraggio.	1. Partecipazione alla stesura del programma di controllo regionale con evidenza dell'invio dei dati richiesti dalla Regione. 2. Effettuazione dei campionamenti previsti.

Risultato al 31.12.2018

La stesura del piano controllo radioattività acque è stato completato a nov. 2018
 Nella riunione tecnica operativa organizzata dalla DCS del 03.12.2018 sono state stabilite le modalità di campionamento

Campionamenti posticipati nel 2019 , come concordato con ARPA e DCS con inizio nel mese di gennaio.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
c. Conclusione, da parte degli operatori sanitari individuati come formatori, del percorso di formazione iniziato nel corso dell'ultimo trimestre del 2017 nell'ambito del progetto CCM 2015 "EpiAmbNet" (Rete nazionale di epidemiologia ambientale, valutazione impatto integrato sull'ambiente e salute, formazione e comunicazione) del Ministero della Salute. Nel corso del secondo semestre dovranno essere stabiliti gli obiettivi didattici ed i contenuti dei percorsi formativi che verranno realizzati a livello regionale nel 2019 e che saranno destinati ai MMG, PLS e gli altri operatori del Dipartimento di Prevenzione.	1. Garantire la partecipazione degli operatori sanitari individuati come formatori ai moduli formativi previsti dal progetto CCM 2015 "EpiAmbNet" per il primo semestre del 2018. 2. Condividere a livello regionale la proposta formativa per il 2019.

Risultato al 31.12.2018

<p>1. Durante il 2018 l'azienda ha formato tre operatori inviandoli ai corsi di formazione: - Seminari di aggiornamento per il SSN e il Sistema nazionale per la protezione dell'ambiente - Progetto CCM EpiAmbNet (Torino, maggio 2018) - "valutazione di impatto sulla Salute da esposizioni ambientali: dalla stima degli impatti alla comunicazione dei rischi" (Bari e Firenze, maggio - giugno 2018)</p> <p>2. Il 17 dicembre 2018 il Dipartimento di Prevenzione ha partecipato all'incontro con i referenti regionali della linea ambiente e salute condividendo che la formazione dovrà coinvolgere i MMG, attraverso i loro ordini, trattando le tematiche inerenti l'emergenze a livello locale come la diossina, acque potabili, arbovirosi</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>d. Sorveglianza delle acque potabili. Mappatura dei pozzi privati utilizzati nell'ambito delle imprese alimentari.</p>	<p>Dovranno essere mappati, secondo un report fornito dalla Direzione Salute, i pozzi che approvvigionano gli stabilimenti riconosciuti (Reg. 852/853), le imprese alimentari che utilizzano l'acqua come ingrediente principale e quelli che approvvigionano fasce sensibili della popolazione (scuole, asili, ecc.).</p>
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Al 31.12.2018 non sono pervenute le direttive regionali su report: implementato rilievo approvvigionamento idrico delle imprese alimentari in attività ispettiva come da Controllo Ufficiale con inserimento dato in sistema informatico SICER.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>e. 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 alla DCS e al CRUA in base alle relazioni annuali compilate dalle ditte di bonifica utilizzando il MeLa Amianto.</p>	<p>- dati inviati al COR - schede ReNaM trasmesse - dati sui soggetti attualmente esposti trasmessi alla DCS e al CRUA</p>
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Dei SETTE casi pervenuti nel 2018, SEI sono stati valutati con scheda ReNaM e trasmessi al COR. Uno non è stato approfondito in quanto sin dall'inizio è emersa la totale competenza territoriale di Ts, per cui il caso è stato inoltrato allo SPSAL di Ts.</p> <p>SEI casi sono stati valutati con scheda ReNaM e trasmessi al COR</p> <p>2.I dati relativi agli esposti vengo raccolti automaticamente dal sistema MELA attraverso l'evoluzione del sistema attuata</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>f. 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>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Il controllo previsto nel 2018 è stato realizzato</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2.15 - Miglioramento sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive (Programma XIII PRP)	
Obiettivo	Risultato atteso
a. Adottare e applicare le Linee guida regionali per il controllo della tubercolosi e realizzare la formazione degli operatori	1. Assicurare la partecipazione ad un evento regionale 2. iniziativa formativa/informativa in ogni Azienda
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>1. Gli opuscoli con le Linee guida regionali per il controllo della tubercolosi sono stati distribuiti a tutti i portatori d'interesse dell'azienda sanitaria. Al corso organizzato dalla Regione in data 8 novembre 2018 hanno partecipato personale del Dipartimento di Prevenzione e della sorveglianza sanitaria del Presidio Ospedaliero di Pordenone.</p> <p>2. L' AAS5 già nel 2017 ha provveduto ad effettuare la formazione sul campo a tutti gli operatori del SISP e Medici. Non si è ritenuto necessario ripetere l'evento in quanto è stata comunque garantita la divulgazione della linea sopra riportata</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
b. Assicurare il proseguimento delle campagne vaccinali già avviate e quelle di nuova introduzione (rotavirus ed herpes zoster)	Miglioramento delle coperture vaccinali
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Coorte di nascita completa 2016 ciclo completo esavalente= 95%, MMR (antimorbillo-parotite-rosolia) = 93% Coorte di nascita del 2018 rotavirus (vaccinazione con offerta attiva dal 2018)= 44% 1 dose del ciclo. E' garantita la vaccinazione anti-herpes zoster alle categorie a rischio e in maniera non attiva alla coorte dei 65enni.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
c. Assicurare, accertato l'inadempimento dell'obbligo vaccinale, l'avvio della procedura per il recupero della vaccinazione.	Recepimento procedura per la gestione dei soggetti inadempienti.
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>E' stata attivata la procedura a livello regionale; è bloccata solo la parte relativa alla sanzione (3° e ultimo invito) in attesa di indicazioni specifiche da parte della regione.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
d. Avvio di un processo di accreditamento dei servizi vaccinali	evidenza di avvio del processo
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>In attesa dei percorsi avviati dalla DCS. L'AAS5 ha attivato la revisione di alcune procedure es:</p> <ul style="list-style-type: none"> • gestione del colloquio proposta vaccinazione anti-rotavirus, • gestione categorie a rischio per le vaccinazioni indicate dal Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	NELL'AMBITO DEGLI INCONTRI CON I REFERENTI AZIENDALI DEI SERVIZI

	VACCINALI DI UN ACCREDITAMENTO "NON ISTITUZIONALE" E PERTANTO NON CI SONO CRITERI REGIONALI DA INDICARE, MA IL RIFERIMENTO È IL MANUALE "PROMUOVERE LA QUALITÀ NEI PROCESSI DI VACCINAZIONE", DOCUMENTO MESSO A PUNTO NELL'AMBITO DEL PROGRAMMA DI MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DEI SERVIZI REGIONALI DI VACCINAZIONE.
e. Adottare e applicare il piano regionale di sorveglianza e risposta alle arbovirosi trasmesse da zanzare	Assicurare da parte di ogni azienda la partecipazione multiprofessionale all'aggiornamento del Piano regionale coordinato dalla Direzione centrale
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Recepite le linee guida regionali per zoonosi e West Nile disease e applicate nel rispetto delle procedure previste in collaborazione con la Direzione medica ospedaliera. Assicurata la partecipazione multi professionale all'aggiornamento del Piano regionale coordinato dalla Direzione Centrale compreso l'incontro regionale del 18 settembre 2018.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
f. Malattie Sessualmente Trasmesse (MST) (integrazione DGR 1423/2018)	Collaborazione con il Burlo per il completamento del PDTA sulla gestione di laboratorio delle Malattie Sessualmente Trasmesse (MST)
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>E' stata garantita la collaborazione</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Resistenze antimicrobiche	
g. Sono individuati il coordinatore regionale medico e veterinario e viene costituito il gruppo tecnico regionale (GTR) per l'implementazione del PNCAR. Il GTR identifica le modalità di implementazione delle azioni e costruzione il sistema di monitoraggio del PNCAR a livello regionale	I due coordinatori regionali e il gruppo tecnico designati definiscono modalità, azioni regionali identificate nel PNCRA 2018 (output: documento tecnico) e sviluppano il sistema monitoraggio del PNCAR a livello regionale.
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Il personale del Dipartimento di Prevenzione dell'AAS n. 5 durante tutto l'anno 2018 non è stato ne convocato ne coinvolto in nessuna azione riferita a questa linea PAL</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
	L'OBIETTIVO 2018 DI "SVILUPPARE IL SISTEMA DI MONITORAGGIO DEL PNCAR A LIVELLO REGIONALE" È STATO RIMANDATO IN ATTESA DELLA DEFINIZIONE DEGLI STANDARD REGIONALI ED AZIENDALI DI IMPLEMENTAZIONE DEL PNCAR PER TUTTE LE REGIONI. QUESTI ULTIMI SONO PREVISTI DAL PROGETTO "AZIONE CENTRALE CCM2018 -IMPLEMENTARE IL PIANO NAZIONALE PER IL CONTRASTO ALL'ANTIBIOTICO RESISTENZA NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE: STANDARD MINIMI E MIGLIORAMENTO CONTINUO" AL QUALE PARTECIPANO, COME RESPONSABILE SCIENTIFICO E UNITÀ OPERATIVA N.6, RISPETTIVAMENTE, IL COORDINATORE REGIONALE MEDICO E

	VETERINARIO DEL PNCAR PER LA REGIONE FVG.
h. Tutti gli ospedali partecipano ai programmi di sorveglianza delle ICA, con evidenza di monitoraggio degli indicatori regionali.	indicatori regionali monitorati
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Gli indicatori sono stati monitorati ed inviati in regione</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
i. Veterinari: censimento dei laboratori privati coinvolti nel monitoraggio e sorveglianza dell'AMR (entro il 2018).	realizzare il censimento dei laboratori privati che eseguono esami batteriologici e test di farmaco-sensibilità.
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>E' stato effettuato il censimento: rilevato un laboratorio privato</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
j. Veterinari: Adesione al Sistema Informativo Nazionale per la completa digitalizzazione della gestione del medicinale veterinario e della ricetta elettronica (entro il 2018)	Aderire al Sistema Informativo Nazionale per la tracciabilità del farmaco per quanto di loro competenza
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Per quanto di competenza AAS5 è stato garantito quanto previsto da disposizioni della DRS</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
k. Veterinari: progressiva integrazione delle aziende zootecniche al sistema informatico di supporto all'attività di classificazione delle aziende sulla base di indicatori di rischio (entro il 2018)	Assicurare che le aziende zootecniche siano progressivamente integrate nel sistema informatico di supporto all'attività di classificazione delle aziende sulla base di indicatori di rischio
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Gli esiti dei controlli presso le Aziende zootecniche vengono inseriti in SICER che ne definisce la classificazione del rischio.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
l. Veterinari: Condivisione delle Linee guida nazionali per la corretta gestione degli allevamenti di animali da reddito al fine di ridurre le prescrizioni di antimicrobici e prevenire il rischio di antibiotico-resistenza	Adottare delle Linee guida nazionali disponibili per la corretta gestione degli allevamenti di animali al fine di ridurre le prescrizioni di antimicrobici e prevenire il rischio di antibiotico-resistenza
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Le linee guida nazionali per la corretta gestione degli allevamenti sono state adottate ed attualmente applicate</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
m. Veterinari: Recepimento check-list ed esecuzione di audit secondo le procedure consolidate (entro il 2018).	Le AAS recepiscono ed adottano le check-list per l'esecuzione secondo le procedure consolidate. Sarà realizzata la programmazione regionale 2018-2019 per

	<p>identificare il numero di allevamenti zootecnici (bovini, suini, pollame e pesci, esclusi i familiari) da sottoporre a valutazione di rischio in base alle check-list.</p> <p>Nel 2018 realizzare e registrare in SICER il controllo ufficiale di farmacovigilanza sulla base della programmazione regionale.</p>
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Le check list per l'esecuzione dei controlli sono state recepite e adottate. La regione ha realizzato il PRISAN con la programmazione 2018. Sulla base del PRISAN sono stati eseguiti 84 controlli di farmaco-sorveglianza</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>n. Almeno un corso di formazione per Medici e Veterinari sul buon uso degli antibiotici l'anno per azienda sanitaria (entro il 2018)</p> <p>(integrazione DGR 1423/2018</p>	<p>Partecipare ad un corso di formazione regionale per Medici e Veterinari sul buon uso degli antibiotici, organizzato da AAS2.</p>
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>L'AAS5 ha organizzato e gestito il corso di formazione regionale per medici e veterinari (31 maggio 2018) presso l'ospedale di Palmanova</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>3.2.16 - Comunicazione del rischio e gestione delle emergenze (Programma XIV PRP)</p>	
Obiettivo	Risultato atteso
<p>A. Applicare il protocollo regionale sull'assistenza sanitaria alle persone migranti ed inviare settimanalmente i dati di attività.</p>	<p>A. Report mensile</p>
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Il Protocollo regionale è stato regolarmente applicato per quanto riguarda l'assistenza sanitaria delle persone migranti.</p> <p>I dati sono stati inviati alla DCS con cadenza mensile come da accordi di Responsabili di Dipartimento</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>B. Garantire in ogni azienda sanitaria la possibilità di accesso ad un ambulatorio per cure primarie per i soggetti non in regola con le norme sul soggiorno, con l'individuazione di un percorso facilitato rispetto al rilascio del codice STP/ENI (Straniero Temporaneamente Presente/Europeo Non Iscritto);</p>	<p>B. In ogni azienda è presente un ambulatorio</p>
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>E' attivo in Azienda un ambulatorio dedicato ad accesso libero e gratuito per gli stranieri irregolari e indigenti presso il Consultorio Familiare del Distretto del Noncello a Pordenone, gestito da due medici volontari della Caritas di Pordenone mediante una convenzione tra AAS5, Caritas e Comune di Pordenone, ora in fase di</p>	

rinnovo con la sola variante della previsione di trasferire l'ambulatorio nella sede della Caritas a Pordenone, mantenendo l'impegno attuale delle parti per garantire la continuità assistenziale del servizio di cure primarie nel rispetto della normativa a favore degli stranieri indigenti non in regola con le norme del permesso di soggiorno. Gli operatori dello sportello amministrativo distrettuale sono stati formati per facilitare il rilascio delle tessere sanitarie con codice STP/ENI e orientare l'utenza.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
C. Garantire la formazione dei propri operatori sull'antimicrobial stewardship	C. In ogni azienda almeno il 25% di medici prescrittori formati
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Sono stati formati 134 medici in merito all'<i>Antimicrobial Stewardship</i></p> <p>Il numero dei prescrittori dell'AAS-5 attualmente presenti è di 377 considerando le unità operative coinvolte realmente nella prescrizione intraospedaliera o ambulatoriale di antibiotico terapia .</p> <p>Pertanto attualmente il 35.5% dei medici prescrittori risulta formato in merito all'<i>Antimicrobial Stewardship</i>.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
D. Diffondere a tutti gli operatori sanitari la reportistica regionale sulle resistenze batteriche	D. Report inviato in formato elettronico a tutti gli operatori sanitari coinvolti in prescrizione e somministrazione di farmaci
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Report aziendale eseguito con responsabili di SOC-SOS e Coordinatori Infermieristici sia per il presidio di Pordenone che di San Vito.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
E. In applicazione del Piano generale regionale di risposta alle emergenze, definire e formalizzare l'unità di crisi aziendale	E. Dare evidenza della formalizzazione dell'unità di crisi aziendale e delle procedure conseguenti, in applicazione del Piano generale.
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Con decreto 745/2017 alla fine del 2017 è stato istituito il Gruppo locale emergenze infettive, che è stato convocato, come previsto nel decreto, nel febbraio 2018.</p> <p>Recepite le linee guida regionali per zoonosi e West Nile disease e applicate nel rispetto delle procedure previste in collaborazione con la Direzione medica ospedaliera. Attuata esercitazione in caso di infezione di aviaria con attivazione di tutte le strutture interessate e incontro di restituzione con punti di forza e debolezza.</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	Risultato atteso
a. Garantire la partecipazione degli operatori dedicati al percorso formativo programmato a livello regionale sull'allattamento al seno	80% operatori dedicati formati in ogni Azienda
<p>Risultato al 31.12.2018</p>	

E' stato formato l'80% degli operatori	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
b. Mantenere ed ottimizzare il sistema di rilevazione sull'allattamento al seno alla dimissione e alla seconda vaccinazione	100% schede inserite nel sistema di rilevazione regionale entro un mese dalla dimissione e alla seconda vaccinazione
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Continua la criticità sulla rilevazione al seno alla seconda vaccinazione, la modalità di inserimento del dato non è agevole e non è idoneo e celere per la raccolta del dato. La rilevazione aggiornata al 31 dicembre 2018 evidenzia una percentuale d'inserimento alla seconda vaccinazione del 81,48 %.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
c. Monitorare le gare di appalto di PA e Enti già mappate nel 2016 e fornire il proprio contributo nelle gare d'appalto in corso nel 2018 per favorire il maggior consumo di frutta e verdura, la riduzione del consumo di sale, usando quello iodato, l'utilizzo di prodotti preferibilmente tipici e a filiera corta	Contributo al 5% delle gare d'appalto
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Tutte le gare di appalto di PA e Enti già mappate nel 2016 hanno ricevuto nel corso del 2018 il contributo da parte del personale SIAN di 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</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
d. 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
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>La II edizione del corso ECM su "stili alimentari e approccio motivazionale breve" rivolto agli operatori sanitari dell'Azienda si è tenuto il 24 maggio 2018 presso il Centro per la formazione aziendale AAS5</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
e. 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	<ol style="list-style-type: none"> 1. Partecipazione alla realizzazione del corso regionale 2. Report che evidenzi la diffusione dei contenuti nel territorio aziendale
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>E' stata garantita la partecipazione alla realizzazione del corso regionale che si è tenuto in data 04.12.2018</p>	

Per la diffusione dei contenuti nel territorio aziendale sono state contattate le associazioni di categoria per modalità di divulgazione ai loro associati con le quali si è concordato una calendarizzazione di incontri per l'anno 2019

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

3.2.18 - Sicurezza alimentare e di salute e benessere animale

Obiettivo	Risultato atteso
a. 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.

Risultato al 31.12.2018
 Effettuati controlli anagrafe suini 3 su 3 previsti;
 anagrafe bovini 35 su 35 previsti; anagrafe ovicaprina 12 su 12 previsti.
 Effettuati 54 controlli per benessere animale, farmaco-sorveglianza e sicurezza alimentare previsti per il 2018.

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

b. Ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi contenuti nel <u>Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare</u> anche attraverso l'attività di ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base ai criteri del rischio, delle imprese alimentari; a parità di rischio dovrà essere mantenuto almeno il tasso di copertura 2017	Come da PRISAN regionale VET. Origine Animale: - n. 493 interventi ispettivi programmati per il 2018; - n. 16 audit programmati per il 2018 - Campionamento come da PRISAN - n. 55 valutazioni del rischio programmate - n. 20 controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN SIAN: - n. 760 interventi ispettivi programmati per il 2018 - 10 Audit - Campionamento come da PRISAN - Valutazione rischio 100% delle attività controllate - n. 20 controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN Adesione alle indicazioni regionali.
---	--

Risultato al 31.12.2018
 Eseguiti n. 493 interventi ispettivi programmati per il 2018;
 Eseguiti n. 16 audit programmati per il 2018
 Totale Campioni alimenti eseguiti n. 212
 Così come segue:
 n. 98 da Piano di controllo ufficiale matrici alimentare origine animale
 n. 24 Distributori latte
 n. 32 da piano Monitoraggio radioattività
 n. 19 Residui fitosanitari
 n. 35 PNR

<p>n. 2 UVAC n. 2 Contaminanti Eseguite n. 55 valutazioni del rischio programmate 2018 SIAN Eseguiti n. 1007 su 760 previsti ispettivi programmati per il 2018 6 audit Totale Campioni alimenti eseguiti n. 206 Così come segue: n. 120 da Piano di controllo ufficiale matrici alimentari di origine vegetale e composti a prevalenza vegetale n. 10 piano riconoscimento specie fungine n. 36 da piano Monitoraggio radioattività n. 35 da normativa acque minerali controllo stabilimenti e fonti n. 05 da emergenze controlli congiunti 18 ispezioni + 2 audit totale 20</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>c. Attuazione dell'ultimo anno del Progetto Piccole Produzioni Locali in accordo con la Direzione centrale agricoltura.</p>	<p>- Garantire l'informazione capillare e la formazione sul territorio, informando le Aziende del Settore Alimentare della conclusione del Progetto e delle possibili evoluzioni delle PPL. Stesura di una relazione finale dettagliata di verifica Aziendale. carni suine e avicunicole. La relazione dovrà altresì riportare il dettaglio delle attività eseguite carni di specie diverse prodotti lattiero caseari di malga vegetali, confetture, conserve, prodotti da forno, erbe aromatiche, prodotti dell'alveare, vegetali fermentati, lumache, ecc...</p>
<p>Risultato al 31.12.2018 Sono stati tenuti 5 incontri formativi (nei comuni di Pordenone, Azzano X, presso le sedi CEFAP di Pordenone Udine e Gorizia) Sono stati tenuti 5 corsi di formazione a Palmanova su lavorazione carni, lavorazione conserve vegetali, prodotti dell'alveare, re training. Sono stati rilasciati 122 attestati di partecipazione. Eseguiti 30 sopralluoghi. Inviata alla DRSPV Relazione finale dettagliata</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>d. Garantire la funzionalità del sistema informativo SICER per l'Area dell'Igiene e Sicurezza Alimentare degli Alimenti di origine animale (Area B) e SIAN.</p>	<p>Piena funzionalità del sistema informatico SICER al 31 dicembre 2018.</p>
<p>Risultato al 31.12.2018</p>	

<p>Il programma non ha dato la possibilità di essere allineati per evidenti carenze strutturali di allineamento con SISAVVER.</p> <p>Proseguono gli incontri di formazione del personale e di confronto con la ditta che ha in gestione il programma</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
e. Procedere nelle attività del Piano regionale di monitoraggio e controllo della Malattia di Aujeszky dei suini, al fine di richiedere l'accreditamento per Regione indenne.	100% allevamenti della coorte individuati dal Piano regionale da controllare al fine di richiedere lo status di Regione indenne. (integrazione DGR 1423/2018)
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Sono state controllate tutte le 128 aziende sulla coorte prevista dal piano regionale (aziende con capi >4)</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
f. Attuazione dei controlli sul benessere animale negli allevamenti e durante il trasporto secondo le linee guida operative dettate dalla Task Force benessere animale, istituita con Decreto 659/SPS del 20/08/2015	Effettuare gli interventi di controllo sul rispetto del benessere animale richiesti dal PRISAN 2018.
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Effettuati 60 controlli per benessere animale previsti per il 2018</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
g. Attuazione dei controlli sull'anagrafe ovi caprina come da indirizzi LEA Ministeriali.	Raggiungimento del 3% dei controlli come richiesto da LEA Ministeriali.
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Sono stati controllati 12 allevamenti sui 12 previsti pari al 3,56%</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
h. 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 31.12.2018</p> <p>sono state controllate 10 strutture</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
i. Applicazione piano vaccinale blue tongue	100% entro 31 dicembre 2018 al fine di ottenere nuovamente l'indennità.
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Tutte le dosi di vaccino fornite nel 2018 sono state utilizzate.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3 ASSISTENZA DISTRETTUALE

3.3.1. Assistenza primaria	
Obiettivo	Risultato atteso
1. Completamento dell'attuazione di quanto previsto dalla legge regionale 17/2014 per l'assistenza medica primaria, in coerenza con l'AIR 2016-2018	1. Assistenza medica primaria riorganizzata in ogni Azienda in coerenza con le disposizioni regionali
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Tutti i MMG sono raggruppati in 12 AFT. Sono stati eletti i nuovi coordinatori di AFT e rappresentanti di UDMG. E' stato istituito il comitato di coordinamento UDMG. Sono stati realizzati gli incontri ex art 23 L'85% MMG sono già in Medicina di Gruppo. Si rimane in attesa di indicazioni regionali per completare la riorganizzazione.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
2. Attività sperimentale dello psicologo e eventuali altre figure nel CAP.	2. Evidenza dell'attività effettuata dallo psicologo nel CAP
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>E' presente uno psicologo nei 2 CAP (San Vito e Cordenons).</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
3. Avvio della sperimentazione del Fascicolo sanitario elettronico	3. Almeno il 15% dei MMG in ogni AAS/ASUI partecipa alla sperimentazione secondo le modalità stabilite dalla Direzione centrale salute
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>E' stata avviata in settembre la sperimentazione del Fascicolo, a cura della DCS. Il dato non è disponibile a livello aziendale.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.2. Accreditamento	
Obiettivo	Risultato atteso
Partecipazione attiva al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti.	Gli enti del SSR mettono a disposizione i valutatori per i sopralluoghi, secondo le indicazioni della direzione centrale salute, per almeno 30 giornate.
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>L'AAS5 ha messo a disposizione della Regione i valutatori per i sopralluoghi nei percorsi di accreditamento, rispondendo a tutte le richieste.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Partecipazione al programma di accreditamento nazionale degli organismi tecnicamente accreditanti.	L'organismo tecnicamente accreditante (OTA), con il coordinamento dei referenti dell'accREDITAMENTO di ASUITS, AAS 2 e EGAS che hanno partecipato al corso di formazione organizzato dall'AGENAS, predispone la

	documentazione di competenza necessaria per conseguire l'accreditamento nazionale.
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Il referente aziendale ha partecipato a tutte le attività dell'OTA.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.3. Odontoiatria sociale	
Obiettivo	Risultato atteso
1. Aumento delle prestazioni LEA erogate	1. Media aziendale di almeno 1,6 prestazioni/ora per odontoiatra
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Media aziendale 1,51 prestazioni/ora (nei primi 6 mesi 2018: 1,2) – Fonte dati: SIASA.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
2. Prestazioni non LEA erogate	2. n. 200 casi di terapia ortodontica e n. 500 pazienti con almeno un'arcata edentula riabilitati con protesi totali, nelle sedi attivate in Regione.
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>2. n. 47 casi di terapia ortodontica su 201 prime visite effettuate presso il distretto del Noncello fino ad aprile 2018 e presso il distretto del Tagliamento da maggio 2018. n. 47 pazienti con almeno un'arcata edentula riabilitati con protesi presso il Distretto del Sile (di cui 17 con protesi su un arcata e 30 con protesi su due arcate).</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO (SU BASE REGIONALE ED ATTIVATI ENTRAMBI GLI AMBULATORI DI ORTODONZIA E PROTESI)
3. Percentuale aziendale di visite odontostomatologiche	3. non superiore al 40% del totale delle prestazioni erogate (sono escluse le visite del PS odontostomatologico).
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>35,4% di visite.(5597 prime visite su 15796 prestazioni)</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO 38%
4. Razionalizzazione dell'offerta nel distretto nord	4. Razionalizzazione dell'offerta tra l'ambulatorio di Maniago e Spilimbergo
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO L'AZIENDA NON HA RENDICONTATO L'OBIETTIVI PREVISTO DALLA DGR 1423/2018

3.3.4. Riabilitazione	
Obiettivo	Risultato atteso
1. Attivazione a livello aziendale della rete per le malattie neuromuscolari e la sclerosi laterale amiotrofica.	1. In ogni AAS e ASUI è attivato un gruppo integrato neuromuscolare (GIN) con la finalità della presa in carico della persona con malattia neuromuscolare nell'ambito territoriale di competenza.
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Istituito con nota DS del 03/07/2018 il Gruppo Integrato Neuromuscolare aziendale e realizzato primo incontro in data 31/07/2018 (è disponibile il verbale dell'incontro). Avviata la procedura di creazione in Y:\DAPA di una cartella dedicata alla condivisione documenti e informazioni sui casi di SLA e Malattie Neuromuscolari di cui si occuperà il GIN aziendale.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
2. Attivazione a livello aziendale del PDTA per la sclerosi multipla.	2. Entro il 31.12.2018 l'80% dei pazienti con sclerosi multipla sono presi in carico con le modalità previste dal PDTA. (integrazione DGR 2350/2018)
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Attuati secondo quanto previsto dal PDTA l'accertamento e presa in carico medico specialistica dei pazienti con SM. Nel setting ospedaliero presi in carico 518 pazienti; in trattamento farmacologico e con gestione ambulatoriale, e/o DH e/o ricovero (274). Risultano attive tutte le figure necessarie all'adeguata presa in carico territoriale del paziente, secondo quanto riportato nel PDTA regionale. Quale azione propedeutica alla formalizzazione del percorso complessivo è stata eseguita una mappatura dei pazienti con diagnosi certificata di SM (numero residenti con codice di esenzione 046 suddivisi per Distretto) e dei casi presi in carico nei vari setting assistenziali (report dell' Ufficio Epidemiologico aziendale). Sono state inoltre raccolte informazioni sui casi seguiti dalle associazioni di malati di riferimento (AISM e ULIDM) e dalle strutture di riabilitazione ex art 26. E' stato infine deciso l'inserimento delle Associazioni di malati nel GIN e di conseguenza nella rete dei servizi rivolti sia ai pazienti con SM che con Malattie Neuromuscolari anche alla luce della considerazione che le problematiche relative a presa in carico e continuità di cura di queste patologie risultano comuni.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

3.3.5. Superamento della contenzione	
Obiettivo	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.
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Prodotto report di monitoraggio del fenomeno della contenzione con confronto T0 (giugno 2017) e T1 (febbraio 2018) su strutture ospedaliere e territoriali. In programmazione eventi di formazione specifici sul tema della contenzione e argomenti correlati.</p>	

Effettuate 3 edizioni evento: Superamento della contenzione: la gestione del paziente con delirium. 4 ottobre; 29 ottobre; 22 novembre 2018

La rilevazione autunnale (novembre 2018) ha utilizzato uno strumento di rilevazione semplificato rispetto a quello predisposto per le indagini condotte fra il 2017 e febbraio 2018. Per la registrazione dei dati è stato utilizzato un supporto informatico progettato *ad hoc* e compatibile con l'applicativo Lime Survey, un programma che permette la realizzazione di questionari e sondaggi online. I dati sono stati raccolti nel periodo indice compreso fra il 19 e il 30 novembre 2018. Successivamente sono stati elaborati i dati ed è stato predisposto un report.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.6. Diabete

Obiettivo

Risultato atteso

1. Gestione integrata del diabete in coerenza con la DGR 1676/2015

Presentazione report dati attività 2017-2018 con evidenza di miglioramento (report MMG.)

Risultato al 31.12.2018

Risultano migliorati gli indicatori dei pazienti diabetici seguiti in AAS5: emoglobina glicata (+1%), microalbuminuria (+ 4.3%), creatinina (+4.4%), assetto lipidico (+2.7%). Indicatore fundus -2.8% (questo indicatore presenta un bias legato al fatto che molti pazienti eseguono esame del fundus in Libera Professione, pertanto tale dato non viene rilevato dal sistema regionale). In programma presentazione dei report dati di attività 2018 agli MMG.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

2. Diabete in ospedale (DGR 1572/2017): a- Implementazione del programma regionale per la formazione del personale ospedaliero; b- organizzazione dei team ospedalieri.

Effettuazione degli eventi formativi in ogni azienda; costituzione e organizzazione dei team ospedalieri

Risultato al 31.12.2018

Costituiti i team ospedalieri per la conduzione dei Corsi di formazione

Corsi effettuati nel 2018:

Ospedale di Spilimbergo: 11.12.2018

Ospedale di S. Vito: 18.12.2018

PO di Pordenone: 20.12.2018

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

3.3.7. Cronicità

Obiettivo

Risultato atteso

Implementare i PDTA sullo scompenso cardiaco

1.Evidenza dell'implementazione del PDTA sullo scompenso cardiaco in ogni Azienda attraverso reportistica di dati di attività

	2. Estensione dell'applicazione del PDTA ad almeno un 1 CAP attivato in altro distretto (distretto del Sile) con reportistica dei dati di attività
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>1. Il PDTA è stato applicato e si sono svolti, come da PDTA:</p> <ul style="list-style-type: none"> -incontri sistematici con i MMG del CAP di S Vito per discussione e cogestione di casi clinici - 30 pazienti cogestiti <p>2) il PDTA è stato presentato ai MMG del distretto del Sile, ma non applicato perché, la nuova riforma sanitaria ha bloccato l'attivazione di nuovi CAP, quello del Sile compreso</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

3.3.8. Assistenza protesica	
Obiettivo	Risultato atteso
Partecipazione ai lavori per la revisione dei percorsi di assistenza protesica e alla formazione dei professionisti sanitari.	Attuazione delle nuove modalità di erogazione dell'assistenza protesica, compresi i percorsi semplificati stabiliti dalle nuove linee guida regionali.
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Sono state recepite e applicate le linee di indirizzo regionali per l'assistenza protesica (DGR 65 del 19/01/2018).</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.9 Assistenza domiciliare	
Obiettivo	Risultato atteso
Incrementare gli indici di copertura assistenziale di presa incarico distrettuale di utenti over 64 anni, mantenere il valore CIA raggiunto e garantire i flussi ministeriale SIAD (corretti in tempi e modalità)	CIA valore \geq a 3.7% popolazione > 64 anni Copertura assistenziale \geq 4% over 64 anni
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>CIA valore =3,8% popolazione > 64 anni</p> <p>Copertura assistenziale =4,2% over 64 anni</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.4 ASSISTENZA FARMACEUTICA

Tetti Farmaceutica	
Obiettivo	Risultato atteso
Spesa farmaceutica	Rispetto dei tetti fissati per la

	<p>- Farmaceutica ospedaliera (comprensiva anche della spesa per i farmaci di fascia A erogati direttamente e in distribuzione per conto): 6,89% del FSR</p> <p>- Farmaceutica territoriale (contenente la sola spesa farmaceutica convenzionata): 7,96% del FSN</p>
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Dato non disponibile a livello aziendale</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
	<p>I TETTI NAZIONALI RIPORTATI SONO AGGREGATI A LIVELLO REGIONALE (NON AZIENDALE) E LA VERIFICA DEL RISPETTO È EFFETTUATA A LIVELLO CENTRALE. DALL'ULTIMO REPORT AIFA GENNAIO-DICEMBRE 2018 IL TETTO PER LA CONVENZIONATA RISULTA RISPETTATO (7,05% VS 7,96% TARGET). IL TETTO PER GLI ACQUISTI DIRETTI NON È STATO RISPETTATO (10,16% VS 6,89% TARGET).</p>
1. Prescrittori	
<p>Individuazione di specifici obiettivi per i prescrittori sia a livello territoriale (distrettuale, ambulatoriale, MMG) che ospedaliero correlati ad indicatori di risultato da collegare alla programmazione per budget. Effettuazione di un monitoraggio periodico sull'utilizzo delle categorie di farmaci a maggior impatto di spesa e rischio di inappropriata favorendo l'impiego di medicinali con il miglior rapporto di costo-efficacia, redigendo un report semestrale con evidenza delle azioni intraprese nel corso del primo e secondo semestre da inviare alla DCS sia con riferimento alle iniziative di audit e feedback che alle iniziative più significative adottate (in particolare oncologici, immunologici, farmaci per l'epatite C, terapie intra-vitreali, farmaci del PHT_DPC, equivalenti).</p>	<p>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 (ospedalieri e territoriali) (integrazione DGR 1423/2018)</p>
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>1. a-sono stati identificati specifici indicatori di budget per le strutture ospedaliere e territoriali (inviati al servizio farmaceutico regionale in data 07/09/2018).</p> <p>b-sono stati predisposti report di monitoraggio relativi agli indicatori individuati al punto a, è stato inviato a tutti un report almeno semestrale, in alcuni casi ad intervalli più brevi.</p> <p>In data 25/03/2019 è stata inviata alla DCS la relazione finale con evidenza dei risultati raggiunti.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
3. Medicinali a brevetto scaduto – indicatori AIFA-MEF	
<p>In ambito territoriale la prescrizione dei medicinali a brevetto scaduto, con particolare riferimento alle classi terapeutiche individuate dagli indicatori AIFA-MEF presenti sul sistema Tessera Sanitaria (TS) e riportati</p>	<p>Promozione dell'utilizzo di farmaci a brevetto scaduto nell'ambito della medicina generale e/o nell'ambito della medicina specialistica/ospedaliera tramite riunioni di approfondimento e/o invio di reportistica di</p>

nella Tabella n. 1 delle Linee per la gestione del SSR – anno 2018, dovrà tendere ai valori target indicati.	monitoraggio. - Raggiungimento target AIFA/MEF per le categorie di medicinale come da linee di gestione (integrazione DGR 1423/2018)
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>All'interno delle riunioni di distretto/AFT della medicina generale si è provveduto a sensibilizzare sul tema dei farmaci a brevetto scaduto. Il raggiungimento degli indicatori AIFA-MEF è direttamente monitorato dalla DCS.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO RAGGIUNTI 5/9 TARGET. CRITERI DI VALUTAZIONE DEFINITI CON DGR 1912/2018
4. Biosimilari	
Nell'ambito delle categorie di medicinali per le quali è disponibile l'alternativa biosimile, le Aziende invieranno uno specifico report semestrale alla DCS sulle attività svolte, nel rispetto del recente quadro normativo (legge n. 232/2016, art. 1 comma 407) (integrazione DGR 1423/2018)	Report semestrale dell'utilizzo di farmaci biosimilari in tutti gli ambiti in cui è prevista l'introduzione di nuovi biosimilari.
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>4. In data 03/08/2018 è stata inviata alla DCS una relazione semestrale, in data 12/03/2019 è stata inviata la relazione annuale sull'andamento dell'utilizzo di biosimilari, le relative azioni intraprese e i risultati raggiunti.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
5. Medicinali brevetto scaduto –analisi prescrizioni integrazione DGR 2350/2018)	
OBIETTIVO STRALCIATO	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO DGR 1912/2018
6. Distribuzione diretta farmaci alto costo	
Nell'ambito della distribuzione diretta dei farmaci ad alto costo, definizione di idonei percorsi che consentano la verifica dell'appropriatezza d'uso anche da parte delle AAS e ASUI di residenza del paziente.	Richiesta di dati ai centri prescrittori extra-aziendali per i trattamenti con farmaci ad alto costo avviati agli assistiti dell'AAS5.
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>6. Vengono richiesti periodicamente ad ASUIUD i dati relativi ai trattamenti con farmaci antiHCV erogati agli assistiti dell'AAS5.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
7. Primo ciclo terapia	
A seguito di dimissione da ricovero e/o di visita specialistica ambulatoriale dovrà essere assicurata l'erogazione del I ciclo di terapia in distribuzione diretta	- Attuazione del I ciclo così come definito nei LEA e dalla DGR 12/2018 - Prosecuzione dell'attività di distribuzione diretta in

<p>sia attraverso le strutture pubbliche che private accreditate. A tal fine l'azienda invierà alla DCS due relazioni semestrali sull'attività svolta, indicando i risultati raggiunti. L'attività di distribuzione diretta continua ad essere garantita nell'ambito della residenzialità, della semi-residenzialità e dell'assistenza domiciliare presso tutte le strutture. (integrazione DGR 1423/2018).</p>	<p>primo ciclo e nelle strutture territoriali. - Invio alla DCS di due relazioni semestrali sull'attività svolta in merito al I ciclo di terapia e all'attività distribuzione diretta, indicando i risultati raggiunti.</p>
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>7. L'attività di distribuzione diretta è stata continuata regolarmente per tutto il 2018. In data 03/08/2018 è stata inviata alla DCS una relazione semestrale e in data 12/03/2019 è stata inviata la relazione annuale comprensiva della descrizione dell'andamento delle attività di primo ciclo e di distribuzione diretta e dei risultati raggiunti.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>
<p>9. Distribuzione per conto</p>	
<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. In data 12 gennaio 2018 è stato ratificato, con DGR n. 12/2018, il nuovo accordo sulla DPC; le aziende provvedono all'adozione degli atti conseguenti.</p>	<p>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 31.12.2018</p> <p>9. Con cadenza giornaliera vengono analizzate le notifiche di "mancante" su webDPC del/dei giorni precedenti sia con causale "NON SOSTITUIBILE" che senza tale motivazione, al fine di poter procedere tempestivamente in caso di particolari criticità che possano precludere l'assistenza farmaceutica agli assistiti. Non si riscontra un elevato ricorso alla non sostituibilità per i farmaci DPC da parte del medico prescrittore: prevalentemente 1 assistito/ogni medico dei farmaci analizzati. Tale situazione è considerata fisiologica.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>
<p>10. Medicinali registro AIFA</p>	
<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 programmata analisi a campione da parte della direzione centrale.</p>	<p>- Analisi delle eventuali criticità nella gestione dei registri e attività di sensibilizzazione alla risoluzione dei problemi. - Registrazione di tutte le prescrizioni che richiedono registro AIFA (piattaforma web based / cartaceo) e gestione delle procedure di rimborso per i farmaci soggetti ad accordi di condivisione del rischio (MEAs) (integrazione DGR 1423/2018)</p>
<p>Risultato al 31.12.2018</p>	

<p>10. Viene costantemente monitorata l'attività prescrittiva di farmaci soggetti a registro AIFA per identificare e risolvere eventuali problemi durante le fasi di prescrizione-erogazione.</p> <p>Le registrazioni sono state correttamente effettuate e EGAS ha provveduto a versare i rimborsi per i farmaci soggetti a MEAs per le prescrizioni di competenza della nostra azienda.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
11. Farmacovigilanza	
<p>Sul tema della farmacovigilanza continuano le attività già avviate a livello regionale dalla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia. Sarà avviata una specifica progettualità sui temi relativi ai medicinali per il trattamento di malattie rare, anche coinvolgendo il coordinamento regionale e la rete delle malattie rare. Inoltre in corso d'anno, anche tramite un nuovo di accordo di collaborazione/convenzione con le due Aziende sanitarie universitarie integrate e con il coinvolgimento di tutte le Aziende sanitarie e gli IRCCS sarà avviata una specifica progettualità pluriennale nell'ambito delle aree di attività stabilite dalla DGR 1365/2015 volta a favorire un uso sicuro appropriato dei farmaci a livello ospedaliero e nella continuità ospedale-territorio. Il percorso formativo a distanza (FAD) avviato a fine 2017 sull'utilizzo della nuova piattaforma nazionale Vigifarmaco ed altre tematiche di farmacovigilanza resterà disponibile in più moduli formativi anche per il 2018.</p>	<p>Partecipazione alle progettualità e alle attività formative organizzate dalla DCS.</p>
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Sul tema della farmacovigilanza l'AAS5 ha partecipato attivamente all'avvio delle procedure per la realizzazione della progettualità quinquennale sull'uso sicuro dei farmaci. Si è inoltre provveduto a promuovere il corso FAD sull'utilizzo della piattaforma Vigifarmaco.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	ACCESSI CORSO FAD ANNO 2018: 17
12. Appropriately uso dispositivi assistenza integrativa	
<p>Potenziare il monitoraggio e la verifica dell'appropriatezza d'uso dei dispositivi per l'assistenza integrativa al fine di porre in essere ogni azione utile ad una razionalizzazione della spesa e dei consumi di tali prodotti. Dovranno, inoltre, essere avviate a livello aziendale o in collaborazione tra aziende iniziative che prevedano differenti modalità di erogazione/distribuzione dell'assistenza integrativa. In particolare, per quanto riguarda l'erogazione di ausili di assistenza protesica, favorire la distribuzione diretta e</p>	<p>Monitoraggio periodico dell'utilizzo di dispositivi per l'assistenza integrativa e valutazione di modalità di erogazione alternative ed economicamente vantaggiose per gli ausili per diabetici, in linea con la DGR 12/2018.</p> <p>(integrazione DGR 1423/2018)</p>

<p>prevedere, relativamente agli ausili per diabetici modalità di erogazione vantaggiose per l'SSR (es. diretta, accordi con le farmacie).</p>	
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>12 Con PEC prot. 8153 del 01/02/2018 è stata data comunicazione a tutte le farmacie del prezzo di rimborso della categoria "aghi" destinati a pazienti diabetici, in riferimento all'Accordo sulla revisione dei prezzi massimi di rimborso degli ausili e dei dispositivi di assistenza integrativa per diabetici 2018-2020. Inoltre a seguito di monitoraggio sulle prescrizioni e modalità di distribuzione degli aghi nano pass (fuori prezzo rimborso), è stata fornita reportistica ai centri diabetologici per verificare l'appropriatezza d'uso degli stessi, con invito ad una distribuzione in forma diretta. A tal scopo è stato messo a punto modulo apposito per le richieste personalizzate di tali presidi. E' stata contestualmente data opportuna informativa ai PLS.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>
<p>14. Logistica centralizzata</p>	
<p>Garantire la copertura delle prescrizioni personalizzate da parte dei medici dipendenti da AAS5 con iter elettronico tramite PSM per il 90% delle confezioni destinate alla distribuzione diretta nominale, al fine di consentire un puntuale monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e la promozione dei medicinali acquisiti centralmente da EGAS.</p>	<p>- Prosecuzione dell'attività di promozione/ assistenza nell'utilizzo delle prescrizioni informatizzate in particolare negli ambiti di scarso utilizzo.</p> <p>- Confezioni di medicinali erogate in distribuzione diretta a seguito di prescrizioni personalizzate con iter elettronico >=90% (integrazione DGR 1423/2018)</p>
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>14. Nel corso del 2018 è proseguita l'attività di assistenza nell'utilizzo delle prescrizioni informatizzate negli ambiti di scarso utilizzo. Attualmente la percentuale totale di confezioni di medicinali erogate in distribuzione diretta a seguito di prescrizioni personalizzate di strutture dell'AAS5 con iter elettronico è del 90,5%.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>MODALITÀ DI VALUTAZIONE DEFINITA CON DGR 1912/2018</p> <p>PSM ELETTRONICO (91,4% (SOLO AAS5)</p> <p>PSM ELETTRONICO 87,93% (TOTALE)</p> <p>PSM TUTTO 97,64%</p> <p>PERSONALIZZATA TUTTA (ASCOT + PSM) 99,31%</p>
<p>15. Prescrizione informatizzata piani terapeutici</p>	
<p>Dovrà essere garantito il ricorso (prima prescrizione e rinnovi) alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici implementati/ disponibili a sistema, tramite l'applicativo PSM-PT, in almeno il 50% di tutti i pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive, prevedendo azioni mirate di sensibilizzazione dei prescrittori all'utilizzo dello strumento nelle categorie di medicinali per i quali si osserva un ricorso prevalente al PT cartaceo (es. antidiabetici). Le Aziende assicurano inoltre il controllo</p>	<p>- Monitoraggio del ricorso alla prescrizione informatizzata tramite PSM-PT per tutti i pazienti e implementazione progressiva del sistema informatizzato.</p> <p>- Almeno il 50% dei pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive.</p>

dei piani terapeutici ed il rispetto delle note limitative AIFA, favorendo l'implementazione di tale sistema informatizzato. (integrazione DGR 1423/2018)	
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>15. Nel corso del 2018 si è provveduto ad attivare tempestivamente i nuovi piani terapeutici resi disponibili da Insiel. Dal monitoraggio effettuato, la percentuale di piani informatizzati in ASS5 è del 99% (data verifica: 24/01/2019)</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO MODALITÀ DI VALUTAZIONE DEFINITA CON DGR 1912/2018 PSM-PT 80% (SU TUTTI I PAZIENTI)
16. Flussi informativi	
Obiettivo	Risultato atteso
<p>Assicurare l'implementazione, le verifiche e i controlli di congruenza dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese e l'integrale copertura della fase 3 su fase 2 (tendenziale 100% della spesa negli ambiti previsti) compatibilmente con la necessità di garantire le urgenze tramite magazzino centralizzato. Evidenza dell'inserimento a sistema del codice targatura in fase di erogazione dei medicinali.</p> <p>Relativamente ai nuovi adempimenti LEA ministeriali saranno avviati specifici percorsi con le Aziende e con l'Egas, al fine di provvedere alle verifiche di congruità dei dati trasmessi, ognuno per la parte di propria competenza.</p> <p>(integrazione DGR 1423/2018)</p>	<p>- Mantenimento dell'implementazione e controllo dei flussi informativi.</p> <p>- assicurare tutte le fasi di controllo nei tempi stabiliti</p>
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>16. L'invio dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali avviene regolarmente e sono stati avviati gli scarichi comprensivi del codice targatura. Sono assicurate tutte le fasi di controllo nei tempi stabiliti.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO FASE3/FASE2 99,98% TARGATURA (CONFEZIONI) 99,47%
17. Flussi informativi – eventuali approfondimenti	
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.	Effettuazione di approfondimenti eventualmente richiesti dalla DCS
Risultato al 31.12.2018	

17. E' stato dato riscontro entro 15 giorni alla DCS per ogni approfondimento richiesto	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO LA DIREZIONE CENTRALE SALUTE NON HA FORMULATO RICHIESTE NEL CORSO DELL'ANNO

8.1 VINCOLI OPERATIVI LINEE 2018 (DGR 185/2018)

Valori rilevati da report monitoraggio indicatori Linee 2018 gennaio-dicembre 2018

VINCOLO	TARGET	VALORE 2018
Diretta	61,00	66,51
DPC	28,50	35,17
Convenzionata	125,00	117,51
Ospedaliera	- 2,0%	-2,6%

ALLEGATO B – INDICATORI

Valori rilevati da report monitoraggio indicatori Linee gennaio 2019, relativi al periodo gennaio-dicembre 2018

NUMERO	DEFINIZIONE	STANDARD OBIETTIVO	VALORE gen-dic 2018
18	SPECIALISTICA AMBULATORIALE Incidenza di sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (anti-ipertensivi)	≤ 30%	39,91%
19	SPECIALISTICA AMBULATORIALE Consumo pro –capite di farmaci inibitori di pompa protonica	25 up pro cap	30,04%

3.5 ASSISTENZA SOCIOSANITARIA

L'integrazione sociosanitaria e la programmazione integrata	
Obiettivo	Risultato atteso
Dare continuità alle azioni di integrazione sociale e sociosanitaria	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evidenza di report delle sedute periodiche della Cabina di Regia 2. Evidenza di report relativi alla partecipazione ad iniziative per la programmazione sociosanitaria e sociale regionale 3. Evidenza di ogni protocollo o intesa che saranno adottati dalla Cabina a valere da un punto di vista operativo sull'intero territorio provinciale.
Risultato al 31.12.2018	

1. Sono proseguiti per tutto l'anno gli incontri bimestrali della Cabina di Regia come da calendario annuale condiviso con tutti i partecipanti. Report agli atti della Direzione dei Servizi sociosanitari
2. Sia la componente sociosanitaria che quella sociale hanno partecipato a più incontri promossi dalla Direzione regionale competente. Memorie degli incontri a livello regionali agli atti della Direzione sociosanitaria e resoconti delle riunioni con lo staff della stessa Direzione
3. Accordi operativi con i vari Ambiti Distrettuali agli atti della Direzione sociosanitaria. Sono stati sviluppati alcuni accordi operativi, in particolare con l'Ambito Urbano per lo sviluppo di Comunità, con l'Ambito di Sacile per l'agricoltura sociale, con l'Ambito di San Vito al Tagliamento per azioni di inclusione di persone svantaggiate o con disabilità

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

3.5.1. Anziani non autosufficienza

Obiettivo	Risultato atteso
Processo di riclassificazione delle strutture residenziali per anziani già funzionanti	<ol style="list-style-type: none"> 1. Supportare la Regione nella valutazione delle domande di nuova classificazione presentate dagli enti gestori delle strutture residenziali ai fini del rilascio del parere di ammissibilità della domanda. 2. Rilasciare le nuove autorizzazioni all'esercizio entro 90 giorni dalla formulazione del parere di ammissibilità della domanda da parte della Regione. 3. Avviare un percorso di accompagnamento alle Residenze per anziani ri-autorizzate all'esercizio, per il monitoraggio e la verifica degli adempimenti e adeguamenti previsti per il livello di nuova classificazione rilasciato.

Risultato al 31.12.2018

- 1 Supportata la Regione nella valutazione delle domande di nuova classificazione presentate dagli enti gestori delle strutture residenziali ai fini del rilascio del parere di ammissibilità della domanda.
2. Rilasciate le nuove autorizzazioni all'esercizio(pieno titolo o in deroga temporanea) entro 90 giorni dalla formulazione del parere di ammissibilità della domanda da parte della Regione.
3. Avviato percorso di accompagnamento (prorogato: << L'adeguamento dei requisiti disposto dall'articolo 57, comma 9, del decreto del Presidente della Regione 13 luglio 2015, n. 144 (Regolamento di definizione dei requisiti, dei criteri e delle evidenze minimi strutturali, tecnologici e organizzativi per la realizzazione e per l'esercizio di servizi semiresidenziali e residenziali per anziani), deve essere completato entro il 31 maggio 2019. >>)

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

Sistema di VMD Val.Graf. FVG	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valutare, mediante l'utilizzo del sistema di VMD Val.Graf.-FVG, tutte le persone per le quali è previsto l'accoglimento in un servizio semiresidenziale o residenziale convenzionato. 2. La VMD deve essere effettuata da un'équipe multiprofessionale sanitaria e sociale del distretto e
-------------------------------------	--

	dell'ambito di riferimento dell'utente.
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Mantenuta Valutazione val Graf per tutti gli utenti accolti presso strutture residenziali</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Nuovi convenzionamenti	Stipulazione degli accordi contrattuali per l'assegnazione di posti aggiuntivi secondo le indicazioni e i criteri di priorità che verranno definiti e comunicati dalla Regione (+11 p.l. alla Casa di riposo di Clauzetto).
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Ancora in via di scrittura nuovo testo di convenzione unica regionale, inviata solo bozza a titolo collaborativo.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Introduzione nuovo sistema di finanziamento</p> <p>Per l'anno 2018, in fase di avvio del nuovo sistema di finanziamento, sono previste le seguenti regole transitorie:</p> <p>1. Contributo abbattimento retta</p> <p>2. Riconoscimento oneri sanitari attraverso convenzionamento</p>	<p>1. AAS5 riconosce agli anziani non autosufficienti che occupano un posto letto convenzionato il contributo per l'abbattimento della retta nella misura prevista dalla normativa ad oggi vigente, sia per la quota fissa (€ 16,60 die/pl convenzionato in Residenze protette e ad utenza diversificata; € 13,28 die/pl convenzionato in Residenza polifunzionale di fascia A) che per la quota variabile legata all'ISEE (cfr. DGR 1282/2010).</p> <p>2. entro il 30.06.2018 a seguito delle indicazioni della regione, AAS5 provvederà a definire le condizioni amministrative e organizzative per adottare il modello tipo di convenzione, subordinatamente all'invio da parte della Regione dello schema tipo.</p> <p>I nuovi rapporti convenzionali dovranno prevedere il rimborso sulla base della nuova impostazione fornita dalle linee guida regionali e sulla base dei finanziamenti già assicurati alle strutture per garantire adeguati livelli assistenziali.</p>
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Per l'anno 2018, in fase di avvio del nuovo sistema di finanziamento, sono previste le seguenti regole transitorie: Contributo abbattimento retta (in linea con le indicazioni normative regionali) Riconoscimento oneri sanitari attraverso convenzionamento (non c'è ancora nuovo schema tipo convenzione regionale).</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani	<p>1. Mantenimento delle attività di verifica e approfondimento dei percorsi avviati negli anni precedenti e realizzazione di almeno due visite di audit approfondite (a livello aziendale).</p> <p>2. Redigere e trasmettere alla Direzione Centrale</p>

	Salute entro il <u>primo semestre del 2018</u> , una dettagliata relazione illustrativa delle attività di monitoraggio e promozione della qualità svolte nell'anno precedente.
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Effettuati audit su CDR Cordenons e CDR Cavasso, inviata relazione su attività di promozione della qualità anno 2017.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Flussi e sistemi informativi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoraggio dell'utilizzo sistematico dello strumento di VMD Val.Graf,-FVG e dei sistemi informativi e-GENeSys e SIRA-FVG delle strutture residenziali che verranno ri-autorizzate per non autosufficienti a seguito del processo di riclassificazione 2. Dotazione di una Lista Unica d'Attesa (LUA) nella quale inserire le persone anziane che richiedono un inserimento presso una Residenza per anziani non autosufficienti e per le quali il Distretto ha verificato l'appropriatezza della richiesta. <u>I criteri per la determinazione dei punteggi per l'inserimento in graduatoria vengono definiti dalla Regione.</u> 3. Assolvere i debiti informativi verso la Regione sulla base delle richieste e indicazioni fornite dalle Regione stessa.
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Mantenuto monitoraggio flussi informativi, già presente LUA, non definiti criteri omogenei da parte della regione.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

Sperimentazioni "Abitare Possibile" e "Domiciliarità innovativa".	
Obiettivo	Risultato atteso
Avviare delle sperimentazioni sull' "abitare possibile" e "Domiciliarità innovativa"	<p>AAS5 sostiene e incentiva lo sviluppo delle sperimentazioni "Abitare possibile" e "Domiciliarità innovativa" di cui alla DGR 671/2015 e DGR 2089/2017 attivate nel proprio territorio aziendale, anche con il coinvolgimento programmatico della Cabina di Regia del PdZ ed i "Tavoli Casa" delle UTI.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. l'AAS5, in particolare, 2.1) definisce, in accordo con gli enti locali del territorio, un programma di revisione della rete di

	<p>offerta dei servizi residenziali rivolti alla popolazione anziana non autosufficiente</p> <p>sperimenta modalità innovative di integrazione sociosanitaria nell'attuazione dei nuovi LEA per quanto riguarda le cure domiciliari.</p>
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>I due progetti sostenuti dall'AAS5 che fa parte del relativo partenariato sono stati approvati dalla competente Direzione regionale (cfr. progetti "Casa Colvera" e "Casa Betania").</p> <p>L'AAS5 partecipa direttamente alle attività che si svolgono nelle due realtà a favore di persone anziane tramite i propri servizi sanitari e sociosanitari territoriali, facenti capo al Distretto "Noncello".</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

Sperimentazione screening popolazione anziana fragile e servizio telesoccorso	
Obiettivo	Risultato atteso
<p>Partecipare alla definizione di un protocollo di intervento per lo screening della popolazione anziana in condizione di fragilità</p>	<p>In base alle indicazioni e programmi che verranno definiti dalla Regione, AAS5:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) entro il 31/3/2018 individua e comunica alla DCS il nominativo e recapito del Referente aziendale per la partecipazione; 2) partecipa alla: <ol style="list-style-type: none"> a) revisione delle modalità di presa in carico delle persone per le quali attivare il servizio di telesoccorso; b) definizione di un protocollo di intervento per lo screening della popolazione anziana in condizione di fragilità da realizzarsi in via sperimentale in Azienda
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) E' stato comunicato il nominativo del referente in DCS. 2) Avviato in settembre il progetto PRISMA 7 a livello regionale, con il coinvolgimento Distretto delle Dolomiti Friulane. In attesa di indicazioni da parte della DCS. <p>Effettuata la revisione di un elenco di persone segnalate dall'INSIEL e ritrasmesso a Televita per l'effettuazione dell'intervista telefonica. Partecipato agli incontri di coordinamento regionale per la definizione del protocollo di intervento.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

Rete per la presa in carico dell'anziano fragile	
Obiettivo	Risultato atteso
<p>Definizione di modalità di presa in carico e di trattamento dell'anziano fragile in tutti i setting</p>	<p>Contribuire alla realizzazione del modello di rete integrata attraverso la partecipazione di professionisti</p>

<p>assistenziali (ospedale, cure intermedie, servizi residenziali e semiresidenziali e domicilio)</p> <p>Identificazione di modelli organizzativi e percorsi integrati in grado di garantire la continuità tra i vari setting. Definizione di modalità di monitoraggio degli esiti attraverso strumenti di valutazione multidimensionali e criteri validati.</p>	<p>esperti al tavolo di lavoro regionale permanente sull'anziano fragile, coordinato da un rappresentante della DCS.</p>
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>E' stata sempre garantita la partecipazione al tavolo di lavoro regionale permanente sull'anziano fragile.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>

<p>Piano demenze</p>	
<p>Obiettivo</p>	<p>Risultato atteso</p>
<p>Partecipare all'attuazione del "Piano nazionale demenze" di cui all'Accordo n. 135 del 30/10/2014</p>	<p>In base alle indicazioni e programmi che verranno definiti dalla Regione, AAS5:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. entro il 31/3/2018 individua e comunica alla DCS il nominativo e recapito del Referente aziendale per la partecipazione; 2. Partecipa all'attuazione del "Piano nazionale demenze - Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze" (accordo n. 135 del 30 ottobre 2014).
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Si rimane in attesa di indicazioni regionali</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO STRALCIATO</p>

<p>3.5.2 Disabilità</p>	
<p>Obiettivo</p>	<p>Risultato atteso</p>
<p>1. Completare l'attività di valutazione delle condizioni di vita (in particolare per le problematiche di tipo sanitario) già avviata nel 2017 per gli utenti in carico ai servizi residenziali e semiresidenziali.</p>	<p>1. AAS5 provvede alla valutazione per gli aspetti sanitari di almeno l'60% degli utenti dei servizi residenziali e semiresidenziali per persone con disabilità, secondo le modalità approvate dalla Regione.</p>
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>1. E' stata rispettata entro la fine del 2018 la quota percentuale indicata dall'Amministrazione regionale, cui si è aggiunta una fase di analisi dei dati a disposizione del sistema di monitoraggio regionale. Tale analisi doveva essere oggetto di pubblicazione da parte dell'amministrazione regionale, ancora però non avvenuta.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>

<p>2. Sperimentare in alcuni setting residenziali specifici le disposizioni ministeriali in materia di finanziamento e compartecipazione alla spesa</p>	<p>2. Sperimentazione tariffaria in applicazione del DPCM 12 gennaio 2017 nelle strutture operanti in convenzione ex art. 26 L. 833/78 per la gestione dei servizi socio-assistenziali residenziali e semiresidenziali per disabili gravi e gravissimi di cui all'articolo 9 comma 18 della legge regionale 4 agosto 2017, n. 31.</p>
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Tenuto conto che nel corso del 2018, si è sviluppato il percorso per una regolamentazione omogenea a livello regionale del sistema della compartecipazione, la Direzione sociosanitaria, ha predisposto uno specifico regolamento approvato dalla Conferenza dei Sindaci a fine 2018 ed in vigore dal 1/1/19.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>
<p>3. Sostenere un maggior coinvolgimento dei DSM e dei servizi territoriali in genere nella valutazione e presa in carico delle persone adulte con disabilità intellettive o disturbi dello spettro dell'autismo.</p>	<p>3. Formalizzazione di un accordo con gli Enti gestori dei servizi, che espliciti le modalità di coinvolgimento dei DSM nella valutazione e presa in carico delle persone adulte con disabilità intellettiva o disturbi dello spettro dell'autismo.</p>
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Tenuto conto del rallentamento dei lavori a livello regionale sul tema dell'autismo (il tavolo non è stato più convocato dopo le prime due riunioni di inizio 2018) nella AAS5 è proseguito il piano di incontri tra Servizi in Delega, Neuropsichiatria Infantile e Dipartimento di Salute Mentale, con la consulenza del Centro CREA di Firenze che mensilmente ha esaminato congiuntamente alcune particolari situazioni con attenzione allo spettro autistico e comorbidità tra disabilità intellettiva e salute mentale.</p> <p>Tale lavoro è stato fonte di riflessione operativa aggiunta alla procedura di affidamento per la coprogettazione per il nuovo Servizio per le Transizioni, conclusa a fine 2018, che consente un approccio particolare di integrazione sociosanitaria proprio per situazioni di estremo rilievo e carico per disabilità intellettive molto severe.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>
<p>4. Valutare l'opportunità di reinserire i disabili ad oggi accolti in strutture fuori Regione nel contesto dei servizi offerti dal territorio regionale, attraverso l'utilizzo della quota di risorse prevista nella mobilità interregionale.</p>	<p>4. L'EMDH valuta i criteri di appropriatezza per il reinserimento dei disabili ad oggi accolti in strutture fuori Regione nel contesto dei servizi offerti dal territorio regionale</p>
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Previo passaggio valutativo in EMDH, è stata accolta in una struttura per disabili nel territorio dell'AAS5 una persona finora ospite in una struttura di altra regione.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>

<p>Fondo gravissimi</p>	
<p>Obiettivo</p>	<p>Risultato atteso</p>
<p>Continuare nella attività di accertamento e</p>	<p>AAS5, con la collaborazione tra Distretti sanitari e</p>

segnalazione ai sensi del DPreg. 247/2009	Sevizi sociali dei Comuni, garantisce l'attività di accertamento e segnalazione dei casi di gravissima disabilità da fornire alla DCS secondo le indicazioni del vigente regolamento regionale in materia.
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Come previsto dalla vigente normativa, alla data del 30 gennaio 2018 sono stati segnalati per conferma, alla DCS i nominativi dei casi beneficiari in carico alla data del 31/12/2017 e per i quali permanevano le condizioni di importante gravità. Il numero totale dei casi dell'AAS5 è 80. Tutti i casi sono stati gestiti anche attraverso il supporto software gestionale dedicato. Entro la data del 30 marzo sono stati segnalati i nuovi casi, con le medesime modalità: invio di tutta la documentazione necessaria e implementazione del software gestionale dedicato. Il numero totale dei nuovi casi segnalati dell'AAS5 è stato 16 di cui 14 poi approvati e liquidati. Alla data del 18/07/2018 la Direzione Centrale Salute, integrazione socio sanitaria, politiche sociali e famiglia aveva concluso l'attività istruttoria e provveduto ad emanare decreti di pagamento per tutti i casi aventi diritto sia in continuità, sia nuovi, dandone mandato agli Enti Gestori. Nel corso dell'anno vi sono stati 5 decessi e 1 ricovero in struttura. Pertanto al 31 .12.2018 per l'AAS5 risultano in carico 88 casi di cui 14 nuovi e 74 in continuità.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

Fondo SLA	
Obiettivo	Risultato atteso
Continuare nella attività di valutazione, raccolta di documentazione e segnalazione indicate nel Regolamento di cui alla DGR 1692/2000.	AAS5 provvede a continuare le attività di valutazione, raccolta di documentazione e segnalazione dei nuovi casi di SLA e dei casi per i quali si è riscontrato un aggravamento, fornendo all'Ente delegato (Area Welfare) tutta la documentazione necessaria alla valutazione selettiva.
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Sono proseguite le valutazioni da parte del personale dei Distretti dei nuovi casi di SLA e le periodiche attività di monitoraggio a cadenza quadrimestrale dei casi noti.</p> <p>L'attività di inserimento delle valutazioni nel sistema gestionale e di invio della relativa documentazione all'Area Welfare è stata garantita dalla Direzione Sanitaria aziendale d'intesa con il Coordinatore del GIN aziendale.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

Vigilanza servizi semiresidenziali e residenziali sociosanitari destinati a persone con disabilità	
Obiettivo	Risultato atteso
Proseguire nella attività di vigilanza dei servizi semiresidenziali e residenziali sociosanitari destinati a persone con disabilità, nelle more dell'emanazione del sistema regionale di regolamentazione degli stessi	AAS5 effettua l'attività di vigilanza e controllo su almeno il 30% dei servizi/strutture collocati sul territorio di competenza.
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>In attesa dell'emanazione del sistema regionale di regolamentazione</p>	

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO L'ATTIVITÀ DI VIGILANZA ANDAVA COMUNQUE SVOLTA NELLE MORE DELL'EMANAZIONE DEL SISTEMA DI REGOLAMENTAZIONE
--	---

Dopo di noi	
Obiettivo	Risultato atteso
Partecipare attivamente alla realizzazione di quanto disposto dalla Regione in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare con la DGR n. 1331 /2017.	AAS5 partecipa attivamente alla definizione dei percorsi relativi all'abitare inclusivo, in base alle indicazioni regionali.
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Entro la fine del 2018, sono state avviate le iniziative dei vari assi del piano territoriale sul 'dopo di noi' validato dalla Conferenza dei Sindaci:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Soggiorni diffusi, per periodi alternativi alla tradizionale frequenza in struttura da parte delle PcD - Budget di salute, per il finanziamento innovativo di progetti individualizzati <p>Allestimento alloggi per la propedeutica all'abitare sociale ed inclusione comunitaria</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

Autismo	
Obiettivo	Risultato atteso
Partecipazione dei referenti aziendali al Tavolo tecnico sull'autismo	Evidenza partecipazione
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Il direttore di SC NPI è stata nominata rappresentate regionale delle NPIA al Tavolo regionale Autismo-adulti i cui lavori si sono svolti nelle seguenti date: 9 febbraio, 7 marzo e 27 aprile 2018.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.5.3 Minori	
Obiettivo	Risultato atteso
1. Sperimentare i profili di bisogno per la valutazione dei minori presi in carico, revisione e validazione degli stessi e individuazione di strumenti appropriati per valutare tali profili.	1. Evidenza dell'acquisizione/condivisione di strumenti appropriati per la valutazione dei profili di bisogno dei minori presi in carico.
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>E' stato predisposto il documento "Linee di indirizzo per l'accoglienza dei minori nei servizi semi-residenziali" presentato nel corso dell'incontro regionale "Linee di indirizzo per l'accoglienza dei Minori nei servizi residenziali e semiresidenziali" Trieste 14-03-2018.</p>	

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>2. Sperimentare profili di intervento adottando metodologie condivise di approccio ai minori e alle famiglie multiproblematiche</p>	<p>2.1 Rivisitazione delle modalità attuative degli interventi a favore dei minori e delle famiglie multiproblematiche in relazione ai LEA di cui al D.P.C.M. 12/01/2017. Evidenza dell'avvio di un processo di condivisione metodologica</p> <p>2.2 rivisitazione dei modelli organizzativi ad alta integrazione sociosanitaria in atto (UVMF, gruppi di lavoro...) in stretto raccordo con i Servizi sociali dei Comuni del territorio. Evidenza della rivisitazione dei modelli in atto</p>
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Rivalutata la modalità di presa in carico e accesso al servizio di NPI e Consulteri Familiari e famiglie multiproblematiche, in relazione ai LEA 2017 e anche sottoposti a provvedimento giudiziario.</p> <p>Incontri del tavolo Materno – infantile aziendale: 21/05; 10/07; 18/09; 09/10; 23/10; 20/11.</p> <p>L'accesso alla NPI di questa casistica potrà avvenire attraverso segnalazione da parte dei servizi Consulteri Familiari/Ambiti (con invio delle disposizioni del TM/TO), l'impegnativa verrà rilasciata dal medico NPI e l'appuntamento prenotato direttamente dalla segreteria NPI al CUP.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>3. Rivedere e validare i requisiti di qualità previsti dalle linee di indirizzo regionali per i servizi residenziali che in regione accoglieranno i minori allontanati dalla famiglia di origine anche attraverso la realizzazione di specifiche attività di verifica e controllo presso le stesse strutture.</p>	<p>3.1. Riduzione del 50% della media degli ultimi tre anni del numero di minori inseriti in strutture residenziali di accoglienza con sede fuori regione;</p> <p>3.2. Riportare il 10% dei minori inseriti in comunità fuori regione nelle comunità regionali;</p> <p>3.3 Introdurre il budget personalizzato, quale strumento funzionale alla realizzazione di percorsi di presa in carico dei minori, in seguito all'adozione delle nuove Linee di indirizzo regionali.</p>
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Nel corso del 2018 è rientrato in Regione il 30% dei minori collocati in comunità terapeutiche fuori regione.</p> <p>La proposta di attivazione del progetto 'budget personalizzato per minori' è stata attivata nel 2019 dopo assegnazione di specifico finanziamento (fondi regionali sovraziendali)</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
	<p>CON DGR 1912/2018 L'OBIETTIVO IN PAROLA È STATO MODIFICATO COME SEGUE: PARTECIPAZIONE AGLI INCONTRI REGIONALI PER L'ELABORAZIONE DELLE "LINEE DI INDIRIZZO PER LA QUALIFICAZIONE DEI PERCORSI DI PRESA IN CARICO DEI MINORI CON ACCOGLIENZA IN UN SERVIZIO RESIDENZIALE". LA VALUTAZIONE È STATA EFFETTUATA IN RELAZIONE ALL'OBIETTIVO MODIFICATO</p>

3.5.4. Salute mentale	
<u>Età adulta</u>	
Obiettivo	Risultato atteso
1. Migliorare l'integrazione tra cure primarie e specialistiche con particolare riferimento alla presa in carico dei disturbi mentali comuni	1. Evidenza di percorsi integrati tra cure primarie e DSM e di interventi formativi
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Le attività per l'integrazione con le cure primarie per i disturbi mentali comuni si sono svolte (incontri distrettuali con i MMG) nelle date 18.10.2018 (Pordenone, Azzano X, Maniago) e 22.11.2018 (San Vito e Sacile). Presenza dei verbali degli incontri nelle varie sedi.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
2. Definire un percorso aziendale congiunto (NPIA, DSM, PLS e MMG) per la definizione della fase di transizione delle cure dai servizi per l'età evolutiva ai servizi per l'età adulta	2. Evidenza di percorso aziendale congiunto NPIA, DSM, PLS e MMG) per la definizione della fase di transizione delle cure
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>E' prodotto, a seguito di incontri con gli operatori NPI, un Protocollo di intesa "Transizione Neuropsichiatria Infantile (NPI) – Dipartimento di salute mentale (DSM) : Modalità operative" che è stato sottoscritto dalle parti. Si è svolto un percorso di formazione comune con gli operatori che si occupano di disabilità in soggetti adulti cui hanno presenziato 5 psichiatri (Commodari, Ferrara, Marson, Ragogna, Di Stefano) che rappresentano le varie aree di competenza territoriale nelle date 02/02/2018, 02/03/2018, 05/04/2018, 08/06/2018, 06/09/2018, 07/12/2018.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<u>Età evolutiva</u>	
Obiettivo	Risultato atteso
1. Attivare le NPIA aziendali in coerenza con i provvedimenti aziendali	1. NPIA attivate nelle Aziende
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>In AAS5 l'atto aziendale in vigore riconosce la NPI come struttura complessa che opera attraverso tre SS presso le 5 sedi distrettuali. La SC è collocata all'interno del DAPA. L'organizzazione del servizio corrisponde a quanto delineato dalla L17/2014, il Piano salute mentale del gennaio 2018. La SC garantisce ai minori con disturbo in ambito neuropsichiatrico le attività elencate all'art.25 dei LEA 2017. Le caratteristiche quali/quantitative delle attività svolte possono essere ricavate dal sistema G2-NPI.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
2. Avvio delle attività dei Centri diurni NPIA	2. Evidenza avvio attività
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>2. Già dal 2017 sono attive le attività ambulatoriali intensive (plurisettimanali organizzate in 2-3 pomeriggi settimanali) e multi professionali rivolte a max 8 minori, adolescenti, con psicopatologia, presso la sede di PN,</p>	

che nel corso del 2018 hanno compreso: gruppo interattivo, laboratorio espressivo di disegno-fumetto, musicale, fisioterapia, colloqui con i genitori, colloqui individuali, visite NPI per supporto farmacologico. Dal 01-08-2018 ha preso servizio una educatrice professionale che opera presso la sede di PN all'interno del team Autismo

Valutazione Direzione Centrale Salute	
<p>3. Dopo acquisizione del nuovo gestionale per la salute mentale età adulta ed età evolutiva, e in seguito alla validazione delle funzionalità del gestionale da parte di una Azienda pilota:</p> <p>predisposizione di percorsi codificati e concordati tra le varie strutture coinvolte (Servizi NPIA, PS/Medicina d'Urgenza, reparti di Pediatria, DSM, servizi per le dipendenze, servizi di Emergenza Urgenza) con indicazione di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - reparto di accoglienza, - percorso diagnostico terapeutico e di continuità assistenziale con le NPIA territoriali, - responsabilità di presa in carico, - modalità di interazione tra DSM e NPIA nel caso di minori in età adolescenziale. 	3. Evidenza dei percorsi formalizzati
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>In attesa dell'acquisizione del nuovo gestionale e della validazione delle funzionalità da parte delle DCS</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

3.5.5. Disturbi del comportamento alimentare

Obiettivo	Risultato atteso
1. Messa a regime degli ambulatori DCA con la disponibilità di equipe funzionale (DGR 668/2017)	1. Operatività degli ambulatori DCA presso ogni Azienda con disponibilità di equipe funzionale
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>L'operatività degli ambulatori è garantita presso la sede del CDA di San Vito.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
2. Operatività dei Centri Diurni presso ASUITS/Burlo/AAS2 (previo Accordo), ASUIUD, AAS5	2. Evidenza dell'operatività dei Centri diurni attraverso invio di report di attività
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>E' stata definita l'organizzazione (risorse umane, spazi e definizione delle attività) del Diurno per CDA e psicopatologia dell'adolescenza (minori in ricovero e post acuti) da attivarsi presso il reparto di Pediatria di PN. L'attivazione verrà realizzata nel 2019, compatibilmente con la disponibilità logistica degli spazi</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

3.5.6 Cure palliative e terapia del dolore	
Obiettivo	Risultato atteso
a. 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
Risultato al 31.12.2018 E' garantita assistenza h 12 su 7 giorni.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
b. L'accesso alla rete delle cure palliative è effettuato con i criteri approvati dal coordinamento regionale	Entro il primo semestre 2018, verranno adottati i criteri di accesso alla rete delle cure palliative approvati dal coordinamento regionale
Risultato al 31.12.2018 I criteri di accesso per le cure palliative domiciliari sono in fase di sperimentazione e verifica. Non risultano al momento definiti ed approvati dal coordinamento regionale i criteri di accesso alla rete delle cure palliative.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
c. Gli accessi di assistenza domiciliare per cure palliative sono registrati nel sistema informativo con codifica ICD9	Gli accessi domiciliari per cure palliative riportano sempre, oltre la codifica della malattia principale, la codifica V 66.7 (cure palliative)
Risultato al 31.12.2018 Da gennaio 2017 è in uso codifica V66.7 per identificare gli utenti che in ADI sono seguiti e inseriti nella rete delle cure palliative. Sono inoltre considerati gli accessi dei clinici a domicilio registrati con G2 clinico.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
d. Adottare come indicatore della tempistica di presa in carico dalla rete di cure palliative il numero di pazienti presi in carico in base al tempo intercorso tra il momento della segnalazione e la presa in carico: Entro 1 giorno dalla segnalazione Tra 1 e 2 giorni dalla segnalazione Tra 2 e 3 giorni dalla segnalazione Oltre 3 giorni dalla segnalazione	(integrazione DGR 2530/2018) Costituire un gruppo di lavoro regionale per creare un sistema informativo omogeneo per la raccolta dei dati D. e E.
Risultato al 31.12.2018 Si è definito un gruppo aziendale che è da raccordare con le altre Aziende per creare un sistema informativo omogeneo per la raccolta dei dati	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
e. CIA (coefficiente di intensità assistenziale) dell'assistenza domiciliare a favore dei pazienti terminali presi	

in carico dalla rete delle cure palliative	
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Si è definito un gruppo aziendale che è da raccordare con le altre Aziende per creare un sistema informativo omogeneo per la raccolta dei dati</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
f. Percentuale di malati oncologici deceduti fuori dall'ospedale	Uguale o superiore al 75% (integrazione DGR 1423/2018)
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>L' 81,5 % dei pazienti presi in carico sono deceduti fuori dall'Ospedale (198 su 243).</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
g. Criteri di priorità della visita algologica	Utilizzare i criteri di priorità già inviati della Regione con nota prot. 6263/P di data 22.03.2018 (integrazione DGR 2530/2018)
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>A tutti i prescrittori dell'AAS5, in data 27/2/19, è stata inviata nota prot n. 15057 della SC Gestione Prestazioni sanitarie, per la diffusione e la applicazione dei criteri di priorità della visita algologica</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
h. Entro il 2018 il sottogruppo di terapia antalgica del coordinamento regionale presenta una proposta di codifiche ambulatoriali e di ricovero di terapia antalgica uniforme su tutto il territorio regionale.	Partecipare con propri Referenti all'elaborazione della proposta
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>I referenti aziendali del sottogruppo di terapia antalgica del coordinamento regionale hanno assicurato la partecipazione all'elaborazione di una proposta di codifiche ambulatoriali e di ricovero di terapia antalgica uniforme su tutto il territorio regionale, che è tuttora in corso.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
i. Monitoraggio dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni di terapia del dolore in tutti i setting assistenziali	Trasmissione report alla DCS
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>E' stato trasmesso alla DCS il report relativo al tempo medio di attesa per l'accesso alle prestazioni di terapia del dolore del PO di Pordenone nel setting ambulatoriale</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
j. Attivazione della reperibilità algologica nelle ASUI e AAS sedi di centro hub	Concorrere ad elaborare una proposta operativa per il 2019, assieme al gruppo regionale di lavoro sull'argomento. (integrazione DGR 2530/2018)
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>In ragione della carenza di anestesisti, l'azienda non è in grado di attivare entro l'anno la reperibilità.</p>	

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

3.5.7. Consulteri familiari

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

Risultato al 31.12.2018

Si rimanda alla linea 3.2.1. Tutela della salute della donna

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO L'AZIENDA RAPPRESENTA AL PUNTO CHE L'OFFERTA PER L'ETÀ POSTFERTILE, SI CONFIGURA COME OFFERTA DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE, ATTUALMENTE INSOSTENIBILE PER I CONSULTORI AZIENDALI.
--	--

3.5.8 Sanità penitenziaria

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

Risultato al 31.12.2018

È stato avviato un processo di ricognizione e ridefinizione dell'attività sanitaria. E' stato redatto un DVR per la sicurezza sui luoghi di lavoro e sono stati programmati lavori di ristrutturazione dell'ambulatorio iniziati il 13 settembre 2018. Sono stati ridefiniti i percorsi per visite specialistiche con le relative prese in carico distrettuali per visite oculistiche e dermatologiche. Le cure odontoiatriche programmate sono state erogate ai detenuti nelle sedi distrettuali con appuntamenti riservati e le urgenze sono state garantite in ospedale. Sono stati definiti i percorsi per prenotazioni e visura online referti per indagini ematochimiche, anche con refertazione urgente ed è stata effettuata la relativa formazione agli infermieri del carcere. E' in corso la revisione della regolamentazione per la gestione dei farmaci stupefacenti con aggiornamento dei profili di responsabilità e per la gestione del trattamento dei dati sanitari nei percorsi di cura e la tenuta della documentazione sanitaria. È stato definito e attivato un protocollo per la radiologia domiciliare in penitenziario. E' stata effettuata una verifica e archiviazione delle documentazioni sanitarie riferite agli anni 1981-2018 ed è stato espletato il 18/09/2018 il trasferimento della documentazione non corrente all'archivio centrale a Udine. È stato espletato il 5 giugno 2018 a Pordenone presso la Scuola Maran il corso di formazione sulla prevenzione del rischio suicidario. E' stato concordato col direttore del carcere un piano di formazione locale congiunto per personale sanitario e non sanitario sui temi 1. Prevenzione e gestione violenza contro operatori, 2.Valutazione e monitoraggio del rischio suicidario anche mediante l'adozione di check list validate per sanitari e non sanitari, 3. Gestione, redazione e custodia della cartella clinica penitenziaria, 4. Gestione informatica della cartella sanitaria

e delle prescrizioni. E' stato programmato l'evento di formazione ECM su prevenzione e gestione della violenza in carcere). Sono stati effettuati ripetuti incontri con Istituto IAL e l'Istituto ARSAP di Pordenone per valutare proposte/progetti di offerta istruttiva/lavorativa e misure alternative per detenuti. E' stato pubblicata una sintesi delle norme sull'assistenza sanitaria penitenziaria ad uso degli operatori (www.passonieditore.it e www.personaedanno.it), sono stati fornite al personale linee guida per l'appropriatezza di invio in ospedale. Il referente aziendale per la sanità penitenziaria, ha partecipato agli incontri dell'Osservatorio Regionale Sanità Penitenziaria, ha fornito su richiesta un contributo di modifica del disegno di legge di riforma penitenziaria, ha organizzato l'evento formativo ECM sulla prevenzione e gestione della violenza in carcere, ha promosso l'informatizzazione dell'ambulatorio penitenziario con la proposta di adozione in carcere di un programma gestionale come già adottato negli studi di medicina generale per gli obblighi di documentazione sanitaria.

Valutazione Direzione Centrale Salute**OBIETTIVO RAGGIUNTO****3.5.9. Superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari**

Obiettivo	Risultato atteso
Dare continuità al programma di superamento degli OPG	Proseguimento dell'attività REMS.
Risultato al 31.12.2018	
La REMS si è impegnata nella prosecuzione delle attività e si è occupata dei 2 pazienti in misura detentiva provenienti dalla provincia di Udine producendo i PTRP in collaborazione con CSM di Gemona e Udine.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.5.8. Dipendenze

si rinvia alla linea 3.2.6

3.6 PROGETTI CLINICO ASSISTENZIALI**3.6.1. Insufficienze d'organo e trapianti**

Obiettivo	Risultato atteso
Cuore	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avvio dei lavori della rete con formalizzazione di almeno 1 percorso assistenziale che definisca anche specifici indicatori di esito. 2. Riduzione del tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti di 50-74 anni, portandolo sotto il valore di 200
Risultato al 31.12.2018	
<p>1 . Un medico in organico nella Cardiologia di S. Vito ed uno nella Cardiologia di Pordenone, nonché il direttore di struttura di S Vito, hanno partecipato ai lavori della commissione regionale.</p> <p>Il nostro gruppo, in particolare, coordina la parte relativa al percorso diagnostico del paziente post-trapianto</p>	

cardiaco.	
2 . Tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti di 50-74 anni: 206	
Valutazione Direzione Centrale Salute	<p>1. OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</p> <p>I REFERENTI AZIENDALI HANNO PARTECIPATO ALLE ATTIVITÀ AVVIATE. LA FORMALIZZAZIONE DEL DOCUMENTO AVVERRÀ NEL 2019</p> <p>2. OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>
<u>Rene</u>	<p>1. Mantenimento dei pazienti in emodialisi al di sotto del 53% del totale (trapiantati + emodializzati + in dialisi peritoneale). (integrazione DGR 2350/2018)</p> <p>2. Evidenza della presenza dei dati a sistema (G2) propedeutici al monitoraggio dei tempi di iscrizione in lista di trapianto in accordo con quanto definito nel PDTA trapianto di rene</p> <p>3. Potenziamento del programma Trapianti di rene con riduzione dei Tempi di iscrizione in lista (differenza tra inserimento in donor manager T3 e raccolta del consenso all'avvio dell'iter per l'inserimento in lista To < 6 mesi almeno nel 75% dei casi che hanno dato il consenso) (integrazione DGR 2350/2018) OBIETTIVO STRALCIATO</p>
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>1 . La percentuale di pazienti emodializzati sul totale è del 45,2%</p> <p>2 . La procedura di inserimento in G2 è stata attivata a fine 2018 ed è iniziato l'inserimento dei dati</p> <p>3. OBIETTIVO STRALCIATO</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	<p>1. OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>2. OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>3. OBIETTIVO STRALCIATO</p> <p>DGR 2350/2018</p>
<u>Fegato</u>	<p>1. Formalizzazione di almeno 1 percorso assistenziale a valenza regionale.</p> <p>2. Individuazione e segnalazione pazienti per la iscrizione in lista trapianto, presso il centro trapianti dell'ASUIUD, di almeno 10 pazienti nell'anno 2018.</p>
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>1 . Partecipato all'elaborazione, a valenza regionale, del PDTA del paziente con cirrosi epatica.</p> <p>2 . 8 pazienti sono segnalati per l'iscrizione alla lista trapianti.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<u>Pancreas</u>	Riduzione del tasso di amputazioni maggiori per diabete portandolo al di sotto di 28 casi per milione di

	residenti.
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Tasso di amputazioni maggiori per diabete 10 casi per milione di residenti.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<u>Polmone</u>	<p>1. Riduzione del tasso di ospedalizzazione per BPCO portandolo al di sotto del 52 per 100.000 residenti di 50-74 anni.</p> <p>2. Formazione di 3 infermieri per ogni distretto sanitario per la gestione integrata con le Pneumologie di riferimento dell'ossigenoterapia domiciliare e realizzazione di almeno un intervento formativo aperto anche al personale di AAS2 e AAS3</p> <p>3. Formazione di 2 fisioterapisti per distretto, da parte delle Pneumologie di riferimento, finalizzata alla riabilitazione respiratoria ambulatoriale e domiciliare e realizzazione di almeno un intervento formativo aperto anche al personale di AAS2 e AAS3</p> <p>4. Attivazione di un team multiprofessionale dedicato alla riabilitazione respiratoria per pazienti ricoverati</p>
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>1. Tasso di ospedalizzazione per BPCO: 44.8 per 100.000 residenti di 50-74 anni</p> <p>2. Il personale identificato ha partecipato alla formazione svolta nel 2017 ed è rimasto a disposizione unitamente agli infermieri degli ambulatori distrettuali per la gestione dei pazienti in ossigenoterapia a lungo termine nel percorso di continuità ospedale- territorio e nel follow up ambulatoriale garantendo il controllo e il presidio delle prescrizioni avvenute e delle modalità operative poste in essere a domicilio.</p> <p>3. Il personale identificato ha partecipato alla formazione svolta nel 2017 ed è rimasto a disposizione delle eventuali segnalazioni della Pneumologia. La riabilitazione respiratoria si svolge prevalentemente nel Distretto del Livizza. Sono parallelamente attivati 4 corsi di Attività Fisica Adattata Respiratoria rivolti a pazienti in carico al servizio in collaborazione con l'Associazione Insufficienti Respiratori.</p> <p>4. E' effettuata la riabilitazione respiratoria nei pazienti ricoverati.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	<p>1. OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>2. OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>3. OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>4. OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>
<u>Occhi</u>	<p>1. Potenziamento dei volumi di donazione cornee (+10% delle donazioni 2017)</p> <p>2. Aumento del numero di trapianti di cornea (almeno 110 in regione)</p>
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>1. Sono stati effettuati 23 prelievi di tessuto oculare nel 2018 (22 nel 2017)</p>	

2. 63 trapianti di tessuto corneale nel 2018 (79 nel 2017)	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
<u>Donazione d'organi</u>	<ol style="list-style-type: none"> 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 31.12.2018</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Questo protocollo prevede la presenza di un cardiocirurgo e ecmo (circolazione extracorporea) e non interessa l'AAS5 2. E' stato formalizzato il protocollo. 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.6.2. Emergenza urgenza	
Obiettivo	Risultato atteso
<u>Ictus</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mantenimento dell'attività di trombolisi endovenosa/ endoarteriosa a 65 casi/anno presso AAS5 2. Misurazione dei tempi intercorrenti fra <i>triage in pronto soccorso, allertamento-TAC e TAC-trombolisi venosa</i> (implementazione dei campi informatici necessari a elaborare i dati specifici) con riduzione del 20% tempo complessivo <i>triage in pronto soccorso-trombolisi</i> per le strutture che hanno tempi > 1 ora; l'obiettivo è raggiunto anche per riduzioni percentuali inferiori purché il risultato sia < 1 ora. 3. Presenza nella documentazione clinica della scala Barthel Index e della Rankin Scale modificata, compilata all'ingresso e all'uscita di ogni setting assistenziale (almeno l'85% degli episodi di ricovero con DRG 14 o codici ICD-9-CM relativa a: 430.x, 431.x, 432.x, 433.x1, 434.x1, 436.x, 437.3, 438.x, 784.3 (afasia)). Qualora sia attivo lo strumento informatico l'Azienda è tenuta all'uso dello stesso anche ai fini del monitoraggio del dato richiesto, diversamente l'Azienda è tenuta alla trasmissione alla DCS di un report per ogni semestre condotto su un campione di cartelle cliniche. <p>Comunicazione alla cittadinanza: produzione di un opuscolo/volantino da mettere a disposizione nelle sale d'attesa dei MMG e degli ambulatori specialistici</p>

	per informare la popolazione sui segni/sintomi da non sottovalutare per anticipare la chiamata di soccorso e rendere tempestivi gli interventi terapeutici in caso di ictus.
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>1. Sono state effettuate 79 trombolisi</p> <p>2. Tempi intercorrenti fra <i>triage in pronto soccorso, allertamento-TAC e TAC-trombolisi venosa</i> 89 minuti (nel 2017 105 minuti). L'implementazione dei campi informatici in G2 necessari a elaborare i dati specifici, più volte richiesta ad INSIEL, non è ancora stata effettuata.</p> <p>3. Presenza delle scale compilate nel 96,7% delle cartelle valutate nel secondo semestre. Si evidenzia un miglioramento rispetto al primo semestre (88,3%).</p> <p>Sono stati trasmessi alla DCS i due report semestrali.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	<p>1. OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>2. OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>3. OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>
<u>Emergenze cardiologiche</u>	<p>1. Avvio dei lavori della rete con formalizzazione di almeno 1 percorso assistenziale che definisca anche specifici indicatori di esito.</p> <p>2. Misurazione del tempo intercorrente fra l'effettuazione dell'EKG sul territorio e l'inizio della procedura in emodinamica (implementazione dei campi informatici necessari a elaborare i dati specifici).</p> <p>3. Comunicazione alla cittadinanza: produzione di un opuscolo/ volantino da mettere a disposizione nelle sale d'attesa dei MMG e degli ambulatori specialistici per informare la popolazione sui segni/sintomi da non sottovalutare per anticipare la chiamata di soccorso e rendere tempestivi gli interventi terapeutici in caso di infarto</p>
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>1. Il direttore della SOC di Cardiologia di Pordenone ha partecipato al gruppo di lavoro regionale , coordina la rete per le emergenze cardiologiche ed è il referente per il percorso relativo alla sindrome coronarica acuta NSTEMI. Nella nostra azienda è già operativo il PDTA NSTEMI redatto in collaborazione con il dipartimento di emergenza</p> <p>2. Sono state effettuate n. 215 procedure in corso di STEMI. Sono state compilate correttamente n. 150 schede "IMA in atto". Il tempo intercorrente fra l'effettuazione dell'EKG sul territorio e l'inizio della procedura in emodinamica è stato il seguente: 77 minuti.</p> <p>3. Sono state predisposte 2 brochure su ictus cerebrale e infarto a disposizione dell'utenza negli ambulatori specialistici e di medicina generale.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<u>Trauma</u>	1. Trattamento della Frattura di femore entro 48H in

	<p>almeno il 70% (hub) o 80% (spoke) dei casi trattati dal presidio ospedaliero.</p> <p>2. Degenza media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – ricoveri urgenti riduzione e/o mantenimento al di sotto di 1,5 gg (criterio Bersaglio C5.18.1)</p> <p>3. Attesa media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – accessi in PS e ricoveri programmati (Riduzione del 20% rispetto all'anno 2017 (criterio Bersaglio C5.18.2)</p> <p>(integrazione DGR 1423/2018)</p> <p>4. Formalizzazione della rete trauma</p>
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>1. Trattamento della Frattura di femore entro 48H: 77.8% nel presidio di Pordenone e 70% nel presidio di San Vito/Spilimbergo)</p> <p>2. Degenza media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – ricoveri urgenti: gg 1,41 anno 2018</p> <p>3. Attesa media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – accessi in PS e ricoveri programmati: 9,5gg anno 2018.</p> <p>4 In corso di formalizzazione</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>1. OBIETTIVO RAGGIUNTO (HUB)</p> <p>1. OBIETTIVO RAGGIUNTO (SPOKE)</p> <p>2. OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>3. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</p> <p>4. OBIETTIVO STRALCIATO</p>
<p><u>Pronto soccorso ed emergenza urgenza</u></p>	<p>1. Aumentare la percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde, ad almeno l'80% (spoke) o 65% (hub)</p> <p>2. Aumentare la percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore, portandola a valori superiori all'85% (spoke) e 75% (hub)</p> <p>3. Revisione e confronto interaziendali della gestione clinica per 5 eventi patologici acuti frequenti.</p>
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>1 . Pordenone = 47.8% (obiettivo 65%); San Vito/Spilimbergo = 66.3% (obiettivo 80%);</p> <p>2 . Pordenone = 79.6% (obiettivo 75%); San Vito/Spilimbergo = 69.7% (obiettivo 80%);</p> <p>3. Partecipazione a tavoli tecnici regionali per confronto tra diverse realtà e per determinare un protocollo comune di raccomandazione diagnostico terapeutico regionale per il NSTEMI (il referente che ha partecipato ha diffuso l' attività ai meeting di reparto) , per la Sindrome Aortica Acuta (il referente che ha partecipato ha diffuso l' attività ai meeting di reparto)e per i pazienti con Trauma Severo (il referente che ha partecipato ha diffuso l'</p>	

attività ai meeting di reparto). Inoltre partecipiamo al Progetto Angels (il referente che ha partecipato ha diffuso l'attività ai meeting di reparto) che vede coinvolti 1500 ospedali nel territorio nazionale per migliorare il trattamento e la gestione dei pazienti con ictus ischemico acuto.

Valutazione Direzione Centrale Salute	1. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO 2. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO 3. OBIETTIVO RAGGIUNTO
<u>Centrale operativa 118</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Utilizzo del dispatch almeno nel 75% degli interventi di soccorso. 2. Monitoraggio dei tempi della SORES (attesa per la risposta, invio mezzo di soccorso, arrivo mezzo di soccorso e comunicazione dei dati rilevati al CREU) 3. Monitoraggio di conformità dei mezzi di soccorso con report da presentare al CREU entro l'ultima riunione del 2018 4. Monitoraggio della formazione delle figure professionali, anche degli Enti in convenzione, sulla base dei profili di competenze individuati. Per il 2018, monitoraggio delle competenze degli infermieri che prestano servizio nelle ambulanze ALS e dei medici che prestano servizio in automedica e in elisoccorso con report da presentare al CREU entro settembre 2018. 5. Uniformità delle procedure di soccorso su tutto il territorio regionale tramite parere del CREU e diffusione successiva alle AAS/ASUI
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>L'Azienda assicura la collaborazione con SORES e CREU per la messa in atto delle azioni finalizzate al conseguimento degli obiettivi di sistema.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

3.6.3 Reti di patologia	
Obiettivo	Risultato atteso
Malattie rare	<ol style="list-style-type: none"> 1. Produrre entro il 31 dicembre 2018 almeno 1 percorso assistenziale, oltre a quello previsto per il 2017; 2. Alimentare il registro regionale di cui al DM 279/2001 (aggiornamento dati del registro con inserimento del 100% dei casi in prevalenza al 30 novembre 2018 e pulizia dei casi che sono usciti dal sistema)
<p>Risultato al 31.12.2018</p>	

<p>1. Il percorso assistenziale è stato prodotto e consegnato al Centro Malattie Rare di Udine.</p> <p>2. Continua l'aggiornamento dei dati nel registro regionale</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Malattie reumatiche	<p>1. Monitoraggio dell'applicazione dei percorsi assistenziali già formalizzati;</p> <p>2. Evidenza, nel sito aziendale dei medici reumatologi aggregati alle medicine interne e di quelli appartenenti ai servizi</p> <p>3. Elaborazione dei percorsi assistenziali per l'artrite psoriasica e per l'artrite reumatoide.</p> <p>4. Imputazione, su un'apposita scheda in G2 clinico, delle informazioni richieste all'atto della prescrizione dei farmaci biologici, secondo le indicazioni fornite dalla DCS.</p>
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>1. Continua l'applicazione dei percorsi formalizzati a livello regionale relativi a: Fibromialgia, Artrosi e Osteoporosi.</p> <p>2 . Il sito aziendale è aggiornato con i nominativi dei medici reumatologi aggregati alle medicine interne e che svolgono l'attività ambulatoriale.</p> <p>3. Partecipato all'elaborazione dei percorsi assistenziali per l'artrite psoriasica e per l'artrite reumatoide</p> <p>4. Non è stata ancora elaborata a livello regionale una scheda di raccolta delle informazioni cliniche legate</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	<p>1. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</p> <p>2. OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>3. OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>4. OBIETTIVO STRALCIATO</p>
Insufficienza cardiaca cronica	<p>1. Avvio dei lavori della rete con formalizzazione di almeno 1 percorso assistenziale che definisca anche specifici indicatori di esito.</p>
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Un medico in organico nella Cardiologia di S. Vito ed uno nella Cardiologia di Pordenone, nonché il direttore di struttura di S Vito, hanno partecipato ai lavori della commissione regionale.</p> <p>Il nostro gruppo, in particolare, coordina la parte relativa al percorso diagnostico del paziente post-trapianto cardiaco.</p> <p>Nella nostra azienda è già operativo un PDTA relativo alla gestione della insufficienza cardiaca cronica.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
	<p>I PROFESSIONISTI HANNO PARTECIPATO AI LAVORI DELLA RETE, MA IL DOCUMENTO NON È STATO FORMALIZZATO</p>

3.6.4. Materno-infantile

Obiettivo	Risultato atteso
Riorganizzazione delle attività in ambito pediatrico	PROGETTI DI COLLABORAZIONE INTERAZIENDALI
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Con decreto n. 576 del 10/08/2018 è stato siglato il protocollo d'intesa per la Costituzione del Coordinamento Interaziendale Materno Infantile" (CIMI) tra AAS5 e IRCSS Burlo Garofolo. Nel protocollo sono definiti in termini qualitativi e quantitativi i processi di cura, le attività assistenziali e le procedure condivise in ambito neonatologico, pediatrico, adolescenziale e materno.</p> <p><u>In particolare in ambito pediatrico</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Attività di Chirurgia generale e specialistica in ambito pediatrico • Attività di Pediatria specialistica • Attività di Anestesia • Attività Audiologica • Attività Radiologica in ambito pediatrico • Continuità Assistenziale dei bambini/adolescenti con problemi speciali <p>Per ogni processo di cura i rapporti sono disciplinati dalle DS aziendali.</p> <p>Sono in atto collaborazioni strutturate su questi temi: Chirurgia Pediatrica, Oftalmologia, ORL e Audiologia, Endourologia, Anestesia, sistema di tele-refertazione.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<u>Gestione gravidanza fisiologica</u> Implementazione del percorso gravidanza fisiologica a gestione ostetrica	Evidenza dell'attivazione del percorso
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>vedere linea 3.2.1</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<u>Riduzione parti cesarei depurati (NTSV)</u>	Mantenimento della percentuale dei parti cesarei depurati (NTSV) al di sotto del 20% dei parti totali dei parti depurati
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>-Parti cesarei depurati (NTSV): 15,5%</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<u>Riduzione parti indotti farmacologicamente</u>	I parti indotti farmacologicamente devono essere ridotti al di sotto del 22%
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>-Parti indotti farmacologicamente: 23.7 %</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
Coinvolgimento di AAS 5 nell'attività formativa degli specializzandi di Pediatria	Revisione delle modalità di integrazione di AAS 5 nel percorso formativo degli specializzandi di Pediatria.
<p>Risultato al 31.12.2018</p>	

Le SC di Pediatria e di Pediatria e Neonatologia della AAS5 fanno parte della rete formativa della Scuola di specializzazione di in pediatria dell'università di Trieste, la cui direzione ha sede presso il Burlo. Gli specializzandi nella loro turnazione legata al progetto formativo svolgeranno 'periodi di formazione' presso la SC di Pediatria e di Pediatria e Neonatologia della AAS5 secondo modalità concordate con l'Università di Trieste. (decreto n. 576 del 10/08/2018 del 10/08/2018; costituzione del CIMI).

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

3.6.5 Sangue ed emocomponenti

Obiettivo	Risultato atteso
Contributo all'autosufficienza regionale e nazionale	-Partecipazione alle attività di raccolta sangue e plasma destinato al frazionamento industriale. (pari a 26.500 kg in regione, con un contributo non inferiore alla percentuale di popolazione attiva alla donazione (18-66 anni))

Risultato al 31.12.2018

INDICATORI PIANO SANGUE 2018	
N° unità sangue intero	13.984
N° unità plasma da aferesi	5.181
N° unità plasmapiastrinoafèresi	566

La raccolta mantiene un trend in leggero incremento sia per sangue che per plasmaferesi garantendo la partecipazione regionale che era stata preventivata per l'invio del plasma al frazionamento industriale.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Sicurezza ed appropriatezza trasfusionale	- Partecipazione ai programmi regionali di sorveglianza trasfusionale. - Mantenimento della attività del Cobus

Risultato al 31.12.2018

Le reazioni avverse alla trasfusione vengono inserite costantemente in Emonet affinché la SRC di Palmanova possa gestirle a livello regionale con invio sul programma nazionale SISTRA del Centro Nazionale Sangue. Il riscontro di positività dei test infettivologici nei donatori di sangue vengono gestiti insieme al CURPE per il follow-up.

La nuova composizione del COBUS è stata decretata (DCR n.612 del 19/9/2019). Il COBUS si è riunito il 12 dicembre 2018.

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

3.6.6. Erogazione livelli di assistenza	
Obiettivo	Risultato atteso
Monitoraggio coordinato degli indicatori per valutare efficienza ed efficacia della cure	<ol style="list-style-type: none"> 1. Riduzione del tasso di ospedalizzazione al 122,5 x mille 2. Riduzione dei numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica, ricorrendo anche ad un maggiore utilizzo del day service, portando la percentuale al di sotto del 28% per gli adulti e del 42% per i pediatrici 3. Riduzione della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti ≥ 65 anni portandola al di sotto del 4% 4. Recupero di almeno il 25% della fuga extra-regionale di ricovero e di specialistica ambulatoriale rispetto ai dati 2015
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Stima tasso di ospedalizzazione: 123,27 x mille 2. numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica: Adulti 18.9% (obiettivo 28%); pediatrici 59,9% (obiettivo 42%); 3. ricoveri medici oltre soglia per pazienti ≥ 65 anni: 1.16% (obiettivo $<4\%$). 4. Dati non disponibili 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	<ol style="list-style-type: none"> 1. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO 2. OBIETTIVO RAGGIUNTO ADULTI 2. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO PEDIATRICI 3. OBIETTIVO RAGGIUNTO 4. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
Effettuare i controlli di appropriatezza delle prestazioni effettuate dagli erogatori pubblici e privati. (integrazione DGR 1423/2018)	Mantenimento attività secondo quanto definito dal piano dei controlli programmato dallo specifico gruppo di coordinamento regionale
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>E' garantita l'attività definita dal piano dei controlli programmato</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Indicatori (integrazione DGR 1423/2018)	L'azienda deve garantire il raggiungimento degli standard obiettivo di cui all'allegato B da DGR 185/2018 di approvazione definitiva delle Linee annuali per la Gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2018.

Risultato al 31.12.2018	
Si rimanda all'allegato "TABELLA LEA"	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
3.6.7 Rete Cure Sicure FVG	
Obiettivo	Risultato atteso
Strutturazione Rete Cure Sicure	<ol style="list-style-type: none"> 1. completamento della formazione dei <i>link professional</i>; 2. valutazione semestrale, tramite indicatori clinici 3. pubblicazione delle informazioni, relativamente alla relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto; pubblicazione nel sito internet aziendale dei dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (verificati nell'ambito dell'esercizio della funzione di monitoraggio, gestione e prevenzione del rischio sanitario); 4. prosecuzione delle linee di lavoro per garantire la sicurezza ed appropriatezza nell'uso del farmaco; 5. prosecuzione delle attività atte al controllo e prevenzione delle infezioni e progetto regionale di <i>antimicrobial stewardship</i>; 6. diffusione dei dati sullo stato nutrizionale emersi dalla <i>survey 2017</i> e implementazione di strategie condivise sulla nutrizione e sull'idratazione dei pazienti; 7. effettuazione dell'autovalutazione CARMINA e miglioramento di un'area attraverso l'implementazione di un almeno uno standard minimo; 8. prosecuzione delle attività di <i>empowerment</i> dei pazienti sulle tematiche del rischio mediante la valutazione dell'utilizzo del modulo di "<i>integrazione della lettera di dimissione</i>" e avvio di azioni di miglioramento. 9. Consumo di guanti chirurgici e NON chirurgici in lattice : raggiungere un rapporto dei guanti NON chirurgici lattice/nitrile o vinile inferiore al 15%. Per quanto riguarda i guanti chirurgici per l'anno 2018 il rapporto lattice/latex-free dovrà essere al massimo del 30%.
Risultato al 31.12.2018	
1. Sono stati effettuati due eventi formativi.	

2. La valutazione semestrale tramite indicatori clinici prosegue secondo le indicazioni regionali.
3. Le informazioni sono presenti sul sito aziendale:
https://aas5.sanita.fvg.it/export/sites/aas5/it/amministrazione_trasparente/23_altri_contenuti/docs/consuntivo_2018.pdf
4. La revisione del Foglio Unico di Terapia è stata completata ed implementata con i nuovi format della cartella clinica ed è stata effettuata la formazione all'interno dell'evento "Introduzione della nuova documentazione nelle strutture di degenza" (29 maggio 2018). Sono stati effettuati due eventi formativi relativi a "Gestione in sicurezza del farmaco Modulo 1: procedure per stoccaggio e conservazione dei farmaci; gestione dei farmaci ad alto rischio; antisettici e disinfettanti: principi generali" (4 aprile e 6 giugno) ed un evento "Ricerca sul farmaco e prontuario farmaceutico di area vasta. Accesso alla banca dati Terap e aggiornamento sui contenuti" (10 aprile 2018).
- 5: Proseguita l'attività aziendale con la seconda parte del programma iniziato l'anno precedente. Nel 2018 è stato tenuto un corso per l'UO di Gastroenterologia e sono in programma due corsi tra ottobre e dicembre rivolti alla Terapia Intensiva e alla Pneumologia. In aprile 2018 è stato presentato il report microbiologico e ed infettivologico relativo ai dati 2017. Sono proseguite le consulenze da parte degli specialisti infettivologi.
6. I dati sullo stato nutrizionale emersi dalla survey 2017 sono stati diffusi nel contesto della Point Prevalence Survey (peso, altezza per calcolo BMI e presenza di nutrizione parenterale e/o enterale). Si attende l'avvio del gruppo regionale per l'implementazione di strategie condivise sulla nutrizione e sull'idratazione dei pazienti da applicare a livello aziendale.
7. nell'ambito dell'autovalutazione CARMINA con l'obiettivo del miglioramento di un'area attraverso l'implementazione di un almeno uno standard minimo, è stata implementata la trasmissione delle informazioni ai cittadini relativamente ai fattori di rischio attraverso l'utilizzo della scheda dei fattori di rischio allegata alla lettera di dimissione. Questo obiettivo comprende anche l'obiettivo 8 di cui al punto seguente.
- 8: E' stata inserita negli obiettivi di budget la compilazione in G2 della scheda dei fattori di rischio allegata alla lettera di dimissione.
9. rapporto lattice/latex-free Guanti chirurgici : Anno 2017: 42%, Anno 2018: 27%;
 un rapporto dei guanti NON chirurgici 9.lattice/nitrile o vinile: Anno 2017: 48%, Anno2018: 36%. Si evidenzia una diminuzione.

Valutazione Direzione Centrale Salute**OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO**

- CONVERSIONE DELL'UTILIZZO DEI GUANTI CHIRURGICI E NON CHIRURGICI IN LATTICE IN GUANTI IN NITRILE O VINILE E LATTEX-FREE NON RAGGIUNTO.

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

Obiettivo	Risultato atteso
Strutturazione Rete HPH	- Individuare un Coordinatore HPH, che farà anche parte del Comitato HPH regionale (entro febbraio) - Attivare il Comitato guida aziendale (entro novembre)
Risultato al 31.12.2018	
Il coordinatore aziendale è stato comunicato alla DCS il 16/4/2018 con lettera prot. N. 28515-P.	
Il Comitato guida è stato attivato con decreto n.742 del 22/11/2018	

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
3.7.1 Tempi di attesa	
Obiettivo	Risultato atteso
Rispettare i tempi d'attesa per la specialistica ambulatoriale e i ricoveri per interventi chirurgici programmati (<i>Elenco delle prestazioni oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa</i>).	Specialistica ambulatoriale: Assicurare il rispetto dei tempi d'attesa per le % di casi indicate priorità B >95% priorità D >90% priorità P > 85% Ricoveri per interventi: priorità A 95% priorità B, C, D 90%
Risultato al 31.12.2018 Specialistica ambulatoriale: Le prestazioni traccianti che il monitoraggio dei tempi di attesa ha evidenziato come critiche nel corso del 2018 sono risultate: per la priorità B, la visita endocrinologica, la visita ortopedica, la visita pneumologica, l'ecografia ostetrico ginecologica, la coloscopia e sigmoidoscopia, gli ECG dinamico e da sforzo, il fondo oculare e alcune prestazioni di diagnostica per immagini; per la priorità D, la visita endocrinologica, la visita ortopedica, la visita ginecologica, la visita dermatologica, la visita pneumologica, la coloscopia, l'esofagogastroduodenoscopia e l'ECG dinamico. Interventi chirurgici gli interventi risultati critici sono: endoarteriectomia carotidea, neoplasia mammella, neoplasia prostata, neoplasia rene, neoplasia vescica.	
1. Monitorare i tempi d'attesa	1. L'Azienda rispetta i tempi per la trasmissione dei monitoraggi regionali e ministeriali (attività istituzionale ed ALPI).
Risultato al 31.12.2018 I tempi per la trasmissione dei monitoraggi regionali e ministeriali (attività istituzionale ed ALPI) sono stati rispettati.	
2. Configurare le agende dell'AAS5 e delle strutture private accreditate presenti sul suo territorio per la prenotazioni on-line.	2. Le agende sono adeguate alla prenotazione on-line
Risultato al 31.12.2018 Le agende di prenotazione delle prestazioni dell'AAS5 e delle strutture private accreditate presenti sul territorio sono configurate per la prenotazione on line secondo le indicazioni fornite da ARCS.	
3. Rispettare il rapporto tra attività libero professionale e istituzionale.	3. Il rapporto tra i volumi erogati è costantemente monitorato in relazione al rispetto dei tempi d'attesa

	garantiti per l'attività istituzionale.
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>E' eseguito il monitoraggio dei tempi di attesa e dei volumi dell'attività erogata in libera professione intramuraria e valutato Il rapporto tra i volumi di prestazioni erogate nell'ambito delle attività istituzionali e quelli che caratterizzano l'attività libero professionale, che non ha dimostrato, nel 2018, la presenza di situazioni critiche rispetto a quanto definito dal CCNNLL.</p>	
4. Sospensione ALPI	4. a) L'Azienda sospende l'attività intra-moenia ai medici delle strutture che non hanno reso disponibili a CUP regionale tutte le agende di prenotazione delle visite/prestazioni specialistiche libero professionali.
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>E' stato eseguito un censimento dei dirigenti con attività libero professionale non prenotabile a CUP regionale. Tale fattispecie risulta assolutamente residuale. L'attività di prenotazione è, comunque, anche in questi casi, gestita attraverso l'applicativo CUP web con prenotabilità locale. L'estensione alla prenotabilità regionale anche per questi professionisti avverrà nel corso del primo semestre 2019.</p>	
5. Informatizzare e rendere disponibili a sistema CUP regionale le agende delle prestazioni ambulatoriali.	5. Le agende delle prestazioni ambulatoriali sono informatizzate e disponibili a sistema CUP regionale.
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Le prestazioni di primo accesso sono gestite con agende informatizzate differenziate per priorità, con offerta disponibile a CUP regionale.</p>	
6. Le AAS/ASUI rendicontano alla DCS le modalità di utilizzo del finanziamento attribuito con la legge 7/2009, tenendo conto che una quota di almeno il 40% è da utilizzare per l'acquisto di prestazioni dagli erogatori privati convenzionati, in aggiunta al budget assegnato per il periodo 2017-2019 con la stipula degli accordi adottati con la DGR n. 42/2017. (integrazione DGR 1423/2018)	<p>6.1 Stipulare specifico accordo integrativo con gli erogatori privati entro il 30.6.2018;</p> <p>6.2 Trasmettere alla DCS entro e non oltre il 31.12.2018 l'atto/gli atti di evidenza delle effettive esigenze di abbattimento delle liste di attesa e ricorso agli importi stanziati</p> <p>6.3 Presentare apposita rendicontazione sull'utilizzo delle somme assegnate nel bilancio consuntivo 2018</p>
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>6.1 Gli accordi con le strutture private accreditate del territorio dell'AAS 5 sono stati stipulati nel giugno 2018 e trasmessi alla DCS il 29/6/2018. Gli accordi prevedono.</p> <p>Ciascun accordo specifica l'importo del finanziamento attribuito con la legge 7/2009 destinato all'erogatore privato accreditato e identifica tipologia e numero di prestazioni di specialistica ambulatoriale richieste extra budget che la struttura si impegna a garantire al fine dell'abbattimento delle liste di attesa.</p> <p>6.2 Gli atti formali di evidenza delle effettive esigenze di abbattimento delle liste di attesa e ricorso agli importi stanziati prodotti dall'AAS 5 sono quelli di sottoscrizione degli accordi con le strutture private accreditate, e già inviati alla DCS.</p> <p>E' stata inviata in regione, con PEC prot. n. 31975/DG del 30.4.2019, una relazione relativa all'anno 2018 sulle esigenze di abbattimento delle liste di attesa e sulle modalità di utilizzo del finanziamento attribuito.</p> <p>6.3 Nel bilancio 2018 è stato riconosciuto l'importo di 183.177 Euro a valere sulla quota "ulteriore finanziamento per le liste d'attesa- linea 32 attività sovra-aziendali"</p>	

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

3.7.2 Innovazione nella gestione delle terapie

Obiettivo	Risultato atteso
Utilizzo dei nuovi anti-coagulanti orali (integrazione DGR 1423/2018)	1. L'obiettivo si intende raggiunto se i controlli ambulatoriali per INR eseguita a pazienti residenti AAS5, si riducono almeno del 25% sul dato 2016; l'obiettivo non è raggiunto per riduzioni inferiori al 10%; per riduzioni comprese fra il 10% e il 25%, l'obiettivo verrà in proporzione considerato raggiunto parzialmente.

Risultato al 31.12.2018

Dai dati forniti dal Servizio farmaceutico si rileva un progressivo aumento nell'utilizzo dei nuovi anti-coagulanti orali dal 2016 e una progressiva riduzione dei soggetti trattati con TAO:

soggetti in trattamento	2016	2017	2018
TAO (necessita INR)	6755	6379	5866
NAO (non necessita INR)	1985	2884	4123
Totale complessivo	8740	9263	9989
% NAO	22,7%	31,1%	41%

Considerato che i volumi INR 2016 sono sottostimati in quanto la procedura di laboratorio fino al 26/11/2016 non trasferiva a SIASA gli esami multipli delle ricette e tenuto presente che vi è stato un aumento dei pazienti in trattamento con NAO del 16% dal 2016 al 2018, si può ritenere che tale aumento dovrebbe comportare una corrispondente diminuzione sulla diagnostica INR. Si evidenzia infatti un calo dal 2017 al 2018.

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

Valutazione della possibilità di implementare l'utilizzo delle terapie sottocute, o per altre vie, per quei farmaci che dispongono di formulazioni alternative a quella endovenosa.	2. Evidenza della valutazione
---	-------------------------------

Risultato al 31.12.2018

Nel 2018, il DH Medico e la Medicina di Pordenone, hanno utilizzato 31 fiale di Rituximab 1400 mg sottocute. Gli specialisti ematologi prescrivono la formulazione sottocutanea, secondo le indicazioni autorizzate (linfoma non-Hodgkin follicolare) successivamente ad una prima somministrazione endovenosa e con peso superiore a 65 kg. L'utilizzo di questa formulazione consente la dimissione del paziente con un anticipo di 2 ore.

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

3.7.3 Apertura dei reparti di terapia intensiva e semi-intensiva ai care giver	
Obiettivo	Risultato atteso
Abolizione delle limitazioni non motivatamente necessarie (es. effettiva necessità di isolamento) per i care-giver indicati dai pazienti degenti presso le degenze intensive e semi-intensive	Nei reparti di TI e TSI è consentita la presenza dei care-giver durante il ricovero
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>L'abolizione delle limitazioni è stata avviata nel corso del 2017 e proseguita nel 2018.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

3.7.4 Presenza del care-giver in corso di visita nei reparti di degenza	
Obiettivo	Risultato atteso
Possibilità dei pazienti di avere accanto il care-giver al momento della visita medica o dell'esecuzione delle procedure assistenziali.	Presso le degenze ordinarie i pazienti possono avere accanto a sé un care-giver al momento della visita medica o dell'esecuzione delle procedure assistenziali
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Attività avviata nel corso del 2017 e proseguita nel 2018.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

3.7.5 Contatto telefonico dopo la dimissione da un intervento chirurgico (recall)	
Obiettivo	Risultato atteso
Verifica del grado di soddisfazione del cittadino dopo intervento chirurgico programmato	Somministrazione, entro 5 gg dalla dimissione, ai pazienti dimessi dopo un intervento di chirurgia programmata e svolta in ricovero ordinario, del questionario già utilizzato nel 2017.
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Nel 2018 è stata mantenuta l'attività di somministrazione del questionario avviata nel 2017</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.7.6 Individuazione del medico responsabile della gestione del ricovero del paziente	
Obiettivo	Risultato atteso
Informazione del paziente sul medico che ha la responsabilità della gestione del suo ricovero	I pazienti vengono informati sul nominativo del medico responsabile della gestione del loro caso.
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Attività avviata nel corso del 2017 e proseguita nel 2018.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.7.7 Privacy	
Obiettivo	Risultato atteso
Snellimento delle procedure nel rispetto della privacy. Attivazione del fascicolo sanitario elettronico (FSE).	Partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale
Risultato al 31.12.2018 E' stata garantita la partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.7.8 Comitato di Partecipazione Aziendale	
Obiettivo	Risultato atteso
Attuare le indicazioni delle Linee di gestione 2018 attraverso l'individuazione di metodi di condivisione dell'esperienza dei cittadini nei percorsi assistenziali.	Condividere con le Associazioni il metodo di applicazione e monitoraggio dei PDTA.
Risultato al 31.12.2018 Completato il monitoraggio per l'applicazione PDTA ictus, il risultato è stato presentato alle Associazioni l'11 novembre 2018	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Prosecuzione dell'attività di coinvolgimento e collaborazione con le Associazioni di utenti e di volontariato nella valutazione dell'esito delle cure.	Favorire ed incrementare l'adesione dei MMG per la condivisione di proposte di miglioramento sulla qualità delle cure
Risultato al 31.12.2018 Sono stati presi contatti con l'agenzia formativa COMPA per la creazione di un percorso formativo sperimentale che coinvolge i MMG, i rappresentanti delle Associazione ed alcuni componenti dell'Azienda. Sono stati pubblicati sul sito aziendale nel "box" dedicato al Comitato di partecipazioni i verbali degli incontri.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

4 Flussi informativi e valutazioni	
Obiettivo	Risultato atteso
1. Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)	- 1. La percentuale di SDO archiviate deve essere in media nell'arco dell'anno maggiore o uguale al 98% dei dimessi; Le richieste di apertura delle SDO archiviate non deve superare il 3% delle SDO archiviate. - Le anomalie in merito alla qualità della compilazione non devono superare in media il 10%
Risultato al 31.12.2018	

1. La percentuale di SDO archiviate è 99,8%. Il dato relativo alle richieste di apertura delle SDO è 0,7%. Le anomalie in merito alla qualità della compilazione sono 0,7%.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
2. Obblighi informativi e qualità dei dati ai fini amministrativi, epidemiologici e gestionali	2. Individuazione del referente aziendale per ogni obbligo informativo; Garanzia della corretta alimentazione dei dati
Risultato al 31.12.2018 2. Individuati i referenti aziendali, i quali sono stati coinvolti per la corretta alimentazione dei dati.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
3. Flussi Ministeriali	3. Corretta alimentazione e rispetto dei tempi di invio di tutti i flussi ministeriali di competenza aziendale
Risultato al 31.12.2018 3. I Flussi Ministeriali vengono alimentati e inviati nei tempi previsti	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO Non è stato raggiunto l'obiettivo sul flusso EMUR e SISM
4. Programmi di sorveglianza: OKkio alla Salute, HBSC, PASSI, PASSI d'ARGENTO, Obesità in Gravidanza (vedi al capitolo 3.2)	4. Proseguimento dei programmi
Risultato al 31.12.2018 4. Si rimanda alla linea 3.2.13 Miglioramento dei sistemi informativi e di sorveglianza.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

5. IL SISTEMA INFORMATIVO

5. Il sistema informativo	
Obiettivo	Risultato atteso
Servizi on-line per i cittadini	<p>Procedere al consolidamento dei servizi on line per i cittadini con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - potenziamento dell'infrastruttura del servizio di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali con l'uso della ricetta dematerializzata e MIR (medici in rete), nell'ottica della riduzione del tempo di accesso e degli spostamenti dei cittadini; - l'ulteriore estensione del servizio referti on-line per le prestazioni sottoscritte digitalmente; - la consultazione liste d'attesa di tutte le prestazioni erogate, indicando la prima data utile;

	<ul style="list-style-type: none"> - lo sviluppo di tecnologie mobility app per i principali servizi on-line sviluppati; - l'estensione della prescrizione specialistica dematerializzata; - la collaborazione allo sviluppo dei temi chiave previsti dalla cd "Sanità digitale" implementando soluzioni informatiche per l'integrazione socio-sanitaria e la continuità della cura; <p>la collaborazione all'implementazione di soluzioni per la gestione del farmaco all'adesione terapeutica.</p>
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Si è garantita la partecipazione a tavoli regionali per il coordinamento delle attività di prosecuzione di quanto già avviato.</p> <p>E' stata inviata richiesta/candidatura a DCS per l'avvio della consegna del referto di radiologia in modalità on-line similmente a quanto già avviene per il referto di laboratorio. Siamo in attesa di riscontro</p> <p>E' possibile consultare le liste d'attesa con l'indicazione della prima data utile per tutte le prestazioni.</p> <p>Si segue lo sviluppo dei progetti regionali sulle tecnologie mobility-app</p> <p>Tutti gli specialisti prescrivono tramite DEMA ad esclusione dei Fisiatri per problemi derivati dai cicli di prestazioni</p> <p>Si segue lo sviluppo dei progetti regionali sulla sanità digitale</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Prosecuzione delle attività già avviate</p>	<p>Proseguire nelle attività già avviate:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sicurezza fisica e logica/funzionale - sistemi di governo, in particolare con lo sviluppo ed il miglioramento degli strumenti di governo dei fattori produttivi ospedalieri - ricetta dematerializzata da estendere, oltre che alla farmaceutica, anche alla specialistica ambulatoriale, per i Medici di medicina generale, i Pediatri di libera scelta e gli specialisti convenzionati e dipendenti del Servizio sanitario regionale - Interventi sull'intero sistema ICT del SSR per gli adeguamenti previsti dalla L.R. 17/2014 - avvio della nuova cartella clinica informatizzata con immediata sospensione delle iniziative autonome di implementazione e/o sviluppo delle attuali - revisione/rinnovo del sistema ASCOT e software collegati per la gestione delle attività amministrative <p>acquisizione di ulteriori licenze con completamento i tutte le aziende dell'implementazione del sistema per la gestione della farmacoterapia</p>

Si è garantita la partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obbligo dell'utilizzo della firma digitale	- Definizione di indicatori di budget specifici per i diversi prescrittori. - G2 clinico e lettera di dimissione > 90% - Radiologia > 98% - Laboratorio e microbiologia > 98% - Anatomia patologica >98% (integrazione DGR 1423/2018)
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Firma digitale referti 94%, lettere di dimissione 92%.</p> <p>Radiologia 98%</p> <p>Laboratorio e microbiologia 100%</p> <p>Anatomia patologica 100%</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Prescrizione dematerializzata (integrazione DGR 1423/2018)	MMG che prescrivono DEMA o DIR > 80%
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Dato non disponibile a livello aziendale</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

Funzioni rivolte al sistema informativo regionale	
<p>a. Sistema di gestione dell'attività sanitaria in ambito ospedaliero</p> <p>1. cartella integrata clinico assistenziale: avviamento dell'implementazione presso il sito pilota individuato nell'AAS5. In seguito all'aggiudicazione della gara in corso.</p> <p>2. potenziamento ed estensione delle integrazioni dei sistemi clinico sanitari.</p> <p>3. Normalizzazione della gestione delle credenziali e attivazione sistema Single Sign on</p> <p>Aggiudicazione e avvio implementazione della piattaforma per la gestione della ricerca clinica</p>	Partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Si è garantita la partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale</p>	

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
b. Sistema di gestione dell'attività sanitaria in ambito di assistenza primaria 1. Piattaforma di connessione con la medicina generale 2. Attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico secondo quanto previsto dalla normativa privacy. 3. Avviamento del nuovo sistema di iscrizione ai MMG Pianificazione delle attività di rinnovamento del sistema SIASI	Partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale
Risultato al 31.12.2018 Si è garantita la partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
c. Rivisitazione delle procedure gestionali ed amministrative al fine dell'adeguamento alla normativa vigente	Partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale
Risultato al 31.12.2018 Si è garantita la partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
d. Potenziamento dell'infrastruttura per la Continuità Operativa 1. Potenziamento delle reti geografiche e locali Razionalizzazione dei data center aziendali	Partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale
Risultato al 31.12.2018 Si è garantita la partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
e. Sistema direzione aziendale 1. Governo del personale 2. Governo logistico	Partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale
Risultato al 31.12.2018 Si è garantita la partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
f. Sistema direzionale regionale 1. Data Warehouse gestionale 2. Sviluppo del registro regionale dei dispositivi medici impiantabili.	Partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale
Risultato al 31.12.2018 Si è garantita la partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale	

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
5.1. Sistema PACS regionale	
Obiettivo	Risultato atteso
Sistema PACS regionale	<p>a. Estensione sistema PACS ad altre discipline:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Completamento della messa a regime nel settore dell'endoscopia digestiva. - Proseguimento dell'estensione all'intero ambito dell'endoscopia ambulatoriale (broncoscopia, cistoscopia, colposcopia, ...). <p>b. Consultazione/visualizzazione di referti e immagini <u>in situazione emergenziale inter-aziendale</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prosecuzione della messa a regime del caso d'uso negli ambiti clinici previsti dalla programmazione sanitaria regionale. <p>c. Referto multimediale: Supporto aziendale secondo le modalità definite in coerenza e continuità con la programmazione sanitaria regionale</p> <p>d. Potenziamento e ottimizzazione del sistema PACS regionale: evidenza delle richieste aziendali pervenute. (integrazione DGR 1423/2018)</p>
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>Sotto il coordinamento di EGAS si è provveduto a fare le necessarie gare per l'affidamento delle forniture e servizi necessari al completamento. Si sono concluse nell'anno le attività al fine di attivare il servizio di informatizzazione di endoscopia digestiva nelle restanti strutture aziendali.</p> <p>Per le altre discipline è stato presentato un progetto nell'ambito di proposta PAL 2019.</p> <p>Si è proseguito nelle attività previste dalla regione.</p> <p>Attività non ancora iniziata per mancanza di indicazione da parte del coordinamento regionale</p> <p>Sono stati attivati nuovi punti di stampa cd paziente,</p> <p>Si resta in attesa di estensione caso d'uso emergenza, ed estensione uso in chirurgia vascolare.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	<p>a. OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>b. OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>c. OBIETTIVO STRALCIATO</p> <p>d. OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>

5.2. Fascicolo sanitario elettronico (FSE)	
Obiettivo	Risultato atteso
Fascicolo sanitario elettronico (FSE) l'implementazione del FSE al 15% della popolazione con un programma da definirsi operativamente entro marzo 2018	<ul style="list-style-type: none"> - Partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale - implementazione del fascicolo al 15% della popolazione entro il 31.12.2018 (integrazione DGR 1423/2018)
<p>Risultato al 31.12.2018</p> <p>È stata garantita la partecipazione ai tavoli regionali.</p> <p>Non siamo in grado di valutare la raggiungibilità del 15%.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

TABELLA INDICATORI

			AAS5	
			DATO AZIENDA	DATO DIREZIONE
1.	PREVENZIONE			
LEA	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base	>= 95%	95,0%	95,0%
1.a				
LEA	Difterite-tetano	>= 95%	95,1%	95,1%
1.b				
LEA	Antipolio	>= 95%	95,1%	95,1%
1.c				
LEA	Antiepatite B	>= 95%	94,8%	94,8%
2	PREVENZIONE			
LEA	Vaccinazione raccomandate MPR	>= 90%	93,2%	93,2%
3	PREVENZIONE			
LEA	Vaccinazione raccomandata contro l'influenza dell'anziano	>=70%	58,3%	60,5%
7	PREVENZIONE			
LEA	Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro	>=85	48,7%	53,9%
8	TUTELA DELLA SALUTE NEI LUOGHI DI LAVORO			
LEA	Percentuale di unità controllate sul totale di unità da controllare	>= 5%	5,00%	5,3%
9	SANITA' ANIMALE			
LEA	Percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina	>= 98%	100%	100,0%
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%
11	SANITA' ANIMALE			
LEA	Percentuale di aziende ovcaprine controllate (3%) per anagrafe	>= 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%	27,50%	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	104	99,0
15	ASSISTENZA DOMICILIARE			
	Percentuale di anziani >=65 trattati in ADI con PAI	>= 3,8%	3,8%	3,94%
16	HOSPICE			
	Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100)	> 1	1,18	1,19
17	SPECIALISTICA AMBULATORIALE			
	Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1000 residenti (>=65 anni)	<= 24	30,83	31,60
18	FARMACEUTICA			
	Incidenza di sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (anti-ipertensivi)	<=30%	39,94	39,94
19	FARMACEUTICA			
	Consumo pro-capite di farmaci inibitori di pompa protonica	25 up pro cap	30,22	30,22
20	SALUTE MENTALE			
	utenti in carico nei centri di salute mentale per 1.000 abitanti	>=10	17,8	17,80
21				
	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	>= 38%	43,90%	43,93%
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	0,31	0,31
23				
	Percentuale di parti cesarei	<20%	15,50%	15,71%
24				
	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 48 h in regime ordinario	>70%	74,60%	74,60%
25	EMERGENZA			
	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	<= 20'	Non più compresa	17'53"

			AASs	
			DATO AZIENDA	DATO DIREZIONE
BERSAGLIO (C.11a.1.1)	CUORE riduzione del tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti di 50-74 anni	< 200	206,0	203,69
	RENE potenziamento della Dialisi peritoneale e dei trapianti con l'obiettivo di ridurre i pazienti in emodialisi al di sotto del 53% del totale (trapiantati + emodializzati + in dialisi peritoneale)	< 53%	45,20%	51,42%
BERSAGLIO (C11.a.2.4)	PANCREAS riduzione del tasso di amputazioni maggiori per diabete	< 28 per milione di residenti	10 casi per milione di residenti.	25,62
BERSAGLIO (C11.a.3.1)	POLMONE riduzione del tasso di ospedalizzazione per BPCO	< 52 per 100.000 residenti 50-74 anni	44,8	43,86
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; AASs: 90	90 trattamenti	79	82
Linea 3.6.2	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	77,8%	77,80%
Linea 3.6.2	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	70,0%	69,92%
Linea 3.6.2 Bersaglio C5.18.1	TRAUMA Degenza media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – ricoveri urgenti riduzione e/o mantenimento al di sotto di 1,5 gg	<1,5 gg	1,41	1,33
Linea 3.6.2 Bersaglio C5.18.2	TRAUMA Attesa media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – accessi in PS e ricoveri programmati (Riduzione del 20% rispetto all'anno 2017)	- 20% rispetto 2017	9,5 gg	Dato 2017: 9,25 Dato 2018: 9,11
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	47,80%	41,38%
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	66,30%	63,60%
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	79,60%	73,80%
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	69,70%	79,20%
BERSAGLIO (C7.1)	MATERNITÀ INFANTILE mantenimento della percentuale dei parti cesarei depurati (NTSV) al di sotto del 20% dei parti totale dei parti depurati	< 20%	15,90%	15,50%
BERSAGLIO C 7.2	MATERNITÀ INFANTILE i parti indotti devono essere ridotti al di sotto del 22%	< 22%	23,70%	23,68%
Linea 3.6.6 Erogazione LEA	TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE	<122 x mille	123,27	123,28
BERSAGLIO (C14.2.a)	DAY HOSPITAL MEDICO DI TIPO DIAGNOSTICO - ADULTI riduzione del numero di ricoveri in Day Hospital medico per acuti con finalità diagnostica portando la percentuale al di sotto del 30% per gli adulti e del 50% per i pediatrici	< 28% adulti	18,90%	18,60%
BERSAGLIO (C14.2.2)	DAY HOSPITAL MEDICO DI TIPO DIAGNOSTICO - PEDIATRICI riduzione del numero di ricoveri in Day Hospital medico per acuti con finalità diagnostica portando la percentuale al di sotto del 30% per gli adulti e del 50% per i pediatrici	< 42% pediatrici	59,90%	60,30%
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%	1,16%	2,99%

Ircs "Burlo Garofolo"

2.1.1 Rapporti con l'Università	
Obiettivo aziendale	Risultat atteso
Approvare il protocollo attuativo IRCSS Burlo Garofolo – Università degli Studi di Trieste, a seguito della DGR n° 612 del 13/4/2016	Protocollo attuativo siglato ed applicato entro il 30/06/2018
Con decreto n. 156 è stato formalmente approvato l'Accordo Attuativo tra l'Università degli Studi di Trieste e l'IRCCS Burlo Garofolo siglato in data 21/12/2018.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
Avviare in maniera coordinata e integrata progetti di ricerca internazionali	Almeno 2 progetti di ricerca avviati entro il 31/12/2018
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Collaborare alla realizzazione di progetti formativi nell'ambito materno infantile	Almeno 2 progetti formativi effettuati entro il 31/12/2018
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1 PROGETTI DI RIORGANIZZAZIONE DELLE FUNZIONI

3.1.1. Degenze	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Adeguamento dei posti letto a quanto previsto dall'allegato 2 della DGR 2673/2014.	Consolidamento dell'organizzazione raggiunta.
Attuazione al 31.12.2018	
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

3.1.2. Acquisizione e/o spostamento di funzioni	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Definire sulla base delle operazioni di acquisizione e/o spostamento di funzioni previste dalla programmazione regionale.	Non di pertinenza.
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
Ente per la Gestione Accentrata dei Servizi Condivisi (EGAS)	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Nel corso del 2018, l'EGAS procederà con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'acquisizione del CeForMed (entro il 30 giugno) - L'attivazione del Gruppo collaborativo regionale dei dispositivi medici (entro il 31 dicembre) nell'ambito della struttura Health Technology Assessment - L'avvio della formazione ad indirizzo regionale sull'attuazione del Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del SSR di cui alla LR 17/2014, con particolare riferimento ai Piani regionali ed alle Reti di cui agli artt. 37, 38 e 39 della predetta Legge regionale; a tale scopo EGAS istituirà anche un Centro di coordinamento delle Professioni sanitarie cui afferrirà un Referente per ciascuna area delle Professioni sanitarie previste dalla Legge 251/2000 e LR 10/2007 - Il supporto diretto nella conduzione delle politiche contrattuali e delle relazioni sindacali di livello regionale per il personale dipendente del SSR. 	Adesione alle indicazioni regionali ed alle richieste di EGAS.
Attuazione al 31.12.2018	
<p>si richiama la documentazione agli atti attestante il supporto da parte della struttura personale alle attività dell'EGAS relative a: procedura concorsuale unica regionale relativa al profilo professionale di collaboratore professionale sanitario ostetrica (cat. D) di determinazione del fabbisogno prot. n. 9733 dd. 20/11/2018; procedura concorsuale unica regionale relativa al profilo professionale di collaboratore professionale sanitario – infermiere (cat. D), di determinazione del fabbisogno prot. n. 8731 dd 17/10/2018.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
3.1.3. Emergenza urgenza	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Con la DGR n. 2039 del 16 ottobre 2015 è stato	Adesione per quel che concerne STAM e STEN

<p>approvato il nuovo Piano dell’Emergenza Urgenza della Regione Friuli Venezia Giulia. Nel corso degli anni 2016 e 2017 sono stati implementati e/o ridistribuiti i mezzi di soccorso nel territorio, ma alcune azioni/funzioni previste dal piano sono ancora da attuare. Ne consegue che nel corso del 2018 si dovrà procedere a completare le azioni/funzioni mancanti.</p>	<p>Predisposizione di un documento condiviso da tutte le Aziende della regione che indichi le modalità più adeguate per il trasporto pediatrico ad integrazione dei documenti attuativi della DGR n. 2039 del 16 ottobre 2015 già predisposti.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO: Documento redatto ed inviato all’attenzione della Direzione Centrale Salute e del Direttore Area Servizi Assistenza Ospedaliera il 20/12/2018 con nota prot. 10908 P/A/PCS.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>

3.1.4. Medicina di Laboratorio	
<p>Obiettivo aziendale</p>	<p>Risultato atteso</p>
<p>Proseguire l’attuazione dell’organizzazione prevista dal Piano della Medicina di Laboratorio (DGR 599/2017)</p>	<p>Consolidamento dell’organizzazione prevista nel Piano della Medicina di Laboratorio (DGR 599/2017).</p> <p>Definizione del modello di integrazione delle attività di laboratorio con ASUITS ed AAS 2</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO: Tutte le attività previste dal Piano di Medicina di Laboratorio (DGR 599/2017) relative all’IRCCS sono state attuate.</p> <p>Lo stato di attuazione del modello hub e spoke della medicina di laboratorio nell’area vasta giuliano isontina è stato descritto alla DCS con nota prot. 10838 dd 20/12/2018.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>
<p>Partecipare alle riunioni del Comitato Regionale per la Medicina di Laboratorio nelle quali nel corso del 2018 dovranno essere approvati i seguenti documenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aggiornamento del catalogo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale - Organizzazione della fase pre-analitica (centri prelievo, trasporti, ecc.) - Organizzazione della Bio-banca regionale 	<p>Evidenza di partecipazione alle riunioni ed alla stesura dei documenti approvati dal Comitato Regionale per la Medicina di Laboratorio.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO: Il referente ha partecipato agli incontri con EGAS per la revisione del catalogo regionale prestazioni in ambito allergologico e con il Laboratorio di Allergologia Ospedale di Pordenone per la valutazione del tariffario di allergologia condiviso dagli altri centri. Elaborazione congiunta e definitiva dei nuovi</p>	

profili allergologici pediatrici e dell'adulto e dalle altre criticità riscontrate nel primo elaborato.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.5. Sangue ed emocomponenti

Obiettivo aziendale

Risultato atteso

Il nuovo Centro unico regionale di produzione degli emocomponenti presso la sede di Palmanova, in linea con quanto previsto dalla DGR 2673/2014, nasce dalla fusione di due filoni di attività che attualmente sono affidati all'AAS2 e all'ASUIUD con attività ancora parzialmente svolta presso l'AAS5. Tale struttura assorbirà anche la funzione di raccolta sangue territoriale mediante i mezzi mobili (attualmente in comodato d'uso ad ASUIUD e ASUITS) e svolgerà la funzione di Centro di Coordinamento delle attività trasfusionali della regione.

Sempre dal 1 luglio 2018, transiterà in AAS2 la funzione di raccolta sangue territoriale svolta con le unità di raccolta mobile attualmente in comodato d'uso presso l'ASUIUD e l'ASUITS.

Entro la fine del 2018 dovrà essere riverificato e rinnovato l'accreditamento istituzionale di tutte le strutture trasfusionali della Regione.

Collaborare per quanto di competenza

Attuazione al 31.12.2018

OBIETTIVO RAGGIUNTO: È stata effettuata la visita ed effettuato il rinnovo dell'autorizzazione/accreditamento con riserva (per motivi esterni al nostro Istituto), per le attività di Medicina trasfusionale afferenti al Dipartimento Interaziendale di Medicina Trasfusionale di Trieste.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.6. Reti di patologia

Obiettivo aziendale

Risultato atteso

Attivare, entro il 30 settembre 2018, almeno una sala attrezzata per gestire teleconferenze cliniche e riunioni operative a distanza, nonché permettere la visione contemporanea di documentazione ed immagini diagnostiche di alta qualità.

Sala attrezzata per gestire teleconferenze cliniche e riunioni operative a distanza: attivata entro il 30 settembre 2018.

Attuazione al 31.12.2018

OBIETTIVO RAGGIUNTO: La Sala del Consiglio dell'IRCCS è stata dotata di idonea strumentazione ed è attiva

dal 27/9/2018.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
In funzione dell'attivazione della Rete oncologica regionale definire per area geografica, entro il 30 aprile 2018, percorsi integrati facilitanti la presa in carico del paziente oncologico.	Consolidamento e valutazione del PDTA per la gestione dei tumori ovarici, già condiviso con ASUITS nel corso del 2017. Partecipazione alle attività della Breast Unit di ASUITS. Avvio delle attività della Rete Regionale oncoematologica pediatrica.
Attuazione al 31.12.2018	
OBIETTIVO RAGGIUNTO: Il personale della SC Genetica Medica collabora con la Breast Unit di ASUITS. Documento Rete Oncoematologica pediatrica della Regione Friuli Venezia Giulia condiviso con le Aziende del FVG.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
A parziale modifica della DGR 1437/2015, ogni azienda è autorizzata ad apportare modifiche ai propri atti aziendali (es. ridenominazione e diversa collocazione di strutture amministrative, tecniche o di staff, nuove composizioni dei dipartimenti, attivazione di dipartimenti funzionali, ecc.), sempre nel rispetto delle norme di programmazione vigenti, senza dover ricorrere di volta in volta all'autorizzazione della direzione centrale salute nei confronti della quale rimane il solo obbligo di trasmissione dei nuovi atti per opportuna informazione. Inoltre, nell'ambito del numero massimo previsto, le aziende possono attivare strutture semplici e incarichi professionali, che comunque non fanno obbligatoriamente parte dell'atto aziendale, anche per funzioni non esplicitate negli allegati 2 delle DGR 2673/2014 e 929/2015. Infine, i valori indicati nella tabella al punto 2 del paragrafo 5.1. sono elevati di una unità per tutti gli Enti indicati in tabella. Infine, gli Enti del SSR possono attivare dipartimenti clinici anche con 3 SOC, purché i medici che afferiscono al dipartimento siano almeno 70.	Adeguamento del proprio atto aziendale sulla base delle strategie aziendali e delle novità a livello regionale e nazionale, nel rispetto della programmazione regionale.
Attuazione al 31.12.2018	

<p>MOTIVAZIONI SCOSTAMENTO DEL RISULTATO ATTESO - OBIETTIVO DA STRALCIARE IN QUANTO NON RAGGIUNTO PER CAUSE NON IMPUTABILI ALL'IRCCS: Alla data odierna non sono state apportate modifiche all'atto aziendale approvato con decreto del Direttore Generale n. 100/2016. A seguito delle note inviate dalla Regione FVG prot. gen. n. 4042 dd. 08/05/2018 e prot. n. 5022 dd. 11/07/2018 si rimane in attesa delle eventuali ulteriori determinazioni regionali / aziendali.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
<p>A parziale modifica delle DGR 2673/2014 e 929/2015, l'IRCCS "Burlo Garofolo" è autorizzato a svolgere attività di chirurgia maxillo-facciale e di chirurgia plastica attraverso specifiche convenzioni da realizzare con strutture delle ASUI. L'attività è svolta nell'ambito di una delle strutture chirurgiche già attive presso l'istituto.</p>	<p>Definizione di specifici Programmi Integrati di Patologia (PIP) come definiti nell'Atto Aziendale con le ASUI entro 30.09.2018.</p> <p>(NB: il PIP è un'articolazione organizzativa funzionale, di norma interaziendale, trasversale ai Dipartimenti e alle Strutture. Ha il compito di coordinare le attività di prevenzione, clinico-assistenziali-riabilitative, di educazione alla salute, di formazione, di ricerca, di valutazione epidemiologica, di audit, previste per l'appropriato ed efficace funzionamento di uno o più percorsi multiprofessionali dedicati a pazienti omogenei per ambito di patologia e modalità di presa in carico.</p> <p>I Responsabili dei singoli PIP collaborano, per il raggiungimento dei rispettivi obiettivi, con le altre articolazioni organizzative dell'Istituto e delle altre Aziende coinvolte, e riferiscono ai Direttori Sanitari e al Direttore Scientifico per le parti di specifica competenza.</p> <p>I Responsabili di PIP sono scelti dai Direttori Generali delle Aziende che vi partecipano tra i professionisti che ne fanno parte. L'incarico è fiduciario.)</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO: Nell'ambito della convenzione quadro con ASUI TS, è proseguita la collaborazione della chirurgia plastica e maxillo facciale con le strutture dell'IRCCS per garantire i percorsi assistenziali.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>l'IRCCS è autorizzato ad attivare la funzione di <i>Trattamento di cellule staminali per le terapie cellulari</i>, organizzandola come struttura semplice dipartimentale.</p>	<p>Non di pertinenza: funzione attribuita ad ASUITs</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>MOTIVAZIONI SCOSTAMENTO DEL RISULTATO ATTESO- OBIETTIVO DA STRALCIARE IN QUANTO NON RAGGIUNTO PER CAUSE NON IMPUTABILI ALL'IRCCS</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

3.1.8. Modifiche/integrazioni alla DGR 42/2017

non di pertinenza

3.1.9. Documenti regionali

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Alcuni importanti documenti sono in fase di approvazione da parte della Giunta regionale; ci si riferisce in particolare ai seguenti:</p> <p>Rete oncologica regionale Piano della riabilitazione</p> <p>Nel 2018 verranno adottati, entro il 31 marzo, i documenti sopra citati e verrà avviata la loro applicazione. Inoltre, entro il 31 dicembre 2018 verranno adottati anche i seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Piano della Salute mentale • Rete pediatrica regionale • Rete geriatrica • Rete infettivologica • Rete per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti: filiera polmone • Rete trauma • Organizzazione della Cell Factory regionale 	<p>Formalizzazione della Rete Pediatrica Regionale</p> <p>Collaborazione, per quanto di pertinenza, allo sviluppo delle altre reti che coinvolgono l'IRCCS Burlo.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO: Effettuati gli incontro del Comitato di coordinamento della rete pediatrica. Formalizzazione dell'Ufficio di coordinamento della rete pediatrica con Decreto del Direttore Generale n.67 del 31/05/2018.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.11. Lean management

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Nel corso del 2017 è stata avviata la formazione al personale sul <i>Lean management</i>; tale formazione ha attivato anche dei gruppi di lavoro che hanno sviluppato specifiche progettualità che sono in corso di contestualizzazione all'interno delle organizzazioni aziendali. Entro giugno 2018 la prima fase del</p>	<p>Applicazione del percorso elaborato durante l'attività di formazione a partire dal 01/04/2018.</p>

<p>programma si concluderà con un evento che metterà a fattor comune le diverse esperienze sviluppate.</p> <p>Il programma <i>Lean management</i> è stato avviato in applicazione all'articolo 42 della legge regionale n. 17/2014. Onde evitare che tale patrimonio di esperienze vada disperso, viene mantenuta presso l'EGAS, la cabina di regia del programma; inoltre, ogni AAS/ASUI/IRCCS sviluppa un nuovo progetto da portare a compimento entro l'anno.</p>	<p>Sviluppo di una nuova progettualità.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO: Formazione sul campo conclusa il 31/12/2018, sviluppata attraverso un cantiere di miglioramento del percorso prericovero.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>

3.2. PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

<p>3.2.1. Tutela della salute della donna</p>	
<p>Obiettivo aziendale</p>	<p>Risultato atteso</p>
<p>Implementare il percorso gravidanza fisiologica a gestione ostetrica</p>	<p>Revisione e Attuazione del PDTA già condiviso con ASUITS nel 2014.</p> <p>Evidenza dell'attivazione del percorso attraverso report con dati di attività secondo le indicazioni della DCS nell'ambito del grado di autonomia previsto per il personale ostetrico del comparto.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO: PDTA per la gestione del travaglio e del parto a basso rischio e gestione del neonato fisiologico approvato.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>
<p>Implementare i percorsi aziendali per la donna in età post fertile.</p>	<p>Elaborazione e successiva applicazione di un PDTA riguardante la donna in età post fertile con patologia del pavimento pelvico.</p> <p>Implementazione e condivisione con MMG e Consulteri del PDTA riguardante la donna in peri-menopausa con perdite di sangue anomali (abnormal uterine bleeding, AUB) al fine di evitare esami inutili, accorciare i tempi della diagnosi, ridurre l'invasività e i costi del trattamento.</p>

Attuazione al 31.12.2018	
OBIETTIVO RAGGIUNTO: PDTA riguardante la donna in età post fertile con patologia del pavimento pelvico approvato.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Veicolare, nell'ambito dei corsi di preparazione al parto e nei centri nascita, il messaggio dell'importanza della vaccinazione infantile e dell'adozione di stili di vita sani.	Evidenza della promozione delle vaccinazioni da parte delle ostetriche e delle assistenti sanitarie nei corsi di accompagnamento al parto e puerperio e nei centri nascita
Attuazione al 31.12.2018	
OBIETTIVO RAGGIUNTO: calendario vaccinale e consigli relativi alle vaccinazioni spiegati alla dimissione della donna ed inseriti in lettera di dimissione.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Identificare lo studio di un modello di comunicazione innovativo per l'ambito materno-infantile per ottimizzare l'efficacia di interventi di educazione e promozione della salute in collaborazione con la DCS	Modello predisposto
Attuazione al 31.12.2018	
OBIETTIVO RAGGIUNTO: Predisposto e approvato il Progetto di ricerca: RC n. 7/18 "Parlare di salute: analisi dei bisogni e nuovi modelli di comunicazione", in collaborazione con la Direzione Centrale Salute della Regione FVG.	
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
Garantire il rispetto dei requisiti definiti dalla regione per i centri di secondo livello per lo screening per la cervice uterina.	Rispetto dei requisiti previsti dal sistema regionale di verifica dei requisiti dei centri di secondo livello con invio alla Direzione regionale dei dati di autovalutazione entro il 30.11.2018.
Attuazione al 31.12.2018	
OBIETTIVO RAGGIUNTO: i requisiti dell'IRCCS sono stati condivisi con ASUITs.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
ASUITs gestisce la transizione del programma	Collaborare per la riconversione del programma,

<p>regionale di screening della cervice ad HPV-DNA realizzando presso l'Anatomia Patologica di ASUITS, sede di Monfalcone un laboratorio unico regionale per tutti gli esami di HPV-DNA primari e tutte le letture dei pap-test secondari;</p> <p>AAS2 collaborare con ASUITS per gli aspetti di logistica e di preanalitica</p> <p>Tutte le Aziende che attualmente refertano pap-test di screening: garantire le letture dei pap test primari per gli anni 2018-2019-2020 e comunque fino a transizione del programma ultimata; partecipare al controllo di qualità sul laboratorio unico; posto che l'istologia delle lesioni continuerà ad essere gestita dalle attuali anatomie patologiche mantenendo il continuum della relazione con i clinici; garantire l'accesso alla documentazione iconografica relativa all'istologia delle lesioni stesse da parte dei patologi del laboratorio unico.</p>	<p>inclusi gli aspetti di comunicazione e formazione.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO: i referenti dell'IRCCS hanno collaborato alla riconversione del programma.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</p>

<p>3.2.4. Gli screening neonatali (Programma II PRP)</p>	
<p>Obiettivo aziendale</p>	<p>Risultato atteso</p>
<p>Coordinare i lavori finalizzati alla diffusione e applicazione in tutti i punti nascita di una procedura regionale per lo screening neonatale audiologico ed oftalmologico con aggiornamento del PDTA.</p>	<p>Evidenza delle attività di coordinamento</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO: Come già comunicato con nota prot. 10776/2018: Screening neonatale audiologico: sono stati effettuati incontri di formazione a Trieste (10/09/2018), Udine (09/10/2018) e Pordenone (18/10/2018) riguardanti il 1° e 2° livello di screening riservati agli operatori dei punti nascita e dei Servizi di Audiologia della regione.</p> <p>Screening neonatale oftalmologico: è stato effettuato un incontro di formazione a Palmanova in data 19/06/2018 riservato a neonatologi, pediatri e pediatri di libera scelta della regione.</p> <p>Il 01/07/2018 è stato avviato il Portale Screening Neonatali del FVG per l'inserimento dei dati degli screening neonatali audiologico, oftalmologico e metabolico esteso. La formazione è stata effettuata in 3 sedi: Udine (21/06/21018), Pordenone (20/06/21018) e Trieste (22/06/21018).</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>

<p>Coordinare il programma regionale per lo screening neonatale metabolico esteso; implementazione dell'identificazione precoce per la fibrosi cistica e proposta di eventuali programmi di screening.</p>	<p>Report di monitoraggio del programma regionale e delle attività per la fibrosi cistica.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO: Come già comunicato con nota prot. 10776/2018, il 01/07/2018 è stato avviato il Portale Screening Neonatali del FVG per l'inserimento dei dati degli screening neonatali audiologico, oftalmologico e metabolico esteso. La formazione è stata effettuata in 3 sedi: Udine (21/06/21018), Pordenone (20/06/21018) e Trieste (22/06/21018).</p> <p>Per lo screening della Fibrosi cistica la SC Genetica Medica con la collaborazione della SC Ingegneria clinica, Informatica ed Approvvigionamenti ha individuato il test reperibile sul mercato che desse la maggiore garanzia diagnostica con attenzione ai costi.</p> <p>La SSD Programmazione e Controllo ha provveduto a stimare il valore della tariffa dell'esame attualmente non presente nel nomenclatore tariffario regionale.</p> <p>Con nota prot. 10633 dd 14/12/2018 è stata inviata nota alla DCS con richiesta introduzione del test e della relativa tariffa nel nomenclatore tariffario e programma di attività previsto per il 2019.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Adottare la procedura per emoglobinopatia	Procedura adottata
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO: Come già comunicato con nota prot. 10776/2018 la Procedura è stata completata, inviata alla DCS ed adottata.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Collaborare al programma per l'identificazione precoce dei neonati con emoglobinopatia nella popolazione a rischio.	Evidenza della collaborazione
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO: Come già comunicato con nota prot. 10776/2018, sono state elaborati ed inviati all'attenzione della DCS i seguenti documenti: istruzione operativa, informativa e consenso.</p> <p>Il 20/12/2018 si è tenuto a Pordenone il corso "Screening Neonatale delle Emoglobinopatie".</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Assicurare da parte di tutti i punti nascita la regolare comunicazione a IRCCS Burlo della rilevazione del TSH neonatale.	Tutte le Aziende: TSH in tutti i punti nascita, comunicato all' IRCCS
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO: il TSH neonatale viene comunicato dai punti al nostro Istituto quando alla prima rilevazione risulta fuori dal range.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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

non di pertinenza

3.2.6. Dipendenze

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Prevenzione, cura e riabilitazione dei casi di dipendenza ed abuso in adolescenza.	Attuazione del PDTA condiviso con ASUITS e definizione di specifici Programmi Integrati di Patologia (PIP)

Attuazione al 31.12.2018

OBIETTIVO RAGGIUNTO: Avviata applicazione PDTA. In corso monitoraggio la collaborazione con ASUITS

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Partecipazione ai tavoli regionali.	Partecipazione ai tavoli regionali per quanto di competenza

Attuazione al 31.12.2018

MOTIVAZIONI SCOSTAMENTO DEL RISULTATO ATTESO- OBIETTIVO DA STRALCIARE IN QUANTO NON RAGGIUNTO PER CAUSE NON IMPUTABILI ALL'IRCCS

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
In coerenza con il Piano regionale della Prevenzione 2014 - 2018, che intende prevenire e ridurre il rischio di acquisizione e trasmissione delle malattie correlate all'uso di sostanze stupefacenti, quali l'infezione da HIV, le epatiti virali, TBC e le altre malattie sessualmente trasmissibili, la programmazione regionale è orientata ad aumentare l'offerta del testing	<p>Completamento del PDTA sulla gestione di laboratorio delle Malattie Sessualmente Trasmesse (MST)</p> <p>Attivazione di uno specifico PIP con ASUITS per la prevenzione delle MST e la presa in carico integrata dei soggetti affetti da MST.</p>

Attuazione al 31.12.2018

OBIETTIVO RAGGIUNTO: il PDTA è stato completato ed inviato in regione con nota prot. 0010025-P/2018.

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
Continuare nell'attività di sensibilizzazione della popolazione nella prevenzione degli incidenti domestici	Divulgazione di materiale informativo di sensibilizzazione, anche attraverso il sito web, nella prevenzione degli incidenti domestici

Attuazione al 31.12.2018

OBIETTIVO RAGGIUNTO: Check list diffusa al Pronto Soccorso e sul sito aziendale.

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

Attuazione al 31.12.2018

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
Mantenere il registro regionale endometriosi ex art. 3 LR n. 18/2012.	Tenuta del registro regionale di patologia. Stima di incidenza e prevalenza di endometriosi nella popolazione residente in regione
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO: Registro Regionale Endometriosi mantenuto, con l'aggiornamento al 2017 dei tassi di incidenza e prevalenza e lo sviluppo di mappe regionali di distribuzione spaziale.</p> <p>È in corso la collaborazione con Televita (vincitrice del bando per la somministrazione online e telefonica del questionario) per la conduzione della ricerca sulle conoscenze dei pediatri e dei medici di medicina generale. Sono stati al momento somministrati circa 300 questionari ai pediatri di famiglia e ai medici di medicina generale della regione.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Restituire i risultati della rilevazione 2017 del Progetto Okkio alla Salute ai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende	Restituzione dei dati alle aziende sanitarie Report alla DCS. Si segnala che i dati disponibili sono relativi al 2016 e non al 2017.
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO: Seminario regionale per la restituzione dei risultati della rilevazione 2016 del Progetto Okkio alla Salute realizzato in data 5 dicembre 2018.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Coordinare, in collaborazione con i Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende del FVG, la raccolta dati periodica del progetto HBSC nelle scuole del Friuli Venezia Giulia (marzo-giugno 2018)	Coordinamento dello studio Report alla DCS relativo alle attività svolte (i risultati saranno disponibili nel 2019)
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO: Realizzata la formazione dei rilevatori in data 21 febbraio 2018. La rilevazione regionale di HBSC è stata realizzata nel periodo marzo - maggio 2018. I questionari sono stati centralizzati, inseriti in database e restituiti alla SC (database excel disponibile su richiesta)</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Tutte le AAS: Sviluppo di sistemi informativi rivolta alla dematerializzazione delle comunicazioni obbligatorie.	Studio di fattibilità e prima applicazione delle procedure per l'informatizzazione delle notifiche ex art.99 del D.Lgs 81/08
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO: Elaborata l'istruzione operativa per la comunicazione della notifica preliminare di cantieri temporali o mobili. Comunicazione della notifica preliminare D.LGS. 81/08 E S.M.I., ART.99</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)

non di pertinenza

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

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

Attuazione al 31.12.2018

MOTIVAZIONI SCOSTAMENTO DEL RISULTATO ATTESO- OBIETTIVO DA STRALCIARE IN QUANTO NON RAGGIUNTO PER CAUSE NON IMPUTABILI ALL'IRCCS Il corso di formazione rientra nel piano formativo regionale 2018 ed è affidato ad ASUI Ud. Sono previste 3 edizioni. Al momento si è in attesa di ricevere comunicazioni dall'Azienda accreditante.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
	IL CORSO DI FORMAZIONE EDIZIONE 2018 (UNICA EDIZIONE PREVISTA 2018) È STATO EFFETTUATO IN DATA 8 NOVEMBRE 2018

Assicurare il proseguimento delle campagne vaccinali già avviate e quelle di nuova introduzione (rotavirus ed herpes zoster)	Partecipazione al tavolo interaziendale sulle vaccinazioni con ASUITS Attività di comunicazione sul tema delle vaccinazioni in gravidanza ed in età pediatrica
--	---

Attuazione al 31.12.2018

OBIETTIVO RAGGIUNTO: Il personale individuato ha partecipato alle riunioni organizzate con ASUITs. Sono stati organizzati vari eventi formativi/informativi:

- rivolti al personale dell'IRCCS (IRCBG_18069, Prevenzione e controllo delle ICA), in cui si parla anche della "La tutela del soggetto a rischio attraverso la vaccinazione"
- all'utenza esterna (stand Barcolana: 11 e 14 ottobre 2018 (Posso vaccinarsi in gravidanza)
- 2 incontri (Le vaccinazioni nel bambino: occhio alle bufale, 29 ottobre) con gli educatori delle strutture educative del comune, uno al mattino dedicato all'importanza delle vaccinazioni degli operatori che lavorano con i bambini, ed uno al pomeriggio sulle vaccinazioni pediatriche
- alle associazioni: 22 ottobre incontro con l'associazione ASTRO che opera all'interno dell'IRCCS in cui si è discusso dell'importanza delle vaccinazioni per gli operatori che entrano nelle strutture sanitarie
- diffusione di informazioni e news inerenti l'offerta vaccinale tramite:

- affissione di cartellonistica a parete,
- canale social (twitter) e il sito aziendale
- <http://www.burlo.trieste.it/content/protegetelo-vaccinazioni>
- <http://www.burlo.trieste.it/content/burlo-partecipa-alla-50sima-edizione-della-barcolana>

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Coordinare in ambito regionale il completamento del PDTA sulla gestione di laboratorio delle Malattie Sessualmente Trasmesse (MST)</p>	<p>PDTA completato e sua attivazione anche attraverso specifici accordi tra le Aziende</p> <p>Attivazione di uno specifico PIP con ASUITS per la prevenzione delle MST e la presa in carico integrata dei soggetti affetti da MST .</p> <p>vedi anche Linea 3.2.6.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO: il PDTA è stato completato ed inviato in regione con nota prot. 0010025-P/2018.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Applicare il protocollo regionale sull'assistenza sanitaria alle persone migranti ed inviare i dati di attività	Collaborazione con ASUITS
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO: I referenti aziendali hanno collaborato con ASUITS secondo il protocollo regionale sull'assistenza alle persone migranti.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Garantire in ogni azienda sanitaria la possibilità di accesso ad un ambulatorio per cure primarie per i soggetti non in regola con le norme sul soggiorno, con l'individuazione di un percorso facilitato rispetto al rilascio del codice STP/ENI (Straniero Temporaneamente Presente/Europeo Non Iscritto);</p>	<p>Collaborare alle attività riguardanti l'area pediatrica e ostetrica</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO: Al fine di ottenere la massima collaborazione e la diffusione della normativa è stato organizzato un evento formativo con due sessioni aperto a tutto il personale addetto all'attività ambulatoriale e di ricovero e collabora con l'Ufficio convenzioni internazionali di ASUITS.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
In applicazione del Piano generale regionale di risposta	Dare evidenza della formalizzazione dell'unità di crisi

alle emergenze, definire e formalizzare l'unità di crisi aziendale	aziendale e delle procedure conseguenti, in applicazione del Piano generale.
Attuazione al 31.12.2018 OBIETTIVO RAGGIUNTO: In data 15 marzo sono stati comunicati i Referenti sanitari per le Emergenze per quanto riguarda il nostro Istituto. Il Burlo ha partecipato al Gruppo di Lavoro regionale in data 23 maggio e 27 giugno, consegnando al Coordinatore regionale il proprio PEIMAF, all'interno del quale viene descritta la modalità di attivazione dell'emergenza.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Garantire la formazione dei propri operatori sull'antimicrobial stewardship	Vedi Piano annuale di promozione della sicurezza del paziente in allegato
Attuazione al 31.12.2018 Vedi monitoraggio piano annuale di promozione e sicurezza del paziente 2018 (allegato 5)	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Diffondere a tutti gli operatori sanitari la reportistica regionale sulle resistenze batteriche	Vedi Piano annuale di promozione della sicurezza del paziente in allegato
Attuazione al 31.12.2018 Vedi monitoraggio piano annuale di promozione e sicurezza del paziente 2018 (allegato 5)	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
In applicazione del Piano generale regionale di risposta alle emergenze, definire e formalizzare l'unità di crisi aziendale	Vedi Piano annuale di promozione della sicurezza del paziente in allegato
Attuazione al 31.12.2018 Vedi monitoraggio piano annuale di promozione e sicurezza del paziente 2018 (allegato 5)	
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
Garantire la partecipazione degli operatori dedicati al percorso formativo programmato a livello regionale sull'allattamento al seno	<p>Completamento dell'organizzazione in accordo con la DCS dei corsi di formazione</p> <p>80% operatori dedicati in servizio presso l'IRCCS formati</p>

	Avvio di specifiche attività di ricerca
<p>Monitoraggio al 31.08.2018</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO: L'attività è in linea con quanto concordato con la DCS.</p> <p>Il personale sta partecipando agli incontri, come da calendario regionale.</p>	
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO: Come comunicato dalla DCS con nota prot. 22226 dd 26/11/2018, la soglia è stata rimodulata considerandola al valore del 80% entro l'anno 2019.</p> <p>Sono stati organizzati in accordo con la DCS e i coordinatori di corso delle singole aziende i seguenti corsi/edizioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • IRCBG_18024 con 2 edizioni per un'offerta totale di 32 partecipanti • IRCBG_18026 con 5 edizioni per un'offerta totale di 80 partecipanti • IRCBG_18031 con 3 edizioni per un'offerta totale di 48 partecipanti • IRCBG_18035 con 4 edizioni per un'offerta totale di 64 partecipanti • IRCBG_18081 con 2 edizioni per un'offerta totale di 32 partecipanti • IRCBG_18127 con 1 edizione per un'offerta totale di 16 partecipanti <p>Ha partecipato il 60% degli operatori dedicati in servizio presso l'IRCCS.</p> <p>Sono state avviate attività di ricerca coinvolgenti la SC Epidemiologia e ricerca sui servizi sanitari, la SC Neonatologia e le Piattaforme.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Mantenere ed ottimizzare il sistema di rilevazione sull'allattamento al seno alla dimissione e alla seconda vaccinazione	100% schede inserite nel sistema di rilevazione regionale entro un mese dalla dimissione
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO: è stato inserito nel sistema di rilevazione regionale il 100% delle schede relative all'allattamento alla dimissione del neonato dal nido.</p> <p>Il vaccino: NON di pertinenza</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>OBIETTIVO AZIENDALE INSERITO DA DGR 1423 dd 27/07/2018</p> <p>Monitorare le gare di appalto di PA e Enti già mappate nel 2016 e fornire il proprio contributo nelle gare d'appalto in corso nel 2018 per favorire il maggior consumo di frutta e verdura, la riduzione del consumo di sale, usando quello iodato, l'utilizzo di prodotti preferibilmente tipici e a filiera corta</p>	<p>RISULTATO ATTESO DA DGR 1423 dd 27/07/2018</p> <p>Contributo al 5% delle gare d'appalto di PA e Enti in corso nel 2018 in ogni Azienda</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO: I referenti aziendali sono a disposizione dei Dipartimenti di Prevenzione.</p>	

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

3.2.18. Sicurezza alimentare, salute e benessere animale

non di pertinenza

3.3. Assistenza Distrettuale

3.3.1. Assistenza primaria

non di pertinenza

3.3.2. Accreditamento

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Partecipazione attiva al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti.	Messa a disposizione dei propri operatori adeguatamente formati

Attuazione al 31.12.2018

OBIETTIVO RAGGIUNTO: Sono stati messi a disposizione, per le varie esigenze relative all'accreditamento regionale degli ospedali, gli operatori:

1. La Dott.ssa Ornella Dolcet, in qualità di ostetrica, al fine del retraining in quanto già valutatore regionale, ha partecipato all'evento formativo svoltosi il 27 settembre a Pordenone, dedicato sia al reclutamento di nuovi valutatori che a suddetto retraining dei valutatori regionali che non avevano effettuato verifiche dal 2015
2. Infermiera pediatrica e cuperista Raffaella Deyme, che ha partecipato all'evento formativo svoltosi il giorno 11 ottobre a Monfalcone per le stesse finalità di cui al punto 1.
3. La Dott.ssa Antonella Trappan, in qualità di esperto professionista medico neonatologo, ha effettuato il 4 giugno 2018 il sopralluogo presso il punto nascita Policlinico San Giorgio ai fini dell'autorizzazione e accreditamento istituzionali ai sensi delle DGR 1436/2011 e 1083/2012
4. L'ostetrica dott.ssa Nevena Borme ha effettuato il 4 giugno 2018 il sopralluogo presso il punto nascita Policlinico San Giorgio ai fini dell'autorizzazione e accreditamento istituzionali ai sensi delle DGR 1436/2011 e 1083/2012
5. La dott.ssa Cinzia Decorti (infermiere pediatrica) ha già effettuato due verifiche, in qualità di valutatore, di cui una di una giornata e una in affiancamento alla Dott.ssa Danielli al Policlinico Città di Udine per la durata di 4 giorni (25-28 giugno 2018).
6. La Dott.ssa Danielli (biologo genetista) ha effettuato il sopralluogo di rinnovo dell'accreditamento di tutte le specialità eccetto la PMA presso il Policlinico Città di Udine come team leader per la durata di 4 giornate (25-28 giugno 2018) e il sopralluogo, sempre in qualità di team leader, della Croce Verde Goriziana, per la verifica della compliance.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Partecipazione al programma di accreditamento nazionale degli organismi tecnicamente accreditanti.	Partecipazione alle attività dell'OTA
<p>Attuazione al 31.12.20181</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Partecipazione a tutti gli incontri OTA istituiti; - Ideazione e realizzazione del logo dell'organismo; - Contributo alla stesura e verifica del Regolamento dell'OTA e alla modulistica ad esso collegata; - Classificazione della documentazione dell'OTA; - Autorizzazione all'accesso dell'area riservata all'OTA sul sito EGAS; - Docente per la formazione di valutatori regionali (evento giugno a Udine, settembre a Pordenone, ottobre a Monfalcone). - Collaborare per il rispetto dei requisiti richiesti agli OTA regionali per il loro Accreditamento. - Lettura condivisa degli standard e azioni di adeguamento. 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.3. Odontoiatria sociale	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Collaborare con ASUITS per l'attivazione/ rinforzo di un percorso preferenziale per gli utenti con gravi disabilità.	Definizione di un protocollo dedicato ai pazienti con grave disabilità provenienti da extra regione.
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO: L'Istituto ha collaborato con ASUITs per la definizione di un protocollo dedicato ai pazienti con grave disabilità provenienti da extra regione ed è stata prodotta una istruzione operativa ad uso interno.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<ol style="list-style-type: none"> 1. Aumento delle prestazioni LEA erogate. 2. Prestazioni non LEA erogate. 3 .Percentuale aziendale di visite odontostomatologiche. 4. ASUITs e Burlo Garofolo: razionalizzazione dell'offerta. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Media aziendale di almeno 1,6 prestazioni/ora per odontoiatra. 2. Prestazioni erogate in accordo con ASUITS all'interno del programma di odontoiatria sociale. 3. Non superiore al 40% del totale delle prestazioni erogate (sono escluse le visite del pronto soccorso odontostomatologico). 4. Attivazione di un Coordinamento unico interaziendale e Definizione di percorsi e competenze univoche per le prestazioni di odontoiatria pediatrica e ortognatodonzia.

Attuazione al 31.12.2018

OBIETTIVO IN ATTESA DI REPORT DA ASUITs:

1. Il monitoraggio della progettualità è in capo ad ASUITs, sono stati inviati i dati al responsabile del progetto.
2. La SSD eroga prestazioni non LEA in accordo con ASUITs all'interno del programma di odontoiatria sociale.
3. Gli ultimi report indicano un aumento delle prestazioni ambulatoriali con avvicinamento all'obiettivo di percentuale di visite odontostomatologiche erogate < 40% del totale delle prestazioni, già sceso da più del 70% a meno del 50%.
4. Il coordinamento unico interaziendale è in fase di attivazione.

Sono stati definiti percorsi e competenze univoche per le prestazioni di odontoiatria pediatrica e ortognatodonzia.

L'11/12/2018 si è svolto un incontro periodico con il responsabile dell'ambulatorio di ortognatodonzia di AsuiTS per verificare i flussi dei pazienti e ottimizzare i percorsi.

Valutazione Direzione Centrale Salute

1. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

2. OBIETTIVO RAGGIUNTO

(SU BASE REGIONALE ED ATTIVATA ATTIVITA' DI PROTESI)

3. OBIETTIVO RAGGIUNTO

4. OBIETTIVO RAGGIUNTO

Rispettare quanto previsto nella convenzione con ASUITs anche in relazione all'attività di reportistica richiesta.

Reportistica inviata

Attuazione al 31.12.2018

OBIETTIVO RAGGIUNTO: Partecipazione ai tavoli aziendali per avviare il percorso di rendicontazione, partecipazione all'incontro con il responsabile regionale del progetto, prof. Di Lenarda, in data 5/6

Attivazione del subcentro economale specifico (ODON_SOC) al fine della rendicontazione ad ASUI TS (attualmente non ancora implementato). La rendicontazione finale, come concordato nel corso dell'incontro dd 17/12 verrà inviata ad ASUI TS entro fine gennaio al fine di fornire dati consolidati-

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

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

Evidenza della collaborazione

Attuazione al 31.12.2018

OBIETTIVO RAGGIUNTO: La responsabile collabora con il Coordinatore della rete odontoiatrica regionale per l'attivazione e la messa a regime della cartella clinica elettronica condivisa.

La responsabile ha partecipato regolarmente agli incontri dei referenti odontoiatrici regionali FVG in cui sono stati discussi gli step necessari all'attivazione della cartella clinica elettronica condivisa e ha messo in atto tutti i

passaggi richiesti per il completamento dell'obiettivo, attraverso contatti fattivi con i responsabili AsuiTS della cartella, i referenti dell'azienda sviluppatrice del software e le figure dell'Istituto coinvolte (Sistema Informativo e Direzione Sanitaria).

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

3.3.4. Riabilitazione

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

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

Attuazione al 31.12.2018 OBIETTIVO RAGGIUNTO: il personale individuato ha partecipato alle riunioni della rete delle malattie neuromuscolari.	
--	--

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

Nel 2017 sono proseguiti i lavori per la redazione del percorso diagnostico terapeutico e assistenziale, di seguito PDTA, regionale per la sclerosi multipla, con il coinvolgimento anche dei referenti per l'età evolutiva. Entro il primo semestre 2018, tutte le AAS e ASUI adottano il PDTA per la presa in carico delle persone con sclerosi multipla.	Entro il primo semestre 2018 i pazienti d'età inferiore a 18 anni con sclerosi multipla sono presi in carico con le modalità previste dal PDTA.
---	---

Attuazione al 31.12.2018 OBIETTIVO RAGGIUNTO: i pazienti di età inferiore a 18 anni con sclerosi multipla sono presi in carico dall'istituto con le modalità previste dal PDTA.	
--	--

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

1.Attivazione a livello aziendale della rete per le malattie neuromuscolari e la sclerosi laterale amiotrofica	1.Partecipare al gruppo integrato neuromuscolare (GIN) con la finalità di garantire la continuità assistenziale del bambino/adolescente con malattia neuromuscolare nell'ambito territoriale di competenza.
2.Attivazione a livello aziendale del PDTA per la sclerosi multipla .	2.Entro il primo semestre 2018 i pazienti con sclerosi multipla sono presi in carico con le modalità previste dal PDTA.

Attuazione al 31.12.2018

OBIETTIVO RAGGIUNTO:

1. I referenti dell'IRCCS hanno partecipato alle riunioni convocate dal coordinatore della rete regionale delle malattie neuromuscolari.
2. I pazienti con sclerosi multipla in carico all'Istituto sono trattati secondo le procedure previste dal PDTA.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.5. Superamento della contenzione

non di pertinenza

3.3.6. Diabete

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Gestione integrata del diabete in coerenza con la DGR 1676/2015	1. Presentazione report dati attività 2017-2018 riguardanti l'area pediatrica e quella ostetrica
2. Diabete in ospedale (DGR 1572/2017): a- Implementazione del programma regionale per la formazione del personale ospedaliero; b- organizzazione dei team ospedalieri.	2. Effettuazione di un evento formativo
	RISULTATO ATTESO DA DGR 1423 dd 27/07/2018
	1. Presentazione report dati attività 2017-2018 riguardanti l'area pediatrica e quella ostetrica 2.a costituzione e organizzazione dei team ospedalieri 2.b Effettuazione di un evento formativo

Attuazione al 31.12.2018

OBIETTIVO RAGGIUNTO: 1. E 2b.: è stato organizzato un evento formativo in data 29/11/2018 in cui è stato presentato il report sui dati di attività riguardanti l'area pediatrica e quella ostetrica inerenti il diabete.

2a: l'Istituto ha una struttura semplice Endocrinologia e malattie del metabolismo costituita da pediatri con competenze diabetologiche che supportano tutto l'Istituto.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.7. Cronicità

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Continuità assistenziale: Continuazione progetto di ricerca regionale	Continuazione delle attività di ricerca in ambito regionale sulle modalità di continuità assistenziale per i <i>bambini con bisogni speciali</i>
Definizione di standard assistenziali in ambito pediatrico	Definizione degli standard assistenziali in ambito pediatrico

	Report sulle attività svolte da inviare alla DCS (Vedi anche Linea 3.5.11)
Attuazione al 31.12.2018 OBIETTIVO RAGGIUNTO: 1. Progetto di ricerca in corso. Avviato reclutamento soggetti. 2. Effettuati incontri con gruppi di lavoro delle altre AAS regionali. Il Report sarà inviato entro febbraio 2019.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

3.3.8. Assistenza protesica	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Partecipare ai lavori per la revisione dei percorsi di assistenza protesica e alla formazione dei professionisti sanitari .	Partecipare ai lavori per la revisione dei percorsi di assistenza protesica per quanto di competenza (ORL, oculistica, ortopedia, DSA) Attuazione delle nuove modalità di erogazione dell'assistenza protesica, compresi i percorsi semplificati stabiliti dalle nuove linee guida regionali.
Attuazione al 31.12.2018 OBIETTIVO RAGGIUNTO: Partecipazione dei referenti aziendali alle riunioni convocate dalla DCS-Area Assistenza Primaria. Contributi inviati al referente regionale sull'assistenza protesica in ambito otorinolaringoiatrico pediatrico. Per quanto riguarda l'ambito ortopedico nel 2018 non si sono svolti tavoli regionali di lavori per quanto riguarda la protesica regionale. Il 100% delle prescrizioni 2018 è stata effettuata con il G2.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.4 ASSISTENZA FARMACEUTICA

Tetti spesa farmaceutica	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Per il 2018 rimangono confermati i tetti di spesa per la farmaceutica ridefiniti dalla Legge n. 232/2016 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2017 e bilancio pluriennale per il triennio 2017-2019" in "tetto per la spesa farmaceutica per acquisti diretti" pari al 6,89 % del FSR (farmaceutica ospedaliera, diretta e DPC) e "tetto per la spesa farmaceutica convenzionata" pari al 7,96 % del FSR.	tetto di spesa farmaceutica ospedaliera pari a € 2.985.441 (al netto farmaco Spinraza e altri farmaci rimborsati)

<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO: i valori dettati dalle linee regionali (-1% rispetto anno precedente) sono stati rispettati, al netto dello Spinraza.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>RISULTATO ATTESO NON COERENTE CON QUANTO MODIFICATO DALLA DGR 2350/2018 (II RENDICONTO 2018). IL RISULTATO ATTESO ERA STATO RIFORMULATO COME DI SEGUITO RIPORTATO (E LA VALUTAZIONE VIENE FATTA RELATIVAMENTE ALL'OBIETTIVO MODIFICATO)</p> <p>RISPETTO DEI TETTI FISSATI PER LA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - FARMACEUTICA OSPEDALIERA (COMPENSIVA 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>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</p> <p>I TETTI NAZIONALI RIPORTATI SONO AGGREGATI A LIVELLO REGIONALE (NON AZIENDALE) E LA VERIFICA DEL RISPETTO È EFFETTUATA A LIVELLO CENTRALE. DALL'ULTIMO REPORT AIFA GENNAIO-DICEMBRE 2018 IL TETTO PER LA CONVENZIONATA RISULTA RISPETTATO (7,05% VS 7,96% TARGET). IL TETTO PER GLI ACQUISTI DIRETTI NON È STATO RISPETTATO (10,16% VS 6,89% TARGET)</p>
<p>Obiettivi per le aziende sanitarie</p>	
<p>Obiettivo aziendale</p>	<p>Risultato atteso</p>
<p>.Sia a livello territoriale che ospedaliero le Aziende individueranno specifici obiettivi per i prescrittori, correlati a definiti indicatori di risultato, al fine di favorire l'impiego di medicinali con il miglior rapporto di costo-efficacia e prevedendo un monitoraggio periodico sull'utilizzo delle categorie dei farmaci a maggior impatto di spesa e rischio di inappropriatazza. A tal fine le Aziende invieranno un report semestrale alla DCS con evidenza sia delle iniziative di audit e feedback adottate, sia delle azioni più significative intraprese nel corso del primo e del secondo semestre del 2018 (in particolare per oncologici, immunologici, farmaci per l'epatite C, terapie intra-vitreali, farmaci del PHT_DPC, equivalenti).</p>	<p>Contenimento della spesa differenziato per Struttura per farmaci di nuovo inserimento in PTO all'interno di classi omogenee</p> <p>Monitoraggio delle prescrizioni fuori PTO con richiesta personalizzata</p> <p>Richieste personalizzate per farmaci ad alto costo</p> <p>Condivisione in negoziazione con le strutture di oncologia, reumatologia e gastroenterologia di almeno 2 classi di farmaci a maggior impatto di spesa e rischio di inappropriatazza da monitorare.</p> <p>Implementazione nella procedura operativa riguardante i farmaci off label con il modello di rilevazione degli esiti clinici e relativo feed back ai prescrittori</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO: tutte le richieste fuori PTO e farmaci a da alto costo vengono inserite in PSM o richiesta personalizzate se non inseribili il PSM (non Egas). Sono stati inviati i report semestrali.</p>	

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>L'EGAS nel corso del 2018, in qualità di aggregatore della domanda, avvalendosi delle competenze interne e anche di quelle delle Aziende sanitarie, potenzierà la capacità di coordinamento e di stesura di capitolati tecnici, al fine di perseguire un governo sulle politiche regionali di acquisto dei farmaci e dei dispositivi medici. Inoltre, in linea con le evidenze scientifiche e con i principi dell'HTA, sarà di supporto alla DCS al fine di contribuire alla realizzazione di un sistema regionale più regolato.</p>	<p>Evidenza di partecipazione ai lavori di predisposizione gara farmaci con particolare attenzione all'introduzione dei fabbisogni, quando è possibile stimarli anticipatamente, e su richiesta di EGAS</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO: L'Istituto ha partecipato ai tavoli tecnici convocati da Egas nel corso del 2018 in particolare per le attività relative all'aggiudicazione di farmaci, materie prime e dispositivi medici. Sono stati forniti i fabbisogni richiesti per le relative aggiudicazioni.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>In ambito territoriale la prescrizione dei medicinali a brevetto scaduto, con particolare riferimento alle classi terapeutiche individuate dagli indicatori AIFA-MEF presenti sul sistema Tessera Sanitaria (TS) e riportati nella Tabella n. 1, dovrà tendere ai valori target indicati.</p>	<p>Non pertinente</p>
<p>Nell'ambito delle categorie di medicinali per le quali è disponibile l'alternativa biosimile dovranno essere assicurate azioni di incentivazione, appropriatezza ed efficienza per il SSR, nel rispetto del recente quadro normativo (legge n. 232/2016, art. 1, comma 407), che ha previsto specifiche direttive a cui gli Enti del SSR devono fare riferimento. A tal fine le Aziende invieranno uno specifico report semestrale alla DCS sulle attività svolte. Inoltre, in tale ambito l'EGAS fornisce agli Enti del SSR e alla DCS tutte le informazioni relative alle procedure di acquisto in forma riepilogativa (farmaci, prezzi, eventuali accordi quadro), secondo quanto stabilito dalla legge 232/2016.</p>	<p>Integrare con due report semestrali</p> <p>Continua il monitoraggio della prescrizione di farmaci biosimilari da parte dei dirigenti della SCU Clinica pediatrica (gastro e reumatologia) e S:C: Oncoematologia pediatrica</p> <p>Continua il monitoraggio della prescrizione di farmaci biosimilari da parte dei dirigenti della SCU Clinica pediatrica (gastro e reumatologia) e S:C: Oncoematologia pediatrica</p> <p>RISULTATO ATTESO DA DGR 1423 dd 27/07/2018</p> <p>Due report semestrali alla DCS sulle attività svolte</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p>	

<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO: sono stati inviati i report semestrali.</p> <p>Per garantire maggior controllo di appropriatezza prescrittiva sono state prodotte due procedure dedicate per la distribuzione diretta (in ottemperanza a ciò che è già inserito nella procedura aziendale) di follitropina per la PMA e per la somatropina per l'endocrinologia.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Nell'ambito della distribuzione diretta dei farmaci ad alto costo le Aziende eroganti danno continuità ai percorsi definiti nel corso del 2017, per consentire alle AAS di residenza del paziente la verifica dell'appropriatezza d'uso, dandone anche evidenza alla DCS.</p>	<p>Utilizzazione della Procedura operativa già in atto che prevede la collaborazione della SSD Farmacia con la Direzione sanitaria.</p> <p>Implementazione della procedura operativa riguardante i farmaci off label in distribuzione diretta.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO: La distribuzione diretta dei farmaci H (compresi off label) avviene attraverso la SSD Farmacia dell'Istituto che verifica l'appropriatezza prescrittiva e condivide con la direzione sanitaria il percorso di approvazione nel caso di farmaci off label. Gli specialisti vengono informati rispetto le modalità di prescrizione dei farmaci H (e H off label) tramite comunicazioni periodiche successive a commissioni di prontuario.</p> <p>È stata richiesta collaborazione ai servizi territoriali delle altre aziende di residenza dei pazienti nel segnalare eventuali incongruenze nelle prescrizioni. La SSD Farmacia opera in collaborazione con il servizio per la continuità assistenziale dell'Istituto per individuare le criticità relative alla continuità terapeutica per off label e farmaci ad alto costo.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<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 sia attraverso le strutture pubbliche che private accreditate. A tal fine le Aziende invieranno alla DCS due relazioni semestrali sull'attività svolta, indicando i risultati raggiunti. Continua inoltre l'attività di distribuzione diretta nell'ambito della residenzialità, semi-residenzialità e assistenza domiciliare presso tutte le strutture afferenti alle Aziende per l'assistenza sanitaria.</p>	<p>Nel corso del 2017 è stata rivista la procedura di distribuzione diretta anche alla luce della progressiva introduzione del PSM.</p> <p>Nel corso del 2018 verranno concordate con le Strutture ulteriori attività per incentivare le prescrizioni del primo ciclo attraverso il PSM.</p> <p>Assicurare il primo ciclo di terapia (LEA/DGR 12/2018) Relazioni</p>
	<p>Nel corso del 2017 è stata rivista la procedura di distribuzione diretta anche alla luce della progressiva introduzione del PSM.</p> <p>Nel corso del 2018 verranno concordate con le Strutture ulteriori attività per incentivare le prescrizioni del primo ciclo attraverso il PSM.</p> <p>Assicurare il primo ciclo di terapia (LEA/DGR 12/2018) Relazioni</p>

	<p>RISULTATO ATTESO DA DGR 1423 dd 27/07/2018</p> <p>Due relazioni semestrali da inviare alla DCS e risultati raggiunti</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO: i report sono stati inviati. Le prescrizioni personalizzate vengono inserite in PSM per tutti i farmaci gestiti a Buffer disponibili in egas mentre il dato è personalizzato sul sistema ASCOT per i farmaci non disponibili in magazzino Egas.</p> <p>Partecipazione al corso MAGREP organizzato in più giornate da Insiel presso l'IRCCS al fine di sensibilizzare anche la prescrizione personalizzata attraverso magrep.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Al fine di favorire l'impiego dei medicinali acquistati centralmente l'EGAS rende disponibile a tutte le Aziende con frequenza di aggiornamento mensile la lista dei farmaci aggiudicati a gara con particolare riferimento a quelli della DPC. Lo stesso Ente assicura inoltre un monitoraggio puntuale delle politiche di acquisto dei medicinali in DPC, e adotta ogni misura conseguente, al fine di garantire la maggiore economicità per l'SSR rispetto ai costi della convenzionata.</p> <p>Per i medicinali in DPC le Aziende adottano specifici monitoraggi e approfondimenti con i prescrittori in caso di elevato ricorso alla non sostituibilità, e assicurano le opportune informazioni sui medicinali di nuova autorizzazione all'immissione in commercio inseriti nell'elenco dei farmaci erogabili in DPC, temporaneamente non disponibili sulla piattaforma.</p>	<p>Non pertinente, di competenza EGAS</p> <p>I prescrittori ospedalieri vengono informati delle modifiche/integrazione relative a i farmaci in DPC. In particolare sono inviati report di prescrizioni in DPC di somatropina e farmaci per la fertilità.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO: I prescrittori ospedalieri vengono informati delle modifiche/integrazione relative a i farmaci in DPC. I report di prescrizioni in DPC di somatropina e farmaci per la fertilità sono stati inviati.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Per la prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA dovrà essere assicurata la registrazione di tutti i dati richiesti (anche con particolare riferimento ai medicinali innovativi), nel rispetto delle indicazioni autorizzate e dei criteri di eleggibilità definiti dall'AIFA, al fine di assicurare appropriatezza d'uso e consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing. La richiesta del farmaco dovrà sempre essere accompagnata dalla scheda di</p>	<p>Tutti i farmaci soggetti a registro vengono erogati solo dopo verifica da parte della SSD Farmacia del corretto inserimento (indicazioni autorizzate e dei criteri di eleggibilità ecc).</p> <p>RISULTATO ATTESO DA DGR 1423 dd 27/07/2018</p> <p>Tutti i farmaci soggetti a registro vengono erogati solo dopo verifica da parte della SSD Farmacia del corretto inserimento (indicazioni autorizzate e dei criteri di eleggibilità ecc). e la gestione delle procedure di</p>

registrazione paziente nel registro. A tal fine potranno essere programmata analisi a campione da parte della direzione centrale. L'EGAS, nell'ambito della centralizzazione della logistica d'acquisto continua ad assicurare il ristoro delle somme spettanti a ciascun Ente, per tutti i farmaci per i quali sono previste forme di compartecipazione dei costi da parte delle aziende farmaceutiche e condivisione del rischio (risk sharing, cost sharing e payment by results).	rimborso per i farmaci soggetti ad accordi di condivisione del rischio (MEA)
---	---

Attuazione al 31.12.2018

OBIETTIVO RAGGIUNTO: Tutti i farmaci a monitoraggio vengono inseriti in registro. In particolare per Spinraza è stato creato un percorso condiviso con direzione sanitaria.

La verifica della congruenza dell'inserimento di tutti i pazienti inseriti nei registri AIFA viene fatta tramite lo scarico dei consumi nominale.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Sul versante della farmacovigilanza continuano le attività già avviate a livello regionale dalla DCS ed, in particolare, le collaborazioni con le Aziende sanitarie universitarie integrate così come indicato dalle delibere di riferimento (DGR 435/2013 e 2199/2014), assieme alle progettualità regionali e multiregionali finanziate da AIFA e oggetto di specifica convenzione. Su tali iniziative gli Enti del SSR assicurano la partecipazione dei sanitari interessati e il supporto alle attività organizzative. Nel corso del 2018 sarà avviata una specifica progettualità sui temi relativi ai medicinali per il trattamento di malattie rare, anche coinvolgendo il coordinamento regionale e la rete delle malattie rare. Inoltre in corso d'anno, anche tramite un nuovo di accordo di collaborazione/convenzione con le due Aziende sanitarie universitarie integrate e con il coinvolgimento di tutte le Aziende sanitarie e gli IRCCS sarà avviata una specifica progettualità pluriennale nell'ambito delle aree di attività stabilite dalla DGR 1365/2015 volta a favorire un uso sicuro appropriato dei farmaci a livello ospedaliero e nella continuità ospedale-territorio. Il percorso formativo a distanza (FAD) avviato a fine 2017 sull'utilizzo della nuova piattaforma nazionale</p>	<p>Continua il monitoraggio delle reazioni avverse con un focus sui farmaci in gravidanza.</p> <p>Restano aperte le attività avviate su indicazione della DCS.</p>

Attuazione al 31.12.2018

OBIETTIVO RAGGIUNTO: È stato attivato un percorso formazione sul campo presso le singole strutture cliniche.

È garantita la collaborazione al percorso regionale di farmacovigilanza (attivazione borse di studio su progetto condiviso con DCS).

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Le aziende potenziano il monitoraggio e la verifica dell'appropriatezza d'uso dei dispositivi per l'assistenza integrativa al fine di porre in essere ogni azione utile ad una razionalizzazione della spesa e dei consumi di tali prodotti Dovranno, inoltre, essere avviate a livello aziendale o in collaborazione tra aziende iniziative che prevedano differenti modalità di erogazione/distribuzione dell'assistenza integrativa. In particolare, per quanto riguarda l'erogazione di ausili di assistenza protesica, gli enti del SSR dovranno favorire la distribuzione diretta come pure dovranno prevedere, relativamente agli ausili per diabetici modalità di erogazione vantaggiose per l'SSR (es. diretta, accordi con le farmacie). Le Aziende sanitarie assicurano il raccordo tra le varie strutture aziendali coinvolte per favorire politiche di acquisto basate sulle evidenze (es. innovazioni tecnologiche) anche per i dispositivi medici.</p>	<p>ACCESSI CORSO FAD ANNO 2018: 2</p> <p>Non di competenza dell'Istituto.</p> <p>Si provvederà ad integrare, in caso di necessità, il protocollo di continuità assistenziale che riguarda la distribuzione diretta dei presidi previsti dall'AFIR</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>MOTIVAZIONI SCOSTAMENTO DEL RISULTATO ATTESO - OBIETTIVO DA STRALCIARE IN QUANTO NON DI COMPETENZA DELL'IRCCS</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
<p>La cartella oncologia informatizzata dovrà essere implementata relativamente ai campi: diagnosi/sede, protocollo/farmaco, stadiazione con un grado di completezza pari ad almeno il 95% dei pazienti (due rilevazioni sulla completezza della compilazione: al 30.06.2018 e al 31.12.2018).</p>	<p>Implementazione della cartella in base a quanto previsto</p> <p>RISULTATO ATTESO DA DGR 1423 dd 27/07/2018</p> <p>Avvio e Implementazione della cartella in base a quanto previsto</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO: La cartella è stata implementata con diagnosi, stadiazione e protocollo chemioterapico in G2 per le nuove diagnosi formalizzate nel 2018.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
<p>Per le Aziende servite dalla logistica centralizzata, la</p>	<p>EFFETTUATO AVVIO DELL'APPLICATIVO INFORMATICO, MA NON INSERITE DIAGNOSI, IN QUANTO IN ATTESA DI IMPLEMENTAZIONE CON ULTERIORE APPLICATIVO PER LA PARTE ONCO-EMATOLOGICA PEDIATRICA</p> <p>Il 90% delle prescrizioni di farmaci destinate alla</p>

<p>copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM dovrà essere garantita per il 90% delle confezioni destinate alla distribuzione diretta nominale erogate mediante lo stesso applicativo, anche al fine di consentire un puntuale monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e la promozione dei medicinali acquisiti centralmente da EGAS.</p>	<p>distribuzione diretta sono inseriti in PSM se gestiti da EGAS.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO: Aumentata la distribuzione diretta (come da report regionale sul monitoraggio linee). Assicurata la distribuzione tramite PSM. Sono stati inviati i report alla DCS.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</p> <p>MODALITÀ DI VALUTAZIONE DEFINITA CON DGR 1912/2018</p> <p>PSM ELETTRONICO: 87,93%</p> <p>PSM TUTTO (CARTACEO + ELETTRONICO): 99,67%</p> <p>PERSONALIZZATA TUTTA (ASCOT + PSM): 100</p>
<p>Tutte le Aziende dovranno garantire il ricorso (prima prescrizione e rinnovi) alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici implementati/disponibili a sistema, tramite l'applicativo PSM-PT, in almeno il 50% di tutti pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive, prevedendo azioni mirate di sensibilizzazione dei prescrittori all'utilizzo dello strumento nelle categorie di medicinali per i quali si osserva un ricorso prevalente al PT cartaceo (es antidiabetici). Le Aziende assicurano inoltre il controllo dei piani terapeutici ed il rispetto delle note limitative AIFA, favorendo l'implementazione di tale sistema informatizzato.</p>	<p>Prevedere indicatore al 50%</p> <p>I prescrittori vengono sensibilizzati all'utilizzo dell'applicativo, in particolare alla richiesta della prima dispensazione.</p> <p>RISULTATO ATTESO DA DGR 1423 dd 27/07/2018</p> <p>Ricorso (prima prescrizione e rinnovi) alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici implementati/disponibili a sistema, tramite l'applicativo PSM-PT: almeno il 50% di tutti pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive</p> <p>I prescrittori vengono sensibilizzati all'utilizzo dell'applicativo, in particolare alla richiesta della prima dispensazione</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO: Tutti i Piani Terapeutici dei pazienti che si riferiscono all'Istituto sono stati informatizzati.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>MODALITÀ DI VALUTAZIONE DEFINITA CON DGR 1912/2018</p> <p>PSM-PT: 96%</p>
<p>Le Aziende sanitarie, ai fini degli adempimenti LEA ministeriali, assicurano, per il tramite dei responsabili individuati per la tematica, l'implementazione, le</p>	<p>Verifiche di controllo/congruità nei tempi fissati.</p>

<p>verifiche ed i controlli di congruenza dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese, utilizzando la reportistica a disposizione sul portale SISR (mancati invii, prezzi medi, revocati, ecc), con particolare riferimento ai disallineamenti derivanti da possibile mancato invio. Va in particolare garantita, per il corretto calcolo del rispetto dei tetti di spesa, l'integrale copertura della fase 3 su fase 2 (100% della spesa negli ambiti previsti) per quanto riguarda la distribuzione diretta. In fase di erogazione diretta dei medicinali va inoltre inserito a sistema il codice targatura. Relativamente ai nuovi adempimenti LEA ministeriali saranno avviati specifici percorsi con le Aziende e con l'EGAS, al fine di provvedere alle verifiche sulla congruità dei dati trasmessi, ognuno per la parte di propria competenza.</p>	<p>Verifiche sulla correttezza del dato attraverso i sistemi resi disponibili dal portale con periodicità mensile per la parte di competenza ed eventuale segnalazione ad EGAS.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018 OBIETTIVO RAGGIUNTO: I flussi vengono periodicamente verificati.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO FASE3/FASE2: 100% TARGATURA (CONFEZIONI): 99,92%</p>
<p>Sempre con riferimento ai flussi normativi, le aziende e l'EGAS danno riscontro ad eventuali approfondimenti richiesti dalla Direzione Centrale, anche su istanza del Ministero della Salute, entro 15 giorni dalle comunicazioni. Sui flussi potranno essere fornite ulteriori indicazioni anche in base ai cambiamenti derivanti dalle introduzioni di nuovi adempimenti LEA.</p>	<p>Verifiche effettuate entro le scadenze sulla base degli apprendimenti richiesti dalla DCS.</p>
<p>RISULTATO ATTESO DA DGR 1423 dd 27/07/2018 Verifiche effettuate entro le scadenze sulla base degli approfondimenti dalla DCS.</p>	
<p>Attuazione al 31.12.2018 MOTIVAZIONI SCOSTAMENTO DEL RISULTATO ATTESO - OBIETTIVO DA STRALCIARE IN QUANTO NON DI COMPETENZA DELL'IRCCS: non sono stati richiesti approfondimenti da parte della DCS.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO STRALCIATO LA DIREZIONE CENTRALE SALUTE NON HA FORMULATO RICHIESTE NEL CORSO DELL'ANNO</p>
<p>Farmaci cura atrofia muscolare spinale - SMA</p>	<p>1) Rilevazione e monitoraggio dell'uso del farmaco 2) Definizione in accordo con DCS delle modalità di copertura dei costi</p>

RISULTATO ATTESO DA DGR 1423 dd 27/07/2018	
1) Rilevazione e monitoraggio dell'uso del farmaco	
Attuazione al 31.12.2018	
OBIETTIVO RAGGIUNTO: Tutte le prescrizioni sono state validate per gli aspetti di appropriatezza prescrittiva dalla farmacia (registri monitoraggio AIFA). Le dispensazioni sono state registrate sul portale AIFA per singolo codice paziente dopo l'approvazione della direzione sanitaria. Il consumo è stato attribuito alla clinica pediatrica.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

8.1 VINCOLI OPERATIVI LINEE 2018 (DGR 185/2018)

Valori rilevati da report monitoraggio indicatori Linee 2018 gennaio-dicembre 2018

VINCOLO	TARGET	VALORE 2018
Diretta	/	/
DPC	/	/
Convenzionata	/	/
Ospedaliera	- 1,0%	+ 55,3%
Ospedaliera al netto dei farmaci per la cura della atrofia muscolare spinale (SMA) con costo terapia annua per paziente superiore ai 100.000 euro.	- 1,0%	-20,6%

3.5 ASSISTENZA SOCIOSANITARIA

3.5.2. Disabilità	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Per l'anno 2018, le AAS e ASUI provvedono: alla formalizzazione di un accordo con gli Enti gestori dei servizi di cui all'articolo 6, comma 1, lettere e), f), g) e h), della legge regionale 41/96, che espliciti le modalità di coinvolgimento dei DSM nella valutazione e presa in carico delle persone adulte con disabilità intellettiva o disturbi dello spettro dell'autismo.	Partecipazione ai tavoli dei Piani di Zona per quanto di competenza ed alle specifiche attività di ASUITS
Attuazione al 31.12.2018	
OBIETTIVO RAGGIUNTO: I referenti hanno partecipato ai tavoli.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.5.2. Fondo gravissimi

non di pertinenza

3.5.2. Fondo SLA

non di pertinenza

3.5.2. Vigilanza servizi semiresidenziali e residenziali sociosanitari destinati a persone con disabilità

non di pertinenza

3.5.2. Dopo di noi

non di pertinenza

3.5.2 Autismo

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Partecipare al Tavolo tecnico sull'autismo per quanto di competenza relativamente al monitoraggio dell'attuazione delle Linee di indirizzo per il percorso assistenziale dei disturbi dello spettro autistico in età evolutiva, di cui alla DGR 434/2017.	Evidenza partecipazione
Attuazione al 31.12.2018 OBIETTIVO RAGGIUNTO: <i>Il responsabile della SC Neuropsichiatria infantile ha partecipato al tavolo tecnico sull'autismo.</i>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.5.3. Minori

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Affido: Per l'anno 2018, tutte le AAS e ASUI collaborano alla messa a regime del percorso delineato dalle Linee di indirizzo regionali attraverso: - sperimentazione dei profili di bisogno, individuati dalle linee di indirizzo, per la valutazione dei minori presi in carico, revisione e validazione degli stessi e	Supporto alle attività di ASUITs per quanto di competenza

<p>individuazione di strumenti appropriati per valutare tali profili, da potersi adottare in modo omogeneo a livello regionale;</p> <ul style="list-style-type: none"> - sperimentazione dei profili di intervento, revisione e validazione degli stessi; - revisione e validazione dei requisiti di qualità previsti dalle Linee di indirizzo regionali per i servizi residenziali che in regione accoglieranno i minori allontanati dalla famiglia di origine, anche attraverso la realizzazione di specifiche attività di verifica e controllo svolte presso le stesse strutture. 	
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO: Gli operatori del Burlo hanno supportato le attività secondo le indicazioni di ASUI TS.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Adozioni:</p> <p>L'adozione delle nuove Linee di indirizzo regionali deve avvenire nell'ambito dei percorsi di presa in carico integrata tra AAS e SSC dei minori che richiedono un allontanamento dalla propria famiglia di origine, e dovrebbe favorire un processo di revisione delle modalità definite nell'ambito dei processi di pianificazione di zona e attualmente in uso. Il risultato atteso di questo processo per ciascuna Azienda è il seguente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ridurre del 50% della media degli ultimi tre anni il numero di minori inseriti in strutture residenziali di accoglienza con sede fuori regione; - Riportare il 10% dei minori inseriti in comunità fuori regione nelle comunità regionali; - Introdurre il budget personalizzato, quale strumento funzionale alla realizzazione di percorsi di presa in carico dei minori che favoriscano il loro accoglimento in strutture di accoglienza della regione. 	<p>Partecipazione ai tavoli regionali e a quelli locali (Piani di Zona)</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO: Gli operatori del Burlo hanno supportato le attività secondo le indicazioni di ASUI TS.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.5.4. Salute mentale	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Età adulta Definizione di un percorso aziendale congiunto (NPIA, DSM, PLS e MMG) per la definizione della fase di transizione delle cure dai servizi per l'età evolutiva ai servizi per l'età adulta	Evidenza di percorso aziendale congiunto NPIA, DSM, PLS e MMG) per la definizione della fase di transizione delle cure.
Attuazione al 31.12.2018 OBIETTIVO RAGGIUNTO: Gli specialisti della SC di Neuropsichiatria Infantile hanno partecipato ai gruppi di lavoro congiunti.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Età evolutiva Attivazione delle NPIA aziendali in coerenza con i provvedimenti aziendali. - Avvio delle attività dei Centri diurni NPIA. - Predisposizione di percorsi codificati e concordati tra le varie strutture coinvolte (Servizi NPIA, PS/Medicina d'Urgenza, reparti di Pediatria, DSM, servizi per le dipendenze, servizi di Emergenza Urgenza) con indicazione di: reparto di accoglienza, percorso diagnostico terapeutico e di continuità assistenziale con le NPIA territoriali, responsabilità di presa in carico, modalità di interazione tra DSM e NPIA nel caso di minori in età adolescenziale.	Nel 2018 sarà formalizzato tra ASUITS e l'IRCCS Burlo Garofolo un accordo riguardante: - le competenze specifiche dei servizi territoriali con funzioni di NPI e Salute mentale dell'età evolutiva di ASUITS e quelle della SC NPI ospedaliera di primo livello. - i percorsi per garantire la continuità assistenziale l'individuazione di strutture pubbliche e private semiresidenziali, residenziali e di ricovero che concorrano alla presa in carico dell'utenza 0-17 anni anche nei momenti di crisi e di emergenza psichiatrica
Attuazione al 31.12.2018 OBIETTIVO RAGGIUNTO: Accordo tra ASUITS e l'IRCCS Burlo Garofolo definito riguardante: 1. le competenze specifiche dei servizi territoriali con funzioni di NPI e Salute Mentale dell'età evolutiva di ASUITS e quelle della SC NPI ospedaliera di primo livello: i tavoli tecnici non sono stati convocati 2. i percorsi per garantire la continuità assistenziale: lo scrivente partecipa ad un tavolo tecnico con i referenti dei Distretti 3. l'individuazione di strutture pubbliche e private semiresidenziali, residenziali e di ricovero che concorrano alla presa in carico dell'utenza 0-17 anni anche nei momenti di crisi e di emergenza psichiatrica: non sono stati convocati i tavoli tecnici; al momento l'unica struttura residenziale presente nell'ambito cittadino è la comunità "Antares"	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.5.5. Disturbi del comportamento alimentare	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Messa a regime degli ambulatori DCA con la disponibilità di equipe funzionale (DGR 668/2017) 2. Operatività dei Centri Diurni in accordo con ASUITS e AAS2 3. Operatività dell'Osservatorio epidemiologico	1. Operatività degli ambulatori DCA 2. Formalizzazione di un accordo operativo con ASUITS e AAS 2 per l'attività di supporto fornita ai loro Centri diurni e invio di report di attività 3. Reportistica inviata in DCS
Attuazione al 31.12.2018 OBIETTIVO RAGGIUNTO: Documento condiviso con ASUITS e AAS 2 per l'attività di supporto fornita ai loro Centri diurni ed inviato all'attenzione della DCS. Richiesta di attivazione dell'Osservatorio epidemiologico da parte del gruppo di lavoro regionale sui DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE non pervenuta.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO L'ATTIVAZIONE DELL'OSSERVATORIO NON PREVEDEVA ALCUNA ULTERIORE RICHIESTA

3.5.6. Cure palliative e terapia del dolore	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
L'accesso alla rete delle cure palliative pediatriche è effettuato con i criteri approvati dal tavolo costituito da tutti i rappresentanti delle Aziende regionali nell'ambito delle attività per la definizione della rete pediatrica regionale Partecipazione alle attività dei tavoli regionali Monitoraggio dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni di terapia del dolore in tutti i setting assistenziali sia di ambito pediatrico che ostetrico ginecologico	Proposta con criteri di accesso alle cure palliative dell'infanzia e dell'adolescenza inviata alla DCS Partecipazione ai tavoli regionali. Trasmissione report alla direzione centrale salute.
Attuazione al 31.12.2018 OBIETTIVO RAGGIUNTO: I professionisti individuati hanno collaborato alla stesura dei Criteri di accesso alla rete delle cure palliative (DGR 185/2018). I professionisti individuati hanno partecipato alle riunioni del tavolo regionale.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.5.7. Consulteri familiari	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>1. Implementazione del percorso gravidanza fisiologica a gestione ostetrica.</p> <p>2. Implementazione di percorsi aziendali per la donna in età post fertile.</p>	<p>1. Revisione e Attuazione del PDTA già condiviso con ASUITS nel 2014.</p> <p>Evidenza dell'attivazione del percorso attraverso report con dati di attività secondo le indicazioni della DCS nell'ambito del grado di autonomia previsto per il personale ostetrico del comparto</p> <p>2. Evidenza dei percorsi attraverso report di attività</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO: In seguito all'attivazione del tavolo tecnico integrato tra burlo e asuits con incontri programmati è stato prodotto un documento riportanti le integrazioni al pdta 2014 e report con dati di attività riguardanti le visite effettuate dalle ostetriche nell'ambito dell'ambulatorio delle gravidanze a basso rischio secondo le indicazioni della DCS.</p> <p>E' stato elaborato il PDTA riguardante la donna in età post fertile con patologia del pavimento pelvico.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.5.8. Sanità penitenziaria
non di pertinenza

3.5.9. Superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari
non di pertinenza

3.5.10. Dipendenze	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Collaborazione con l'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze.	Partecipazione dei referenti del gruppo tecnico operativo ad almeno il 70% delle riunioni indette dall'Osservatorio sulle Dipendenze
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>MOTIVAZIONI SCOSTAMENTO DEL RISULTATO ATTESO - OBIETTIVO DA STRALCIARE IN QUANTO NON RAGGIUNTO PER CAUSE NON IMPUTABILI ALL'IRCCS: Non sono state convocate riunioni dall'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

3.5.11. Area Welfare	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Minori Accompagnamento delle AAS e ASUI nella sperimentazione dei profili di bisogno e di intervento previsti dalle Linee di indirizzo, monitoraggio degli esiti ed eventuale revisione dei profili.	Continuazione delle attività di ricerca in ambito regionale sulle modalità di continuità assistenziale per i <i>bambini con bisogni speciali</i> . Definizione degli standard assistenziali in ambito pediatrico. Report sulle attività svolte da inviare alla DCS. (Vedi anche Linea 3.3.7)
Attuazione al 31.12.2018 OBIETTIVO RAGGIUNTO: Coinvolgimento dei Servizi scolastici nell'ambito delle attività previste nel Protocollo Interistituzionale di Continuità Assistenziali per bambini con bisogni complessi.	
1. Progetto di ricerca in corso. Avviato reclutamento soggetti. 2. Effettuati incontri con gruppi di lavoro delle altre AAS regionali. Il Report sarà inviato entro febbraio 2019.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.6 PROGETTI CLINICO ASSISTENZIALI

3.6.1. Insufficienze d'organo e trapianti	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Cuore Partecipare ai lavori della rete con formalizzazione di almeno 1 percorso assistenziale che definisca anche specifici indicatori di esito.	Evidenza di partecipazione, se richiesto, per quanto di competenza.
Attuazione al 31.12.2018 MOTIVAZIONI SCOSTAMENTO DEL RISULTATO ATTESO - OBIETTIVO DA STRALCIARE IN QUANTO NON RAGGIUNTO PER CAUSE NON IMPUTABILI ALL'IRCCS: Non è stata richiesta la partecipazione.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

3.6.2. Emergenza urgenza	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Emergenze cardiologiche Partecipare ai lavori della rete per quanto di competenza	Almeno 1 percorso assistenziale che definisca anche specifici indicatori di esito formalizzato

Attuazione al 31.12.2018	
MOTIVAZIONI SCOSTAMENTO DEL RISULTATO ATTESO - OBIETTIVO DA STRALCIARE IN QUANTO NON RAGGIUNTO PER CAUSE NON IMPUTABILI ALL'IRCCS: Non è stata richiesta la partecipazione ai lavori della rete.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
<p>Pronto soccorso ed urgenza emergenza</p> <p>1. Aumentare la percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde, ad almeno l'80% (spoke) o 65% (hub) (media regionale 2016 del 64,06% - fonte Bersaglio)</p> <p>2. Aumentare la percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore, portandola a valori superiori all'85% (spoke) e 75% (hub) (media regionale 2016 del 76,82% - fonte Bersaglio)</p> <p>3. Revisione e confronto interaziendali della gestione clinica per 5 eventi patologici acuti frequenti.</p> <p>Inviare in DCS una proposta di documento relativo ai trasporti pediatrici</p>	<p>1. Aumentare la percentuale di pazienti pediatrici registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1 ora rispetto al totale dei pazienti con codice verde 65%(hub)</p> <p>2. Aumentare la percentuale di pazienti pediatrici con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore, portandola a valori superiori al 75% (hub)</p> <p>3. Revisione e confronto interaziendali della gestione clinica per 5 eventi patologici acuti frequenti.</p> <p>Documento inviato in DCS entro il 30.09.2018</p>
Attuazione al 31.12.2018	
OBIETTIVO RAGGIUNTO:	
<p>1. Percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde è 74,91%</p> <p>2. Percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore è 96,44%</p> <p>3. Sono stati elaborati dei percorsi assistenziali per: chetoacidosi diabetica; dolore; insufficienza respiratoria; gestione dei fluidi; ustioni.</p> <p>Tali percorsi sono stati condivisi con le SC di Pediatria di Gorizia/Monfalcone; San Daniele/Tolmezzo; San Vito al tagliamento.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	<p>1. OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>2. OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>3. OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>

3.6.3 Reti di patologia

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Malattie rare	
1. Coordinare nell'ambito della Rete per le patologie	1. Evidenza di partecipazione alle riunioni

neuromuscolari la parte pediatrica 2. Partecipare ai lavori delle reti di gruppo nosologico di competenza 3. Alimentare il registro regionale di cui al DM 279/2001 (aggiornamento dati del registro con inserimento del 100% dei casi in prevalenza al 30 novembre 2018 e pulizia dei casi che sono usciti dal sistema)	2. Produrre entro il 31 dicembre 2018 almeno 1 percorso assistenziale, oltre a quello previsto per il 2017 3. Registro regionale alimentato correttamente.
--	---

Attuazione al 31.12.2018

OBIETTIVO RAGGIUNTO:

1. I referenti aziendali hanno partecipato alle riunioni.
2. Partecipazione alla stesura dei seguenti PDTA:
 - a) PDTA sulla sindrome di Prader Willy
 - b) PDTA sull'osteogenesi imperfetta
3. Registro regionale compilato correttamente con inserimenti al momento della diagnosi.

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Malattie reumatiche Nel 2018 prosegue il lavoro della rete con: 1. Monitoraggio dell'applicazione dei percorsi assistenziali già formalizzati; 2. Evidenza, nel sito aziendale di ogni AAS/ASUI, dei medici reumatologi aggregati alle medicine interne e di quelli appartenenti ai servizi (AAS5 e ASUITS) o alla struttura complessa (ASUIUD);	Report sull'attività svolta in ambito pediatrico
Attuazione al 31.12.2018	
OBIETTIVO RAGGIUNTO: L'attività di reumatologia pediatrica è svolta regolarmente. Agende in CUP.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
	SUL SITO AZIENDALI SONO PRESENTI LE INFORMAZIONI SUI MEDICI REUMATOLOGI

3.6.4. Materno-infantile e percorso nascita

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
- Individuare gli interventi chirurgici pediatrici che, per assicurare adeguati livelli di sicurezza e qualità, devono essere assicurati dall'IRCCS "Burlo Garofolo" attraverso: ○ La centralizzazione presso la sede ospedaliera dell'istituto;	- Documento inviato alla DCS - Sistema di tele-refertazione per second opinion in radiologia pediatrica sviluppato

<ul style="list-style-type: none"> ○ La circolazione in più sedi di un'equipe chirurgica ed anestesiologicala dell'istituto - Sviluppo del sistema di tele-refertazione per second opinion in radiologia pediatrica - Centralizzazione presso l'IRCCS Burlo Garofolo della produzione dei farmaci galenici pediatrici - Formalizzazione della rete pediatrica regionale 	<ul style="list-style-type: none"> a. Definizione con la DCS del modello di centralizzazione delle produzioni galeniche b. Produzione farmaci galenici centralizzata presso l'IRCCS Burlo Garofolo - Rete pediatrica formalizzata
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO: -Attività propedeutiche informali allo sviluppo di un sistema di Second Opinion presso Az. Sanitarie Regionali. In particolare presso Ass 3. Inserimento del codice 89.7 (Visita Consulenza Radiologica) dal Nomenclatore Tariffario Regionale nel catalogo delle prestazioni della Radiologia Pediatrica</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inviato relazione su attività di galenica (per richiesta camera bianca) produzione galenica per tutte le aziende regionali richiedenti in attesa di convocazione su tavolo regionale rete pediatrica. - Rete pediatrica formalizzata con DGR 730/2018. -Decreto del DIRETTORE GENERALE N. 96 DEL 10/08/2018: Protocollo d'intesa per la costituzione di un Coordinamento Interaziendale Materno Infantile tra l'Istituto e l'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5 (AAS5). 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Assicurare, sulla base delle convenzioni in atto con le aziende, la guardia medica (pediatrica e ostetrica) H24 in ogni punto nascita attivo	Guardia medica pediatrica assicurata H24 nelle aziende convenzionate con l' IRCCS
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO: Dirigenti Medici assicurano servizio di guardia medica attiva presso il presidio ospedaliero di Latisana.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Implementare il percorso gravidanza fisiologica con responsabilizzazione diretta delle ostetriche;	<p>Revisione e Attuazione del PDTA già condiviso con ASUITS nel 2014.</p> <p>Evidenza dell'attivazione del percorso attraverso report con dati di attività secondo le indicazioni della DCS nell'ambito del grado di autonomia previsto per il personale ostetrico del comparto</p> <p>(Vedi anche Linea 3.2.1.)</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO: In seguito all'attivazione del tavolo tecnico integrato tra burlo e asuits con incontri programmati è stato prodotto un documento riportanti le integrazioni al pdta 2014 e report con dati di attività riguardanti le visite effettuate dalle ostetriche nell'ambito dell'ambulatorio delle gravidanze a basso rischio secondo le indicazioni della DCS.</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

Mantenere la percentuale dei parti cesarei depurati (NTSV) al di sotto del 20% dei parti totali dei parti depurati (valore medio regionale 2016 pari a 16,94% - fonte Bersaglio).	Parti cesarei depurati (NTSV) < 20% dei parti totali dei parti depurati		
Attuazione al 31.12.2018 OBIETTIVO RAGGIUNTO: percentuale dei parti cesarei depurati (NTSV) è 15,55%			
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO		
Mantenere parti indotti al di sotto del 22% (valore medio regionale 2016 pari a 21,99% - fonte Bersaglio; gennaio-ottobre 2017 pari a 21,26%).	Parti indotti < 22%		
Attuazione al 31.12.2018 OBIETTIVO RAGGIUNTO: Percentuale parti indotti 19,48%			
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO		
Inviare alla Direzione Centrale Salute un report annuale sull'attività di trasporto con i seguenti indicatori: - N. neonati per i quali è attivato un trasporto primario sul n. totale nati - N. trasporti primari all'anno attivati entro 30 minuti/N. totale trasporti primari - N. neonati < 34 settimane trattenuti nella struttura di I livello con scheda compilata dal centro T.I.N./N. totale neonati <34 settimane trattenuti nelle strutture di I livello - N. STAM/N. totale parti - N. STAM con documentazione clinica completa/N. totale STAM	Relazione sull'attività di trasporto, trasmessa annualmente alla DCS, corredata dal monitoraggio dei seguenti indicatori: - N. neonati per i quali è attivato un trasporto primario / N. totale nati - N. trasporti primari all'anno attivati entro 30 minuti / N. totale trasporti primari - N. neonati < 34 settimane trattenuti nella struttura di I livello con scheda compilata dal centro T.I.N. / N. totale neonati <34 settimane trattenuti nelle strutture di I livello - N. STAM / N. totale parti - N. STAM con documentazione clinica completa / N. totale STAM		
Attuazione al 31.12.2018 OBIETTIVO RAGGIUNTO: La relazione è stata inviata con nota prot. 888 dd 30/1/2019			
	INDICATORE	VALORE 2017	VALORE 2018
	N. neonati per i quali è attivato un trasporto primario nell'anno / N. totale nati nell'anno	=25/1525	=43/1505
	N. trasporti primari nell'anno attivati entro 30 minuti dalla richiesta / N. totale trasporti primari nell'anno	=25/25	=43/43
	N. neonati < 34 settimane trattenuti nella Struttura di I livello con scheda compilata dal centro TIN/ N. totale neonati < 34 settimane trattenuti	=6/6	=41/41

nella Struttura di I livello		
N. STAM attivati nell'anno / N. totale parti nell'anno	=18/1493	=22/1476
N. STAM attivati con documentazione clinica completa / N. totale STAM attivati	=18/18	=22/22

Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
OBIETTIVO AZIENDALE INSERITO DA DGR 1423 dd 27/07/2018 Partecipazione alle attività del Comitato percorso nascita regionale	RISULTATO ATTESO DA DGR 1423 dd 27/07/2018 Partecipazione dei rappresentanti aziendali ai lavori del Comitato percorso nascita regionale
Attuazione al 31.12.2018 OBIETTIVO RAGGIUNTO: I referenti aziendali partecipano ai lavori del Comitato percorso nascita regionale.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.6.5. Sangue ed emocomponenti	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Il sistema trasfusionale regionale continua a presidiare l'autosufficienza in emocomponenti ed emoderivati e la sicurezza e la qualità della trasfusione ed a contribuire alla compensazione nazionale attraverso i seguenti obiettivi: <ul style="list-style-type: none"> - Promozione e monitoraggio dell'appropriatezza e dell'efficacia da parte dei COBUS ospedalieri, mediante l'adozione e la validazione di uno strumento di analisi e valutazione dei dati (entro giugno 2018) e l'implementazione del metodo con valutazione dei risultati e la conseguente eventuale adozione di misure correttive (entro dicembre 2018); - Promozione della sicurezza della trasfusione con l'adozione diffusa della richiesta trasfusionale web da reparto (EMOWARD) e con l'implementazione di "sistemi barriera" per l'identificazione del paziente prima della trasfusione. 	Il COBUS dell'Istituto contribuirà al monitoraggio dell'appropriatezza dell'uso del sangue e dei suoi componenti adottando eventuali misure correttive individuate Implementazione della richiesta trasfusionale web e di sistemi barriera
Attuazione al 31.12.2018 OBIETTIVO RAGGIUNTO: <ol style="list-style-type: none"> 1. I risultati del monitoraggio effettuato vengono diffusi e discussi agli incontri del CoBUS. 2. A breve Insiel installerà il software per richiesta web nei reparti ancora sprovvisti. I sistemi barriera per l'identificazione del paziente prima della trasfusione sono applicati come da procedura. 	

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

3.6.6. Erogazione dei livelli di assistenza	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>1. Riduzione del tasso di ospedalizzazione al 122,5 x mille (anno 2016 = 127,50, stima 2017 = 127,80).</p> <p>2. Riduzione dei numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica, ricorrendo anche ad un maggiore utilizzo del day service, portando la percentuale al di sotto del 42% per i pediatri (valore medio regionale del 2016 di 32,88% per gli adulti e 50,02% per i pediatri - fonte Bersaglio)</p> <p>3. Recupero di almeno il 25% della fuga extra-regionale di ricovero e di specialistica ambulatoriale rispetto ai dati 2015 di ogni AAS/ASUI</p>	<p>1. Per quanto concerne il tasso di ospedalizzazione, che non deve superare il 125 per mille, si ribadisce che, considerando il mandato dell'Istituto, l'IRCCS contribuisce alla riduzione esclusivamente garantendo l'appropriatezza dei ricoveri</p> <p>2. Riduzione dei numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica, ricorrendo anche ad un maggiore utilizzo del day service, portando la percentuale al di sotto del 42% per quelli pediatri</p> <p>3. L'Istituto supporterà la DCS relativamente al fenomeno della fuga in ambito pediatrico extra-regionale di ricovero e di specialistica ambulatoriale rispetto ai dati 2015.</p>
<p>Monitoraggio al 31.08.2018</p> <p>1. obiettivo non di pertinenza e quindi da stralciare: Come già precisato nella bozza di PAO 2018 (linea 3.6.6-pag. 45) e formalmente comunicato con nota prot. 2299/2018, l'IRCCS contribuisce alla riduzione esclusivamente garantendo l'appropriatezza dei ricoveri.</p> <p>2. IN LINEA PEDIATRICI: % AL 30/06: 19%</p> <p>Sono stati scorporati i DH diagnostici che prevedono o la polis sonografia (8917) o l'infusione di tranquillanti (9926)</p> <p>NON IN LINEA ADULTI: % AL 30/06: 40%</p> <p>Sono stati scorporati i DH diagnostici che prevedono o la polis sonografia (8917) o l'infusione di tranquillanti(9926)</p> <p>PACC revisionati ed inviati alla DCS : <i>i PACCS revisionati e modificati sono stati inviati alla DS ed alle Neuropsichiatrie Infantili della regione. Doveva essere decisa un'eventuale comunicazione concertata (IRCCS e Strutture Territoriali regionali) alla DCS per l'eventuale modifica.</i></p> <p>3. obiettivo non di pertinenza e quindi da stralciare in quanto la fuga non è un fenomeno governato ma piuttosto subito dall' IRCCS</p>	
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>1.MOTIVAZIONI SCOSTAMENTO DEL RISULTATO ATTESO - OBIETTIVO DA STRALCIARE IN QUANTO NON RAGGIUNTO PER CAUSE NON IMPUTABILI ALL'IRCCS: Come già precisato nella bozza di PAO 2018 (linea 3.6.6-pag. 45) e formalmente comunicato con nota prot. 2299/2018, l'IRCCS contribuisce alla riduzione esclusivamente garantendo l'appropriatezza dei ricoveri.</p> <p>2. OBIETTIVO RAGGIUNTO PER I PEDIATRICI: 39,59% Sono stati scorporati i DH diagnostici che prevedono o la polis sonografia (8917) o l'infusione di tranquillanti (9926)</p>	

OBIETTIVO NON RAGGIUNTO PER GLI ADULTI: 46,51% Sono stati scorporati i DH diagnostici che prevedono o la polis sonografia (8917) o l'infusione di tranquillanti. (9926)

3. Obiettivo stralciato con DGR 2350 dd 14.12.18

Valutazione Direzione Centrale Salute	1. OBIETTIVO STRALCIATO 2. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO 3. OBIETTIVO STRALCIATO DGR 2350/2018
OBIETTIVO AZIENDALE INSERITO DA DGR 1423 dd 27/07/2018 indicatori	RISULTATO ATTESO DA DGR 1423 dd 27/07/2018 L'istituto deve garantire il raggiungimento degli standard obiettivo di cui l'allegato B da DGR 185/2018 Di approvazione definitiva delle Linee annuali per la Gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2018 (indicatori di riferimento allegato B DGR 185/2018: 21-22-23)
Attuazione al 31.12.2018 Vedi Tabella dettaglio Indicatori al punto B2 "Obiettivi Patto tra Regione e i commissari straordinari/direttori generali 2018".	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

3.6.7. Rete Cure Sicure FVG(Vedi allegato Piano annuale di promozione della sicurezza del paziente 2018)

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. PROSECUZIONE DELLA STRUTTURAZIONE DELLA RETE CURE SICURE FVG	
1. Prosecuzione della strutturazione della rete cure sicure FVG in accordo con la delibera n. 1970 del 21.10.2016	1.1. Formalizzazione dei nominativi dei link professional 1.2. Formazione dei link professional entro dicembre 2018
Attuazione al 31.12.2018 1.1. I Link professional formalizzati con nota del Direttore Sanitario 1.2. Sono state organizzate 3 edizioni dell'evento IRCBG 18115 "La formazione per i Link Professional della Rete Cure Sicure" in data 16/10, 26/11 e 13/12.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
2. QUALITÀ E SICUREZZA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA	
2. Garantire qualità e sicurezza della documentazione sanitaria	2.1.1 Numero di cartelle chiuse in ogni Struttura di degenza contenenti tutti i documenti previsti/Numero di cartelle selezionate (5 cartelle verificate a

	<p>bimestre=30 cartelle verificate/anno per ogni Struttura) $\geq 80\%$</p> <p>2.1.2 Numero di cartelle chiuse in ogni struttura di degenza con i seguenti documenti compilati in modo completo/Numero di cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per ogni Struttura) $\geq 40\%$</p> <p>a) consenso informato chirurgico b) consenso informato anestesilogico c) scheda di valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso e quotidianamente durante il periodo di degenza e rivalutazione dopo somministrazione di terapia condizionata d) check list chirurgica e) primo foglio unico di terapia</p> <p>2.1.3 Restituzione dei risultati delle verifiche alle strutture interessate (direttore e coordinatore o loro sostituti)</p> <p>2.2.1 Organizzazione di almeno 2 eventi formativi sulla corretta compilazione della documentazione sanitaria per l'area chirurgica e dell'anestesia e rianimazione</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>2.1.1 Il numero di cartelle chiuse in ogni Struttura di degenza contenenti tutti i documenti previsti/Numero di cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per ogni Struttura) è stato complessivamente del 60%</p> <p>2.1.1 Il numero di cartelle chiuse in ogni Struttura di degenza contenenti tutti i documenti previsti/Numero di cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per ogni Struttura) è stato complessivamente del 60%</p> <p>2.1.2 In ogni struttura di degenza gli indicatori relativi al consenso informato chirurgico e anestesilogico, valutazione del dolore, checklist chirurgica e primo foglio unico di terapia sono stati $> 40\%$</p> <p>2.1.3 I report relativi alle cartelle cliniche sono stati inviati al Direttore ed al Coordinatore di ogni Struttura valutata</p> <p>2.2.1 Sono state effettuate due FSC (IRCBG18077 e 18135 per l'area chirurgica e l'anestesia e rianimazione)</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
3. INCIDENT REPORTING E STRUMENTI DI ANALISI DEGLI EVENTI AVVERSI	
<p>3. Consolidare il sistema di incident reporting e di analisi degli eventi avversi</p>	<p>3.1 Formazione dei link professional</p> <p>3.2 Esecuzione di almeno 1 RCA (se eventi con score > 6)</p> <p>3.3 Report annuale sulle segnalazioni ricevute di eventi/quasi eventi, sulle loro cause e sulle azioni di miglioramento intraprese e valutazione da parte</p>

Comitato Aziendale per la Gestione Sinistri	
Attuazione al 31.12.2018	
3.1 Argomento trattato nel punto 1.1	
3.2 Al 31.12 nessun evento con score >6	
3.3 È stato realizzato e diffuso il report sull'incident reporting, sono state avviate azioni di miglioramento nel 91.8% dei casi	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
4. CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE	
4. Applicare i protocolli per la corretta identificazione del paziente	<p>4.1.1 Almeno 1 verifica a semestre relativa alla presenza del braccialetto identificativo e all'esecuzione corretta dell'identificazione dei pazienti tramite identificazione attiva</p> <p>4.1.2 Cut off per gli indicatori: Numero di pazienti presenti al momento dell'osservazione nelle strutture di degenza (RO, DH, DS, OT) con braccialetto identificativo/Numero totale dei pazienti presenti al momento dell'osservazione \geq 80%</p> <p>4.1.3 Restituzione dei risultati delle verifiche alle strutture interessate (direttore e coordinatore o loro sostituti)</p>
Attuazione al 31.12.2018	
4.1.1 Sono state effettuate sia nel primo che nel secondo semestre 2018 le osservazioni sul campo relative all'identificazione del paziente	
4.1.2 Il braccialetto era presente nel 96.1% dei pazienti presenti	
4.1.3 I pazienti sono stati correttamente identificati nel 99.6% dei casi	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
5. PREVENZIONE DEI DANNI DA CADUTA ACCIDENTALE	
5. Prevenire i danni da caduta accidentale	<p>5.1.1 Indicatori: Numero segnalazioni di cadute che hanno comportato un danno (da minimo a severo - livello 4 a 8) /Numero totale giorni di degenza</p> <p>Numero segnalazioni di cadute che hanno comportato un danno (da minimo a severo - livello 4 a 8) /Numero totale di segnalazioni di cadute</p> <p>5.1.2. Diffusione dell'informativa aziendale realizzata nel corso del 2017 per la prevenzione delle cadute nei minori in base ai fattori di rischio presenti nelle strutture</p>

	interessate
Attuazione al 31.12.2018	
5.1.1 È stata effettuata la sorveglianza delle cadute, gli indicatori sono stati trasmessi semestralmente alla Direzione Centrale Salute	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
6. PREVENZIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE	
6. Prevenire le lesioni da pressione	6.1.1 Studio di incidenza delle lesioni da pressione di nuova insorgenza in ambito neonatale, pediatrico e ostetrico-ginecologico
Attuazione al 31.12.2018	
6.1.1 È stata effettuata la sorveglianza delle lesioni da pressione di nuova insorgenza.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
7. USO SICURO DEI FARMACI	
7. Uso sicuro dei farmaci	7.1.1 Organizzazione di almeno 3 eventi formativi 7.2.1 Organizzazione di almeno 6 eventi formativi 7.2.2 Partecipazione al corso di formazione di almeno il 25% dei medici prescrittori 7.3.1 Revisione della procedura entro il 31 dicembre 2018 7.4.1 Cut off per l'indicatore: 7.5.1 Pubblicazione sul sito aziendale della lista regionale dei farmaci non triturabili e formazione specifica
Attuazione al 31.12.2018	
7.1.1 Sono state effettuate 2 edizioni del corso di formazione sulla sicurezza del farmaco (IRCBG18104 in data 09.10 e 13.11.18)	
7.2.1 Sono state realizzate 6 edizioni del corso sull'antimicrobial stewardship (IRCBG 18069)	
7.2.2 Al corso di formazione hanno partecipato 15 medici (totale medici formati nel biennio 2017/18: 19.2%)	
7.3.1 La procedura relativa alla richiesta di farmaci off label è stata revisionata	
7.4.1 la SSD Farmacia ha effettuato la sorveglianza sulla corretta applicazione della procedura per i farmaci off label pagina rete cure sicure del sito ARCS) sul sito web e su intranet	
7.5.1 La lista regionale dei farmaci off label è stata diffusa nel mese di marzo 2019; è stata diffusa a tutto il personale dell'IRCCS e pubblicata (link con pagina rete cure sicure del sito ARCS) sul sito web e su intranet	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
8. PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA	

<p>8.1. Studio di incidenza delle infezioni in chirurgia</p> <p>8.2 Sorveglianza attiva e prevenzione delle resistenze batteriche</p> <p>8.3. Implementazione delle LLGG sulle infezioni pediatriche elaborate dal gruppo regionale</p> <p>8.4 Partecipare al progetto regionale "CLEAN CARE IS SAFER CARE"</p> <p>8.5. Organizzare la formazione specifica per prevenire e contenere le infezioni correlate all'assistenza</p> <p>8.6 Garantire la corretta gestione di un evento epidemico in collaborazione con il territorio</p>	<p>8.1 Elaborazione di report annuale da valutare e condividere con le Strutture interessate</p> <p>8.2.1 Elaborazione di report semestrale analizzato con CIO e diffuso alle strutture</p> <p>8.2.2 Elaborazione di report semestrale analizzato con CIO e diffuso alle strutture</p> <p>8.2.3.1 Elaborazione di report semestrale da valutare e condividere con gli operatori interessati</p> <p>8.2.3.2 Diffusione del report regionale sul consumo di antibiotici e del registro delle resistenze batteriche</p> <p>8.3 Organizzazione di almeno un evento formativo sulle linee di indirizzo terapeutico delle infezioni in pediatria del documento per gli operatori sanitari delle aree pediatriche</p> <p>8.4.1. Compliance > 70%</p> <p>8.4.2 Restituzione dei risultati delle verifiche alle strutture interessate (direttore e coordinatore o loro sostituti)</p> <p>8.5 Realizzare almeno 6 eventi formativi per ciascun tema indicato</p> <p>8.6 Realizzare la simulazione e individuare le eventuali criticità</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>8.1 Sono stati raccolti ed elaborati i dati relativi alle ISC dopo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • taglio cesareo <p>interventi ortopedici (scoliosi)</p> <p>8.2.1 Sono stati raccolti ed analizzati i dati relativi ai microrganismi sentinella</p> <p>8.2.2 I dati relativi ai microrganismi sentinella sono stati inviati alle Strutture</p> <p>8.2.3.1 I dati relativi ai microrganismi sentinella sono stati inviati alle Strutture</p> <p>8.2.3.2 Il report regionale è disponibile (link alla pagina cure sicure del sito ARCS) sul sito web, tutti gli operatori sono stati informati via e-mail</p> <p>8.3 Le linee guida regionali sulle infezioni pediatriche non sono ancora state formalizzate, pertanto non è stato possibile diffonderle né organizzare un evento formativo sul tema.</p> <p>8.4.1 La percentuale di adesione al lavaggio mani nel 2018 è stata del 71.7%</p> <p>8.4.2. I dati relativi all'adesione al lavaggio mani sono stati inviati alle Strutture</p> <p>8.5 Sono state realizzate 6 edizioni del corso sulle infezioni correlate all'assistenza (IRCBG 18069)</p> <p>8.6 La simulazione dell'evento epidemico è stata effettuata il 13.11.2018.</p>	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>Obiettivo 8.3 Stralciato</p>

9. CONTROLLO DEL DOLORE	
9. Garantire qualità e sicurezza della documentazione sanitaria	<p>9.1.1 Cut off per gli indicatori:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Numero di cartelle chiuse contenenti la scheda di valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso compilata in modo completo/Numero cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per struttura) $\geq 90\%$ - Numero di cartelle con registrazione quotidiana completa del dolore/Numero cartelle selezionate $\geq 90\%$ - Numero di cartelle chiuse con presenza della rivalutazione del dolore entro 2 ore per ogni episodio con valore > 4/Numero cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per Struttura) $\geq 90\%$ <p>9.1.2. Restituzione dei risultati delle verifiche alle strutture interessate (direttore e coordinatore o loro sostituti)</p>
Attuazione al 31.12.2018	
<p>9.1.1 Sono stati valutati gli indicatori relativi alla valutazione del dolore in tutte le strutture di degenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso: 99.5% - Registrazione quotidiana del dolore: 94.1% <p>Rivalutazione del dolore dopo episodio algico: 46.7%</p> <p>9.1.2 I report relativi alle cartelle cliniche sono stati inviati al Direttore ed al Coordinatore di ogni Struttura valutata</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
10. PREVENZIONE ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI	
10. Diffusione della procedura aziendale relativa alla raccomandazione ministeriale per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari (RM 8)	10.1 Organizzazione di almeno 1 evento formativo
Attuazione al 31.12.2018	
10.1 L'evento formativo sulla prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori ha avuto luogo il 14.11.2018 (IRCBG 18092)	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
11. MIGLIORAMENTO DELLA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO ATTRAVERSO UN APPROCCIO INTEGRATO: CARMINA	
11. Miglioramento della gestione del rischio clinico attraverso un approccio integrato	<p>11.1.1 Individuazione di un'area di miglioramento</p> <p>11.1.2 Implementazione di uno standard minimo</p>

Attuazione al 31.12.2018	
11.1.1 Area di miglioramento individuata	
11.1.2 È stato implementato uno standard minimo	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
12. PROMOZIONE DELLE BUONE PRATICHE E PROMOZIONE E COINVOLGIMENTO ATTIVO E CONSAPEVOLE DEI PAZIENTI E DEI CITTADINI	
12. Promozione del coinvolgimento attivo e consapevole dei pazienti e dei cittadini e promozione delle buone pratiche	<p>12.1 La check list per la prevenzione degli incidenti domestici è diffusa attraverso il sito internet aziendale e distribuita presso il triage del PS pediatrico</p> <p>12.2 Il materiale informativo predisposto dalla regione o dall'Istituto, inclusi i moduli di integrazione alla lettera di dimissione, è diffuso attraverso il sito internet aziendale e distribuito nei punti di attesa</p> <p>12.3 Rispetto degli indicatori previsti dal protocollo di continuità assistenziale</p> <p>12.4 Inserimento di almeno una buona pratica in risposta alla call di AGENAS</p>
Attuazione al 31.12.2018	
12.1 La Check list per la prevenzione degli incidenti domestici è stata diffusa	
12.2 Il materiale informativo è stato diffuso	
12.3 Gli indicatori previsti dal protocollo di continuità assistenziale sono stati rispettati	
12.4 Nessuna buona pratica inserita	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
13. SICUREZZA DEL PERCORSO CHIRURGICO	
13. Garantire qualità e sicurezza del percorso chirurgico	<p>13.1 Cut off per gli indicatori:</p> <p>Numero di cartelle chiuse contenenti la check list chirurgica/Numero cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per struttura) $\geq 95\%$</p> <p>Numero di cartelle chiuse contenenti la check list chirurgica completa/Numero cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per struttura) $\geq 70\%$</p> <p>13.2 Rispetto degli indicatori previsti dal regolamento</p>
Attuazione al 31.12.2018	
13.1 Sono stati monitorati gli indicatori relativi alla sicurezza del percorso operatorio.	
Presenza della checklist chirurgica: 98.2%	

presenza e completezza della checklist chirurgica: 70.7%

13.2 Gli indicatori previsti dal regolamento sono stati monitorati.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

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

Obiettivo aziendale

Risultato atteso

Individuare un Coordinatore locale HPH, che farà anche parte del Comitato HPH regionale (entro febbraio)

Trasmettere il nominativo alla Direzione Generale di AAS2, in qualità di Centro di Coordinamento Regionale, entro il 28/02/2018

Attuazione al 31.12.2018

OBIETTIVO RAGGIUNTO: il nominativo è stato inviato con nota prot. n. 1950 dd. 5/3/2018.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Definire, all'interno del Comitato di coordinamento HPH regionale, un regolamento, che verrà formalizzato dalla DCS, per la composizione e il funzionamento dei Comitati guida aziendali

Regolamento definito dal Comitato di coordinamento HPH regionale entro il 30/06/2018

Attuazione al 31.12.2018

MOTIVAZIONI SCOSTAMENTO DEL RISULTATO ATTESO - OBIETTIVO DA STRALCIARE IN QUANTO NON RAGGIUNTO PER CAUSE NON IMPUTABILI ALL'IRCCS: Il Comitato di coordinamento HPH regionale non ha definito alcun regolamento.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

IL COMITATO HA DEFINITO IL REGOLAMENTO NEI TEMPI PREVISTI ED È STATO SUCCESSIVAMENTE APPROVATO CON DECRETO DEL RESPONSABILE DELL'AREA ASSISTENZA OSPEDALIERA

Partecipare al Comitato di coordinamento HPH regionale per la proposta alla DCS delle linee di lavoro da implementare progressivamente nelle organizzazioni ospedaliere e dei servizi sanitari e un piano d'azione per il 2019 e gli anni successivi

Proposta del Comitato di coordinamento HPH regionale inviata in DCS entro il 30/11/2018

Attuazione al 31.12.2018

OBIETTIVO RAGGIUNTO: il referente aziendale ha partecipato alle riunioni del comitato di coordinamento HPH regionale.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Attivare il Comitato guida aziendale

Comitato attivato entro il 30/11/2018

Attuazione al 31.12.2018 OBIETTIVO RAGGIUNTO: con nota del Direttore Generale n. prot 1715 di data 28/11/2018 sono stati nominati i componenti del Comitato guida aziendale HPH.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.7 RAPPORTI CON I CITTADINI

3.7.1. Tempi d'attesa	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Continuare ad organizzare le agende delle prestazioni ambulatoriali specialistiche per consentire la prenotazione online del cittadino dell'offerta.	Organizzazione delle agende delle prestazioni ambulatoriali specialistiche coerente con la prenotazione online del cittadino di tutta l'offerta.
Attuazione al 31.12.2018 OBIETTIVO RAGGIUNTO: Le agende sono disponibili alla prenotazione online.	
Mantenere il monitoraggio ministeriale	Mantenimento del monitoraggio regionale e ministeriale
Attuazione al 31.12.2018 OBIETTIVO RAGGIUNTO: Come richiesto dalla regione è stata effettuata la rilevazione dei tempi d'attesa della TA della libera professione. Il report è stato prodotto ed inviato.	
Assicurare la "garanzia" erogativa per le priorità B al > 95%, per la priorità D al > 90% e per le priorità P al > 85%.	<p>Si assicura la garanzia per le prestazioni ginecologiche per la popolazione residente nella provincia di Trieste per la priorità B > 95%, per la priorità D > 90% e per la priorità P >85%</p> <p>Si assicura la garanzia per le prestazioni specialistiche pediatriche per le priorità B > 95 per la priorità D > 90% e per la priorità P >85%.</p> <p>RISULTATO ATTESO DA DGR 1423 dd 27/07/2018</p> <p>% di prestazioni monitorate prescritte in priorità B ed erogate entro 10 gg >=95%</p> <p>% di prestazioni monitorate prescritte in priorità D ed erogate entro 30 gg se visite oppure 60 gg se diagnostiche >=90%</p> <p>% di prestazioni monitorate prescritte in priorità P ed erogate entro 180 gg >=85%</p>
Attuazione al 31.12.2018 In attesa di monitoraggio e valutazione regionale	

Sospendere la libera professione intra-moenia ai medici delle strutture che non hanno reso disponibili a CUP regionale tutte le agende di prenotazione delle visite/prestazioni.	Sospensione della libera professione intra-moenia ai medici che non rispettano i valori oltre soglia sopra riportati e/o non hanno reso disponibili a CUP regionale tutte le agende di prenotazione delle visite/prestazioni
Attuazione al 31.12.2018 OBIETTIVO RAGGIUNTO: Mensilmente report dei TA inviato al Direttore Sanitario indicando gli sforamenti e le eventuali necessità d'intervento.	
Garantire il rispetto dei tempi di attesa per gli interventi indicati, secondo i codici di priorità A (per almeno il 95% della casistica), B, C e D (per almeno il 90% della casistica) del punto 2 dell'allegato A. Anche per tali tipologie di attività, il mancato rispetto dei valori soglia indicati determina, per i medici delle strutture interessate, la sospensione della possibilità di svolgere la libera professione specifica.	Vengono garantiti i tempi d'attesa, secondo i codici di priorità degli interventi previsti all'allegato A, per la parte di competenza
Attuazione al 31.12.2018 In attesa di monitoraggio e valutazione regionale	
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 stanziato, oltre che delle risorse previste dalla L.R. n.7/2009.	Rispetto del rapporto di priorità tra attività libero professionale e le priorità di garanzia per il cittadino.
Attuazione al 31.12.2018 OBIETTIVO RAGGIUNTO: Mensilmente è stato inviato a tutti i Direttori di Dipartimento e Responsabili di struttura complessa, semplice e dipartimentale ed alla Direzione Sanitaria, report relativo ai: 1. tempi di attesa istituzionali/libera professione secondo le priorità di garanzia del cittadino; 2. Indicazioni delle eventuali discrepanze con suggerimenti sulle attività da svolgere in caso di sforamenti.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

3.7.2. Innovazione nella gestione delle terapie: non di pertinenza

non di pertinenza

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Abolire le limitazioni non motivatamente necessarie (es. effettiva necessità di isolamento) poste a livello temporale per i genitori od i care giver, con presenza di uno per volta durante tutto l'arco delle 24 ore.	L'apertura dei reparti in terapia intensiva e semi intensiva ai care giver è già una prassi presso l'IRCCS in quanto la presenza del genitore fa parte del percorso riabilitativo e terapeutico del bambino (tecnica kangaroo)
Attuazione al 31.12.2018 OBIETTIVO RAGGIUNTO: L'apertura dei reparti in terapia intensiva e semi intensiva ai care giver è già una prassi presso l'IRCCS.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Prevedere la possibilità che i pazienti possano avere accanto a sé un care giver, anche al momento della visita medica o dell'esecuzione delle procedure assistenziali.	Minori: Non di pertinenza in quanto trattandosi di minori è sempre richiesta la presenza del genitore o di un tutore. Adulti: Care giver presente se richiesto dal paziente al momento della visita medica o dell'esecuzione delle procedure assistenziali.
Attuazione al 31.12.2018 OBIETTIVO RAGGIUNTO: Al paziente è sempre data la possibilità di avere un care giver presente se richiesto.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Proseguire con il progetto 2017 di contatto telefonico ai pazienti dimessi dopo un intervento di chirurgia programmata, entro 5 giorni dalla dimissione con l'opportunità di estendere tale servizio anche ad altre tipologie di trattamento.	Evidenza di prosecuzione del progetto
Attuazione al 31.12.2018 OBIETTIVO RAGGIUNTO: Il report mensile contenente i dati necessari al ricontatto telefonico da parte della Regione è inviato regolarmente alla Direzione Sanitaria.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.7.6. Individuazione del medico responsabile della gestione del ricovero del paziente	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Dare l'informazione di chi è il medico responsabile della gestione del caso	Informazione riportata in cartella
Attuazione al 31.12.2018 OBIETTIVO RAGGIUNTO: il medico responsabile è riportato appositamente nella cartella clinica.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.7.7. Privacy	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Nel rispetto della tutela della privacy è necessario snellire le procedure affinché: - Al cittadino non venga richiesta la continua compilazione degli stessi moduli quando si rivolge ad enti diversi; - Nella gestione in rete dei pazienti, tutte le informazioni necessarie ad assicurare in sicurezza il percorso assistenziale siano garantite fra i professionisti e le strutture che hanno in cura il paziente, anche se appartenenti ad enti diversi.	collaborazione per snellimento processo supporto allo sviluppo del FSE
Attuazione al 31.12.2018 OBIETTIVO RAGGIUNTO: Partecipazione incontri regionali tavolo privacy. (Aggiornamento sito web in conformità alla normativa; Accorpamento modulistica su FSE (titolarità regionale) e dossier (titolarità aziendale).	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

4. I FLUSSI INFORMATIVI E LE VALUTAZIONI

Flussi informativi e valutazioni	
Scheda di Dimissione Ospedaliera	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Raggiungere i seguenti obiettivi qualitativi: - La percentuale di SDO archiviate deve essere in media nell'arco dell'anno maggiore o uguale al 98% dei dimessi - Le richieste di apertura delle SDO archiviate non deve	Media SDO archiviate > 98% dei dimessi

superare il 3% delle SDO archiviate - Le anomalie in merito alla qualità della compilazione non devono superare in media il 10%	Riapertura SDO archiviate < 3% delle SDO archiviate Media anomalie della qualità della compilazione < 10% delle SDO totali
Attuazione al 31.12.2018 OBIETTIVO RAGGIUNTO: I controlli sono stati fatti mensilmente. Le percentuali sono state rispettate.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Obblighi formativi e qualità dei dati ai fini amministrativi, epidemiologici e gestionali	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Per l'anno 2018 garantire: CEDAP	Adeguate compilazione dei campi relativi alle informazioni anagrafiche della madre e del padre
Attuazione al 31.12.2018 OBIETTIVO RAGGIUNTO: Le schede CEDAP sono adeguatamente compilate.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
EMUR Emergenza-Urgenza PS	Percentuale media annua di anomalie < 6%
Attuazione al 31.12.2018 In attesa di monitoraggio e valutazione regionale	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Monitoraggio consumi dispositivi medici	Inserimento di tutti i contratti di acquisto dei dispositivi medici di cui si possiede il CIG entro il mese successivo al trimestre di competenza
Attuazione al 31.12.2018 OBIETTIVO RAGGIUNTO: il flusso è correttamente alimentato.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Grandi apparecchiature	Inserimento delle apparecchiature ricomprese nell'elenco di cui allegato 1 del DM 22/04/2014 e successive integrazioni entro il mese successivo al trimestre nel quale è avvenuto il collaudo dell'apparecchiatura
Attuazione al 31.12.2018 OBIETTIVO RAGGIUNTO: il flusso è correttamente alimentato.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	

Flussi ministeriali	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Alimentare correttamente i tutti i flussi ministeriali per quanto di competenza. Considerato che ritardi o omissioni generano il mancato riconoscimento alla Regione dei fondi ministeriali previsti, una quota del finanziamento corrispondente allo 0,1% di quanto attribuito ad ogni Ente verrà trattenuta a livello centrale e sarà erogata solo ad adempimento completamente espletato.	Evidenza dei flussi alimentati
Attuazione al 31.12.2018 OBIETTIVO RAGGIUNTO: I flussi vengono correttamente alimentati.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

Supporto a progetti di valenza regionale integrati tra Assessorati	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
La regione FVG ha costituito l'Osservatorio Ambiente Salute (DGR 532/2014) alle cui attività sono chiamati a contribuire anche gli enti del SSR. Nello specifico l'ASUIUD, attraverso le strutture di Epidemiologia e di Accreditamento, gestione del rischio clinico e valutazione delle performance sanitarie, l'IRCCS Burlo Garofolo, attraverso la struttura di Epidemiologia clinica e ricerca dei servizi sanitari, e l'IRCCS Centro di riferimento oncologico, attraverso la struttura di Epidemiologia e biostatistica, contribuiscono alle attività previste nel piano di lavoro dell'Osservatorio.	Evidenza di partecipazione attraverso la struttura di Epidemiologia clinica e ricerca dei servizi sanitari alle attività dell' Osservatorio Salute
Attuazione al 31.12.2018 MOTIVAZIONI SCOSTAMENTO DEL RISULTATO ATTESO - OBIETTIVO DA STRALCIARE IN QUANTO NON RAGGIUNTO PER CAUSE NON IMPUTABILI ALL'IRCCS: Al 31.12.2018 non sono state ricevute richieste di contributo alle attività previste dal piano di lavoro dell'Osservatorio Ambiente Salute.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

Programmi di sorveglianza	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Collaborare, per le parti competenza, nei programmi di	Evidenza di collaborazione

<p>sorveglianza: OKKIo alla Salute, HBSC, PASSI, PASSI d'ARGENTO, Obesità in Gravidanza.</p> <p>Collaborare ai programmi ed attività regionali di valutazione dell'esperienza dei pazienti nei loro contatti con il Sistema Sanitario Regionale</p>	
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO: Sono state garantite le attività dei progetti Okkio alla salute e HBSC (si veda Obiettivo 13.21).</p> <p>In relazione al progetto Obesità in gravidanza, sono stati estratti da Repository epidemiologico regionale e analizzati i dati relativi all'anno 2017. Il progetto è stato presentato e discusso alle Giornate di Epidemiologia "Carlo Corchia" (Firenze 10-12 maggio 2018).</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

5. IL SISTEMA INFORMATIVO

Il sistema informativo	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Nel 2018 partecipare, per quanto di competenza, al consolidamento dei servizi online per il cittadino come indicato nelle linee di gestione 2018 e sotto riportate:</p> <ul style="list-style-type: none"> - potenziamento dell'infrastruttura del servizio di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali con l'uso della ricetta dematerializzata e MIR (medici in rete), nell'ottica della riduzione del tempo di accesso e degli spostamenti dei cittadini; - l'ulteriore estensione del servizio referti on line per le prestazioni sottoscritte digitalmente; - la consultazione liste di attesa di tutte le prestazioni erogate, indicando la prima data utile; - lo sviluppo di tecnologie mobility app per i principali servizi on line sviluppati; - L'estensione della prescrizione specialistica dematerializzata; - lo sviluppo dei temi chiave previsti dalla cd "Sanità digitale" implementando soluzioni informatiche per l'integrazione socio-sanitaria e la continuità della cura; - l'implementazione di soluzioni per la gestione del farmaco all'adesione terapeutica. 	<p>Evidenza di partecipazione, per quanto di competenza, al consolidamento dei servizi online per il cittadino.</p>

<p>Nel 2018 sono previste come ulteriori attività di consolidamento e aggiornamento tecnologico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la sostituzione della centrale telefonica con il passaggio delle linee telefoniche su tecnologia voip; - l'ampliamento dell'infrastruttura virtuale su cui poggiano i servizi centrali dell'Istituto (dhcp, dominio, dns, monitoraggio rete, db server per la ricerca, ecc..) aumentando le capacità di storage e di memoria dei singoli host fisici su cui questa si basa. 	
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - I servizi online per il cittadino (pagamenti online e referti online) sono avviati, attivi e costantemente monitorati. - la ricetta dematerializzata è attiva in tutti i reparti e servizi con costante supporto da parte del personale dell'USI anche nel caso di prestazioni non prescrivibili elettronicamente. - L'USI partecipa al tavolo tecnico e alla sperimentazione per la definizione di app e sistemi "mobile" per i cittadini e i pazienti del Burlo attraverso un percorso di definizione delle specifiche relative ad una progettualità in collaborazione con Area Science Park nell'ambito della Smart Health. - L'USI coordina lo sviluppo di sistemi e servizi per l'utilizzo della rete dell'Istituto e delle risorse online, collaborando con SPIN Spa alla progettazione, implementazione e avvio di sistemi aziendali sicuri, ridondati e funzionali alle esigenze di ricerca ed assistenza. - La centrale telefonica è installata, funzionante ed operativa nei locali tecnici della palazzina centrale. È in corso di avvio la sostituzione dei terminali aziendali con i nuovi telefoni VOIP. 	
<p>Valutazione Direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>
<p>Proseguiranno inoltre le attività inerenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la sicurezza fisica e logica/funzionale del sistema informativo, anche in attinenza ai temi relativi alla circolare n. 2/2017 del 18 aprile 2017 di AgID "misure minime di sicurezza" ed entrata in vigore del GDPR – General Data Protection Regulation (Regolamento UE 2016/679); - i sistemi di governo, in particolare con lo sviluppo ed il miglioramento degli strumenti di governo dei fattori produttivi ospedalieri; - la ricetta dematerializzata da estendere, oltre che alla farmaceutica, anche alla specialistica ambulatoriale, per i Medici di medicina generale, i Pediatri di libera scelta e gli specialisti convenzionati e dipendenti del Servizio sanitario regionale; - gli Interventi sull'intero sistema ICT del SSR per gli adeguamenti previsti dalla L.R. 17/2014; - l'avvio della nuova cartella clinica informatizzata con 	<p>Collaborare per quanto di competenza</p>

<p>immediata sospensione delle iniziative autonome di implementazione e/o sviluppo delle attuali;</p> <ul style="list-style-type: none"> - La revisione/rinnovo del sistema ASCOT e software collegati per la gestione delle attività amministrative; - l'acquisizione di ulteriori licenze con completamento di tutte le aziende dell'implementazione del sistema per la gestione della farmacoterapia. 	
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - È stato perfezionato l'acquisto del secondo firewall per la protezione perimetrale a complemento del primo, per assicurare maggiore resilienza e ridondanza (sicurezza fisica e logica) dei servizi internet e per una maggiore protezione del perimetro informativo ed informativo aziendale, in linea con quanto richiesto da AgID e dal GDPR - Continuano le riunioni del Gruppo Multidisciplinare Privacy di supporto al DPO aziendale, in particolare per affrontare e risolvere gli innumerevoli problemi e necessità emergenti dall'adozione del nuovo regolamento, in particolare per quel che riguarda il registro dei trattamenti, la formazione aziendale, i data breach e le valutazioni di impatto - Il Sistema Informativo partecipa alle riunioni dei referenti del Sistema Informativo Regionale e del Gruppo privacy Regionale. 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Nel 2018 proseguirà il potenziamento dell'utilizzo sistematico della firma digitale. In particolare il Burlo individua i seguenti obiettivi in continuità con la programmazione 2017:</p> <ul style="list-style-type: none"> - G2 clinico ambulatoriale; - G2 clinico lettera dimissione; - Laboratorio; - Radiologia; - ECG. 	<p>Obiettivi Firma digitale sia per quanto riguarda le prestazioni ambulatoriale che per le lettere di dimissione:</p> <ul style="list-style-type: none"> G2 clinico ambulatoriale > 90% G2 clinico lettera dimissione > 90% Laboratorio > 98% Radiologia > 98% ECG > 80%
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>G2 clinico= 80,71% obiettivo non raggiunto</p> <p>G2 lettera= 80,96% obiettivo non raggiunto</p> <p>Cardionet= 95,40% obiettivo raggiunto</p> <p>Laboratorio= 98% obiettivo raggiunto</p> <p>Radiologia=99,85% obiettivo raggiunto</p> <p>Sei= 94,50%</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	<p>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO: G2 CLINICO E LETTERA DI DIMISSIONE</p>

	OBIETTIVO RAGGIUNTO: ALTRI SISTEMI
<p>Partecipare attivamente alle progettualità regionali, in particolare riguardante i seguenti interventi:</p> <p>Sistema di gestione dell'attività sanitaria in ambito ospedaliero</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cartella integrata clinico assistenziale: aggiudicazione gara e avviamento del sito pilota; - Potenziamento ed estensione delle integrazioni dei sistemi clinico sanitari; - Normalizzazione della gestione delle credenziali e attivazione sistema Single Sign on; - Aggiudicazione e avvio implementazione della piattaforma per la gestione della ricerca clinica; - Attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico secondo quanto previsto dalla normativa privacy; - Pianificazione delle attività di rinnovamento del sistema SIASI; <p>Rivisitazione delle procedure gestionali ed amministrative al fine dell'adeguamento alla normativa vigente.</p> <p>Potenziamento dell'infrastruttura per la Continuità Operativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Potenziamento delle reti geografiche e locali; - Razionalizzazione dei data center aziendali; <p>Sistema direzione aziendale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Governo del personale; - Governo logistico; <p>Sistema direzionale regionale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Data Warehouse gestionale; - Sviluppo del registro regionale dei dispositivi medici impiantabili. 	<p>Evidenza di partecipazione alle progettualità regionali</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - È stata completata la migrazione alla rete regionale Hermes con un potenziamento della banda e l'avvio dell'alta affidabilità dei nuovi sistemi Insiel - Le attività relative alla cartella clinica regionale, al rinnovamento di SIASI e ASCOT, al potenziamento della continuità operativa dei sistemi regionali, al data warehouse, al governo logistico, al potenziamento delle reti geografiche, ecc... seguono la programmazione regionale. 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

5.1 Sistema PACS regionale	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Per il 2018, il Burlo parteciperà:</p> <p>a. Estensione sistema PACS a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Settore dell'endoscopia digestiva; - Estensione al resto dell'endoscopia ambulatoriale; <p>b. Consultazione/visualizzazione di referti e immagini in situazione emergenziale inter-aziendale;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prosecuzione della messa a regime del caso d'uso negli ambiti clinici previsti dalla programmazione sanitaria regionale. <p>c. Referto multimediale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Collaudo presso un sito pilota della soluzione di integrazione SIO/PACS per la produzione di un referto multimediale in Radiologia; - Avvio della fase di implementazione della soluzione a livello regionale; - Estensione agli altri settori clinici in cui è attivo il sistema PACS regionale. <p>d. Potenziamento e ottimizzazione del sistema PACS regionale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Potenziamento delle funzionalità elaborative con moduli aggiuntivi per l'analisi diagnostica evoluta in distretti anatomici specifici, secondo motivate richieste aziendali e in coerenza con il progetto regionale di sviluppo dei sistemi informativi ospedalieri. 	<p>a. Evidenza di estensione del sistema PACS a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Settore dell'endoscopia digestiva. - Estensione al resto dell'endoscopia ambulatoriale <p>b. Evidenza di Consultazione/visualizzazione di referti e immagini in situazione emergenziale inter-aziendale;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prosecuzione della messa a regime del caso d'uso negli ambiti clinici previsti dalla programmazione sanitaria regionale. <p>Adesione alle indicazioni regionali</p> <p>d. Evidenza di Potenziamento e ottimizzazione del sistema PACS regionale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - potenziamento delle funzionalità elaborative con moduli aggiuntivi per l'analisi diagnostica evoluta in distretti anatomici specifici, secondo motivate richieste aziendali e in coerenza con il progetto regionale di sviluppo dei sistemi informativi ospedalieri. <p>RISULTATO ATTESO DA DGR 1423 dd 27/07/2018</p> <p>Supporto aziendale secondo le modalità definite in coerenza e continuità con la programmazione sanitaria regionale</p> <p>d. Evidenza di Potenziamento e ottimizzazione del sistema PACS regionale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - evidenza delle richieste aziendali
<p>Attuazione al 31.12.2018</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il sistema ENDOX per l'endoscopia digestiva è stato installato ed è operativo. 	

- Le altre attività seguono la programmazione regionale e rientrano nel programma di adeguamento del sistema aziendale del Burlo con il sistema regionale stesso.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

5.2 Fascicolo sanitario elettronico (FSE)

Obiettivo aziendale

Risultato atteso

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

Evidenza dell'implementazione del FSE al 15% della popolazione con un programma da definirsi operativamente entro marzo 2018, secondo le indicazioni regionali.

Attuazione al 31.12.2018

OBIETTIVO RAGGIUNTO:

L'attività è in linea considerato il ritardo accumulato per l'avvio della piattaforma regionale, che, di fatto, è divenuta operativa solo alla fine del 2018.

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%	36,82%	36,89%
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%	16,89%	16,89%
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	74,91%	74,91%
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	96,44%	96,40%
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%	15,55%	15,43%
BERSAGLIO C 7.2	MATERNI INFANTILE i parti indotti devono essere ridotti al di sotto del 22%	< 22%	19,48%	19,24%
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	< 28% adulti	48,2%	48,20%
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	< 42% pediatrici	54,71%	54,71%

Irccs

“Centro di riferimento oncologico”

3.1 PROGETTI DI RIORGANIZZAZIONE DELLE FUNZIONI

3.1.1. Degenze	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Posti letto	Consolidamento del percorso di ridefinizione dei posti letto in coerenza a quanto definito dalla DGR 2673/2014.
Attuazione al 31.12.2018: obiettivo raggiunto: si è già provveduto ad adeguare i posti letto alla DGR 2673/2017	
Valutazione direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
3.1.2. Acquisizione e/o spostamento di funzioni	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Obiettivo aziendale - completamento dell'integrazione delle funzioni di laboratorio analisi - revisione della convenzione in essere per la corretta attribuzione e valorizzazione delle attività	Risultato atteso - sono trasferiti al CRO le indagini diagnostiche di laboratorio di pertinenza oncologica concordate con AAS5 - approvazione nuova convenzione tra i due enti
Attuazione al 31.12.2018: Sono state trasferite le indagini concordate al netto delle problematiche relative alle gare di materiale diagnostico in essere presso i due laboratori. Sono stati consolidati tutti i trasferimenti di indagini diagnostiche economicamente vantaggiose (dove è stato possibile chiudere contratti in essere). Per le restanti indagini diagnostiche si è in attesa dell'espletamento delle nuove gare dei laboratori. Con nota prot. 19971 del 23.10.2018 è stato trasmesso alla DCS l'accordo siglato tra AAS5 e CRO relativo alle prestazioni di laboratorio anno 2018.	
Valutazione direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.4. Medicina di laboratorio	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
organizzazione della Bio-banca regionale	creazione di una piattaforma unica regionale
<p>Attuazione al 31.12.2018:</p> <p>Le Aziende di Udine, Trieste e Pordenone hanno risposto alla richiesta di mappatura delle Biobanche/Collezioni. Tenuto conto che non ci all'interno della regione sistemi informativi strutturati per la gestione di una biobanca, è stata definitiva quella di Aviano la piattaforma unica regionale. E' stato valutato un up grade del software in modalità web, più utile e performante in vista di una piattaforma unica regionale.</p> <p>La biobanca del cro è inoltre stata potenziata con due figure di tecnico sanitario di laboratorio e tutte le procedure sono state certificate norma ISO.</p>	
Valutazione direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.5. Sangue ed emocomponenti	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
accreditamento Istituzionale per le attività di competenza: raccolta, validazione biologica, manipolazione, congelamento, stoccaggio e distribuzione delle Cellule Staminali Emopoietiche	rinnovo accreditamento e autorizzazione regionale SOSd Trattamento Cellule Staminali per Terapie Cellulari
<p>Attuazione al 31.12.2018:</p> <p>Con decreto n. 2059/SPS del 19.12.2018 è stato conferito l'accREDITAMENTO con riserva ed è stato previsto un piano di adeguamento della durata di un anno.</p>	
Valutazione direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.6. Reti di patologie
<p>Collaborazione tra AAS5 "Friuli Occidentale e IRCCS CRO di Aviano</p> <p>L'attuale attribuzione delle funzioni di AAS5 Friuli Occidentale e IRCCS CRO di Aviano comporta una organizzazione fortemente integrata delle attività e dei percorsi per le persone con patologie oncologiche.</p> <p>Allo stato attuale e dopo che sono state perfezionate le disposizioni regionali in tema di transito e integrazione di funzioni tra le due Aziende, la situazione in ambito oncologico è la seguente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - alcune funzioni sono assicurate esclusivamente da AAS5 (alcune tipologie di prestazioni di Diagnostica di Laboratorio, Microbiologia e Virologia, Medicina trasfusionale, attività di Chirurgia specialistica anche oncologica, attività Medica specialistica non oncologica, Cardiologia) - alcune funzioni di ambito esclusivamente oncologico o correlate ai pazienti con HIV sono assicurate dal CRO (Radioterapia, Oncologia Medica, alcune prestazioni di Diagnostica di Laboratorio, Ambulatorio HIV e Trapiantati, Registro Tumori) - alcune funzioni sono assicurate da entrambe le Aziende (Medicina Nucleare, Diagnostica Strumentale per Immagini, Anatomia patologica e genetica medica, alcune prestazioni di Diagnostica di Laboratorio, Oncoematologia, Interventi di Screening di Secondo Livello).

Sono già attualmente strutturati ed attivi gruppi multidisciplinari di patologia che integrano le competenze professionali e le equipe delle due Aziende, in particolare per i tumori urologici, del distretto capo-collo, ortopedici, per i percorsi di chirurgia generale, per la gestione dei melanomi, per gli screening oncologici, per l'Oncoematologia, per i tumori pediatrici e giovanili e per le cure palliative pediatriche domiciliari, in stretta collaborazione con l'Area giovani del CRO.

Nelle more della approvazione del documento sulla Rete Oncologica Regionale, è intenzione delle due Aziende consolidare la collaborazione avviata, finalizzata ad un approccio semplificato, integrato e multidisciplinare al paziente con tumore.

Per questo nel 2018 si intendono perseguire i seguenti obiettivi strategici:

- costituzione del Dipartimento Funzionale della "Rete Oncologica del Friuli Occidentale" per il coordinamento, l'integrazione e il monitoraggio delle attività di prevenzione, diagnosi, terapia dei tumori
- attivazione di percorsi integrati multidisciplinari e semplificati per la presa in carico delle persone con patologie oncologiche selezionate
- attivazione di protocolli di collaborazione per l'utilizzo integrato delle tecnologie.

AAS 5 e IRCCS CRO di Aviano concordano pertanto di sviluppare nel corso del 2018 le seguenti 9 progettualità, coerenti con la Linea 3.1.6 "Reti di patologia":

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Prostate Cancer Unit Istituzione di un percorso multidisciplinare semplificato ed integrato per le neoplasie della prostata	E' istituita e attivata la Prostate Cancer Unit e condiviso il Programma Tumori Urogenitali
Attuazione al 31.12.2018: Il risultato è già stato raggiunto (con delibera n. 222 del 22.05.2018 è stata istituita la Prostate Cancer Unit in collaborazione con l'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale").	
Valutazione direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
2. Skin Cancer Unit Istituzione di un percorso multidisciplinare semplificato ed integrato per le neoplasie della cute	E' istituita e attivata la Skin Cancer Unit e condiviso il Programma Melanomi
Attuazione al 31.12.2018: E' stato organizzato un incontro tra le direzioni strategiche per formalizzare l'unità a partire dalla definizione di un documento di fattibilità.	
Valutazione direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
3. Tumori del distretto capo collo Istituzione di un percorso multidisciplinare semplificato ed integrato per le neoplasie del capo – collo	E' istituito e attivato un gruppo multidisciplinare unico sui tumori del capo-collo
Attuazione al 31.12.2018: il gruppo multidisciplinare è già attivo e svolge attività clinica e di ricerca coinvolgendo strutture del CRO e dell'AAS5.	

Valutazione direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
4. Patologia oncoematologica Istituzione del gruppo multidisciplinare e attivazione della pronta disponibilità per la gestione delle urgenze oncoematologiche	E' istituito il gruppo, è attivata la pronta disponibilità integrata
Attuazione al 31.12.2018: la procedura per la gestione delle Urgenze Onco-Ematologiche nei presidi ospedalieri di AAS5 e IRCCS CRO è stata approvata in data 29.03.2018 e diffusa con nota prot. 6550/S del 03.04.2018. Il servizio è attivo dal 09.04.2018.	
Valutazione direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
5. Tumori polmonari Istituzione di un percorso multidisciplinare semplificato ed integrato per le neoplasie polmonari	E' istituito e attivato un gruppo multidisciplinare unico
Attuazione al 31.12.2018: è attivo un gruppo multidisciplinare con l'AAS 5.	
Valutazione direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
6. Tumori ginecologici Istituzione di un percorso multidisciplinare semplificato ed integrato per le neoplasie ginecologiche	E' istituito e attivato un gruppo multidisciplinare unico
Attuazione al 31.12.2018: l'attività non è ancora stata avviata in attesa dell'attivazione dei gruppi multidisciplinari.	
Valutazione direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
7. Tumori della mammella Istituzione di un percorso multidisciplinare semplificato ed integrato per le neoplasie della mammella	E' istituito e attivato un gruppo multidisciplinare unico
Attuazione al 31.12.2018: è attivo un gruppo multidisciplinare con l'AAS 5.	
Valutazione direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
8. Istituzione del "Dipartimento Funzionale della Rete Oncologica del Friuli Occidentale"	Sono definiti e condivisi obiettivi, funzioni e organizzazione del dipartimento. E' avviato il Dipartimento
Attuazione al 31.12.2018: in attesa del documento regionale sulla rete oncologica.	
Valutazione direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO

9. Tumori in età pediatrica Integrazione tra Area Giovani e Pediatria Neonatologia a garanzia della continuità dell'assistenza e delle cure	Sono definite e condivise le modalità per la gestione clinica e assistenziale dei soggetti in età pediatrica con neoplasie
Attuazione al 31.12.2018: Avviata una collaborazione strutturata tra l'Area Giovani del CRO e la Pediatria e Neonatologia, comprese le cure palliative, dell'AAS5.	
Valutazione direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
10. Condivisione e miglioramento dell'efficienza e della appropriatezza dell'utilizzo delle grandi tecnologie per la diagnostica strumentale	E' definito un programma di condivisione per l'uso di apparecchiature ad alta valenza tecnologica a partire da RNM 3 Tesla, PET, Robot Chirurgico
Attuazione al 31.12.2018: E' stato effettuato un incontro con la direzione aziendale dell'AAS5 per la condivisione nell'utilizzo della RMN 3 Tesla. L'attività della PET viene garantita dalle 2 equipe (CRO e AAS5).	
Valutazione direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
attivazione di un'aula multimediale per teleconferenze e meeting multidisciplinari	collaudo di una sala già allestita, attivazione di una seconda sala entro giugno 2018
Attuazione al 31.12.2018: Sono disponibili 3 sale attrezzate per teleconferenze, meeting multidisciplinari con collegamenti a distanza via web (sala 15 posti in direzione generale, sala 40 posti direzione scientifica, sala 25 posti Il piano oncologia medica)	
Valutazione direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.7. Modifiche/integrazioni delle DGR 2673/2014, 929/2015 e 1437/2015	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Revisione e implementazione dell'atto aziendale e del conseguente regolamento organizzativo	invio revisione Atto entro aprile 2018 a Regione FVG e Ministero della Salute
Attuazione al 31.12.2018: La revisione dell'atto aziendale è stata approvata con delibera del direttore generale n. 188 del 10.05.2018 e trasmesso alla Regione e al Ministero della Salute con nota prot. 9514 del 15.05.2018.	
Valutazione direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

3.1.9. Documenti regionali	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
partecipare alla stesura definitiva dei documenti:	il ruolo delle strutture e dei professionisti del CRO nei

<ul style="list-style-type: none"> • rete oncologica regionale • rete pediatrica regionale 	documenti regionali è coerente con la mission e la vision definita in atto aziendale
--	--

Attuazione al 31.12.2018:

i professionisti hanno partecipato alle riunioni in DCS.

il documento di sintesi del tavolo regionale di Oncoematologia pediatrica è stato predisposto e inviato in Regione.

Valutazione direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
Organizzazione della Cell Factory Regionale 1. coordinamento del gruppo di lavoro regionale Terapie Cellulari Avanzate (TCA) attivato dalla Direzione Centrale Salute 2. attuazione programmi di Rete e IRST Meldola 3. adeguamento aspetti regolatori ed amministrativi 4. acquisizione progetto Cell Factory regionale	1. organizzazione incontri del gruppo di lavoro Regionale TCA. Stesura regolamento e piano strategico 2. attivazione protocolli di rete fase II TCA 3. autorizzazioni e tariffazioni DRG 4. evidenza progettuale

Attuazione al 31.12.2018:

1. In attesa dell'attivazione del gruppo di lavoro regionale da parte della DCS, il CRO ha collaborato con alcune aziende regionali per l'attivazione di protocolli e TCA. In particolare con l'università di Udine e con Viva BioCell SPA è stato stilato un accordo in data 27.04.2018 finalizzato alla produzione di cellule staminali mesenchimali a scopo terapeutico

2. Approvata convenzione con IRST Meldola per protocolli di fase II TCA (delibera n. 292 del 17.07.2018)

3. La richiesta di tariffazione DRG è stata inviata alla DCS con nota prot. 24081 del 19.12.2018;

4. L'attività di competenza è stata completata con la stesura del layout e user requirements ed è stato stilato il cronoprogramma delle attività

Valutazione direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
---------------------------------------	---------------------

3.1.11. Lean management

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

Attuazione al 31.12.2018:

Il progetto è stato presentato al seminario regionale del 14.06.2018. Sono state garantite 18 ore di formazione rispetto alle 20 ore previste.

Motivazioni scostamento del risultato atteso:

Nel corso dell'anno il responsabile aziendale del progetto si è trasferito in un'altro ente e pertanto c'è stato un ritardo nel cronoprogramma.

Valutazione direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
---------------------------------------	---------------------

3.2 PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

3.2.3. Gli screening oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p><u>Screening cervice uterina</u></p> <p>Tutte le Aziende che attualmente refertano pap-test di screening: garantire le letture dei pap test primari per gli anni 2018-2019-2020 e comunque fino a transizione del programma ultimata; partecipare al controllo di qualità sul laboratorio unico; posto che l'istologia delle lesioni continuerà ad essere gestita dalle attuali anatomie patologiche mantenendo il <i>continuum</i> della relazione con i clinici; garantire l'accesso alla documentazione iconografica relativa all'istologia delle lesioni stesse da parte dei patologi del laboratorio unico.</p> <p>Tutte le Aziende Sanitarie: assicurare la collaborazione per la riconversione del programma, inclusi gli aspetti di comunicazione e formazione.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Letture dei pap test primari presso le sedi di attuale competenza fino a transizione del programma ultimata 2. Programma partecipato di controllo di qualità realizzato.
<p>Attuazione al 31.12.2018:</p> <p>Sono state seguite le linee di indirizzo nella refertazione dei pap test di II livello in maniera sistematica e di I livello (occasionale) facendo riferimento a criteri di qualità e rispettando i tempi di refertazione.</p> <p>L'avvio del nuovo screening con HPV test primario è stato posticipato al 2019.</p> <p>Nel 2018 il CRO ha garantito le attività di secondo livello del programma di screening.</p>	
Valutazione direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
	L'OBIETTIVO RIGUARDA AZIENDE CHE EFFETTUANO LETTURA PAP-TEST PRIMARI E QUINDI NON L'ISTITUTO
<p><u>Screening per la cervice uterina</u></p> <p>garantire il rispetto dei requisiti definiti dalla regione per i centri di secondo livello</p>	Rispetto da parte delle aziende dei requisiti previsti dal sistema regionale di secondo livello con invio alla DCS dei dati di autovalutazione entro il 31.12.2018
<p>Attuazione al 31.12.2018:</p> <p>Con nota prot. 24311 del 21.12.2018 è stata inviata la check-list debitamente compilata e sottoscritta.</p> <p>Per quanto riguarda i requisiti di qualità è stato specificato quanto segue:</p> <ul style="list-style-type: none"> - non si è adottata una segreteria per il secondo livello ma vi è la possibilità di contattare direttamente gli operatori che provvederanno a fissare gli appuntamenti; - non è attiva una procedura per la chiamata in follow-up; - la cartella colposcopia è ancora in fase di implementazione. 	
Valutazione direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
	SONO SEGNALATE ALCUNE NON CONFORMITÀ RILEVANTI CHE IMPONGONO L'ADOZIONE DI AZIONI DI MIGLIORAMENTO

Screening mammografico garantire il rispetto degli standard di qualità, come previsto dall'Atto d'Intesa del 18 dicembre 2014 della Conferenza Stato-Regioni sul documento recante "Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete dei Centri di Senologia".	rispetto dei requisiti previsti dal sistema regionale di verifica dei centri di senologia, con invio alla Direzione regionale dei dati di autovalutazione entro il 30.11.2018.
Attuazione al 31.12.2018: Con nota prot. 24311 del 21.12.2018 è stata inviata la check-list debitamente compilata e sottoscritta.	
Valutazione direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO MANCA LA COMPILAZIONE DELLA PARTE NON RADIOLOGICA DELLA SCHEDA DEL MAMMOGRAFICO)
Screening mammografico garantire che i radiologi certificati svolgano sia la lettura del test mammografico di screening sia la gestione del percorso di approfondimento diagnostico dei casi richiamati	lettura del primo livello e gestione del percorso di approfondimento diagnostico da parte di radiologi certificati
Attuazione al 31.12.2018: I radiologi certificati hanno garantito il primo e il secondo livello dello screening mammografico	
Valutazione direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Screening mammografico 1. garantire la corretta chiusura dell'esito dei casi di secondo livello dello screening mammografico nel G2 clinico 2. ridurre i richiami intermedi (early recall) dopo approfondimento	1. percentuale di casi di secondo livello chiusi correttamente $\geq 95\%$ 2. percentuale di early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso"/totale dei casi chiusi dall'unità senologica) inferiore al 10%
Attuazione al 31.12.2018: 1. tutti i casi sono stati chiusi correttamente=100% 2. 6,9% (22/320)	
Valutazione direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<u>Screening colon retto:</u> garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica (in particolare la codifica del livello di rischio assicurando di rendere definitiva la compilazione) per gli esami di 2° livello di screening	percentuale di cartelle correttamente compilate $\geq 95\%$
Attuazione al 31.12.2018: 98,4%	
Valutazione direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<u>Screening colon retto:</u>	tempo di attesa per colonscopia di approfondimento

garantire l'offerta della colonscopia di approfondimento di secondo livello entro 30 giorni dalla positività del FOBT di screening	di secondo livello ≤ 30 giorni
Attuazione al 31.12.2018: è stato garantito un tempo di attesa < 30gg per tutto l'anno	
Valutazione direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2.15. Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive, inclusa la resistenza antimicrobica (Programma XIII PRP 2014-2018) e piano nazionale di contrasto alle resistenze antimicrobiche 2017-2018 (PNCAR)	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
adottare e applicare le linee guida regionali per il controllo della tubercolosi e realizzare la formazione degli operatori	- assicurare la partecipazione ad un evento regionale - 1 iniziativa formativa/informativa in azienda
Attuazione al 31.12.2018: - alcuni professionisti hanno partecipato al corso sulla TBC svoltosi a Udine il giorno 08.11.2018; - l'iniziativa formativa/informativa aziendale è stata eseguita il giorno 05.06.2018. Secondo le linee guida Nazionali e Regionali tutti i soggetti con infezione da HIV afferenti all'Istituto vengono sottoposti ad accertamenti per l'identificazione della tubercolosi latente.	
Valutazione direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.2.16. Comunicazione del rischio e gestione delle emergenze	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
consolidamento del percorso facilitato rispetto al rilascio del codice STP/ENI (Straniero Temporaneamente Presente/Europeo Non Iscritto) già attivo al CRO	codice STP/ENI rilasciato dall'ufficio ricoveri CRO
Attuazione al 31.12.2018: E' prevista la possibilità del rilascio di tessere STP/ENI da parte dell'ufficio ricoveri IRCCS-CRO	
Valutazione direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
garantire la formazione dei propri operatori sull'AntiMicrobial Stewardship (AMS)	in ogni azienda almeno il 25% di medici prescrittori formati
Attuazione al 31.12.2018: Il corso programmato per il 20 novembre non è stato realizzato per mancanza di partecipanti. Il CRO per sensibilizzare i prescrittori ha deciso di inserirlo come obiettivo nelle schede di budget 2019 delle strutture operative.	
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
Attuazione al 31.12.2018: Report inviato a tutti i prescrittori con prot. N. 15860/S del 17.08.2018.	
Valutazione direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
in applicazione del Piano generale regionale di risposta alle emergenze, definire e formalizzare l'unità di crisi aziendale	dare evidenza della formalizzazione dell'unità di crisi aziendale e delle procedure conseguenti, in applicazione del piano generale.
Attuazione al 31.12.2018: la procedura è stata predisposta.	
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
fornire il proprio contributo nelle gare d'appalto in corso nel 2018 per favorire il maggior consumo di frutta e verdura, la riduzione del consumo di sale, usando quello iodato, l'utilizzo di prodotti preferibilmente tipici e a filiera corta	- garantire la collaborazione su richiesta della Regione/EGAS - contributo al 5% delle gare d'appalto di PA e Enti
Attuazione al 31.12.2018: i due referenti aziendali hanno sempre garantito il loro contributo nelle gare d'appalto secondo le richieste di EGAS.	
Valutazione direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
realizzare corsi di formazione in ogni azienda su stili alimentari salutari per operatori sanitari degli ospedali, anche integrati con le proposte dei programmi I e X	un corso di formazione in ogni azienda
Attuazione al 31.12.2018: L'Istituto non ha realizzato il corso di formazione.	
Valutazione direzione Centrale Salute	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

3.3.2. Accredimento	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. partecipazione attiva al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione	1. messa a disposizione dei valutatori CRO per i sopralluoghi, secondo le indicazioni della direzione

dei valutatori ed esperti. 2. partecipazione al programma di accreditamento nazionale degli organismi tecnicamente accreditanti.	centrale salute, per almeno 30 giornate. 2. L'organismo tecnicamente accreditante (OTA), con il coordinamento dei referenti dell'accREDITamento di ASUITS, AAS 2 e EGAS che hanno partecipato al corso di formazione organizzato dall'AGENAS, predispone la documentazione di competenza necessaria per conseguire l'accREDITamento nazionale.
Attuazione al 31.12.2018:	
1. Sono stati messi a disposizione della Regione due valutatori formati (più 1, in quiescenza da giugno), che hanno partecipato agli audit, secondo le esigenze del coordinamento regionale, per un totale di 19 giornate. Sono inoltre stati individuati altri 10 valutatori che hanno svolto una parte del percorso formativo coordinato dalla Regione e sono in attesa di essere convocati come auditor in formazione nelle prossime visite.	
2. Il referente OTA è stato individuato, partecipa agli incontri programmati e ha collaborato alla preparazione alla visita di accREDITamento nazionale degli organismi tecnicamente accreditanti.	
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 secondo quanto disposto nella DGR 1904/2016
Attuazione al 31.12.2018:	
E' stato garantito il monitoraggio della documentazione clinico - assistenziale relativa ai ricoveri ordinari, rispetto alla valutazione preliminare delle situazioni ambientali e della persona assistita nella fase di accoglienza: sono state visionate 120 cartelle (campionamento del secondo semestre 2018 - 5 cartelle a bimestre per unità operativa). Il report di sintesi del monitoraggio è stato prodotto. Inoltre è stata realizzata la Formazione multidimensionale e multi professionale: evento residenziale IRCCRO_18188 " Il superamento della contenzione"presso il CRO di Aviano in data 06/12/2018 i cui obiettivi formativi sono stati:	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Conoscere la normativa vigente sulla contenzione. ✓ Definire il fenomeno della contenzione e le problematiche correlate. ✓ Riflettere sulle indicazioni di natura deontologica ed etica relative alla contenzione. ✓ Fornire strategie per il superamento della contenzione. 	
Valutazione direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.4 ASSISTENZA FARMACEUTICA

3.4. Assistenza farmaceutica	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Spesa farmaceutica	Per il 2018 rimangono confermati i tetti di spesa per la farmaceutica ridefiniti dalla Legge n. 232/2016 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2017 e bilancio pluriennale per il triennio 2017-2019" in "tetto per la spesa farmaceutica per acquisti diretti" pari al 6,89 % del FSR (farmaceutica ospedaliera, diretta e DPC) e "tetto per la spesa farmaceutica convenzionata" pari al 7,96 % del FSR
Valutazione direzione Centrale Salute	L'ISTITUTO NON HA RENDICONTATO NEL PROPRIO BILANCIO QUESTA LINEA PROGETTUALE PREVISTA NELLA DGR 1423/2018. OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO I tetti nazionali riportati sono aggregati a livello regionale (non aziendale) e la verifica del rispetto è effettuata a livello centrale. Dall'ultimo report AIFA gennaio-dicembre 2018 il tetto per la convenzionata risulta rispettato (7,05% vs 7,96% target). Il tetto per gli acquisti diretti non è stato rispettato (10,16% vs 6,89% target)
Sia a livello territoriale che ospedaliero le Aziende individueranno specifici obiettivi per i prescrittori, correlati a definiti indicatori di risultato, al fine di favorire l'impiego di medicinali con il miglior rapporto di costo-efficacia e prevedendo un monitoraggio periodico sull'utilizzo delle categorie dei farmaci a maggior impatto di spesa e rischio di inapproprietezza. A tal fine le Aziende invieranno un report semestrale alla DCS con evidenza sia delle iniziative di audit e feedback adottate, sia delle azioni più significative intraprese nel corso del primo e del secondo semestre del 2018 (in particolare per oncologici, immunologici, farmaci per l'epatite C, terapie intra-vitreali, farmaci del PHT_DPC, equivalenti).	<ol style="list-style-type: none"> 1. Istituzione commissione "Appropriatezza Prescrittiva" di Istituto e stesura calendario incontri entro 06 aprile 2018; 2. Consolidamento modello di reportistica di sintesi e di dettaglio clinico entro 30 giugno 2018; 3. Almeno 3 documenti pubblicati sul sito dedicato al progetto FOI-FVG (melanoma, polmone e linfomi) entro 31 dicembre 2018, 4. almeno 2 audit entro il 28 febbraio 2019 sulla appropriatezza prescrittiva in termini di scelta del trattamento col miglior profilo costo-benefici per argomenti sui quali è definito il ruolo in terapia da FOI-FVG o GREFO; 5. appropriatezza di almeno 90% delle prescrizioni in audit eseguiti entro il 28 febbraio 2019 e rispetto delle previsioni di incremento 6. Invio alla DCS di due report semestrali con evidenza delle azioni adottate e risultati
Attuazione al 31.12.2018:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. il gruppo di lavoro "appropriatezza prescrittiva" è stato istituito con nota prot. 4691/DG del 07.03.2018 2. è stata predisposta una reportistica trimestrale dei farmaci oncologici (iniettivi) e un report semestrale dei farmaci oncologici orali 	

3. Sono state predisposte le seguenti raccomandazioni evidence-based:
- melanoma avanzato, non resecabile o metastatico in prima linea
 - carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) in assenza di mutazioni di EGFR, ALK e ROS, in prima e seconda linea
 - carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) con mutazioni di EGFR, ALK e ROS1 in prima e seconda linea
4. si sono svolti i seguenti incontri:
- 1) Incontro FOIFVG a Trieste il 03 ottobre 2018 per discutere del ruolo in terapia dei farmaci oncologici innovativi nella 1 e 2 linea del tumore del Polmone nei pazienti non mutati.
 - 2) Incontro FOIFVG al CRO il 26 novembre 2018 per discutere del ruolo in terapia dei farmaci oncologici innovativi nella 1 linea del tumore del Polmone nei pazienti mutati.
 - 3) Incontro FOIFVG al CRO il 10 dicembre 2018 per discutere del ruolo in terapia dei farmaci oncologici innovativi nella 2 linea del tumore del Polmone nei pazienti mutati.
5. con riferimento ai documenti FOIFVG prodotti (melanoma e polmone), l'elaborazione di report trimestrali e l'audit (18 ottobre 2018) sul monitoraggio dell'utilizzo delle categorie di farmaci a maggior impatto di spesa hanno evidenziato l'appropriatezza prescrittiva in almeno il 90% dei casi.
6. invio prima relazione con nota prot. 21877/CG – 21878/CG del 19.11.2018, invio seconda relazione con nota prot. 3908/CG - 3909/CG del 28.02.2019

Valutazione direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO									
L'EGAS nel corso del 2018, in qualità di aggregatore della domanda, avvalendosi delle competenze interne e anche di quelle delle Aziende sanitarie, potenzierà la capacità di coordinamento e di stesura di capitolati tecnici, al fine di perseguire un governo sulle politiche regionali di acquisto dei farmaci e dei dispositivi medici. Inoltre, in linea con le evidenze scientifiche e con i principi dell'HTA, sarà di supporto alla DCS al fine di contribuire alla realizzazione di un sistema regionale più regolato.	partecipazione alle commissioni per definizione di capitolati e valutazione dei materiali, stesura previsioni di fabbisogno									
Attuazione al 31.12.2018: La collaborazione è stata sistematicamente garantita.										
Valutazione direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO									
In ambito territoriale la prescrizione dei medicinali a brevetto scaduto, con particolare riferimento alle classi terapeutiche individuate dagli indicatori AIFA-MEF presenti sul sistema Tessera Sanitaria (TS) e riportati nella Tabella n. 1, dovrà tendere ai valori target indicati.	Rispetto dei seguenti target: <table border="1" data-bbox="813 1668 1428 2027"> <thead> <tr> <th>CLASSE</th> <th>% media FVG (gen-sett 2017)</th> <th>% target nazionale a cui tendere†</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>C08CA – derivati diidropiridinici</td> <td>90,85%</td> <td>92,1%</td> </tr> <tr> <td>C09CA - antagonisti dell'angiotensina II, non associati</td> <td>94,52%</td> <td>97,5%</td> </tr> </tbody> </table>	CLASSE	% media FVG (gen-sett 2017)	% target nazionale a cui tendere†	C08CA – derivati diidropiridinici	90,85%	92,1%	C09CA - antagonisti dell'angiotensina II, non associati	94,52%	97,5%
CLASSE	% media FVG (gen-sett 2017)	% target nazionale a cui tendere†								
C08CA – derivati diidropiridinici	90,85%	92,1%								
C09CA - antagonisti dell'angiotensina II, non associati	94,52%	97,5%								

	C09DA - antagonisti dell'angiotensina II e diuretici	92,59%	96,0%
	C10AA - inibitori della HMG COA reduttasi	80,69%	87,0%
	G04CB - inibitori della testosterone 5-alfa reduttasi	44,70%	57,8%
	M05BA - bifosfonati	77,54%	83,1%
	N03AX - altri antiepilettici	94,50%	98,7%
	N02CC - agonisti selettivi dei recettori 5HT1	93,95%	97,1%
	S01ED – sostanza beta-bloccanti	37,71%	41,4%

Attuazione al 31.12.2018:

l'istituto acquista i prodotti farmaceutici direttamente da EGAS privilegiando sempre l'acquisto di farmaci a brevetto scaduto qualora presenti sul mercato

Valutazione direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO
Nell'ambito delle categorie di medicinali per le quali è disponibile l'alternativa biosimile dovranno essere assicurate azioni di incentivazione, appropriatezza ed efficienza per il SSR, nel rispetto del recente quadro normativo (legge n. 232/2016, art. 1, comma 407), che ha previsto specifiche direttive a cui gli Enti del SSR devono fare riferimento. A tal fine le Aziende invieranno uno specifico report semestrale alla DCS sulle attività svolte. Inoltre, in tale ambito l'EGAS fornisce agli Enti del SSR e alla DCS tutte le informazioni relative alle procedure di acquisto in forma riepilogativa (farmaci, prezzi, eventuali accordi quadro), secondo quanto stabilito dalla legge 232/2016.	1. Invio report semestrale in DCS sull'attività di sensibilizzazione e segnalazione dei possibili ambiti di utilizzo dei farmaci a brevetto scaduto e dei biosimilari, nel rispetto del recente quadro normativo (legge n. 232/2016, art. 1, comma 407), e delle specifiche direttive introdotte

Attuazione al 31.12.2018:

Il report è stato inviato dal direttore di farmacia alla DCS con mail del 21.09.2018

Valutazione direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Nell'ambito della distribuzione diretta dei farmaci ad alto costo le Aziende eroganti danno continuità ai	continuità ai percorsi definiti nel corso del 2017

percorsi definiti nel corso del 2017, per consentire alle AAS di residenza del paziente la verifica dell'appropriatezza d'uso, dandone anche evidenza alla DCS.	
<p>Attuazione al 31.12.2018:</p> <p>è stata data continuità ai percorsi attivi negli anni precedenti. Il servizio è garantito per i 5 giorni lavorativi della settimana (lunedì, martedì, mercoledì e venerdì, dalle 8.45 alle 16.00, giovedì dalle 8.45 alle 13.00). Vengono verificati i criteri di appropriatezza prescrittiva, accertato il corretto adempimento dei requisiti richiesti dai farmaci sottoposti al monitoraggio Aifa, adempiendo agli obblighi previsti dall'Ente regolatorio. Vengono, inoltre, fornite ai pazienti indicazioni all'utilizzo appropriato dei farmaci attraverso piccole brochure/guide in modo da ottimizzare il beneficio del pazienti. La tracciabilità dei farmaci erogati in distribuzione diretta è garantita dall'utilizzo nel 100% delle prescrizioni/erogazioni del programma regionale PSM (nota prot. 32/FARM del 15.04.2019)</p>	
Valutazione direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>A seguito di dimissione da ricovero e/o di visita specialistica ambulatoriale dovrà essere assicurata l'erogazione del I° ciclo di terapia in distribuzione diretta sia attraverso le strutture pubbliche che private accreditate. A tal fine le Aziende invieranno alla DCS due relazioni semestrali sull'attività svolta, indicando i risultati raggiunti. Continua inoltre l'attività di distribuzione diretta nell'ambito della residenzialità, della semi-residenzialità e dell'assistenza domiciliare presso tutte le strutture afferenti alle Aziende per l'assistenza sanitaria</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Attuazione del I ciclo così come definito nei LEA e dalla DGR 12/2018 - Invio di 2 relazioni semestrali alla DCS sull'attività svolta con i risultati raggiunti
<p>Attuazione al 31.12.2018:</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'attività del primo ciclo è sempre stata garantita - prima relazione: prot. 21877/CG e 21878/CG del 19.11.2018, seconda relazione: prot. 32/FARM del 15.04.2019 	
Valutazione direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Per la prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA dovrà essere assicurata la registrazione di tutti i dati richiesti (anche con particolare riferimento ai medicinali innovativi), nel rispetto delle indicazioni autorizzate e dei criteri di eleggibilità definiti dall'AIFA, al fine di assicurare appropriatezza d'uso e consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing. La richiesta del farmaco dovrà sempre essere accompagnata dalla scheda di registrazione paziente nel registro. A tal fine potranno essere programmate analisi a campione da parte della direzione centrale. L'EGAS, nell'ambito</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. il 100% dei pazienti è registrato prima della richiesta del farmaco; 2. il 100% dei farmaci distribuiti è registrato entro 7 gg 3. assicurata la gestione delle procedure di rimborso per i farmaci soggetti ad accordi di condivisione del rischio (MEA)

<p>della centralizzazione della logistica d'acquisto continua ad assicurare il ristoro delle somme spettanti a ciascun Ente, per tutti i farmaci per i quali sono previste forme di compartecipazione dei costi da parte delle aziende farmaceutiche e condivisione del rischio (risk sharing, cost-sharing e payment by results).</p>	
<p>Attuazione al 31.12.2018:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. nel corso dell'esercizio sono stati nuovamente sensibilizzati i medici alle disposizioni Aifa. 2. il 95% dei farmaci utilizzati risulta registrato il primo giorno lavorativo successivo all'utilizzo; il restante viene iscritto entro la settimana lavorativa. Viene garantita un'attività di monitoraggio giornaliero dell'utilizzo dei farmaci registrati in oncoAIFA (infusionali; tramite G2Clinico/UFA e orali distribuiti PSM). 3. L'aggiornamento sui rimborsi da Registro Farmaci Oncologici sottoposti a Monitoraggio (RFOM) è stato documentato con nota prot. 22/FARM del 21.02.2019. 	
Valutazione direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Sul versante della farmacovigilanza continuano le attività già avviate a livello regionale dalla DCS ed, in particolare, le collaborazioni con le Aziende sanitarie universitarie integrate così come indicato dalle delibere di riferimento (DGR 435/2013 e 2199/2014), assieme alle progettualità regionali e multiregionali finanziate da AIFA e oggetto di specifica convenzione. Su tali iniziative gli Enti del SSR assicurano la partecipazione dei sanitari interessati e il supporto alle attività organizzative. Nel corso del 2018 sarà avviata una specifica progettualità sui temi relativi ai medicinali per il trattamento di malattie rare, anche coinvolgendo il coordinamento regionale e la rete delle malattie rare. Inoltre in corso d'anno, anche tramite un nuovo di accordo di collaborazione/convenzione con le due Aziende sanitarie universitarie integrate e con il coinvolgimento di tutte le Aziende sanitarie e gli IRCCS sarà avviata una specifica progettualità pluriennale nell'ambito delle aree di attività stabilite dalla DGR 1365/2015, volta a favorire un uso sicuro appropriato dei farmaci a livello ospedaliero e nella continuità ospedale-territorio. Il percorso formativo a distanza (FAD) avviato a fine 2017 sull'utilizzo della nuova piattaforma nazionale Vigifarmaco ed altre tematiche di farmacovigilanza resterà disponibile in più moduli formativi anche per il 2018.</p>	<p>partecipazione dei dirigenti sanitari alle attività di formazione Vigifarma (FAD); partecipazione dei responsabili di Farmacovigilanza aziendale alle attività di coordinamento per le reti regionali</p>

<p>Attuazione al 31.12.2018:</p> <p>Il responsabile della farmacovigilanza aziendale ha partecipato attivamente alle riunioni ad iniziativa regionale e al progetto pluriennale regionale AIFA.</p>	
Valutazione direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO ACCESSI CORSO FAD ANNO 2018: 19
La cartella oncologia informatizzata dovrà essere implementata relativamente ai campi: diagnosi/sede, protocollo/farmaco, stadiazione con un grado di completezza pari ad almeno il 95% dei pazienti (due rilevazioni sulla completezza della compilazione: al 30.06.2018 e al 31.12.2018).	implementazione della cartella relativamente ai campi diagnosi/sede, protocollo/farmaco, stadiazione, con un grado di completezza pari ad almeno il 95% dei pazienti
<p>Attuazione al 31.12.2018:</p> <p>prima rilevazione semestrale (gennaio-giugno): 95,70%</p> <p>seconda rilevazione (gennaio-dicembre): 96,19% (aggiornamento aprile 2019)</p>	
Valutazione direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO ONCOLOGIA 95,33%
Per le Aziende servite dalla logistica centralizzata, la copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM dovrà essere garantita per il 90% delle confezioni destinate alla distribuzione diretta nominale erogate mediante lo stesso applicativo, anche al fine di consentire un puntuale monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e la promozione dei medicinali acquisiti centralmente da EGAS.	prescrizioni personalizzate tramite PSM dovrà essere garantita per il 90% delle confezioni destinate alla distribuzione diretta nominale erogate mediante lo stesso applicativo
<p>Attuazione al 31.12.2018:</p> <p>E' continuato l'utilizzo al 100% del programma informatizzato per le prescrizioni in distribuzione diretta (PSM). Eventuali difetti di compilazione sono stati risolti prima della spedizione delle ricette. Il mantenimento delle scorte a sistema buffer essendo basato sugli scarichi giornalieri è aggiornato.</p>	
Valutazione direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO MODALITÀ DI VALUTAZIONE DEFINITA CON DGR 1912/2018 PSM ELETTRONICO§: 99,83% PSM TUTTO (CARTACEO + ELETTRONICO): 97,33% PERSONALIZZATA TUTTA (ASCOT + PSM): 100
Tutte le Aziende dovranno garantire il ricorso (prima prescrizione e rinnovi) alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici implementati/disponibili a sistema, tramite l'applicativo PSM-PT, in almeno il 50% di tutti pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive, prevedendo	prescrizioni personalizzate tramite PSM-PT su 90% pazienti in dimissione

<p>azioni mirate di sensibilizzazione dei prescrittori all'utilizzo dello strumento nelle categorie di medicinali per i quali si osserva un ricorso prevalente al PT cartaceo (es. antidiabetici). Le Aziende assicurano inoltre il controllo dei piani terapeutici ed il rispetto delle note limitative AIFA, favorendo l'implementazione di tale sistema informatizzato.</p>	
<p>Attuazione al 31.12.2018: E' continuato l'utilizzo al 100% della compilazione informatizzata dei PT- PSM. Eventuali difetti di compilazione, peraltro rari ed in prima stesura, sono stati risolti prima della spedizione delle corrispondenti ricette, con consulenza dei farmacisti senza richiedere ulteriori interventi di richiamo.</p>	
<p>Valutazione direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO MODALITÀ DI VALUTAZIONE DEFINITA CON DGR 1912/2018 PSM-PT: 99,9%</p>
<p>Le Aziende sanitarie, ai fini degli adempimenti LEA ministeriali, assicurano, per il tramite dei responsabili individuati per la tematica, l'implementazione, le verifiche ed i controlli di congruenza dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese, utilizzando la reportistica a disposizione sul portale SISSR (mancati invii, prezzi medi, revocati, ecc), con particolare riferimento ai disallineamenti derivanti da possibile mancato invio. Va in particolare garantita, per il corretto calcolo del rispetto dei tetti di spesa, l'integrale copertura della fase 3 su fase 2 (100% della spesa negli ambiti previsti) per quanto riguarda la distribuzione diretta. In fase di erogazione diretta dei medicinali va inoltre inserito a sistema il codice targatura. Relativamente ai nuovi adempimenti LEA ministeriali saranno avviati specifici percorsi con le Aziende e con l'EGAS, al fine di provvedere alle verifiche sulla congruità dei dati trasmessi, ognuno per la parte di propria competenza.</p>	<p>Garantire l'implementazione, le verifiche ed i controlli di congruenza dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro i termini previsti</p>
<p>Attuazione al 31.12.2018: l'attività è stata garantita</p>	
<p>Valutazione direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO FASE3/FASE2: 99,91% TARGATURA (CONFEZIONI): 99,17%</p>
<p>Sempre con riferimento ai flussi informativi, le Aziende e l'EGAS danno riscontro ad eventuali approfondimenti richiesti dalla Direzione Centrale, anche su istanza Ministero della Salute, entro 15</p>	<p>esecuzione analisi dati disponibili su richiesta DCS</p>

giorni dalle comunicazioni. Sui flussi potranno essere fornite ulteriori indicazioni anche in base ai cambiamenti derivanti dall'introduzione di nuovi adempimenti LEA.	
Attuazione al 31.12.2018: Tutti gli approfondimenti richiesti sono stati trasmessi.	
Valutazione direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO LA DIREZIONE CENTRALE SALUTE NON HA FORMULATO RICHIESTE NEL CORSO DELL'ANNO

8.1 VINCOLI OPERATIVI LINEE 2018 (DGR 185/2018)

Valori rilevati da report monitoraggio indicatori Linee 2018 gennaio-dicembre 2018

VINCOLO	TARGET	VALORE 2018
Diretta	/	/
DPC	/	/
Convenzionata	/	/
Ospedaliera	- 1,0%	- 7,3%

3.5 ASSISTENZA SOCIOSANITARIA

3.5.6 Cure palliative e terapia del dolore	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
collaborazione ai progetti regionali e a quelli promossi dall'AAS5	è assicurata la collaborazione
Attuazione al 31.12.2018: La collaborazione è stata garantita nei seguenti ambiti: <ul style="list-style-type: none"> • gruppo di lavoro interaziendale avente come finalità l'elaborazione di una proposta di codifiche di terapia antalgica (sia ambulatoriali che di ricovero) omogenee per tutte le Aziende FVG; • attività ambulatoriale di terapia antalgica, gestendo per gli utenti (sia pertinenti l'AAS 5 sia la Regione FVG <i>in toto</i>) le prime visite secondo codice priorità B e D • monitoraggio dei tempi di attesa per le prime visite di terapia antalgica • interscambio di esperienze cliniche con l'AAS 5. 	
Valutazione direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.6 PROGETTI CLINICO ASSISTENZIALI

3.6.3 Reti di patologia	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
percorso di transizione nelle poliposi familiari	predisposizione documentazione
Attuazione al 31.12.2018: Il documento di transizione è stato predisposto e consegnato al Centro Coordinatore delle Malattie Rare a Udine Verrà completato con la collaborazione del Burlo e dell'Oncologia di Udine	
Valutazione direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Registro malattie rare	Alimentare il registro regionale di cui al DM 279/2001 (aggiornamento dati del registro con inserimento del 1005 dei casi in prevalenza al 30 novembre 2018 e pulizia dei casi che sono usciti dal sistema)
Attuazione al 31.12.2018: Il registro regionale viene regolarmente alimentato con i nuovi casi	
Valutazione direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.6.5 Sangue ed emocomponenti	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
contributo ai programmi regionali per garantire appropriatezza, sicurezza ed efficacia alla qualità della cura con l'utilizzo dei prodotti trasfusionali	contributo all'alimentazione del flusso informativo di cui è titolare AAS5
Attuazione al 31.12.2018: sono state garantite la partecipazione al COBUS e l'alimentazione del flusso informativo per quanto di competenza del CRO.	
Valutazione direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.6.6. Erogazione dei livelli di assistenza	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. riduzione del numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica, ricorrendo anche ad un maggiore utilizzo del day service 2. riduzione della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti 3. indicatori di cui all'allegato B da DGR 185/2018: 3.a percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in	1. percentuale al di sotto del 28% per gli adulti e del 42% per i pediatrici (valore medio regionale del 2016 di 32,88% per gli adulti e 50,02% per i pediatrici - fonte Bersaglio) – obiettivo valido sia per l'età adulta che pediatrica. 2. percentuale al di sotto del 4% (valore medio regionale 2016 di 4,78% - fonte Bersaglio). 3. L'istituto deve garantire il raggiungimento degli

regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari 3.b 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 un regime ordinario	standard obiettivo di cui all'allegato B da DGR 185/2018 di approvazione definitiva delle Linee annuali per la Gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2018.
Attuazione al 31.12.2018: 1. 1,46% per gli adulti. Non sono presenti ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica per i pediatrici 2. 4,17% 3.a 38,41% 3.b 0,81	
Valutazione direzione Centrale Salute	1. OBIETTIVO RAGGIUNTO 2. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO 3. OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

3.6.7. Rete Cure Sicure FVG	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>1. per le linee progettuali attive il <i>Tavolo tecnico regionale dei risk manager aziendali</i> definirà un set di indicatori per il monitoraggio delle performance raggiunte dalle aziende in ogni programma.</p> <p>2. prosecuzione della strutturazione della Rete Cure Sicure FVG in accordo con la DGR n. 1970/2016 "<i>Rete Cure Sicure FVG della Regione Friuli Venezia Giulia: Modello Organizzativo</i>", con particolare riferimento al completamento della formazione dei <i>link professional</i></p> <p>3. valutazione semestrale, tramite indicatori clinici ed organizzativi definiti dal <i>Tavolo tecnico regionale dei risk manager aziendali</i></p> <p>4. pubblicazione delle informazioni, come previsto dalla legge 24/2017 e concordato dai tavoli tecnici della conferenza Stato-Regioni; in particolare, relativamente alla relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto; pubblicazione nel sito internet aziendale dei dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (verificati nell'ambito dell'esercizio della funzione di monitoraggio, gestione e prevenzione del rischio sanitario);</p> <p>5. prosecuzione delle linee di lavoro per garantire la sicurezza ed appropriatezza nell'uso del farmaco:</p>	<p>1. partecipazione al tavolo regionale dei risk manager per la definizione degli indicatori di performance rispetto alle linee progettuali attive.</p> <p>2. formazione dei Link Professional e consolidamento del loro contributo alla rete aziendale.</p> <p>3. monitoraggio degli indicatori come da indicazione del tavolo tecnico regionale.</p> <p>4. messa a disposizione delle informazioni finalizzate alla pubblicazione; pubblicazione sul sito aziendale dei dati relativi ai risarcimenti dell'ultimo quinquennio, secondo le indicazioni del tavolo tecnico regionale</p> <p>5. prosecuzione delle attività a garanzia dell'uso sicuro dei farmaci: adozione della lista regionale dei farmaci non triturabili prosecuzione della formazione a tutto il personale coinvolto nell'assistenza partecipazione alla survey, se richiesto, secondo quanto indicato dal tavolo tecnico regionale prosecuzione delle attività finalizzate all'empowerment dei pazienti e cittadini, attraverso le organizzazioni di volontariato</p> <p>6. prosecuzione delle attività per la prevenzione e controllo delle infezioni e progetto antimicrobial stewardship: prosecuzione della sorveglianza delle infezioni del sito</p>

<ul style="list-style-type: none"> ○ predisposizione e diffusione della reportistica periodica destinata ai medici di medicina generale; ○ mantenimento delle azioni sull'uso prudente dei farmaci con particolare riferimento ai criteri STOPP&START e alle specifiche criticità emerse dalla survey 2017; ○ adozione e diffusione della lista regionale dei farmaci non triturabili; ○ formazione aziendale specifica e coinvolgimento dei medici di medicina generale (in collaborazione con CEFORMED); ○ partecipazione alla survey regionale annuale secondo le indicazioni; ○ rafforzamento dell'"alleanza strategica" con i professionisti (farmacisti, MMG, ecc.) e le organizzazioni di cittadini coinvolti nel progetto. <p>6. prosecuzione delle attività atte al controllo e prevenzione delle infezioni e progetto regionale di <i>antimicrobial stewardship</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ esecuzione della sorveglianza sull'incidenza delle infezioni del sito chirurgico secondo il protocollo concordato a livello regionale; ○ valutazione dell'aderenza alle linee di indirizzo terapeutico regionali come concordato dal <i>Tavolo tecnico regionale dei risk manager aziendali</i>; ○ adozione delle linee di indirizzo regionali <i>"Riconoscimento precoce della sepsi in pronto soccorso e gestione della fase iniziale nell'adulto"</i> e monitoraggio degli indicatori riportati nel documento; ○ effettuazione di una simulazione di evento epidemico che coinvolga cure primarie e ospedale (preparedness); ○ formazione aziendale specifica e coinvolgimento dei medici di medicina generale (in collaborazione con CEFORMED); ○ revisione dei documenti regionali sulle indicazioni al trattamento come concordato dal <i>Tavolo tecnico regionale dei risk manager aziendali</i>; ○ diffusione dei dati del report sul consumo di antibiotici e del registro delle resistenze batteriche (incluso l'ambito veterinario); ○ rafforzamento dell'alleanza strategica con i professionisti (farmacisti, MMG, ecc.) e le 	<p>chirurgico secondo il protocollo regionale</p> <p>monitoraggio della compliance alle linee di indirizzo terapeutico regionali, secondo quanto concordato al tavolo tecnico regionale</p> <p>adozione della linea di indirizzo regionale sulla gestione precoce della sepsi, ove appropriato, secondo le indicazioni del tavolo tecnico regionale</p> <p>effettuazione di una simulazione di evento epidemico</p> <p>prosecuzione della formazione aziendale specifica sul rischio infettivo</p> <p>partecipazione, ove richiesta, alla revisione dei documenti regionali sulle indicazioni al trattamento</p> <p>diffusione intra-aziendale dei report sul consumo di antibiotici e sulle resistenze batteriche forniti dalla regione</p> <p>prosecuzione delle attività di coinvolgimento delle associazioni di volontariato nel progetto</p> <p>7. diffusione intra-aziendale dei dati sullo stato nutrizionale (survey 2017) e partecipazione alla definizione di strategie condivise a livello regionale</p> <p>8. effettuazione della autovalutazione CARMINA e definizione di azioni di miglioramento sulla base dei risultati</p> <p>9. continuo monitoraggio dell'utilizzo del modulo di integrazione alla lettera di dimissione e definizione di eventuali azioni di miglioramento sulla base dei risultati.</p> <p>10. riduzione del rapporto guanti chirurgici e non chirurgici in lattice versus guanti chirurgici e non chirurgici latex free rispetto al 2017.</p>
--	---

<p>organizzazioni di cittadini coinvolti nel progetto;</p> <p>7. diffusione dei dati sullo stato nutrizionale emersi dalla <i>survey</i> 2017 e implementazione di strategie condivise sulla nutrizione e sull'idratazione dei pazienti;</p> <p>8. effettuazione dell'autovalutazione CARMINA e miglioramento di un'area attraverso l'implementazione di un almeno uno standard minimo;</p> <p>9. prosecuzione delle attività di <i>empowerment</i> dei pazienti sulle tematiche del rischio mediante la valutazione dell'utilizzo del modulo di "integrazione della lettera di dimissione" e avvio di azioni di miglioramento.</p> <p>10. riduzione del consumo di guanti chirurgici e non chirurgici in lattice</p>	
<p>Attuazione al 31.12.2018:</p> <p>è stata garantita la partecipazione ai tavoli regionali di coordinamento del rischio clinico e delle specifiche linee di lavoro, con propri rappresentanti ed esperti</p> <p>sono state svolte le attività formative programmate nell'ambito della rete aziendale dei link professional, sui temi del rischio infettivo, isolamento e gestione della terapia antibiotica</p> <p>i dati sono stati pubblicati sul sito web di istituto</p> <p>gli indicatori sono stati monitorati secondo tempistiche e modalità indicate dal coordinamento regionale</p> <p>il CRO ha partecipato come da programma all'attività di coinvolgimento delle associazioni in collaborazione con la AAS5, attraverso momenti informativi dedicati. Continua il servizio di informazione sui farmaci, gli incontri a tema con pazienti e familiari, la produzione di materiale informativo.</p> <p>la reportistica regionale viene diffusa secondo le modalità e tempistiche concordate col coordinamento regionale.</p> <p>È stata garantita la diffusione intra-aziendale dei dati sullo stato nutrizionale (survey 2017) e la partecipazione alla definizione di strategie condivise a livello regionale</p> <p>È stata effettuata l'autovalutazione CARMINA e sono state definite azioni di miglioramento</p> <p>è stato garantito il continuo monitoraggio dell'utilizzo del modulo di integrazione alla lettera di dimissione e definizione di eventuali azioni di miglioramento.</p> <p>Il monitoraggio ha evidenziato la riduzione prevista.</p>	
<p>Valutazione direzione Centrale Salute</p>	<p>OBIETTIVO STRALCIATO</p> <p>5. PROSECUZIONE DELLE ATTIVITÀ A GARANZIA DELL'USO SICURO DEI FARMACI:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ADOZIONE DELLA LISTA REGIONALE DEI FARMACI NON TRITURABILI ○ PARTECIPAZIONE ALLA SURVEY, SE RICHiesto, SECONDO QUANTO INDICATO DAL TAVOLO TECNICO REGIONALE <p>6. PROSECUZIONE DELLE ATTIVITÀ PER LA PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI E PROGETTO ANTIMICROBIAL</p>

	<p>STEWARDSHIP:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ MONITORAGGIO DELLA COMPLIANCE ALLE LINEE DI INDIRIZZO TERAPEUTICO REGIONALI, SECONDO QUANTO CONCORDATO AL TAVOLO TECNICO REGIONALE ○ ADOZIONE DELLA LINEA DI INDIRIZZO REGIONALE SULLA GESTIONE PRECOCE DELLA SEPSI, OVE APPROPRIATO, SECONDO LE INDICAZIONI DEL TAVOLO TECNICO REGIONALE <p>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</p> <p>NON È STATA RENDICONTATA L'ATTIVITÀ AL 31.12 DI "EFFETTUAZIONE DI UNA SIMULAZIONE DI UN EVENTO EPIDEMICO".</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>LE RESTATI PROGETTUALITÀ</p>
--	--

3.6.8 Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
conferma della adesione dell'IRCCS-CRO alla rete HPH.	<ul style="list-style-type: none"> - mantenimento dello sviluppo della EMB come valore di primaria importanza nelle attività "core" dell'Istituto - individuazione coordinatore locale HPH (entro febbraio) - Attivazione del Comitato guida aziendale (novembre 2018)
<p>Attuazione al 31.12.2018:</p> <p>Gli interventi finalizzati al progetto sono stati:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Letter of intent prot. 9495/DG del 15.05.2018; • certificazione dell'Istituto in qualità di HPH MEMBERSHIP 2018-2022 (N 1150-0019) in data 22 maggio 2018 da parte del WHO Collaborating Centre ; • nomina del coordinatore locale (prot n. 4727/S del 7 marzo 2018) • sostituzione del coordinatore locale (prot n. 19075/S del 11 ottobre 2018) a seguito del trasferimento ad altra sede del coordinatore nominato con nota prot. n. 4727/S del 7 marzo 2018; • il Comitato Guida Aziendale è stato proposto alla Direzione Sanitaria nei tempi previsti ma non è stato attivato. 	
<p>Motivazioni scostamento del risultato atteso:</p> <p>a seguito della ridefinizione presso il CRO degli assetti aziendali nel terzo trimestre 2018, la nuova direzione strategica dell'Istituto ha ritenuto opportuno posticipare al 2019 la sua formale costituzione, sulla base degli obiettivi aziendali del 2019, in risposta alle nuove linee di gestione.</p>	
Valutazione direzione Centrale Salute	<p>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</p> <p>MANCA LA COSTITUZIONE DEL COMITATO GUIDA AZIENDALE</p>

3.7 RAPPORTO CON I CITTADINI

3.7.1 Tempi di attesa	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
assicurare la "garanzia" erogativa per tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale dell'allegato A delle linee annuali per la gestione del SSR anno 2018.	"garanzia" erogativa per le priorità B al > 95%, per la priorità D al > 90% e per le priorità P al > 85%.
<p>Attuazione al 31.12.2018:</p> <p>il monitoraggio regionale della garanzia erogativa per le priorità B e D riporta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - B >95%: garantito per 5 tipologie di prestazioni su 22, con un percentuale pari all'80% su 978 prestazioni totali - D >90%: garantito per 11 tipologie di prestazioni su 24, con una percentuale pari al 72% su 924 prestazioni totali 	
implementazione del sistema CUP regionale.	messa a disposizione del CUP regionale di tutte le agende di prestazioni ambulatoriali che non richiedano una valutazione da parte dello specialista propedeutica alla loro prenotazione
<p>Attuazione al 31.12.2018:</p> <p>tutte le agende di prestazioni ambulatoriali che non richiedano una valutazione da parte dello specialista propedeutica alla loro prenotazione sono a disposizione del CUP regionale</p>	
rispetto dei tempi di attesa per gli interventi indicati.	organizzazione delle agende di specialistica ambulatoriale che consenta la prenotazione online del cittadino di tutta l'offerta disponibile a call center
<p>Attuazione al 31.12.2018:</p> <p>tutte le agende di prestazioni ambulatoriali che non richiedano una valutazione da parte dello specialista propedeutica alla loro prenotazione e che sono a disposizione del CUP regionale sono prenotabili anche on-line</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.	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 31.12.2018:</p> <p>il monitoraggio regionale sulla garanzia erogativa inviato con mail del 16.01.2019 riporta:</p> <p>A >95% garantita per 4 tipologie di intervento su 6</p> <p>B >90% garantita per 2 tipologie di intervento su 3</p> <p>C >90% garantita per 1 intervento su 1</p> <p>D non erogata</p>	
Mantenere il monitoraggio ministeriale	Mantenimento del monitoraggio regionale e ministeriale

Attuazione al 31.12.2018: i monitoraggi sono stati garantiti.	
Sospendere la libera professione intra-moenia ai medici delle strutture che non hanno reso disponibili a CUP regionale tutte le agende di prenotazione delle visite/prestazioni.	Sospensione della libera professione intra-moenia ai medici che non rispettano i valori oltre soglia sopra riportati e/o non hanno reso disponibili a CUP regionale tutte le agende di prenotazione delle visite/prestazioni
Attuazione al 31.12.2018: l'attività di libera professione è gestita dal cup aziendale. Non si sono verificati casi di sospensione dell'attività.	
Libera professione	Rispetto del rapporto di priorità tra attività libero professionale e le priorità di garanzia per il cittadino
Attuazione al 31.12.2018: è attivo un monitoraggio periodico espresso in ore lavorate dell'attività di libera professione e dell'attività istituzionale.	
Rispetto dei tempi di attesa per gli interventi chirurgici	% di interventi chirurgici monitorati e prescritti con priorità A che rispettano i tempi d'attesa $\geq 95\%$ % di interventi chirurgici monitorati e prescritti con priorità B, C e D che rispettano i tempi d'attesa $\geq 90\%$
Attuazione al 31.12.2018: il monitoraggio regionale sulla garanzia erogativa inviato con mail del 16.01.2019 riporta: A $>95\%$ garantita per 4 tipologie di intervento su 6 B $>90\%$ garantita per 2 tipologie di intervento su 3 C $>90\%$ garantita per 1 intervento su 1 D non erogata	
Valutazione direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

3.7.3. Apertura dei reparti di terapia intensiva e semi-intensiva ai care giver	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
per il 2018 si prevede, per la degenza intensiva di proseguire con l'abolizione delle limitazioni non motivatamente necessarie (es. effettiva necessità di isolamento) poste a livello temporale per i care giver indicati dai pazienti, con presenza di uno per volta.	mantenimento dei valori del 2017
Attuazione al 31.12.2018: l'attività è stata mantenuta anche nel 2018 secondo la procedura aziendale in linea con le indicazioni regionali.	
Valutazione direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.7.4. Presenza del care giver in corso di visita nei reparti di degenza	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
l'obiettivo iniziato nel 2017 è la possibilità dei pazienti di avere accanto a sé il care giver al momento della visita medica o dell'esecuzione delle procedure assistenziali.	libero accesso dei care-giver alle degenze durante la visita medica
Attuazione al 31.12.2018: l'attività è stata mantenuta anche nel 2018 secondo la procedura aziendale in linea con le indicazioni regionali.	
Valutazione direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.7.5. Contatto telefonico dopo la dimissione da un intervento chirurgico (recall)	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
l'obiettivo è che il questionario telefonico venga proposto ad almeno il 90% dei pazienti dimessi da IRCCS-CRO in ricovero ordinario; valori inferiori al 40% determineranno il non raggiungimento dell'obiettivo.	istituzione del recall nel 90% dei pazienti dimessi dopo ricovero ordinario.
Attuazione al 31.12.2018: l'attività è stata mantenuta anche nel 2018 secondo la procedura aziendale in linea con le indicazioni regionali.	
Valutazione direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.7.6. Individuazione del medico responsabile della gestione del ricovero del paziente	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
anche nel 2018 ogni paziente ricoverato c/o IRCCS-CRO in regime di ricovero ordinario > a 4 gg. deve ricevere l'informazione di chi è il medico responsabile della gestione del proprio caso e che, pertanto, assicura la coerenza delle diverse azioni che caratterizzano l'intera degenza	almeno il 90 % dei pazienti ricoverati in regime ordinario con una degenza di almeno 4 gg deve ricevere l'informazione del medico responsabile che lo ha in cura.
Attuazione al 31.12.2018: l'attività è stata mantenuta anche nel 2018 secondo la procedura aziendale in linea con le indicazioni regionali.	
Valutazione direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.7.7. Privacy	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso

collaborazione secondo le indicazioni regionali	è garantita la collaborazione
Attuazione al 31.12.2018: è stato aggiornato il sito istituzionale con i moduli del consenso privacy scaricabili dal cittadino. E' stata inoltre aggiornata la procedura di richiesta e archiviazione del consenso.	
Valutazione direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

4. I FLUSSI INFORMATIVI E LE VALUTAZIONI

4. i flussi informativi e le valutazioni	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)	<ul style="list-style-type: none"> - la percentuale di SDO archiviate deve essere in media nell'arco dell'anno maggiore o uguale al 98% dei dimessi; - le richieste di apertura delle SDO archiviate non deve superare il 3% delle SDO archiviate. - le anomalie in merito alla qualità della compilazione non devono superare in media il 10%
Attuazione al 31.12.2018: Monitoraggio della Regione: <ul style="list-style-type: none"> - 100% di SDO archiviate - Non ci sono state richieste di riaperture - le richieste di apertura non superano il 3% delle sdo archiviate - 0,80% anomalie in merito alla qualità di compilazione 	
Valutazione direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
monitoraggio consumi dispositivi medici	inserimento di tutti i contratti di acquisto dei dispositivi medici di cui si possiede il CIG entro il mese successivo al trimestre di competenza
Attuazione al 31.12.2018: l'invio dei Flussi dei dispositivi medici che possiedono un RDM è stato regolarmente effettuato entro i termini previsti (monitoraggio della Regione).	
Valutazione direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
grandi apparecchiature	inserimento delle apparecchiature ricomprese nell'elenco di cui allegato 1 del DM 22/04/2014 e successive integrazioni entro il mese successivo al trimestre nel quale è avvenuto il collaudo dell'apparecchiatura
Attuazione al 31.12.2018:	

<p>è stato garantito l'inserimento delle apparecchiature mediamente entro tre mesi dal collaudo, al 31.12 i dati risultano aggiornati.</p>	
Valutazione direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
corretta alimentazione di tutti i flussi ministeriali	rispetto delle scadenze stabilite
<p>Attuazione al 31.12.2018: è stata garantita l'alimentazione dei flussi</p>	
Valutazione direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
supporto a progetti di valenza regionale integrati tra Assessorati	la struttura di Epidemiologia e biostatistica del CRO partecipa alle attività previste nel piano di lavoro dell'Osservatorio.
<p>Attuazione al 31.12.2018: Nel periodo settembre-dicembre 2018, il direttore della SOC Epidemiologia Oncologica ha partecipato, quando richiesto, ai gruppi di lavoro sui temi dell'epidemiologia ambientale regionale presso l'EGAS FVG a Basaldella o presso la Direzione Centrale Salute FVG negli uffici di Trieste.</p>	
Valutazione direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO
progetto di monitoraggio biologico per le Aree di Monfalcone e di Servola	la struttura di Epidemiologia e biostatistica del CRO garantisce la prosecuzione dell'attività di coordinamento e gestione del progetto
<p>Attuazione al 31.12.2018: Il report definitivo della attività svolta per il progetto di Monitoraggio Biologico Umano è stato consegnato il 31.08.2018 alla segreteria del Direttore Centrale Salute del FVG. Il progetto è stato quindi concluso in quella data.</p>	
Valutazione direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

5. IL SISTEMA INFORMATIVO

5. Il sistema informativo	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
implementazione della firma digitale nei documenti indicati	<p>raggiungimento dei valori indicati:</p> <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%
<p>Attuazione al 31.12.2018:</p>	

g2 clinico: 74,56% lettere di dimissione; 78,43% referti ambulatoriali di cui radiologia 99,37%. laboratorio: 100% anatomia patologica: 100%	
Valutazione direzione Centrale Salute	<p>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO: G2 CLINICO E LETTERA DI DIMISSIONE</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO: LABORATORIO E MICORBIOLOGIA, ANATOMIA PATOLOGICA, RADIOLOGIA</p> <p>OBIETTIVO STRALCIATO: MEDICINA TRASFUSIONALE</p>

5.1. Sistema PACS regionale	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
sistema PACS Regionale	<p>a.</p> <ul style="list-style-type: none"> • completamento della messa a regime sistema PACS nel settore dell'endoscopia digestiva. • proseguimento dell'estensione all'intero ambito dell'endoscopia ambulatoriale presso cistoscopia e colposcopia. <p>c. Referto multimediale: Supporto aziendale secondo le modalità definite in coerenza e continuità con la programmazione sanitaria regionale</p> <p>d.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evidenza delle richieste aziendali
<p>Attuazione al 31.12.2018:</p> <p>a. è stato terminato il workflow in Endo Disgestiva ed è stato inoltre stato ottimizzato il workflow ambulatoriale per l'imaging in Gastroenterologia mediante l'integrazione di altri strumenti di acquisizione Per la parte ginecologica il lavoro è in esecuzione</p> <p>b. è stato garantito il supporto in coerenza con la programmazione sanitaria regionale</p> <p>d. non sono state necessarie richieste di ulteriori moduli</p>	
Valutazione direzione Centrale Salute	<p>a. OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>c. OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>d. OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>

5.2. Fascicolo sanitario elettronico (FSE)	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
fascicolo sanitario elettronico (FSE)	raccolta del consenso firmato per FSE per i pazienti che accedono alle diverse sedi del CRO

Attuazione al 31.12.2018:

I consensi sono stati raccolti sistematicamente all'accesso

Valutazione direzione Centrale Salute

OBIETTIVO RAGGIUNTO

TABELLA INDICATORI

			CRO	
			DATO AZIENDA	DATO DIREZIONE
21	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	$\geq 38\%$	38,41%	38,41%
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	$\leq 0,32$	0,81	0,81
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	$< 28\%$ adulti	1,5	1,5
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%	$< 4\%$	4,17	4,17

Ente per la Gestione Accentrata dei Servizi Condivisi (EGAS)

3.1.2. sub a) Acquisizione e/o spostamento di funzioni	
Obiettivo	Risultato atteso
Acquisizione funzione CeForMed.	<p>Nel corso del 1 quadrimestre 2018 sono state avviate le azioni propedeutiche al trasferimento della funzione, ivi inclusa l'informativa sindacale prevista dall'art. 31 del D.Lgs. 165/2001.</p> <p>L'attività è stata sospesa dalla DCS con nota prot. n. 11863 del 14.6.2018, precisando che il perfezionamento del passaggio di funzioni sarebbe avvenuto solo in seguito ad intervento legislativo regionale.</p> <p>Successivamente l'obiettivo è stato definitivamente stralciato con DGR 2350/2018.</p>
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO STRALCIATO DGR 2350/2018

3.1.2. sub b) Acquisizione e/o spostamento di funzioni	
Obiettivo	Risultato atteso
Attivazione Gruppo collaborativo regionale dei dispositivi medici di AGENAS nell'ambito della struttura Health Technology Assessment.	Attivazione Gruppo collaborativo regionale dei dispositivi medici di AGENAS nell'ambito della struttura Health Technology Assessment.
Attuazione al 31/12/2018:	
Sono stati individuati i referenti EGAS per la rete dei referenti regionali HTA sui dispositivi medici. EGAS ha garantito la partecipazione dei referenti agli incontri della rete in data 07.02.2018 e 09.04.2018.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.2. sub c) Acquisizione e/o spostamento di funzioni	
Obiettivo	Risultato atteso
Avvio della formazione ad indirizzo regionale sull'attuazione del Riordino del SSR ex L.R. 17/2014, con particolare riferimento ai Piani regionali e alle Reti	Istituzione di un Centro di coordinamento delle Professioni sanitarie cui afferirà un Referente per ciascuna area delle professioni sanitarie previste dalla

di cui agli artt. 37, 38, 39 della predetta L.R.	L. 251/2000 e L.R. 10/2007, in coerenza con le direttive della DCSISPS.
Attuazione al 31/12/2018:	
Il Centro di coordinamento delle Professioni sanitarie è stato istituito con decreto n. 20 del 14/03/2018 ed integrato con successivo decreto n. 32 del 06/04/2018.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.2. sub d) Acquisizione e/o spostamento di funzioni	
Obiettivo	Risultato atteso
Concorsi centralizzati area comparto	Espletamento delle procedure per il concorso unico regionale per la qualifica di Collaboratore professionale sanitario infermiere e di Operatore socio sanitario con approvazione entro il 31/12/2018 delle graduatorie dei vincitori.
Attuazione al 31/12/2018:	
Relativamente al concorso per Collaboratore professionale sanitario infermiere con decreto n. 78 del 24/09/2018 è stata adottata la graduatoria finale.	
Con decreto n. 117 del 20/12/2018 è stata approvata la graduatoria di merito e la graduatoria definitiva; con decreto n. 125 del 27/12/2018 sono stati rettificati degli allegati.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.3. Emergenza urgenza	
Obiettivo	Risultato atteso
Attuazione L.R. 24/2017 Soccorso alpino regionale.	Gestione della convenzione tra Servizio Sanitario Regionale, soccorso alpino e protezione civile, per quanto di competenza del SSR.
Attuazione al 31/12/2018:	
Con decreto n. 135 del 28/12/2017 è stata approvata la Convenzione che regola, a far tempo dal 01/01/2018, i rapporti tra Servizio Sanitario Regionale, Soccorso Alpino e Protezione Civile, per quanto di competenza del SSR. Nella seduta del CREU del 28/02/2018 è stata approvata la proposta di programmazione economica e di attività presentata dal CNSAS per l'anno 2018. Come previsto dalla Convenzione per la parte economica, sono state erogate nr. 2 rate di finanziamento a titolo di acconto per l'anno 2018: la 1° in data 19/03/2018 e la 2° in data 10/08/2018. In data 16/01/2019 è stata inoltrata al CNSAS la richiesta di redazione della relazione economica e di attività a consuntivo per il 2018, per il successivo inoltro al CREU al fine di acquisirne il parere di competenza, come previsto dalla convenzione.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.6. Reti di patologia	
Obiettivo	Risultato atteso
Implementazione di un sistema informatico / informativo in grado di mettere in comunicazione operativa i mezzi di soccorso (ambulanze, automediche ed eliambulanza) fra loro e con i servizi di pronto soccorso e la centrale operativa 118, per la registrazione e la trasmissione contestuale di informazioni cliniche.	Elaborazione di una proposta, in collaborazione con AAS e ASUI, per l'implementazione di un software idoneo alla gestione delle informazioni. L'attuazione dell'obiettivo è vincolato al progetto di stabilizzazione/rinnovamento del sistema CUS previsto per il 2018.
Attuazione al 31/12/2018:	
E' stato redatto il documento "Implementazione di un sistema informatico-informativo di comunicazione operativa fra mezzi di soccorso fra loro e con eliambulanza, i servizi P.S. e centrale operativa dell'emergenza sanitaria, per registrazione e la trasmissione contestuale di informazioni cliniche". Agli atti la relazione e la relativa tabella di confronto delle possibili soluzioni del mercato.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

3.2.3. sub a) Gli screening oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia (Programma II PRP)	
Obiettivo	Risultato atteso
Coordinamento di un centro unico di lettura regionale per lo screening mammografico che, mantenendo le attuali sedi di refertazione, favorisca, di concerto con la Direzione Salute, composizioni di terne arbitrali atte a migliorare la performance di refertazione.	Realizzazione di un centro regionale unico di lettura per lo screening mammografico entro il 31/12/2018. Adozione di una modalità di assegnazione delle letture che garantisca - sulla base della media aziendale dell'ultimo triennio - la proporzione di letture per ogni Azienda, indipendentemente dalla residenza della persona, programmando eventuali bilanciamenti anche su base pluriennale. Monitoraggio dell'assegnazione delle letture ad ogni singola azienda e invio di almeno 2 report alla DCS.
Attuazione al 31/12/2018:	
E' stata avviata in via sperimentale a partire dal secondo semestre 2018 l'attività relativa al centro regionale unico di lettura per lo screening mammografico.	
E' stata garantita l'assegnazione delle letture per tutte le Aziende della Regione applicando il modello già in uso per il centro di lettura di Udine con i necessari e richiesti correttivi per le diverse sedi. In questa prima fase, in accordo con la DCS, si sono mantenute le modalità prevalenti precedenti pur iniziando il percorso di omogeneizzazione delle assegnazioni di lettura (ai fini della garanzia della qualità del processo e di equilibrio tra le Aziende) preludio di un equilibrio più completo da realizzarsi quando i sistemi di pagamento delle incentivazioni lo consentiranno. Atteso che il Centro Unico di lettura è stato avviato in via sperimentale nel secondo semestre 2018, è stato elaborato solo il report relativo a tale periodo, inviato via mail alla Direzione Centrale Salute in data 23.1.2019. A regime, a partire dal 2019, il periodo di attività da monitorare sarà annuale e pertanto la reportistica potrà essere semestrale come previsto. Stante il carattere sperimentale del	

secondo semestre 2018, si è mantenuta la modalità per cui la rendicontazione alle singole Aziende avviene direttamente da parte della DCS (comunicazione prot. N. 2882 del 31.01.2019 avente per oggetto 'Consuntivo letture radiologi di screening 2018'); le modalità a regime saranno concordate con la DCS.

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

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

Obiettivo	Risultato atteso
Acquisizione sistemi di prelievo e trasporto campioni cervicovaginali e sistemi diagnostici per la determinazione di HPV DNA in prelievi cervicovaginali.	Realizzazione entro il 31.12.2018 della gara di acquisizione dei sistemi di prelievo e trasporto campioni.
Collaborazione con la Direzione Centrale per la riorganizzazione della logistica di supporto.	Assicurare il supporto richiesto dalla DCS nelle attività di riorganizzazione.
Attuazione al 31/12/2018:	
Il sistema di prelievo e trasporto dei campioni è stato aggiudicato in base ad una procedura di gara ad evidenza pubblica con Determinazione Dirigenziale n.921 del 10/08/2018; l'acquisizione dei sistemi diagnostici per la determinazione di HPV DNA in prelievi cervicovaginali è stata aggiudicata in base ad una procedura di gara ad evidenza pubblica con Determinazione Dirigenziale Egas n.1256 del 15/11/2018. E' stata, altresì, assicurata, la collaborazione nella progettazione delle attività e nel supporto quale membro del gruppo tecnico per la gara dei trasporti dei campioni per HPV DNA.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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

Obiettivo	Risultato atteso
Garanzia della continuità dell'attuale assetto organizzativo di erogazione dello screening mammografico basato su Unità mobili.	Procedura di gara avviata entro 31.12.2018.
Attuazione al 31/12/2018:	
Con Determinazione dirigenziale Egas n.1399 del 21/12/2018 è stata indetta la gara a procedura aperta ai sensi dell'art. 60 del D.Lgs. 50/2016, per l'affidamento dell'appalto ID18SER009 servizio di screening mammografico con unità mobile per le Aziende del SSR FVG; il bando di gara sopra soglia europea è stato pubblicato sulla GUCE in data 28/12/2018.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.3.2. Accreditamento	
Obiettivo	Risultato atteso
Partecipazione al programma di accreditamento nazionale degli organismi tecnicamente accreditanti.	EGAS mette a disposizione dell'OTA il personale formato dall'AGENAS per le attività previste.
Attuazione al 31/12/2018:	
EGAS ha garantito la presenza di proprio personale qualificato agli audit nazionali (Toscana in Febbraio come valutatore e coordinatore di visita in Liguria in Luglio) come richiesto dal Ministero della Salute e dall'AGENAS; inoltre ha garantito la predisposizione della documentazione e la presenza per l'audit nazionale per l'Organismo Tecnicamente accreditante della Regione Friuli Venezia Giulia (audit svolto nel mese di Novembre 2018). E' stata garantita la presenza a tutte le riunioni dell'Organismo Tecnicamente accreditante del FVG.	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.4. Assistenza farmaceutica	
Obiettivo	Risultato atteso
Governo delle politiche regionali di acquisto dei farmaci e dei dispositivi medici.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Potenziamento - avvalendosi di competenze sia interne che delle AAS - della capacità di coordinamento e di stesura capitolati tecnici per acquisto di farmaci e dei dispositivi medici. 2. Messa a disposizione degli Enti SSR e della DCS di tutte le informazioni relative alle procedure di acquisto in forma riepilogativa (farmaci, prezzi, eventuali accordi quadro) secondo quanto stabilito dalla L. 232/2016. 3. Messa a disposizione delle Aziende di una lista, aggiornata mensilmente, dei farmaci aggiudicati a gara con particolare riferimento a quelli della DPC. 4. Monitoraggio puntuale delle politiche di acquisto dei medicinali in DPC ed adozione di ogni misura conseguente, in un'ottica di economicità. 5. Ristoro delle somme spettanti a ciascun ente del SSR per Risk sharing, cost sharing e payment by results. 6. Riscontro ad eventuali approfondimenti richiesti dalla DCS in relazione ai flussi informativi entro 15 gg.
Attuazione al 31/12/2018:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. I farmacisti hanno continuato a garantire nell'anno 2018 la partecipazione ai lavori dei Gruppi Tecnici e delle Commissioni giudicatrici per l'acquisto di farmaci, ampliando inoltre il proprio contributo anche all'area dei Dispositivi Medici. 2. Le informazioni sono state regolarmente messe a disposizione degli enti e della DCS (vedi in particolare la 	

gara dei Farmaci Biologici e Biosimilari 17FAR001.1 aggiudicata a luglio).

3. Sono stati periodicamente inviati alle Aziende sanitarie gli elenchi aggiornati dei farmaci prescrivibili in DPC.
4. EGAS ha provveduto regolarmente al monitoraggio e segnalato in tempo reale l'uscita sul mercato di farmaci equivalenti e biosimilari alla scadenza brevettuale del brand, sia in ambito ospedaliero che per la distribuzione in DPC.
5. L'attività è proseguita rispetto al 2018 con le modalità già in uso, adeguate alle specifiche esigenze emerse nel corso del 2018. Sono già stati inviati n. 12 di report mensili alla DCS relativi al monitoraggio delle somme ristorate agli enti del SSR. L'importo ristorato nel 2018 ammonta a €. 2.995.414,99.
6. Non sono pervenute richieste di approfondimento dalla DCS in relazione ai flussi informativi.

Valutazione Direzione Centrale Salute

- 1. OBIETTIVO RAGGIUNTO**
- 2. OBIETTIVO RAGGIUNTO**
- 3. OBIETTIVO RAGGIUNTO**
- 4. OBIETTIVO RAGGIUNTO**
- 5. OBIETTIVO RAGGIUNTO**
- 6. OBIETTIVO STRALCIATO**

LA DIREZIONE NON HA FORMULATO RICHIESTE NEL CORSO DELL'ANNO

3.6.2. Emergenza urgenza

Obiettivo	Risultato atteso
Centrale operativa 118	<ul style="list-style-type: none"> – Utilizzo del dispatch almeno nel 75% degli interventi di soccorso. – Monitoraggio dei tempi della SORES (attesa per la risposta, invio mezzo di soccorso, arrivo mezzo di soccorso) e comunicazione dei dati rilevati al CREU. – Monitoraggio di conformità dei mezzi di soccorso con report da presentare al CREU entro l'ultima riunione del 2018. – Monitoraggio delle competenze degli infermieri che prestano servizio nelle ambulanze ALS e dei medici che prestano servizio in automedica e in elisoccorso, con report da presentare al CREU entro settembre 2018. <p>Il CREU presenta relazione alla DCS entro il 31/12/2018.</p>
Attuazione al 31/12/2018:	
Di seguito il riepilogo sull'attività prestata, come da relazione agli atti della Centrale Operativa SORES:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. La percentuale di utilizzo medio del dispatch si attesta al 43,8%; 2. I tempi della SORES sono stati monitorati. La relazione è stata inviata alla DCS con nota prot.3153 del 01/02/2019; 	

3. Non è stata redatta idonea reportistica da sottoporre all'esame del CREU;
4. L'analisi dei percorsi formativi del personale operante sui mezzi di soccorso del FVG è stata presentata al CREU nella riunione del 14.11.2018, come da verbale agli atti. Il documento attesta l'adeguatezza della qualità della formazione degli operatori. Per quanto riguarda i medici sono state definite le competenze del medico di automedica e di elisoccorso. Il CREU ha inviato copia dei verbali di ogni incontro svoltosi nell'anno 2018 alla DCS quale attestazione dell'attività svolta.

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

3.7.1 sub a) Tempi di attesa

Obiettivo	Risultato atteso
Monitoraggio tempi d'attesa	<p>Predisposizione ed invio alla DCS dei monitoraggi dei tempi di attesa regionali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 12 report mensili - 2 report semestrali (il secondo entro il 31/01/2019) - 1 report annuale (entro il 31/01/2019). <p>Evidenza della partecipazione ai monitoraggi nazionali.</p>

Attuazione al 31/12/2018:

Nel rispetto dei tempi previsti, sono stati inviati alle aziende ed alla DCS 12 rapporti mensili, 2 semestrali ed uno annuale. Inoltre, la reportistica relativa al periodo gennaio - settembre è stata riepilogata alla DCS con pec del 31.10.2018, quella relativa ai mesi di ottobre e novembre con pec del 20.12.2018, mentre l'ultimo report di dicembre e l'annuale TDA sono stati inviati rispettivamente con pec del 14.1.2019 e 18.1.2019.

I monitoraggi nazionali sono stati eseguiti (evidenza nei rapporti portale AGENAS).

Valutazione Direzione Centrale Salute

OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

3.7.1 sub b) Tempi di 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. Il report del secondo semestre deve essere presentato entro il 31/01/2019.</p>

Attuazione al 31/12/2018:

Sono stati predisposti e inviati i 2 report previsti 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.

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

5.1. Sistema PACS regionale	
Obiettivo	Risultato atteso
Supporto alla DCS per attività di coordinamento PACS	<p>Sviluppo di soluzioni di consolidamento e ottimizzazione del sistema PACS regionale e dei relativi sistemi di gestione e governance.</p> <p>Analisi delle possibili soluzioni di continuità del sistema PACS regionale in coerenza con i vincoli e opportunità degli accordi contrattuali in essere e con i programmi di sviluppo del sistema informativo sanitario regionale.</p> <p>Coordinamento delle attività per le aree di intervento aziendali precedentemente elencate.</p>
Attuazione al 31/12/2018:	
<p>In aggiunta alle consuete attività di coordinamento delle attività del fornitore e del gestore del SIO INSIEL, si è condotta un'analisi puntuale delle condizioni di esecuzione contrattuale nel periodo contrattuale e si sono valutate le possibili soluzioni di stabilizzazione e ottimizzazione dei flussi operativi.</p> <p>L'esito è rappresentato dal documento di sintesi con le possibili soluzioni di scenari evolutivi del sistema PACS regionale consegnato alla DCS per la sua valutazione e da questa avallata (relazione e accettazione sono agli atti).</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

8.3.4. Gestione attività finalizzate delegate	
Obiettivo	Risultato atteso
Gestione attività sovra-aziendali delegate	Gestione delle attività finalizzate e/o delegate dalla Regione (tabella 2 "Sovra-aziendali", Linee di gestione 2018), secondo le modalità compensative definite dalla DCS.
Attuazione al 31/12/2018:	
<p>Tutte le attività richieste dalla DCS - con note prot. 16376-16377-16378-16379 del 04/09/2018 - sono state espletate, ivi incluso il pagamento delle sovraaziendali 2017 al CRO (ODP del 04/12/2018) e all'AAS 2 (ODP del 06/12/18 voce 18-RAR).</p>	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

9.1. Formazione	
Obiettivo	Risultato atteso
Piano formativo aziendale (PFA) e Piano regionale della formazione (PFR).	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adozione Piano formativo aziendale (PFA) ed invio alla Direzione Centrale entro il 31.3.2018; eventuale aggiornamento del PFA entro 30 gg. dalla pubblicazione del PFR. 2. Redazione ed invio alla Direzione Centrale della Relazione annuale sulle attività formative 2017, entro il 31.5.2018. 3. Realizzazione direttamente o tramite altro provider convenzionato delle iniziative formative indicate dalla DCS in coerenza con il piano formativo regionale (PFR). 4. Implementazione della FAD e utilizzo a regime con la piattaforma regionale di e-learning HTL. 5. Messa a regime della funzione di "iscrizioni on line" agli eventi formativi.
Attuazione al 31/12/2018:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Il Piano Annuale della Formazione dell'Ente è stato adottato con decreto DG n. 29 del 28.3.2018 e trasmesso alla DCS con nota prot. n. 10491 del 30.3.18. Agli atti la documentazione. E' stata predisposta la Relazione annuale 2017 e trasmessa alla DCS con nota prot. 17400 del 31.5.2018. 2. La Relazione annuale 2017 è stata predisposta e trasmessa alla DCS con nota prot. 17400 del 31.5.2018. 3. Le iniziative formative programmate per l'anno 2018 sono state realizzate sia direttamente dall'ente (n. 17 eventi formativi) in coerenza con il PAF e il PRF, che tramite la collaborazione in atto con l'IZSve. 4. Sono stati avviati in modalità FAD corsi di formazione generale dei lavoratori sulla sicurezza per tutti gli Enti del SSR (escluso ASUIUD) su piattaforma di e-learning esterna (Det. EGAS n. 825 del 13/7/2018 "PC18SER037.1 AGGIUDICAZIONE SERVIZIO DI FORMAZIONE GENERALE DEL LAVORATORE SULLA SICUREZZA IN MODALITA' FAD A FAVORE DEGLI ENTI DEL SSR DEL FRIULI VENEZIA GIULIA. CIG ZC42411FC7") con integrazione a consuntivo con GFOR. E' stata approvata con DDG n. 104 del 29.11.2018 convenzione con ASUIUD per l'utilizzo della piattaforma regionale di E-Learning HTL e sottoscritta l'11.12.2018. Attivata l'iscrizione on line per i corsi riservati al personale interno. 5. L'iscrizione on line agli eventi formativi è a regime su GFOR. In EGAS è stata attivata per i corsi riservati al personale interno EGAS_18006 GIFRA: sistema di Gestione Integrata dei Flussi e Registrazione Atti e EGAS_18013 "Formazione specifica del lavoratore sulla sicurezza"; è inoltre stata attivata l'iscrizione on line al corso residenziale EGAS_18021 "Corso di aggiornamento per RSPP e ASPP" anche per il personale esterno afferente agli Enti del SSR. 	
Valutazione Direzione Centrale Salute	OBIETTIVO RAGGIUNTO

5. INVESTIMENTI

5.1 LA PROGRAMMAZIONE DEGLI 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”

Nel 2018 sono stati deliberati i seguenti provvedimenti giuntali:

- DGR n. 561 del 15.3.2018 “LR 49/1996, art. 16 e art. 20. Programmazione degli investimenti per gli anni 2018/2020 e riforma della DGR 185/2018;
- DGR n. 735 del 21.3.2018 “LR 49/1996, art. 16 e art. 20. Programmazione degli investimenti per gli anni 2018/2020”
- DGR n. 790 del 21.3.2018 “LR 49/1996, art. 16 e art. 20. Programmazione degli investimenti per gli anni 2018/2020 in attuazione della DGR 561/2018”
- DGR n. 791 del 21.3.2018 “LR 49/1996, art. 16 e art. 20. Programmazione degli investimenti per gli anni 2018/2020: riforma della DGR 561/2018”

Tali Deliberazioni hanno stabilito il riparto tra gli enti del SSR delle risorse in conto capitale per i trienni 2016-2018, 2017-2019 e 2018-2020 come di seguito riportato:

Ente SSR	Importo concesso nel corso del 2016	Importo concesso nel corso del 2017	Importo concesso nel corso del 2018	Totale complessivo
AAS2	5.984.363,05	25.101.111,08	4.562.600,00	35.648.074,13
AAS3	5.498.296,20	4.257.907,26	15.769.903,09	25.526.106,55
AAS5	7.334.993,10	13.062.993,51	6.584.048,86	26.982.035,47
ASUI TS	7.915.112,89	14.066.085,95	11.666.126,68	33.647.325,52
ASUI UD	8.696.373,14	17.466.319,26	4.982.770,59	31.145.462,99
EGAS	85.000,00	490.000,00	480.000,00	1.055.000,00
IRCCS BURLO	1.307.842,14	1.681.387,44	641.483,25	3.630.712,83
IRCCS CRO	2.038.626,74	1.011.529,00	831.937,86	3.882.093,60
Totale complessivo	38.860.607,26	77.137.333,50	45.518.870,33	161.516.811,09

Nel corso degli esercizi 2016, 2017 e 2018 sono stati adottati i decreti di concessione definitiva per le quote stabilite con le citate Deliberazioni.

Di seguito si riporta lo stato di avanzamento degli investimenti programmati nel SSR successivamente all'entrata in vigore della Legge regionale n. 26 del 10 novembre 2015 e risultante dalla rilevazione dei residui passivi ai fini del riaccertamento ordinario effettuata nel 2019.

Le tabelle di questa sezione riportano 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 2018 degli enti del SSR (Si precisa che si sono rilevate alcune possibili non corrispondenze tra gli interventi inseriti negli atti aziendali e le disposizioni programmatiche regionali; al fine di accertare tali situazioni si è avviata una ricognizione straordinaria con nota prot. 10292 del 10/05/2019.).

Ente	DGR	Linea di investimento da DGR	Totale	di cui al 2018	di cui 2019	di cui 2020	di cui 2021	di cui 2022
AAS2	1424/2018	Trasferimento	1,13	0,26	0,87	0,00	0,00	0,00
	1780/2016	interventi programmati dagli enti del SSR a valere sulla quota pari a euro 9.695.085,20 assegnata con DGR 349/2016	1,96	1,68	0,29	0,00	0,00	0,00
	1820/2017	Trasferimento	21,20	8,94	12,26	0,00	0,00	0,00
	1833/2016	Aree critiche	0,10	0,07	0,04	0,00	0,00	0,00
		Centri di Assistenza Sanitaria Primaria	0,50	0,00	0,43	0,07	0,00	0,00
		Odontoiatria sociale	0,06	0,06	0,00	0,00	0,00	0,00
	1911/2018	Trasferimento	0,42	0,00	0,00	0,42	0,00	0,00
	2163/2018	Trasferimento	0,35	0,35	0,00	0,00	0,00	0,00
	2185/2016	Altri interventi	1,37	0,51	0,86	0,00	0,00	0,00
		Centri di Assistenza Sanitaria Primaria	0,56	0,00	0,56	0,00	0,00	0,00
	349/2016	Aree critiche	0,30	0,30	0,00	0,00	0,00	0,00
		Aree critiche (Punto di Primo Soccorso di Lignano)	0,18	0,18	0,00	0,00	0,00	0,00
		Interventi emergenti	0,42	0,42	0,00	0,00	0,00	0,00
		Piano sangue	0,20	0,20	0,00	0,00	0,00	0,00
		Rinnovo automezzi 118	0,08	0,08	0,00	0,00	0,00	0,00
Unità di allestimento dei Farmaci Antiblastici (UFA)		0,25	0,13	0,12	0,00	0,00	0,00	
371/2017	Interventi di investimento edili impiantistici	1,13	0,79	0,34	0,00	0,00	0,00	
	Interventi di investimento per acquisizioni di beni mobili e tecnologici	2,37	1,54	0,83	0,00	0,00	0,00	
	Interventi emergenti	0,36	0,21	0,15	0,00	0,00	0,00	
	Odontoiatria sociale	0,04	0,02	0,02	0,00	0,00	0,00	
561/2018	Interventi emergenti	1,20	0,00	1,20	0,00	0,00	0,00	
	Trasferimento	1,47	1,47	0,00	0,00	0,00	0,00	
AAS2 Totale			35,65	17,19	17,97	0,49	0,00	0,00

Ente	DGR	Linea di investimento da DGR	Totale	di cui al 2018	di cui 2019	di cui 2020	di cui 2021	di cui 2022
AAS3	1424/2018	Trasferimento	0,82	0,19	0,63	0,00	0,00	0,00
	1780/2016	interventi programmati dagli enti del SSR a valere sulla quota pari a euro 9.695.085,20 assegnata con DGR 349/2016	0,50	0,50	0,00	0,00	0,00	0,00
	1820/2017	Trasferimento	2,06	1,23	0,83	0,00	0,00	0,00
	1833/2016	Altri interventi	0,07	0,07	0,00	0,00	0,00	0,00
		Aree critiche	0,18	0,00	0,18	0,00	0,00	0,00
		Odontoiatria sociale	0,06	0,06	0,00	0,00	0,00	0,00
		Rinnovo automezzi 118	0,40	0,28	0,12	0,00	0,00	0,00
	1911/2018	Trasferimento	0,23	0,00	0,00	0,23	0,00	0,00
	2163/2018	Trasferimento	0,22	0,22	0,00	0,00	0,00	0,00
	2185/2016	Altri interventi	1,92	1,48	0,44	0,00	0,00	0,00
	349/2016	Aree critiche	0,17	0,17	0,00	0,00	0,00	0,00
		Centri di Assistenza Sanitaria Primaria	1,60	0,00	1,60	0,00	0,00	0,00
		Elisuperfici	0,40	0,00	0,40	0,00	0,00	0,00
		Interventi emergenti	0,21	0,21	0,00	0,00	0,00	0,00
371/2017	Interventi di investimento edili impiantistici	1,51	0,15	1,26	0,10	0,00	0,00	
	Interventi di investimento per acquisizioni di beni mobili e tecnologici	0,49	0,37	0,12	0,00	0,00	0,00	
	Interventi emergenti	0,16	0,16	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Odontoiatria sociale	0,04	0,04	0,00	0,00	0,00	0,00	
561/2018	Interventi emergenti	0,55	0,48	0,07	0,00	0,00	0,00	
	Trasferimento	13,94	0,80	6,66	6,48	0,00	0,00	
AAS3 Totale			25,53	6,40	12,31	6,81	0,00	0,00

Ente	DGR	Linea di investimento da DGR	Totale	di cui al 2018	di cui 2019	di cui 2020	di cui 2021	di cui 2022
AAS5	1424/2018	Trasferimento	1,35	0,31	1,04	0,00	0,00	0,00
	1780/2016	interventi programmati dagli enti del SSR a valere sulla quota pari a euro 9.695.085,20 assegnata con DGR 349/2016	0,80	0,80	0,00	0,00	0,00	0,00
	1820/2017	Trasferimento	4,55	3,94	0,61	0,00	0,00	0,00
	1833/2016	Altri interventi	0,28	0,20	0,08	0,00	0,00	0,00
		Centri di Assistenza Sanitaria Primaria	1,30	0,02	0,50	0,55	0,15	0,08
		Odontoiatria sociale	0,06	0,06	0,00	0,00	0,00	0,00
	1911/2018	Trasferimento	0,75	0,00	0,54	0,21	0,00	0,00
	2163/2018	Trasferimento	0,20	0,20	0,00	0,00	0,00	0,00
	2185/2016	Adeguamenti normativi	0,60	0,30	0,30	0,00	0,00	0,00
		Altri interventi	1,58	1,42	0,16	0,00	0,00	0,00
	349/2016	Aree critiche	1,27	0,90	0,37	0,00	0,00	0,00
		Centri di Assistenza Sanitaria Primaria	0,74	0,26	0,36	0,12	0,00	0,00
		Elisuperfici	0,09	0,09	0,00	0,00	0,00	0,00
		Interventi emergenti	0,32	0,32	0,00	0,00	0,00	0,00
Rinnovo automezzi 118		0,30	0,30	0,00	0,00	0,00	0,00	
371/2017	Interventi di investimento edili impiantistici	5,79	0,10	4,13	1,47	0,09	0,00	
	Interventi di investimento per acquisizioni di beni mobili e tecnologici	2,41	2,41	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Interventi emergenti	0,27	0,27	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Odontoiatria sociale	0,04	0,04	0,00	0,00	0,00	0,00	
561/2018	Interventi emergenti	0,94	0,74	0,19	0,00	0,00	0,00	
	Trasferimento	3,34	0,94	2,40	0,00	0,00	0,00	
AAS5 Totale			26,98	13,62	10,68	2,36	0,24	0,08

Ente	DGR	Linea di investimento da DGR	Totale	di cui al 2018	di cui 2019	di cui 2020	di cui 2021	di cui 2022
ASUI TS	1424/2018	Trasferimento	1,26	0,29	0,97	0,00	0,00	0,00
	1780/2016	interventi programmati dagli enti del SSR a valere sulla quota pari a euro 9.695.085,20 assegnata con DGR 349/2016	2,21	1,74	0,48	0,00	0,00	0,00
	1820/2017	Trasferimento	10,15	10,15	0,00	0,00	0,00	0,00
	1833/2016	Adeguamenti normativi	0,05	0,04	0,01	0,00	0,00	0,00
		Altri interventi	0,54	0,10	0,44	0,00	0,00	0,00
		Odontoiatria sociale	0,06	0,06	0,00	0,00	0,00	0,00
		Rinnovo automezzi 118	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	1911/2018	Trasferimento	0,50	0,00	0,00	0,50	0,00	0,00
	2163/2018	Trasferimento	0,50	0,50	0,00	0,00	0,00	0,00
	2185/2016	Adeguamenti normativi	0,12	0,09	0,03	0,00	0,00	0,00
		Altri interventi	2,81	2,32	0,49	0,00	0,00	0,00
	349/2016	Aree critiche	1,22	0,79	0,43	0,00	0,00	0,00
		Centri di Assistenza Sanitaria Primaria	0,25	0,18	0,07	0,00	0,00	0,00
		Elisuperfici	0,02	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00
Interventi emergenti		0,47	0,43	0,05	0,00	0,00	0,00	
Rinnovo automezzi 118		0,16	0,16	0,00	0,00	0,00	0,00	
371/2017	Interventi di investimento edili impiantistici	0,85	0,20	0,65	0,00	0,00	0,00	
	Interventi di investimento per acquisizioni di beni mobili e tecnologici	2,60	1,36	1,24	0,00	0,00	0,00	
	Interventi emergenti	0,42	0,42	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Odontoiatria sociale	0,05	0,05	0,00	0,00	0,00	0,00	
561/2018	Interventi emergenti	1,61	0,20	0,89	0,51	0,00	0,00	
	Trasferimento	7,80	7,80	0,00	0,00	0,00	0,00	
ASUI TS Totale			33,65	26,88	5,75	1,01	0,00	0,00

Ente	DGR	Linea di investimento da DGR	Totale	di cui al 2018	di cui 2019	di cui 2020	di cui 2021	di cui 2022
ASUI UD	1424/2018	Trasferimento	1,60	0,35	1,25	0,00	0,00	0,00
	1780/2016	interventi programmati dagli enti del SSR a valere sulla quota pari a euro 9.695.085,20 assegnata con DGR 349/2016	2,99	1,71	1,03	0,25	0,00	0,00
	1820/2017	Trasferimento	12,65	9,34	3,31	0,00	0,00	0,00
	1833/2016	Altri interventi	0,60	0,60	0,00	0,00	0,00	0,00
		Odontoiatria sociale	0,06	0,04	0,02	0,00	0,00	0,00
	1911/2018	Trasferimento	0,50	0,00	0,00	0,50	0,00	0,00
	2163/2018	Trasferimento	0,50	0,50	0,00	0,00	0,00	0,00
	2185/2016	Altri interventi	3,66	2,39	0,72	0,56	0,00	0,00
	349/2016	Aree critiche	0,76	0,45	0,31	0,00	0,00	0,00
		Centri di Assistenza Sanitaria Primaria	0,20	0,12	0,08	0,00	0,00	0,00
		Interventi emergenti	0,42	0,37	0,05	0,00	0,00	0,00
	371/2017	Interventi di investimento edili impiantistici	0,80	0,25	0,08	0,48	0,00	0,00
		Interventi di investimento per acquisizioni di beni mobili e tecnologici	3,60	1,52	2,08	0,00	0,00	0,00
Interventi emergenti		0,37	0,30	0,06	0,00	0,00	0,00	
Odontoiatria sociale		0,05	0,03	0,02	0,00	0,00	0,00	
561/2018	Interventi emergenti	1,58	0,25	1,34	0,00	0,00	0,00	
	Trasferimento	0,80	0,80	0,00	0,00	0,00	0,00	
ASUI UD Totale			31,15	19,03	10,33	1,78	0,00	0,00

Ente	DGR	Linea di investimento da DGR	Totale	di cui al 2018	di cui 2019	di cui 2020	di cui 2021	di cui 2022
EGAS	1424/2018	Trasferimento	0,48	0,26	0,22	0,00	0,00	0,00
	1780/2016	interventi programmati dagli enti del SSR a valere sulla quota pari a euro 9.695.085,20 assegnata con DGR 349/2016	0,06	0,06	0,00	0,00	0,00	0,00
	1820/2017	Trasferimento	0,24	0,24	0,00	0,00	0,00	0,00
	1833/2016	Altri interventi	0,03	0,03	0,00	0,00	0,00	0,00
	371/2017	Interventi di investimento per acquisizioni di beni mobili e tecnologici	0,25	0,17	0,08	0,00	0,00	0,00
EGAS Totale			1,06	0,75	0,30	0,00	0,00	0,00
IRCCS BURLO	1424/2018	Trasferimento	0,28	0,06	0,22	0,00	0,00	0,00
	1780/2016	interventi programmati dagli enti del SSR a valere sulla quota pari a euro 9.695.085,20 assegnata con DGR 349/2016	0,23	0,23	0,00	0,00	0,00	0,00
	1820/2017	Trasferimento	1,20	1,20	0,00	0,00	0,00	0,00
	1833/2016	Adeguamenti normativi	0,14	0,13	0,01	0,00	0,00	0,00
		Odontoiatria sociale	0,04	0,04	0,00	0,00	0,00	0,00
	1911/2018	Trasferimento	0,10	0,00	0,00	0,10	0,00	0,00
	2163/2018	Trasferimento	0,10	0,10	0,00	0,00	0,00	0,00
	2185/2016	Adeguamenti normativi	0,02	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00
		Altri interventi	0,55	0,40	0,15	0,00	0,00	0,00
	349/2016	Aree critiche	0,30	0,28	0,01	0,00	0,00	0,00
		Interventi emergenti	0,04	0,04	0,00	0,00	0,00	0,00
	371/2017	Interventi di investimento edili impiantistici	0,16	0,09	0,07	0,00	0,00	0,00
		Interventi di investimento per acquisizioni di beni mobili e tecnologici	0,24	0,13	0,11	0,00	0,00	0,00
Interventi emergenti		0,04	0,02	0,02	0,00	0,00	0,00	
Odontoiatria sociale		0,04	0,04	0,00	0,00	0,00	0,00	
561/2018	Interventi emergenti	0,11	0,05	0,06	0,00	0,00	0,00	
	Trasferimento	0,05	0,05	0,00	0,00	0,00	0,00	
IRCCS BURLO Totale			3,63	2,88	0,65	0,10	0,00	0,00

Ente	DGR	Linea di investimento da DGR	Totale	di cui al 2018	di cui 2019	di cui 2020	di cui 2021	di cui 2022
IRCCS CRO	1780/2016	Altri interventi interventi programmati dagli enti del SSR a valere sulla quota pari a euro 9.695.085,20 assegnata con DGR 349/2016	0,15	0,12	0,03	0,00	0,00	0,00
			0,85	0,57	0,28	0,00	0,00	0,00
	1833/2016	Altri interventi	0,93	0,30	0,53	0,09	0,00	0,00
	1911/2018	Trasferimento	0,28	0,06	0,22	0,00	0,00	0,00
	2163/2018	Trasferimento	0,20	0,10	0,00	0,10	0,00	0,00
	349/2016	Interventi emergenti	0,11	0,00	0,11	0,00	0,00	0,00
	371/2017	Interventi di investimento per acquisizioni di beni mobili e tecnologici Interventi emergenti	1,00 0,01	0,43 0,01	0,45 0,00	0,11 0,00	0,00 0,00	0,00 0,00
	561/2018	Interventi emergenti	0,35	0,03	0,32	0,00	0,00	0,00
IRCCS CRO Totale			3,88	1,63	1,95	0,31	0,00	0,00
Totale complessivo			161,52	88,39	59,93	12,87	0,24	0,08

(Importi espressi in Milioni di euro)

IL SEGRETARIO GENERALE

IL PRESIDENTE