

ALLEGATO ALLA DELIBERA N. 878 DEL 30 MAGGIO 2019

CONSOLIDATO PREVENTIVO 2019 – ALLEGATO 1

---

**PROGRAMMA PREVENTIVO CONSOLIDATO 2019  
DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE**

---

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

## INDICE

<b>PREMESSA</b> .....	pag	3
<b>1. ITER E SCENARIO</b> .....	"	4
<b>2. LE PROGETTUALITA' ANNUALI</b>		
2.1 Promozione della salute e prevenzione .....	"	8
2.2 Assistenza distrettuale e assistenza sociosanitaria .....	"	8
2.2.1 Assistenza distrettuale .....	"	10
2.2.2 Assistenza sociosanitaria.....	"	16
2.3 Assistenza farmaceutica e assistenza integrativa .....	"	22
2.4. Accredитamento .....	"	24
2.5 Assistenza ospedaliera .....	"	24
2.6 Rapporto con i cittadini .....	"	26
2.7 Il Sistema informativo .....	"	28
<b>3. LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE</b> .....	"	31
<b>4. GLI INVESTIMENTI</b> .....	"	36
4.1 La programmazione delle risorse finanziarie sul triennio 2019-2021 .....	"	36
4.2 Acquisizioni in service o noleggio .....	"	37
4.3 Ricorso al mercato finanziario .....	"	37
4.4 Interventi di investimento di opere edili impiantistiche di cui all'articolo 33 della LR n. 26/2015.....	"	37
<b>5. SINTESI DELLA PROGRAMMAZIONE AZIENDALE</b>		
AAS 2 "BASSA FRIULANA-ISONTINA"		
Linee Progettuali .....	"	39
AAS 3 "ALTO FRIULI-COLLINARE-MEDIO FRIULI"		
Linee Progettuali .....	"	82
AAS 5 "FRIULI OCCIDENTALE"		
Linee Progettuali .....	"	120
AS UNIVERSITARIA INTEGRATA DI TRIESTE		
Linee Progettuali .....	"	160
AS UNIVERSITARIA INTEGRATA DI UDINE		
Linee Progettuali .....	"	207
IRCCS "BURLO GAROFOLO" DI TRIESTE		
Linee Progettuali .....	"	248

IRCCS "CRO" DI AVIANO	
Linee Progettuali .....	" 283
AZIENDA REGIONALE DI COORDINAMENTO PER LA SALUTE	
Linee Progettuali .....	" 301

## PREMESSA

Il presente documento, è il risultato del consolidamento dei programmi annuali per l'anno 2019 degli enti del Servizio sanitario regionale della Regione Friuli Venezia Giulia e costituisce, ai sensi della Legge regionale n. 49/96, il programma preventivo consolidato del Servizio sanitario regionale per l'anno 2019.

E' articolato nei seguenti capitoli:

Capitolo 1 – Iter e scenario.

Descrive il processo che ha guidato la costruzione e approvazione dei piani aziendali ed il loro relativo consolidamento nonché, sinteticamente, gli aspetti formali entro cui è avvenuto il processo di programmazione 2019 e le modalità con cui il monitoraggio del programma annuale dovrà essere effettuato.

Capitolo 2 – Le progettualità annuali.

Illustra sinteticamente la programmazione 2019 in termini di attività e di realizzazione delle progettualità previste dalle linee di gestione.

Capitolo 3 – La gestione delle risorse umane.

Descrive la manovra complessiva prevista per il 2019 in materia di assunzioni del personale.

Capitolo 4 – Schede di sintesi per Ente

Descrive la programmazione delle risorse finanziarie destinate agli investimenti

Capitolo 5 – Schede di sintesi per Ente

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

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

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

# 1. ITER E SCENARIO

## L'ITER DELLA PROGRAMMAZIONE 2019

Le Linee annuali per la gestione costituiscono il principale riferimento di programmazione attuativa del Servizio sanitario regionale. Più specificatamente, per l'anno 2019, i provvedimenti che hanno delineato tale processo sono stati:

- DGR 2514 del 28 dicembre 2018 “Lr 49/1996, art 12 - Linee annuali per la gestione del SSR per l'anno 2019: approvazione preliminare”;
- DGR 448 del 22 marzo 2019 “Lr 49/1996, art 12 - Linee annuali per la gestione del servizio sanitario regionale per l'anno 2019: approvazione definitiva”.

Il percorso di predisposizione dei programmi aziendali 2019, così come specificato dalle Linee, si è realizzato attraverso le seguenti fasi:

1. predisposizione da parte delle AAS/ASUI della proposta di PAL 2019 e da parte degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico di Aviano e di Trieste della proposta di PAO 2019 e trasmissione della proposta di PAL/PAO alla DCS entro il **22.2.2019** per la negoziazione che si terrà successivamente con la DCS stessa;
2. entro il **22.2.2019**, anche l'Azienda regionale di coordinamento per la salute (ARCS) dovrà predisporre la propria proposta di piano annuale, corredata dal bilancio preventivo e dalla relazione del commissario.
3. negoziazione con la DCS per definire eventuali aspetti e contenuti delle proposte di PAL/PAO delle Aziende/Enti del Servizio sanitario regionale entro il **15.3.2019**. Gli incontri si sono conclusi con ulteriori precisazioni ed indicazioni finali da parte della Direzione Centrale Salute circa le modifiche da apportare alle proposte di PAL/PAO presentate;
4. entro il **22.3.2019**, acquisizione da parte delle Aziende/Enti del SSR dei previsti pareri ex L.R. n. 23/2004, come modificata dalla L.R. n. 12/2015, della Conferenza dei Sindaci o della Conferenza permanente per la programmazione e delle Università;
5. approvazione del PAL/PAO 2019, da parte di ogni Azienda/Ente, nonché del piano annuale dell'ARCS, entro il **31.3.2019**, ai fini dell'approvazione del bilancio preventivo in pareggio coerentemente con la programmazione delineata e con le ulteriori risorse assegnate a seguito della negoziazione; successiva trasmissione dello stesso alla DCS, alla Conferenza dei sindaci o alla Conferenza permanente e al proprio Collegio sindacale. L'adozione dei PAL/PAO 2019 da parte degli Enti, avvenuta entro 31.3.2018, mediante l'approvazione dei seguenti atti:

Ente	PAL/PAO	Parere Collegio Sindacale
Aas 2	Decreto del Commissario Straordinario n. 181 del 29.3.2019 Decreto del Commissario Straordinario n. 263 del 16.5.2019	Verbale n. 5 del 4.4.2019
Aas 3	Decreto del Commissario Straordinario n. 65 del 29.3.2019 Decreto del Commissario Straordinario n. 98 del 9.5.2019	Verbale n. 4 del 9.4.2019
Aas 5	Decreto del Direttore generale n. 285 del 29.3.2019 Decreto del Direttore generale n. 383 del 9.5.2019	Verbale n. 3 del 16.4.2019
AsuiTs	Decreto del Commissario Straordinario n. 255 del 29.3.2019	Verbale n. 22 del 5.4.2019
AsuiUd	Decreto del Commissario Straordinario n. 267 del 29.3.2019 Decreto del Commissario Straordinario n. 274 del 3.4.2019	Verbale n. 30 del 4.4.2019
Burlo	Decreto del Commissario Straordinario ad interim n. 32 del 29.03.2019	Verbale n. 31 del 9.4.2019
Cro	Deliberazione del Direttore generale n. 131 del 1.4.2019	Verbale n. 35 del 5.4.2019
Arcs	Decreto del Commissario straordinario n. 37 del 29.3.2019	Verbale n. 2 del 27.5.2019

5. adozione da parte della Direzione centrale salute del presente programma e del bilancio preventivo consolidato 2019, ai sensi dell'art. 16, comma 3 e art. 20, comma 4 della L.R. n. 49/1996 e della LR n 12/2009 di modifica della governance del Servizio sanitario regionale, da trasmettersi alla Giunta regionale;
6. approvazione successiva, da parte della Giunta regionale, del provvedimento di verifica di coerenza dei predetti atti con i contenuti della pianificazione regionale con il quadro degli obiettivi, delle risorse e dei criteri di finanziamento di cui all'art. 12 della L.R. 49/96, nonché con le Linee annuali per la gestione.

#### **MONITORAGGIO DEL PROGRAMMA**

Come stabilito dalla Legge regionale n. 28 del 28.12.2018 e in deroga a quanto previsto al capo IV del titolo III della Legge regionale n. 26 del 10 novembre 2015 (Disposizioni in materia di programmazione e contabilità e altre disposizioni urgenti), per l'anno 2019 il processo di controllo della gestione degli enti del Servizio sanitario regionale si articolerà in un controllo semestrale al 30 giugno (e non due monitoraggi quadrimestrali).

	I semestrale
Risorse economiche	●
Manovra del personale	●
Progettualità aziendali	●

## LO SCENARIO

Per il Servizio Sanitario Regionale, l'anno 2018 si conclude 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 SSR nelle seguenti Aziende/Enti:

- 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).

Per quanto sopra evidenziato, in relazione alla progressiva realizzazione del nuovo assetto istituzionale del sistema sanità della Regione, il processo programmatorio delle Aziende/Enti del SSR del 2019, in deroga a quanto previsto dall'articolo 20 della legge regionale n. 49 del 19 dicembre 1996 "*Norme in materia di programmazione, contabilità e controllo del Servizio sanitario regionale e disposizioni urgenti per l'integrazione socio-sanitaria*", subisce una proroga del termine al 31 marzo 2019.

L'annualità 2019 si caratterizzerà per l'entrata a regime della suddetta legge di riforma e sarà scandita dai seguenti momenti:

- a. avvio dell'Azienda regionale di coordinamento per la salute (ARCS) dal 1.1.2019, attraverso la riconversione dell'EGAS alle funzioni previste dalla predetta legge regionale, con l'attivazione della Gestione Sanitaria Accentrata (GSA) e la rivisitazione del sistema di finanziamento delle Aziende/Enti del SSR, secondo criteri standard, nel rispetto delle percentuali di risorse fissate dalla normativa per i tre livelli organizzativi (LEA);
- b. fase di commissariamento, nel corso della quale verrà dato avvio al nuovo assetto istituzionale, per le seguenti Aziende/Enti:
  - Azienda regionale di coordinamento per la salute;
  - Azienda sanitaria universitaria integrata di Trieste ed Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 "Bassa Friulana – Isontina", per le quali verrà nominato un commissario unico;
  - Azienda sanitaria universitaria integrata di Udine ed Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 "Alto Friuli – Collinare – Medio Friuli", per le quali verrà nominato un commissario unico;
- c. nomina dei Direttori Generali delle Aziende/Enti commissariati del SSR entro il 1.1.2020.

Con successivi atti giuntali saranno approvate specifiche linee di indirizzo per definire nel concreto i passaggi operativi della fase di commissariamento delle Aziende/Enti interessati, con particolare riguardo all'ARCS ed ai percorsi normativi tracciati ai fini del trasferimento dei rapporti giuridici attivi e passivi, compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, nel rispetto del dettato della legge regionale di riordino del SSR e della clausola di invarianza finanziaria.

Rimangono allo stato attuale invariati altri fondamentali atti programmatori regionali quali la *"Definizione delle funzioni e degli standard organizzativi per la prevenzione, l'assistenza primaria e l'assistenza ospedaliera"* (DGR 2673/2014), l'*"Individuazione delle strutture complesse sanitarie della prevenzione, distrettuali e ospedaliere, nonché dei criteri standard per l'individuazione delle strutture semplici"* (DGR 929/2015), il *"Piano regionale della prevenzione"* (DGR 1243/2015), il *"Piano regionale dell'emergenza urgenza"* (DGR 2039/2015) ed il *"Piano regionale per la Medicina di Laboratorio"* (DGR 599/2017), che risultano in fasi più o meno avanzate di attuazione e che potranno essere oggetto di adeguamento conformemente al nuovo assetto organizzativo.

Nel corso del 2018 sono state approvate ulteriori n. 3 reti di patologia (*Pediatria, 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 2019 proseguono le azioni di *governance* clinica di:

- a. promozione della salute e assistenza integrata;
- b. revisione dei *setting* assistenziali per le principali malattie croniche e di maggiore criticità;
- c. razionalizzazione dell'offerta e dell'effettiva copertura alla popolazione delle prestazioni di evidente e dimostrata efficacia, con l'obiettivo di eliminare le pratiche obsolete ed inutili, disinvestendo ciò che è inefficace (spreco) e reinvestendo le risorse e le competenze recuperate in pratiche o interventi sanitari o organizzativi efficaci;
- d. adozione, nelle scelte di programmazione aziendale, di criteri espliciti di evidenza e di provata scientificità, sia per le tecnologie sia per i processi assistenziali;
- e. revisione degli attuali modelli organizzativi, al fine di renderli sempre più conformi alle esigenze del paziente e dei suoi familiari;
- f. garanzia al cittadino del rispetto dei tempi d'attesa in regime ospedaliero ed ambulatoriale, in coerenza con la DGR 2034/2015 e relativa applicazione;
- g. utilizzo di strumenti di valutazione degli esiti assistenziali e dell'impatto sulla salute della comunità;
- h. sostegno ai processi di *governance* con l'estensione e l'innovazione della tecnologia informatica;
- i. coinvolgimento del personale.

## 2. LE PROGETTUALITA' ANNUALI

### 2.1 Promozione della salute e prevenzione

La prevenzione e promozione della salute, coerentemente con la centralità assegnata dalla legge di riforma del Servizio sanitario regionale, sono funzione fondamentale della programmazione della salute regionale. Il Piano Regionale della Prevenzione (PRP) individua i macro obiettivi, i programmi, le azioni e gli indicatori, che coinvolgendo in modo coordinato e trasversale tutte le strutture aziendali mirano al raggiungimento delle finalità previste dal piano stesso. Con DGR 1683/2018 sono state approvate la rimodulazione delle attività del 2018 del Piano regionale della prevenzione e la proroga al 2019.

La programmazione 2019, a fronte di ciascun programma individuato dal Piano, ha identificato degli obiettivi specifici e definito un risultato atteso.

Per la **tutela della salute della donna** durante i corsi di preparazione al parto e presso i centri nascita è importante la figura dell'ostetrica per trasmettere messaggi relativi all'adozione di stili di vita sani (alimentazione, astensione dal fumo, attività fisica, malattie sessualmente trasmesse, screening oncologici ecc.).

Uno degli obiettivi perseguiti nell'ambito del **programma I PRP Migliorare la salute nei soggetti a rischio MCNT e malati cronici**, è l'avvio di uno screening opportunistico su stili di vita e rischio cardiovascolare globale nelle Aziende sanitarie della regione in coordinamento con i medici di medicina generale. Il calcolo del rischio Cardiovascolare viene infatti attuato in una minoranza di casi nel FVG, ma rappresenta il primo passo per la diffusione e il rafforzamento degli stili di vita sani e per l'inizio precoce della terapia farmacologica nei casi a rischio alto/molto alto. I pazienti a rischio cardiovascolare aumentato possono essere avviati a percorsi per la diagnosi del danno d'organo, di cura e presa in carico specialistica

L'andamento dei programmi prevenzione legati agli **screening oncologici**, ha evidenziato un netto miglioramento degli indicatori di performance e segnatamente dell'adesione nel biennio 2017-2018. E' prioritario che le Aziende sfruttino tutti gli strumenti a disposizione per perseguire gli obiettivi di adesione del Piano Prevenzione assicurando al contempo il rigoroso rispetto degli standard qualitativi di erogazione di programmi di salute pubblica che interessano ogni anno 350.000 persone in Regione.

Continuano le attività collegate agli screening neonatali nonché al programma regionale per l'identificazione precoce di patologie infantili, coordinate dall'IRCCS Burlo Garofolo

Nel corso del 2019, continuano le attività collegate agli **screening neonatali** nonché al programma regionale per l'identificazione precoce di patologie infantili, coordinate dall'IRCCS Burlo Garofolo. L'istituto provvederà a coordinare i lavori finalizzati alla diffusione e applicazione di una procedura regionale per lo screening neonatale audiologico ed oftalmologico con aggiornamento del PDTA, per lo screening neonatale metabolico esteso, per l'identificazione precoce della fibrosi cistica e dell'emoglobinopatia nella popolazione a rischio.

Il **programma III "Salute e sicurezza nelle scuole e benessere dei giovani"** individua nelle scuole il luogo privilegiato dove è possibile contribuire alla trasmissione e diffusione di una nuova cultura della salute sempre più orientata ad interventi di empowerment della persona, che favorisca lo sviluppo di capacità personali e sociali (life skills), al fine di rendere i giovani responsabili e consapevoli delle scelte di vita.

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

Continua, mediante iniziative di comunicazione e informazione alla popolazione, il consolidamento, della rete territoriale di interventi e iniziative finalizzati alla prevenzione degli **incidenti stradali (Programma VI PRP)**. Le aziende devono partecipare alle attività che verranno adottate nel 2019 e dovranno promuovere iniziative a livello locale di sensibilizzazione e informazione sugli incidenti stradali. Rimangono obiettivo prioritario, le azioni di formazione e sensibilizzazione rivolte alla prevenzione gli incidenti domestici **(Programma VII PRP)**.

Nell'ambito degli obiettivi perseguiti dal **programma VIII "Miglioramento della qualità nelle attività del dipartimento di prevenzione con particolare riferimento alle attività di vigilanza e controllo"**, nel corso del 2018 sono stati completati i corsi per auditor, rivolti al personale che opera negli Organi di Vigilanza sui temi della Salute e della Sicurezza del lavoro, le cui esperienze verranno messe a frutto nel 2019. Sul fronte della vigilanza, anche nel corso del 2019 dovranno essere proseguite le iniziative di verifica dell'applicazione omogenea delle procedure di vigilanza in edilizia e in agricoltura in ambito regionale.

Verrà data continuazione alla programmazione territoriale degli interventi di vigilanza svolti dalle strutture di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro nei settori a maggior rischio dell'edilizia e dell'agricoltura, proseguendo nelle azioni sviluppate negli scorsi anni allo scopo di **Migliorare la salute e la sicurezza nei comparti a maggior rischio (Programma IX PRP)**.

Per quanto riguarda l'**Emergenza e prevenzione delle malattie professionali in Friuli Venezia Giulia e promozione della salute nei luoghi di lavoro (Programma X PRP)**, si dovrà garantire un'omogenea attività di informazione e assistenza in materia di salute e sicurezza, nei vari comparti produttivi o di servizio ponendo come priorità le attività di prevenzione per mitigare i rischi derivanti dalle differenze di genere, quelli individuali legati all'età, con particolare riferimento all'insorgenza di malattie o disturbi muscolo – scheletrici, quelli correlati allo stress lavoro correlato e quelli legati a rischi emergenti.

Anche nel 2019, in tema di **Miglioramento dei sistemi informativi e di sorveglianza (Programma XI PRP)**, saranno sviluppati e mantenuti i sistemi di sorveglianza nella rete della sanità pubblica regionale.

Dovrà essere assicurata l'attività prevista dai programmi di sorveglianza nazionali PASSI, PASSI d'Argento, Okkio alla salute e HBSC (Health Behaviour in School-aged Children), che supportano la valutazione dei risultati dei programmi di prevenzione e che sono indispensabile strumento per il Piano Prevenzione.

L'obiettivo strategico del programma riguarda aspetti di sorveglianza e azioni di controllo previste dal PRP 2018-2019, in particolare proseguiranno le attività routinarie di sorveglianza delle malattie infettive e le attività di vaccinazione in base al piano vaccinazioni e ai protocolli regionali. Le azioni previste riguarderanno il mantenimento e il miglioramento dei sistemi di sorveglianza e dei metodi di controllo delle malattie infettive (soprattutto attraverso le vaccinazioni). La formazione degli operatori sanitari, l'informazione e la comunicazione rivolte agli operatori sanitari e alla popolazione dovranno continuare ad essere azioni fondamentali per raggiungere gli obiettivi del PRP.

Proseguiranno inoltre le azioni previste dal Piano nazionale di contrasto alle resistenze antimicrobiche 2017-2020.

In tema di **“Alimentazione e salute: promozione di un'alimentazione sana, sicura e sostenibile (Programma XV PRP)”**, prosegue l'impegno nel favorire il mantenimento di un buono stato di salute per tutte le persone lungo tutto il corso dell'esistenza, prevenendo l'insorgenza di MCNT attraverso la protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno, migliorando le abitudini alimentari di piccoli, giovani, adulti e anziani, con particolare attenzione alle fasce più vulnerabili e ai soggetti intolleranti e allergici. Nell'ambito delle attività che le aziende sanitarie devono sviluppare, proseguono i percorsi formativi sull'allattamento al seno programmati dalla regione, organizzati dal Burlo e diretti agli operatori dedicati.

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

## **2.2 Assistenza distrettuale e assistenza sociosanitaria**

Se il “mondo-ospedale” ha un'organizzazione molto ben definibile nelle sue relazioni gerarchiche e nelle conseguenti analisi per processi, il “mondo-territorio” ha per sua natura caratteristiche matriciali, geometrie e modalità di approccio non necessariamente piramidali. Semplificando, il “territorio” (inteso non solo come assistenza primaria ma come “tutto ciò che esula da un ricovero per acuti”) ha due direttrici di azione principali:

- mantenere le persone nel miglior stato di salute possibile, anche attraverso politiche di prevenzione e di promozione della salute,
- mantenere il più a lungo possibile le persone nel loro ambiente di vita abituale creando valide alternative al ricovero ospedaliero attraverso una gestione proattiva, integrata e multiprofessionale della cronicità (tale da intercettare e possibilmente prevenire, limitare, ritardare complicazioni, ricadute, riacutizzazioni - che generano ricoveri spesso evitabili).

Per entrambe le direttrici è imprescindibile lavorare d'iniziativa e non (solo) d'attesa. Entrambe le direttrici presuppongono una forte interazione tra dimensioni clinico-assistenziali e dimensioni socio-assistenziali. Entrambe le direttrici, inoltre, costituiscono l'asse portante dei contenuti del Piano Nazionale della Cronicità (PNC, 15.9.2016), atto di indirizzo governativo che trova la sua declinazione all'interno della programmazione regionale.

Nel corso del 2019, alla luce del riassetto organizzativo e culturale del sistema sanitario regionale, si intende procedere a un'attenta ricognizione dell'esistente, con particolare riferimento all'organizzazione, alle attività distrettuali ed allo stato di realizzazione delle nuove forme organizzative dell'assistenza primaria, anche al fine di garantire un riorientamento in funzione della transizione verso il nuovo assetto di governance.

Nell'ambito dell'integrazione sociosanitaria il processo di innovazione del sistema di welfare si orienta sempre di più verso una maggiore personalizzazione dei percorsi di cura e inclusione e verso un riordino del sistema di offerta, per differenziare e flessibilizzare quanto più possibile la risposta ai bisogni di anziani, disabili, minori, persone con problemi di salute mentale e di dipendenza.

In continuità con il 2018, la Regione intende organizzare la propria attività di programmazione, al fine di garantire uniformità sul proprio territorio nelle modalità, nelle procedure e negli strumenti di

valutazione multidimensionale in tutte le fasi del progetto di assistenza alla persona, definendo 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.

### **2.2.1 Assistenza distrettuale**

In materia di **assistenza primaria**, il 31 dicembre 2018 si conclude il triennio di sperimentazione definito dall'Accordo Integrativo Regionale (AIR) della medicina generale di cui alla DGR 39 del 15 gennaio 2016 che prevedeva in particolare una riorganizzazione dell'assistenza medica primaria, con progressiva trasformazione delle forme organizzative preesistenti nelle nuove forme organizzative previste dalla legge di riordino del sistema sanitario regionale: AFT, MGI, CAP, presidi ospedalieri per la salute. Lo stesso AIR aveva anche previsto un percorso basato sulla definizione annuale di obiettivi di salute, di percorsi assistenziali e di monitoraggio degli indicatori di qualità dell'assistenza. A partire dalla DGR 39/2016, si sono succedute altre DGR a recepimento degli obiettivi annualmente definiti in sede di Comitato regionale ex art.24 dell'ACN per la medicina generale; ulteriori atti deliberativi sono spesso intervenuti a ridefinire con modifiche, stralci o integrazioni quegli obiettivi rivelatisi non adeguati in corso d'opera. Il 2019 sarà un anno di transizione, da dedicare all'attenta valutazione dei risultati ottenuti nel corso del triennio precedente in funzione dell'AIR e verso la definizione di un assetto dell'assistenza primaria coerente con l'avvio della nuova organizzazione del servizio sanitario regionale. Si ritiene pertanto che per il 2019 l'organizzazione complessiva dell'assistenza primaria debba essere valutata senza stravolgimenti e che vadano riaffermate le logiche che hanno portato all'avvio delle AFT e delle nuove MGI, anche mediante la definizione di obiettivi coerenti con il modello del triennio precedente ma adeguatamente misurabili e verificabili. Le Aziende attraverso le direzioni distrettuali sono tenute a rispettare le modalità e la tempistica della misurazione e della valutazione del livello di raggiungimento degli obiettivi definita negli AAIIIR. Al fine di esercitare adeguatamente le proprie funzioni di indirizzo e pianificazione strategica, monitoraggio e controllo, nel 2019 la DCS intende sistematizzare la disponibilità di informazioni necessarie a garantire la propria funzione di governance anche attraverso iniziative finalizzate al monitoraggio dei dati relativi alla realizzazione di quanto previsto in AIR, con particolare riferimento alle connessioni informatiche (presupposto imprescindibile per la dematerializzazione delle prescrizioni di farmaceutica e specialistica e per l'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico), allo sviluppo delle forme organizzative dell'assistenza primaria e al monitoraggio e alla valutazione delle attività svolte anche relativamente agli obiettivi di salute. In particolare, un'attenta analisi e valutazione dello stato di realizzazione dei CAP e dei Presidi ospedalieri per la salute (POS) e del loro funzionamento andrà effettuata, soprattutto in considerazione degli obiettivi di struttura che si sono succeduti nel triennio 2016-18 (dalla previsione dell'apertura di almeno 2 CAP per Azienda nel 2016, alla previsione dell'apertura di almeno 4 CAP per Azienda nel 2017, alla previsione dell'apertura di almeno un CAP ogni 40-60.000 abitanti nel 2018). La valutazione presupporrà un'attenta riflessione su finalità, funzioni e compiti, sull'organizzazione – anche in funzione delle diverse caratteristiche geomorfologiche e di densità abitativa che caratterizzano il territorio regionale, sull'armonizzazione delle funzioni erogative monoprofessionali previste a livello di medicina di gruppo integrata rispetto alle previsioni multiprofessionali dei CAP. Lo sviluppo delle varie forme associative della medicina generale (AFT, MGI, CAP, POS), ha finora riguardato quasi esclusivamente i c.d. medici di assistenza primaria (con

rapporto di lavoro regolato in base al numero di scelte in carico). Andrà opportunamente censita e armonizzata l'attività dei medici a rapporto orario (medici di continuità assistenziale, MCA), al fine di un loro progressivo inserimento nelle forme associative – in primis le AFT. La loro attività prevalente (notturna, prefestiva e festiva) non è attualmente regolamentata in maniera univoca a livello regionale. Vanno pertanto censiti e armonizzati eventuali regolamenti aziendali, così come vanno riportate in una logica di sistema e di coerenza su tutto il territorio regionale le tematiche relative alle quote incentivanti collegate a obiettivi. Inoltre, in varie Aziende i MCA sono impiegati – mediante accordi aziendali – in attività diverse (a rapporto orario) da quelle a copertura della continuità assistenziale negli orari e nei giorni non coperti dai medici di assistenza primaria. Il loro impiego nella rete di cure palliative, negli hospice, nelle RSA, nelle strutture intermedie, nell'assistenza ai richiedenti asilo, nella sanità penitenziaria sono esperienze che vanno censite, regolamentate e sistematizzate. In questo ambito andrà valutato anche il possibile impiego di questi professionisti (e se del caso dei medici di emergenza territoriale, MET) in attività di rinforzo presso i PS, ma anche per la risposta domiciliare a richieste “non emergenti e non differibili”, nell'ambito delle MGI. Tutte le Aziende dovranno dotare ogni singola sede di continuità assistenziale di idonee postazioni informatiche e mettere tutti i MCA in condizione di garantire la registrazione informatica delle prestazioni erogate e delle informazioni sanitarie necessarie alla continuità delle cure sull'apposito applicativo (messo a disposizione da Insiel e già in uso presso ASUIUD e AAS2).

Nel corso del 2019, a cura della DCS e con il supporto della costituenda ARCS, sarà riattivato il coordinamento di tutti gli uffici aziendali deputati alla gestione dei rapporti con i professionisti convenzionati al fine di raccogliere i dati necessari alle valutazioni di cui sopra, analizzare criticamente lo stato di realizzazione degli Accordi, avviare un monitoraggio costante delle attività, degli obiettivi e dell'impiego di risorse che derivano da tali Accordi.

Per la definizione dei contenuti professionali che possano portare alla stesura di una piattaforma negoziale di parte pubblica per i futuri accordi, la DCS intende inoltre avvalersi dell'apporto di diversi professionisti, quali ad esempio quelli già coinvolti nel tavolo di coordinamento dei distretti o nel gruppo di lavoro sul piano della cronicità.

È inoltre da tener conto che, nel corso del 2018, acquisito l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome, sono state sancite intese sugli Accordi Collettivi Nazionali per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, con i pediatri di libera scelta e con i medici specialisti ambulatoriali per il triennio 2016-2018 (Rep. Atti n 113/CRS del 21 giugno 2018), ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni. Tali intese prevedono che la programmazione regionale finalizzi i rispettivi AAIRR alla realizzazione delle esigenze assistenziali del proprio territorio, tenendo conto anche degli indirizzi di politica sanitaria nazionale in tema di attuazione degli obiettivi prioritari declinati nel piano nazionale della cronicità, nel piano nazionale prevenzione vaccinale, nell'accesso improprio al pronto soccorso e nel governo delle liste d'attesa e dell'appropriatezza. Nel 2018 era previsto nelle linee di indirizzo del SSR anche il recepimento dell'Accordo Collettivo Nazionale del 21.12.2015 per la specialistica ambulatoriale mediante la sottoscrizione di un conseguente AIR, nonché l'estensione dell'Accordo Integrativo Regionale con la Pediatria di libera scelta attraverso la sottoscrizione di un preaccordo, preliminare alle negoziazioni per un AIR. Verrà valutata la riproposizione per il 2019 di tali attività, dovendosi tenere opportunamente conto delle previsioni degli AACCN resi attuativi il 21 giugno 2018.

Per quanto attiene le **attività distrettuali a supporto delle cure di lungo termine** il PNC definisce con analisi estremamente lucida non solo i macroprocessi di gestione della persona con

cronicità (stratificazione e targeting della popolazione; promozione della salute, prevenzione e diagnosi precoce; presa in carico e gestione del paziente; erogazione di interventi personalizzati per la gestione del paziente; valutazione della qualità delle cure erogate), ma ripositiona anche il paradigma del segmento di cure ospedaliero: *“L’ospedale va quindi concepito come uno snodo di alta specializzazione del sistema di cure per la cronicità, che interagisca con la specialistica ambulatoriale e con l’assistenza primaria, attraverso nuove formule organizzative che prevedano la creazione di reti multispecialistiche dedicate e “dimissioni assistite” nel territorio, finalizzate a ridurre il drop-out dalla rete assistenziale, causa frequente di ri-ospedalizzazione a breve termine e di outcome negativi nei pazienti con cronicità. ...”*

I suoi elementi chiave sono l’aderenza del paziente al percorso di cura personalizzato e dell’operatore sanitario alle evidenze scientifiche e alle linee guida; l’appropriatezza del percorso di cura, delle prestazioni e dei servizi erogati; la promozione della salute, prevenzione e diagnosi precoce; la domiciliarizzazione delle cure; l’informazione, l’educazione e l’empowerment del cittadino per creare consapevolezza e co-responsabilizzare la persona nel processo di cura; la formazione e la competenza degli operatori sanitari coinvolti nel processo di cura.

Il tema del governo della cronicità, della complessità e della fragilità è pertanto prioritario per orientare le scelte di sistema a livello dell’attività distrettuale, considerando che rispetto al momento “ricovero” c’è un “dopo” ma anche un “prima” e spesso un “invece”.

Il PNC utilizza quale paradigma di riferimento l’ormai ben noto Chronic Care Model (versione “extended”). La piramide del CCM è la logica in cui ipoteticamente poter posizionare ogni singola persona, stratificando in base a una complessità/gravità non solo clinica, ma di fragilità e di complessità (anche sociale).

I temi prioritari che il sistema, nella sua organizzazione, deve affrontare sono:

- la ricomposizione della frammentarietà dell’offerta assistenziale, attraverso una revisione dei percorsi e dei flussi del paziente nella logica della continuità;
- la ricomposizione di tutte quelle situazioni di complessità clinica e assistenziale legate alla comorbidità e alla polipatologia, in cui l’applicazione dei PDTA monopatologia non garantisce la soddisfazione dei bisogni di salute della persona.

Nei processi di cura e di assistenza, la necessità che per ogni persona presa in carico sia redatto un PAI/PRI quale risultante di una valutazione multidimensionale in UVD non può essere ridotta a mero atto burocratico ma deve diventare una lettura reale dei bisogni della singola persona e degli obiettivi realistici e sostenibili, elaborata da più punti di vista, professionali e non (necessario considerare il punto di vista dei caregiver e soprattutto dell’assistito). Tali obiettivi personalizzati – piuttosto che il numero e la cadenza delle prestazioni - dovrebbero regolare le attività di tutti (MMG o PLS, infermiere di comunità, terapeuta della riabilitazione, assistente sociale, ogni altra figura di assistenza).

L’auspicabile prossima disponibilità di strumenti informatici di stratificazione della complessità, quali l’ACG, dovrebbero contribuire a una più agevole lettura di questi fenomeni, come insieme e multilivello (regionale, aziendale, distrettuale, di AFT, di singolo medico), anche al fine di consentire attività di benchmark e di audit tra pari.

Va inoltre considerato come la cronicità non sia più da considerare prerogativa quasi esclusiva della popolazione over 65: malattie rare, disabilità e cronicità nelle fasce giovanili sono un nuovo target che va adeguatamente considerato anche nel riposizionamento dell’offerta del SSR.

Nella gestione della cronicità assumono un ruolo importante anche le professioni sanitarie, in quanto la cronicità non richiede solo la prestazione puntuale, ma necessita di una presa in carico globale della persona portatrice della malattia cronica e del care giver.

Sulla scorta di queste considerazioni è necessario lavorare sulla costruzione di team multi professionali che operino con una metodologia di lavoro multidisciplinare e integrata sempre in coerenza con il concetto dell'appropriatezza delle risorse. Il modello infermiere di comunità, di concerto con i MMG, ha ben interpretato questa esigenza nel dare risposte prossimali, globali e continuative ai nostri cittadini. Al MMG (e al PLS, per le situazioni di sua competenza), esperto della complessità dei fenomeni legati alla cronicità, va demandata la gestione clinica della comorbilità, in coerenza con le previsioni del PNC.

Nel corso del 2019 e in previsione del riordino del sistema, a cura di un gruppo di lavoro coordinato dalla DCS, si analizzerà il livello di realizzazione – in ambito regionale – di quanto proposto dal PNC, anche al fine di armonizzare i percorsi all'interno delle diverse reti cliniche, che rischiano di segmentarsi quali silos verticali e che richiedono uno sforzo di ulteriore integrazione soprattutto nelle situazioni di maggior complessità clinica.

Rimandando alcuni temi più specificamente propri dell'integrazione sociosanitaria ai relativi sottocapitoli (quali ad esempio: anziani non autosufficienti, disabilità, autismo, cure palliative e terapia del dolore, salute mentale), si ritiene di prevedere per il 2019 dei momenti di ricognizione, analisi, valutazione e proposta, propedeutici anche al futuro assetto delle attività distrettuali, avvalendosi di diversi tavoli professionali o gruppi di lavoro, alcuni dei quali già attivi, quali il coordinamento delle attività distrettuali, il gruppo tecnico di lavoro a supporto della definizione delle politiche di implementazione del Piano Nazionale della Cronicità, il tavolo regionale della malattia diabetica e altri che si attiveranno a cura della DCS.

Nel corso del 2019 si intende procedere, con il contributo di questi gruppi (che prevedono il coinvolgimento di professionalità provenienti dalle diverse Aziende sanitarie, a supporto degli uffici della DCS), alla ricognizione, all'analisi e all'elaborazione di proposte propedeutiche alle azioni che dovranno caratterizzare l'attività distrettuale in materia di cronicità una volta avviato il nuovo assetto istituzionale regionale. In particolare, si tratta di armonizzare la logica prevalentemente clinica che privilegia la stesura di PDTA per singola patologia con la logica complessa – non solo clinica - delle situazioni multiproblematiche che caratterizzano l'approccio ai fenomeni della cronicità e della fragilità nel mondo reale. Gli strumenti informatici già disponibili a sistema, quelli di prossima disponibilità e quelli di cui il sistema deve rapidamente dotarsi dovranno favorire queste analisi, a supporto delle conseguenti decisioni. I tavoli e i gruppi di lavoro contribuiranno inoltre a fornire ogni indicazione utile a un maggior coinvolgimento della medicina generale e della pediatria di libera scelta (anche a supporto della definizione degli Accordi regionali) sia nel momento della valutazione e della redazione del PAI sia nell'effettiva presa in carico, laddove lo stesso PNC affida a tali figure professionali la principale responsabilità clinica nel governo della cronicità.

Nel corso del 2019 verrà monitorato e valutato lo stato di attuazione dei due più recenti atti di programmazione regionale in tema di **malattia diabetica**, la DGR 1626 del 28 agosto 2015 "Recepimento piano nazionale sulla malattia diabetica ed approvazione atti di indirizzo regionali sull'assistenza alle persone con diabete" e la DGR 1572 del 22 agosto 2017 "Linee di indirizzo regionali per la gestione dell'iperglicemia e del diabete in ospedale".

Nel riproporre alcune considerazioni contenute nella prima delle due DGR sulle criticità (inadeguatezza dei programmi di cura per il diabete mellito generalmente ascrivibile a sistemi di erogazione progettati e organizzati per la cura delle malattie in fase acuta, frammentazione dell'erogazione dei servizi, fragilità dei sistemi di coordinamento, insufficiente capacità di trasmettere informazioni e di sostenere i pazienti nella modifica dei cambiamenti) e sulle auspicabili soluzioni (necessità di stretta collaborazione tra medici specialisti e MMG/PLS, interventi coordinati, percorsi assistenziali predefiniti, costituzione di team multi-professionali, continuità delle cure, informazione ed educazione dei pazienti all'autogestione, sistemi di raccolta dati su percorsi ed esiti), si riconferma la necessità di adottare un modello organizzativo a "rete" tra servizi specialistici (ospedalieri e territoriali) e operatori territoriali (MMG/PLS, infermiere dei servizi territoriali/di comunità, dietista, farmacista, volontari).

In particolare, pur riconfermando l'importanza di adeguate cure ospedaliere in occasione di ricovero per acuzie, secondo i contenuti della DGR 1572 ("...nei Presidi Ospedalieri Hub di secondo livello ... è necessario garantire la presenza di un team diabetologico ospedaliero adeguatamente strutturato..."), la strutturazione organizzativa che prevede l'organizzazione di servizi specialistici ospedalieri e/o territoriali (servizio di diabetologia/ambulatorio di diabetologia), non può avvenire a discapito di questi ultimi, date le caratteristiche di cronicità e della storia clinica della patologia, che riguarda tutta la durata della vita delle persone, ben al di là del momento incidente di un ricovero per acuti. Andrà pertanto effettuata una mappatura dell'attuale offerta diabetologica regionale, al fine di armonizzarla su tutto l'ambito territoriale regionale, secondo logiche di rete, anche in previsione del riordino del sistema.

Si ribadisce inoltre la necessità di organizzare tavoli di audit clinico in ambito distrettuale, con particolare riferimento al livello di AFT, proseguendo la positiva esperienza avviata negli ultimi anni in applicazione dell'Accordo Integrativo Regionale per la Medicina Generale, al fine di valutare le performance individuali e di gruppo e gli scostamenti dai valori definiti dalle linee guida di riferimento. Tali momenti di audit potranno anche riguardare una più precisa identificazione – condivisa in ambito di AFT tra direzioni di distretto e MMG – delle persone da includere nel monitoraggio (perché non note a sistema ma diagnosticate dal MMG) e di quelle da escludere (in quanto non diabetiche, contrariamente a quanto risultante dai dati di natura amministrativa, oppure in quanto non sottoponibili al follow up previsto a causa di condizioni critiche o scarsa aspettativa di vita), al fine di predefinire e concordare il denominatore di popolazione su cui verranno effettuate le successive valutazioni.

Andrà infine verificata, sia attraverso un'analisi dei dati, sia attraverso momenti di audit tra pari (anche in AFT), la congruenza nella pratica reale dei criteri di priorità U, B, D, P previsti nel PDTA della DGR 1626.

Vista l'importanza del coinvolgimento attivo, della responsabilizzazione e dell'educazione terapeutica del paziente diabetico per il controllo della malattia, un sottogruppo del tavolo tecnico regionale sta revisionando il documento "Programma di educazione terapeutica rivolto al soggetto diabetico" approvato con DGR 1588/2008. Appena approvato verrà messo a disposizione delle Aziende per la sua applicazione.

Nell'anno 2019 è previsto l'inizio delle attività che porterà al **Piano Regionale della Riabilitazione**. Questo richiederà la partecipazione di tutte le Aziende a un gruppo di lavoro regionale.

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

Con decreto n. 632/2017 del Direttore centrale salute è stata attivata la Consulta con le associazioni dei familiari di cui all'Accordo CSR Rep. n. 44 del 5/5/2011; nel 2019 proseguono i lavori della Consulta con la partecipazione dei rappresentanti delle Aziende Sanitarie.

Nel 2018, ad ora, sono stati attivati in quasi tutte le Aziende, con eccezione di AAS3, i gruppi integrati neuromuscolari (GIN) con la finalità della presa in carico della persona con malattia neuromuscolare nell'ambito territoriale di competenza. Inoltre è stato approvato il percorso diagnostico terapeutico e assistenziale, di seguito PDTA, per le persone con sclerosi multipla nella Regione Friuli Venezia Giulia (DGR n. 11/2018), con la conseguente attivazione a livello aziendale del PDTA per la sclerosi multipla. Sono infine proseguiti i lavori per la redazione del PDTA regionale per la sclerosi laterale amiotrofica (SLA).

Nel 2019 verranno attivati i GIN in ogni Azienda e proseguiranno i lavori di formazione e monitoraggio del PDTA sulla sclerosi multipla e inizieranno i lavori di attivazione del PDTA sulla SLA. I PDTA riabilitativi attualmente presenti in regione saranno integrati con i PDTA della riabilitazione oncologica.

### **2.2.2 Assistenza sociosanitaria**

Il processo di innovazione del sistema di welfare si orienta sempre di più verso una maggiore personalizzazione dei percorsi di cura e inclusione e verso un riordino del sistema di offerta, per differenziare e flessibilizzare quanto più possibile la risposta ai bisogni di anziani, disabili, minori, persone con problemi di salute mentale e di dipendenza.

In continuità con il 2018 la Regione intende organizzare la propria attività di programmazione, al fine di garantire uniformità sul proprio territorio nelle modalità, nelle procedure e negli strumenti di valutazione multidimensionale in tutte le fasi del progetto di assistenza alla persona, definendo 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.

Proseguono anche nel 2019 i processi di innovazione già iniziati nel 2018 e che hanno quale obiettivo il consolidamento di un importante 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. Con il processo di riqualificazione si intende portare la persona anziana e i suoi bisogni al centro del sistema e della rete dei servizi e di realizzare una strategia incentrata sulla personalizzazione del processo di cura, da attuare attraverso le azioni di seguito illustrate.

Dal 2019 è a regime il nuovo sistema di classificazione dei ricoveri nelle RSA sulla base dei tre livelli assistenziali: base, medio, riabilitativo.

Pertanto ogni azienda sanitaria nella stipula degli accordi con il privato accreditato dovrà prevedere nel rispettivo budget annuale e/o pluriennale il volume dei ricoveri per livello assistenziale ed in relazione al proprio fabbisogno.

Nelle more di armonizzare l'offerta delle strutture intermedie nonché aggiornare la DGR 2151/2015 con il recente DPCM 12 gennaio 2017, si raccomanda alle aziende sanitarie in sede di UVD di determinare la tipologia di ricovero e la conseguente durata della degenza ai sensi della citata delibera nonché di valutare con attenzione la necessità di prolungare per motivi clinici sanitari la durata del ricovero oltre i valori soglia ad oggi previsti di 30 o 40 gg.

Tutte le Aziende continuano 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. In continuità l'anno 2018, tutte le Aziende provvedono a valutare, mediante l'utilizzo del **sistema di VMD Val.Graf.-FVG**, tutte le persone per le quali è previsto l'accoglimento in un servizio semiresidenziale o residenziale secondo le disposizioni normative vigenti. Inoltre, al fine di garantire maggior equità e ridurre i margini di discrezionalità di trattamento per gli accessi ai posti letto convenzionati in strutture residenziali per anziani, ogni Azienda definisce, sulla base degli indirizzi che verranno forniti dalla Regione e nel rispetto delle specificità presenti a livello locale, procedure uniformi e condivise a livello territoriale per l'ingresso nelle strutture residenziali convenzionate. Nelle more della definizione del nuovo sistema di finanziamento, che recepirà le disposizioni previste in tema di Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), concorrono alla composizione del valore economico delle prestazioni LEA, i contributi regionali attualmente finalizzati all'abbattimento della retta di accoglienza, congiuntamente agli oneri sanitari attualmente riconosciuti attraverso le convenzioni stipulate con gli enti gestori.

Per l'anno 2019, tutte le Aziende continuano a riconoscere i suddetti finanziamenti nella misura prevista dalle vigenti disposizioni regionali.

Le Aziende, inoltre, concludono il percorso avviato nel 2018 per l'assegnazione dei posti letto convenzionabili aggiuntivi, attribuiti a ciascuna Azienda con DGR n. 1828 del 05/10/2018, secondo le procedure e modalità ivi indicate.

Per l'attribuzione della quota di abbattimento retta relativa ai posti letto aggiuntivi, hanno diritto di prelazione le persone in condizione di non autosufficienza che, alla data della stipula della convenzione, risultano essere già ospiti della Residenza. Il beneficio andrà riconosciuto agli utenti seguendo l'ordine cronologico di ingresso nella Residenza, con priorità per le persone accolte da più tempo, fino all'esaurimento dei posti.

La condizione di non autosufficienza deve essere certificata dal Distretto tramite il sistema di VMD Val.Graf.-FVG. Le persone la cui valutazione risale a un periodo superiore a sei mesi, dovranno essere necessariamente rivalutate dal Distretto stesso. Qualora l'utente dovesse risultare autosufficiente non avrà diritto alla quota di abbattimento della retta.

Tutte le Aziende proseguono nelle attività di verifica e approfondimento dei percorsi avviati negli anni precedenti e realizzano almeno due visite di audit approfondite. Ciascuna Azienda provvede inoltre a redigere e trasmettere alla Direzione Centrale competente entro il primo semestre del 2019, una relazione illustrativa delle attività di **monitoraggio e promozione della qualità** svolte nell'anno precedente.

Si prosegue nel percorso intrapreso nel 2018 di riforma del settore della **disabilità** attraverso scelte strategiche di programmazione, che siano in linea con gli indirizzi normativi nazionali (LEA) e internazionali. Si promuove inoltre un percorso di 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. Al fine di supportare il processo di riforma del settore della disabilità, si rende indispensabile completare l'attività di valutazione delle condizioni di vita (in particolare per le problematiche di tipo sanitario), già avviata nel 2017 e proseguita nel 2018, per gli utenti in carico ai servizi residenziali e semiresidenziali di cui all'art.6 comma 1 della LR 41/96. In particolare, per l'anno 2019, le AAS e ASUI provvedono alla valutazione per gli aspetti sanitari degli utenti dei servizi residenziali e semiresidenziali per persone con disabilità non ancora valutati negli anni scorsi secondo le modalità approvate dalla Regione. 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.

Il livello regionale procederà, attraverso la collaborazione dei referenti delle Aziende, 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.

L'amministrazione regionale prosegue anche nel 2019 nella definizione di percorsi che garantiscano 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 degli ultimi anni ha avviato un percorso di revisione della regolamentazione vigente e si è posta quale obiettivo la riduzione del numero dei minori inseriti in comunità e la diminuzione dei tempi di permanenza dei minori in comunità. Ciò premesso, per l'anno 2019, tutte le AAS e ASUI collaborano alla messa a regime del percorso delineato dalle Linee di indirizzo relative ai percorsi di accoglienza in strutture residenziali e semiresidenziali dei minori e alla gestione delle procedure di autorizzazione delle stesse, definite dai regolamenti regionali.

Il risultato atteso di questo processo per ciascuna Azienda è attuare le procedure previste per la riclassificazione delle strutture residenziali e semiresidenziali per minori, garantire una appropriata partecipazione alle equipe integrate per la valutazione dei minori accolti in strutture residenziali e semiresidenziali, in stretto raccordo con i Servizi sociali dei Comuni del proprio territorio e favorire il rientro dei minori accolti in comunità fuori regione.

Per quanto riguarda l'età adulta nel 2018 le Aziende hanno avviato l'attuazione degli obiettivi previsti dal **Piano regionale salute mentale** per l'età evolutiva e l'età adulta 2018-2020, attraverso iniziative per l'integrazione tra cure primarie e specialistiche e relativi percorsi di cura, con particolare riferimento alla presa in carico dei disturbi mentali comuni, la formalizzazione di un percorso aziendale congiunto (NPIA, DSM, PLS e MMG) per la definizione della fase di transizione delle cure e la partecipazione all'attività di supporto nell'ambito dell'impiego dei BIS, finalizzate, in relazione al

Capitolato unico regionale per la coprogettazione e cogestione di PTRI in partenariato con gli Enti del Terzo Settore, a sostenere e orientare l'impiego dello strumento, in relazione alle finalità individuate, con particolare riferimento alla personalizzazione, alla domiciliarità degli interventi e alla costruzione di opportunità di inclusione sociolavorativa.

In particolare sono stati realizzati nel 2018, 5 incontri (Tavolo Tecnico Regionale) con gli operatori dei DSM individuati dalle Aziende Sanitarie al fine di monitorare e avviare processi valutativi congiunti a livello regionale finalizzati al miglioramento degli interventi in essere anche attraverso la raccolta e condivisione dei diversi strumenti a supporto della presa in carico e dei percorsi terapeutico riabilitativi attualmente in uso presso i Servizi.

A livello gestionale e a completezza dell'attività di ricognizione dell'utilizzo dello strumento è stato realizzato in ciascun DSM un ulteriore incontro di verifica di un singolo PTRI con BIS, per meglio evidenziare le eventuali criticità nell'impiego della metodologia, sia a livello tecnico professionale che a livello amministrativo.

Ciò ha permesso di individuare un unico strumento regionale integrato a supporto del percorso assistenziale complessivo (scheda di processo con guida alla compilazione), disegnare un'attività di carattere valutativo in relazione agli esiti dei PTRI con BIS e progettare un'attività formativa partecipata. Tali interventi e l'adozione della scheda individuata che confluirà nel sistema informativo unico per i DSM, si realizzeranno nel 2019.

Nel 2019 al fine di dare seguito all'attuazione del PANSM la Direzione costituirà un coordinamento tecnico con il compito di redigere linee di indirizzo sull'integrazione tra cure primarie e servizi di salute mentale, individuare strumenti di lavoro per la comune collaborazione, raccolta di buone pratiche, promozione di attività di formazione congiunta, anche con riferimento all'uso delle linee guida dell'OMS (mhGAP -IG).

Saranno inoltre avviati i lavori finalizzati al miglioramento dell'assistenza delle persone con comorbidità con abuso di sostanze.

Nell'ambito delle emergenze psichiatriche si avvieranno i lavori interistituzionali per lo sviluppo di modelli innovativi di collaborazione nelle situazioni di crisi.

Quale obiettivo strategico di sistema è previsto il coordinamento delle attività per lo sviluppo del nuovo gestionale informativo per la salute mentale e l'implementazione dello stesso, previa sperimentazione pilota in un'Azienda da identificare per l'età adulta e per l'età evolutiva.

Per quanto riguarda la salute mentale in età evolutiva nel 2019 si proseguirà con all'attuazione di quanto previsto dal Piano di settore. In particolare nel corso del 2019 verrà predisposto un percorso per la fase di transizione dall'età evolutiva all'età adulta.

Le Aziende predispongono un percorso aziendale, codificato e concordato con le varie strutture coinvolte, per i disturbi psichici gravi all'esordio e per le acuzie psichiatriche in adolescenza, secondo le indicazioni del Piano salute mentale infanzia, adolescenza ed età adulta (DGR 732/2018) (indicatore: evidenza documentale). Anche nel 2019 a livello regionale verranno dedicate delle risorse finanziarie per l'applicazione dello strumento dei BIS anche nei progetti per la salute mentale in età evolutiva.

Nel corso del 2018 sono proseguite gli interventi per il consolidamento **della rete assistenziale per i disturbi del comportamento alimentare**, di cui alla DGR 668/2017, sostenuti da appositi stanziamenti di risorse. In particolare le Aziende hanno provveduto alla messa a regime degli ambulatori DCA con la disponibilità di un'equipe funzionale e all'operatività di tre Centri Diurni a livello regionale. L'attività semiresidenziale che, tra l'altro, riveste una valenza strategica nell'ottica di

facilitare la presa in carico vicino al luogo di residenza e ridurre le fughe extraregionali, ha presentato difficoltà di attuazione.

Nel corso del 2019 è quindi prevista l'entrata a regime delle attività nei tre centri Diurni per adulti e minori e in coerenza con la DGR 668/2017, l'IRCCS Burlo Garofolo per i minori e l'ASUI UD per gli adulti garantiranno la funzione di Osservatorio epidemiologico per i DCA.

Nel 2018 le Aziende hanno proseguito l'implementazione di quanto contenuto nella DGR 165/2016 con alcune criticità che riguardano l'acquisizione di personale e le difficoltà connesse ai sistemi informativi. In particolare, nell'ambito della terapia antalgica in età adulta si sono evidenziate delle criticità nell'istituzione della reperibilità algologica h 24 per i centri Hub e nel recepimento dei criteri di priorità per visita algologica, con conseguente monitoraggio dei tempi di attesa.

Nel 2019, al fine di completare l'attuazione alla rete regionale delle **cure palliative e terapia del dolore** (DGR 165/2016) a tutti gli enti del SSR è richiesto di continuare l'attività di formazione in materia con le modalità individuate nel progetto formativo regionale.

È prevista, altresì, la prosecuzione degli obiettivi di miglioramento dell'attività delle cure palliative attraverso la previsione dell'assistenza da garantire h 24, l'adozione di criteri di accesso e il rispetto di tempistiche e modalità di presa per la presa in carico. Per quanto riguarda la terapia del dolore anche nel 2019 è richiesto agli Enti del SSR l'adozione di criteri di priorità condivisi a livello regionale e l'implementazione di codifiche ambulatoriali e di ricovero di terapia antalgica uniformi su tutto il territorio regionale; sarà posta, altresì, l'attenzione sui tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni di terapia del dolore e alla istituzione della reperibilità h 24 da parte dei centri Hub.

Nel 2019 il settore dell'assistenza terapeutico-riabilitativa delle **dipendenze** sarà interessato dal completamento del passaggio al sistema dell'autorizzazione/accreditamento/accordi contrattuali previsto dal DLGS 502/1992 e disciplinato dalla legge regionale 17/2014. Con DGR 2424/2018 si è infatti provveduto a determinare il fabbisogno complessivo di posti letto e le tariffe da applicare alle prestazioni oggetto degli accordi contrattuali previsti dall'articolo 50 della citata legge regionale, onde consentire alle Aziende sanitarie di addivenire a tali accordi con le strutture private a conclusione del processo di accreditamento in atto, per partire con il nuovo regime dal 2020 (v. art. 8, c. 8, l.r. 28/2018 e art. 9, c. 1, l.r. 29/2018).

In considerazione dell'evoluzione dei bisogni assistenziali dell'utenza e della riqualificazione operata nell'erogazione del servizio da parte delle strutture private in vista dell'accREDITAMENTO, per il periodo di transizione al nuovo sistema, la DGR 2424/2018 ha anche provveduto ad aggiornare la retta giornaliera "Terapeutico-riabilitativa" in regime residenziale per l'assistenza erogata alle persone con dipendenza patologica da parte delle strutture private operanti in regime di convenzione sulla base dell'autorizzazione provvisoria. Entro tale quadro di riassetto e riqualificazione dei servizi, nel riconoscimento dell'importanza del trattamento riabilitativo residenziale nel territorio di residenza dell'utente, necessario al mantenimento delle relazioni personali e socio-familiari educativamente e socialmente significative, è richiesto alle Aziende di adottare, tra i criteri di priorità di ammissione e compilazione delle liste di attesa, il criterio che vede l'utente indirizzato, in via prioritaria, presso le strutture terapeutiche presenti sul territorio dell'Azienda ove la persona ha la propria residenza, a meno che, per motivi legati alla miglior soddisfazione del bisogno manifestato dalla persona, non si renda necessario rivolgersi a enti extraregionali. Le Aziende daranno poi continuità d'intervento alla programmazione regionale di settore per quanto riguarda la promozione degli spazi di confronto tra servizi e terzo settore sulle metodologie di trattamento utilizzate e sui percorsi di trattamento

disponibili, per supportare la rete di cura rivolta a persone con problemi di disturbo da abuso di alcol, le risposte al problema emergente del disturbo da gioco d'azzardo di cui al Piano operativo regionale gioco d'azzardo patologico (GAP) 2017, attivando un sistema trasversale di accoglienza, informazione e orientamento per la prevenzione e la gestione della problematica delle dipendenze comportamentali, anche in collaborazione con i servizi e gli enti territoriali a ciò deputati e l'incremento dell'offerta del testing, in coerenza con il Piano regionale prevenzione 2018 – 2019, per 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.

Allo scopo di sostenere il monitoraggio delle azioni messe in campo dal SSR per le problematiche relative alla dipendenza, i Servizi per le dipendenze collaboreranno con l'Osservatorio regionale per le dipendenze al fine di consolidare l'uso di strumenti per la valutazione dell'outcome, monitorando in modo particolare l'accesso ai servizi degli adolescenti e dei giovani (under 25 anni).

In coerenza con la recente riforma del Terzo settore e con il conseguente percorso di trasformazione sociale, nell'ottica dell'innovazione e della promozione del benessere e dello sviluppo sostenibile della comunità locale, la Regione prosegue il sostegno alla **cooperazione sociale** attraverso interventi di incentivazione sia nella forma di contributi ad attività, investimenti o iniziative progettuali realizzate da enti iscritti all'Albo delle cooperative sociali, sia mediante il finanziamento delle convenzioni stipulate dagli enti pubblici con tali cooperative per la realizzazione di progetti relativi a prestazioni di servizi che prevedono l'inserimento lavorativo di persone svantaggiate. Nel territorio regionale la cooperazione sociale è presente in diversi servizi, alcuni dei quali indispensabili al funzionamento delle attività sanitarie, sociosanitarie e sociali. Attraverso diverse modalità di relazione con il pubblico svolge un importante ruolo a beneficio della popolazione fragile, operando in modo integrato nell'ambito dei percorsi di cura e di presa in carico delle persone.

La Direzione, inoltre, in un'ottica di sviluppo di sistema, intende promuovere raccordi e sinergie con le altre Direzioni regionali interessate nel processo e con i principali portatori di interesse. Nell'ambito dell'organo collegiale denominato Comitato tecnico consultivo per la cooperazione sociale, la Direzione avvia l'operatività di tavoli tecnici con rappresentanti della Regione, degli enti del servizio sanitario regionale, della cooperazione sociale, delle rappresentanze sindacali, delle associazioni dei disabili, nonché di Federsanità Anci e ANCI su argomenti giudicati critici, al fine di potenziare e adeguare, rispetto alle esigenze espresse dal tessuto sociale regionale, gli interventi di politica sociale dando sostegno ai servizi rivolti in particolare ai soggetti con disabilità.

I gruppi tecnici affronteranno, nel corso del 2019, tematiche quali la gestione della farmacoterapia nelle strutture territoriali, la formazione del personale sociosanitario, gli affidamenti di appalti alla cooperazione sociale e il trasporto sanitario, che coinvolgono, aspetti rilevanti del percorso di presa in carico delle persone fragili.

Nel corso del 2018 il programma regionale di **odontoiatria pubblica**, modificato dalla DGR n. 1681 del 08/09/2017, integrata dal decreto del Direttore Centrale Salute, Integrazione Socio-Sanitaria, Politiche Sociali e Famiglia n. 1241/SPS del 19/09/2017 ha visto ulteriore attuazione.

Tale programma di odontoiatria, non solo sociale, ma di rilevanza fondamentale per la Salute pubblica, ha come punti cardine la tutela della salute, con l'attuazione di programmi di prevenzione destinati alla popolazione pediatrica, la gestione delle urgenze odontostomatologiche, l'assistenza odontoiatrica a soggetti in condizioni di vulnerabilità sanitaria e/o sociale e l'erogazione di prestazioni EXTRA LEA aggiuntive per i soggetti residenti nella regione FVG. Tale programma regionale ha lo scopo di garantire a tutti i cittadini accessibilità, continuità ed efficacia delle cure

attraverso la razionalizzazione dei servizi, l'adeguatezza strutturale e strumentale e la condivisione di procedure e protocolli a garanzia della qualità e della sicurezza delle cure erogate.

Il 2019 sarà un anno di transizione, tenuto conto anche della nuova organizzazione del servizio sanitario regionale, dedicato da parte della Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità, con il supporto del Coordinamento Regionale, alla valutazione delle attività e dei servizi attivati e dei risultati ottenuti dal programma, al consolidamento del programma stesso e alla valutazione di eventuali modifiche ed integrazioni dei suoi contenuti, a partire dai risultati raggiunti e dai bisogni di salute della popolazione.

Si ritiene pertanto che per il 2019 l'organizzazione complessiva del programma debba essere valutata mediante la definizione di obiettivi adeguatamente misurabili e verificabili e declinati alle AAS/ASUI/IRCCS Burlo Garofolo in relazione alla effettiva realizzazione del programma di odontoiatria pubblica, alle liste di attesa, alla disponibilità di risorse e ai volumi di attività erogati storicamente.

### **2.3 Assistenza farmaceutica e assistenza integrativa**

Per la programmazione regionale si fa riferimento a quanto riportato nella DGR 448/2019 "Lr 49/1996, art 12 - linee annuali per la gestione del servizio sanitario e sociosanitario regionale per l'anno 2019: approvazione definitiva".

Nel corso del 2019 gli enti del SSR dovranno porre in essere tutte le misure indicate nella suddetta delibera per il rispetto dei tetti nazionali ridefiniti dalla Legge n. 232/2016 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2017 e bilancio pluriennale per il triennio 2017-2019" ("tetto per la spesa farmaceutica per acquisti diretti" pari al 6,89 % del FSR - farmaceutica ospedaliera, diretta e DPC, "tetto acquisito diretto gas medicinali (ATC V03AN)" pari allo 0,2% e "tetto per la spesa farmaceutica convenzionata" pari al 7,96 % del FSN, nonché dei vincoli di spesa fissati a livello regionale.

A tal fine gli Enti promuoveranno azioni di contenimento mirate a favorire l'impiego di medicinali con il miglior rapporto di costo-efficacia, prevedendo un monitoraggio periodico sull'utilizzo delle categorie dei farmaci a maggior impatto di spesa e rischio di inappropriatazza, tramite l'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 2019. Andrà inoltre promossa con continuità la prescrizione dei medicinali a brevetto scaduto e dei biosimilari, nel rispetto del vigente quadro normativo, assicurando azioni di incentivazione, appropriatezza ed efficienza per il SSR, rivolte sia all'ambito specialistico-ospedaliero che a quello territoriale e della continuità ospedale-territorio.

L'ARCS, in qualità di aggregatore della domanda, 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. Con particolare riferimento ai dispositivi medici, l'ARCS incentiverà le azioni centralizzate di acquisto per gli Enti del SSR, curando la predisposizione di capitolati in linea con i principi e criteri dell'HTA al fine di contribuire alla realizzazione di un sistema regionale più regolato.

Gli Enti del SSR garantiranno inoltre i livelli essenziali di assistenza nell'ambito dell'assistenza farmaceutica (ai sensi dell'art. 9 del DPCM 12.01.2017), assicurando la Distribuzione Diretta (DD) dei farmaci ai pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale, nonché l'erogazione del ciclo di terapia a seguito di dimissione da ricovero (ordinario e DH) e/o di visita specialistica

ambulatoriale, secondo le direttive della DGR 12/2018 sia attraverso le Strutture pubbliche che private accreditate, in un'ottica di promozione dell'appropriatezza prescrittiva e di efficientamento della spesa farmaceutica. Nell'ambito del nuovo accordo sulla DPC di cui alla DGR n. 12/2018, le Aziende incentiveranno le azioni in essere volte a garantire l'ottimizzazione dell'assistenza farmaceutica erogata attraverso la DPC. In particolare, monitoreranno le erogazioni convenzionali dei farmaci nell'elenco DPC, approfondendo con i prescrittori le motivazioni del ricorso a tale modalità e assicureranno le opportune informazioni relativamente ai farmaci di nuova autorizzazione all'immissione in commercio e inseriti in DPC, in modo da garantire i percorsi assistenziali più appropriati nelle more dell'effettiva disponibilità dei medicinali attraverso tale canale. Nel contempo ARCS assicura la continua disponibilità dei medicinali per l'erogazione in DPC, ottimizzando i tempi di approvvigionamento, con particolare riferimento ai nuovi medicinali, al fine di garantire la maggiore economicità per l'SSR rispetto ai costi della convenzionata.

Andranno potenziati anche il monitoraggio e la verifica dell'appropriatezza d'uso dei dispositivi per l'assistenza integrativa, al fine di razionalizzare spesa e consumi nel rispetto delle migliori evidenze. Per quanto riguarda l'erogazione degli ausili di cui all'Allegato 2 del DPCM 12.01.2017, gli Enti del SSR fanno riferimento alle DGR 1783/2017 e 2190/2012 come stabilito dalla DGR 65/2018, implementando/mettendo a regime la distribuzione diretta di tali prodotti, nonché razionalizzando i processi di acquisizione (es. processi di acquisto centralizzato tramite ARCS). Inoltre, nelle more della completa attuazione di quanto previsto dalla DGR 12/2018 relativamente agli ausili per diabetici, le Aziende garantiscono modalità di acquisizione e di erogazione che favoriscano l'efficienza del SSR.

Nell'ambito dei principi di trasparenza (anche con riferimento ad eventuali conflitti di interesse) gli Enti del SSR, nel corso del 2019, adotteranno specifiche disposizioni organizzative relativamente alle attività d'informazione svolte dalle Aziende farmaceutiche e del settore dei dispositivi medici verso tutti gli operatori sanitari, al fine di favorire comportamenti uniformi.

Poiché i flussi informativi NSIS relativi ai medicinali rivestono un ruolo importante non solo dal punto di vista statistico-epidemiologico ma anche amministrativo (vedi pay-back), gli Enti del SSR continueranno a promuovere l'implementazione degli applicativi regionali disponibili in tema di informatizzazione delle prescrizioni (registri AIFA, cartella oncologica informatizzata, PSM-iter elettronico e PSM-piani terapeutici), nonché assicureranno l'implementazione, le verifiche ed i controlli di congruenza dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali nei tempi e modi fissati nelle disposizioni specifiche, garantendo il riscontro agli eventuali approfondimenti richiesti nei tempi indicati dalla DCS.

Nell'ambito delle attività di farmacovigilanza e di promozione all'uso sicuro ed appropriato dei medicinali gli Enti assicurano la partecipazione alle iniziative già in corso a livello regionale (progettualità finanziate da AIFA), con particolare riferimento alla specifica progettualità pluriennale avviata nel corso del 2018, per la durata di 5 anni, nell'ambito delle aree tematiche stabilite dalla DGR 1365/2015, volta a favorire un uso sicuro appropriato dei farmaci a livello ospedaliero e nella continuità ospedale-territorio, utilizzando i fondi statali dedicati, e potenziando la collaborazione in essere con le Aziende sanitarie universitarie integrate di Udine e Trieste (DGR 435/2013 e DGR 2199/2014). Nel 2019 sarà, inoltre, attivata una specifica progettualità regionale finanziata da AIFA sui temi relativi ai medicinali per il trattamento di malattie rare, coinvolgendo il coordinamento regionale e la rete delle malattie rare. In tema di qualità dei dati relativi alle segnalazioni di sospetta reazione avversa, le Aziende dovranno promuovere azioni mirate volte ad implementare la completezza e la congruità delle informazioni inserite nella Rete Nazionale di Farmacovigilanza

Per le specifiche attività si rimanda a quanto stabilito nelle Linee per la gestione del SSR per il 2019 di cui alla DGR n. 448/2019.

#### **2.4 Accreditemento**

Nel 2018 la Direzione centrale salute ha concluso i procedimenti di accreditemento delle strutture private di riabilitazione funzionale e ha avviato i procedimenti per l'accréditemento dei soggetti che svolgono attività di trasporto sanitario, nonché quelli per l'autorizzazione e l'accréditemento delle strutture per la terapia riabilitativa delle dipendenze.

Gli enti del SSR che collaborano allo sviluppo dell'organismo tecnicamente accréditemante (OTA) hanno definito le regole di funzionamento interno e la propria politica (mission, vision e obiettivi) secondo le indicazioni della DGR 2220/2015 e del Decreto n. 1899/2017e hanno trasmesso alla Direzione centrale salute i documenti previsti in tali atti.

Nel 2019 la Regione continuerà la partecipazione al programma di accreditemento nazionale degli organismi tecnicamente accréditemanti, come previsto dal Ministero della Salute, quale presupposto di garanzia della qualità delle cure per l'applicazione della direttiva 24/UE sulla mobilità sanitaria transfrontaliera. Tale attività coinvolgerà sia la direzione centrale salute sia i referenti degli enti del SSR che fanno parte dell'OTA.

Nel 2019 la Direzione centrale salute avvierà il percorso per gli adempimenti previsti dall'Accordo Stato Regioni n. 16 CSR, del 24.1.2018, in materia di attività di trapianto.

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

#### **2.5 Assistenza ospedaliera**

In continuità con quanto realizzato negli anni precedenti, obiettivo prioritario per quanto attiene le attività clinico assistenziali è quello di consolidare le attività avviate e di migliorare alcuni indicatori di performance.

A seguito dell'attivazione della Rete regionale per la presa in carico delle **gravi insufficienze d'organo e trapianti**, sono state avviate le filiere Fegato, Rene e Cuore, mentre sono ancora da formalizzare le filiere Pancreas e Polmone. Partendo da contesti diversi a ciascuna filiera d'organo, nell'anno 2019 sono assegnati specifici obiettivi.

Tra le attività della filiera *cuore* è prevista la realizzazione del percorso formativo per la gestione dei pazienti portatori di VAD. Nell'ambito della filiera rene viene mantenuta l'attenzione verso il potenziamento della dialisi peritoneale e del programma Trapianti di rene. Deve inoltre essere data evidenza dell'attivazione, nelle varie aziende sanitarie del percorso formativo di 2° livello sul PDTA "Malattia renale cronica stadi I-III e IV-V". Per la filiera Fegato nel 2019 è necessario garantire la diffusione dei PDTA "Alterazione enzimi epatici" ai vari livelli dell'organizzazione e deve essere attivato un ambulatorio per visite di Epatologia all'interno di ogni presidio spoke.

Nell'ambito dell'**emergenza urgenza**, in continuità delle azioni intraprese gli anni scorsi sono stati individuati specifici obiettivi. Per quanto riguarda l'ictus rimane prioritaria l'attività di Trombolisi endovenosa/endoarteriosa con il raggiungimento di almeno 350 trattamenti nel territorio regionale. Devono continuare le azioni intraprese mirate all'informazione alla cittadinanza sui

segni/sintomi da non sottovalutare per anticipare la chiamata di soccorso e rendere tempestivi gli interventi terapeutici in caso di ictus.

Per il **trauma**, l'attenzione viene focalizzata sia verso la frattura di femore, confermando l'obiettivo a carico di ciascun presidio di trattare la frattura entro 48 ore in almeno il 70% (hub) o 80% (spoke) sia su altri aspetti della traumatologia con l'introduzione di due indicatori che misurano la Degenza media pre-operatoria per fratture diverse dal femore (ricoveri urgenti) e Attesa media pre-operatoria per fratture diverse dal femore (accessi in PS e ricoveri programmati).

Per quanto riguarda il **pronto soccorso e l'urgenza emergenza** vengono confermati gli obiettivi posti gli scorsi anni di aumento della percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h e di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore.

Nel corso del 2019 proseguono le attività anche le reti di patologia approvate negli anni scorsi. Con DGR 1002/2017, la rete delle **Malattie rare** regionale è stata integrata con l'individuazione delle singole reti per gruppi nosologici e dei relativi centri coordinatori. A seguito dell'adozione degli atti programmatori, il coordinamento regionale e le singole reti per gruppi nosologici sono nelle condizioni di assicurare la corretta implementazione del registro malattie rare e la produzione dei percorsi assistenziali delle patologie. Nel corso del 2019 ogni rete di gruppo nosologico deve produrre almeno 1 percorso assistenziale, nonché alimentare il registro regionale di cui al DM 279/2001.

Prosegue il lavoro della rete delle **Malattie reumatiche** con la formalizzazione del documento di indirizzo sulla terapia con farmaci biologici, la sua diffusione a tutti i professionisti coinvolti anche nell'ambito della medicina convenzionata.

In relazione all'attivazione della **rete pediatrica** regionale con DGR 730/2018 e alla governance della rete stessa, nel corso del 2018 sono stati istituiti il Comitato regionale per l'assistenza pediatrica e adolescenziale e il Comitato di Coordinamento della ricerca pediatrica. Il Comitato regionale per l'assistenza pediatrica e adolescenziale, per l'espletamento delle funzioni attribuite con la suddetta deliberazione, si avvale del supporto di Gruppi multidisciplinari regionali per patologia, alla cui composizione le Aziende sono chiamate a partecipare con propri referenti. Le attività della rete pediatrica si inseriscono in un contesto di profondi cambiamenti demografici caratterizzati da una contrazione delle nascite, dal miglioramento dello stato di salute dei bambini con l'emergenza di problematiche nuove legate prevalentemente agli stili di vita, all'incremento del disagio psichico, di patologie croniche, disabilità e malattie complesse. Si assiste inoltre ad una deospedalizzazione delle cure pediatriche per patologie a bassa complessità gestite nell'ambito dell'assistenza primaria e a un aumento della complessità delle patologie che richiedono una presa in carico ospedaliera. È necessario, pertanto, perseguire obiettivi di appropriatezza clinica e organizzativa che assicurino i migliori livelli di qualità e sicurezza delle cure. Le Aziende promuovono inoltre attività formative relative alle tematiche oggetto di progettualità per il 2019 (trasporto pediatrico, onco-ematologia, malattie nefrologiche, malattie infiammatorie croniche intestinali, diabete, malattie neuromuscolari, cure palliative).

Nel corso del 2019 continueranno i lavori del Comitato **percorso nascita** regionale sul monitoraggio dell'attuazione delle 10 linee di Azione mirate al miglioramento della qualità degli interventi assistenziali nel percorso nascita, previste dall'Accordo Stato Regioni 16 dicembre 2010, recepito con DGR 1083/2012 e annualmente monitorate a livello nazionale dal Comitato percorso nascita del Ministero della Salute. Le Aziende per il tramite dei loro rappresentanti in seno al Comitato regionale contribuiscono a definire gli interventi prioritari per il miglioramento della

qualità, sicurezza e appropriatezza del percorso nascita a livello regionale e implementano le azioni di miglioramento a livello locale.

Il **sistema trasfusionale** regionale presidierà l'autosufficienza in emocomponenti ed emoderivati e la sicurezza e la qualità della trasfusione e contribuirà alla compensazione nazionale attraverso i seguenti obiettivi:

- Piano annuale di produzione, concordato tra il Coordinamento Trasfusionale Regionale e le Associazioni e Federazioni dei donatori di sangue.
- Garanzia della sicurezza e dell'appropriatezza trasfusionale attraverso la partecipazione ai programmi regionali di sorveglianza trasfusionale

Nel corso del 2019 la DCS ridefinirà le modalità per il coordinamento intra-regionale ed inter-regionale delle attività trasfusionali, dei flussi di scambio e di compensazione di emocomponenti ed emoderivati, nonché il monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi definiti dalla pianificazione nazionale e regionale, in relazione agli obiettivi e alle azioni dei piani di settore. Ridefinirà anche, in accordo con gli Enti del SSR, le regole per il finanziamento della funzione trasfusionale e per la compensazione economica delle attività e dei prodotti del sistema trasfusionale regionale.

Nel 2019 devono essere garantiti i livelli di assistenza previsti dal DPCM 12 gennaio 2017 nel rispetto dei criteri di appropriatezza e perseguendo il miglioramento continuo dei risultati e degli esiti delle prestazioni. Le AAS/ASUI/IRCCS programmano le attività, sulla base della *mission* istituzionale assegnata, diminuendo le prestazioni meno richieste od inappropriate ed aumentando quelle appropriate e più necessarie. In particolare sono stati individuati una serie di indicatori strategici per l'anno (Riduzione del tasso di ospedalizzazione, Riduzione dei numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica, Riduzione della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti  $\geq 65$  anni). Le aziende proseguono ad effettuare i controlli di appropriatezza delle prestazioni effettuate dagli erogatori pubblici e privati, secondo il piano dei controlli programmato dal gruppo di coordinamento regionale.

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

Nel corso del 2019 si prevedono la continuazione dei programmi a regime ai quali si aggiungono le seguenti azioni:

- adattamento delle figure professionali (numero e tipologia dei professionisti) coinvolte nella Rete Cure Sicure FVG, in relazione al nuovo assetto istituzionale;
- mantenimento delle indicazioni e delle raccomandazioni ministeriali fino ad ora sviluppate, messa a regime di eventuali nuove raccomandazione e misurazione e verifica della loro adozione con riferimento alle strutture ospedaliere e ai distretti sanitari;
- aggiornamento dei referenti aziendali dei flussi informativi istituzionali nazionali relativi al rischio clinico;
- implementazione degli eventi formativi aziendali specifici per il tema come definito dal PFR 2019.

Proseguono i programmi avviati negli anni precedenti di "*Antimicrobial Stewardship*", "*Controllo delle infezioni correlate all'assistenza*", "*Sicurezza del farmaco*", per i quali sono previste specifici obiettivi da avviare nel corso dell'anno.

Nel corso dell'anno verrà inoltre dato avvio al programma per la corretta gestione della nutrizione e della idratazione nelle case di riposo.

Nel 2018 la **rete HPH** è stata ristrutturata dal punto di vista organizzativo; con decreto della DCS n. 1100 del 31 luglio 2018 è stato adottato il regolamento che definisce le funzioni dei comitati (regionale e locali), del coordinatore regionale, dei coordinatori locali e dei link professional. Le aziende hanno nominato i propri coordinatori locali ed è stato rilanciato il lavoro del comitato di coordinamento HPH regionale. La rete HPH prevede il coinvolgimento di tutti i 3 livelli di assistenza dell'intero settore sanitario.

Nel 2019 si intende passare alla fase operativa, che traduce in pratica i valori e principi presenti nei documenti di riferimento che riguardano la promozione della salute di pazienti operatori e cittadini. Il fine perseguito è quello di integrare e rendere stabile nel tempo la pianificazione dei percorsi di promozione della salute secondo logiche di qualità, intersettorialità, multidisciplinarietà e valutazione di processo e risultato. Inoltre si avvieranno percorsi dedicati alla traduzione operativa delle evidenze scientifiche più recenti, che riguardano il contrasto alle malattie croniche non trasmissibili, uscendo dalla logica del semplice contrasto alla malattia per promuovere reali condizioni di benessere percepito da parte della popolazione.

Nel 2019 proseguirà la strutturazione della Rete HPH FVG, con particolare riferimento all'individuazione e alla formazione dei link professional; inoltre, si riavvierà il sito internet della rete HPH regionale replicando il modello già adottato per la rete Cure Sicure FVG. Infine, si intende dare avvio a progetti riguardanti le seguenti 3 tipologie di soggetti:

- personale dipendente
- pazienti
- cittadini

## **2.6 Rapporti con i cittadini**

La gestione del rapporto con i cittadini riveste sempre maggiore importanza e determina, per essere attuata, importanti variazioni dei modelli organizzativi fino ad ora adottati. Nel 2018, oltre al consueto programma sul contenimento dei tempi d'attesa, sono state confermate/avviate alcune progettualità che hanno previsto modalità innovative di gestione di tale rapporto. Nel 2019 si intende proseguire con i progetti avviati.

Per quanto riguarda i **tempi d'attesa** per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, per l'anno 2019 si prevede di proseguire con le stesse modalità del 2018; in particolare:

- Le valutazioni saranno eseguite rispetto all'elenco delle prestazioni ministeriali e regionali soggette a monitoraggio (allegato: *Elenco delle prestazioni oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa*).
- 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).
- Contestualmente al monitoraggio regionale le Aziende sono tenute a mantenere anche il monitoraggio ministeriale.
- Le AAS/ASUI/IRCCS dovranno proseguire ad organizzare le agende delle prestazioni ambulatoriali specialistiche per consentire la prenotazione online del cittadino dell'offerta.
- Nei riguardi dei cittadini deve essere assicurata la "garanzia" erogativa per le priorità B al > 95%, per la priorità D al > 90% e per le priorità P al > 85%.

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

- Le AAS/ASUI/IRCCS sono tenute a sospendere la libera professione intra-moenia ai medici delle strutture che non hanno reso disponibili a CUP regionale tutte le agende di prenotazione delle visite/prestazioni.

Le AAS/ASUI/IRCCS dovranno garantire altresì il rispetto dei tempi d'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). Dovranno inoltre far rispettare il rapporto tra attività libero professionale di cui al CCNLL e le priorità fissate di "garanzia" per il cittadino assumendo ogni modalità organizzativa necessaria allo scopo, rivedendo l'organizzazione erogativa (rapporto tra offerta e domanda, analisi della tipologia di domanda, calibrazione del sistema di gestione delle code affrontando la contingenza, influenza della domanda, ecc.), e ricorrendo alla finalizzazione delle risorse contrattuali di risultato del personale, nonché delle RAR allo scopo stanziate, oltre che delle risorse previste dalla L.R. n.7/2009. A seguito dell'approvazione del nuovo Piano Nazionale di governo delle liste d'attesa (Pngla) per gli anni 2018/2020, la Regione provvederà all'adozione del Piano Regionale di Governo delle liste di attesa. Successivamente entro 60 giorni dall'adozione del Piano Regionale, a loro volta le Aziende sanitarie dovranno adottare un nuovo Programma Attuativo Aziendale o aggiornare quello in uso, in coerenza con quanto definito in ambito regionale e provvedere all'invio dello stesso alla Regione che provvederà al monitoraggio delle iniziative e degli interventi attuati.

Si conferma la necessità che le organizzazioni favoriscano 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, a condizione che vengano preventivamente adeguatamente valutati rischi e benefici per i pazienti.

Le AAS/ASUI/IRCCS proseguono anche nel 2019 con le modalità di **gestione dei rapporti con i pazienti e i loro familiari** nel corso delle attività di ricovero, avviate a partire dal 2017.

In particolare, sono confermati i programmi di:

- Apertura dei reparti di terapia intensiva e semi-intensiva con accesso senza limite di tempo e orario a un care giver per volta (fa eccezione la necessità di isolamento).

- Presenza del care giver in corso di visita nei reparti di degenza per i pazienti che abbisognano di un supporto per comprendere ciò che viene eseguito sulla propria persona.

- Contatto telefonico dopo la dimissione da un intervento chirurgico o da altre tipologie di trattamento (recall) con il fine di far sentire al cittadino la vicinanza della struttura che lo ha curato, nonché acquisire utili informazioni per cogliere opportunità di miglioramento dei servizi offerti.

- Individuazione del medico responsabile della gestione del ricovero del paziente con il fine di assicurare il riferimento professionale che assicura la coerenza delle diverse azioni che caratterizzano l'intera degenza.

## **2.7 Sistema informativo**

Nel 2019, a seguito dell'analisi dello stato dell'arte, sarà avviata la riorganizzazione dei servizi ICT in funzione alla rimodulazione dei modelli di *governance* del Servizio Sanitario Regionale finalizzato a garantire una migliore assistenza e continuità delle cure basata su una rete integrata di servizi socio sanitari, che prevede l'interazione di diverse figure professionali. L'indirizzo strategico riguardante

l'ICT Regionale, stante l'obsolescenza di alcuni sistemi *core*, è quindi quello di proseguire nel percorso di individuazione di soluzioni specialistiche di eccellenza del mercato e di integrazione con gli *asset* e le soluzioni del SISR, prevedendo l'utilizzo di metodologie evolute, nuovi paradigmi e modalità operative. L'eventuale riassetto organizzativo della Sanità può essere visto come un'opportunità per un contestuale rinnovamento tecnologico delle soluzioni informatiche in uso, anche per quanto riguarda l'ambito Amministrativo, con evidenti vantaggi organizzativi, di ergonomia e di completezza funzionale delle applicazioni, nonché di razionalizzazione dei costi. Saranno analizzate con particolare attenzione soluzioni di *software* erogato come servizio, ossia di *Software as a service (SaaS)*, che presentano gli evidenti vantaggi delle tecnologie *cloud* (abbattimento costi accessori di manutenzione, sicurezza, flessibilità, ...).

Si procederà ad un consolidamento dell'infrastruttura tecnologica/funzionale nelle Aziende Sanitarie, per rendere i sistemi *compliance* con le recenti normative sulla sicurezza informatica e sul tema della *privacy*, con riferimento rispettivamente alle "misure minime della sicurezza", al nuovo Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personale (*GDPR EU 679/2016*) ed alle misure di raccordo tra la normativa italiana ed il GDPR.

È importante che tutte le Aziende del SSR collaborino attivamente all'implementazione dei sistemi distribuiti sul territorio per consentire alla *Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità* di avere una banca dati omogenea, corretta e validata che possa alimentare tutti i flussi regionali e nazionali in maniera sistematica.

Per quanto riguarda l'emergenza *extra ospedaliera*, deve essere effettuata una revisione del modello organizzativo, con conseguente adeguamento dei processi e delle procedure informatiche per il sistema *CUS/SORES*. Nel corso del 2019 si provvederà ad un adeguamento delle soluzioni con contestuale ampliamento della copertura radio del sistema di emergenza sanitario FVG.

Per il 2019 le linee di attività di interesse delle Aziende del SSR sono rivolte principalmente all'aggiornamento tecnologico dei sistemi **PACS** aziendali conseguente al rinnovo del contratto di fornitura regionale in carico ad ARCS. In subordine le Aziende sono chiamate a proseguire, con il coordinamento dell'ARCS quale struttura di supporto della DCS per la gestione del sistema PACS regionale, nell'implementazione dei casi d'uso per la gestione dell'imaging per i flussi emergenziali interaziendali, per l'adozione di una nuova piattaforma di refertazione multimediale e dell'estensione del sistema PACS in ulteriori ambiti clinico/diagnostici.

Resta comunque confermata la necessità di garantire all'impianto PACS regionale la disponibilità della funzione di visibilità a livello interaziendale di referti e delle relative immagini associate.

### **3. LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE**

#### **CONTESTO NORMATIVO DI RIFERIMENTO**

L'anno 2019 è stato interessato da una modifica istituzionale del SSR avvenuta con l'adozione della legge regionale n. 27 del 17.12.2018. Conseguentemente il processo di programmazione ha subito alcune variazioni sia sotto il profilo formale che nella tempistica.

In tale contesto, le regole per la programmazione del personale nell'anno 2019, dettate dal documento Linee per la gestione del servizio sanitario regionale approvato nella versione definitiva con DGR n. 448 del 22.03.2019, hanno orientato la manovra del personale con la finalità di predisporre le azioni operative per i nuovi assetti organizzativi prevedendo, contestualmente, misure di contenimento della spesa del personale al fine del progressivo conseguimento dei vincoli stabiliti a livello nazionale.

A tal fine, è stato stabilito che il tetto di spesa del personale nell'anno 2019 non dovesse superare il costo proiettato dalle aziende ed enti al 31.12.2018 in sede di Il rendiconto infrannuale 2018, diminuito dell'1%.

Ai fini della valutazione del rispetto del suddetto tetto, si è specificato che la spesa del personale, sarà considerata al netto:

- del rinnovo dei CCNL dirigenza triennio 2016-2018;
- del prossimo rinnovo dei contratti collettivi nazionali di lavoro 2019-2021;
- nelle more della definizione dei contratti collettivi nazionali di lavoro 2019-2021, dell'anticipazione di cui all'articolo 47-bis, comma 2, del d lgs. n. 165/2001 e s.m.e.i. nella misura percentuale, rispetto agli stipendi tabellari, dello 0,42% dal 1.04.2019 al 30.06.2019 e dello 0,7% a decorrere dall'1.07.2019.

E' stato, altresì, previsto che il costo del personale dovrà essere parametrato al valore della produzione. Ciò, in quanto l'incidenza della voce costo del personale sul totale del valore della produzione a livello regionale ha raggiunto eccessivi valori percentuali rispetto ai dati medi nazionali. Tale incidenza dovrebbe essere, tendenzialmente, riportata ad una percentuale più in linea con i valori nazionali. In presenza di un trend in crescita del valore della produzione, potrà essere consentito il superamento del tetto di spesa sopraindicato.

All'interno del limite di costo così stabilito, le aziende dovevano predisporre la manovra di personale, indicando la dotazione organica per profilo professionale al 31.12.2018 e quella programmata al 31.12.2019. Coerentemente andava compilata la scheda dei costi sulla base dello schema fornito dagli uffici della Direzione Centrale Salute Politiche Sociali e Disabilità.

La manovra del personale doveva, altresì, essere rappresentata sotto forma di dettagliata relazione.

E' stato precisato, che nel realizzare la manovra del personale le Aziende ed Enti dovranno 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 è chiesto, inoltre, di fornire gli esiti delle procedure di ricognizione/stabilizzazione di cui ai commi 1 e 2 dell'articolo 20 D. Lgs n. 75/2017 al 31.12.2018 e la previsione al 31.12.2019.

Sono state, poi, fornite specifiche indicazioni in relazione al piano triennale dei fabbisogni di personale. Si ricorda, in proposito, che con nota prot. n. 17684 del 29.09.2018 è stato diramato alle aziende il documento predisposto dal gruppo tecnico recante "Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale da parte delle amministrazioni pubbliche". Per

quanto riguarda l'anno 2018 il documento evidenziava che gli atti di programmazione regionale e aziendale, con riferimento alla manovra del personale per il 2018, risultavano coerenti con le previsioni della direttiva Ministeriale che faceva espressamente salvi i piani dei fabbisogni già adottati.

Per quanto riguarda il piano dei fabbisogni riferito al triennio 2019-2021, esso si inserisce nel contesto di definizione del processo di revisione istituzionale ed organizzativo del Servizio Sanitario Regionale, con la conseguenza che per gli enti coinvolti, le nuove dotazioni organiche finalizzate all'individuazione dei fabbisogni di personale potranno essere definite solo a partire dall'esercizio 2020. A tal proposito, le Linee di gestione hanno specificato che i Commissari straordinari nominati a decorrere dal 1.01.2019, dovranno predisporre nel corso del corrente anno tutti gli atti necessari e propedeutici per l'adozione del piano dei fabbisogni per il triennio 2020-2022, oltre alla manovra del personale per l'anno 2019. Diversamente, per il CRO di Aviano, il Burlo Garofolo di Trieste e l'AAS n. 5 è stata prevista l'adozione del piano dei fabbisogni di personale triennio 2019-2021 all'interno del PAO/PAL 2019.

Sulla base di questi elementi si è svolta la negoziazione con la Direzione Centrale salute politiche sociali e disabilità a seguito della quale le aziende hanno adottato il bilancio preventivo 2019.

In sede di redazione del bilancio le aziende ed enti hanno provveduto a "normalizzare" il costo del personale risultante dal II report 2018 con il costo del personale inserito a preventivo 2019, con specifico riferimento al valore delle risorse regionali aggiuntive e all'importo dell'1% dell'accantonamento al fondo incentivazioni.

### **Decreto Legge 30 aprile 2019 n. 35 (Decreto Calabria)**

Successivamente all'adozione dei bilanci preventivi, in data 02.05.2019 è stato pubblicato nella Gazzetta Ufficiale (Serie Generale n. 101) il Decreto Legge 30 aprile 2019 n. 35, recante "Misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria".

La citata normativa, all'articolo 11 interviene con misure finalizzate a rivedere i limiti alla spesa del personale del SSN previsti dalla legislazione precedente (art. 2, comma 71 della legge n. 191 del 2009) affidando alle Regioni e le Province autonome il compito di indirizzare e coordinare la spesa dei propri enti del Servizio Sanitario.

In seguito alla conversione con Legge delle citate disposizioni, la Giunta Regionale con proprio provvedimento provvederà, quindi, a dare applicazione nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale al nuovo limite di spesa.

### **LA PROGRAMMAZIONE DEL PERSONALE DIPENDENTE**

Le Aziende, sulla base della metodologia indicata dalle Linee di gestione e dalle indicazioni metodologiche hanno, quindi, esplicitato la programmazione del personale per l'anno 2019.

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

La manovra del personale a livello di sistema è stata predisposta nel rispetto delle indicazioni contenute nella DGR n. 448 del 22.03.2018. Presenta uno sfioramento del tutto marginale un unico ente.

A livello regionale il costo del personale indicato a preventivo compresi gli oneri riflessi ed esclusa l'IRAP, si attesta ad un valore complessivo pari ad € 927.224.531,00.

Sul versante dei numeri, analizzando le manovre rappresentate nei piani aziendali, è dato rilevare che, alla data del 31.12.2019, il servizio sanitario regionale si attende, in previsione, un decremento di unità di personale dipendente rispetto al dato 2018 di circa 50 unità quale saldo fra assunzioni e cessazioni (note). Tale previsione va, tuttavia, valutata anche in rapporto alle ulteriori possibili cessazioni al momento non quantificabili e che potranno registrarsi in relazione all'entrata in vigore delle disposizioni sul pensionamento anticipato (quota 100) oltre che alle tempistiche legate alle procedure di acquisizione del personale.

Ciò premesso, in attesa del definitivo consolidamento delle nuove aziende del SSR, la manovra assunzioni dei singoli enti dovrà essere attentamente valutata potendo realizzarsi esclusivamente nell'ambito delle risorse disponibili in considerazione della possibile permanenza dei vincoli nazionali stabiliti in materia di contenimento della spesa per il personale e della necessità del loro conseguimento nell'anno 2020, fino all'eventuale conversione con Legge del DL n. 35/2019.

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

### **Piani dei fabbisogni di personale (articoli 6 e 6-ter D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.e.i.)**

Il piano dei fabbisogni di personale rappresenta uno strumento volto a coniugare l'impiego ottimale delle risorse pubbliche e gli obiettivi di performance delle pubbliche amministrazioni in un'ottica di efficienza, economicità e qualità dei servizi.

Secondo quanto stabilito dalle Linee di gestione 2019 l'RCCS CRO di Aviano, l'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste e l'AAS n. 5, nell'ambito del vincolo di spesa individuato per il 2019, hanno definito il piano dei fabbisogni di personale per il triennio 2019-2021 inserendolo all'interno del bilancio di previsione.

I predetti piani sono stati predisposti coerentemente alle indicazioni previste dalle Linee di gestione 2019.

Le disposizioni recate dal DL n. 35/2019 producono effetti anche in relazione ai piani triennali dei fabbisogni di personale tenuto conto che la pianificazione degli stessi va effettuata nei limiti delle risorse finanziarie disponibili. Conseguentemente, l'attuazione delle disposizioni introdotte dal DL n. 35/2019 dovrà trovare coerenza anche con riferimento al tema dei piani triennali dei fabbisogni di personale.

## **MONITORAGGIO**

Nel corso dell'anno le Aziende comunicheranno nel rendiconto infrannuale lo stato di attuazione della manovra del personale 2019 da realizzarsi in conformità alle indicazioni fornite nel paragrafo precedente ed ogni dato ed informazione utile al monitoraggio dei costi del personale, della gestione delle risorse umane e degli assetti organizzativi sulla base della reportistica che verrà trasmessa dagli uffici della DCSPSD.

In presenza di un andamento dei costi del personale che proietti un valore eccedente il vincolo economico stabilito, gli enti predisporranno contemporaneamente i correttivi e le azioni necessarie finalizzate al rispetto dei vincoli.

La Direzione Centrale Salute potrà prevedere e richiedere un monitoraggio dei costi del personale con cadenza diversa dal rendiconto ufficiale, per le valutazioni di competenza.

### **FONDI CONTRATTUALI**

Si richiama il rispetto della disposizione di cui all'articolo 23, comma 2, del d. lgs. n. 75/2017 di cui è stata data evidenza nei singoli piani aziendali.

### **RISORSE REGIONALI AGGIUNTIVE e PRESTAZIONI AGGIUNTIVE**

A decorrere dall'esercizio 2019, con specifico riferimento alle risorse destinate alle premialità, deve trovare piena applicazione la serie di indirizzi contenuta negli artt. 6 e 81 del CCNL 21.05.2018 del personale del comparto, con la conseguenza che le risorse dovranno essere distribuite secondo un appropriato uso degli istituti contrattuali che contrasti logiche di automatismo e di distribuzione generalizzata con il vincolo necessario che non debbano trasformarsi in meri vantaggi economici aventi caratteristiche di stabilità e il loro impiego delle risorse deve avvenire rispetto alla performance organizzativa ed individuale.

Pertanto, le risorse aggiuntive regionali - RAR sono tutte finalizzate a sviluppare progettualità di particolare rilevanza coerenti con gli obiettivi strategici regionali, che consentano la valorizzazione del personale con un più efficace utilizzo degli strumenti forniti dalla normativa di cui al d.lgs n. 165/2001 e dal CCNL vigenti come attuate nel Programma annuale e triennale di attività dell'ente di riferimento.

In proposito, con DGR n. 323 del 1.03.2019 è stato approvato l'accordo sulle risorse regionali aggiuntive per l'anno 2019 del personale del comparto, con DGR n. 742 e n. 744 del 10.05.2019 sono stati invece approvati gli accordi rispettivamente del personale della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa e del personale della dirigenza medica e veterinaria.

Con riferimento a quest'ultimo accordo in via sperimentale e solo per l'anno in corso, il tavolo negoziale regionale ha previsto di ridurre parte dell'importo del finanziamento delle RAR della dirigenza medica e veterinaria destinato all'Istituto Burlo Garofolo di Trieste per assegnarlo all'acquisto di prestazioni aggiuntive da parte dell'Istituto stesso, che dovrà in ogni caso essere preventivamente autorizzato dalla Direzione Centrale salute politiche sociali e disabilità.

Fatte salve diverse indicazioni qualora definite a livello nazionale e/o contrattuale, le condizioni per ricorrere all'istituto delle prestazioni aggiuntive del personale del comparto sono riconducibili

nell'accertata impossibilità a coprire posti di infermiere e di tecnico sanitario di radiologia medica mediante il ricorso a procedure concorsuali.

Si deve rilevare che tale fattispecie ricorre esclusivamente nelle seguenti ipotesi:

- in attesa dell'espletamento di procedure concorsuali;
- in attesa dell'utilizzo di graduatorie concorsuali realizzate a livello regionale.

L'istituto non è riferibile ad altre casistiche, quali la generica carenza infermieristica. Le figure professionali interessate all'istituto sono esclusivamente: gli infermieri e i tecnici sanitari di radiologia medica.

## 4. GLI INVESTIMENTI

### 4.1 LA PROGRAMMAZIONE DELLE RISORSE FINANZIARIE SUL TRIENNIO 2019-2021

Le Deliberazioni di Giunta Regionale n. 2515 del 28 dicembre 2018 “Linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario Regionale – anno 2019. Approvazione provvisoria.” e n. 448 del 22 marzo 2019 “Linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario Regionale – anno 2019. Approvazione definitiva.” hanno stabilito che le risorse finanziarie da programmare per la spesa in conto capitale e per gli investimenti, pari a euro 120.000.000,00, siano programmate:

- per l'importo di 113.250.000,00 sulla base dei Programmi preliminari approvati (ai sensi dell'art. 33 della L.R. 26/2015) dagli Enti del SSR e in relazione al nuovo assetto istituzionale stabilito dalla Legge regionale 17 dicembre 2018, n. 27 “Assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale.”;

- per l'importo di euro 6.750.000,00 in attuazione dell'art. 33 comma 10 della Legge regionale 10 novembre 2015, n. 26 “Disposizioni in materia di programmazione e contabilità e altre disposizioni finanziarie urgenti” – per l'attuazione di interventi non previsti nel programma triennale degli investimenti degli Enti del SSR ed emergenti nel corso del triennio, in misura pari a 2.250.000,00 annui, da ripartire tra questi in misura proporzionale al loro patrimonio.

La copertura finanziaria di tali risorse è stata definita nel corso del primo quadrimestre 2019:

la DGR n. 377 del 8 marzo 2019 “Utilizzo contratto di mutuo con cassa depositi e prestiti ex art. 63 del d.lgs. 23 giugno 2011, n. 118 ' disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42' e art. 24 legge regionale 8 agosto 2007, n. 21 'norme in materia di programmazione finanziaria e di contabilità regionale'.” ha autorizzato la destinazione dell'importo pari a euro 29.515.150,00 per “finanziamenti di investimenti nella Regione per il Servizio Sanitario Nazionale – fondi regionali – ricorso al mercato finanziario art. 4, comma 7, L.R. 26.2.2001 n.4” destinati a interventi di acquisizione di beni mobili e tecnologici da parte delle Aziende del Sistema sanitario regionale

La DGR n. 665 del 18 aprile 2019 “LR 29/2018, ex art 1, comma 6 - finanziamento di spese di investimento tramite mutuo acceso presso la Banca Europea di Investimenti (BEI) e presso la Cassa Depositi e Prestiti.” che ha autorizzato l'aggiornamento e il prosieguo dell'attività istruttoria per il finanziamento di complessivi Euro 125.000.000,00 presso la Banca Europea degli Investimenti – BEI – per la realizzazione degli interventi cui, sulla base di successiva delibera farà seguito la contrazione del relativo debito, tra i quali sono stati destinati, per la competenza della DC Salute politiche sociali e disabilità euro 40.340.000,00 per “Contributi agli investimenti destinati specificamente alla realizzazione degli investimenti a cura di un altro ente od organismo appartenente al settore delle pubbliche amministrazioni”. La DGR n. 665/2019 ha destinato per le medesime finalità la quota pari a euro 5.144.850,00 a valere sul finanziamento con la Cassa Depositi e Prestiti, la cui stipula del contratto di prestito è stata autorizzata con DGR n. 798 del 17 maggio 2019.

La copertura finanziaria della spesa in conto capitale e per gli investimenti, pari a euro 120.000.000,00 per il triennio 2019-2021, è conseguentemente così definita:

<b>DGR</b>	<b>Fonte finanziamento</b>	<b>Esercizio 2019</b>	<b>Esercizio 2020</b>	<b>Esercizio 2021</b>	<b>Totale triennio 2019-2021</b>
	Fondi regionali	-	20.000.000,00	25.000.000,00	45.000.000,00
377/2019	Mutuo Cassa Deposito e Prestiti (CDP)	29.515.150,00			29.515.150,00
665/2019	Mutuo Cassa Deposito e Prestiti (CDP)	5.144.850,00			5.144.850,00
665/2019	Banca Europea degli Investimenti (BEI)	10.340.000,00	25.000.000,00	5.000.000,00	40.340.000,00
		<b>45.000.000,00</b>	<b>45.000.000,00</b>	<b>30.000.000,00</b>	<b>120.000.000,00</b>

La definizione degli interventi da programmare in considerazione della disponibilità finanziaria e dei fabbisogni espressi dagli Enti viene rimandata a un atto giuntale successivo al completamento della ricognizione avviata con nota prot. 10292 del 10/05/2019.

#### **4.2 ACQUISIZIONI IN SERVICE O NOLEGGIO**

Si conferma la disposizione prevista dalla DGR n. 448 del 22 marzo 2019 in merito alla necessità di acquisizione del parere della DCS per la sottoscrizione con soggetti terzi degli impegni diversi da quelli previsti dall'articolo 36, comma 8 della LR 26/2015 riguardanti il patrimonio e per l'avvio di procedure per forniture in "service" o noleggi che prevedano la sostituzione di tecnologie biomedicali di proprietà dell'Ente.

#### **4.3 RICORSO AL MERCATO FINANZIARIO**

Ai sensi dell'art. 38 della L.R. 26/2015, è fatto divieto agli enti del SSR di ricorrere a qualsiasi forma di indebitamento finanziario. La contrazione di mutui o l'accensione di altre forme di credito, nonché l'utilizzo della locazione finanziaria e della finanza di progetto per il finanziamento degli investimenti patrimoniali deve essere sottoposto a specifica autorizzazione della Giunta regionale. Si precisa che la presente Deliberazione non costituisce autorizzazione per eventuali operazioni di indebitamento inserite nei Piani aziendali e non già precedentemente autorizzate ai sensi della sopra citata Legge Regionale.

#### **4.4 INTERVENTI DI INVESTIMENTO DI OPERE EDILI IMPIANTISTICHE DI CUI ALL'ARTICOLO 33 DELLA LR n. 26/2015**

Gli enti del SSR sono vincolati ad acquisire il parere del Nucleo di valutazione degli investimenti su uno studio di fattibilità prima di procedere alla progettazione di fattibilità tecnica ed economica di opere edili impiantistiche di cui all'articolo 33 comma 2 lett. a) punto 3) della L.R. 26/2015. Sono altresì vincolati a ricorrere all'anticipazione finanziaria prevista dall'articolo 6, commi 28-31 della LR 34/2015 per la copertura delle spese per la predisposizione di progetti di fattibilità tecnica ed economica di opere edili impiantistiche di cui all'articolo 33 della L.R. 26/2015.

## **5. SCHEDE DI SINTESI DELLA PROGRAMMAZIONE AZIENDALE**

Per ogni Azienda sono di seguito riportati gli obiettivi aziendali e i relativi risultati attesi di ogni progettualità individuata dalle linee di gestione per il 2019

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

Nell'elencazione delle linee progettuali è stata mantenuta la numerazione riportata nella DGR 448/2019 con la quale sono state approvate in via definitiva le Linee di gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2019.

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

Eventuali progettualità di rilievo aziendale sono inserite con numerazione aggiuntiva.

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

### 3. LE PROGETTUALITÀ

#### 3.1 PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

<b>3.1.1 Tutela della salute della donna</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
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

<b>3.1.2 Migliorare la salute nei soggetti a rischio MCNT e malati cronici (Programma I PRP)</b>	
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	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

<b>3.1.3 Gli screening oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia (Programma II PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Assicurare la collaborazione per la riconversione del programma di screening cervicale, inclusi gli aspetti di comunicazione e formazione.	- Operatori aziendali formati
Tutte le aziende che garantiscono i prelievi per HPV-DNA test di primo livello	- Dotare gli ambulatori di prelievo delle dotazioni come da nota trasmessa dalla DCS
Tutte le aziende che garantiscono i prelievi per HPV-DNA test di primo livello: Collaborano alla realizzazione della logistica di trasporto dei campioni al laboratorio unico secondo le indicazioni della DCS	- Logistica di supporto realizzata secondo indicazioni DCS

Tutte le Aziende che attualmente refertano pap-test di screening di primo livello: garantire la tempestiva lettura dei pap-test primari fino a transizione di programma avvenuta	- Letture dei pap-test primari presso le sedi di attuale competenza fino a transizione del programma ultimata (>80% dei pap test refertati entro 21 giorni dalla data di prelievo)
Tutte le Aziende Sanitarie: 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
Tutte le Aziende Sanitarie: 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 $\leq 1,5\%$ - Formale individuazione, con trasmissione alla DCS entro 30 giorni dall'approvazione definitiva delle presenti linee, di un referente amministrativo in ogni distretto. - Report alla DCS entro il 31.12.2019 con le azioni intraprese ai fini del contenimento del fenomeno
Tutte le aziende sanitarie: continuare a garantire le sedi per l'erogazione dello screening mammografico accertando la permanenza dei requisiti per l'installazione dell'unità mobile e garantendo l'accessibilità da parte delle persone (barriere architettoniche, igiene dei locali, rispetto della privacy, decoro...)	Tutte le aziende sanitarie - Requisiti check-list DCS rispettati - Collaborazione negli eventuali sopralluoghi di controllo
Tutte le aziende con unità senologica: garantire che i radiologi certificati svolgano sia la lettura del test mammografico di screening sia la gestione del percorso di approfondimento diagnostico dei casi richiamati	Lettura del primo livello e gestione del percorso di approfondimento diagnostico da parte di radiologi certificati
Tutte le aziende con unità senologica: garantire la tempestiva e corretta chiusura dell'esito dei casi di secondo livello dello screening mammografico nel G2 clinico, ridurre i richiami intermedi (early recall) dopo approfondimento	- Tempi di attesa per approfondimenti di secondo livello $\leq 20$ gg da esito positivo della mammografia di primo livello - Percentuale di casi di secondo livello chiusi correttamente $\geq 95\%$ - Tempo di attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella $\leq 30$ gg - Percentuale di early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso"/totale dei casi chiusi dall'unità senologica inferiore al 10%
Tutte le aziende con servizio di endoscopia: 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	Percentuale di cartelle correttamente compilate $\geq 95\%$

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	Tempo di attesa per colonscopia di approfondimento di secondo livello <= 30 giorni

<b>3.1.4 Gli screening neonatali (Programma II PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Diffusione e applicazione di una procedura regionale per lo screening neonatale audiologico ed oftalmologico e del PDTA aggiornato per lo screening neonatale metabolico esteso, per l'identificazione precoce della fibrosi cistica e dell'emoglobinopatia nella popolazione a rischio.	diffusione e applicazione delle procedure con report al Burlo

<b>3.1.5 Salute e sicurezza nelle scuole e benessere dei giovani (Programma III PRP)</b>	
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 90% delle scuole del territorio di pertinenza dell'AAS2 dovranno essere raggiunte dalla proposta di aderire alla rete Scuole che promuovono salute (SHE).
Sviluppo, da parte di tutte le aziende sanitarie, di progettualità di peer education nelle scuole della regione. Continua la diffusione e implementazione dei progetti riconducibili alle buone pratiche, quali modello What's up, Unplugged, peer education ecc	Aderiscono alla progettazione almeno 50 % delle scuole del territorio di pertinenza dell'AAS2. Le progettualità dovranno essere inserite in banca dati PROSA

<b>3.1.7 Promozione dell'attività fisica (Programma V PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Tutte le Aziende Sanitarie: sviluppo di progetti di attività fisica rivolti alla popolazione adulta	Report su quanto realizzato. Le progettualità dovranno essere inserite in banca dati PROSA
Tutte le Aziende Sanitarie: 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

<b>3.1.8 Prevenzione degli incidenti stradali (Programma VI PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Prevenzione degli incidenti stradali	Continua, mediante iniziative di comunicazione e informazione alla popolazione e amministratori, il consolidamento, coerentemente con il Piano regionale della Prevenzione della rete territoriale, di interventi e iniziative finalizzati alla prevenzione degli incidenti stradali.

<b>3.1.9 Prevenzione degli incidenti domestici (Programma VII PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Prevenzione degli incidenti domestici	La DCS elaborerà il report delle attività svolte negli anni scorsi. Alle Aziende sanitarie sarà restituito e dettagliato e queste a loro volta dovranno diffonderlo nei territori di loro competenza (scuole, associazioni, enti, ecc.) con report da inviare alla DCS.

<b>3.1.10 Miglioramento della qualità nelle attività del dipartimento di prevenzione con particolare riferimento alle attività di vigilanza e controllo (Programma VIII PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Partecipare alle fasi V e VI del progetto "Prodotti Finiti FVG" che prevedono: – V fase: la definizione di un modello di scheda per la valorizzazione (pesatura) dei prodotti finiti; – VI fase: la stima delle risorse impiegate per ogni prodotto finito	– Collaborazione alla definizione di un modello di scheda di valorizzazione condivisa a livello regionale e vistata dal responsabile scientifico del progetto – almeno il 90% dei questionari inviati dal gruppo di progetto dovranno essere correttamente compilati dagli operatori dei dipartimenti di prevenzione intervistati
SIAN/VET: partecipare alla formazione degli auditor e al programma di mantenimento della qualifica	Conclusione della formazione di due tecnici dell'AAS2
SPSAL: partecipare attivamente al programma regionale di audit, scegliendo il comparto di interesse a seconda della specificità territoriale.	Operatori formati secondo le indicazioni del PRP, costituzione del gruppo di auditor regionali, individuazione delle aziende su cui avviare l'audit sui SGSL da parte auditor regionali e avvio della fase realizzativa

<b>3.1.11 Migliorare la salute e la sicurezza nei comparti a maggior rischio (Programma IX PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Tutte le AAS: mantenere un'adeguata vigilanza nei settori edile e agricolo secondo i parametri definiti a livello nazionale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 5% delle aziende vigilate.</li> <li>o 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 2018.</li> <li>o Agricoltura: vigilare 128 aziende agricole a livello regionale (Report di attività alla DCS)</li> </ul>

<b>3.1.12 Emersione e prevenzione delle malattie professionali in Friuli Venezia Giulia e promozione della salute nei luoghi di lavoro (Programma X PRP).</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Tutte le Aziende Sanitarie: 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"> <li>- Report sui lavoratori a rischio cardiovascolare globale</li> <li>- Offerta di percorsi per smettere di fumare</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tutte le Aziende Sanitarie: realizzare interventi di immunizzazione degli operatori sanitari per la prevenzione e il controllo delle infezioni prevenibili da vaccino.</li> <li>- Tutte le Aziende Sanitarie: adottare e applicare le nuove LLGG regionali sulla tubercolosi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Il controllo dell'immunizzazione e vaccinazione per malattie prevenibili con vaccino (morbillo, -parotite, -rosolia, -varicella, pertosse, influenza) è inserito nei protocolli di sorveglianza sanitaria di tutti gli operatori sanitari, compresi lavoratori atipici e del servizio civile, operanti all'interno di strutture aziendali,</li> <li>- LLGG regionali sulla tubercolosi applicate</li> </ul>

<b>3.1.13 Miglioramento dei sistemi informativi e di sorveglianza (Programma XI PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Studi di sorveglianza OKKIO alla Salute e HBSC	Tutte le Aziende: collaborare agli studi di sorveglianza ed alla restituzione dei risultati emersi
Studi di sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento	Tutte le Aziende: dare continuità agli studi di sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento

### 3.1.14 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 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".
Sorveglianza delle acque potabili. Mappatura dei pozzi privati utilizzati nell'ambito delle imprese alimentari.	Proseguire la mappatura dei pozzi che approvvigionano gli stabilimenti riconosciuti (Reg. 852/853) e le imprese alimentari.
Ogni azienda sanitaria provvede alla nomina di nuovi ispettori Reach/CLP tra il personale che ha partecipato al percorso di formazione/addestramento.	Almeno 3 ispettori per ciascuna azienda sanitaria (comunicazione alla Direzione Centrale Salute)
Ogni Azienda Sanitaria garantisce un numero di controlli coerenti con il piano nazionale annuale dei controlli in materia di REACH/CLP, per quanto attiene target group e tipologia di sostanze controllate,	almeno 3 controlli per Azienda

### 3.1.15 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive, inclusa la resistenza antimicrobica (Programma XIII PRP 2018-2019) e piano nazionale di contrasto alle resistenze antimicrobiche 2017-2020 (PNCAR).

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Tutte le Aziende Sanitarie: realizzare interventi di immunizzazione dei volontari ospedalieri per la prevenzione e il controllo delle infezioni prevenibili da vaccino	E' adottato e applicato un protocollo vaccinale per i volontari ospedalieri per il controllo dell'immunizzazione e la vaccinazione per malattie prevenibili con vaccino (morbillo, -parotite, -rosolia, -varicella, pertosse, influenza) comprendente altresì misure per il controllo e la prevenzione della tubercolosi secondo Linee guida regionali.
Garantire l'offerta attiva e gratuita delle vaccinazioni assicurando il proseguimento delle campagne vaccinali già avviate e quelle di nuova introduzione (in particolare l'herpes zoster negli anziani)	Miglioramento delle coperture vaccinali dell'infanzia e dell'adolescenza: <ul style="list-style-type: none"> <li>- esavalente</li> <li>- MMR ( 1^ e 2^ dose)</li> </ul> Offerta attiva della vaccinazione anti herpes zoster nei 65enni con l'obiettivo di copertura del 35%
Veterinari implementazione regionale del Sistema Informativo Nazionale della Farmacosorveglianza Ricetta Veterinaria Elettronica (SINF-RE) (entro il	Le AAS autorizzano tramite SINF-RE almeno il 90% delle autorizzazione detenzione scorta già autorizzate in cartaceo, autorizzano tramite SINF-RE tutte le nuove

2019): - autorizzazione detenzione scorta - formazione interna per l'utilizzo dell'applicativo SINF-RE anagrafe ministeriale centralizzata delle strutture PET	autorizzazione detenzione scorta, curano a cascata la formazione interna al fine di adottare l'applicativo SINF-RE, inseriscono ed aggiornano nel SINF-RE le anagrafiche delle strutture veterinarie, strutture di detenzione e colonie feline.
Tutti gli ospedali partecipano ai programmi di sorveglianza delle ICA, con evidenza di monitoraggio degli indicatori regionali.	indicatori regionali monitorati

### 3.1.16 Comunicazione del rischio e gestione delle emergenze

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Applicare il protocollo regionale sull'assistenza sanitaria alle persone migranti ed inviare i dati di attività	Report mensile
Garantire la formazione dei propri operatori sull'antimicrobial stewardship	In ogni azienda almeno il 25% di medici prescrittori formati
Diffondere a tutti gli operatori sanitari la reportistica regionale sulle resistenze batteriche	Report inviato in formato elettronico a tutti gli operatori sanitari coinvolti in prescrizione e somministrazione di farmaci

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Garantire la partecipazione degli operatori dedicati al percorso formativo programmato a livello regionale sull'allattamento al seno	80% operatori dedicati formati in ogni Azienda
Mantenere ed ottimizzare il sistema di rilevazione sull'allattamento al seno alla dimissione e alla seconda vaccinazione	100% schede inserite nel sistema di rilevazione regionale entro un mese dalla dimissione e dalla seconda vaccinazione
Monitorare le gare di appalto di PA e Enti già mappate nel 2016 e fornire il proprio contributo nelle gare d'appalto in corso nel 2019 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 10% delle gare d'appalto di PA e Enti in corso nel 2019 in ogni Azienda
Prosegue l'attività di verifica della presenza/offerta di sale iodato negli esercizi di vendita e nella ristorazione collettiva (Item inserito nella programmazione del Controllo Ufficiale).	La verifica dovrà essere effettuata almeno nel 70% dei controlli svolti sugli esercizi di vendita e nella ristorazione collettiva

<b>3.1.18 Sicurezza alimentare, salute e benessere animale</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Garantire la partecipazione degli operatori al percorso formativo programmato a livello regionale sui MOCA. Redigere una procedura condivisa per l'attività di controllo ufficiale	70% degli operatori SIAN formati. Partecipazione di referenti di ogni SIAN alla redazione della procedura condivisa
Ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi contenuti nel Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare e nutrizionale 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 2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>- interventi ispettivi in almeno il 20% delle imprese alimentare di settore</li> <li>- il n. 6 audit per settore n. di campionamenti di alimenti e di valutazioni del rischio programmati</li> <li>- realizzazione del 100% dei campioni previsti dal Piano regionale controlli</li> <li>- il 100% dei controlli avviene congiuntamente tra Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni</li> </ul>
Effettuare i controlli sulla condizionalità come da convenzione con il MIPAAF/AGEA	Effettuare il 100% dei controlli previsti per gli atti di interesse della condizionalità e inserire le evidenze ed i verbali in BDN
Ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi contenuti nel Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare anche attraverso l'attività di ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base ai criteri del rischio, delle imprese alimentari; a parità di rischio dovrà essere mantenuto almeno il tasso di copertura 2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>- interventi ispettivi in almeno il 20% delle imprese alimentare di settore</li> <li>- il n. 6 audit per settore n. di campionamenti di alimenti e di valutazioni del rischio programmati</li> <li>- realizzazione del 100% dei campioni previsti dal Piano regionale controlli</li> <li>- il 100% dei controlli avviene congiuntamente tra Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni</li> </ul>
Rafforzare gli interventi del Progetto Piccole Produzioni Locali in accordo con la Direzione centrale agricoltura	<p>Garantire l'informazione capillare e la formazione sul territorio, informando le Aziende del Settore Alimentare della conclusione del Progetto e delle possibili evoluzioni delle PPL. Stesura di una relazione finale dettagliata di verifica Aziendale. Tale relazione dovrà riportare, il numero di PPL registrate ed il numero di ispezioni, un'analisi critica con punti di forza e debolezza del Progetto rilevate sul territorio. La relazione dovrà altresì riportare il dettaglio delle attività eseguite su:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- carni suine e avicunicole</li> <li>- carni di specie diverse</li> <li>- prodotti lattiero caseari di malga</li> </ul>

	- vegetali, confetture, conserve, prodotti da forno, erbe aromatiche, prodotti dell'alveare, vegetali fermentati, - lumache, ecc...
Potenziare 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 2019
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	controllo del 100% degli allevamenti della coorte individuati dal Piano regionale necessari al fine di richiedere lo status di Regione indenne
Attuazione dei controlli sul benessere animale negli allevamenti e durante il trasporto secondo le linee guida operative dettate dalla Task Force benessere animale, istituita con Decreto 659/SPS del 20/08/2015	n. 38 interventi di controllo sul rispetto del benessere animale richiesti dal PRISAN 2019
Attuazione dei controlli sull'anagrafe ovi caprina come da indirizzi LEA Ministeriali	Raggiungimento del 3% dei controlli su base Regionale come richiesto da LEA Ministeriali
Applicazione del PRP sull'Igiene Urbana Veterinaria.	Effettuare il 100% dei controlli sulle strutture di ricovero e custodia della Regione Autonoma FVG sia convenzionate che non convenzionate

### 3.2 ASSISTENZA DISTRETTUALE E ASSISTENZA SOCIOSANITARIA

3.2.1.1 Assistenza primaria	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Verifica del livello di raggiungimento degli obiettivi definiti negli AAIIRR	1. Rispetto della tempistica prevista negli AAIIRR e rendicontazione relativa alla DCS, condizionatamente alla tempestiva messa a disposizione dei dati da parte della Regione
2. Ricognizione dello stato di attuazione dei CAP e dei Presidi ospedalieri per la salute a livello regionale e delle prospettive di orientamento dei servizi finalizzate al miglioramento della presa in carico della cronicità	2. Mappatura organizzativa e di funzionamento dei CAP aziendali e dei Presidi ospedalieri per la salute (nr. e tipologia del personale dipendente e convenzionato dedicato, orari di apertura, descrizione delle attività svolte e relativi volumi, dotazioni strumentali) e obiettivi raggiunti in termini di follow up o presa in carico delle persone affette da patologie croniche. Invio di un report al 31.12.2018 entro il 31.03.2019
3. Coordinamento a livello regionale delle attività degli uffici aziendali deputati alla gestione dei rapporti con i professionisti convenzionati	3. Invio entro il 31.01.2019 di un report annuale al 31.12.2018 sullo stato di attuazione degli Accordi integrativi regionali, secondo un format condiviso con i Servizi aziendali e inviato dalla DCS; invio di analogo

	report semestrale, entro il 31.07.2019
4. Informatizzazione di tutte le sedi aziendali di continuità assistenziale per permettere a tutti i MCA la registrazione informatica delle prestazioni erogate e delle informazioni sanitarie a garanzia della continuità delle cure sull'apposito applicativo messo a disposizione da Insiel	4. Attivazione di idonee postazioni informatiche presso ciascuna sede aziendale di continuità assistenziale entro il 30.06.2019.

### 3.2.1.2 Attività distrettuali a supporto delle cure di lungo termine

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Partecipazione dei referenti aziendali al gruppo tecnico che supporta la definizione e l'implementazione delle politiche, strategie e attività nell'area della cronicità in tutte le classi di età	1. Evidenza della partecipazione
2. Istituzione di due gruppi aziendali (uno per la Bassa Friulana e una per l'area Isontina) dedicato all'implementazione di reti assistenziali per la presa in carico di persone di tutte le età che necessitano di cure a lungo termine	2. Report che riporta il censimento dei servizio/attività/PDTA reti esistenti al 31.12.2018 nelle due aree aziendali in relazione al Piano nazionale della cronicità, entro il 30.06.2019

### 3.2.1.3 Diabete mellito

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Gestione integrata del diabete in coerenza con la DGR 1676/2015	1. Realizzazione di iniziative di incontro ed audit con MMG in ambito distrettuale/AFT al fine di valutare le performance individuali e di gruppo e gli scostamenti dai valori definiti dalle linee guida di riferimento. Invio in DCS di un report finale.
2. Partecipazione dei professionisti aziendali identificati ai fini della creazione della Rete diabetologica regionale con coordinamento unico regionale, al fine di armonizzare l'offerta diabetologica su tutto il territorio regionale	2. Mappatura dell'offerta diabetologica aziendale con evidenza delle criticità. Invio del report entro ottobre 2019.
3. Partecipazione dei professionisti aziendali identificati ai fini della creazione e formalizzazione della Rete regionale per il piede diabetico.	3. Mappatura dell'offerta diabetologica aziendale dedicata al piede diabetico con evidenza delle criticità. Invio del report entro ottobre 2019.

4. Partecipazione dei professionisti aziendali identificati ai fini della creazione della Rete diabetologica pediatrica regionale con coordinamento unico regionale, al fine di armonizzare l'offerta su tutto il territorio regionale.	4. Mappatura dell'offerta diabetologica pediatrica aziendale con evidenza delle criticità. Invio del report entro ottobre 2019.
5. Applicazione del documento revisionato dal tavolo tecnico regionale Programma di educazione terapeutica rivolto al soggetto diabetico in particolare per l'organizzazione dei campi residenziali	5. Invio del report relativo entro ottobre 2019.

### 3.2.1.4 Scompenso cardiaco

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Creazione di una rete aziendale per la presa in carico e la gestione dello scompenso cardiaco	1. Evidenza dei servizi e dei percorsi relativi alla presa in carico e alla gestione dei soggetti con SC in tutti i setting di cura (domicilio – assistenza primaria – assistenza distrettuale – ospedale per acuti)

### 3.2.1.4 BPCO

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Partecipazione dei referenti aziendali al gruppo tecnico per la condivisione e l'eventuale revisione del documento regionale propedeutico all'attivazione di una rete aziendale per la presa in carico e la gestione della BPCO coerente con i contenuti del documento stesso	1. Evidenza della partecipazione
2. Creazione di una rete aziendale per la presa in carico e la gestione della BPCO	2. Evidenza dei servizi e dei percorsi relativi alla presa in carico e alla gestione della BPCO in tutti i setting di cura (domicilio – assistenza primaria – assistenza distrettuale – ospedale per acuti)

### 3.2.1.5 Riabilitazione

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Individuazione professionisti delle AAS, ASUI e IRCSS per l'avvio dei lavori sul Piano Regionale della Riabilitazione.	1. Messa a disposizione dei professionisti e partecipazione dei professionisti individuati al gruppo di lavoro sul Piano Regionale della Riabilitazione.
2. Monitoraggio attività dei gruppi integrati neuromuscolari (GIN)	2. Ogni AAS e ASUI invia una reportistica sulle attività dei gruppi integrati neuromuscolari (GIN)
3. Organizzazione evento formativo sul PDTA per la	3. Messa a disposizione dei professionisti per l'evento

sclerosi multipla	formativo sul PDTA per la sclerosi multipla
4. Approvazione PDTA Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) e avvio dei lavori di monitoraggio del PDTA	4. Attivazione PDTA SLA e messa a disposizione professionisti per monitoraggio
5. Individuazione professionisti delle AAS, ASUI e IRCSS per l'avvio dei lavori sul PDTA riabilitazione oncologica	5. Messa a disposizione dei professionisti e partecipazione dei professionisti individuati al gruppo di lavoro sul PDTA riabilitazione oncologica

### 3.2.1.6 Assistenza Protesica

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Continuazione dei lavori per la revisione dei percorsi di assistenza protesica e per la formazione dei professionisti sanitari	1. Attuazione delle nuove procedure di erogazione dell'assistenza protesica e attivazione dei percorsi semplificati stabiliti da nuove linee di indirizzo regionali

### 3.2.1.7 Superamento della contenzione

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Dare attuazione alla DGR n. 1904/2016	1. Invio di un report di monitoraggio al 31.12.2019 del fenomeno della contenzione in tutte le strutture sanitarie, socio-sanitarie e assistenziali secondo quanto disposto nella DGR 1904/2016

## 3.2.2 ASSISTENZA SOCIO SANITARIA

### 3.3.2.1.1 Sistema di classificazione dei ricoveri nelle RSA

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Nella stipula degli accordi con il privato accreditato l'Azienda dovrà prevedere nel rispettivo budget annuale e/o pluriennale il volume dei ricoveri per livello assistenziale ed in relazione al proprio fabbisogno	Evidenza, nell'accordo con il privato accreditato della previsione del volume dei ricoveri per livello assistenziale ed in relazione al proprio fabbisogno
in sede di UVD è necessario determinare la tipologia di ricovero in RSA (rispetto ai tre livelli assistenziali) e la conseguente durata della degenza ai sensi della citata delibera nonché di valutare con attenzione la necessità di prolungare per motivi clinici sanitari la durata del ricovero oltre i valori soglia ad oggi previsti di 30 o 40 gg.	Evidenza, in sede di UVD, della definizione della tipologia del ricovero in RSA della durata di degenza e dell'eventuale necessità di prolungare la durata del ricovero oltre i valori soglia previsti

<b>3.3.2.1.2 Processo di riclassificazione delle strutture residenziali per anziani già funzionanti</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Proseguire nel processo di riclassificazione delle residenze per anziani già autorizzate al funzionamento	Evidenza del monitoraggio e verifica dei adempimenti e adeguamenti previsti per il livello di nuova classificazione rilasciato

<b>3.3.2.1.3 Sistema di VMD Val.Graf.-FVG e procedure di accesso nelle residenze per anziani convenzionate</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Definire, sulla base degli indirizzi che verranno forniti dalla Regione e nel rispetto delle specificità presenti a livello locale, procedure uniformi e condivise a livello territoriale per l'ingresso nelle strutture residenziali convenzionate	Evidenza delle procedure aziendali

<b>3.3.2.1.3 Sistema di finanziamento</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Continuare a riconoscere i finanziamenti per l'abbattimento della retta di accoglienza nella misura prevista dalle vigenti disposizioni regionali.	1. Evidenza dei finanziamenti erogati alle strutture
2. Conclusione del percorso avviato nel 2018 per l'assegnazione dei posti letto convenzionabili aggiuntivi, attribuiti a ciascuna Azienda con DGR n. 1828 del 05/10/2018, secondo le procedure e modalità ivi indicate.	2. Evidenza della conclusione del percorso avviato nel 2018 per l'assegnazione dei posti letto convenzionabili aggiuntivi, secondo le modalità previste dalla DGR 1828/2018

<b>3.3.2.1.4 Monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Prosecuzione delle attività di verifica e approfondimento dei percorsi avviati negli anni precedenti nelle residenze per anziani	almeno due visite di audit approfondite nelle residenze per anziani
Rendicontazione delle attività di monitoraggio e promozione della qualità svolte nell'anno precedente nelle residenze per anziani	Trasmissione alla DCS di una relazione illustrativa delle attività di monitoraggio e promozione della qualità svolte nell'anno precedente, entro il 30 giugno 2019.

<b>3.3.2.1.5 Flussi e sistemi informativi</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Assolvere i debiti informativi verso la Regione sulla base delle richieste e indicazioni fornite dalla Regione stessa	Debiti informativi assolti

<b>3.3.2.1.5 Sperimentazione "Abitare possibile" e "Domiciliarità innovativa"</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
sostenere e incentivare nel proprio territorio la sperimentazione di forme abitative per anziani fragili denominate "Abitare possibile" e "Domiciliarità innovativa" di cui alla DGR 671/2015 e DGR 2089/2017: a) Prosecuzione del modello sperimentale di housing sociale (Casa Gandin) in collaborazione con il Comune di Gonars	a) Evidenza della prosecuzione delle attività di competenza dell'AAS, secondo quanto previsto dalla convenzione stipulata con il Comune di Gonars

<b>3.3.2.1.7 Sperimentazione screening popolazione anziana fragile e servizio telesoccorso</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<b>1. Adozione del regolamento regionale relativo all'attivazione e gestione del servizio di presa in carico di tele assistenza domiciliare "sicuri a casa"</b>	<b>1. Il regolamento è adottato con atto formale entro il 31.12.2019</b>
2. Estensione del progetto PRISMA 7 a tutte le AAS e ASUI secondo le indicazioni regionali	2. Evidenza della rilevazione sugli abitanti >75 dei distretti a partire dell'estensione del programma all'AAS2 secondo le indicazioni regionali

<b>3.3.2.1.8 Disabilità</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Valutazione degli utenti dei servizi residenziali e semiresidenziali	1. almeno il 70% dell'utenza in carico è valutata (anche tenendo conto delle valutazioni già effettuate negli anni precedenti)

<b>3.3.2.1.8 Fondo Gravissimi</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Partecipazione alla rilevazione del numero di persone con disabilità gravissima secondo le indicazioni	Evidenza della rilevazione secondo le indicazioni regionali

regionali	
-----------	--

**3.3.2.1.8 Fondo SLA**

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Valutazione e segnalazione dei nuovi casi all'Ente delegato (Area Welfare) secondo le indicazioni regionali	1. Evidenza della attività svolta secondo le indicazioni regionali

**3.3.2.1.11 Vigilanza servizi semiresidenziali e residenziali sociosanitari destinati a persone con disabilità**

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Prosecuzione delle attività di vigilanza e controllo dei servizi residenziali e semiresidenziali destinati all'accoglimento delle persone con disabilità	Attività di vigilanza e controllo su almeno il 30% dei servizi/strutture collocati sul territorio di competenza

**3.3.2.1.14 Autismo**

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Partecipazione dei referenti aziendali al Tavolo tecnico sull'autismo	1. Evidenza della partecipazione

**3.3.2.1.15 Minori**

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Supporto al processo di riclassificazione delle strutture residenziali e semiresidenziali;	1. Tutte le strutture per minori già operanti nel territorio aziendale sono riclassificate secondo le indicazioni regionali
2. Partecipare/collaborare al processo di presa in carico integrata dei minori accolti in strutture residenziali e semiresidenziali	2. Esistenza di un protocollo territoriale coerente con le linee regionali sulla presa in carico integrata dei minori in strutture residenziali e semiresidenziali, che ne definisca modalità e tempi
3. Ridurre il numero dei minori inviati fuori regione	3. Evidenza della riduzione del numero di invii fuori regione

**3.3.2.1.15 Salute mentale**

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Miglioramento dell'integrazione tra cure primarie e specialistiche con particolare riferimento alla presa in carico dei disturbi mentali comuni	1. Evidenza di percorsi integrati tra cure primarie e DSM e di interventi formativi 2. Invio in Direzione entro il 31.12.2019 del percorso

<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>3. Utilizzo dello strumento &gt;BIS nell'ambito di programmi terapeutico riabilitativi per l'età evolutiva</p> <p>4. Miglioramento e valutazione dell'impiego della metodologia del BIS nei DSM (età adulta), nell'ambito del Capitolato unico Regionale per la cogestione e coprogettazione di BIS con gli Enti del Terzo Settore</p> <p>5. Condivisione tra i diversi DSM regionali delle attività relative al percorso terapeutico e riabilitativo delle persone in contatto con i Servizi, in una prospettiva di massima personalizzazione degli interventi e sviluppo di empowerment da parte dei destinatari degli stessi</p>	<p>aziendale congiunto NPIA, DSM, PLS e MMG) per la definizione della fase di transizione delle cure</p> <p>3. Invio in Direzione entro il 31.12.2019 di un report con l'evidenza di programmi attivati presso ogni NPIA e/o Distretto</p> <p>4. Partecipazione ai Tavoli Tecnici Regionali e all'attività formativa prevista, degli operatori già individuati dai DSM, avvio attività di valutazione degli esiti con individuazione del profilo di salute dei beneficiari dei PTRI con BIS,</p> <p>5. Adozione dello strumento unico regionale a supporto del percorso terapeutico abilitativo personalizzato (di prossima informatizzazione).</p>
---	---

### 3.3.2.1.16 Disturbi del comportamento alimentare

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Operatività dei Centri Diurni presso ASUITS/Burlo/AAS2 (previo Accordo), ASUIUD, AAS5	1. Operatività dei Centri Diurni DCA presso ogni Azienda (invio alla DC di un report con identificazione del referente, individuazione dell'equipe funzionale ed evidenza di volumi di attività per adulti e minori

### 3.3.2.1.16 Cure palliative e terapia del dolore

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Consolidamento dell'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 (Medici dei servizi di Continuità assistenziale e al 118)	<b>1. Assistenza garantita h 24 7 giorni su 7 (con pronta disponibilità notturna) in ogni AAS e ASUI con evidenza dell'organizzazione e dell'attività svolta mediante relazione semestrale da inviare alla DCS entro luglio 2019 e gennaio 2020</b>
2. Revisione dei criteri di accesso alla rete delle cure palliative da parte di un gruppo tecnico regionale	2. Partecipazione al gruppo tecnico regionale degli esperti aziendali identificati dalle singole Aziende e approvazione dei criteri entro il primo semestre del 2019 e successiva applicazione
3. Monitoraggio della registrazione degli accessi di assistenza domiciliare per cure palliative nel sistema informativo con codifica ICD9	3. Redazione di report semestrale da inviare alla DCS entro luglio 2019 e gennaio 2020

4. Miglioramento delle modalità di presa in carico del paziente in cure palliative, in coerenza con le indicazioni della DGR 165/2016. Costituzione di un gruppo tecnico di lavoro a livello regionale	4. Partecipazione al gruppo regionale dei professionisti aziendali che si occupano di cure palliative con l'obiettivo di definire un sistema informativo omogeneo per la registrazione e rilevazione dei dati
5. Percentuale di malati oncologici deceduti a domicilio	5. Uguale o superiore al 75%
6. Criteri di priorità della visita algologica	6. Tutte le AAS e ASUI/IRCCS adottano i criteri di priorità della prima visita algologica, garantendone la fruibilità agli utenti tramite link al CUP centralizzato Regionale
7. Adottare le codifiche ambulatoriali e di ricovero di terapia antalgica definite nel corso del 2018	7. Tutte le AAS e ASUI/IRCCS adottano le codifiche di terapia antalgica ambulatoriali e di ricovero definite nel 2018 entro il primo semestre 2019
8. Rispetto dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni di terapia del dolore	8. Le AAS e ASUI/IRCCS garantiscono il rispetto dei tempi di attesa per prima visita algologica ambulatoriale con priorità B e D in almeno il 75% dei casi, a partire dal secondo semestre 2019.

### 3.3.2.1.17 Consulteri familiari

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>1. Implementazione del percorso gravidanza fisiologica a gestione ostetrica</p> <p>2. Implementazione dell'offerta della visita domiciliare ostetrica in puerperio in tutte le Aziende, anche al di fuori di situazioni di fragilità</p> <p>3. Promozione del tema della donazione del cordone ombelicale e del ruolo delle vaccinazioni infantili nell'ambito dei corsi di accompagnamento alla nascita</p> <p>4. Implementazione di percorsi aziendali per la donna in età post fertile</p> <p>5. Analisi di approfondimento delle gravidanze in età precoce e i neonati esposti</p>	<p>1. Vedi punto percorso nascita</p> <p>2. Vedi punto percorso nascita</p> <p>3. Evidenza di materiale che attesti la presentazione dei temi (locandine corsi, etc..)</p> <p>4. Evidenza documentale del percorso aziendale</p> <p>5. Definizione di protocolli aziendali di accompagnamento e dimissioni per le gravidanze in età precoce e i neonati esposti</p>

### Adozioni

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>1. Partecipazione al Tavolo regionale per l'adozione nazionale e internazionale</p> <p>2. Implementazione, in tutte le Aziende, dell'offerta di informazione e formazione in collaborazione con gli Enti Autorizzati EE.AA., la Scuola e il Tribunale per i</p>	<p>1. Evidenza di partecipazione dei referenti aziendali</p> <p>2. Evidenza di attivazione attraverso report con dati relativi all'anno 2019</p> <p>3. Evidenza dei processi di monitoraggio e valutazione attraverso report e dati relativi all'anno 2019</p>

Minorenni 3. Analisi e implementazione dei processi di monitoraggio e valutazione dei percorsi adottivi di maggiore criticità 4. Analisi della casistica di fallimento adottivo	4. Report sulla tematica dei fallimenti adottivi esito del percorso aziendale e regionale
---	---

<b>3.3.2.1.18 Sanità penitenziaria</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Realizzazione di eventi formativi congiunti tra personale sanitario e penitenziario finalizzati al miglioramento della comunicazione su obiettivi comuni, portando l'attenzione sulla gestione dei detenuti con bisogni sanitari complessi. 2. Sviluppo della telemedicina in carcere 3. Miglioramento della 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.	1. Almeno n. 1 evento aziendale di formazione congiunta realizzato al 31.12.2019 (indicazione del personale formato e verifica della soddisfazione dei partecipanti) 2. Almeno n. 1 progettualità di telemedicina innovativa sviluppata a favore dei detenuti (descrizione del progetto e indicazione degli interventi effettuati al 31.12.2019) 3. Intervento organizzativo individuato per la presa in carico dei detenuti con bisogni complessi (descrizione dell'intervento e rilevazione dei casi presi in carico al 31.12.2019)

<b>3.3.2.1.19 Superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Presa in carico delle persone internate in REMS da parte delle equipe multiprofessionali dei CSM di residenza	1. Predisposizione e invio all'autorità giudiziaria competente, entro 45 giorni dalla data di ingresso delle persone in REMS, dei PTRI finalizzati all'adozione di soluzioni diverse dalla REMS

<b>3.3.2.1.20 Dipendenze</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Collaborazione con l'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze	1.1 Partecipazione dei referenti del gruppo tecnico operativo ad almeno il 70% delle riunioni indette dall'Osservatorio sulle Dipendenze 1.2 Invio e validazione dei dati per i flussi informativi regionali raccolti dell'osservatorio 1.3 Rendicontazione delle azioni previste dal Piano operativo GAP 2017 1.4 Report con l'esito di almeno 3 indicatori di outcome relativi agli strumenti terapeutico riabilitativi e di

	<p>reinserimento sociale</p> <p>1.5 Report con l'esito di 3 indicatori di outcome relativi all'esito dei trattamenti in capo al SSR per rispondere alle problematiche relative alla dipendenza, quali drop-out e follow - up</p> <p>16. Report rispetto ai soggetti under 25 anni afferenti ai servizi rispetto quantità e problematiche all'accesso</p>
2. Partecipazione al tavolo tecnico di confronto regionale con il terzo settore sui trattamenti alcologici	2. Partecipazione dei referenti Aziendali dei trattamenti alcologici ad almeno il 70% delle riunioni indette
3. Realizzazione di una sperimentazione dell'uso del budget personale.	3. Report su sperimentazione budget personale
4. Diffusione dell'offerta di testing per le malattie infettive correlate all'uso di sostanze stupefacenti negli utenti che afferiscono ai Servizi per le dipendenze	4. Almeno il 70% di testati sui testabili
5. Ridurre di almeno il 10% le persone inviate nelle strutture residenziali extraregionali	5. Relazione sul numero di invii nelle strutture per la terapia riabilitativa della dipendenza, con evidenza del dettaglio delle strutture di invio e motivazione espressa per gli invii fuori regione.

## AREA WELFARE

3.2.3.2 Anziani	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Supporto alla Direzione Centrale salute, politiche sociali e disabilità nelle attività di assistenza tecnica, manutenzione evolutiva, monitoraggio flussi dati e produzione reportistica sistema informativo SIRA-FVG e GENeSys	- elenco regionale strutture residenziali per anziani autorizzate – anno 2019
Utilizzo sistema informativo SIRA-FVG e GENeSys	- formazione operatori azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 a richiesta

3.2.3.3 Disabilità	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Supporto alla Direzione Centrale salute, politiche sociali e disabilità nelle attività richieste relativamente all'applicazione del "Regolamento per il trasferimento e l'utilizzo delle risorse destinate al finanziamento delle azioni 2 e 3 del programma di attuazione degli	- erogati i contributi per l'anno 2019 ai malati di SLA

interventi della regione Friuli Venezia Giulia a favore dei malati di sclerosi laterale amiotrofica (SLA)"	
--	--

<b>3.2.3.4 Minori</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Supporto alla Direzione Centrale salute, politiche sociali e disabilità nell'accompagnamento dell'attuazione delle linee di indirizzo per la presa in carico dei minori in strutture residenziali e semiresidenziali	- bozza linee di indirizzo

<b>3.2.3.5 Dipendenze</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Supporto alla Direzione Centrale salute, politiche sociali e disabilità nelle attività richieste relativamente alla gestione dell'Osservatorio delle Dipendenze	report 2018 consumo, dipendenze da sostanze e comportamenti di adiction in FVG

<b>3.2.3.6 Salute Mentale</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Supporto alla Direzione centrale salute nell'implementazione del gestionale salute mentale età adulta ed età evolutiva	relazione attività relativamente all'implementazione del gestionale salute mentale FVG

## ODONTOIATRIA PUBBLICA

<b>3.2.4 Odontoiatria pubblica</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Mantenere/migliorare le performance erogative ed organizzative di odontoiatria pubblica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- prestazioni/anno per centro erogatore <math>\geq 1400</math>;</li> <li>- media aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra deve essere mantenuta al livello raggiunto nel 2018 nelle Aziende con valore <math>&gt; 1.5</math>; deve raggiungere tale valore per le Aziende che nel 2018 hanno raggiunto una media compresa tra 1.0 e 1.5 e deve raggiungere il valore di almeno 1.3 nelle Aziende la cui media nel 2018 è risultata <math>&lt; 1</math></li> <li>• n° prestazioni/riunito <math>\geq 1400</math>;</li> <li>• la percentuale aziendale di visite sul totale delle</li> </ul>

	<p>prestazioni erogate deve essere mantenuta al valore raggiunto nel 2018 nelle Aziende che hanno raggiunto l'obiettivo nel corso dell'anno precedente e deve essere ridotta di almeno il 5% (rispetto al risultato ottenuto nel 2018) nelle Aziende che non hanno raggiunto l'obiettivo nel corso dell'anno precedente;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• fornire alla DCS per il tramite del Coordinamento regionale una comunicazione trimestrale sulle liste di attesa e tutte le informazioni previste dalla convenzione;</li> <li>• all'interno di ciascun carcere presente sul territorio regionale deve essere attivato l'ambulatorio odontostomatologico, per garantire in sede la presa in carico e la cura dei detenuti;</li> <li>• al fine di ottimizzare le risorse e garantire cure di qualità grazie alla numerosità della casistica trattata, andranno progressivamente intraprese azioni – attraverso la riduzione del numero delle sedi erogatrici di prestazioni odontostomatologiche – tese a garantire la presenza di almeno due riuniti per le sedi dell'area isontina entro il 2019</li> </ul>
--	--

### 3.3 ASSISTENZA FARMACEUTICA

3.3.1 Tetti spesa farmaceutica	
Obiettivo	Risultato atteso
<p>- Tetto per la spesa farmaceutica per acquisti diretti (farmaceutica ospedaliera, diretta e DPC) = 6,89 % del FSR;</p> <p>- Tetto acquisto diretto gas medicinali (ATC V03AN)= 0,2%</p> <p>- Tetto per la spesa farmaceutica convenzionata = 7,96% del FSR.</p> <p>Nello specifico i vincoli di spesa fissati a livello regionale per il 2019 sono riepilogati nel capitolo dedicato alle risorse finanziarie.</p>	<p>- Rispetto dei tetti fissati a livello nazionale: la verifica è effettuata a livello centrale e il rispetto dei tetti è considerato per regione – monitoraggi AIFA periodici</p> <p>- Rispetto dei vincoli regionali: monitoraggio mensile indicatori linee di gestione e cura della DCS</p>

3.3.2 Appropriata prescrizione	
Obiettivo	Risultato atteso

<p>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 2019 (in particolare per oncologici, immunologici, farmaci per l'epatite C, terapie intra-vitreali, farmaci del PHT_DPC, equivalenti, IPP, ecc).</p>	<p>Invio alla DCS da parte delle Aziende di due relazioni semestrali (entro 31/08/2019 e 28/02/2020) da cui si evincano:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 3 obiettivi assegnati alle U.O aziendali relativi a setting specialistici ad alto impatto di spesa</li> <li>- 3 obiettivi assegnati alle UO aziendali/MMG di continuità assistenziale/appropriatezza</li> <li>- Azioni intraprese per le categorie principali</li> </ul> <p>Modalità di valutazione: Relazioni inviate nei termini: sì/no (peso 50%) Relazioni congruenti in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 50%)</p>
--	--

3.3.4 Appropriately prescriptive. Indicators in territorial scope			
Objective	Expected result		
<p>Relativamente ai medicinali a brevetto scaduto e alla prescrizione di antibiotici sono riportati i target per il 2019. I target sui medicinali a brevetto scaduto potranno essere aggiornati con nota DCS non appena disponibili gli ultimi dati nel portale AIFA/MEF nonché in funzione di nuove scadenze brevettuali ovvero di associazioni fisse presenti sul mercato.</p>	<p><b>CLASSE</b></p>	<p><b>% media FVG (gen-ago 2018)</b></p>	<p><b>% target nazionale a cui tendere</b></p>
	<p>C08CA – derivati diidropiridinici</p>	<p>91,00%</p>	<p>92,10%</p>
	<p>C09BA – ACE inibitori e diuretici</p>	<p>93,90%</p>	<p>95,30%</p>
	<p>N03AX – Altri antiepilettici</p>	<p>94,00%</p>	<p>98,70%</p>
	<p>N06AX – Altri antidepressivi</p>	<p>77,20%</p>	<p>80,80%</p>
	<p><b>INDICATORE</b></p>	<p><b>Media FVG (2017)</b></p>	<p><b>Target a cui tendere</b></p>
<p>Incidenza di sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (anti-ipertensivi)</p>	<p>37,95%</p>	<p>≤ 30 %</p>	
<p>Co sumo pro capite di farmaci inibitori di pompa protonica</p>	<p>28,06</p>	<p>≤25 up pro cap</p>	
<p><b>Indicatore</b></p>	<p><b>Valore aziendale</b></p>	<p><b>Target (valore)</b></p>	

	2017	2016)
Consumo di antibiotici sul territorio DDD 000 res. pes. /die	14.38	14,06
Consumo di antibiotici in età pediatrica DDD 1 00 res. p s. die	14, 8	14,06

Modalità di valutazione complessivi:  
- 6-8 indicatori a target = **RAGGIUNTO**  
- 4-5 indicatori a target = **PARZIALMENTE RAGGIUNTO**  
- <4 indicatori a target = **NON RAGGIUNTO**

<b>3.3.5 Biosimilari</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
Indicatori per categorie di medicinali in cui è disponibile l'alternativa biosimile	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Invio alla DCS di due relazioni semestrali (entro il 31/08/2019 e 28/02/2020) da cui si evincano le attività svolte, i percorsi attivati con i prescrittori ed i monitoraggi effettuati per i singoli ambiti (ospedaliero, domiciliare, residenziale e semiresidenziale), da cui si evincano le ricadute sul SSR. A tal fine la DCS invierà uno schema di rilevazione delle informazioni per consentire confronti omogenei.</li> </ul> <p><u>Modalità di valutazione:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relazioni inviate entro il 31.08.19 ed entro il 28.02.2020: sì/no secondo schema DCS;</li> </ul>

<b>3.3.6 Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
Erogazione dei medicinali da parte delle strutture sanitarie (diretta e primo ciclo a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale) secondo la DGR 12/2018.	- Invio di due report semestrali sull'attività svolta nell'ambito della DPC e della distribuzione diretta entro il 31.08.19 ed entro il 28.02.20. La DCS invierà un prototipo di report per la rilevazione omogenea dei dati.
Ottimizzazione e monitoraggio della DPC	<p><b>Evidenza di accordi per l'erogazione del I ciclo con le strutture private accreditate entro il 31.08.2019</b></p> <p><u>Modalità di valutazione:</u></p>

	Relazioni inviate nei termini: sì/no
--	--------------------------------------

### 3.3.7 Rapporto con le Aziende Farmaceutiche e Biomedicali

Obiettivo	Risultato atteso
Gli enti del SSR, attraverso gli appositi Uffici (es. responsabili della trasparenza e dell'anticorruzione) adottano specifiche disposizioni organizzative relativamente alle attività d'informazione svolte dalle Aziende farmaceutiche e del settore dei dispositivi medici verso tutti gli operatori sanitari al fine di favorire comportamenti uniformi, coerenti a principi di trasparenza anche con riferimento ad eventuali conflitti di interesse	Le aziende predispongono un regolamento e lo adottano entro il 31.12.2019.  <u>Modalità di valutazione:</u> Invio del regolamento predisposto alla DCS entro il 31.12. 2019: sì/no

### 3.3.8 Assistenza integrativa

Obiettivo	Risultato atteso
<p>1. La dispensazione dei dispositivi medici di cui all'allegato 2 del DPCM 12 gennaio 2017 è garantita in forma diretta secondo le disposizioni della DGR n. 1783 del 22.09.2017, punto 8.e. A tal fine le aziende sanitarie implementano i relativi percorsi.</p> <p>2. Nelle more della completa attuazione di quanto previsto dalla DGR 12/2018 relativamente agli ausili per diabetici, le Aziende garantiscono modalità di acquisizione e di erogazione che favoriscano l'efficienza del SSR</p>	<p>1. implementazione/messa a regime della distribuzione diretta dei dispositivi medici di cui all'allegato 2 del DPCM 12 gennaio 2017</p> <p>2. Nelle more della completa attuazione di quanto previsto dalla DGR 12/2018 relativamente agli ausili per diabetici, le Aziende garantiscono modalità di acquisizione e di erogazione che favoriscano l'efficienza del SSR</p> <p><u>Modalità di valutazione:</u> Evidenza delle azioni intraprese: sì/no</p>

### 3.3.9 Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica

Obiettivo	Risultato atteso
<p><u>Registri AIFA e recupero rimborsi</u></p> <p>Per la prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA dovrà essere assicurata la registrazione di tutti i dati richiesti (anche con particolare riferimento ai medicinali innovativi), nel rispetto delle indicazioni autorizzate e dei criteri di eleggibilità definiti dall'AIFA, al fine di assicurare appropriatezza d'uso e consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing. La richiesta del</p>	<p>- Evidenza dei monitoraggi/controlli effettuati/percorsi aziendali per la risoluzione di eventuali criticità.</p> <p>- Assicurare l'invio delle Richieste di Rimborso secondo le modalità definite da AIFA per tutti i farmaci con accordo MEA.</p> <p><u>Modalità di valutazione</u> Presenza di un percorso aziendale per la gestione delle criticità: sì/no</p>

farmaco dovrà sempre essere accompagnata dalla scheda di registrazione paziente nel registro.	Riscontro agli approfondimenti/richieste di verifica relative ai registri AIFA/procedure di rimborso, inviate nei termini indicati: sì/no
<p><u>Cartella oncologica informatizzata</u></p> <p>La cartella oncologia informatizzata dovrà essere implementata relativamente ai campi: diagnosi/sede, protocollo/farmaco, stadiazione con un grado di completezza pari ad almeno il 95% dei pazienti.</p>	<p>Implementazione dei campi obbligatori per il 95% dei pazienti.</p> <p><u>Modalità di valutazione:</u></p> <p>Due rilevazione (DCS) del grado di completezza al 30.06.2019 e al 31.12.2019. L'obiettivo si intende raggiunto se entrambe le rilevazioni raggiungono il 95%.</p>
<p><u>Prescrizioni personalizzate PSM iter elettronico</u></p> <p>Per le Aziende servite dalla logistica centralizzata, la copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM dovrà essere garantita per il 90% delle confezioni destinate alla distribuzione diretta nominale erogate mediante lo stesso applicativo, anche al fine di consentire un puntuale monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e la promozione dei medicinali acquisiti centralmente da ARCS</p>	<p>% delle confezioni erogate in distribuzione diretta nominale hanno una prescrizione effettuata con il sistema PSM - iter elettronico <math>\geq 90\%</math></p> <p><u>Modalità di valutazione:</u> Target rilevati dalla DCS.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <math>\geq 90\%</math>: obiettivo raggiunto</li> <li>- tra <math>75\%</math> e <math>89\%</math>: obiettivo parzialmente raggiunto</li> <li>- <math>&lt; 75\%</math>: obiettivo non raggiunto</li> </ul>
<p><u>Prescrizione informatizzata dei piani terapeutici</u> Tutte le Aziende garantiranno il ricorso (prima prescrizione e rinnovi) alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici implementati/disponibili a sistema, tramite l'applicativo PSM-PT, in almeno il 65% 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. farmaci per l'infertilità o ormone della crescita per Burlo).</p> <p>Nel favorire l'implementazione di tale sistema informatizzato sarà inoltre assicurato il controllo dei piani terapeutici ed il rispetto delle note limitative AIFA.</p>	<p>% di ricorso alla prescrizione informatizzata tramite applicativo PSM-PT per tutti i pazienti: <math>\geq 65\%</math></p> <p><u>Modalità di valutazione:</u></p> <p>Target rilevati dalla DCS. Per le modalità di calcolo dell'indicatore si rimanda alla DGR n. 1912/2018</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- %PT informatizzati per tutti i pazienti <math>&gt; 65\%</math> raggiunto</li> <li>- % PT informatizzati per tutti i pazienti tra 50 e 65% parzialmente raggiunto</li> <li>- % PT informatizzati per tutti i pazienti <math>&lt; 50\%</math> non raggiunto</li> </ul>
<p><u>Flussi informativi farmaceutica</u></p> <p>Implementazione, verifiche e controlli di congruenza dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese, da parte dei responsabili individuati, utilizzando la reportistica a disposizione sul portale SISR (mancati invii, prezzi medi, revocati,</p>	<p>Verifiche dei dati entro il 10 di ogni mese</p> <p>Integrale copertura fase 3/fase 2 (<math>&gt; 99,5\%</math> della spesa negli ambiti previsti).</p> <p>Inserimento codice targatura in fase di erogazione diretta dei medicinali (<math>&gt; 99\%</math>).</p> <p>Riscontro entro 15 giorni agli approfondimenti richiesti o</p>

<p>ecc), con particolare riferimento ai disallineamenti derivanti da possibile mancato invio. Va assicurata, 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, nonché l'inserimento a sistema del codice targatura (&gt; 99% confezioni) in fase di erogazione diretta dei medicinali (applicativo PSM).</p> <p>Le Aziende e l'ARCS danno riscontro ad eventuali approfondimenti richiesti dalla Direzione Centrale, anche su istanza Ministero della Salute, entro 15 giorni dalle comunicazioni.</p>	<p>segnalazioni inviate.</p> <p><u>Modalità di valutazione:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- copertura fase 3/fase 2: target rilevati dalla DCS</li> <li>% &gt; 99,5%: raggiunto</li> <li>% tra 99 e 99,5: parzialmente raggiunto</li> <li>% &lt; 99%: non raggiunt</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Targatura: target rilevati dalla DCS:</li> <li>- % confezioni diretta PSM &gt; 99%: raggiunto</li> <li>- % confezioni diretta PSM da 97% a 99%: parzialmente raggiunto</li> <li>- % confezioni diretta PSM &lt; 97%: non raggiunto</li> </ul> <p>Riscontri agli approfondimenti effettuati nei termini: sì/no</p>
---	---

<b>3.3.10 Farmacovigilanza</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
<p>Gli Enti del SSR assicurano la partecipazione dei sanitari interessati e il supporto alle attività organizzative.</p>	<p>Evidenza della partecipazione alle progettualità avviate dalla DCS e alle attività formative organizzate dalla stessa (partecipazione incontri periodici, stato di avanzamento progetti affidati alle Aziende sanitarie)</p>
<p>Nell'ambito della progettualità pluriennale avviata nel 2018 (Farmacisti in ospedale/territorio) con il coinvolgimento di tutte le Aziende sanitarie, gli Enti del SSR dovranno garantire la partecipazione agli incontri periodici del gruppo di Coordinamento e l'invio della relazione scientifica e della rendicontazione secondo le tempistiche stabilite dalla convenzione in essere.</p>	<p>Partecipazione agli incontri periodici del gruppo di Coordinamento del progetto ed evidenza della relazione scientifica e della rendicontazione: secondo le tempistiche della convenzione in essere.</p> <p><u>Modalità di valutazione:</u></p> <p>Partecipazione agli incontri periodici sì/no</p> <p>Presenza SI/NO della relazione scientifica e della rendicontazione entro le tempistiche previste dalla convenzione in essere.</p>
<p>Partecipazione ai tre nuovi moduli FAD da parte dei Responsabili di farmacovigilanza e dai loro collaboratori (da loro individuati) al fine di migliorare la qualità delle informazioni inserite in RNF</p>	<p>Evidenza di partecipazione da parte di tutti gli operatori sanitari individuati</p> <p><u>Modalità di valutazione:</u></p> <p>1. obiettivo raggiunto: evidenza di partecipazione del 100% degli operatori sanitari individuati</p>

	<p>2. obiettivo parzialmente raggiunto: evidenza di partecipazione degli operatori sanitari individuati compresa tra il 70% e il 99%</p> <p>3. obiettivo non raggiunto: evidenza di partecipazione minore del 70% degli operatori sanitari individuati</p>				
Gli Enti dovranno assicurare azioni per incentivare la segnalazione on-line	<p>Aumento della % di segnalazioni on-line rispetto alla modalità cartacea al 31/12/2019</p> <p><u>Modalità di valutazione:</u></p> <p>Con riferimento alla rilevazione delle segnalazioni on-line effettuate nel periodo 01/01/2018 - 31/08/2018</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th><b>% di segnalazioni on-line/segnalazioni totali (01/01/2018-31/08/2018)</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>AAS2</b></td> <td>&lt;=50%</td> </tr> </tbody> </table> <p>L'obiettivo sarà diversificato nel seguente modo:</p> <p>1. obiettivo raggiunto: aumento delle segnalazioni on-line del 20%</p> <p>2. obiettivo parzialmente raggiunto: aumento delle segnalazioni on-line del 15%</p> <p>3. obiettivo non raggiunto: aumento delle segnalazioni on-line inferiore al 15%</p>		<b>% di segnalazioni on-line/segnalazioni totali (01/01/2018-31/08/2018)</b>	<b>AAS2</b>	<=50%
	<b>% di segnalazioni on-line/segnalazioni totali (01/01/2018-31/08/2018)</b>				
<b>AAS2</b>	<=50%				

### 3.4 ACCREDITAMENTO

<b>3.4 Accreditamento</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
<p>1. Partecipazione attiva al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti</p> <p>2. Partecipazione al programma di accreditamento nazionale degli organismi tecnicamente accreditanti</p> <p>3. Garanzia del funzionamento dell'OTA FVG</p>	<p>1. Gli enti del SSR consentono a ognuno dei propri dipendenti inseriti nell'elenco regionale dei valutatori dell'accREDITAMENTO di partecipare ai sopralluoghi per almeno 5 giornate, secondo le indicazioni della Direzione centrale salute</p> <p>2. Gli enti del SSR mettono a disposizione i professionisti appartenenti alle aree professionali indicate dalla Direzione centrale salute, da avviare al percorso formativo dei valutatori dell'accREDITAMENTO</p> <p>2. Gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti inseriti nell'elenco nazionale dei valutatori dell'accREDITAMENTO di partecipare alle attività</p>

	organizzate dal Ministero della salute e dall'Agenas 4. Gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti, componenti dell'OTA regionale, di svolgere le funzioni previste dalla D.G.R. n. 2220/2015 e dal Decreto n. 1899/2017
--	---

### 3.5 ASSISTENZA OSPEDALIERA

#### 3.5.1 Insufficienze d'organo e trapianti - cuore

Obiettivo	Risultato atteso
1. Partecipazione al percorso formativo per la gestione dei portatori di VAD	1. Partecipazione di almeno 2 operatori al percorso formativo per la gestione dei portatori di VAD

#### 3.5.1 Insufficienze d'organo e trapianti - Fegato

Obiettivo	Risultato atteso
Garantire la diffusione dei PDTA "Alterazione enzimi epatici" ai vari livelli dell'organizzazione	Evidenza della diffusione dei PDTA
Segnalazione per l'iscrizione in lista trapianto, presso il centro trapianti dell'ASUIUD, di almeno 40 pazienti nell'anno 2019	Segnalazione da parte dell'AAS2 di almeno 8 pazienti
Attivazione di un ambulatorio per visite di Epatologia (Medicina interna a indirizzo Epatologico) per ogni presidio ospedaliero spoke > almeno 4 ore/settimana a decorrere dal mese di maggio	Evidenza dell'attivazione dell'ambulatorio per visite di Epatologia (Medicina interna a indirizzo Epatologico) per ogni presidio ospedaliero spoke > almeno 4 ore/settimana a decorrere dal mese di maggio

#### 3.5.1 Insufficienze d'organo e trapianti - pancreas

Obiettivo	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 2017 di 30,08 x milione – fonte Bersaglio).	tasso di amputazioni maggiori per diabete <= 28 casi per milione di residenti (criteri di calcolo Bersaglio).

#### 3.5.1 Insufficienze d'organo e trapianti - Polmone

Obiettivo	Risultato atteso
Partecipazione alla revisione/stesura del PDTA regionale sulla BPCO da parte dei professionisti coinvolti	Partecipazione alla revisione/stesura del PDTA regionale sulla BPCO da parte dei professionisti coinvolti.

Riduzione del tasso di ospedalizzazione per BPCO portandolo per tutte le AAS/ASUI al di sotto del 55 per 100.000 residenti di 50-74 anni (valore medio regionale 2017 del 66,99 per 100.000 residenti – fonte Bersaglio).	tasso di ospedalizzazione per BPCO ≤ 55 per 100.000 residenti di 50-74 anni (criteri di calcolo Bersaglio).
Aumento dell'appropriatezza di utilizzo dell'ossigenoterapia domiciliare (riduzione maggiore del 10% della spesa, rispetto al valore 2017)	riduzione della spesa per ossigeno terapia domiciliare rispetto al valore 2017 >= 10%

### 3.5.1 Insufficienze d'organo e trapianti - Rene

Obiettivo	Risultato atteso
Attivazione nelle varie aziende sanitarie del percorso formativo di 2° livello sul PDTA "Malattia renale cronica stadi I-III e IV-V".	Evidenza dell'attivazione del percorso formativo di 2° livello sul PDTA "Malattia renale cronica stadi I-III e IV-V".
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 52% del totale (trapiantati + emodializzati + in dialisi peritoneale) (valore regionale 2017 del 54,34%).	potenziamento della dialisi peritoneale con l'obiettivo di ridurre i pazienti in emodialisi presso i centri dialisi al di sotto del 52% (trapiantati + emodializzati + in dialisi peritoneale)
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

### 3.5.1 Insufficienze d'organo e trapianti – Tessuti oculari

Obiettivo	Risultato atteso
Mantenimento del programma di donazione cornee rispetto al 2017	N° di donazioni di cornee >= al valore rilevato nell'anno 2017

### 3.5.1 Insufficienze d'organo e trapianti – Donazione d'organi e altri tessuti

Obiettivo	Risultato atteso
Implementazione delle segnalazioni secondo indicatori standard	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proc. 1 donatori effettivi/decessi per lesione cerebrale acuta (&gt; 16-25%)</li> <li>- Proc. 2 numero di accertamenti - AMC = (donatori utilizzati + opposizioni + procurati) / decessi per lesione cerebrale acuta (&gt; 21-40%)</li> </ul>

<b>3.5.2 Emergenza urgenza- ictus</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
Mantenimento dell'attività di Trombolisi endovenosa/endoarteriosa per l'anno 2019 al di sopra di 350 pazienti trattati nel territorio regionale (399 nei 2017 - fonte SDO)	Rispetto del protocollo aziendale di Trombolisi endovenosa/endoarteriosa
Misurazione dei tempi intercorrenti fra triage in pronto soccorso, 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.	Misurazione dei tempi intercorrenti fra triage in pronto soccorso, 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.
Utilizzo del database informatizzato per la raccolta di tutte le valutazioni con NIHSS, indice di Barthel (BI) e mRS pre e post evento in tutti i pazienti con ictus, in almeno l'85% degli episodi di ricovero con DRG 14 o codici ICD-9-CM in prima posizione relativa a: 430.x, 431.x, 432.x, 433.x1, 434.x1, 436.x, 437.3, 438.x, 784.3 (afasia). (Report ultimo trimestre anno)	% di episodi di ricovero con DRG 14 o codici ICD-9-CM in prima posizione relativa a: 430.x, 431.x, 432.x, 433.x1, 434.x1, 436.x, 437.3, 438.x, 784.3 (afasia). (Report ultimo trimestre anno)
Fornire adeguata informazione alla cittadinanza: (es opuscolo/volantino, video, eventi, ecc.) sui segni/sintomi da non sottovalutare per anticipare la chiamata di soccorso e rendere tempestivi i soccorsi in caso di ictus	Evidenza dell'informazione alla cittadinanza: (es opuscolo/volantino, video, eventi, ecc.) sui segni/sintomi da non sottovalutare per anticipare la chiamata di soccorso e rendere tempestivi i soccorsi in caso di ictus

<b>3.5.2 Emergenza urgenza- emergenze cardiologiche</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
Attivazione della tele-radiologia Hub & Spoke per le sindromi aortiche acute	Evidenza dell'attivazione della tele-radiologia Hub & Spoke per le sindromi aortiche acute
Implementazione di una scheda di valutazione dello storm aritmico > 95% dei casi inseriti a sistema (periodo dal 1 luglio al 31 dicembre)	% casi inseriti a sistema nel periodo 1 luglio -31 dicembre 2019 >=95%

<b>3.5.2 Emergenza urgenza- trauma</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
Trattamento della Frattura di femore entro 48H in almeno il 70% (hub) o 80% (spoke) dei casi trattati dal	% della Frattura di femore trattate entro 48H >=80%

presidio ospedaliero (media regionale 2017 del 71,1% - fonte PNE).	(criteri di calcolo PNE)
Riduzione dei tempi di trattamento di tutta la traumatologia	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 <= 1,5 gg) Attesa media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – ricoveri urgenti (indicatore Bersaglio C5.18.2 <= 8 gg)

### 3.5.2 Emergenza urgenza- Pronto soccorso ed urgenza emergenza

Obiettivo	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) o 65% (hub) (media regionale 2017 del 49,6% negli Hub e del 66,69% negli spoke - fonte Bersaglio)	% dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde >= 80% (criteri Bersaglio)
Aumentare la percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore, portandola a valori superiori all'85% (spoke) e 75% (hub) (media regionale 2016 del 71,13% negli Hub e 80,57% negli spoke - fonte Bersaglio)	% di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore >= 85%(criteri Bersaglio)

### 3.5.3 Reti di patologia – malattie rare

Obiettivo	Risultato atteso
<b>Registro regionale di cui al DM 279/2001</b>	<b>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 2019 e pulizia dei casi che sono usciti dal sistema) e produrre alla DCS un report di attività</b>

### 3.5.3 Reti di patologia – malattie reumatiche

Obiettivo	Risultato atteso
Partecipare alla definizione del documento di indirizzo sulla terapia con farmaci biologici (obiettivo condiviso con le farmacie aziendali e servizio farmaceutico regionale), ed evidenza della diffusione a tutti i professionisti coinvolti anche nell'ambito della	Evidenza della diffusione del documento ai professionisti coinvolti anche nell'ambito della medicina convenzionata

medicina convenzionata.	
Utilizzo dello strumento informatizzato per l'appropriatezza prescrittiva (1 report per semestre).	Elaborazione di un report per semestre

### 3.5.3 Reti di patologia – insufficienza cardiaca cronica

Obiettivo	Risultato atteso
Riduzione del tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti di 50-74 anni, portandolo per ogni AAS/ASUI sotto il valore di 200 (valore medio regionale 2017 di 215,39 – fonte Bersaglio)	Tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti di 50-74 anni $\leq$ 200 Criteri di calcolo Bersaglio

### 3.5.3 Reti di patologia – infettivologia

Obiettivo	Risultato atteso
Ogni presidio ospedaliero spoke ha almeno un medico di malattie infettive assegnato a tempo pieno alla direzione medica.	<b>Ogni presidio ospedaliero spoke ha almeno un medico di malattie infettive assegnato a tempo pieno alla direzione medica.</b>

### 3.5.4 Pediatria

Obiettivo	Risultato atteso
Partecipazione ai lavori regionali in relazione a: Area emergenza-urgenza Chirurgia pediatrica: Tele-refertazione Malattie complesse e/o croniche Cure palliative: Salute mentale in età evolutiva	Evidenza della partecipazione ai tavoli regionali
<i>Carta dei Servizi pediatrica:</i> le Aziende che erogano prestazioni destinate alla fascia di popolazione in età evolutiva predispongono una Carta dei servizi specifica per l'assistenza in età pediatrica e adolescenziale, secondo le modalità previste dall'Accordo Stato Regioni del 21 dicembre 2017, rep atti n. 248.	Evidenza della Carta dei servizi specifica per l'assistenza in età pediatrica e adolescenziale.
<i>Formazione:</i> Le Aziende promuovono attività formative relative alle tematiche oggetto di progettualità per il 2019 (trasporto pediatrico, onco-ematologia, malattie nefrologiche, malattie infiammatorie croniche intestinali, diabete, malattie neuromuscolari, cure palliative).	Evidenza della promozione di attività formative in tema di: trasporto pediatrico, onco-ematologia, malattie nefrologiche, malattie infiammatorie croniche intestinali, diabete, malattie neuromuscolari, cure palliative.

<b>3.5.5 Percorso nascita</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
<p><u>Gravidanza fisiologica a gestione ostetrica</u></p> <p>Nel corso del 2019 vengono completate le azioni necessarie alla piena attuazione del programma della gravidanza a basso rischio che le Aziende implementano a livello locale</p>	<p>Consolidamento del percorso nascita gravidanza a basso rischio a gestione ostetrica nell'area isontina, in attesa della definizione da parte della Regione degli strumenti idonei per la gestione in autonomia da parte delle ostetriche.</p> <p>Messa a regime dell'ambulatorio gravidanza basso rischio nella sede consultoriale a Palmanova, in attesa della definizione da parte della Regione degli strumenti idonei per la gestione in autonomia da parte delle ostetriche.</p>
<p><u>Integrazione territorio-ospedale</u></p> <p>Le Aziende collaborano alla realizzazione dell'Agenda della gravidanza e la implementano sul territorio di competenza. Per garantire la continuità assistenziale in puerperio le Aziende definiscono un percorso aziendale per il post-partum per mamma e neonato, anche prevedendo l'offerta della visita ostetrica domiciliare.</p>	<p>Il percorso per il post-partum per mamma e neonato è attivo a Gorizia e Grado e implementazione del servizio a Monfalcone e Cormons.</p> <p>Implementazione del servizio nell'area della bassa friulana.</p>
<p><u>Parto analgesia</u></p> <p>Le Aziende in cui è operativo uno o più Punti nascita:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sviluppano/aggiornano una Carta dei servizi specifica per il percorso nascita con le informazioni previste dalla DGR 1083/2012 relative ad ogni Punto nascita aziendale, ivi compresa l'offerta di parto-analgesia;</li> <li>- rendono visibile nei siti aziendali l'offerta relativa al percorso nascita nel territorio di competenza, ivi comprese le tecniche di controllo del dolore in travaglio/parto;</li> <li>- definiscono procedure formalizzate e condivise a livello multiprofessionale, facilmente consultabili e periodicamente aggiornate, per tutte le fasi del percorso di parto-analgesia, dalla visita anestesiológica in gravidanza, all'erogazione della prestazione in travaglio, alle richieste estemporanee e al monitoraggio post- partum;</li> <li>- promuovono corsi aziendali di formazione specifica sulla parto-analgesia farmacologica e non, rivolti a tutte le figure professionali coinvolte e le Aziende con Ostetriche di Il livello promuovono programmi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evidenza della carta dei servizi per ognuno dei punti nascita</li> <li>- Evidenza della pubblicazione nei siti internet dell'offerta relativa al percorso nascita nel territorio di competenza, ivi comprese le tecniche di controllo del dolore in travaglio/parto;</li> <li>- Evidenza di procedure, per ciascuno dei punti nascita, formalizzate e condivise a livello multiprofessionale per tutte le fasi del percorso di parto-analgesia, dalla visita anestesiológica in gravidanza, all'erogazione della prestazione in travaglio, alle richieste estemporanee e al monitoraggio post- partum;</li> <li>- Evidenza di almeno un corso aziendale di formazione specifica sulla parto-analgesia farmacologica e non.</li> <li>- Evidenza del monitoraggio</li> </ul>

<p>formativi, anche sul campo, rivolti al territorio regionale;</p> <p>- monitorano l'attività e le eventuali complicanze.</p>	
<p><u>Tagli cesarei primari e parti indotti</u></p> <p>- tagli cesarei primari nei PN con <math>\leq 1000</math> parti/anno: <math>\leq 15\%</math></p> <p>- tagli cesarei primari nei PN di II livello o comunque con <math>&gt; 1.000</math> parti/anno: <math>\leq 25\%</math></p>	<p>- tagli cesarei primari nei PN con <math>\leq 1000</math> parti/anno: <math>\leq 15\%</math></p>
<p><u>Formazione</u></p> <p>Le Aziende promuovono programmi di formazione per gli operatori di sala parto per il mantenimento delle competenze e abilità tecniche e non tecniche. I PN di II livello promuovono corsi di formazione in simulazione rivolti anche agli operatori di sala parto dei PN di I livello.</p> <p>Gli operatori del 118 che svolgono il servizio di STAM assistono a 3 parti fisiologici.</p> <p>Le aziende, inoltre, promuovono corsi di formazione rivolti alle ostetriche che seguono il percorso gravidanza a basso rischio a gestione ostetrica, di cui alla DGR 723/2018.</p>	<p>Almeno un corso di formazione per gli operatori di sala parto per il mantenimento delle competenze e abilità tecniche e non tecniche.</p> <p>Almeno un corso di formazione rivolti alle ostetriche che seguono il percorso gravidanza a basso rischio a gestione ostetrica, di cui alla DGR 723/2018.</p>

<b>3.5.6 Sangue ed emocomponenti</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
raccolta di plasma destinato al frazionamento industriale per la produzione di farmaci emoderivati in quantità sufficiente a garantire la produzione programmata di farmaci emoderivati concordata con le regioni aderenti al Nuovo Accordo Interregionale Plasma (valore soglia 26.000 Kg), con adeguamento della produzione agli standard qualitativi concordati in sede di coordinamento interregionale con il fornitore del servizio di plasma-derivazione	Produzione di plasma $\geq 26000$ KG
Mantenimento della quota di compensazione interregionale (emocomponenti ed emoderivati) concordata con la pianificazione nazionale (Centro Nazionale Sangue) e interregionale (Nuovo Accordo Interregionale Plasma).	Quota di compensazione interregionale $\geq 7000$ unità di sangue
Monitoraggio dell'appropriatezza dell'utilizzo degli emocomponenti ed emoderivati da parte dei Comitati ospedalieri per il Buon Uso del Sangue (adeguati alle	Evidenza di almeno 2 monitoraggi infrannuali sul buon uso del sangue

prescrizioni della DGR 893/2018) con il fine di ricondurre i consumi pro capite della Regione Friuli Venezia Giulia al livello della media nazionale e dei valori raccomandati dalla letteratura internazionale:	
implementazione della prescrizione trasfusionale informatizzata e dei "sistemi barriera" per la trasfusione al letto del paziente.	Evidenza dell'avvio della prescrizione trasfusionale almeno negli ospedali di Latisana e Palmanova

### 3.5.6 Erogazione dei livelli di assistenza

Obiettivo	Risultato atteso
Contenimento del tasso di ospedalizzazione	del tasso di ospedalizzazione $\leq 125$ x mille
riduzione del numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica, ricorrendo anche ad un maggiore utilizzo del <i>day service</i> ,	% ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica $\leq 20\%$ per gli adulti e $40\%$ per i pediatrici (criteri di calcolo Bersaglio)
riduzione della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti $\geq 65$ anni	percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti $\geq 65$ anni $\geq 4\%$ (criteri di calcolo Bersaglio)

### 3.6 RETE CURE SICURE FVG

#### 3.6 Rete Cure sicure FVG

Obiettivo	Risultato atteso
continuazione nel 2019 dei programmi a regime e integrazione con nuove azioni	<ul style="list-style-type: none"> <li>– adattamento delle figure professionali (numero e tipologia dei professionisti) coinvolte nella Rete Cure Sicure FVG, in relazione al nuovo assetto istituzionale;</li> <li>– mantenimento delle indicazioni e delle raccomandazioni ministeriali fino ad ora sviluppate, messa a regime di eventuali nuove raccomandazioni e misurazione e verifica della loro adozione con riferimento alle strutture ospedaliere e ai distretti sanitari;</li> <li>– aggiornamento dei referenti aziendali dei flussi informativi istituzionali nazionali relativi al rischio clinico;</li> <li>– implementazione degli eventi formativi aziendali specifici per il tema come definito dal PFR 2019.</li> </ul>
Implementazione del programma "Antimicrobial Stewardship"	– Almeno un corso di formazione aziendale specifica per personale medico (in particolare medici ospedalieri e medici di medicina generale) sul tema della lettura dell'antibiogramma e sulla prescrizione antibiotica

	<p>mirata come da indicazioni del gruppo di coordinamento regionale;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– adozione e diffusione delle linee di indirizzo regionali per la gestione delle infezioni in ambito pediatrico;</li> <li>– adozione delle “Linee regionali per il riconoscimento precoce e la gestione della sepsi associata alle pratiche assistenziali” e monitoraggio degli indicatori riportati nel documento;</li> <li>– evidenza di attività di coinvolgimento dei cittadini sul tema dell’uso appropriato degli antibiotici</li> <li>– riduzione del consumo di antibiotici in ospedale e sul territorio: in particolare di cefalosporine e chinolonici (ambito ospedaliero e territoriale) e carbapenemi (ambito ospedaliero)</li> <li>– partecipazione al processo di revisione dei documenti regionali sulla gestione delle infezioni nell’adulto</li> <li>– partecipazione al processo di valutazione delle attività di stewardship aziendali mediante l’analisi dell’aderenza agli standard definiti nell’ambito del programma regionale</li> <li>– diffusione e condivisione dei report regionali sul consumo di antibiotici e sulle resistenza batteriche nelle unità operative ospedaliere, nei distretti e nelle AFT (programma Antimicrobial stewardship)</li> <li>– nomina di link professional territoriali della linea Antimicrobial</li> </ul>
<p>Implementazione del programma “Controllo delle infezioni correlate all’assistenza”</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– effettuazione di una simulazione di evento epidemico (preparedness) che coinvolga le unità operative di Pronto Soccorso e di Terapia Intensiva;</li> <li>– effettuazione della rilevazione secondo metodo HALT mirata a stimare la prevalenza di infezioni correlate all’assistenza in almeno una casa di riposo per distretto sanitario;</li> <li>– effettuazione della PPS biennale (prevalenza puntuale sulle ICA e sulla prescrizione di antibiotici) negli ospedali per acuti;</li> <li>– effettuazione sorveglianza sulle infezioni del sito chirurgico</li> <li>– valutazione della compliance alle raccomandazioni dei comportamenti dei blocchi operatori.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Partecipazione all'aggiornamento dei documenti regionali</li> </ul>
Implementazione del programma "Sicurezza del farmaco":	<ul style="list-style-type: none"> <li>– messa a regima della diffusione della reportistica periodica destinata ai medici di medicina generale;</li> <li>– adozione e diffusione del documento regionale sulla gestione degli elastomeri</li> <li>– Evidenza di almeno un monitoraggio sull'applicazione delle seguenti raccomandazioni ministeriali: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ raccomandazione per la riconciliazione farmacologica;</li> <li>○ prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici;</li> <li>○ prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike";</li> <li>○ prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati;</li> <li>○ prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica;</li> <li>○ corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio -KCl- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio.</li> </ul> </li> <li>– Evidenza di un intervento in almeno due case di riposo nel territorio dell'azienda per rivedere le prescrizioni di benzodiazepine e degli ipnotici degli ospiti.</li> <li>– <b>Riduzione del consumo di inibitori di pompa protonica a meno di 25 unità posologiche procapite (diretta+convenzionata e dpc)</b></li> <li>– avvio programma sulla corretta gestione della nutrizione e idratazione nelle case di riposo</li> </ul>

### 3.7 PROMOZIONE DELLA SALUTE NEGLI OSPEDALI E NEI SERVIZI SANITARI: LA RETE HPH

3.7 Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH	
Obiettivo	Risultato atteso
Costituzione di un gruppo di lavoro sul benessere organizzativo	Almeno tre riunioni del gruppo aziendale
Partecipazione alla formazione specifica sulla	Evidenza della partecipazione

valutazione del benessere soggettivo e dimensioni psico fisiche degli operatori	
I medici competenti e il coordinamento regionale della rete HPH individuano una strategia per implementare la valutazione del benessere soggettivo nel corso delle visite	- al momento della visita periodica, il medico competente misura le dimensioni del benessere psico-fisico attraverso una breve anamnesi e la valutazione della composizione corporea (rapporto massa grassa/massa magra) - i medici competenti collaborano con il comitato HPH di cui sono parte integrante, per la ricognizione dell'offerta aziendale riguardante sani stili di vita (evidenza di offerta dedicata agli operatori su stili di vita e gestione dello stress)
Rilevazione dell'offerta aziendale dedicata agli operatori su stili di vita e gestione dello stress nell'ambito delle attività del comitato aziendale HPH	Trasmissione della rilevazione al comitato regionale HPH
Nella seconda metà dell'anno: somministrazione in via sperimentale, al momento della visita periodica effettuata dal medico competente, della scheda di valutazione sul benessere psico-fisico condivisa a livello regionale.	Evidenza delle schede somministrate al campione identificato dal coordinamento regionale. Definizione di un progetto di miglioramento sulla base degli esiti della rilevazione
Identificare la rete dei link professional	Nominare almeno un rappresentate per: prevenzione, distretto, dipartimenti clinici, salute mentale, dipendenze
<b>Pazienti - astensione del fumo di tabacco in fase peri-operatoria</b> <b>• tutti i soggetti fumatori ai quali viene programmato un intervento chirurgico sono informati sui benefici della sospensione del fumo, nelle settimane precedenti e successive, sulla guarigione dopo intervento chirurgico e vengono invitati all'astensione</b>	<b>Allestire informativa e darne opportuna diffusione</b>

### 3.8 RAPPORTO CON I CITTADINI

3.8.1 Tempi d'attesa	
Obiettivo	Risultato atteso
Monitoraggi tempi d'attesa	Realizzazione dei monitoraggi regionali e ministeriali
organizzare le agende delle prestazioni ambulatoriali specialistiche per consentire la prenotazione online del cittadino dell'offerta.	Evidenza della prenotabilità on line delle prestazioni indicate dalla Regione

Tutte le agende di prenotazione (sia istituzionali che di libera professione) sono disponibili a CUP	Evidenza della prenotabilità a CUP di tutte le agende di attività istituzionale e libero professionale
Assicurare la "garanzia" erogativa per le priorità B al > 95%, per la priorità D al > 90% e per le priorità P al > 85%.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– % di prestazioni monitorate prescritte in priorità B ed erogate entro 10 gg &gt;=95%</li> <li>– % di prestazioni monitorate prescritte in priorità D ed erogate entro 30 gg se visite oppure <b>60</b> gg se diagnostiche &gt;=90%</li> <li>– % di prestazioni monitorate prescritte in priorità P ed erogate entro 180 gg &gt;=85%</li> </ul>
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>– % di interventi chirurgici monitorati e prescritti con priorità A che rispettano i tempi d'attesa &gt;=95%</li> <li>– % di interventi chirurgici monitorati e prescritti con priorità B, C e D che rispettano i tempi d'attesa &gt;=90%</li> </ul>
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.	Evidenza del rispetto del rapporto tra attività libero professionale e attività istituzionale di cui al CCNLL
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	Evidenza della rendicontazione trasmessa alla DCS, circa la modalità di utilizzo del finanziamento attribuito con la LR 7/2009
A seguito dell'approvazione del nuovo Piano Nazionale di governo delle liste d'attesa (Pngla) per gli anni 2018/2020, la Regione provvederà all'adozione del Piano Regionale di Governo delle liste di attesa. Successivamente entro 60 giorni dall'adozione del Piano Regionale, a loro volta le Aziende sanitarie dovranno adottare un nuovo Programma Attuativo Aziendale o aggiornare quello in uso, in coerenza con quanto definito in ambito regionale e provvedere all'invio dello stesso alla Regione.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Adozione del Programma Attuativo Aziendale del Governo delle liste di attesa in coerenza con quello che verrà definito in ambito regionale e trasmissione dello stesso alla DCS</li> <li>– Adeguamento del regolamento aziendale sulla Libera professione in coerenza con le linee di indirizzo che verranno diffuse dalla Regione</li> </ul>

Analogamente, nel corso del 2019 la Regione provvederà a diffondere delle linee di indirizzo per la redazione e l'adeguamento dei regolamenti aziendali sulla Libera Professione.	
---	--

### 3.8.2 Rapporto con pazienti e familiari nelle attività di ricovero

Obiettivo	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
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 $\geq 90\%$ .
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

## 4. IL SISTEMA INFORMATIVO

4.1 Il Sistema informativo	
Obiettivo	Risultato atteso
<u>Riorganizzazione dei servizi ICT</u> Censimento dei principali Servizi ICT a supporto della funzionalità ed organizzazione delle Aziende e redazione di un Piano di riorganizzazione	Redazione del piano di riorganizzazione
<u>Revisione sistemi</u> Partecipazione ai gruppi di lavoro (Gestione Risorse Umane, Gestione contabilità) Configurazione e avviamento secondo la tempistica definita a livello regionale	90% degli incontri Configurazione e avviamento secondo la tempistica regionale
<u>Revisione sistemi</u> Partecipazione gruppo di lavoro sulla Cartella clinica Configurazione e avviamento secondo la tempistica definita a livello regionale	90% incontri Configurazione e avviamento secondo la tempistica regionale

<u>Ricetta dematerializzata</u> Completamento della ricetta dematerializzata	Farmaceutica >90%
<u>Firma digitale</u> Produzione e trasmissione Patient Summary da parte dei mmg/pls Tutte le Aziende garantiscono la tracciabilità (biffatura su applicativo GECO) sull'avvenuta presa visione dell'informativa rispetto al trattamento dei dati personali di base; la singola biffatura è valida nell'ambito dell'anagrafica degli assistiti regionale.	- Referti ambulatoriali per internisti ed esterni >95% - Laboratorio e microbiologia >98% - Radiologia > 98% - Lettera di dimissione >98% Pronto soccorso >98% - Produzione e trasmissione Patient Summary attivato > 80% dei mmg/pls - 100% degli accessi
<u>Sicurezza informatica</u> 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 – (Regolamento UE 2016/679)	31.12.2019
<u>Rinnovamento SIASI</u> 1. SALUTE MENTALE: Configurazione e avviamento del sistema secondo le tempistiche definite a livello regionale 2. ASSISTENZA TERRITORIALE: predisposizione dei requisiti per capitolato tecnico	1. Configurazione e avviamento del sistema secondo le tempistiche definite a livello regionale 2. Partecipazione al gruppo di lavoro (90% delle presenze)
<u>Privacy</u> Regolamento europeo GDPR n. 679/2016 e D.LGS. 196/2003 come modificato dal D. Lgs. 101/2018	Partecipazione del Direttore Generale / Commissario, Direttore Amministrativo / <b>Viceministro amministrativo</b> , Direttore Sanitario / <b>Vicedirettore sanitario</b> al corso sul trattamento dei dati personali realizzato dalla DCS
<u>Privacy</u> Predisposizione delle informative per le ditte esterne in accordo all'art. 28 del GDPR 679/2017	50% entro 31.05.2019 85% entro 30.10.2019 100% entro 31.12.2019
<u>Funzioni rivolte al sistema</u>	
Gestione dell'attività sanitaria in ambito ospedaliero	<b>a. Potenziamento, revisione ed estensione delle integrazioni dei sistemi clinico sanitari</b> <b>b. Normalizzazione della gestione delle credenziali, individuazione ed attivazione sistema Single Sign On</b>

	c. Implementazione della prescrizione trasfusionale informatizzata
Gestione dell'attività sanitaria in ambito di assistenza distrettuale	a. Collegamento informatico presso tutte le sedi aziendali b. <b>Piattaforma di connessione con la medicina generale</b> c. Avviamento del nuovo sistema di iscrizione ai MMG presso tutte le aziende del SSR d. <b>Avviamento del sistema di logistica, gestione e distribuzione degli ausili, protesi e ortesi in fase di acquisizione dall'ARCS</b>
Gestione dell'attività sanitaria in ambito di assistenza socio sanitaria	Adozione e configurazione di un unico strumento regionale per i DSM
Gestione dell'attività dell'Area Welfare (par. 3.2.3)	a. supporto alla revisione, implementazione, manutenzione evolutiva piattaforma FAD b. supporto all'impostazione e all'avvio di un sistema informativo sulla cooperazione sociale c. sviluppo del sistema di VMD Val.Graf-FVG. e supporto all'utilizzo d. revisione processi operativi SIL e adeguamento sistema informativo SILweb
Sistema informativo Cooperazione sociale	a. collaborare allo sviluppo un sistema informativo per la gestione dell'Albo regionale delle cooperative sociali e consentire il monitoraggio delle attività e delle risorse nell'ambito dei servizi sociosanitari, socio assistenziali e socio educativi.
<b>Gestione dell'attività della Odontoiatria Pubblica</b>	<b>Supporto all'attività della cartella clinica elettronica</b>

#### 4.1 SISTEMA PACS REGIONALE

<b>Sistema PACS regionale</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
Rinnovo del sistema PACS regionale con aggiornamento delle sue componenti tecnologiche	Aggiornamento delle precondizioni impiantistiche e logistiche Supporto tecnico alle attività di installazione.
Consultazione/visualizzazione di referti e immagini in situazione emergenziale inter-aziendale: prosecuzione della messa a regime del caso d'uso negli ambiti clinici	Le Aziende garantiscono supporto tecnico e clinico nelle attività di messa a punto e collaudo dei sistemi di collegamento Spoke-Hub.

previsti dalla programmazione sanitaria regionale.	
Collaudo presso un sito pilota della soluzione di integrazione SIO/PACS per la produzione di un referto multimediale in Radiologia, già testata in ambiente di prova e avvio della soluzione a livello regionale.	Le Aziende garantiscono il supporto tecnico e clinico per le attività di collaudo e avviamento presso gli altri siti regionali secondo il programma che sarà redatto da ARCS d'intesa con INSIEL e con il fornitore PACS.
Proseguimento dell'estensione sistema PACS all'intero ambito dell'endoscopia ambulatoriale (broncoscopia, cistoscopia, isteroscopia, ...) in relazione alle esigenze cliniche espresse dalle Aziende.	Entro marzo ogni Azienda conferma le esigenze cliniche nei vari ambiti dell'endoscopia ambulatoriale e predispone un piano di attuazione delle precondizioni tecnologiche per l'adozione dei profili di integrazione versus G2 e PACS.  Entro l'anno ogni Azienda si impegna ad attivare il flusso di integrazione versus G2 e PACS almeno per uno degli ambiti clinici individuati.
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.	Ogni azienda presenta entro marzo un documento di richiesta motivata di moduli di post elaborazione da integrare nel sistema PACS regionale.

## 8.1 FORMAZIONE

8.1 Formazione	
Obiettivo	Risultato atteso
1. Accredimento di eventi FAD gestiti su piattaforma HTL.	1. Accredimento di n. 1 evento FAD entro il 30.09.2018;
2. Utilizzo della funzione "iscrizione on line" agli eventi	2. Utilizzo della funzione "iscrizione on line" per almeno 5 eventi RES entro il 30.11.2019

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

### 3. LE PROGETTUALITÀ

#### 3.1 PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

<b>3.1.1. Tutela della salute della donna</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
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

<b>3.1.2 Migliorare la salute nei soggetti a rischio MCNT e malati cronici (Programma I PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<u>Screening opportunistico</u> : avvio di uno screening opportunistico su stili di vita e rischio cardiovascolare globale	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.
<u>Cardio 50</u> : verrà data continuità al progetto Cardio 50 sui territori dei Distretti di Gemona e San Daniele	Adesione del 60% della popolazione invitata

<b>3.1.3. Gli screening oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia (Programma II PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Assicurare la collaborazione per la riconversione del programma di screening cervicale	Operatori formati
Prelievi per HPV-DNA test di primo livello	Dotare gli ambulatori di prelievo delle dotazioni come da nota DCS

	Logistica di supporto (trasporto campioni) realizzata secondo indicazioni DCS
Garantire la tempestiva lettura dei pap-test primari fino a transizione del programma ultimata	Lecture dei pap-test primari presso le sedi di attuale competenza fino a transizione del programma ultimata (>80% dei pap-test refertati entro 21 gg)
Raggiungere e mantenere un'adesione ai programmi di screening	Adesione pari al 70% per la cervice uterina, al 70% per la mammella, e al 70% per il carcinoma del colon retto
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.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Percentuale di inviti inesitati <math>\leq 1,5\%</math></li> <li>- Formale Individuazione e Comunicazione alla DCS, entro 30gg dall'approvazione delle linee di gestione, di un referente amministrativo per ogni distretto</li> <li>- Report alla DCS entro il 31.12.2019 con le azioni intraprese per il contenimento del fenomeno.</li> </ul>
Garantire le sedi per l'erogazione dello screening mammografico accertando la permanenza dei requisiti per l'installazione dell'Unità Mobile e garantendo l'accessibilità (barriere architettoniche, igiene locali ecc.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Requisiti check list DCS rispettati</li> <li>- Collaborazione negli eventuali sopralluoghi di controllo</li> </ul>
Garantire che i radiologi certificati svolgano sia la lettura del test mammografico di screening sia la gestione del percorso di approfondimento diagnostico dei casi richiamati	Lettura del primo livello e gestione del percorso di approfondimento diagnostico da parte di radiologi certificati
Garantire la tempestiva e 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"> <li>- Tempo d'attesa per approfondimento di secondo livello <math>\leq 20</math> gg da esito positivo della mammografia di primo livello</li> <li>- Percentuale di casi di secondo livello chiusi correttamente <math>\geq 95\%</math></li> <li>- Tempo d'attesa medio prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella <math>\leq 30</math> gg</li> <li>- Percentuale di early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso"/totale dei casi chiusi dall'unità senologica) <math>&lt; 10\%</math></li> </ul>
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 30gg dalla positività del FOBT di screening	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Percentuale di cartelle correttamente compilate <math>\geq 95\%</math></li> <li>- Tempo di attesa per colonscopia di 2° livello <math>\leq 30</math> gg</li> </ul>

<b>3.1.4 Gli screening neonatali (Programma III PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Partecipare ai lavori (coordinati dal IRCSS Burlo) finalizzati alla diffusione e applicazione di una procedura regionale per lo screening neonatale audiologico e per lo screening neonatale oftalmologico con aggiornamento del PDTA, per lo screening neonatale metabolico esteso, per l'identificazione della fibrosi cistica e dell'emoglobinopatia nella popolazione a rischio	Diffusione e applicazione delle procedure con report al Burlo

<b>3.1.5 Salute e sicurezza nelle scuole e benessere dei giovani (Programma III PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Diffondere 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 90% delle scuole dovranno essere raggiunte dalla proposta di aderire alla rete Scuole che promuovono salute (SHE).
Sviluppo di progettualità di peer education nelle scuole. Continua la diffusione e implementazione dei progetti riconducibili alle buone pratiche, quali modello What's up, Unplugged, peer education ecc	Aderiscono alla progettazione almeno 50% delle scuole (21 scuole) Le progettualità dovranno essere inserite in banca dati PROSA

<b>3.1.6 Prevenzione delle dipendenze (Programma IV PRP)</b>
Vedere capitolo 3.3.2.10

<b>3.1.7 Promozione dell'attività fisica (Programma V PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
-Sviluppo di progetti di attività fisica rivolti alla popolazione adulta	Report su quanto realizzato Le progettualità dovranno essere inserite in banca dati PROSA
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
Messa a regime del "Centro per la Prescrizione e Somministrazione dell'Esercizio Fisico" per pazienti con malattie croniche (MCNT) presso Presidio Ospedaliero per la Salute di Gemona	Report attività a fine giugno e dicembre 2019

<b>3.1.8 Prevenzione degli incidenti stradali (Programma VI PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Consolidamento degli interventi finalizzati alla prevenzione degli incidenti stradali	Iniziative di comunicazione e informazione alla popolazione

<b>3.1.9 Prevenzione degli incidenti domestici (Programma VII PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Sensibilizzazione della popolazione nella prevenzione degli incidenti domestici	Diffondere nel territorio (scuole, associazioni, enti ecc.) il report elaborato dalla DCS sulle attività svolte negli anni scorsi  Report inviato alla DCS.

<b>3.1.10 Miglioramento della qualità nelle attività del dipartimento di prevenzione con particolare riferimento alle attività di vigilanza e controllo (Programma VIII PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
partecipazione al progetto "Prodotti Finiti FVG" V fase: definizione modello di scheda per la valorizzazione (pesatura) dei prodotti finiti VI fase: stima risorse impiegate per ogni prodotto finito	- Presenza di un modello di scheda di valorizzazione condivisa a livello regionale e vistata dal responsabile del progetto  - Almeno il 90% dei questionari inviati dal gruppo dovranno essere correttamente compilati dagli operatori
SIAN/VET: partecipare alla formazione degli auditor e al programma di mantenimento della qualifica	Mantenimento dei 14 auditor ufficiali formati
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, partecipazione alla costituzione del gruppo di auditor regionale

<b>3.1.11 Migliorare la salute e la sicurezza nei comparti a maggior rischio (Programma IX PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Mantenere un'adeguata vigilanza nei settori edile e agricolo secondo i parametri definiti a livello nazionale	- 5% delle aziende vigilate (367 unità) - Edilizia: almeno 130 cantieri vigilati (10% dei cantieri notificati nel 2018). - Agricoltura: vigilare 25 aziende agricole (Report di attività alla DCS)

**3.1.12 Emergenza 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 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"> <li>- Report sui lavoratori a rischio cardiovascolare globale</li> <li>- Offerta di percorsi per smettere di fumare</li> </ul>
Realizzare interventi di immunizzazione degli operatori sanitari per la prevenzione e il controllo delle infezioni prevenibili da vaccino	- Il controllo dell'immunizzazione e vaccinazione per malattie prevenibili con vaccino (morbillo, parotite, rosolia, varicella, pertosse, influenza) è inserito nei protocolli di sorveglianza sanitaria di tutti gli operatori sanitari, compresi lavoratori atipici e del servizio civile, operanti all'interno delle strutture aziendali.
Adottare e applicare le nuove LLGG regionali sulla tubercolosi	- LLGG regionali sulla tubercolosi applicate

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Studi di sorveglianza Okkio alla Salute e HBSC	Collaborare agli studi di sorveglianza ed alla restituzione dei risultati emersi
Studi di sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento	Dare continuità allo studio di sorveglianza PASSI e iniziare PASSI d'Argento

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Partecipazione attiva alle attività del "Gruppo Tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali" di cui al Decreto n° 630/SPS del 12.08. 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".
Sorveglianza delle acque potabili. Mappatura dei pozzi privati utilizzati nell'ambito delle imprese alimentari.	Proseguire la mappatura dei pozzi che approvvigionano gli stabilimenti riconosciuti (Reg. 852/853), le imprese alimentari
Nomina nuovi ispettori Reach/CLP tra il personale che ha partecipato ai corsi di formazione	Nomina 3 ispettori. Comunicazione alla DCS

Controlli coerenti con il piano nazionale annuale dei controlli in materia di REACH/CLP, per quanto	Almeno 3 controlli
---	--------------------

<b>3.1.15 - Miglioramento sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive (Programma XIII PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Interventi di immunizzazione dei volontari ospedalieri	- Adottato e applicato protocollo vaccinale per i volontari ospedalieri per (morbillo, parotite, rosolia, varicella, pertosse, influenza) e misure per il controllo e la prevenzione della tubercolosi secondo Linee guida regionali
Assicurare il proseguimento delle campagne vaccinali già avviate e quelle di nuova introduzione (herpes zoster negli anziani)	- Miglioramento delle coperture vaccinali dell'infanzia e dell'adolescenza - esavalente - MMR 1a e 2a dose - Offerta attiva della vaccinazione anti herpes zoster nei 65enni con copertura >35%
Veterinari: implementazione regionale del Sistema Informativo Nazionale della Farmacovigilanza Ricetta Elettronica (SINF-RE) entro il 2019: - Autorizzazione detenzione scorta - Formazione interna SINF-RE - Anagrafe ministeriale centralizzata delle strutture PET	Autorizzazione tramite SINF-RE di almeno il 90% delle autorizzazioni già autorizzate in cartaceo 1. Nuove autorizzazioni in SINF-RE 2. Formazione interna su SINF-RE
Gli ospedali partecipano ai programmi di sorveglianza delle ICA, con evidenza di monitoraggio degli indicatori regionali.	Indicatori regionali monitorati

<b>3.1.16 - Comunicazione del rischio e gestione delle emergenze (Programma XIV PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Applicare il protocollo regionale sull'assistenza sanitaria alle persone migranti ed inviare i dati di attività	Report mensile
Garantire la formazione dei propri operatori sull'antimicrobial stewardship	Almeno il 25% di medici prescrittori formati
Diffondere a tutti gli operatori sanitari la reportistica regionale sulle resistenze batteriche	Report inviato in formato elettronico a tutti gli operatori sanitari coinvolti in prescrizione e somministrazione di farmaci

<b>3.1.17 - Alimentazione e salute: promozione di un'alimentazione sana, sicura e sostenibile (Programma XV PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Garantire la partecipazione degli operatori dedicati al percorso formativo programmato a livello regionale sull'allattamento al seno	80% operatori dedicati formati
Mantenere ed ottimizzare il sistema di rilevazione sull'allattamento al seno alla dimissione e alla seconda vaccinazione	100% schede inserite nel sistema di rilevazione regionale entro un mese dalla dimissione e dalla seconda vaccinazione
Monitorare le gare di appalto di PA e Enti già mappate nel 2016 e fornire il proprio contributo nelle gare d'appalto in corso nel 2018 per favorire il maggior consumo di frutta e verdura, la riduzione del consumo di sale, usando quello iodato, l'utilizzo di prodotti preferibilmente tipici e a filiera corta	Contributo al 10% delle gare d'appalto di PA e Enti
Proseguire l'attività della verifica della presenza/offerta di sale iodato degli esercizi di vendita e nella ristorazione collettiva	Verifica effettuata almeno nel 70% dei controlli su esercizi di vendita e ristorazione collettiva

<b>3.1.18 Sicurezza alimentare e di salute e benessere animale</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Formazione operatori sui MOCA	70% degli operatori formati
Redigere procedura condivisa per l'attività di controllo ufficiale	Partecipazione dei referenti SIAN alla redazione della procedura condivisa
Ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi contenuti nel Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare (PRISAN) 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>VETERINARIA Origine Animale, come da PRISAN:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 100% interventi ispettivi Stabilimenti 853/04</li> <li>- 100% interventi ispettivi Stabilimenti 852</li> <li>- n. 33 audit</li> <li>- 100% campionamenti come da PRISAN (Piano Matrici, PNR, PNAA)</li> <li>- n. 33 valutazioni del rischio</li> <li>- n. 20 controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni.-</li> </ul> <p>SIAN, come da PRISAN:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 100% interventi ispettivi Stabilimenti 852</li> <li>- n. 6 Audit</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 100% Campionamenti come da PRISAN (Piano Matrici)</li> <li>- Valutazione rischio 100% delle attività controllate</li> <li>- n. 20 controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni</li> </ul>
Controlli sulla condizionalità come da convenzione con MIPAAF/AGEA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- effettuare il 100% dei controlli previsti</li> <li>- inserire evidenze e verbali in BDN</li> </ul>
Rafforzare gli interventi del Progetto Piccole Produzioni Locali in accordo con la Direzione centrale agricoltura.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Stesura di una relazione finale dettagliata di verifica Aziendale. La relazione dovrà riportare n. PPL registrate, n. ispezioni, punti di forza e debolezza del progetto rilevati sul territorio.</li> <li>- La relazione dovrà altresì riportare il dettaglio delle attività eseguite su <ul style="list-style-type: none"> <li>- carni suine e avicunicole</li> <li>- carni di specie diversa</li> <li>- prodotti lattiero caseari di malga</li> <li>- vegetali, confetture, conserve, prodotti da forno, erbe aromatiche, prodotti dell'alveare, vegetali fermentati, lumache, ecc...</li> </ul> </li> </ul>
Potenziare 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 2019.
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 (ingrassi > 30 Capi e riproduzioni) (100% della coorte) individuati dal Piano regionale da controllare al fine di richiedere lo status di Regione indenne.
Attuazione dei controlli sul benessere animale negli allevamenti e durante il trasporto secondo le linee guida operative dettate dalla Task Force benessere animale, istituita con Decreto 659/SPS del 20/08/2015	100% controlli previsti da Prisan di controllo sul rispetto del benessere animale richiesti dal PRISAN e i controlli previsti sul benessere durante il trasporto.
Attuazione dei controlli sull'anagrafe ovi caprina come da indirizzi LEA Ministeriali.	Raggiungimento del 3% dei controlli come richiesto da LEA Ministeriali.
Applicazione del PRP sull'Igiene Urbana Veterinaria.	Effettuare il 100% dei controlli sulle strutture di ricovero e custodia sia convenzionate che non convenzionate.

### 3.2 ASSISTENZA DISTRETTUALE E ASSISTENZA SOCIOSANITARIA

#### 3.2.2 ASSISTENZA DISTRETTUALE

3.2.1.1 Assistenza primaria	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Verifica del livello di raggiungimento degli obiettivi definiti negli AAIRR	1. Rispetto della tempistica prevista negli AAIRR e rendicontazione relativa alla DCS. Riepilogo dei risultati raggiunti dalle singole AFT in riferimento ai punti 1, 3.4.2 e punto 8 dell'Air per l'anno 2018, unitamente ai provvedimenti aziendali di approvazione: del "Piano di Intervento", degli accordi relativi agli obiettivi da definirsi nell'ambito del punto 8 a livello aziendale e i relativi prospetti riepilogativi delle somme corrisposte ai medici di medicina generale. Riepilogo sarà inviato entro il 31.03.2019.
2. Ricognizione dello stato di attuazione dei CAP e dei Presidi ospedalieri per la salute a livello regionale e delle prospettive di orientamento dei servizi finalizzate al miglioramento della presa in carico della cronicità	2. Mappatura organizzativa e di funzionamento dei CAP aziendali e dei Presidi ospedalieri per la salute con la precisazione del numero e della tipologia del personale convenzionato dedicato, degli orari di apertura, la descrizione delle attività svolte e relativi volumi, le dotazioni strumentali, gli obiettivi raggiunti in termine di follow up o presa in carico delle persone affette da patologie croniche. I dati al 31.12.2018 saranno trasmessi entro il 31.03.2019;
3. Coordinamento a livello regionale delle attività degli uffici aziendali deputati alla gestione dei rapporti con i professionisti convenzionati	3. Invio entro il <b>30.04.2019</b> di un report annuale al 31.12.2018 sullo stato di attuazione degli Accordi integrativi regionali, secondo un format condiviso con i Servizi aziendali e inviato dalla DCS; invio di analogo report semestrale, entro il 31.07.2019
4. Informatizzazione di tutte le sedi aziendali di continuità assistenziale per permettere a tutti i MCA la registrazione informatica delle prestazioni erogate e delle informazioni sanitarie a garanzia della continuità delle cure sull'apposito applicativo messo a disposizione da Insiel	4. Attivazione di idonee postazioni informatiche presso ciascuna sede aziendale di continuità assistenziale entro il <b>30.06.2019</b> .

3.2.1.2 Attività distrettuali a supporto delle cure di lungo termine	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Partecipazione dei referenti aziendali al gruppo tecnico che supporta la definizione e l'implementazione delle politiche, strategie e attività	1. Evidenza della partecipazione

nell'area della cronicità in tutte le classi di età	
2. Istituzione di un gruppo aziendale dedicato all'implementazione di reti assistenziali per la presa in carico di persone di tutte le età che necessitano di cure a lungo termine	2. Report che riporta il censimento dei servizi/attività/PDTA/reti esistenti al 31.12.2018 in relazione al Piano nazionale della cronicità, entro il 30.06.2019

<b>3.2.1.2.1 Diabete mellito</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Gestione integrata del diabete in coerenza con la DGR 1676/2015	Realizzazione di iniziative di incontro ed audit con MMG in ambito distrettuale/AFT al fine di valutare le performance individuali e di gruppo e gli scostamenti dai valori definiti dalle linee guida di riferimento. Invio in DCS di un report finale.
Partecipazione dei professionisti aziendali identificati ai fini della creazione della Rete diabetologica regionale con coordinamento unico regionale, al fine di armonizzare l'offerta diabetologica su tutto il territorio regionale	Mappatura dell'offerta diabetologica aziendale con evidenza delle criticità. Invio del report entro ottobre 2019.
Partecipazione dei professionisti aziendali identificati ai fini della creazione e formalizzazione della Rete regionale per il piede diabetico.	Mappatura dell'offerta diabetologica aziendale dedicata al piede diabetico con evidenza delle criticità. Invio del report entro ottobre 2019.
Partecipazione dei professionisti aziendali identificati ai fini della creazione della Rete diabetologica pediatrica regionale con coordinamento unico regionale, al fine di armonizzare l'offerta su tutto il territorio regionale.	Mappatura dell'offerta diabetologica pediatrica aziendale con evidenza delle criticità. Invio del report entro ottobre 2019.
Applicazione del documento revisionato dal tavolo tecnico regionale Programma di educazione terapeutica rivolto al soggetto diabetico in particolare per l'organizzazione dei campi residenziali	Invio del report relativo entro ottobre 2019.

<b>3.2.1.2.2 Scompenso cardiaco</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Creazione di una rete aziendale per la presa in carico e la gestione dello scompenso cardiaco	Evidenza dei servizi e dei percorsi relativi alla presa in carico e alla gestione dei soggetti con SC in tutti i setting di cura (domicilio – assistenza primaria – assistenza distrettuale – ospedale per acuti)

<b>3.2.1.2.3 BPCO</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Partecipazione dei referenti aziendali al gruppo tecnico per la condivisione e l'eventuale revisione del documento regionale propedeutico all'attivazione di una rete aziendale per la presa in carico e la gestione della BPCO coerente con i contenuti del documento stesso 2. Creazione di una rete aziendale per la presa in carico e la gestione della BPCO	1. Evidenza della partecipazione 2. Evidenza dei servizi e dei percorsi relativi alla presa in carico e alla gestione della BPCO in tutti i setting di cura (domicilio – assistenza primaria – assistenza distrettuale – ospedale per acuti),

<b>3.2.1.2.4 Sindromi dementigene</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Partecipazione a un tavolo di lavoro finalizzato 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)	Individuazione di un referente aziendale per la mappatura degli interventi in essere e all'avvio di un percorso di programmazione finalizzato alla definizione di una rete regionale

<b>3.2.1.3 Riabilitazione</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Individuazione professionisti per l'avvio dei lavori sul Piano Regionale della Riabilitazione.	1. Messa a disposizione dei professionisti e partecipazione dei professionisti individuati al gruppo di lavoro sul Piano Regionale della Riabilitazione.
2. Monitoraggio attività dei gruppi integrati neuromuscolari (GIN)	2. Invia una reportistica sulle attività del gruppo integrato neuromuscolari (GIN)
3. Organizzazione evento formativo sul PDTA per la sclerosi multipla	3. Messa a disposizione dei professionisti per l'evento formativo sul PDTA per la sclerosi multipla
4. Approvazione PDTA Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) e avvio dei lavori di monitoraggio del PDTA	4. Attivazione PDTA SLA e messa a disposizione professionisti per monitoraggio
5. Individuazione professionisti per l'avvio dei lavori sul PDTA riabilitazione oncologica	5. Messa a disposizione dei professionisti e partecipazione dei professionisti individuati al gruppo di lavoro sul PDTA riabilitazione oncologica

<b>3.2.1.4 Assistenza Protesica</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Continuazione dei lavori per la revisione dei percorsi di assistenza protesica e per la formazione dei professionisti sanitari	A seguito dell'adozione del tariffario regionale AAS3 provvederà all'aggiornamento dei percorsi per l'erogazione di alcuni ausili e protesi così come all'attivazione dei percorsi semplificati completando i lavori di revisione intrapresi nel 2018.

<b>3.2.1.5 Superamento della contenzione</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Dare attuazione alla DGR n. 1904/2016	Invio di un report di monitoraggio al 31.12.2019 del fenomeno della contenzione in tutte le strutture sanitarie, socio-sanitarie e assistenziali secondo quanto disposto nella DGR 1904/2016

### **3.2.2 ASSISTENZA SOCIOSANITARIA**

<b>3.2.2.1.2 Sistema di VMD Val.Graf.-FVG</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Sistema di VMD Val.Graf.-FVG e procedure di accesso nelle residenze per anziani convenzionate	<p>In continuità l'anno 2018, valutare, mediante l'utilizzo del sistema di VMD Val.Graf.-FVG, tutte le persone per le quali è previsto l'accoglimento in un servizio semiresidenziale o residenziale convenzionato.</p> <p>Definizione di procedure uniformi e condivise a livello territoriale per l'ingresso nelle strutture residenziali convenzionate, sulla base degli indirizzi che verranno forniti dalla Regione e nel rispetto delle specificità presenti a livello locale.</p>

<b>3.2.2.1.3 Sistema di finanziamento</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Sistema di finanziamento	Conclusione del percorso avviato nel 2018 per l'assegnazione dei posti letto convenzionabili aggiuntivi, attribuiti all'AAS3 con DGR n. 1828 del 05/10/2018, secondo le procedure e modalità ivi indicate.

### 3.2.2.1.4 Monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani	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).  Redigere e trasmettere alla Direzione Centrale Salute entro il primo semestre del <b>2019</b> , una dettagliata relazione illustrativa delle attività di monitoraggio e promozione della qualità svolte nell'anno precedente.

### 3.3.2.1.7 Sperimentazione screening popolazione anziana fragile e servizio telesoccorso

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<ol style="list-style-type: none"> <li>Adozione del regolamento regionale relativo all'attivazione e gestione del servizio di presa in carico di tele assistenza domiciliare "sicuri a casa"</li> <li>Estensione del progetto PRISMA 7 a tutte le AAS e ASUI della regione</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Il regolamento è adottato con atto formale entro il 31.12.2019</li> <li>Evidenza della rilevazione sugli abitanti &gt;75 dei distretti, secondo le indicazioni regionali</li> </ol>

### 3.2.2.2 Disabilità

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Valutazione degli utenti dei servizi residenziali e semiresidenziali	1. Valutare almeno il 70% degli utenti dei servizi residenziali e semiresidenziali (tenendo conto delle valutazioni già effettuate negli anni precedenti)

### 3.2.2.2.1 Fondo gravissimi

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Continuare nell'attività di accertamento e segnalazione ai sensi del D.Preg. 247/2009	Garantire l'attività di accertamento e segnalazione dei casi di gravissima disabilità da fornire alla DCS secondo le indicazioni del vigente regolamento regionale in materia.

### 3.2.2.2.2 Fondo SLA

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Continuare nella attività di valutazione, raccolta di documentazione e segnalazione indicate nel Regolamento di cui alla DGR 1692/2000.	Continuare le attività di valutazione, raccolta di documentazione e segnalazione dei nuovi casi di SLA e dei casi per i quali si è riscontrato un aggravamento,

	fornendo all'Ente delegato (Area Welfare) tutta la documentazione necessaria alla valutazione selettiva.
--	--

<b>3.2.2.2.3 Vigilanza servizi semiresidenziali e residenziali sociosanitari destinati a persone con disabilità</b>	
Obiettivo aziendale	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	Effettuare l'attività di vigilanza e controllo su almeno il 30% dei servizi/strutture collocati sul territorio di competenza.

<b>3.2.2.2.4 Dopo di noi</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Garantire gli interventi 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".	Collaborare attivamente al monitoraggio dei percorsi avviati, relativi all'abitare inclusivo, e alla progettazione degli interventi a valere sui finanziamenti del Fondo 2018.

<b>3.2.2.2.5 Autismo</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Partecipazione dei referenti aziendali al Tavolo tecnico sull'autismo	Evidenza della partecipazione

<b>3.2.2.3 Minori</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Supporto al processo di riclassificazione delle strutture residenziali e semiresidenziali;</li> <li>2. Partecipare/collaborare al processo di presa in carico integrata dei minori accolti in strutture residenziali e semiresidenziali</li> <li>3. Ridurre il numero dei minori inviati fuori regione</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tutte le strutture per minori già operanti nel territorio aziendale sono riclassificate.</li> <li>2. Esistenza di un protocollo territoriale coerente con le linee regionali sulla presa in carico integrata dei minori in strutture residenziali e semiresidenziali, che ne definisca modalità e tempi.</li> <li>3. Evidenza della riduzione del numero di invii fuori regione.</li> </ol>

<b>3.2.2.4 Salute Mentale</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Miglioramento dell'integrazione tra cure primarie e specialistiche con particolare riferimento alla presa in	1. Evidenza di percorsi integrati tra cure primarie e

carico dei disturbi mentali comuni	DSM e di interventi formativi
2. Definizione di un percorso aziendale congiunto (NPIA, DSM, PLS e MMG) per la definizione della fase di transizione delle cure dai servizi per l'età evolutiva ai servizi per l'età adulta	2. Invio in Direzione entro il 31.12.2019 del percorso aziendale congiunto NPIA, DSM, PLS e MMG) per la definizione della fase di transizione delle cure
3. Utilizzo dello strumento del BIS nell'ambito di programmi terapeutico riabilitativi per l'età evolutiva	3. Invio in Direzione entro il 31.12.2019 di un report con l'evidenza di programmi attivati presso ogni NPIA e/o Distretto
4. Miglioramento e valutazione dell'impiego della metodologia del BIS nei DSM (età adulta), nell'ambito del Capitolato unico Regionale per la cogestione e coprogettazione di BIS con gli Enti del Terzo Settore	4. Partecipazione ai Tavoli Tecnici Regionali e all'attività formativa prevista, degli operatori già individuati dai DSM, avvio attività di valutazione degli esiti con individuazione del profilo di salute dei beneficiari dei PTRI con BIS
5. Condivisione tra i diversi DSM regionali delle attività relative al percorso terapeutico e riabilitativo delle persone in contatto con i Servizi, in una prospettiva di massima personalizzazione degli interventi e sviluppo di empowerment da parte dei destinatari degli stessi	5. Adozione dello strumento unico regionale a supporto del percorso terapeutico abilitativo personalizzato (di prossima informatizzazione).

<b>3.2.2.6 Cure palliative e terapia del dolore</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<u>CURE PALLIATIVE</u>	
1. Consolidamento dell'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 (ai Medici dei servizi di Continuità assistenziale e al 118)	1. Assistenza garantita h 24 7 giorni su 7 (con pronta disponibilità notturna) con evidenza dell'organizzazione e dell'attività svolta mediante relazione semestrale da inviare alla DCS entro luglio 2019 e gennaio 2020
2. Revisione dei criteri di accesso alla rete delle cure palliative da parte di un gruppo tecnico regionale	2. Partecipazione al gruppo tecnico regionale degli esperti aziendali identificati dalle singole Aziende e approvazione dei criteri entro il primo semestre del 2019 e successiva applicazione
3. Monitoraggio della registrazione degli accessi di assistenza domiciliare per cure palliative nel sistema informativo con codifica ICD9	3. Redazione di report semestrale da inviare alla DCS entro luglio 2019 e gennaio 2020
4. Miglioramento delle modalità di presa in carico del paziente in cure palliative, in coerenza con le indicazioni della DGR 165/2016. Costituzione di un	4. Partecipazione al gruppo regionale dei professionisti aziendali che si occupano di cure palliative con l'obiettivo di definire un sistema

gruppo tecnico di lavoro a livello regionale	informativo omogeneo per la registrazione e rilevazione dei dati
5. Percentuale di malati oncologici deceduti a domicilio	5. Uguale o superiore al 75%
<b>TERAPIA DEL DOLORE</b>	
6. Criteri di priorità della visita algologica	6. Adozione dei criteri di priorità della prima visita algologica, garantendone la fruibilità agli utenti tramite link al CUP centralizzato Regionale
7. Adottare le codifiche ambulatoriali e di ricovero di terapia antalgica definite nel corso del 2018	7. Adozione delle codifiche di terapia antalgica ambulatoriali e di ricovero definite nel 2018 entro il primo semestre 2019
8. Rispetto dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni di terapia del dolore	8. Garantire il rispetto dei tempi di attesa per prima visita algologica ambulatoriale con priorità B e D in almeno il 75% dei casi, a partire dal secondo semestre 2019
9. Attivazione della reperibilità algologica h 24 – 7 giorni su 7 o di analogo modello organizzativo centralizzato su base regionale nelle ASUI e AAS sedi di centro Hub	9. Viene implementata la reperibilità algologica h 24 - 7 giorni su 7 per i centri Hub o con modello organizzativo centralizzato su base regionale

<b>3.2.2.7 Consulteri familiari</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Implementazione del percorso gravidanza fisiologica a gestione ostetrica	1. Evidenza dell'attivazione del percorso
2. Implementazione dell'offerta della visita domiciliare ostetrica in puerperio in tutte le Aziende, anche al di fuori di situazioni di fragilità	2. Report con n. tot. visite domiciliari in puerperio/parti (specificando il nr. delle visite in situazioni di fragilità)
3. Promozione del tema della donazione del cordone ombelicale e del ruolo delle vaccinazioni infantili nell'ambito dei corsi di accompagnamento alla nascita	3. Evidenza di materiale che attesti la presentazione dei temi (locandine corsi, etc..)
4. Implementazione di percorsi aziendali per la donna in età post fertile	4. Evidenza documentale del percorso aziendale
5. Analisi di approfondimento delle gravidanze in età precoce e i neonati esposti	5. Definizione di protocolli aziendali di accompagnamento e dimissioni per le gravidanze in età precoce e i neonati esposti

<b>3.2.2.7 Consulteri familiari - ADOZIONI</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Partecipazione al Tavolo regionale per l'adozione nazionale e internazionale	1. Evidenza di partecipazione dei referenti aziendali
2. Implementazione, in tutte le Aziende, dell'offerta di informazione e formazione in collaborazione con gli Enti Autorizzati EE.AA., la Scuola e il Tribunale per i Minorenni	2. Evidenza di attivazione attraverso report con dati relativi all'anno 2019
3. Analisi e implementazione dei processi di monitoraggio e valutazione dei percorsi adottivi di maggiore criticità	3. Evidenza dei processi di monitoraggio e valutazione attraverso report e dati relativi all'anno 2019
4. Analisi della casistica di fallimento adottivo	4. Report sulla tematica dei fallimenti adottivi esito del percorso aziendale e regionale

<b>3.2.2.8 Sanità Penitenziaria</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Realizzazione di eventi formativi congiunti tra personale sanitario e penitenziario finalizzati al miglioramento della comunicazione su obiettivi comuni, portando l'attenzione sulla gestione dei detenuti con bisogni sanitari complessi.	1. Almeno n. 1 evento aziendale di formazione congiunta realizzato al 31.12.2019 (indicazione del personale formato e verifica della soddisfazione dei partecipanti)
2. Sviluppo della telemedicina in carcere	2. Almeno n. 1 progettualità di telemedicina innovativa sviluppata a favore dei detenuti (descrizione del progetto e indicazione degli interventi effettuati al 31.12.2019)
3. Miglioramento della 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.	3. Intervento organizzativo individuato per la presa in carico dei detenuti con bisogni complessi (descrizione dell'intervento e rilevazione dei casi presi in carico al 31.12.2019)

<b>3.2.2.9 Superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Presa in carico delle persone internate in REMS da parte delle equipe multiprofessionali dei CSM di residenza	1. Predisposizione e invio all'autorità giudiziaria competente, entro 45 giorni dalla data di ingresso delle persone in REMS, dei PTRI finalizzati all'adozione di soluzioni diverse dalla REMS

<b>3.2.2.10 Dipendenze</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Collaborazione con l'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze	1.1 Partecipazione dei referenti del gruppo tecnico operativo ad almeno il 70% delle riunioni indette dall'Osservatorio sulle Dipendenze 1.2 Invio e validazione dei dati per i flussi informativi regionali raccolti dell'osservatorio 1.3 Rendicontazione delle azioni previste dal Piano operativo GAP 2017 1.4 Report con l'esito di almeno 3 indicatori di outcome relativi agli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale 1.5 Report con l'esito di 3 indicatori di outcome relativi all'esito dei trattamenti in capo al SSR per rispondere alle problematiche relative alla dipendenza, quali drop-out e follow - up 1.6 Report rispetto ai soggetti under 25 anni afferenti ai servizi rispetto quantità e problematiche all'accesso
2. Partecipazione al tavolo tecnico di confronto regionale con il terzo settore sui trattamenti algologici	2. Partecipazione dei referenti Aziendali dei trattamenti algologici ad almeno il 70% delle riunioni indette
3. Realizzazione di una sperimentazione dell'uso del budget personale.	3. Report su sperimentazione budget personale
4. Diffusione dell'offerta di testing per le malattie infettive correlate all'uso di sostanze stupefacenti negli utenti che afferiscono ai Servizi per le dipendenze	4. Almeno il 70% di testati sui testabili
5. Ridurre di almeno il 10% le persone inviate nelle strutture residenziali extraregionali	5. Relazione sul numero di invii nelle strutture per la terapia riabilitativa della dipendenza, con evidenza del dettaglio delle strutture di invio e motivazione espressa per gli invii fuori regione.

### 3.2.4 ODONTOIATRIA PUBBLICA

<b>ODONTOIATRIA PUBBLICA</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Valutazione delle attività e dei servizi attivati e dei risultati raggiunti del programma regionale di odontoiatria pubblica, e al consolidamento dello stesso.	1. ogni centro erogatore deve fornire almeno 1400 prestazioni/anno; 2. la media aziendale di prestazioni erogate/ora

	<p>odontoiatra deve essere con valore &gt; 1.5;</p> <p>3. la media aziendale annua di prestazioni/riunito non deve essere inferiore a 1400;</p> <p>4. la percentuale aziendale di visite sul totale delle prestazioni erogate deve essere mantenuta al valore raggiunto nel 2018 (=28%)</p> <p>5. fornire alla DCS per il tramite del Coordinamento regionale una comunicazione trimestrale sulle liste di attesa e tutte le informazioni previste dalla convenzione;</p> <p>6. Attivazione della cartella clinica elettronica nei tempi previsti dal responsabile del progetto;</p> <p>7. all'interno del carcere è attivato l'ambulatorio odontostomatologico, per garantire in sede la presa in carico e la cura dei detenuti;</p> <p>8. al fine di ottimizzare le risorse e garantire cure di qualità grazie alla numerosità della casistica trattata, andranno progressivamente intraprese azioni – attraverso la riduzione del numero delle sedi erogatrici di prestazioni odontostomatologiche – tese a garantire la presenza di almeno due riuniti per sede entro il 2019.</p>
--	--

### 3.3 ASSISTENZA FARMACEUTICA

3.3.1 Tetti spesa farmaceutica	
Obiettivo	Risultato atteso
<p>Tetto per la spesa farmaceutica per acquisti diretti (farmaceutica ospedaliera, diretta e DPC) = 6,69 % del FSR;</p> <p>Tetto acquisto diretto gas medicinali (ATC V03AN)= 0,2%</p> <p>Tetto per la spesa farmaceutica convenzionata = 7,96 % del FSR</p>	<p>Rispetto dei tetti fissati a livello nazionale: la verifica è effettuata a livello centrale e il rispetto dei tetti è considerato per regione– monitoraggi AIFA periodici</p> <p>Rispetto dei vincoli regionali:</p> <p>Farmaceutica territoriale convenzionata: 118€/pro capite;</p> <p>Farmaceutica territoriale diretta: 72€/pro capite;</p> <p>Farmaceutica territoriale DPC: 33€/pro capite;</p> <p>Farmaceutica ospedaliera: -0,5% valore del 2018 (2018: 5.721.889)</p>

<b>3.3.2. Appropriately prescrittiva</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
L'AAS3 invierà 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 2019 (in particolare per oncologici, immunologici, farmaci per l'epatite C, terapie intra-vitreali, farmaci del PHT_DPC, equivalenti, IPP, ecc).	Invio alla DCS di due relazioni semestrali (entro 31/08/2019 e 28/02/2020) da cui si evincano: <ul style="list-style-type: none"> <li>- 3 obiettivi assegnati alle U.O aziendali relativi a setting specialistici ad alto impatto di spesa</li> <li>- 3 obiettivi assegnati alle UO aziendali/MMG di continuità assistenziale/appropriatezza</li> <li>- Azioni intraprese per le categorie principali</li> </ul>

<b>3.3.4. Appropriately prescrittiva. Indicatori in ambito territoriale</b>																																	
Obiettivo	Risultato atteso																																
<p>Relativamente ai medicinali a brevetto scaduto e alla prescrizione di antibiotici sono riportati i target per il 2019.</p> <p>I target sui medicinali a brevetto scaduto potranno eventualmente essere aggiornati con nota DCS non appena disponibili gli ultimi dati nel portale AIFA/MEF nonché in funzione di nuove scadenze brevettuali ovvero di associazioni fisse presenti sul mercato.</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>CLASSE</th> <th>% media FVG (gen-ago 2018)</th> <th>% target nazionale a cui tendere</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>C08CA – derivati diidropiridinici</td> <td>91,0%</td> <td>92,1%</td> </tr> <tr> <td>C09BA – ACE inibitori e diuretici</td> <td>93,9%</td> <td>95,3%</td> </tr> <tr> <td>N03AX – Altri antiepilettici</td> <td>94,0%</td> <td>98,7%</td> </tr> <tr> <td>N06AX – Altri antidepressivi</td> <td>77,2%</td> <td>80,8%</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th>INDICATORE</th> <th>Media FVG (2017)</th> <th>Target a cui tendere</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Incidenza di sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (anti-ipertensivi)</td> <td>37,95%</td> <td>≤ 30 %</td> </tr> <tr> <td>Consumo pro-capite di farmaci inibitori di pompa protonica</td> <td>28,06</td> <td>≤25 up pro cap</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indica ore</th> <th>Azienda</th> <th>Valore azi n al 2017</th> <th>Target (v lore 2016)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Consumo</td> <td>AAS 3</td> <td>14,98</td> <td>14,50</td> </tr> </tbody> </table>	CLASSE	% media FVG (gen-ago 2018)	% target nazionale a cui tendere	C08CA – derivati diidropiridinici	91,0%	92,1%	C09BA – ACE inibitori e diuretici	93,9%	95,3%	N03AX – Altri antiepilettici	94,0%	98,7%	N06AX – Altri antidepressivi	77,2%	80,8%	INDICATORE	Media FVG (2017)	Target a cui tendere	Incidenza di sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (anti-ipertensivi)	37,95%	≤ 30 %	Consumo pro-capite di farmaci inibitori di pompa protonica	28,06	≤25 up pro cap	Indica ore	Azienda	Valore azi n al 2017	Target (v lore 2016)	Consumo	AAS 3	14,98	14,50
CLASSE	% media FVG (gen-ago 2018)	% target nazionale a cui tendere																															
C08CA – derivati diidropiridinici	91,0%	92,1%																															
C09BA – ACE inibitori e diuretici	93,9%	95,3%																															
N03AX – Altri antiepilettici	94,0%	98,7%																															
N06AX – Altri antidepressivi	77,2%	80,8%																															
INDICATORE	Media FVG (2017)	Target a cui tendere																															
Incidenza di sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (anti-ipertensivi)	37,95%	≤ 30 %																															
Consumo pro-capite di farmaci inibitori di pompa protonica	28,06	≤25 up pro cap																															
Indica ore	Azienda	Valore azi n al 2017	Target (v lore 2016)																														
Consumo	AAS 3	14,98	14,50																														

	di antibiotici sul territorio DDD 1000 res. pes. die			
	Consumo di antibiotici in età pediatrica DDD 1000 res. pes. die	AAS 3	15,38	14,46

<b>3.3.5. Biosimilari</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
Indicatori per categorie di medicinali in cui è disponibile l'alternativa biosimile	- Invio alla DCS di due relazioni semestrali secondo lo schema inviato dalla DCS (entro il 31/08/2019 e 28/02/2020) da cui si evincano le attività svolte, i percorsi attivati con i prescrittori ed i monitoraggi effettuati per i singoli ambiti (ospedaliero, domiciliare, residenziale e semiresidenziale), da cui si evincano le ricadute sul SSR

<b>3.3.6. Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
Ottimizzazione e monitoraggio della DPC  Erogazione dei medicinali da parte delle strutture sanitarie (diretta e primo ciclo a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale) secondo la DGR 12/2018.	Evidenza di accordi per l'erogazione del I ciclo con le strutture private accreditate entro il 31.08.19 –  Invio di due report semestrali sull'attività svolta nell'ambito della DPC e della distribuzione diretta entro il 31.08.19 ed entro il 28.02.20. La DCS invierà un prototipo di report per la rilevazione omogenea dei dati.

<b>3.3.7. Rapporto con le Aziende Farmaceutiche e Biomedicali</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
L'AAS3, attraverso gli appositi Uffici (es. responsabili della trasparenza e dell'anticorruzione) adottano	ASS3 predisporre un regolamento e lo adotta entro il 31.12.2019.

specifiche disposizioni organizzative relativamente alle attività d'informazione svolte dalle Aziende farmaceutiche e del settore dei dispositivi medici verso tutti gli operatori sanitari al fine di favorire comportamenti uniformi, coerenti a principi di trasparenza anche con riferimento ad eventuali conflitti di interesse	
--	--

<b>3.3.8. Assistenza integrativa</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
<p>La dispensazione dei dispositivi medici di cui all'allegato 2 del DPCM 12 gennaio 2017 è garantita in forma diretta secondo le disposizioni della DGR n. 1783 del 22.09.2017, punto 8.e. A tal fine l'AAS3 implementa i relativi percorsi.</p> <p>Nelle more della completa attuazione di quanto previsto dalla DGR 12/2018 relativamente agli ausili per diabetici, l'AAS3 garantisce modalità di acquisizione e di erogazione che favoriscano l'efficienza del SSR</p>	<p>1. implementazione/messa a regime della distribuzione diretta dei dispositivi medici di cui all'allegato 2 del DPCM 12 gennaio 2017</p> <p>2. Nelle more della completa attuazione di quanto previsto dalla DGR 12/2018 relativamente agli ausili per diabetici, le Aziende garantiscono modalità di acquisizione e di erogazione che favoriscano l'efficienza del SSR</p>

<b>3.3.9. Assistenza integrativa</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
<p><u>Registri AIFA e recupero rimborsi</u></p> <p>Per la prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA dovrà essere assicurata la registrazione di tutti i dati richiesti (anche con particolare riferimento ai medicinali innovativi), nel rispetto delle indicazioni autorizzate e dei criteri di eleggibilità definiti dall'AIFA, al fine di assicurare appropriatezza d'uso e consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing. La richiesta del farmaco dovrà sempre essere accompagnata dalla scheda di registrazione paziente nel registro.</p>	<p>Evidenza dei monitoraggi/controlli effettuati/percorsi aziendali per la risoluzione di eventuali criticità.</p> <p>Assicurare l'invio delle Richieste di Rimborso secondo le modalità definite da AIFA per tutti i farmaci con accordo MEA.</p>
<p><u>Cartella oncologica informatizzata</u></p> <p>La cartella oncologia informatizzata dovrà essere implementata relativamente ai campi: diagnosi/sede, protocollo/farmaco, stadiazione con un grado di completezza pari ad almeno il 95% dei pazienti.</p>	<p>Implementazione dei campi obbligatori per il 95% dei pazienti per entrambe le rilevazioni previste dalla DCS (al 30.06.2019 e al 31.12.2019)</p>
<p><u>Prescrizioni personalizzate PSM iter elettronico</u></p>	

<p>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 ARCS</p>	<p>% delle confezioni erogate in distribuzione diretta nominale hanno una prescrizione effettuata con il sistema PSM - iter elettronico <math>\geq 90\%</math></p>
<p><u>Prescrizione informatizzata dei piani terapeutici</u></p> <p>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 65% 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. farmaci per l'infertilità o ormone della crescita per Burlo).</p> <p>Nel favorire l'implementazione di tale sistema informatizzato sarà inoltre assicurato il controllo dei piani terapeutici ed il rispetto delle note limitative AIFA.</p>	<p>% di ricorso alla prescrizione informatizzata tramite applicativo PSM-PT per tutti i pazienti: <math>\geq 65\%</math></p>
<p><u>Flussi informativi farmaceutica</u></p> <p>Implementazione, verifiche e controlli di congruenza dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese, da parte dei responsabili individuati, 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 assicurata, 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, nonché l'inserimento a sistema del codice targatura (<math>&gt; 99\%</math> confezioni) in fase di erogazione diretta dei medicinali (applicativo PSM).</p> <p>Riscontro ad eventuali approfondimenti richiesti dalla Direzione Centrale, anche su istanza Ministero della Salute, entro 15 giorni dalle comunicazioni.</p>	<p>Verifiche dei dati entro il 10 di ogni mese</p> <p>Integrale copertura fase 3/fase 2 (<math>&gt; 99,5\%</math> della spesa negli ambiti previsti).</p> <p>Inserimento codice targatura in fase di erogazione diretta dei medicinali (<math>&gt; 99\%</math>).</p> <p>Riscontro entro 15 giorni agli approfondimenti richiesti o segnalazioni inviate.</p>

<b>3.3.10. Farmacovigilanza</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
Assicurare la partecipazione dei sanitari interessati e il supporto alle attività organizzative.	Evidenza della partecipazione alle progettualità avviate dalla DCS e alle attività formative organizzate dalla stessa (partecipazione incontri periodici, stato di avanzamento progetti affidati)
Nell'ambito della progettualità pluriennale avviata nel 2018 (Farmacisti in ospedale/territorio), gli Enti del SSR dovranno garantire la partecipazione agli incontri periodici del gruppo di Coordinamento e l'invio della relazione scientifica e della rendicontazione secondo le tempistiche stabilite dalla convenzione in essere.	Partecipazione agli incontri periodici del gruppo di Coordinamento del progetto ed evidenza della relazione scientifica e della rendicontazione: secondo le tempistiche della convenzione in essere.
Partecipazione ai tre nuovi moduli FAD da parte dei Responsabili di farmacovigilanza e dai loro collaboratori (da loro individuati) al fine di migliorare la qualità delle informazioni inserite in RNF	Evidenza di partecipazione da parte di tutti gli operatori sanitari individuati
Assicurare azioni per incentivare la segnalazione on-line	Aumento delle segnalazioni on-line rispetto alla modalità cartacea al 31/12/2019. <b>L'obiettivo sarà raggiunto se la % di segnalazioni on-line/segnalazioni totali sarà incrementata del 5% rispetto alla rilevazione fatta dalla DCS (01/01/2018-31/08/2018) &gt; 70%</b>

### 3.4 ACCREDITAMENTO

<b>3.4 Accredimento</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1 Messa a disposizione dei valutatori esperti 2 Partecipare al programma di accreditamento nazionale degli organismi tecnicamente accreditati 3. Garanzia del funzionamento dell'OTA FVG	1.a. <b>Gli enti consentono a ognuno dei propri dipendenti inseriti nell'elenco regionale dei valutatori dell'accredimento di partecipare ai sopralluoghi per almeno 5 giornate, secondo indicazioni della DCS</b> 1.b. Mettere a disposizione i professionisti indicati dalla DCS, da avviare alla formazione dei valutatori dell'accredimento 2. Consentire ai dipendenti inseriti nell'elenco nazionale dei valutatori dell'accredimento di partecipare alle attività organizzate del Ministero della Salute e dall'Agenas. 3. Consentire ai dipendenti componenti dell'OTA regionale di svolgere le funzioni previste dalla DGR n.

2220/2015 e dal Decreto n. 1899/2017

**3.5 ASSISTENZA OSPEDALIERA**

<b>3.5.1. Insufficienze d'organo e trapianti</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<u>Cuore</u>	
Realizzazione del percorso formativo per la gestione dei pazienti portatori di VAD	Partecipazione di almeno 2 operatori al percorso formativo
<u>Fegato</u>	
1 Diffusione del PDTA "Alterazione enzimi epatici" 2 Potenziamento del programma Trapianti di fegato 3 Attivazione ambulatorio per visite epatologiche	1. Diffusione PDTA ai vari livelli dell'organizzazione 2. segnalazione di almeno 6 pazienti per la iscrizione in lista trapianto, presso il centro trapianti dell'ASUIUD (dati CRT) 3. Ambulatorio per visite epatologiche aperto almeno 4 ore a settimana a decorrere dal mese di maggio 2019
<u>Pancreas</u>	
Riduzione del tasso di amputazioni maggiori per diabete.	< 28 casi per milione di residenti (fonte Bersaglio) (valore AAS3 2018: 39,5 per 1.000.000 residenti)
<u>Polmone</u>	
1 Partecipazione alla revisione/stesura del PDTA regionale sulla BPCO da parte dei professionisti coinvolti 2 Riduzione del tasso di ospedalizzazione per BPCO. 3 Aumento dell'appropriatezza di utilizzo dell'ossigenoterapia domiciliare	1. Collaborare alla stesura del PDTA regionale 2. <55 per 100.000 residenti di 50-74 anni (fonte Bersaglio) (valore AAS3 2018: 55,7 per 100.000 residenti) 3. Riduzione di almeno il 10% della spesa rispetto al 2017, al netto dell'effetto prezzo derivante dall'aggiornamento dei contratti in essere (Spesa 2017: 607.282)
<u>Rene</u>	
1. Avviare il percorso formativo di 2° livello sul PDTA "Malattia renale cronica stadi I-III e IV-V" 2. Potenziamento della dialisi peritoneale e dell'emodialisi domiciliare 3. Potenziamento del programma Trapianti di rene	1. Evidenza dell'attivazione del percorso formativo 2. Pazienti in emodialisi presso i centri dialisi al di sotto del 52% del totale (trapiantati + emodializzati + in dialisi peritoneale) 3. 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 To < 6 mesi almeno nel 75% dei casi che hanno dato il consenso)

<u>Tessuti oculari</u>	
1. Mantenimento del programma di donazione cornee rispetto al 2017	N. Donazioni >= 41 Trapianti > 76
<u>Donazione d'organi e altri tessuti</u>	
Implementazione delle segnalazioni secondo indicatori standard definiti in accordo con il CTR	- Proc. 1 donatori effettivi/decessi per lesione cerebrale acuta (> 16-25%) - Proc. 2 numero di accertamenti - AMC = (donatori utilizzati + opposizioni + procurati) / decessi per lesione cerebrale acuta (> 21-40%)

<b>3.5.2. Emergenza urgenza</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<u>Ictus</u>	
1. Implementazione di un data base informatizzato per la raccolta di tutte le valutazioni con NIHSS, indice di barthel (BI) e mRS pre e post evento in tutti i pazienti con ictus da rilevare su tutti i codici ictus 2. Raccolta di tutte le valutazioni con NIHSS, indice di barthel (BI) e mRS pre e post evento 3. Informazione alla cittadinanza	1. evidenza di configurazione del data base informatizzato 2. Nell'ultimo trimestre 2019 sono registrati nel data base 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). Report su ultimo trimestre 3. Evidenza dell'informazione alla cittadinanza ( ad es. distribuzione opuscolo, video, eventi ecc.) sui segni/sintomi da non sottovalutare per anticipare la chiamata di soccorso e rendere tempestivi i soccorsi in caso di ictus.)
<u>Emergenze cardiologiche</u>	
1. Attivazione della tele-radiologia Hub & Spoke per le sindromi aortiche acute	Tele radiologia attivata per le sindromi aortiche acute
<u>Trauma</u>	
1. Trattamento della Frattura di femore entro 48H in almeno il 70% (hub) o 80% (spoke) dei casi trattati dal presidio ospedaliero. 2. Riduzione del 20% 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. >80% spoke (fonte PNE) 2.a Degenza media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – ricoveri urgenti (indicatore Bersaglio C5.18.1 <= 1,5 gg) 2.b Attesa media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – ricoveri urgenti (indicatore Bersaglio C5.18.2 < = 8 gg)
<u>Pronto soccorso ed emergenza urgenza</u>	

<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>1. &gt;80% spoke</p> <p>2. &gt;85% spoke</p>
---	---

<b>3.5.3 Reti di patologia</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<u>Malattie rare</u>	
<p>1. Completare i percorsi assistenziali</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 2019 e pulizia dei casi che sono usciti dal sistema)</p>	<p>1. Produrre almeno un percorso assistenziale per ogni rete di gruppo nosologico</p> <p>2. Inserimento 100% dei casi di prevalenza al 30 novembre 2019 e pulizia dei casi che sono usciti dal sistema</p> <p>Inviare report di attività alla DCS</p>
<u>Malattie reumatiche</u>	
<p>1. Formalizzazione e diffusione del documento di indirizzo sulla terapia condiviso con il servizio farmaceutico regionale</p> <p>2. Utilizzo dello strumento informatizzato per l'appropriatezza prescrittiva</p>	<p>1. Evidenza della diffusione del documento a tutti i professionisti coinvolti anche nell'ambito della medicina convenzionata</p> <p>2. Evidenza dell'utilizzo dello strumento informatizzato e report semestrale</p>
<u>Insufficienza cardiaca cronica</u>	
Riduzione del tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti di 50-74 anni, portandolo sotto il valore di 200	Valore 2019 <200 . (valore 2018= 190)
<u>Infettivologia</u>	
Ogni presidio ospedaliero spoke ha almeno un medico di malattie infettive assegnato a tempo pieno alla Direzione medica	Presenza di un infettivologo a tempo pieno entro la fine dell'anno.

<b>3.5.4. Pediatria</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Rete pediatrica regionale	Partecipazione ai Gruppi multidisciplinari per patologia 1. Emergenza urgenza: Definizione di un modello

	<p>operativo per il trasporto pediatrico in emergenza urgenza</p> <p>2. Chirurgia pediatrica: consolidamento modello per la Chirurgia generale e proposta modello per la chirurgia specialistica</p> <p>3. Tele-refertazione: sviluppo e operatività del sistema di telerefertazione per second opinion in radiologia pediatrica</p> <p>4. Malattie complesse e/o croniche: Definizione di un modello assistenziale a rete integrata che assicuri la qualità e continuità delle cure con predisposizione di un PDTA c che preveda anche la fase transitoria nei seguenti ambiti: Oncoematologia, Malattie nefrologiche, Malattie infiammatorie croniche intestinali, Diabete, malattie neuromuscolari</p> <p>5. Cure palliative: implementazione del modello di rete e definizione di un percorso assistenziale</p> <p>6. Salute mentale in età evolutiva: attuazione obiettivi del Piano in collaborazione con l'area competente della DCS</p> <p>7. Carta dei Servizi: predisposizione <b>da parte dell'azienda</b> della Carta dei servizi per l'assistenza in età pediatrica come da accordo Stato Regioni del 21 dic. 2017</p> <p>8. Formazione: promozione <b>da parte dell'azienda</b> di attività formative relativamente alle seguenti tematiche: trasporto pediatrico, oncoematologia, Malattie nefrologiche, Malattie infiammatorie croniche intestinali, Diabete, malattie neuromuscolari e Cure palliative</p>
--	---

<b>3.5.5. Percorso nascita</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<u>Gestione gravidanza fisiologica</u> Implementazione del percorso gravidanza fisiologica a gestione ostetrica	Evidenza dell'attivazione del percorso (vedi 3.1.1)
<u>Integrazione territorio-ospedale</u>	Collaborazione alla realizzazione dell'Agenda della gravidanza e sua implementazione.  Definizione di un percorso post-partum per mamma e neonato anche prevedendo l'offerta della visita ostetrica domiciliare
<u>Parto-analgesia</u>	1 Sviluppo/aggiornamento di una Carta dei servizi specifica per il percorso nascita con le informazioni

	<p>previste dalla DGR 1083/2012 per ogni punto nascita aziendale, ivi compresa l'offerta di parto-analgesia</p> <p>2 Pubblicazione nel sito aziendale dell'offerta relativa ai punti nascita del territorio di competenza, ivi comprese le tecniche di controllo del dolore in travaglio/parto</p> <p>3 Definizione di procedure formalizzate e condivise per tutte le fasi del percorso di parto-analgesia (dalla visita anestesiologicala, all'erogazione della prestazione in travaglio, alle richieste estemporanee e al monitoraggio post partum)</p> <p>4 Formazione specifica sulla parto-analgesia farmacologica e non, rivolti a tutte le figure professionali coinvolte</p> <p>5 Monitoraggio attività e eventuali complicanze</p>
Mantenimento della percentuale dei parti cesarei primari	<p>&lt;= 15% nei punti nascita &lt;= 1000 parti/anno</p> <p>&lt;= 25% nei punti nascita di II livello &gt;1000 parti/anno</p>
Formazione	<p>Attività di formazione per gli operatori di sala parto e per le ostetriche che seguono il percorso di gravidanza a basso rischio a gestione ostetrica</p> <p>Gli operatori 118 che svolgono servizio di STAM assistono a 3 parti fisiologici</p>

<b>3.5.6 Sangue ed emocomponenti</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Sicurezza ed appropriatezza trasfusionale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Partecipazione ai programmi regionali di sorveglianza trasfusionale.</li> <li>- Mantenimento della attività del Cobus</li> <li>- Implementazione della prescrizione trasfusionale informatizzata e dei "sistemi barriera" per la trasfusione a letto del paziente (avvio Emoward)</li> </ul>

<b>3.5.7. Erogazione livelli di assistenza</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Riduzione del tasso di ospedalizzazione al 125 x mille	<p>1. &lt; 125 per mille</p> <p>Valore 2018= 121,0 per mille</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 20% per gli adulti e del 40% per i pediatrici	<p>2. &lt;20% adulti e &lt; 40% pediatrici</p> <p>Valori 2018: 13,50% per gli adulti e 27,78% per i pediatrici.</p>
3. Riduzione della percentuale di ricoveri medici	<p>3. &lt; 4%</p> <p>Valore 2018: 5,28%</p>

oltre soglia per pazienti $\geq 65$ anni portandola al di sotto del 4%	
--	--

### 3.6 RETE CURE SICURE FVG

3.6 Rete Cure Sicure FVG	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Prosecuzione programmi Rete Cure Sicure: "Programma <i>"antimicrobial Stewardship"</i></p>	<p>prosecuzione delle attività riguardanti il programma <i>"antimicrobial Stewardship"</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- continuazione nel 2019 dei programmi a regime e integrazione con nuove azioni (adattamento figure professionali, raccomandazioni ministeriali, eventuali nuove raccomandazioni, referenti aziendali flussi informativi, eventi formativi aziendali specifici)</li> <li>- partecipazione al processo di revisione dei documenti regionali sulla gestione delle infezioni nell'adulto (programma <i>Antimicrobial stewardship</i>)</li> <li>- partecipazione al processo di valutazione delle attività di <i>stewardship</i> aziendali mediante l'analisi dell'aderenza agli standard definiti nell'ambito del programma regionale (programma <i>Antimicrobial stewardship</i>)</li> <li>- aggiornamento dei documenti regionali (controllo delle infezioni)</li> <li>- Diffusione e condivisione dei report regionali sul consumo di antibiotici e sulle resistenze batteriche nelle UO ospedaliere, nei distretti e nelle AFT;</li> <li>- Riduzione del consumo di antibiotici in ospedale e sul territorio: in particolare di cefalosporine, chinolonici e solo in ambito ospedaliero dei carbapenemi, per le molecole in cui il valore aziendale è superiore alla media regionale;</li> <li>- Formazione aziendale specifica per personale medico (medici ospedalieri e MMG) sulla lettura dell'antibiogramma e sulla prescrizione antibiotica mirata come da indicazioni del gruppo di coordinamento regionale;</li> <li>- adozione e diffusione delle linee di indirizzo regionali per la gestione delle infezioni in ambito pediatrico;</li> <li>- adozione delle linee regionali per il riconoscimento precoce e la gestione della sepsi associata alle pratiche assistenziali e monitoraggio degli indicatori riportati nel</li> </ul>

	<p>documento;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- promozione di attività per il coinvolgimento dei cittadini sull'uso appropriato degli antibiotici;</li> <li>- implementazione della rete territoriali dei link <i>professional</i> relativi al programma di <i>Antimicrobial Stewardship</i></li> </ul>
<p>Prosecuzione programmi Rete Cure Sicure: "Controllo delle infezioni correlate all'assistenza"</p>	<p>Prosecuzione delle attività relative al programma "Controllo delle infezioni correlate all'assistenza"</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- effettuazione di una simulazione di evento epidemico (PS e TI)</li> <li>- effettuazione della rilevazione (metodo HALT) per la stima della prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza in almeno una casa di riposo per distretto sanitario;</li> <li>- effettuazione della PPS biennale negli ospedali per acuti;</li> </ul> <p>effettuazione sorveglianza sulle infezioni del sito chirurgico e della compliance alle raccomandazioni dei comportamenti dei blocchi operatori</p>
<p>Prosecuzione programmi Rete Cure Sicure: "Sicurezza del farmaco"</p>	<p>Prosecuzione delle attività relative al programma "sicurezza del farmaco"</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- diffusione della reportistica periodica destinata agli MMG</li> <li>- adeguamento alle indicazioni regionali sull'uso degli elastomeri;</li> <li>- applicazione delle indicazioni ministeriali</li> <li>- mantenimento delle azioni sull'uso prudente dei farmaci</li> <li>- <b>riduzione consumo inibitori pompa protonica a meno di 25 unità posologiche procapite (diretta+convenzionate dpc)(sicurezza del farmaco)</b></li> <li>- riduzione del consumo di benzodiazepine e degli ipnotici nelle case di riposo (sicurezza del farmaco)</li> </ul>
<p>Prosecuzione programmi Rete Cure Sicure:</p>	<p>Costituzione di un gruppo di lavoro aziendale per l'avvio del programma per la corretta gestione della nutrizione e dell'idratazione nelle case di riposo.</p>

**3.7 PROMOZIONE DELLA SALUTE NEGLI OSPEDALI E NEI SERVIZI SANITARI: LA RETE HPH**

<b>3.7 Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Strutturazione rete HPH</li> <li>- Avvio progetti HPH</li> </ul>	<p>Individuazione e formazione link professional</p> <p>Avvio progetti</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Personale dipendente - benessere soggettivo e dimensioni psico-fisiche:</li> <li>- medici competenti e coordinamento regionale della rete HPH individuano una strategia per implementare la valutazione del benessere soggettivo nel corso delle visite</li> <li>- al momento della visita periodica, il medico competente misura le dimensioni del benessere psico-fisico attraverso una breve anamnesi e la valutazione della composizione corporea (rapporto massa grassa/massa magra)</li> <li>- medici competenti collaborano con il comitato HPH di cui sono parte integrante, per la ricognizione dell'offerta aziendale riguardante sani stili di vita (evidenza di offerta dedicata agli operatori su stili di vita e gestione dello stress)</li> <li>- Pazienti: informazione sui benefici dell'astensione dal fumo in fase peri-operatoria</li> <li>- Cittadini: promozione dell'attività fisica e sana alimentazione presso le sedi dell'assistenza ospedaliera e territoriale</li> </ul>

**3.8 RAPPORTO CON I CITTADINI**

<b>3.8.1 Tempi di attesa</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>1. Rispettare i tempi d'attesa per la specialistica ambulatoriale e i ricoveri per interventi chirurgici programmati (allegato: <i>Elenco delle prestazioni oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa</i>).</p>	<p>Specialistica ambulatoriale:</p> <p>Assicurare il rispetto dei tempi d'attesa per le % di casi indicate</p> <p>priorità B &gt;95%</p> <p>priorità D &gt;90%</p> <p>priorità P &gt; 85%</p> <p>Ricoveri per interventi:</p> <p>priorità A 95%</p>

	priorità B, C, D 90%
2. Monitoraggio tempi d'attesa	L'Azienda rispetta i tempi per la trasmissione dei monitoraggi regionali e ministeriali (attività istituzionale ed ALPI).
3. Rispettare il rapporto tra attività libero professionale e istituzionale	Il rapporto tra i volumi erogati è costantemente monitorato in relazione al rispetto dei tempi d'attesa garantiti per l'attività istituzionale.
4. Sospensione ALPI	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. L'Azienda sospende l'attività intra-moenia specifica qualora non fosse rispettato il target di priorità A.
5. Informatizzare e rendere disponibili a sistema CUP regionale le agende delle prestazioni ambulatoriali.	Le agende delle prestazioni ambulatoriali sono informatizzate e disponibili a sistema CUP regionale. Saranno rese disponibili online le agende di prenotazione individuate dalla Direzione.
6. Rendicontazione finanziamento attribuito con la legge 7/2009	L'azienda rendiconta alla DCS le modalità di utilizzo del finanziamento attribuito con la legge 7/2009
7. Piano regionale dei Tempi di attesa 2018-2020	A seguito dell'approvazione del nuovo Piano Nazionale di governo delle liste d'attesa (Pngla) per gli anni 2018/2020, la Regione provvederà all'adozione del Piano Regionale di Governo delle liste di attesa. Successivamente entro 60 giorni dall'adozione del Piano Regionale, AAS3 dovrà adottare un nuovo Programma Attuativo Aziendale o aggiornare quello in uso, in coerenza con quanto definito in ambito regionale e provvedere all'invio dello stesso alla Regione. Analogamente, nel corso del 2019 la Regione provvederà a diffondere delle linee di indirizzo per la redazione e l'adeguamento dei regolamenti aziendali sulla Libera Professione.

### 3.8.2 Innovazione nella gestione delle terapie

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Favorire le innovazioni che, a parità di efficacia terapeutica, riducono il disagio dei pazienti e dei loro familiari	Valutazione dei setting organizzativi in cui introdurre innovazioni che, a parità di efficacia terapeutica, riducano il disagio dei pazienti e dei loro familiari, anche in collaborazione con ASUIUD e il sistema informativo regionale

<b>3.8.3 Rapporto con pazienti e familiari nelle attività di ricovero</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Abolizione delle limitazioni non motivatamente necessarie (es. effettiva necessità di isolamento) per i caregiver indicati dai pazienti degenti presso le degenze intensive e semi-intensive	Nei reparti di TI e TSI è consentita la presenza dei caregiver durante il ricovero secondo le modalità avviate nel 2017
Possibilità dei pazienti di avere accanto il caregiver al momento della visita medica	Nei reparti di degenza ordinaria i pazienti hanno la possibilità di avere accanto a sé un caregiver in corso di visita secondo le modalità introdotte nel 2017
Verifica del grado di soddisfazione del cittadino dopo intervento chirurgico o altra tipologia di trattamento	Contatto telefonico dopo la dimissione da un intervento chirurgico o da altra tipologia di trattamento (recall)
Informazione del paziente sul medico che ha la responsabilità della gestione del suo ricovero	I degenti vengono informati sul nominativo del medico responsabile della gestione del ricovero

#### 4 IL SISTEMA INFORMATIVO

<b>4. Il sistema informativo</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<u>Riorganizzazione dei servizi ICT</u> - Censimento dei principali Servizi ICT a supporto della funzionalità ed organizzazione delle Aziende e redazione di un Piano di riorganizzazione.	- Redazione del piano di riorganizzazione, propedeutico all'attuazione della LR 27/2018 di ridefinizione dell'assetto aziendale
<u>Revisione sistemi</u> - Partecipazione ai gruppi di lavoro (Gestione Risorse Umane, Gestione contabilità) - Individuazione siti pilota, configurazione e avviamento siti	- Evidenza della partecipazione al 90% degli incontri - Collaborazione e sviluppo delle attività in coerenza alle indicazioni regionali
<u>Revisione sistemi</u> - Partecipazione ai gruppi di lavoro sulla Gestione della Cartella Clinica - Configurazione e avviamento siti	- 90% degli incontri - Secondo i tempi definiti dal Piano di riorganizzazione regionale
<u>Ricetta dematerializzata</u> - Completamento della ricetta dematerializzata	- Farmaceutica >90%
<u>Firma digitale</u> Firma digitale	- Referti ambulatoriali per interni ed esterni > 95% - Laboratorio e microbiologia >98% - Radiologia > 98% - Lettera di dimissione > 98%

	- Pronto soccorso >98%
<u>Firma digitale</u> Produzione e trasmissione Patient Summary da parte dei mmg/pls	- Produzione e trasmissione Patient Summary attivato > 80% dei mmg/pls
<u>Firma digitale</u> Garantire la tracciabilità (biffatura su applicativo GECCO) sull'avvenuta presa visione dell'informativa rispetto al trattamento dei dati personali di base; la singola biffatura è valida nell'ambito dell'anagrafica degli assistiti regionale	- 100% degli accessi
<u>Sicurezza informatica</u> 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 – (Regolamento UE 2016/679)	31.12.2019
<u>Rinnovamento SIASI:</u> SALUTE MENTALE Configurazione e avviamento del sistema	Secondo i tempi definiti dal Piano di riorganizzazione regionale
<u>Rinnovamento SIASI:</u> ASSISTENZA TERRITORIALE predisposizione dei requisiti per capitolato tecnico	Partecipazione al gruppo di lavoro (90% delle presenze)
Regolamento europeo GDPR n. 679/2016 e D. Lgs. 196/2003 come modificato dal D.Lgs. 101/2018 <b>Partecipazione obbligatoria del Direttore Generale / Commissario, Direttore Amministrativo / Vicecommissario Amministrativo, Direttore Sanitario / Vicecommissario sanitario al corso sul trattamento dei dati personali realizzato dalla DCS</b>	Partecipazione al corso
Predisposizione delle informative per le ditte esterne in accordo all'art. 28 del GDPR 679/2017	50% entro 31.05.2019 85% entro 30.10.2019 100% entro 31.12.2019

<b>Funzioni rivolte al sistema</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Gestione dell'attività sanitaria in ambito ospedaliero	a. Potenziamento, revisione ed estensione delle integrazioni dei sistemi clinico sanitari b. Normalizzazione della gestione delle credenziali,

	<p>individuazione ed attivazione sistema <i>Single Sign on</i></p> <p>c. Revisione del sistema CUS con particolare attenzione alla scheda medica elettronica (par. 3.6.2)</p> <p>d. Sviluppo e operatività del sistema di tele refertazione per Second Opinion in radiologia pediatrica (par.3.6.4)</p> <p>e. Implementazione della prescrizione trasfusionale informatizzata (par. 3.6.6)</p>
Gestione dell'attività sanitaria in ambito di assistenza distrettuale	<p>a. Collegamento informatico presso tutte le sedi aziendali (obt. 4 par. 3.2.1.1)</p> <p>b. Piattaforma di connessione con la medicina generale</p> <p>c. Avviamento del nuovo sistema di iscrizione ai MMG presso tutte le aziende del SSR</p> <p>d. Avviamento del sistema di logistica, gestione e distribuzione degli ausili, protesi e ortesi in fase di acquisizione dall'ARCS</p> <p>e. Avvio di un tavolo tecnico congiunto (DCS, Federfarma e MMG/PLS) per analizzare tutti i processi che possono diventare "paperless" attraverso l'utilizzo della ricetta dematerializzata</p>
Gestione dell'attività sanitaria in ambito di assistenza socio sanitaria	Adozione e configurazione di un unico strumento regionale per i DSM (obt. 5 par. 3.2.2.4)
Sistema informativo Cooperazione sociale	Sviluppo di un sistema per la gestione dell'Albo regionale della cooperazione sociale
Gestione dell'attività della Odontoiatria pubblica (par. 3.2.4)	supporto all'avviamento della cartella clinica nei tempi definiti dal responsabile del progetto
Potenziamento dell'infrastruttura per la Continuità Operativa	<p>a. Potenziamento delle reti geografiche e locali</p> <p>b. Razionalizzazione dei data center aziendali</p>

#### 4.1 SISTEMA PACS REGIONALE

<b>Sistema PACS regionale</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Rinnovo del sistema PACS regionale con aggiornamento delle sue componenti tecnologiche	<p>Aggiornamento delle precondizioni impiantistiche e logistiche.</p> <p>Supporto tecnico alle attività di installazione.</p>
Consultazione/visualizzazione di referti e immagini in situazione emergenziale inter-aziendale: prosecuzione	AAS3 garantisce supporto tecnico e clinico nelle attività di messa a punto e collaudo dei sistemi di

della messa a regime del caso d'uso negli ambiti clinici previsti dalla programmazione sanitaria regionale.	collegamento Spoke-Hub.
Collaudo presso un sito pilota della soluzione di integrazione SIO/PACS per la produzione di un referto multimediale in Radiologia, già testata in ambiente di prova e avvio della soluzione a livello regionale.	AAS3 garantisce il supporto tecnico e clinico per le attività di collaudo e avviamento presso gli altri siti regionali secondo il programma che sarà redatto da ARCS d'intesa con INSIEL e con il fornitore PACS.
Proseguimento dell'estensione sistema PACS all'intero ambito dell'endoscopia ambulatoriale (broncoscopia, cistoscopia, isteroscopia, ...) in relazione alle esigenze cliniche espresse dalle Aziende.	Sull'endoscopia ambulatoriale AAS3 non ha sistemi di acquisizioni immagini
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.	AAS3 presenta entro marzo un documento di richiesta motivata di moduli di post elaborazione da integrare nel sistema PACS regionale.

### 8.1 FORMAZIONE

Formazione	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accreditemento di eventi FAD gestiti su piattaforma HTL.</li> <li>- Utilizzo della funzione "iscrizione on line" agli eventi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accreditemento di n. 1 evento FAD entro il 30.09.2019;</li> <li>- Utilizzo della funzione "iscrizione on line" per almeno 5 eventi RES entro il 30.11.2019.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formazione manageriale</li> <li>- Formazione specialistica tecnico-amministrativa e manageriale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evidenza della rilevazione del fabbisogno formativo e successiva erogazione dei corsi formativi.</li> <li>- Attivazione di corsi ad hoc istituiti sulla base delle indicazioni che saranno fornite dalla DCS.</li> </ul>
Accreditemento	I provider si uniformano a quanto previsto dai documenti e dagli atti amministrativi regionali e provvedono alla stesura ed invio alla DCS del Piano formativo annuale entro il 30 marzo 2019, al suo eventuale aggiornamento entro 30 giorni dalla pubblicazione del PRF nonché alla redazione ed invio della relazione annuale sulle attività formative 2018 entro il 31 maggio 2019.
Dossier formativo	Partecipazione al tavolo regionale per l'analisi di fattibilità dello strumento

Piano formativo Aziendale	<p>Stesura del piano aziendale entro il 30 marzo 2019 in coerenza con le priorità regionali:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. gestire il cambiamento del sistema sanitario regionale sia di assetto che di processo;</li><li>2. realizzare programmi di umanizzazione delle cure e valorizzazione della dignità della persona;</li><li>3. valorizzare e qualificare le competenze manageriali della alta dirigenza sanitaria, tecnica, amministrativa e professionale;</li><li>4. favorire lo sviluppo dei quadri intermedi;</li><li>5. valorizzare il lavoro di rete e costruzione e diffusione dei PDTA;</li><li>6. sviluppare e sostenere percorsi legati all'emergenza –urgenza, alla cronicità ed alla fragilità</li></ol>
---------------------------	---

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

### 3. LE PROGETTUALITÀ

#### 3.1 PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

<b>3.1.1. Tutela della salute della donna</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
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: già calendarizzate per il 2019 tutte le sedute nelle sedi previste.

<b>3.1.2 Migliorare la salute nei soggetti a rischio MCNT e malati cronici (Programma I PRP)</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
<u>Screening opportunistico</u> : avvio di uno screening opportunistico su stili di vita e rischio cardiovascolare globale.	- Inserimento del 10% dei pazienti eleggibili di ogni M.M.G. che aderisce allo screening opportunistico a seguito di:  - attivazione della piattaforma regionale e interfacciamento con i gestionali dei MMG

<b>3.1.3 Gli screening oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia (Programma II PRP)</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
1. L'AAS5 assicura la collaborazione per la riconversione del programma di screening cervicale, inclusi gli aspetti di comunicazione e formazione.	1. Operatori aziendali formati.
2. L'AAS5 garantisce i prelievi per HPV-DNA test di primo livello.	2. Dotare gli ambulatori di prelievo delle dotazioni come da nota trasmessa dalla DCS.

3. L'AAS5 garantisce i prelievi per HPV-DNA test di primo livello: Collaborano alla realizzazione della logistica di trasporto dei campioni al laboratorio unico secondo le indicazioni della DCS.	3. Logistica di supporto realizzata secondo indicazioni DCS.
4. L'AAS5 garantisce la tempestiva lettura dei pap-test primari fino a transizione di programma avvenuta.	4. Letture dei pap-test primari presso le sedi di attuale competenza fino a transizione del programma ultimata (>80% dei pap test refertati entro 21 giorni dalla data di prelievo).
5. 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.	5. Adesione pari al 70% per la cervice uterina, al 70% per la mammella, e al 70% per il carcinoma del colon retto.
6. Mantenere aggiornate, tramite i distretti, le anagrafi sanitarie verificando assistiti in base ai dati del monitoraggio delle lettere inesitate fatti pervenire dalla DCS.	6. -Percentuale di inviti inesitati < = 1,5% - Formale individuazione, con trasmissione alla DCS entro 30 giorni dall'approvazione definitiva delle presenti linee, di un referente amministrativo in ogni distretto. - Report alla DCS entro il 31.12.2019 con le azioni intraprese ai fini del contenimento del fenomeno
7. Continuare a garantire le sedi per l'erogazione dello screening mammografico accertando la permanenza dei requisiti per l'installazione dell'unità mobile e garantendo l'accessibilità da parte delle persone (barriere architettoniche, igiene dei locali, rispetto della privacy, decoro...)	7. L'AAS5 garantisce: - Il rispetto dei requisiti check-list DCS - La collaborazione negli eventuali sopralluoghi di controllo
8. 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	8. Lettura del primo livello e gestione del percorso di approfondimento diagnostico da parte di radiologi certificati
9. Garantire la tempestiva e corretta chiusura dell'esito dei casi di secondo livello dello screening mammografico nel G2 clinico, ridurre i richiami intermedi (early recall) dopo approfondimento	9a. Tempi di attesa per approfondimenti di secondo livello < o = 20 gg da esito positivo della mammografia di primo livello 9b. Percentuale di casi di secondo livello chiusi correttamente > = 95% 9c. Tempo di attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella ≤ a gg 30 9d. Percentuale di early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso" / totale dei casi chiusi dall'unità senologica inferiore al 10%
10. Garantire la corretta e completa compilazione della	10a. Percentuale di cartelle correttamente compilate

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	>=95%. 10b. Tempo di attesa per colonscopia di approfondimento di secondo livello <= 30 giorni
---	---

<b>3.1.4 Gli screening neonatali (Programma III PRP)</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Partecipare ai lavori (coordinati dal IRCSS Burlo) finalizzati alla diffusione e applicazione di una procedura regionale per lo screening neonatale audiologico e per lo screening neonatale oftalmologico con aggiornamento del PDTA, per lo screening neonatale metabolico esteso, per l'identificazione della fibrosi cistica e dell'emoglobinopatia nella popolazione a rischio	L'azienda partecipa al gruppo regionale per la diffusione e applicazione di procedure regionali per: <ul style="list-style-type: none"> <li>- screening neonatale audiologico</li> <li>- screening neonatale oftalmologico</li> <li>- screening neonatale metabolico esteso</li> <li>- identificazione della fibrosi cistica e dell'emoglobinopatia nella popolazione a rischio.</li> </ul> Diffusione e applicazione delle procedure con report al Burlo

<b>3.1.5 Salute e sicurezza nelle scuole e benessere dei giovani (Programma III PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Diffondere 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.	1. Almeno il 90% delle 42 scuole dell'area vasta pordenonese (ovvero 37 scuole) dovranno essere raggiunte dalla proposta di aderire alla rete Scuole che promuovono salute (SHE).
2. Sviluppo di progettualità di peer education nelle scuole. Continua la diffusione e implementazione dei progetti riconducibili alle buone pratiche, quali modello What's up, Unplugged, peer education ecc.	2. Aderiscono alla progettazione almeno 50% delle scuole (21 scuole). Le progettualità dovranno essere inserite in banca dati PROSA.

<b>3.1.6 Prevenzione delle dipendenze (Programma IV PRP)</b>
Vedere capitolo 3.3.2.10

<b>3.1.7 Promozione dell'attività fisica (Programma V PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Sviluppo di progetti di attività fisica rivolti alla popolazione adulta	1. Report su quanto realizzato Le progettualità dovranno essere inserite in banca

	dati PROSA
2. Diffusione delle opportunità di attività fisica presenti sul territorio attraverso il sito regionale <a href="https://invecchiamentoattivo.regione.fvg.it/">https://invecchiamentoattivo.regione.fvg.it/</a>	2. Presenza, sul sito, delle attività realizzate in collaborazione con le associazioni

### 3.1.8 Prevenzione degli incidenti stradali (Programma VI PRP)

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Consolidamento degli interventi finalizzati alla prevenzione degli incidenti stradali	Iniziative di comunicazione e informazione alla popolazione

### 3.1.9 Prevenzione degli incidenti domestici (Programma VII PRP)

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Sensibilizzazione della popolazione nella prevenzione degli incidenti domestici	Diffondere nel territorio (scuole, associazioni, enti ecc.) il report elaborato dalla DCS sulle attività svolte negli anni scorsi Report inviato alla DCS.

### 3.1.10 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
1. Partecipazione al progetto "Prodotti Finiti FVG" V fase: definizione modello di scheda per la valorizzazione (pesatura) dei prodotti finiti VI fase: stima risorse impiegate per ogni prodotto finito	1 - Presenza di un modello di scheda di valorizzazione condivisa a livello regionale e vistata dal responsabile del progetto - Almeno il 90% dei questionari inviati dal gruppo dovranno essere correttamente compilati dagli operatori
2. SIAN/VET: partecipare alla formazione degli auditor e al programma di mantenimento della qualifica	2. Mantenimento della qualifica per 14 auditor
3. SPSAL: partecipare attivamente al programma regionale di audit, scegliendo il comparto di interesse a seconda della specificità territoriale.	3. 3 operatori formati partecipano alla costituzione del gruppo di auditor regionale

### 3.1.11 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 (647 aziende) - Edilizia: 254 cantieri vigilati (12% dei cantieri)

	<p>notificati nel 2018).</p> <p>- Agricoltura: vigilare 43 aziende agricole (Report di attività alla DCS)</p>
--	---

### 3.1.12 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
1. 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.	<p>1. - Report sui lavoratori a rischio cardiovascolare globale (vedi linea 3.1.2 - Screening opportunistico su stili di vita e rischio cardiovascolare globale)</p> <p>- Offerta di percorsi per smettere di fumare</p>
<p>2. Realizzare interventi di immunizzazione degli operatori sanitari per la prevenzione e il controllo delle infezioni prevenibili da vaccino.</p> <p>- Adottare e applicare le nuove LLGG regionali sulla tubercolosi</p>	<p>2. - Il controllo dell'immunizzazione e vaccinazione per malattie prevenibili con vaccino (morbillo, parotite, rosolia, varicella, pertosse, influenza) è inserito nei protocolli di sorveglianza sanitaria di tutti gli operatori sanitari, compresi lavoratori atipici e del servizio civile, operanti all'interno delle strutture aziendali.</p> <p>- LLGG regionali sulla tubercolosi applicate</p>

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Studi di sorveglianza Okkio alla Salute e HBSC	1. Collaborare agli studi di sorveglianza Okkio alla Salute ed alla restituzione dei risultati emersi per HBSC
2. Studi di sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento	2. Dare continuità allo studio di sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. 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 e della "Cabina di Regia" di cui al Decreto n° 695/SPS del 19.05.2017.	1. Evidenza di partecipazione al "Gruppo Tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali" e alla "Cabina di Regia".
2. Sorveglianza delle acque potabili. Mappatura dei pozzi privati utilizzati nell'ambito delle	2. Proseguire la mappatura dei pozzi che approvvigionano gli stabilimenti riconosciuti (Reg.

imprese alimentari.	852/853), le imprese alimentari
3. Nomina nuovi ispettori Reach/CLP tra il personale che ha partecipato ai corsi di formazione	3. L'ASS5 ha nominato gli ispettori.
4. Controlli coerenti con il piano nazionale annuale dei controlli in materia di REACH/CLP	4. Almeno 3 controlli

### 3.1.15 - Miglioramento sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive (Programma XIII PRP)

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Interventi di immunizzazione dei volontari ospedalieri	1. Adottato e applicato protocollo vaccinale per i volontari ospedalieri per (morbillo, parotite, rosolia, varicella, pertosse, influenza) e misure per il controllo e la prevenzione della tubercolosi secondo Linee guida regionali
2. Assicurare il proseguimento delle campagne vaccinali già avviate e quelle di nuova introduzione (herpes zoster negli anziani)	2. Miglioramento delle coperture vaccinali dell'infanzia e dell'adolescenza - esavalente - MMR 1a e 2a dose - Offerta attiva della vaccinazione anti herpes zoster nei 65enni con copertura >35%
3. Veterinari: implementazione regionale del Sistema Informativo Nazionale della Farmacovigilanza Ricetta Elettronica (SINF-RE) entro il 2019: Autorizzazione detenzione scorta Formazione interna SINF-RE Anagrafe ministeriale centralizzata delle strutture PET	3. Autorizzazione tramite SINF-RE di almeno il 90% delle autorizzazioni già autorizzate in cartaceo Nuove autorizzazioni in SINF-RE Formazione interna su SINF-RE Aggiornate in SINF-RE la anagrafiche delle strutture veterinarie, di detenzione e colonie feline
4. Gli ospedali partecipano ai programmi di sorveglianza delle ICA, con evidenza di monitoraggio degli indicatori regionali.	4. Indicatori regionali monitorati

### 3.1.16 - Comunicazione del rischio e gestione delle emergenze (Programma XIV PRP)

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Applicare il protocollo regionale sull'assistenza sanitaria alle persone migranti ed inviare i dati di attività	1. Report mensile
2. Garantire la formazione dei propri operatori sull'antimicrobial stewardship	2. Almeno il 25% di medici prescrittori formati
3. Diffondere a tutti gli operatori sanitari la	3. Report inviato in formato elettronico a tutti gli operatori sanitari coinvolti in prescrizione e

reportistica regionale sulle resistenze batteriche	somministrazione di farmaci
--	-----------------------------

<b>3.1.17 - Alimentazione e salute: promozione di un'alimentazione sana, sicura e sostenibile (Programma XV PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Garantire la partecipazione degli operatori dedicati al percorso formativo programmato a livello regionale sull'allattamento al seno	1. 80% operatori dedicati formati
2. Mantenere ed ottimizzare il sistema di rilevazione sull'allattamento al seno alla dimissione e alla seconda vaccinazione	2. 100% schede inserite nel sistema di rilevazione regionale entro un mese dalla dimissione e dalla seconda vaccinazione
3. 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	3. Contributo al 10% delle gare d'appalto di PA e Enti
4. Proseguire l'attività della verifica della presenza/offerta di sale iodato degli esercizi di vendita e nella ristorazione collettiva	4. Verifica effettuata almeno nel 70% dei controlli su esercizi di vendita e ristorazione collettiva

<b>3.1.18 - Sicurezza alimentare e di salute e benessere animale</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Formazione operatori sui MOCA (materiali e oggetti a contatto con alimenti)  Redigere procedura condivisa per l'attività di controllo ufficiale	1. 70% degli operatori formati  Partecipazione dei referenti SIAN alla redazione della procedura condivisa
2. Ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi contenuti nel Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare (PRISAN) 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	2. VETETRINARIA: Alimenti di Origine Animale, come da PRISAN (valori 2018): n. 493 interventi ispettivi n. 16 audit n. 204 campionamenti come da PRISAN n. 55 valutazioni del rischio n. 20 controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni.  SIAN, come da PRISAN (valori 2018): n. 760 interventi ispettivi

	<p>n. 10 Audit</p> <p>n. 207 Campionamenti come da PRISAN Valutazione rischio 100% delle attività controllate</p> <p>n. 20 controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni</p>
3. Controlli sulla condizionalità come da convenzione con MIPAAF/AGEA	3. Effettuare il 100% dei controlli previsti e inserire evidenze e verbali in BDN
4. Rafforzare gli interventi del Progetto Piccole Produzioni Locali in accordo con la Direzione centrale agricoltura.	4. Garantire l'informazione capillare e la formazione sul territorio. Stesura di una relazione finale dettagliata di verifica Aziendale con tutti gli elementi significativi.
5. Potenziare la funzionalità del sistema informativo SICER per l'Area dell'Igiene e Sicurezza Alimentare degli Alimenti di origine animale (Area B) e SIAN.	5. Piena funzionalità del sistema informatico SICER al 31 dicembre 2019.
6. 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.	6. n. 120 allevamenti (valori 2018, 100% della coorte) individuati dal Piano regionale da controllare al fine di richiedere lo status di Regione indenne.
7. 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	7. n. 56 interventi (valori 2018) di controllo sul rispetto del benessere animale richiesti dal PRISAN e i controlli previsti sul benessere durante il trasporto.
8. Attuazione dei controlli sull'anagrafe ovi caprina come da indirizzi LEA Ministeriali.	8. Raggiungimento del 3% dei controlli come richiesto da LEA Ministeriali.
9. Applicazione del PRP sull'Igiene Urbana Veterinaria.	9. Effettuare il 100% dei controlli sulle strutture di ricovero e custodia sia convenzionate che non convenzionate.

### 3.2 ASSISTENZA DISTRETTUALE E ASSISTENZA SOCIOSANITARIA

3.2.1.1 Assistenza primaria	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Verifica del livello di raggiungimento degli obiettivi definiti negli AAIIRR	1. <u>Riepilogo dei risultati raggiunti dalle singole AFT</u> in riferimento ai punti 1, 3.4.2 e punto 8 dell'AIR per l'anno 2018, unitamente ai provvedimenti aziendali di approvazione: del "Piano di Intervento", degli accordi relativi agli obiettivi da definirsi nell'ambito del punto 8 a livello aziendale e i <u>relativi prospetti riepilogativi delle somme corrisposte ai medici di medicina</u>

	<b>generale. Riepilogo inviato alla DCS.</b>
2. Ricognizione dello stato di attuazione dei CAP e dei Presidi ospedalieri per la salute a livello regionale e delle prospettive di orientamento dei servizi finalizzate al miglioramento della presa in carico della cronicità	2. <u>Mappatura organizzativa e di funzionamento dei CAP aziendali e dei Presidi ospedalieri per la salute</u> con la precisazione del numero e della tipologia del personale convenzionato dedicato, degli orari di apertura, la descrizione delle attività svolte e relativi volumi, le dotazioni strumentali, gli obiettivi raggiunti in termine di follow up o presa in carico delle persone affette da patologie croniche. I dati al 31.12.2018 trasmessi entro il 31.06.2019;
3. Coordinamento a livello regionale delle attività degli uffici aziendali deputati alla gestione dei rapporti con i professionisti convenzionati	3. Invio entro il 31.04.2019 di un report annuale al 31.12.2018 sullo <u>stato di attuazione degli Accordi integrativi regionali</u> , secondo un format condiviso con i Servizi aziendali e inviato dalla DCS; invio di analogo report semestrale, entro il 31.07.2019
4. Informatizzazione di tutte le sedi aziendali di continuità assistenziale per permettere a tutti i MCA la registrazione informatica delle prestazioni erogate e delle informazioni sanitarie a garanzia della continuità delle cure sull'apposito applicativo messo a disposizione da Insiel	4. Attivazione di idonee <u>postazioni informatiche presso ciascuna sede aziendale</u> di continuità assistenziale entro il 30.06.2019.

<b>3.2.1.2 Attività distrettuali a supporto delle cure di lungo termine</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Partecipazione dei referenti aziendali al gruppo tecnico che supporta la definizione e l'implementazione delle politiche, strategie e attività nell'area della cronicità in tutte le classi di età 2. Istituzione di un gruppo aziendale dedicato all'implementazione di reti assistenziali per la presa in carico di persone di tutte le età che necessitano di cure a lungo termine.	1. Evidenza della partecipazione 2. Report che riporta il censimento dei servizi/attività/PDPA/reti esistenti al 31.12.2018 in relazione al Piano nazionale della cronicità, entro il 30.06.2019

<b>3.2.1.2.1 Diabete mellito</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Gestione integrata del diabete in coerenza con la DGR 1676/2015.	1. Realizzazione di iniziative di incontro ed audit con MMG in ambito distrettuale/AFT al fine di valutare le performance individuali e di gruppo e gli scostamenti dai valori definiti dalle linee guida di riferimento. Invio in DCS di un report finale.

2. Partecipazione dei professionisti aziendali identificati ai fini della <u>creazione della Rete diabetologica regionale</u> con coordinamento unico regionale, al fine di <u>armonizzare l'offerta diabetologica</u> su tutto il territorio regionale	2. Mappatura <u>dell'offerta diabetologica aziendale</u> con evidenza delle criticità  Contributo aziendale al report regionale che il coordinamento unico realizzerà entro ottobre 2019.
3. Partecipazione dei professionisti aziendali identificati ai fini della creazione e formalizzazione della <u>Rete regionale per il piede diabetico</u> .	3. Mappatura <u>dell'offerta diabetologica aziendale dedicata al piede diabetico</u> con evidenza delle criticità.  Contributo aziendale al report regionale che il coordinamento unico realizzerà entro ottobre 2019.
4. Partecipazione dei professionisti aziendali identificati ai fini della creazione della <u>Rete diabetologica pediatrica regionale</u> con coordinamento unico regionale, al fine di armonizzare l'offerta su tutto il territorio regionale.	4. Mappatura <u>dell'offerta diabetologica pediatrica</u> aziendale con evidenza delle criticità.  Contributo aziendale al report regionale che il coordinamento unico realizzerà entro ottobre 2019.
5. Applicazione del documento revisionato dal tavolo tecnico regionale Programma di educazione terapeutica rivolto al soggetto diabetico in particolare per l'organizzazione dei campi residenziali	5. Contributo aziendale alla revisione del documento predisposto nel 2008, che il tavolo tecnico regionale realizzerà entro ottobre 2019.

<b>3.2.1.2.2 Scopenso cardiaco</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Creazione di una rete aziendale per la presa in carico e la gestione dello scopenso cardiaco.	Evidenza dei servizi e dei percorsi relativi alla presa in carico e alla gestione dei soggetti con SC in tutti i setting di cura (domicilio – assistenza primaria – assistenza distrettuale – ospedale per acuti).
<u>Scopenso cardiaco - TELEMEDICINA</u>	
1. Elaborazione di un progetto di telemedicina per la gestione domiciliare di pazienti in scopenso cardiaco 2. Realizzazione di un progetto pilota su una popolazione definita di utenti in scopenso 3. Realizzazione di attività formative per il personale sanitario dei distretti, in collaborazione con le AFT/MMG di riferimento.	1. Progetto elaborato 2. Almeno 50 persone coinvolte nel progetto pilota 3. Realizzazione di una formazione sul campo per il personale coinvolto

<b>3.2.1.2.3 BPCO</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Partecipazione dei referenti aziendali al gruppo	1. Evidenza della partecipazione al gruppo tecnico per

tecnico per la condivisione e l'eventuale revisione del documento regionale propedeutico all'attivazione di una rete aziendale per la presa in carico e la gestione della BPCO coerente con i contenuti del documento stesso	la predisposizione documento regionale propedeutico all'attivazione di una rete aziendale per la presa in carico e la gestione della BPCO
2. Creazione di una rete aziendale per la presa in carico e la gestione della BPCO	2. Evidenza dei servizi e dei percorsi relativi alla presa in carico e alla gestione della BPCO in tutti i setting di cura (domicilio – assistenza primaria – assistenza distrettuale– ospedale per acuti) a seguito della ridefinizione del documento regionale.

#### 3.2.1.2.4 Sindromi dementigene

L'AAS5 parteciperà ai tavoli tecnici regionali quando richiesto.

#### 3.2.1.3 Riabilitazione

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Individuazione professionisti per l'avvio dei lavori sul Piano Regionale della Riabilitazione.</li> <li>2. Monitoraggio attività dei gruppi integrati neuromuscolari (GIN).</li> <li>3. Organizzazione evento formativo sul PDTA per la sclerosi multipla.</li> <li>4. Approvazione PDTA Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) e avvio dei lavori di monitoraggio del PDTA.</li> <li>5. Individuazione professionisti per l'avvio dei lavori sul PDTA riabilitazione oncologica.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Messa a disposizione dei professionisti e partecipazione dei professionisti individuati al gruppo di lavoro sul Piano Regionale della Riabilitazione.</li> <li>2. L'AAS5 invia una reportistica sulle attività del gruppo integrato neuromuscolari (GIN).</li> <li>3. I professionisti aziendali partecipano all'evento formativo organizzato dalla DCS sul PDTA per la sclerosi multipla.</li> <li>4. Attivazione PDTA SLA e messa a disposizione professionisti per monitoraggio.</li> <li>5. Messa a disposizione dei professionisti e partecipazione dei professionisti individuati al gruppo di lavoro sul PDTA riabilitazione oncologica.</li> </ol>

#### 3.2.1.4 Assistenza Protesica

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Continuazione dei lavori per la revisione dei percorsi di assistenza protesica e per la formazione dei professionisti sanitari	A seguito dell'adozione del tariffario regionale l'azienda provvederà all'aggiornamento dei percorsi per l'erogazione di alcuni ausili e protesi così come all'attivazione dei percorsi semplificati completando i lavori di revisione intrapresi nel 2018.

<b>3.2.1.5 Superamento della contenzione</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Dare attuazione alla DGR n. 1904/2016	Invio di un report di monitoraggio al 31.12.2019 del fenomeno della contenzione in tutte le strutture sanitarie, socio-sanitarie e assistenziali secondo quanto disposto nella DGR 1904/2016.

### 3.2.2 ASSISTENZA SOCIOSANITARIA

<b>3.2.2.1 Anziani non autosufficienza</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Accordi con privato accreditato	- la stipula di accordi con il privato accreditato prevederà nel rispettivo budget annuale e/o pluriennale il volume dei ricoveri per livello assistenziale.
UVD	- in sede di UVD viene determinata la tipologia di ricovero e la conseguente durata della degenza nonché si valuterà con attenzione la necessità di prolungare per motivi clinici sanitari la durata del ricovero oltre i valori soglia ad oggi previsti di 30 o 40 gg.

<b>3.2.2.1.2 Sistema di VMD Val.Graf.-FVG e procedure di accesso nelle residenze per anziani convenzionate</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Sistema di VMD Val.Graf.-FVG e procedure di accesso nelle residenze per anziani convenzionate	<ol style="list-style-type: none"> <li>In continuità l'anno 2018, 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.</li> <li>Definizione di procedure uniformi e condivise a livello territoriale per l'ingresso nelle strutture residenziali convenzionate, sulla base degli indirizzi che verranno forniti dalla Regione e nel rispetto delle specificità presenti a livello locale.</li> </ol>

<b>3.2.2.1.3 Sistema di finanziamento</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<b>1. Continuare a riconoscere i finanziamenti per</b>	<b>1. Evidenza dei finanziamenti erogati alle strutture</b>

<b>l'abbattimento della retta di accoglienza nella misura prevista dalle vigenti disposizioni regionali.</b>	
<b>2. Conclusione del percorso avviato nel 2018 per l'assegnazione dei posti letto convenzionabili aggiuntivi, attribuiti a ciascuna Azienda con DGR n. 1828 del 05/10/2018, secondo le procedure e modalità ivi indicate.</b>	<b>2. Evidenza della conclusione del percorso avviato nel 2018 per l'assegnazione dei posti letto convenzionabili aggiuntivi, secondo le modalità previste dalla DGR 1828/2018</b>

#### 3.2.2.1.4 Monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
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 Salute entro il primo semestre del 2019, una dettagliata relazione illustrativa delle attività di monitoraggio e promozione della qualità svolte nell'anno precedente.</p>

#### 3.2.2.1.6 Sperimentazioni "Abitare possibile" e "Domiciliarità innovativa"

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Sperimentazioni "Abitare possibile" e "Domiciliarità innovativa"	L'azienda 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.

#### 3.2.2.1.7 Sperimentazione screening popolazione anziana fragile e servizio telesoccorso

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>1. Adozione del regolamento regionale relativo all'attivazione e gestione del servizio di presa in carico di tele assistenza domiciliare "sicuri a casa"</p> <p>2. Sperimentazione Progetto PRISMA 7</p> <p>3. Estensione del progetto PRISMA 7 a tutte le AAS e ASUI della regione</p>	<p>1. Il regolamento è adottato con atto formale entro il 31.12.2019.</p> <p>2. I distretti individuati nel 2018 proseguono le attività previste dal protocollo in uso.</p> <p>3. Evidenza della rilevazione sugli abitanti &gt;75 dei distretti</p>

#### 3.2.2.2 Disabilità

Obiettivo aziendale	Risultato atteso

Valutazione degli utenti dei servizi residenziali e semiresidenziali	Raggiungere almeno il 70% dell'utenza in carico che è stata valutata (anche tenendo conto delle valutazioni già effettuate negli anni precedenti.)
--	--

### 3.2.2.2.1 Fondo gravissimi

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Continuare nell'attività di accertamento e segnalazione ai sensi del DPreg. 247/2009	L'AAS5, con la collaborazione tra Distretti sanitari e Servizi sociali dei Comuni, garantisce l'attività di accertamento e segnalazione dei casi di gravissima disabilità da fornire alla DCS secondo le indicazioni del vigente regolamento regionale in materia.

### 3.2.2.2.2 Fondo SLA

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Continuare nell'attività di valutazione, raccolta di documentazione e segnalazione indicate nel Regolamento di cui alla DGR 1692/2000.	L'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.

### 3.2.2.2.3 Vigilanza servizi semiresidenziali e residenziali sociosanitari destinati a persone con disabilità

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Proseguire nell'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	L'AAS5 effettua l'attività di vigilanza e controllo su almeno il 30% dei servizi/strutture collocati sul territorio di competenza.

### 3.2.2.2.4 Dopo di noi

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Garantire gli interventi 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".	L'AAS5 provvede a collaborare attivamente al monitoraggio dei percorsi avviati, relativi all'abitare inclusivo, e alla progettazione degli interventi a valere sui finanziamenti del Fondo ministeriale, attribuito dalla Regione FVG all'AAS5 in quanto ente gestore di servizi per le persone con disabilità.

<b>3.2.2.2.5 Autismo</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Partecipazione dei referenti aziendali al Tavolo tecnico sull'autismo	Evidenza della partecipazione

<b>3.2.2.3 Minori</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Supporto al processo di riclassificazione delle strutture residenziali e semiresidenziali;	1. Tutte le strutture per minori già operanti nel territorio aziendale sono riclassificate a seguito dell'emanazione delle direttive regionali.
2. Partecipare/collaborare al processo di presa in carico integrata dei minori accolti in strutture residenziali e semiresidenziali.	2. In coerenza con le linee regionali e a seguito della loro emanazione verrà definito protocollo territoriale sulla presa in carico integrata dei minori in strutture residenziali e semiresidenziali, che ne definisca modalità e tempi.
3. Ridurre il numero dei minori inviati fuori regione.	3. Evidenza della riduzione del numero di invii fuori regione. In attesa dell'emanazione delle linee d'indirizzo regionali e della riclassificazione di strutture per minori, l'Azienda predispone una relazione sull'andamento (numero e caratteristiche cliniche e sociali) degli invii nelle strutture terapeutiche fuori regione.

<b>3.2.2.4 Salute Mentale</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Miglioramento dell'integrazione tra cure primarie e specialistiche con particolare riferimento alla presa in carico dei disturbi mentali comuni	1. Evidenza di percorsi integrati tra cure primarie e DSM e di interventi formativi.
2. Definizione di un percorso aziendale congiunto (NPIA, DSM, PLS e MMG) per la definizione della fase di transizione delle cure dai servizi per l'età evolutiva ai servizi per l'età adulta.	2. Dare attuazione al documento già predisposto e condiviso tra DSM e NIP per la fase di transizione delle cure dai servizi per l'età evolutiva ai servizi per l'età adulta, e invio del documento alla DCS <b>entro il 31.12.2019</b>
3. Utilizzo dello strumento BIS (bilancio individuale salute) nell'ambito di programmi terapeutico riabilitativi per l'età evolutiva.	3. Invio in Direzione entro il 31.12.2019 di un report con l'evidenza di programmi attivati presso ogni NPIA e/o Distretto.
4. Miglioramento e valutazione dell'impiego della metodologia del BIS nei DSM (età adulta), nell'ambito del Capitolato unico Regionale per la cogestione e	4. Partecipazione ai Tavoli Tecnici Regionali e all'attività formativa prevista, degli operatori già individuati dai DSM, avvio attività di valutazione degli

coprogettazione di BIS con gli Enti del Terzo Settore	esiti con individuazione del profilo di salute dei beneficiari dei PTRI con BIS
5. Condivisione tra i diversi DSM regionali delle attività relative al percorso terapeutico e riabilitativo delle persone in contatto con i Servizi	5. Verrà adottato, quando disponibile, lo strumento informatizzato per la gestione del percorso terapeutico abilitativo personalizzato.  L'ASS5 si propone come azienda pilota per la sperimentazione del nuovo gestionale informativo per la salute mentale adulta e età evolutiva.

<b>3.2.2.5 Disturbi del comportamento alimentare Salute Mentale</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Operatività dei Centri Diurni	Operatività dei Centri Diurni DCA  Invio alla DC di un report con identificazione del referente, individuazione dell'équipe funzionale ed evidenza di volumi di attività per adulti e minori.

<b>3.2.2.6 Cure palliative e terapia del dolore</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Consolidamento dell'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 (Medici dei servizi di Continuità assistenziale e al 118).	1. Assistenza garantita h 24 7 giorni su 7 (con pronta disponibilità notturna) con evidenza dell'organizzazione e dell'attività svolta mediante relazione semestrale da inviare alla DCS entro luglio 2019 e gennaio 2020.
2. Revisione dei criteri di accesso alla rete delle cure palliative da parte di un gruppo tecnico regionale	2. Partecipazione al gruppo tecnico regionale degli esperti aziendali identificati dalle singole Aziende e approvazione dei criteri entro il primo semestre del 2019 e successiva applicazione.
3. Monitoraggio della registrazione degli accessi di assistenza domiciliare per cure palliative nel sistema informativo con codifica ICD9.	3. Redazione di report semestrale da inviare alla DCS entro luglio 2019 e gennaio 2020.
4. Miglioramento delle modalità di presa in carico del paziente in cure palliative, in coerenza con le indicazioni della DGR 165/2016. Costituzione di un gruppo tecnico di lavoro a livello regionale	4. Partecipazione al gruppo regionale dei professionisti aziendali che si occupano di cure palliative con l'obiettivo di definire un sistema informativo omogeneo per la registrazione e rilevazione dei dati.
5. Percentuale di malati oncologici deceduti a domicilio.	5. Uguale o superiore al 75%.

6. Criteri di priorità della visita algologica.	6. L'AAS5 adotta i criteri di priorità della prima visita algologica, garantendone la fruibilità agli utenti tramite link al CUP centralizzato Regionale.
7. Adottare le codifiche ambulatoriali e di ricovero di terapia antalgica definite nel corso del 2018.	7. L'AAS5 adotta le codifiche di terapia antalgica ambulatoriali e di ricovero definite nel 2018 entro il primo semestre 2019.
8. Rispetto dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni di terapia del dolore.	8. L'AAS5 garantisce il rispetto dei tempi di attesa per prima visita algologica ambulatoriale con priorità B e D in almeno il 75% dei casi, a partire dal secondo semestre 2019.
9. Attivazione della reperibilità algologica h 24 – 7 giorni su 7 o di analogo modello organizzativo centralizzato su base regionale nelle ASUI e AAS sedi di centro Hub.	9. Viene implementata la reperibilità algologica h 24 - 7 giorni su 7 per i centri Hub o con modello organizzativo centralizzato su base regionale (Obiettivo Critico difficilmente realizzabile per carenza di personale anestesista).

<b>3.2.2.7 Consulteri familiari</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Implementazione del percorso gravidanza fisiologica a gestione ostetrica	1. Promuovere corsi di formazione rivolti alle ostetriche che seguono il percorso gravidanza a basso rischio a gestione ostetrica, di cui alla DGR 723/2018. <b>2. evidenza dell'attivazione del percorso</b>
2. Implementazione dell'offerta della visita domiciliare ostetrica in puerperio, anche al di fuori di situazioni di fragilità.	2. Report con n. tot. visite domiciliari in puerperio/parti (specificando il nr. delle visite in situazioni di fragilità)
3. Promozione del tema della donazione del cordone ombelicale e del ruolo delle vaccinazioni infantili nell'ambito dei corsi di accompagnamento alla nascita.	3. Evidenza di materiale che attesti la presentazione dei temi (locandine corsi, etc..)
4. Implementazione di percorsi aziendali per la donna in età post fertile	4. Evidenza documentale del percorso aziendale
5. Analisi di approfondimento delle gravidanze in età precoce e i neonati esposti	5. Definizione di protocolli aziendali di accompagnamento e dimissioni per le gravidanze in età precoce e i neonati esposti.
Integrazione territorio-ospedale	Collaborazione alla realizzazione dell'Agenda della gravidanza Mantenimento del percorso aziendale per il post-partum, anche prevedendo l'offerta ostetrica domiciliare.

<b>3.2.2.7 Consulteri familiari – ADOZIONI</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Partecipazione al Tavolo regionale per l'adozione nazionale e internazionale.	1. Evidenza di partecipazione dei referenti aziendali
2. Implementazione, in tutte le Aziende, dell'offerta di informazione e formazione in collaborazione con gli Enti Autorizzati EE.AA., la Scuola e il Tribunale per i Minorenni.	2. Evidenza di attivazione attraverso report con dati relativi all'anno 2019
3. Analisi e implementazione dei processi di monitoraggio e valutazione dei percorsi adottivi di maggiore criticità.	3. Evidenza dei processi di monitoraggio e valutazione attraverso report e dati relativi all'anno 2019, subordinato alla definizione di criteri condivisi al tavolo tecnico regionale.
4. Analisi della casistica di fallimento adottivo.	4. Report sulla tematica dei fallimenti adottivi e esito del percorso aziendale e regionale, subordinato alla definizione di criteri condivisi al tavolo tecnico regionale.

<b>3.2.2.8 Sanità Penitenziaria</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Realizzazione di eventi formativi congiunti tra personale sanitario e penitenziario finalizzati al miglioramento della comunicazione su obiettivi comuni, portando l'attenzione sulla gestione dei detenuti con bisogni sanitari complessi.	1. Almeno n. 1 evento aziendale di formazione congiunta realizzato al 31.12.2019 (indicazione del personale formato e verifica della soddisfazione dei partecipanti).
2. Sviluppo della telemedicina in carcere	2. Almeno n. 1 progettualità di telemedicina innovativa sviluppata a favore dei detenuti (descrizione del progetto e indicazione degli interventi effettuati al 31.12.2019).
3. Miglioramento della 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.	3. Intervento organizzativo individuato per la presa in carico dei detenuti con bisogni complessi (descrizione dell'intervento e rilevazione dei casi presi in carico al 31.12.2019.)

<b>3.2.2.9 Superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Presa in carico delle persone internate in REMS da	Predisposizione e invio all'autorità giudiziaria

parte delle equipe multiprofessionali dei CSM di residenza.	competente, entro 45 giorni dalla data di ingresso delle persone in REMS, dei PTRI finalizzati all'adozione di soluzioni diverse dalla REMS
---	---

<b>3.2.2.10 Dipendenze</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Collaborazione con l'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze	1.1 Partecipazione dei referenti del gruppo tecnico operativo ad almeno il 70% delle riunioni indette dall'Osservatorio sulle Dipendenze. 1.2 Invio e validazione dei dati per i flussi informativi regionali raccolti dell'osservatorio 1.3 Rendicontazione delle azioni previste dal Piano operativo GAP 2017. 1.4 Report con l'esito di almeno 3 indicatori di outcome relativi agli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale 1.5 Report con l'esito di 3 indicatori di outcome relativi all'esito dei trattamenti in capo al SSR per rispondere alle problematiche relative alla dipendenza, quali drop-out e follow - up. 1.6 Report rispetto ai soggetti under 25 anni afferenti ai servizi rispetto quantità e problematiche all'accesso
2. Partecipazione al tavolo tecnico di confronto regionale con il terzo settore sui trattamenti alcologici	2. Partecipazione dei referenti Aziendali dei trattamenti alcologici ad almeno il 70% delle riunioni indette.
3. Realizzazione di una sperimentazione dell'uso del budget personale.	3. Report su sperimentazione budget personale
4. Diffusione dell'offerta di testing per le malattie infettive correlate all'uso di sostanze stupefacenti negli utenti che afferiscono ai Servizi per le dipendenze.	4. Almeno il 70% di testati sui testabili
5. Ridurre di almeno il 10% le persone inviate nelle strutture residenziali extraregionali.	5. Relazione sul numero di invii nelle strutture per la terapia riabilitativa della dipendenza, con evidenza del dettaglio delle strutture di invio e motivazione espressa per gli invii fuori regione.

<b>3.2.4 Odontoiatria Pubblica</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Valutazione delle attività e dei servizi attivati e dei	1. ogni centro erogatore deve fornire almeno 1400

<p>risultati raggiunti del programma regionale di odontoiatria pubblica, e al consolidamento dello stesso.</p>	<p>prestazioni/anno;</p> <p>2. la media aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra deve essere mantenuta al livello raggiunto nel 2018 <b>nelle Aziende con valore &gt; 1.5; deve raggiungere tale valore per le Aziende che nel 2018 hanno raggiunto una media compresa tra 1.0 e 1.5 e deve raggiungere il valore di almeno 1.3 nelle Aziende la cui media nel 2018 è risultata &lt; 1;</b></p> <p>3. la media aziendale annua di prestazioni/riunito non deve essere inferiore a 1400;</p> <p>4. la percentuale aziendale di visite sul totale delle prestazioni erogate deve essere mantenuta al valore raggiunto nel 2018 <b>nelle Aziende che hanno raggiunto l'obiettivo nel corso dell'anno precedente e deve essere ridotta di almeno il 5% (rispetto al risultato ottenuto nel 2018) nelle Aziende che non hanno raggiunto l'obiettivo nel corso dell'anno precedente;</b></p> <p>5. fornire alla DCS per il tramite del Coordinamento regionale una comunicazione trimestrale sulle liste di attesa e tutte le informazioni previste dalla convenzione;</p> <p>6. Attivazione della cartella clinica elettronica secondo le tempistiche che verranno comunicate;</p> <p>7. all'interno del carcere è attivato l'ambulatorio odontostomatologico, per garantire l'erogazione della prima visita in sede. La presa in carico e la cura dei detenuti è garantita presso le sedi dei poliambulatori del Distretto del Noncello;</p> <p>8. L'Azienda intraprende azioni di razionalizzazione del numero delle sedi erogatrici di prestazioni odontostomatologiche, al fine di ottimizzare le risorse e garantire cure di qualità alla casistica trattata</p>
--	--

### 3.3. ASSISTENZA FARMACEUTICA E ASSISTENZA INTEGRATIVA

<b>3.3.1 Tetti spesa farmaceutica</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
<p>1. Tetto per la spesa farmaceutica per acquisti diretti (farmaceutica ospedaliera, diretta e DPC) = 6,69 % del FSR;</p> <p>Tetto acquisto diretto gas medicinali (ATC V03AN)=</p>	<p>1. Rispetto dei <b>tetti fissati a livello nazionale</b>, secondo il monitoraggio AIFA:</p> <p>-farmaceutica ospedaliera, diretta e DPC = 6,69 % del FSR;</p>

<p>0,2% Tetto per la spesa farmaceutica convenzionata = 7,96 % del FSR.</p> <p>2. Nello specifico i vincoli di spesa fissati a livello regionale per il 2019 sono riepilogati nel capitolo dedicato alle risorse finanziarie.</p>	<p>- Tetto acquisto diretto gas medicinali (ATC V03AN)= 0,2%</p> <p>- farmaceutica convenzionata = 7,96 % del FSR.</p> <p>2. Rispetto dei vincoli regionali:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Farmaceutica territoriale convenzionata: 118€/pro capite;</li> <li>- Farmaceutica territoriale diretta: 72€/pro capite;</li> <li>- Farmaceutica territoriale DPC: 33€/procapite;</li> <li>- Farmaceutica ospedaliera: -1% valore del 2018</li> </ul>
---	--

<b>3.3.2. Appropriately prescriptive</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
<p>L'AAS5 invierà 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 2019 (in particolare per oncologici, immunologici, farmaci per l'epatite C, terapie intra-vitreali, farmaci del PHT_DPC, equivalenti, IPP, ecc).</p>	<p>Invio alla DCS da parte dell'AAS5 di due relazioni semestrali (entro 31/08/2019 e 28/02/2020) da cui si evincano:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 3 obiettivi assegnati alle U.O aziendali relativi a setting specialistici ad alto impatto di spesa.</li> <li>- 3 obiettivi assegnati alle UO aziendali/MMG di continuità assistenziale/appropriatezza .</li> <li>- Azioni intraprese per le categorie principali.</li> </ul> <p><u>Modalità di valutazione:</u></p> <p>Relazioni inviate nei termini: sì/no (peso 50%)</p> <p>Relazioni congruenti in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 50%)</p>

<b>3.3.4. Appropriately prescriptive. Indicators in territorial scope</b>																
Obiettivo	Risultato atteso															
<p>Relativamente ai medicinali a brevetto scaduto e alla prescrizione di antibiotici sono riportati i target per il 2019.</p> <p><i>I target sui medicinali a brevetto scaduto potranno essere aggiornati con nota DCS non appena disponibili gli ultimi dati nel portale AIFA/MEF nonché in funzione di nuove scadenze brevettuali ovvero di associazioni fisse presenti sul mercato.</i></p>	<table border="1" data-bbox="829 1612 1428 2020"> <thead> <tr> <th>Classe</th> <th>%AAS5 (Gen-dic 2018)</th> <th>% target nazionale a cui tendere</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CO8CA – derivati didropiridinici</td> <td><b>90,88%</b></td> <td>92,1%</td> </tr> <tr> <td>CO9BA – ACE inibitori e diuretici</td> <td><b>94,47%</b></td> <td>95,3%</td> </tr> <tr> <td>NO3AX – Altri antiepilettici</td> <td><b>93,98%</b></td> <td>98,7%</td> </tr> <tr> <td>NO6AX – Altri antidepressivi</td> <td><b>77,65%</b></td> <td>80,8%</td> </tr> </tbody> </table>	Classe	%AAS5 (Gen-dic 2018)	% target nazionale a cui tendere	CO8CA – derivati didropiridinici	<b>90,88%</b>	92,1%	CO9BA – ACE inibitori e diuretici	<b>94,47%</b>	95,3%	NO3AX – Altri antiepilettici	<b>93,98%</b>	98,7%	NO6AX – Altri antidepressivi	<b>77,65%</b>	80,8%
Classe	%AAS5 (Gen-dic 2018)	% target nazionale a cui tendere														
CO8CA – derivati didropiridinici	<b>90,88%</b>	92,1%														
CO9BA – ACE inibitori e diuretici	<b>94,47%</b>	95,3%														
NO3AX – Altri antiepilettici	<b>93,98%</b>	98,7%														
NO6AX – Altri antidepressivi	<b>77,65%</b>	80,8%														

INDICATORE	DATO AAS5 GEN-SETT 2018	Target a cui tendere
Incidenza di sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (anti-ipertensivi)	40,0%	<= 30%
Consumo pro-capite di farmaci inibitori di pompa protonica	30,13	<=25 up pro cap

  

INDICATORE	Valore aziendale 2017	Target (valore 2016)
Consumo di antibiotici sul territorio DDD 1000 res. pes. die	17,21	16,50*
Consumo di antibiotici in età pediatrica sul territorio DDD 1000 res. pes. die	15,52	14,93

Modalità di valutazione complessiva:

- 6-8 indicatori a target = RAGGIUNTO
- 4-5 indicatori a target = PARZIALMENTE RAGGIUNTO
- <4 indicatori a target = NON RAGGIUNTO

3.3.5. Biosimilari	
Obiettivo	Risultato atteso
Indicatori per categorie di medicinali in cui è disponibile l'alternativa biosimile.	Invio alla DCS di <u>due relazioni semestrali</u> secondo lo schema di rilevazione inviato dalla DCS (entro il <u>31/08/2019 e 28/02/2020</u> ) da cui si evincano le attività svolte, i percorsi attivati con i prescrittori ed i monitoraggi effettuati per i singoli ambiti (ospedaliero, domiciliare, residenziale e semiresidenziale), da cui si evincano le ricadute sul SSR.

3.3.5. Biosimilari	
Obiettivo	Risultato atteso
1. Erogazione dei medicinali da parte delle strutture sanitarie (diretta e primo ciclo a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale) secondo la DGR	1. Evidenza di accordi per l'erogazione del I ciclo con le strutture private accreditate entro il 31.08.2019

12/2018. 2. Ottimizzazione e monitoraggio della DPC	2. Invio di due report semestrali sull'attività svolta nell'ambito della DPC e della distribuzione diretta, secondo un prototipo di report per la rilevazione omogenea dei dati inviato dalla DCS, entro il 31.08.19 ed entro il 28.02.20
--	---

<b>3.3.7. Rapporto con le Aziende Farmaceutiche e Biomedicali</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
L'AAS5, attraverso gli appositi Uffici (es. responsabili della trasparenza e dell'anticorruzione) adotta specifiche disposizioni organizzative relativamente alle attività d'informazione svolte dalle Aziende farmaceutiche e del settore dei dispositivi medici verso tutti gli operatori sanitari al fine di favorire comportamenti uniformi, coerenti a principi di trasparenza anche con riferimento ad eventuali conflitti di interesse.	L'AAS5 predisporre un regolamento e lo adotta entro il 31.12.2019.  <u>Modalità di valutazione:</u> Invio del regolamento predisposto alla DCS entro il 31.12.2019.

<b>3.3.8 Assistenza integrativa</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
1. La dispensazione dei dispositivi medici di cui all'allegato 2 del DPCM 12 gennaio 2017 è garantita in forma diretta secondo le disposizioni della DGR n. 1783 del 22.09.2017, punto 8.e. A tal fine le aziende sanitarie implementano i relativi percorsi. 2. Nelle more della completa attuazione di quanto previsto dalla DGR 12/2018 relativamente agli ausili per diabetici, le Aziende garantiscono modalità di acquisizione e di erogazione che favoriscano l'efficienza del SSR	1. implementazione/messa a regime della distribuzione diretta dei dispositivi medici di cui all'allegato 2 del DPCM 12 gennaio 2017 2. Nelle more della completa attuazione di quanto previsto dalla DGR 12/2018 relativamente agli ausili per diabetici, si garantiscono le modalità di acquisizione e di erogazione che favoriscano l'efficienza del SSR  <u>Modalità di valutazione:</u> Evidenza delle azioni intraprese: sì/no

<b>3.3.9. Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
<u>Registri AIFA e recupero rimborsi</u>	
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	- Presenza di un percorso aziendale per la gestione delle criticità;  - Riscontro agli approfondimenti/ricieste di

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.	verifica relative ai registri AIFA/procedure di rimborso, inviate nei termini indicati.
<u>Prescrizioni personalizzate PSM iter elettronico</u>	
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 ARCS.	<p>% delle confezioni erogate in distribuzione diretta nominale hanno una prescrizione effettuata con il sistema PSM - iter elettronico <math>\geq 90\%</math>.</p> <p><u>Modalità di valutazione:</u> Target rilevati dalla DCS.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- % <math>\geq 90\%</math>: obiettivo raggiunto</li> <li>- % tra 75% e 89%: obiettivo parzialmente raggiunto</li> <li>- % <math>&lt; 75\%</math>: obiettivo non raggiunto</li> </ul>
<u>Prescrizione informatizzata dei piani terapeutici</u>	
<p>L'AAS5 garantirà il ricorso (prima prescrizione e rinnovi) alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici implementati/disponibili a sistema, tramite l'applicativo PSM-PT, in almeno il 65% 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.</p> <p>Nel favorire l'implementazione di tale sistema informatizzato sarà inoltre assicurato il controllo dei piani terapeutici ed il rispetto delle note limitative AIFA.</p>	<p>% di ricorso alla prescrizione informatizzata tramite applicativo PSM-PT per tutti i pazienti: <math>\geq 65\%</math></p> <p><u>Modalità di valutazione:</u></p> <p>Target rilevati dalla DCS. Per le modalità di calcolo dell'indicatore si rimanda alla DGR n. 1912/2018</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- % PT informatizzati per tutti i pazienti <math>&gt; 65\%</math> raggiunto</li> <li>- % PT informatizzati per tutti i pazienti tra 50 e 65% parzialmente raggiunto</li> <li>- % PT informatizzati per tutti i pazienti <math>&lt; 50\%</math> non raggiunto</li> </ul>
<u>Flussi informativi Farmaceutica</u>	
Implementazione, verifiche e controlli di congruenza dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali <u>entro il 10 di ogni mese</u> , da parte dei responsabili individuati, utilizzando la reportistica a disposizione sul portale SSSR (mancati invii, prezzi medi, revocati, ecc), con particolare riferimento ai disallineamenti derivanti da possibile mancato invio. Va assicurata, 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	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verifiche dei dati entro il 10 di ogni mese</li> <li>Integrale copertura fase 3/fase 2 (<math>&gt; 99,5\%</math> della spesa negli ambiti previsti).</li> <li>2. Inserimento codice targatura in fase di erogazione diretta dei medicinali (<math>&gt; 99\%</math>).</li> <li>3. Riscontro entro 15 giorni agli approfondimenti richiesti o segnalazioni inviate.</li> </ol> <p><u>Modalità di valutazione:</u></p>

<p>distribuzione diretta, nonché l'inserimento a sistema del codice targatura (&gt; 99% confezioni) in fase di erogazione diretta dei medicinali (applicativo PSM).</p> <p>L'AAS5 da riscontro ad eventuali approfondimenti richiesti dalla Direzione Centrale, anche su istanza Ministero della Salute, entro 15 giorni dalle comunicazioni.</p>	<p>copertura fase 3/fase 2: target rilevati dalla DCS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- % &gt; 99,5%: raggiunto</li> <li>- % tra 99 e 99,5: parzialmente raggiunto</li> <li>- % &lt; 99%: non raggiunto</li> </ul> <p>Targatura: target rilevati dalla DCS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- % confezioni diretta PSM &gt; 99%: raggiunto</li> <li>- % confezioni diretta PSM da 97% a 99%: parzialmente raggiunto</li> <li>- % confezioni diretta PSM &lt; 97%: non raggiunto</li> </ul> <p>Riscontro entro i termini: sì/no</p>
---	--

<b>3.3.10. Farmacovigilanza</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
1. L'AAS5 assicura la partecipazione dei sanitari interessati e il supporto alle attività organizzative.	1. Evidenza della partecipazione alle progettualità avviate dalla DCS e alle attività formative organizzate dalla stessa (partecipazione incontri periodici, stato di avanzamento progetti affidati all'AAS5.)
2. Nell'ambito della progettualità pluriennale avviata nel 2018 (Farmacisti in ospedale/territorio) con il coinvolgimento di tutte le Aziende sanitarie, gli Enti del SSR dovranno garantire la partecipazione agli incontri periodici del gruppo di Coordinamento.	2. <u>Partecipazione agli incontri periodici del gruppo di Coordinamento del progetto ed evidenza della relazione scientifica e della rendicontazione: secondo le tempistiche della convenzione in essere.</u>
3. Partecipazione ai tre nuovi moduli FAD da parte dei Responsabili di farmacovigilanza e dai loro collaboratori (da loro individuati) al fine di migliorare la qualità delle informazioni inserite in RNF.	3. Evidenza di partecipazione da parte di tutti gli operatori sanitari individuati (raggiunto partecipazione del 100%; parzialmente 70%- 99%; non raggiunto < 70%)
4. L'AAS5 dovrà assicurare azioni per incentivare la segnalazione on-line.	4. Aumento del 20% di segnalazioni on-line rispetto alla modalità cartacea al 31/12/2019, <u>Modalità di valutazione:</u> L'obiettivo sarà diversificato nel seguente modo: <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Obiettivo raggiunto: aumento delle segnalazioni on-line del 20% per AAS5,</li> <li>2. obiettivo parzialmente raggiunto: aumento delle segnalazioni on-line del 15% per l'AAS5,</li> <li>3. obiettivo non raggiunto: aumento delle segnalazioni on-line rispettivamente inferiore al 15% per l'AAS5.</li> </ul>

**3.4. ACCREDITAMENTO**

<b>3.4 Accreditamento</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1 Messa a disposizione dei valutatori esperti 2 Partecipare al programma di accreditamento nazionale degli organismi tecnicamente accreditati 3 Garanzia del funzionamento dell'OTA FVG	1. Gli enti consentono a ognuno dei propri dipendenti inseriti nell'elenco regionale dei valutatori dell'accREDITAMENTO di partecipare ai sopralluoghi per almeno 5 giornate, secondo indicazioni della DCS 2. Mettere a disposizione i professionisti indicati dalla DCS, da avviare alla formazione dei valutatori dell'accREDITAMENTO 3. Consentire ai dipendenti inseriti nell'elenco nazionale dei valutatori dell'accREDITAMENTO di partecipare alle attività organizzate del Ministero della Salute e dall'Agenas. Consentire ai dipendenti componenti dell'OTA regionale di svolgere le funzioni previste dalla DGR n.2220/2015 e dal Decreto n. 1899/2017

**3. 5 ASSISTENZA OSPEDALIERA**

<b>3.5.1. Insufficienze d'organo e trapianti</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<u>Cuore</u>	
Realizzazione del percorso formativo per la gestione dei pazienti portatori di VAD	Partecipazione di almeno 2 operatori al percorso formativo
<u>Fegato</u>	
1. Diffusione del PDTA "Alterazione enzimi epatici" 2. Potenziamento del programma Trapianti di fegato 3. Attivazione ambulatorio per visite epatologiche nel Presidio di San Vito Spilimbergo	1. Diffusione PDTA ai vari livelli dell'organizzazione 2. Segnalazione di almeno 10 pazienti per l'iscrizione in lista trapianto, presso il centro trapianti dell'ASUIUD (dati CRT) 3. Ambulatorio per visite epatologiche aperto almeno 4 ore a settimana a decorrere dal mese di maggio 2019 nel Presidio di San Vito- Spilimbergo Obiettivo critico. Difficilmente realizzabile per carenza di personale internistico.
<u>Pancreas</u>	
Riduzione del tasso di amputazioni maggiori per diabete.	< 28 casi per milione di residenti (fonte Bersaglio) (stima valore AAS5 2018: 10 per 1.000.000 residenti).

<u>Polmone</u>	
1. Partecipazione alla revisione/stesura del PDTA regionale sulla BPCO da parte dei professionisti coinvolti	1. Collaborare alla stesura del PDTA regionale (vedi linea 3.2.1.2.3 BPCO)
2. Riduzione del tasso di ospedalizzazione per BPCO.	2. < 55 per 100.000 residenti di 50-74 anni (fonte Bersaglio) (valore AAS5 2018: 43 per 100.000 residenti)
3. Aumento dell'appropriatezza di utilizzo dell'ossigenoterapia domiciliare	3. Riduzione di almeno il 10% della spesa rispetto al 2017 (Spesa 2017: 1.631.928,55).
<u>Rene</u>	
1. Avviare il percorso formativo di 2° livello sul PDTA "Malattia renale cronica stadi I-III e IV-V".	1. Evidenza dell'attivazione del percorso formativo
2. Potenziamento della dialisi peritoneale e dell'emodialisi domiciliare	2. Pazienti in emodialisi presso i centri dialisi al di sotto del 52% del totale (trapiantati + emodializzati + in dialisi peritoneale) (valore AAS5 2018 45,2%)
3. Potenziamento del programma Trapianti di rene	3. 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)
<u>Tessuti oculari</u>	
1. Mantenimento del programma di donazione cornee rispetto al 2017	1. N. Donazioni >= 23 (fonte dati CRT)
2. Mantenimento del numero di trapianti 2017	2. Trapianti > 79 (fonte dati CRT)
<u>Donazione d'organi e altri tessuti</u>	
1. Avvio dell'attività di prelievo d'organi da paziente con accertamento del decesso con criteri cardiologici	1. Almeno 3 casi
2. Implementazione delle segnalazioni secondo indicatori standard	2. Proc. 1 – donatori effettivi/decessi per lesione cerebrale acuta >16-25%
	3. Proc. 2 - numero accertamenti AMC= (donatori utilizzati +opposizioni + procurati) / decessi per lesione cerebrale acuta >21-40%

<b>3.5.2. Emergenza urgenza</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<u>Ictus</u>	
1. Mantenimento dell'attività di trombolisi endovenosa/ endoarteriosa a 65 casi/anno presso AAS5	1. >65 casi/anno Nel 2018 sono state effettuate 79 trombolisi.
2. Misurazione dei tempi intercorrenti fra <i>triage in pronto soccorso, allertamento-TAC e TAC-trombolisi venosa</i>	2. Tempo triage-trombolisi riduzione del 20%. Implementazione dei campi informatici necessari a elaborare i dati specifici.
	3. Evidenza di configurazione del data base

<p>3. Implementazione di un data base informatizzato per la raccolta di tutte le valutazioni con NIHSS, indice di Barthel (BI) e mRS pre e post evento in tutti i pazienti con ictus da rilevare su tutti i codici ictus.</p> <p>4. Raccolta di tutte le valutazioni con NIHSS, indice di Barthel (BI) e mRS pre e post evento</p> <p>5. Informazione alla cittadinanza.</p>	<p>informatizzato.</p> <p>4. Nell'ultimo trimestre 2019 sono registrati nel data base 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). Report su ultimo trimestre.</p> <p>5. Evidenza dell'informazione alla cittadinanza (ad es. distribuzione opuscolo, video, eventi ecc.) sui segni/sintomi da non sottovalutare per anticipare la chiamata di soccorso e rendere tempestivi i soccorsi in caso di ictus.</p>
<u>Emergenze cardiologiche</u>	
<p>1. Compilazione della scheda STEMI (PACS Emodinamica).</p> <p>2. Attivazione della tele-radiologia Hub &amp; Spoke per le sindromi aortiche acute.</p> <p>3. Implementazione di una scheda di valutazione dello storm aritmico.</p>	<p>1. &gt;95% delle 4 variabili compilate.</p> <p>Obiettivo realizzabile, ma critico nelle percentuali richieste in quanto l'utilizzo dello strumento è in fase di prima applicazione</p> <p>2. Tele radiologia attivata per le sindromi aortiche acute, quando sarà resa disponibile da parte della DCS. (vedi linea 4.1 sistema PACS ob. 2)</p> <p>3. &gt;95% dei casi inseriti a sistema nel secondo semestre 2019.</p> <p>Obiettivo realizzabile, ma critico nelle percentuali richieste in quanto l'utilizzo dello strumento è in fase di prima applicazione.</p>
<u>Trauma</u>	
<p>1. Trattamento della Frattura di femore entro 48H in almeno il 70% (hub) o 80% (spoke) dei casi trattati dal presidio ospedaliero.</p>	<p>1. &gt;70% hub &gt;80% spoke (fonte PNE)</p> <p>(Nei primi 8 mesi 2018 72,2% nel presidio di Pordenone e 66,2% nel presidio di San Vito/Spilimbergo)</p>
<p>2. Tempi di trattamento per traumatologia in urgenza per fratture diverse dal femore – ricoveri urgenti.</p>	<p>2. Degenza media pre-operatoria (indicatore Bersaglio C5.18.1 &lt;= 1,5 gg) (valore 2018 1.41 gg)</p> <p>Attesa media pre-operatoria (indicatore Bersaglio C5.18.2 &lt;= 8 gg) (valore 2018 9,5 gg)</p>
<u>Pronto soccorso ed emergenza urgenza</u>	
<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</p>	<p>1. &gt;65% hub &gt;80% spoke</p> <p>(Nel 2018 47,8% presso l'Ospedale di Pordenone, 66.3% nell'Ospedale di San Vito/Spilimbergo)</p>

soccorso meno di 4 ore, portandola a valori superiori all'85% (spoke) e 75% (hub.)	2. >75% hub >85% spoke (Nel 2018 79,6% presso l'Ospedale di Pordenone, 69.7% nell'Ospedale di San Vito/Spilimbergo)
--	--

<b>3.5.3 Reti di patologia</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<u>Malattie rare</u>	
1. Completare i percorsi assistenziali 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 2019 e pulizia dei casi che sono usciti dal sistema.)	1. Produrre almeno un percorso assistenziale per ogni rete di gruppo nosologico. 2. Inserimento 100% dei casi di prevalenza al 30 novembre 2019 e pulizia dei casi che sono usciti dal sistema. Inviare report di attività alla DCS
<u>Malattie reumatiche</u>	
1. Formalizzazione e diffusione del documento di indirizzo sulla terapia condiviso con il servizio farmaceutico regionale. 2. Utilizzo dello strumento informatizzato per l'appropriatezza prescrittiva.	1 Evidenza della diffusione del documento a tutti i professionisti coinvolti anche nell'ambito della medicina convenzionata. 2. Evidenza dell'utilizzo dello strumento informatizzato e report semestrale
<u>Insufficienza cardiaca cronica</u>	
Riduzione del tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti di 50-74 anni, portandolo sotto il valore di 200.	Valore 2019 < 200. (stima valore AAS5 2018: 204 per 100.000 residenti.)
<u>Infettivologia</u>	
1 Ogni presidio ospedaliero spoke ha almeno un medico di malattie infettive assegnato a tempo pieno alla Direzione medica. 2 Le strutture di Microbiologia e virologia (presidi Hub) sono attivabili sulle 24h 365 die/anno	1 Presenza di un infettivologo a tempo pieno nel presidio di San Vito e Spilimbergo 2 Microbiologia e virologia di Pordenone attivabile sulle 24h <b>365 die/anno</b>

<b>3.5.4. Pediatria</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Rete pediatrica regionale	1. Emergenza urgenza: adozione del modello operativo elaborato dal gruppo multidisciplinare regionale quando verrà formalizzato. 2. Chirurgia pediatrica: verrà consolidato il modello già funzionante per l'attività di chirurgia generale e specialistica previsto nel protocollo d'intesa tra AAS 5

	<p>l'IRCCS Burlo G. (decreto DG 576 10.08.2018)</p> <p>3. L'azienda adotterà il sistema di tele refertazione per Second Opinion in radiologia pediatrica, quando sarà reso disponibile dalla DCS (vedi par. 4 Sistema informativo)</p> <p>4. Malattie complesse e/o croniche: l'azienda partecipa ai gruppi multidisciplinari regionali per patologia.</p> <p>5. Cure palliative: implementazione del modello di rete e definizione di un percorso assistenziale</p> <p>6. Carta dei Servizi: predisposizione Carta dei servizi per l'assistenza in età pediatrica come da accordo Stato Regioni del 21 dic. 2017</p> <p>7. Formazione: promozione attività formative relative alle tematiche oggetto di progettualità nel 2019 (trasporto pediatrico, Diabete, Cure palliative.)</p>
--	---

<b>3.5.5. Percorso nascita</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p><u>Gestione gravidanza fisiologica</u> Implementazione del percorso gravidanza fisiologica a gestione ostetrica (vedi linea 3.2.2.7 Consultori familiari.)</p>	<p>Promuovere corsi di formazione rivolti alle ostetriche che seguono il percorso gravidanza a basso rischio a gestione ostetrica, di cui alla DGR 723/2018.</p>
<p><u>Integrazione territorio-ospedale</u> Analisi di approfondimento delle gravidanze in età precoce e i neonati esposti (vedi linea 3.2.2.7 Consultori familiari.)</p>	<p>Collaborazione con la DCS alla realizzazione dell'Agenda della gravidanza.</p> <p>Mantenimento del percorso aziendale per il post-partum, anche prevedendo l'offerta ostetrica domiciliare.</p> <p>Definizione di protocolli aziendali di accompagnamento e dimissioni per le gravidanze in età precoce e i neonati esposti.</p>
<p><u>Parto-analgesia</u></p>	<p>1. Sviluppo/aggiornamento di una Carta dei servizi specifica per il percorso nascita con le informazioni previste dalla DGR 1083/2012 per ogni punto nascita aziendale, ivi compresa l'offerta di parto-analgesia.</p> <p>2. Pubblicazione nel sito aziendale dell'offerta relativa ai punti nascita del territorio di competenza, ivi comprese le tecniche di controllo del dolore in travaglio/parto.</p> <p>3. Definizione di procedure formalizzate e condivise per tutte le fasi del percorso di parto-analgesia (dalla visita</p>

	<p>anestesiologica, all'erogazione della prestazione in travaglio, alle richieste estemporanee e al monitoraggio post partum)</p> <p>4. Formazione specifica sulla parto-analgesia farmacologica e non, rivolti a tutte le figure professionali coinvolte</p> <p>5. Monitoraggio attività e eventuali complicanze</p>
<u>Mantenimento della percentuale dei parti cesarei primari</u>	<p>&lt;= 15% nei punti nascita &lt; = 1000 parti/anno</p> <p>&lt;= 25% nei punti nascita di II livello o &gt; 1000 parti/anno</p>
Formazione	<p>Attività di formazione per gli operatori di sala parto</p> <p>Gli operatori 118 che svolgono servizio di STAM assistono a 3 parti fisiologici.</p>

### 3.5.6 Sangue ed emocomponenti

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Contributo all'autosufficienza regionale e nazionale	Contributo aziendale all'autosufficienza come da piano annuale di produzione da concordare in sede regionale.
Sicurezza ed appropriatezza trasfusionale	<p>-partecipazione al monitoraggio per appropriatezza trasfusionale da parte dei Cobus</p> <p>- Implementazione della prescrizione trasfusionale informatizzata e dei "sistemi barriera" per la trasfusione a letto del paziente</p>

### 3.5.7. Erogazione livelli di assistenza

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>1. Riduzione del tasso di ospedalizzazione al 125 x mille</p> <p>2. 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 20% per gli adulti e del 40% per i pediatrici</p> <p>3. Riduzione della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti &gt;= 65 anni portandola al di sotto del 4%.</p>	<p>1. &lt; 125 per mille (Stima 2018 = 124 per mille)</p> <p>2. &lt;20% adulti e &lt; 40% pediatrici (Dati 2018: 18,9% per gli adulti e 59.9% per i pediatrici.)</p> <p>3. &lt; 4% (Dati 2018: 3 %)</p>

**3. 6 RETE CURE SICURE FVG**

<b>3.6 Rete Cure Sicure FVG</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Prosecuzione programmi Rete Cure Sicure	Prosecuzione dei programmi a regime e integrazione con nuove azioni (individuazione delle figure professionali, raccomandazioni ministeriali, eventuali nuove raccomandazioni, referenti aziendali flussi informativi, eventi formativi aziendali specifici).
"Antimicrobial Stewardship"	<p>Prosecuzione delle attività riguardanti il programma "antimicrobial Stewardship":</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diffusione e condivisione dei report regionali sul consumo di antibiotici e sulle resistenze batteriche nelle UO ospedaliere, nei distretti e nelle AFT;</li> <li>2. Riduzione del consumo di antibiotici in ospedale e sul territorio: in particolare di cefalosporine, chinolonici e solo in ambito ospedaliero dei carbapenemi;</li> <li>3. Formazione aziendale specifica per personale medico (medici ospedalieri e MMG) sulla lettura dell'antibiogramma e sulla prescrizione antibiotica mirata come da indicazioni del gruppo di coordinamento regionale;</li> <li>4. Adozione e diffusione delle linee di indirizzo regionali per la gestione delle infezioni in ambito pediatrico;</li> <li>5. Adozione delle linee regionali per il riconoscimento precoce e la gestione della sepsi associata alle pratiche assistenziali e monitoraggio degli indicatori riportati nel documento;</li> <li>6. partecipazione al processo di revisione dei documenti regionali sulla gestione delle infezioni nell'adulto;</li> <li>7. Partecipazione al processo di valutazione delle attività di stewardship aziendali mediante l'analisi dell'aderenza agli standard definiti nell'ambito del programma regionale;</li> <li>8. Promozione di attività per il coinvolgimento dei cittadini sull'uso appropriato degli antibiotici;</li> <li>9. Implementazione della rete territoriali dei link professional relativi al programma di Antimicrobial Stewardship</li> </ol>
"Controllo delle infezioni correlate all'assistenza"	Prosecuzione delle attività relative al programma

	<p>"Controllo delle infezioni correlate all'assistenza".</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Effettuazione di una simulazione di evento epidemico (PS e TI)</li> <li>2. Effettuazione della rilevazione (metodo HALT) per la stima della prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza in almeno una casa di riposo per distretto sanitario;</li> <li>3. Effettuazione della Point Prevalence Survey biennale negli ospedali per acuti;</li> <li>4. Collaborazione all'aggiornamento dei documenti regionali;</li> <li>5. Effettuazione sorveglianza sulle infezioni del sito chirurgico e della compliance alle raccomandazioni dei comportamenti dei blocchi operatori.</li> </ol>
"Sicurezza del farmaco"	<p>Proseguimento delle attività relative al programma "sicurezza del farmaco"</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diffusione della reportistica periodica destinata ai MMG</li> <li>2. Adeguamento alle indicazioni regionali sull'uso degli elastomeri;</li> <li>3. Applicazione delle indicazioni ministeriali</li> <li>4. Mantenimento delle azioni sull'uso prudente dei farmaci</li> </ol> <p>Riduzione del consumo di inibitori di pompa protonica a meno di 25 unità posologiche procapite (diretta + convenzionata e dpc)</p> <p>Riduzione del consumo di benzodiazepine e degli ipnotici nelle case di riposo</p> <p>Avvio del programma per la corretta gestione della nutrizione e dell'idratazione nelle case di riposo</p>

### 3.7 PROMOZIONE DELLA SALUTE NEGLI OSPEDALI E NEI SERVIZI SANITARI: LA RETE HPH

3.7 Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Strutturazione rete HPH	<p>Le progettualità della rete HPH sono spesso riconducibili a linee di lavoro aziendali relative alla promozione della salute e alle buone pratiche di cura e assistenza dei pazienti/utenti.</p> <p>Per rendere più efficaci ed efficienti gli interventi, i</p>

	<p>progetti HPH saranno integrati nelle linee di lavoro già presenti, con particolare riferimento a quelle rivolte ai cittadini.</p> <p><b>Individuazione e formazione dei link professional</b></p>
Avvio progetti HPH	<p>Avvio progetti</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Personale dipendente:</li> </ul> <p>L'AAS5 non dispone di medici competenti proprio con contratto di lavoro subordinato ma si avvale di specialisti in regime Libera Professione. Perciò le seguenti attività saranno avviate e gestite con il supporto del Servizio Prevenzione e Protezione.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- medici competenti e coordinamento regionale della rete HPH individuano una strategia per implementare la valutazione del benessere soggettivo nel corso delle visite</li> <li>- al momento della visita periodica, il medico competente misura le dimensioni del benessere psico-fisico attraverso una breve anamnesi e la valutazione della composizione corporea (rapporto massa grassa/massa magra)</li> <li>- i medici competenti collaborano con il comitato HPH di cui sono parte integrante, per la ricognizione dell'offerta aziendale riguardante sani stili di vita (evidenza di offerta dedicata agli operatori su stili di vita e gestione dello stress)</li> <li>- Pazienti: informazione sui benefici dell'astensione dal fumo in fase peri-operatoria.</li> <li>- Cittadini: promozione dell'attività fisica e sana alimentazione presso le sedi dell'assistenza ospedaliera e territoriale.</li> </ul>

### 3.8 RAPPORTO CON I CITTADINI

3.8.1 Tempi di attesa	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Rispettare i tempi d'attesa per la specialistica ambulatoriale e i ricoveri per interventi chirurgici programmati (allegato: <i>Elenco delle prestazioni oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa</i> ).	<p><u>Specialistica ambulatoriale:</u></p> <p>Assicurare il rispetto dei tempi d'attesa per le % di casi indicati</p> <p>priorità B &gt;95% priorità D &gt;90% priorità P &gt; 85%</p> <p><u>Ricoveri per interventi:</u></p>

	<p>priorità A 95%</p> <p>priorità B, C, D 90%</p>
2. Monitoraggio tempi d'attesa	L'Azienda rispetta i tempi per la trasmissione dei monitoraggi regionali e ministeriali (attività istituzionale ed ALPI).
3. Configurare le agende dell'AAS5 e delle strutture private accreditate presenti sul suo territorio per la prenotazione on line.	Le agende sono adeguate alla prenotazione on line
4. Rispettare il rapporto tra attività libero professionale e istituzionale.	Il rapporto tra i volumi erogati è costantemente monitorato in relazione al rispetto dei tempi d'attesa garantiti per l'attività istituzionale.
5. Sospensione ALPI	<p>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.</p> <p>L'Azienda sospende l'attività della libera professione nel caso di mancato rispetto dei tempi di attesa previsti dall'allegato A).</p>
6. Informatizzare e rendere disponibili a sistema CUP regionale le agende delle prestazioni ambulatoriali.	Le agende delle prestazioni ambulatoriali sono informatizzate e disponibili a sistema CUP regionale.
7. Piano Attuativo Aziendale	L'azienda adotta il Programma Attuativo Aziendale entro 60 giorni dall'adozione del Piano Regionale di Governo delle liste di attesa, in coerenza con quanto definito in ambito regionale e provvedere all'invio dello stesso alla Regione.
8. Regolamento Libera Professione	L'azienda provvede a predisporre e adeguare il regolamento aziendale sulla Libera Professione a seguito della diffusione delle linee di indirizzo per la redazione da parte della Regione.

### 3.8.2 Innovazione nella gestione delle terapie

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Favorire le innovazioni che, a parità di efficacia terapeutica, riducono il disagio dei pazienti e dei loro familiari.	Sviluppare progetti che favoriscano modalità di terapie di minor disagio per i pazienti, a parità di efficacia terapeutica.

**3.8.3 Rapporto con pazienti e familiari nelle attività di ricovero**

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Abolizione delle limitazioni non motivatamente necessarie (es. effettiva necessità di isolamento) per i caregiver indicati dai pazienti degenti presso le degenze intensive e semi-intensive.	Nei reparti di TI e TSI è consentita la presenza dei care giver durante il ricovero secondo le modalità avviate nel 2017.
Possibilità dei pazienti di avere accanto il care giver al momento della visita medica.	Nei reparti di degenza ordinaria i pazienti hanno la possibilità di avere accanto a se un care giver in corso di visita secondo le modalità introdotte nel 2017.
Verifica del grado di soddisfazione del cittadino dopo intervento chirurgico o altra tipologia di trattamento	Contatto telefonico dopo la dimissione da un intervento chirurgico o da altra tipologia di trattamento (recall)
Informazione del paziente sul medico che ha la responsabilità della gestione del suo ricovero.	I degenti vengono informati sul nominativo del medico responsabile della gestione del ricovero.

**4. IL SISTEMA INFORMATIVO**

<b>Il sistema informativo</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<u>Riorganizzazione dei servizi ICT</u> Censimento dei principali Servizi ICT a supporto della funzionalità ed organizzazione delle Aziende e redazione di un Piano di riorganizzazione	Redazione del piano di riorganizzazione
<u>Revisione sistemi</u> 1. Partecipazione ai gruppi di lavoro 2. (Gestione Risorse Umane, Gestione contabilità) Configurazione e avviamento siti	1. 90% degli incontri 2. Secondo i tempi definiti dal Piano di riorganizzazione regionale.
<u>Revisione sistemi</u> 1. Partecipazione ai gruppi di lavoro sulla Gestione della Cartella Clinica 2. Configurazione e avviamento siti	1. 90% degli incontri 2. Secondo i tempi definiti dal Piano di riorganizzazione regionale.
<u>Ricetta dematerializzata</u> Completamento della ricetta dematerializzata	Farmaceutica >90%
<u>Firma digitale</u>	- Referti ambulatoriali per interni ed esterni > 95% - Laboratorio e microbiologia >98% - Radiologia > 98% - Lettera di dimissione > 98%

	- Pronto soccorso >98%
<u>Firma digitale</u> Produzione e trasmissione <i>Patient Summary</i> da parte dei mmg/pls	Produzione e trasmissione <i>Patient Summary</i> attivato > 80% dei mmg/pls
<u>Firma digitale</u> Garantire la tracciabilità (biffatura su applicativo GECCO) sull'avvenuta presa visione dell'informativa rispetto al trattamento dei dati personali di base; la singola biffatura è valida nell'ambito dell'anagrafica degli assistiti regionale.	100% degli accessi
<u>Sicurezza informatica</u> 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 – (Regolamento UE 2016/679)	Aggiornamento documento AgID entro il 31.12.2019.
<u>Rinnovamento SIASI</u> SALUTE MENTALE Configurazione e avviamento del sistema	Secondo i tempi definiti dal Piano di riorganizzazione regionale (vedi linea 3.2.2.4 Salute mentale.)
<u>Rinnovamento SIASI</u> ASSISTENZA TERRITORIALE Predisposizione dei requisiti per capitolato tecnico	Partecipazione al gruppo di lavoro (90% delle presenze).
<u>Regolamento europeo GDPR n. 679/2016 e D.lgs. 196/2003 come modificato dal D.lgs. 101/2018.</u> Partecipazione obbligatoria del Direttore Generale/Commissario, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario al corso sul trattamento dei dati personali realizzato dalla DCS.	Partecipazione al corso
<u>Regolamento europeo GDPR n. 679/2016 e D.lgs. 196/2003 come modificato dal D.lgs. 101/2018.</u> Predisposizione delle informative per le ditte esterne in accordo all'art. 28 del GDPR 679/2016	entro 31.12.2019 il 100% delle informative sono predisposte in base al regolamento europeo GDPR 679/2016.

<b>Funzioni rivolte al sistema</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Gestione dell'attività sanitaria in ambito ospedaliero	a. estensione delle integrazioni dei sistemi clinico sanitari, quando rese disponibili da INSIEL b. Azienda garantisce la partecipazione ai gruppi regionali per normalizzare la gestione delle credenziali,

	<p>per individuare ed attivare sistemi <i>Single Sign on</i></p> <p>d. L'azienda adotterà il sistema di tele refertazione per Second Opinion in radiologia pediatrica, quando sarà reso disponibile dalla DCS (vedi linea 3.5.4 Pediatria).</p> <p>e. Implementazione della prescrizione trasfusionale informatizzata (vedi linea 3.5.6 sangue ed emocomponenti).</p>
Gestione dell'attività sanitaria in ambito di assistenza distrettuale	<p>a. Collegamento informatico presso tutte le sedi aziendali di continuità assistenziale (linea 3.2.1.1 Ob. 4)</p> <p>b. Piattaforma di connessione con la medicina generale, in base a indicazione della DCS</p> <p>c. Avviamento del nuovo sistema di iscrizione ai MMG presso tutte le aziende del SSR, quando sarà reso disponibile dalla DCS</p> <p>d. Avviamento del sistema di logistica, gestione e distribuzione degli ausili, protesi e ortesi in fase di acquisizione dall'ARCS, quando sarà reso disponibile.</p>
Gestione dell'attività sanitaria in ambito di assistenza socio sanitaria	Adozione e configurazione di un unico strumento regionale per i DSM (linea 3.2.2.4 ob. 5)
Cooperazione sociale	Collaborazione allo sviluppo di un sistema informativo per la gestione dell'Albo regionale delle cooperative sociali e consentire il monitoraggio delle attività e delle risorse nell'ambito dei servizi sociosanitari, socio assistenziali e socio educativi.
Gestione dell'attività della Odontoiatria pubblica	supporto all'avviamento della cartella clinica elettronica (linea 3.2.4)

<b>4.1 Sistema PACS</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Rinnovo del sistema PACS regionale con aggiornamento delle sue componenti tecnologiche	<p>1. - Aggiornamento delle precondizioni impiantistiche e logistiche</p> <p>- Supporto tecnico alle attività di installazione.</p>
2. 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.	2. L'AAS5 garantisce supporto tecnico e clinico nelle attività di messa a punto e collaudo dei sistemi di collegamento Spoke-Hub.
3. Collaudo presso un sito pilota della soluzione di integrazione SIO/PACS per la produzione di un referto multimediale in Radiologia, già testata in	3. L'AAS5 garantisce il supporto tecnico e clinico per le attività di collaudo e avviamento presso gli altri siti regionali secondo il programma che sarà redatto da

ambiente di prova e avvio della soluzione a livello regionale.	ARCS d'intesa con INSIEL e con il fornitore PACS.
4. Proseguimento dell'estensione sistema PACS all'intero ambito dell'endoscopia ambulatoriale (broncoscopia, cistoscopia, isteroscopia, ...) in relazione alle esigenze cliniche espresse dalle Aziende.	4. Entro marzo l'AAS5 conferma le esigenze cliniche nei vari ambiti dell'endoscopia ambulatoriale e predispone un piano di attuazione delle precondizioni tecnologiche per l'adozione dei profili di integrazione versus G2 e PACS.  Entro marzo l'AAS5 si impegna ad attivare il flusso di integrazione versus G2 e PACS almeno per uno degli ambiti clinici individuati: broncoscopia.
5. 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.	5. Entro marzo l'AAS5 presenta un documento di richiesta motivata di moduli di post elaborazione da integrare nel sistema PACS regionale.

#### 5. PROGETTUALITA' IN COLLABORAZIONE TRA AAS5 "FRIULI OCCIDENTALE" E CRO

Obiettivo	Risultato atteso
1. Attività trasfusionale nella struttura CRO	Rivalutazione/revisione dell'accordo con l'individuazione del contributo del CRO nel modello organizzativo.
2. Attività di medicina di laboratorio	Monitoraggio e aggiornamento dell'accordo approvato con delibera del direttore generale n. 158 del 11.05.2017.
3. Gestione delle urgenze onco-ematologiche nei presidi ospedalieri di AAS 5 e CRO	Monitoraggio e aggiornamento della procedura del 29.03.2018
4. Attività di chirurgia	Definizione delle attività di chirurgia oncologica nell'Area pordenonese
5. Condivisione dati clinici	Condivisione dei dati clinici ai fini dell'assistenza e della contitolarità a seguito dei processi di integrazione e condivisione di funzioni tra il CRO e l'AAS5
6. Collaborazione nell'ambito dell'alta tecnologia e delle attività trasfusionali	Attivazione di protocolli di collaborazione
7. Oncologia medica	Rivalutazione dell'organizzazione delle attività svolte presso la sede dell'AAS5.
8. Anatomia patologica	Valutazione degli assetti e funzioni attuali e ipotesi riorganizzative
9. Medicina nucleare	Si conferma la necessità che la funzione di Medicina

	nucleare rimanga in capo all'AAS5, come previsto dalla nota DCS 16562/P del 13.10.2016 poi recepita nel Protocollo d'Intesa sottoscritto da Cro e AAS5 con Decreto n. 605 del 09.11.2016.
--	---

## 8.1 FORMAZIONE

8.1 Formazione	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Accredimento di eventi FAD gestiti su piattaforma HTL.	1. Accredimento di n. 1 evento FAD entro il 30.09.2018;
2. Utilizzo della funzione "iscrizione on line" agli eventi	2. Utilizzo della funzione "iscrizione on line" per almeno 5 eventi RES entro il 30.11.2019
Formazione manageriale  Formazione specialistica tecnico-amministrativa e manageriale	Evidenza della rilevazione del fabbisogno formativo e successiva erogazione dei corsi formativi  Attivazione di corsi ad hoc istituiti sulla base delle indicazioni che saranno fornite dalla DCS.
Accreditamento	I provider si uniformano a quanto previsto dai documenti e dagli atti amministrativi regionali e provvedono alla stesura ed invio alla DCS del Piano formativo annuale entro il 30 marzo 2019, al suo eventuale aggiornamento entro 30 giorni dalla pubblicazione del PRF nonché alla redazione ed invio della relazione annuale sulle attività formative 2018 entro il 31 maggio 2019.

# Azienda sanitaria universitaria integrata di Trieste

## 3. LE PROGETTUALITÀ

### 3.1 PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

#### 3.1.1. Tutela della salute della donna

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Nell'ambito dei corsi di preparazione al parto e nei centri nascita veicolare il messaggio dell'importanza della vaccinazione infantile e dell'adozione di stili di vita sani	Evidenza della promozione delle vaccinazioni da parte delle ostetriche e delle assistenti sanitarie nei corsi di accompagnamento al parto e puerperio e nei centri nascita

#### 3.1.2. 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	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 sarà inserito nella piattaforma regionale del rischio cardiovascolare

#### 3.1.3. 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-DNA assicurando presso il laboratorio unico regionale dell'Anatomia Patologica di ASUITS tutti gli esami di HPV-DNA	- Laboratorio unico HPV-DNA e cervico-citologia di screening presso l'Anatomia Patologica di ASUITS. - Fascia di popolazione obiettivo 50-64 invitata a screening con HPV-DNA come test primario.

primari e tutte le letture dei pap-test secondari.	- HPV-DNA primari e tutte le letture dei pap-test secondari analizzati presso l'Anatomia Patologica di ASUITS
Assicurare la collaborazione per la riconversione del programma di screening cervicale, inclusi gli aspetti di comunicazione e formazione.	Operatori aziendali formati
Garantire i prelievi per HPV-DNA test di primo livello	Dotare gli ambulatori di prelievo delle dotazioni come da nota trasmessa dalla DCS
Prelievi per HPV-DNA test di primo livello: Collaborare alla realizzazione della logistica di trasporto dei campioni al laboratorio unico secondo le indicazioni della DCS	Logistica di supporto realizzata secondo indicazioni DCS
Refertazione pap-test di screening di primo livello: Garantire la tempestiva lettura dei pap-test primari fino a transizione di programma avvenuta	Lecture dei pap-test primari presso le sedi di attuale competenza fino a transizione del programma ultimata (>80% dei pap test refertati entro 21 giorni dalla data di prelievo) L'area isontina farà già riferimento ad ASUITS nel corso del 2019.
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
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 $\leq 1,5\%$ - Formale individuazione, con trasmissione alla DCS entro 30 giorni dall'approvazione definitiva delle presenti linee, di un referente amministrativo in ogni distretto - Report alla DCS entro il 31.12.2019 con le azioni intraprese ai fini del contenimento del fenomeno
Continuare a garantire le sedi per l'erogazione dello screening mammografico accertando la permanenza dei requisiti per l'installazione dell'unità mobile e garantendo l'accessibilità da parte delle persone (barriere architettoniche, igiene dei locali, rispetto della privacy, decoro...)	- Requisiti check-list DCS rispettati - Collaborazione negli eventuali sopralluoghi di controllo
Unità senologica: Garantire che i radiologi certificati svolgano sia la lettura del test mammografico di screening sia la gestione del percorso di approfondimento diagnostico dei casi richiamati	Lettura del primo livello e gestione del percorso di approfondimento diagnostico da parte di radiologi certificati
Unità senologica: Garantire la tempestiva e corretta chiusura dell'esito	- Tempi di attesa per approfondimenti di secondo livello $< 0 = 20$ gg da esito positivo della

dei casi di secondo livello dello screening mammografico nel G2 clinico, ridurre i richiami intermedi (earlyrecall) dopo approfondimento	<p>mammografia di primo livello</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Percentuale di casi di secondo livello chiusi correttamente <math>\geq 95\%</math></li> <li>- Tempo di attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella <math>\leq 30</math> gg</li> <li>- Percentuale di early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso"/totale dei casi chiusi dall'unità senologica inferiore al 10%</li> </ul>
<p>Endoscopia:</p> <p>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</p> <p>Garantire l'offerta della colonscopia di approfondimento di secondo livello entro 30 giorni dalla positività del FOBT di screening</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Percentuale di cartelle correttamente compilate <math>\geq 95\%</math></li> <li>- Mantenimento dei tempi di attesa per la colonscopia di screening entro 30 giorni dalla data del FOBT positivo rispetto al secondo semestre 2018 (<math>\geq 95\%</math> di offerta di colonscopia di screening entro 30 giorni)</li> </ul>

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Collaborano e sostenere 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 90% delle scuole dovranno esser raggiunte dalla proposta di aderire alla rete Scuole che promuovono salute (SHE).
<p>Sviluppare progettualità di peereducation nelle scuole della regione.</p> <p>Continuare la diffusione e implementazione dei progetti riconducibili alle buone pratiche, quali modello What's up, Unplugged, peereducation ecc.</p>	<p>Adesione alla progettazione di almeno 16 scuole.</p> <p>Le progettualità saranno inserite nella banca dati PROSA</p>

### 3.1.6. Dipendenze

Per la parte riguardante gli obiettivi relativi (Gioco Azzardo Patologico) vedere il capitolo 3.3.2.10.

### 3.1.7. Promozione dell'attività fisica (Programma V PRP)

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Sviluppo di progetti di attività fisica rivolti alla popolazione adulta	<p>Report su quanto realizzato.</p> <p>Le progettualità saranno inserite in banca dati</p>

	PROSA
Diffusione delle opportunità di attività fisica presenti sul territorio attraverso il sito regionale (invecchiamentoattivo.fvg)	Presenza, sul sito invecchiamentoattivo.fvg, delle attività realizzate in collaborazione con le associazioni

### 3.1.8. Prevenzione degli incidenti stradali (Programma VI PRP)

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Prevenzione degli incidenti stradali	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Continua la collaborazione, mediante iniziative di formazione (progetto regionale Sicuramente), di comunicazione e informazione alla popolazione e amministratori, il consolidamento, coerentemente con il Piano regionale della Prevenzione della rete territoriale, di interventi e iniziative finalizzati alla prevenzione degli incidenti stradali.</li> <li>- Il Dipartimento delle dipendenze in particolare proseguirà l'attività preventiva del progetto "Overnight" nei luoghi del divertimento notturno giovanile, per contrastare i rischi diretti ed indiretti legati all'assunzione di sostanze psicoattive.</li> </ul>

### 3.1.9. Prevenzione degli incidenti domestici (Programma VII PRP)

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Prevenzione degli incidenti domestici	<p>ASUITS si impegna a diffondere nel territorio di propria competenza (scuole, associazioni, enti, ecc.) il report delle attività svolte negli anni scorsi che la DCS elaborerà e diffonderà in modo dettagliato.</p> <p>ASUITS invierà alla DCS il report sull'attività svolta.</p>

### 3.1.10. 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
<p>Partecipare alle fasi V e VI del progetto "Prodotti Finiti FVG" che prevedono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- V fase: la definizione di un modello di scheda per la valorizzazione (pesatura) dei prodotti finiti;</li> <li>- VI fase: la stima delle risorse impiegate per ogni prodotto finito</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Predisposizione di un modello di scheda di valorizzazione condivisa a livello regionale</li> <li>- Almeno il 90% dei questionari inviati dal gruppo di progetto dovranno essere correttamente compilati dagli operatori del dipartimento di prevenzione intervistati</li> </ul>

SIAN/VET Partecipare alla formazione degli auditor e al programma di mantenimento della qualifica	- Mantenimento della qualifica di 7 auditor ufficiali
SPSAL Partecipare attivamente al programma regionale di audit, scegliendo il comparto di interesse a seconda della specificità territoriale.	Partecipazione al programma di audit regionale nell'ambito dell'attività portuale, di specifico interesse territoriale, con avvio della fase realizzativa

### 3.1.11. 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	L'attività verrà svolta sulla base dei parametri indicati dalla DCS, rispondenti alle indicazioni nazionali: <ul style="list-style-type: none"> <li>- 439 aziende vigilate, sulla base delle indicazioni della DCS (5%, obiettivo LEA).</li> <li>- Edilizia: attività di vigilanza svolta in 164 cantieri.</li> <li>- Agricoltura: attività di vigilanza svolta in 4 aziende agricole</li> </ul>

### 3.1.12. 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.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Report sui lavoratori a rischio cardiovascolare globale</li> <li>- Offerta di percorsi per smettere di fumare</li> </ul>
Realizzare interventi di immunizzazione degli operatori sanitari per la prevenzione e il controllo delle infezioni prevenibili da vaccino.  Adottare e applicare le nuove LLGG regionali sulla tubercolosi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Il controllo dell'immunizzazione e vaccinazione per malattie prevenibili con vaccino (morbillo, -parotite, -rosolia, -varicella, pertosse, influenza) è inserito nei protocolli di sorveglianza sanitaria di tutti gli operatori sanitari, compresi lavoratori atipici e del servizio civile, operanti all'interno di strutture aziendali,</li> <li>- LLGG regionali sulla tubercolosi applicate</li> </ul>

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Studi di sorveglianza OKKIO alla Salute e HBSC	Collaborazione agli studi di sorveglianza ed alla restituzione dei risultati emersi
Studi di sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento	Collaborazione nel dare continuità agli studi di sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento

**3.1.14. 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 e della "Cabina di Regia" di cui al Decreto in° 695/SPS del 19.05.2017.	Partecipazione al "Gruppo Tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali "e alla "Cabina di Regia".
Sorveglianza delle acque potabili. Mappatura dei pozzi privati utilizzati nell'ambito delle imprese alimentari.	Attività non prevista in quanto nella provincia di Trieste non risultano essere presenti pozzi utilizzati allo scopo.
Ogni azienda sanitaria provvede alla nomina di nuovi ispettori Reach/CLP tra il personale che ha partecipato al percorso di formazione/addestramento.	Prosecuzione dell'attività di formazione per futuri ispettori REACH (almeno 2 ispettori operativi tra ASUITs e AAS2)
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,	1 controllo (almeno 3 controlli complessivi tra l'ASUITs e l'AAS2)

**3.1.15. Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive, inclusa la resistenza antimicrobica (Programma XIII PRP 2018-2019) e piano nazionale di contrasto alle resistenze antimicrobiche 2017-2020 (PNCAR)**

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Realizzare interventi di immunizzazione dei volontari ospedalieri per la prevenzione e il controllo delle infezioni prevenibili da vaccino	E' adottato e applicato un protocollo vaccinale per i volontari ospedalieri per il controllo dell'immunizzazione e la vaccinazione per malattie prevenibili con vaccino (morbillo, -parotite, -rosolia, -varicella, pertosse, influenza) comprendente altresì misure per il controllo e la prevenzione della tubercolosi secondo Linee guida regionali.

Garantire l'offerta attiva e gratuita delle vaccinazioni assicurando il proseguimento delle campagne vaccinali già avviate e quelle di nuova introduzione (in particolare l'herpes zoster negli anziani)	Miglioramento delle coperture vaccinali dell'infanzia e dell'adolescenza: - esavalente - MMR ( 1 <sup>a</sup> e 2 <sup>a</sup> dose) - Offerta attiva della vaccinazione anti herpes zoster nei 65enni con l'obiettivo di copertura del 35%
Attivare la campagna di vaccino-profilassi rivolta ai pazienti adulti ematologici, in particolare con asplenia funzionale o chirurgica, neoplasie ematologiche, malattie mieloproliferative croniche/ mielodisplasie, malattie linfoproliferative, trapianto di cellule staminali ematopoietiche.	Vaccino-profilassi verso pneumococco, meningococco, emofilo, influenza secondo le Linee Guida della Regione FVG specificamente disegnate per il paziente ematologico.
Veterinari implementazione regionale del Sistema Informativo Nazionale della Farmacosorveglianza Ricetta Veterinaria Elettronica (SINF-RE) (entro il 2019): - autorizzazione detenzione scorta - formazione interna per l'utilizzo dell'applicativo SINF-RE - anagrafe ministeriale centralizzata delle strutture PET	Autorizzazione tramite SINF-RE di almeno il 90% delle autorizzazione alla detenzione scorta già autorizzate in cartaceo, autorizzazione tramite SINF-RE di tutte le nuove autorizzazione detenzione scorta, cura a cascata della formazione interna al fine di adottare l'applicativo SINF-RE, inserimento ed aggiornamento nel SINF-RE delle anagrafiche delle strutture veterinarie e strutture di detenzione. L'eventuale implementazione delle colonie feline (funzione attualmente non attiva) qualora tecnicamente possibile sarà subordinata al censimento aggiornato da parte dei Comuni, cui compete ex Legge Reg. 20/2012.
ASUITS (presidio Cattinara Maggiore) partecipano ai programmi di sorveglianza delle ICA, con evidenza di monitoraggio degli indicatori regionali.	Indicatori regionali monitorati

### 3.1.16. Comunicazione del rischio e gestione delle emergenze

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Applicare il protocollo regionale sull'assistenza sanitaria alle persone migranti ed inviare i dati di attività	Report mensile
Garantire la formazione dei propri operatori sull'antimicrobial stewardship	Almeno il 25% di medici prescrittori formati
Diffondere a tutti gli operatori sanitari la reportistica regionale sulle resistenze batteriche	Report inviato in formato elettronico a tutti gli operatori sanitari coinvolti in prescrizione e somministrazione di farmaci

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Garantire la partecipazione degli operatori dedicati al percorso formativo programmato a livello regionale sull'allattamento al seno	80% operatori dedicati formati in ogni Azienda
Mantenere ed ottimizzare il sistema di rilevazione sull'allattamento al seno alla dimissione e alla seconda vaccinazione	100% schede inserite nel sistema di rilevazione regionale entro un mese dalla dimissione e dalla seconda vaccinazione
Monitorare le gare di appalto di PA e Enti già mappate nel 2016 e fornire il proprio contributo nelle gare d'appalto in corso nel 2019 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	ASUITS contribuisce al 10% delle gare d'appalto di PA e Enti in corso nel 2019
Prosegue l'attività di verifica della presenza/offerta di sale iodato negli esercizi di vendita e nella ristorazione collettiva (Item inserito nella programmazione del Controllo Ufficiale).	Verifica, nel 70% dei controlli svolti sugli esercizi di vendita e nella ristorazione collettiva, della presenza/offerta di sale iodato

### 3.1.18. Sicurezza alimentare, salute e benessere animale

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Garantire la partecipazione degli operatori al percorso formativo programmato a livello regionale sui MOCA. Redigere una procedura condivisa per l'attività di controllo ufficiale	Partecipazione del 70% degli operatori SIAN al percorso formativo che verrà programmato a livello regionale sui MOCA. Partecipazione di almeno un referente SIAN al percorso di redazione della procedura condivisa regionale.
Ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi contenuti nel Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare e nutrizionale 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 2018	Interventi relativi alle attività di ispezione, audit, campionamento e classificazione: SCIAN - n. 350 interventi ispettivi - n. 200 valutazioni del rischio - il n. 6 audit per settore programmati per il 2019 - 100% di campioni ufficiali di alimenti programmati - n. 8 dei controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN VET - n. 230 interventi ispettivi su imprese alimentari registrate e riconosciute programmati per il 2019;

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- il n. 3 audit su imprese alimentari riconosciute programmati per il 2019 ;</li> <li>- effettuare il 100% di campionamenti su matrici alimentari e 33 valutazioni del rischio su imprese alimentari registrate programmate di cui 16 congiunti con la SIAN</li> <li>- n. 8 controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni .</li> </ul>
Effettuare i controlli sulla condizionalità come da convenzione con il MIPAAF/AGEA	<p>15 controlli.</p> <p>Il numero potrà variare in seguito al rilascio da parte dell'AGEA dell'elenco delle Aziende che hanno richiesto i contributi nell'ambito del sistema delle condizionalità per l'anno 2019 (luglio 2019)</p>
Rafforzare gli interventi del Progetto Piccole Produzioni Locali in accordo con la Direzione centrale agricoltura	<p>Sarà garantita l'informazione capillare e la formazione sul territorio, informando le Aziende del Settore Alimentare della conclusione del Progetto e delle possibili evoluzioni delle PPL. Verrà prodotta una relazione finale dettagliata di verifica Aziendale riportante il numero di PPL registrate ed il numero di ispezioni, un'analisi critica con punti di forza e debolezza del Progetto rilevate sul territorio. La relazione dovrà altresì riportare il dettaglio delle attività eseguite su:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- carni suine e avicunicole</li> <li>- carni di specie diverse</li> <li>- prodotti lattiero caseari di malga</li> <li>- vegetali, confetture, conserve, prodotti da forno, erbe aromatiche, prodotti dell'alveare, vegetali fermentati, lumache, ecc...</li> </ul>
Potenziare la funzionalità del sistema informativo SICER per l'Area dell'Igiene e Sicurezza Alimentare degli Alimenti di origine animale (Area B) e SIAN	Adozione del sistema informatico SICER al 31 dicembre 2019, in funzione della disponibilità dello stesso
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	<p>Verranno controllati gli allevamenti della coorte individuati dal Piano regionale, al fine di richiedere lo status di Regione indenne.</p> <p>Il piano dei controlli per l'anno 2019 relativo alla Malattia di Aujeszky sarà emanato dalla Regione dopo la valutazione da parte della Commissione Europea dell'attività svolta nell'anno 2018</p>
Attuazione dei controlli sul benessere animale negli allevamenti e durante il trasporto secondo le linee guida operative dettate dalla Task Force benessere	N. 8 controlli in allevamento e 5 controlli su strada relativi al rispetto del benessere animale richiesti dal

animale, istituita con Decreto 659/SPS del 20/08/2015	PRISAN 2019.
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'ASUITs sono previsti 3 controlli.
Applicazione del PRP sull'Igiene Urbana Veterinaria.	Effettuazione del 100% dei controlli sulle strutture di ricovero e custodia sia convenzionate che non convenzionate. Saranno controllate le strutture convenzionate o non convenzionate registrate ai sensi del D.Pr. Reg. 241Pres./17

### 3.2. ASSISTENZA DISTRETTUALE E ASSISTENZA SOCIOSANITARIA

#### 3.2.1 ASSISTENZA DISTRETTUALE

3.2.1.1 Assistenza primaria	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Verifica del livello di raggiungimento degli obiettivi definiti negli AAIRR	1. Rispetto della tempistica prevista negli AAIRR e rendicontazione relativa alla DCS
2. Ricognizione dello stato di attuazione dei CAP e dei Presidi ospedalieri per la salute a livello regionale e delle prospettive di orientamento dei servizi finalizzate al miglioramento della presa in carico della cronicità	2. Mappatura organizzativa e di funzionamento dei CAP aziendali e dei Presidi ospedalieri per la salute (nr. e tipologia del personale dipendente e convenzionato dedicato, orari di apertura, descrizione delle attività svolte e relativi volumi, dotazioni strumentali) e obiettivi raggiunti in termini di follow up o presa in carico delle persone affette da patologie croniche. Invio di un report al 31.12.2018 entro il <b>30.06.2019</b> .
3. Coordinamento a livello regionale delle attività degli uffici aziendali deputati alla gestione dei rapporti con i professionisti convenzionati	3. Invio entro il <b>30.04.2019</b> di un report annuale al 31.12.2018 sullo stato di attuazione degli Accordi integrativi regionali, secondo un format condiviso con i Servizi aziendali e inviato dalla DCS; invio di analogo report semestrale, entro il 31.07.2019
4. Informatizzazione di tutte le sedi aziendali di continuità assistenziale per permettere a tutti i MCA la registrazione informatica delle prestazioni erogate e delle informazioni sanitarie a garanzia della continuità delle cure sull'apposito applicativo messo a disposizione da INSIEL	4. ASUITs: Tutte le sedi di continuità assistenziale sono dotate di postazioni informatiche già attivate

**3.2.1.2 Attività distrettuali a supporto delle cure di lungo termine**

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>1. Partecipazione dei referenti aziendali al gruppo tecnico che supporta la definizione e l'implementazione delle politiche, strategie e attività nell'area della cronicità in tutte le classi di età</p> <p>2. Istituzione di un gruppo aziendale dedicato all'implementazione di reti assistenziali per la presa in carico di persone di tutte le età che necessitano di cure a lungo termine</p>	<p>1. Evidenza della partecipazione</p> <p>2. Report che riporta il censimento dei servizi/attività/PDTA/reti esistenti al 31.12.2018 in relazione al Piano nazionale della cronicità, entro il 30.06.2019</p>

**3.2.1.2.1 Diabete mellito**

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>1. Miglioramento della Gestione integrata del diabete in coerenza con DGR 1676/2015</p>	<p>1.a. Organizzazione di una giornata di formazione per MMG dedicata alla Gestione integrata della malattia diabetica, puntualizzando gli obiettivi da perseguire , gli esami di follow up da eseguire, la prescrizione dell'autocontrollo e delle strisce reattive.</p> <p>1.b. Organizzazione di audit clinico in ambito distrettuale, al fine di valutare le performance individuali e di gruppo e gli scostamenti dai valori definiti dalle linee guida di riferimento.</p>
<p>2. Partecipazione dei professionisti aziendali identificati ai fini della creazione della Rete diabetologica regionale con coordinamento unico regionale, al fine di armonizzare l'offerta diabetologica su tutto il territorio regionale</p>	<p>2. Mappatura dell'offerta diabetologica aziendale con evidenza delle criticità.</p> <p>Invio del report entro ottobre 2019.</p>
<p>3. Partecipazione dei professionisti aziendali identificati ai fini della creazione e formalizzazione della Rete regionale per il piede diabetico.</p>	<p>3. Mappatura dell'offerta diabetologica aziendale integrata con quella dell'Area Isontina dedicata al piede diabetico con evidenza delle criticità.</p> <p>Invio del report entro ottobre 2019.</p>
<p>4. Partecipazione dei professionisti aziendali identificati ai fini della creazione della Rete diabetologica pediatrica regionale con coordinamento unico regionale, al fine di armonizzare l'offerta su tutto il territorio regionale.</p>	<p>4. ASUITS collaborerà con L'IRCCS Burlo Garofolo.</p> <p>In particolare ASUITS collaborerà con la SS Endocrinologia e Diabetologia dell'IRCCS Burlo per la mappatura relativa alla transizione del giovane con diabete dalla Struttura diabetologica pediatrica del Burlo alla diabetologia Aziendale.</p>
<p>5. Applicazione del documento revisionato dal tavolo</p>	<p>5.a Organizzazione e partecipazione dei</p>

tecnico regionale Programma di educazione terapeutica rivolto al soggetto diabetico in particolare per l'organizzazione dei campi residenziali	professionisti aziendali, per l'anno 2019, dei campi residenziali in collaborazione con l'associazione di volontariato Nuova Assodiabetici Trieste ed in linea con quanto previsto dal documento revisionato dal tavolo tecnico regionale 5.b Invio del report relativo entro ottobre 2019.
--	--

### 3.2.1.2.2 Scopenso cardiaco

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Creazione di una rete aziendale per la presa in carico e la gestione dello scopenso cardiaco	1. ASUITS darà evidenza dei servizi e dei percorsi relativi alla presa in carico e alla gestione dei soggetti con SC in tutti i setting di cura (domicilio – assistenza primaria – assistenza distrettuale – ospedale per acuti)

### 3.2.1.2.3 BPCO

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Partecipazione dei referenti aziendali al gruppo tecnico per la condivisione e l'eventuale revisione del documento regionale propedeutico all'attivazione di una rete aziendale per la presa in carico e la gestione della BPCO coerente con i contenuti del documento stesso 2. Creazione di una rete aziendale per la presa in carico e la gestione della BPCO	1. Evidenza della partecipazione 2. ASUITS darà evidenza dei servizi e dei percorsi relativi alla presa in carico e alla gestione della BPCO in tutti i setting di cura (domicilio – assistenza primaria – assistenza distrettuale – ospedale per acuti)

### 3.2.1.2.4 Sindromi dementigene

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Sindromi dementigene	Nel 2019 ASUITS parteciperà a un tavolo di lavoro finalizzato all'attuazione del " <i>Piano nazionale demenze - Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze</i> " (accordo n. 135 del 30 ottobre 2014), secondo le indicazioni e i programmi che verranno definiti dalla DCS.

**3.2.1.3 Riabilitazione**

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Individuazione professionisti delle AAS, ASUI e IRCSS per l'avvio dei lavori sul Piano Regionale della Riabilitazione.	1. Messa a disposizione e partecipazione dei professionisti individuati al gruppo di lavoro sul Piano Regionale della Riabilitazione.
2. Monitoraggio attività dei gruppi integrati neuromuscolari (GIN)	2. ASUITS: Predisposizione di reportistica sulle attività dei gruppi integrati neuromuscolari (GIN) entro dicembre 2019
3. Organizzazione evento formativo sul PDTA per la sclerosi multipla	3. Messa a disposizione dei professionisti per l'evento formativo sul PDTA per la sclerosi multipla
4. Approvazione PDTA Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) e avvio dei lavori di monitoraggio del PDTA	4. ASUITS: PDTA SLA e monitoraggio entro dicembre 2019
5. Individuazione professionisti delle AAS, ASUI e IRCSS per l'avvio dei lavori sul PDTA riabilitazione oncologica	5. Messa a disposizione dei professionisti e partecipazione dei professionisti individuati al gruppo di lavoro sul PDTA riabilitazione oncologica

**3.2.1.4 Assistenza Protesica**

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Continuazione dei lavori per la revisione dei percorsi di assistenza protesica e per la formazione dei professionisti sanitari	1. Attuazione delle nuove procedure di erogazione dell'assistenza protesica e attivazione dei percorsi semplificati stabiliti da nuove linee di indirizzo regionali

**3.2.1.5 Superamento della contenzione**

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Dare attuazione alla DGR n. 1904/2016	1. Invio di un report di monitoraggio al 31.12.2019 del fenomeno della contenzione in tutte le strutture sanitarie, socio-sanitarie e assistenziali secondo quanto disposto nella DGR 1904/2016

**3.2.2 ASSISTENZA SOCIOSANITARIA****3.2.2.1 Anziani non autosufficienza**

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Anziani non autosufficienza	- ogni azienda sanitaria nella stipula degli accordi con il privato accreditato dovrà prevedere nel rispettivo budget annuale e/o pluriennale il volume dei ricoveri per livello assistenziale ed in relazione al proprio

	<p>fabbisogno.</p> <p>- le aziende sanitarie in sede di UVD determinano la tipologia di ricovero e la conseguente durata della degenza ai sensi della DGR 2151/2015 nonché di valutare con attenzione la necessità di prolungare per motivi clinici sanitari la durata del ricovero oltre i valori soglia ad oggi previsti di 30 o 40 gg.</p>
--	---

#### 3.2.2.1.1 Processo di riclassificazione delle strutture residenziali per anziani già funzionanti

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Riclassificazione delle strutture residenziali per anziani già funzionanti	ASUITS continuerà 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.

#### 3.2.2.1.2 Sistema di VMD Val.Graf.-FVG e procedure di accesso nelle residenze per anziani convenzionate

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
VMD Val.Graf.-FVG	Al fine di garantire maggior equità e ridurre i margini di discrezionalità di trattamento per gli accessi ai posti letto convenzionati in strutture residenziali per anziani, ASUITS definirà, sulla base degli indirizzi che verranno forniti dalla Regione e nel rispetto delle specificità presenti a livello locale, procedure uniformi e condivise a livello territoriale per l'ingresso nelle strutture residenziali convenzionate.

#### 3.2.2.1.3 Sistema di finanziamento

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Sistema di finanziamento	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Per l'anno 2019, tutte le Aziende continuano a riconoscere i suddetti finanziamenti nella misura prevista dalle vigenti disposizioni regionali.</li> <li>2. Le Aziende, inoltre, concludono il percorso avviato nel 2018 per l'assegnazione dei posti letto convenzionabili aggiuntivi, attribuiti a ciascuna</li> </ol>

	Azienda con DGR n. 1828 del 05/10/2018, secondo le procedure e modalità ivi indicate.
--	---

#### 3.2.2.1.4 Monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani	<p>ASUITS proseguirà nelle attività di verifica e approfondimento dei percorsi avviati negli anni precedenti e realizzerà almeno due visite di audit approfondite.</p> <p>Provvederà inoltre a redigere e trasmettere alla Direzione Centrale competente entro il primo semestre del 2019, una relazione illustrativa delle attività di monitoraggio e promozione della qualità svolte nell'anno precedente.</p>

#### 3.2.2.1.5 Flussi e sistemi informativi

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Flussi e sistemi informativi	<p>ASUITS si impegna a monitorare, verificare ed eventualmente sollecitare l'utilizzo sistematico dello strumento di VMD Val.Graf.-FVG e dei sistemi informativi e-GENeSys e SIRA-FVG. Per l'anno 2019, ASUITS provvederà inoltre ad assolvere i debiti informativi verso la Regione sulla base delle richieste e indicazioni fornite dalla Regione stessa.</p>

#### 3.2.2.1.6 Sperimentazioni "Abitare possibile" e "Domiciliarità innovativa"

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Sperimentazioni "Abitare possibile" e "Domiciliarità innovativa"	<p>Tutte le Aziende sostengono e incentivano lo sviluppo delle sperimentazioni "Abitare possibile" e "Domiciliarità innovativa" di cui alla DGR 671/2015 e DGR 2089/2017, attivate nel proprio territorio aziendale.</p>

#### 3.2.2.1.7 Sperimentazione screening popolazione anziana fragile e servizio telesoccorso

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Adozione del regolamento regionale relativo all'attivazione e gestione del servizio di presa in carico di tele assistenza domiciliare "sicuri a casa"	<p>1. Il regolamento è adottato da ASUITS con atto formale entro il 31.12.2019</p> <p>2. I distretti ASUITS individuati nel 2018 proseguono</p>

2. Sperimentazione Progetto PRISMA 7	le attività previste dal protocollo in uso
3. Estensione del progetto PRISMA 7 a tutte le AAS e ASUI della regione	3. Evidenza della rilevazione sugli abitanti >75 dei distretti ASUITS

### 3.2.2.2 Disabilità

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Valutazione degli utenti dei servizi residenziali e semiresidenziali	1. ASUITS provvederà alla valutazione di almeno il 70% dell'utenza dei servizi residenziali e semiresidenziali in carico (tenendo conto anche delle valutazioni già effettuate negli anni precedenti)

#### 3.2.2.2.1 Fondo gravissimi

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Fondo gravissimi	In base al regolamento emanato con DPR 247/2009, ASUITS, in collaborazione con gli Ambiti distrettuali, provvederà alle attività di accertamento e segnalazione dei casi di gravissima disabilità fornendo alla Direzione Centrale tutta la documentazione necessaria alla valutazione selettiva.

#### 3.2.2.2.2 Fondo SLA

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Fondo SLA	ASUITS provvederà 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, coordinando tali attività con quelle previste dalla DGR 817/2017

#### 3.2.2.2.3 Vigilanza servizi semiresidenziali e residenziali sociosanitari destinati a persone con disabilità

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Servizi semiresidenziali e residenziali sociosanitari	ASUITS provvederà alla verifica e controllo della documentazione nelle fasi di revisione del sistema di regolamentazione dei servizi residenziali e

	semiresidenziali destinati all'accoglimento delle persone con disabilità. L'obiettivo è di verifica dei requisiti di almeno il 30% delle strutture.
--	---

**3.2.2.2.4 Dopo di noi**

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Dopo di noi	ASUITS partecipa al Comitato Tecnico dell'Accordo di Programma con il Comune di Trieste e gli ambiti con personale di ASUITs per collaborare e condividere i percorsi avviati o da avviare per l'attuazione dei progetti dell'abitare inclusivo, presenti già nei PdZ.

**3.2.2.2.5 Autismo**

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Partecipazione dei referenti aziendali al Tavolo tecnico sull'autismo	1. ASUITS darà evidenza della partecipazione

**3.2.2.1 Minori**

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Supporto al processo di riclassificazione delle strutture residenziali e semiresidenziali;</li> <li>2. Partecipare/collaborare al processo di presa in carico integrata dei minori accolti in strutture residenziali e semiresidenziali</li> <li>3. Ridurre il numero dei minori inviati fuori regione</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Attuazione delle procedure previste per la riclassificazione delle strutture residenziali e semiresidenziali per minori;</li> <li>2. Partecipazione alle equipe integrate per la valutazione dei minori accolti in strutture residenziali e semiresidenziali, in stretto raccordo con i Servizi sociali dei Comuni del proprio territorio</li> <li>3. Evidenza della riduzione del numero di invii fuori regione</li> </ol>

**3.2.2.4 Salute mentale**

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Miglioramento dell'integrazione tra cure primarie e specialistiche con particolare riferimento alla presa in carico dei disturbi mentali comuni	1. Evidenza di percorsi integrati tra cure primarie e DSM e di interventi formativi
2. Definizione di un percorso aziendale congiunto (NPIA, DSM, PLS e MMG) per la definizione della fase di transizione delle cure dai servizi per l'età evolutiva ai servizi per l'età adulta	2. Invio in Direzione entro il 31.12.2019 del percorso aziendale congiunto NPIA, DSM, PLS e MMG) per la definizione della fase di transizione delle cure

3. Utilizzo dello strumento >BIS nell'ambito di programmi terapeutico riabilitativi per l'età evolutiva	3. Invio in Direzione entro il 31.12.2019 di un report con l'evidenza di programmi attivati presso ogni NPIA e/o Distretto
4. Miglioramento e valutazione dell'impiego della metodologia del BIS nei DSM (età adulta), nell'ambito del Capolavoro unico Regionale per la cogestione e coprogettazione di BIS con gli Enti del Terzo Settore	4. Partecipazione ai Tavoli Tecnici Regionali e all'attività formativa prevista, degli operatori già individuati dai DSM, avvio attività di valutazione degli esiti con individuazione del profilo di salute dei beneficiari dei PTRI con BIS,
5. Condivisione tra i diversi DSM regionali delle attività relative al percorso terapeutico e riabilitativo delle persone in contatto con i Servizi, in una prospettiva di massima personalizzazione degli interventi e sviluppo di empowerment da parte dei destinatari degli stessi	5. Adozione dello strumento unico regionale a supporto del percorso terapeutico abilitativo personalizzato (di prossima informatizzazione).

### 3.2.2.5 Disturbi del comportamento alimentare

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Operatività dei Centri Diurni presso ASUITS/Burlo/AAS2 (previo Accordo), ASUIUD, AAS5	1. Operatività dei Centri Diurni DCA presso ogni Azienda (invio alla DC di un report con identificazione del referente, individuazione dell'equipe funzionale ed evidenza di volumi di attività per adulti e minori
2. Operatività dell'Osservatorio epidemiologico	2. Reportistica inviata in DC da parte dell'IRCCS Burlo Garofolo per i minori e di ASUIUD per gli adulti: in ogni SSTSBA ASUITS viene individuato un referente DCA <18 anni che terrà un data base con l'evidenza delle informazioni da inviare al Burlo per il monitoraggio

### 3.2.2.6 Cure palliative e terapia del dolore

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Consolidamento dell'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 (Medici dei servizi di Continuità assistenziale e al 118)	1. Assistenza garantita h 24 7 giorni su 7 (con pronta disponibilità notturna) con evidenza dell'organizzazione e dell'attività svolta mediante relazione semestrale da inviare alla DCS entro luglio 2019 e gennaio 2020
2. Revisione dei criteri di accesso alla rete delle cure palliative da parte di un gruppo tecnico regionale	2. Partecipazione al gruppo tecnico regionale degli esperti aziendali identificati dalle singole Aziende e approvazione dei criteri entro il primo semestre del

	2019 e successiva applicazione
3. Monitoraggio della registrazione degli accessi di assistenza domiciliare per cure palliative nel sistema informativo con codifica ICD9	3. Redazione di report semestrale da inviare alla DCS entro luglio 2019 e gennaio 2020
4. Miglioramento delle modalità di presa in carico del paziente in cure palliative, in coerenza con le indicazioni della DGR 165/2016. Costituzione di un gruppo tecnico di lavoro a livello regionale	4. Partecipazione al gruppo regionale dei professionisti aziendali che si occupano di cure palliative con l'obiettivo di definire un sistema informativo omogeneo per la registrazione e rilevazione dei dati
5. Percentuale di malati oncologici deceduti a domicilio	5. Uguale o superiore al 75%
6. Criteri di priorità della visita algologica	6. Sono adottati criteri di priorità della prima visita algologica, garantendone la fruibilità agli utenti tramite link al CUP centralizzato Regionale
7. Adottare le codifiche ambulatoriali e di ricovero di terapia antalgica definite nel corso del 2018	7. Sono adottate le codifiche di terapia antalgica ambulatoriali e di ricovero definite nel 2018 entro il primo semestre 2019
8. Rispetto dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni di terapia del dolore	8. ASUITS garantisce il rispetto dei tempi di attesa per prima visita algologica ambulatoriale con priorità B e D in almeno il 75% dei casi, a partire dal secondo semestre 2019
9. Attivazione della reperibilità algologica h 24 – 7 giorni su 7 o di analogo modello organizzativo centralizzato su base regionale nelle ASUI e AAS sedi di centro Hub	9. Viene implementata la reperibilità algologica h 24 - 7 giorni su 7 per i centri Hub o con modello organizzativo centralizzato su base regionale

### 3.2.2.7 Consulteri familiari

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Implementazione del percorso gravidanza fisiologica a gestione ostetrica	1. Evidenza dell'attivazione del percorso
2. Implementazione dell'offerta della visita domiciliare ostetrica in puerperio in tutte le Aziende, anche al di fuori di situazioni di fragilità	2. Report con n. tot. visite domiciliari in puerperio/parti (specificando il nr. delle visite in situazioni di fragilità)
3. Promozione del tema della donazione del cordone ombelicale e del ruolo delle vaccinazioni infantili nell'ambito dei corsi di accompagnamento alla nascita	3. Evidenza di materiale che attesti la presentazione dei temi (locandine corsi, etc..)
4. Implementazione di percorsi aziendali per la donna in età post fertile	4. Evidenza documentale del percorso aziendale
5. Analisi di approfondimento delle gravidanze in età precoce e i neonati esposti	5. Definizione di protocolli aziendali di accompagnamento e dimissioni per le gravidanze in

	età precoce e i neonati esposti
--	---------------------------------

<b>Adozioni</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Partecipazione al Tavolo regionale per l'adozione nazionale e internazionale	1. Evidenza di partecipazione dei referenti aziendali
2. Implementazione, in tutte le Aziende, dell'offerta di informazione e formazione in collaborazione con gli Enti Autorizzati EE.AA., la Scuola e il Tribunale per i Minorenni	2. Evidenza di attivazione attraverso report con dati relativi all'anno 2019
3. Analisi e implementazione dei processi di monitoraggio e valutazione dei percorsi adottivi di maggiore criticità	3. Evidenza dei processi di monitoraggio e valutazione attraverso report e dati relativi all'anno 2019
4. Analisi della casistica di fallimento adottivo	4. Report sulla tematica dei fallimenti adottivi esito del percorso aziendale e regionale

<b>3.2.2.8 Sanità penitenziaria</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Realizzazione di eventi formativi congiunti tra personale sanitario e penitenziario finalizzati al miglioramento della comunicazione su obiettivi comuni, portando l'attenzione sulla gestione dei detenuti con bisogni sanitari complessi.	Almeno n. 1 evento aziendale di formazione congiunta realizzato al 31.12.2019 (indicazione del personale formato e verifica della soddisfazione dei partecipanti).
Sviluppo della telemedicina in carcere	Almeno n. 1 progettualità di telemedicina innovativa sviluppata a favore dei detenuti (descrizione del progetto e indicazione degli interventi effettuati al 31.12.2019).
Miglioramento della 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.	Intervento organizzativo individuato per la presa in carico dei detenuti con bisogni complessi (descrizione dell'intervento e rilevazione dei casi presi in carico al 31.12.2019).

<b>3.2.2.9 Superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Presa in carico delle persone internate in REMS da parte delle equipe multiprofessionali dei CSM di residenza	1. ASUITS predisporrà e invierà all'autorità giudiziaria competente, entro 45 giorni dalla data di ingresso delle persone in REMS, dei PTRI finalizzati all'adozione di soluzioni diverse dalla REMS

<b>3.2.2.10 Dipendenze</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Collaborazione con l'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze	1.1 Partecipazione dei referenti del gruppo tecnico operativo ad almeno il 70% delle riunioni indette dall'Osservatorio sulle Dipendenze 1.2 Invio e validazione dei dati per i flussi informativi regionali raccolti dell'osservatorio 1.3 Rendicontazione delle azioni previste dal Piano operativo GAP 2017 1.4 Report con l'esito di almeno 3 indicatori di outcome relativi agli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale 1.5 Report con l'esito di 3 indicatori di outcome relativi all'esito dei trattamenti in capo al SSR per rispondere alle problematiche relative alla dipendenza, quali drop-out e follow - up 1.6 Report rispetto ai soggetti under 25 anni afferenti ai servizi rispetto quantità e problematiche all'accesso
2. Partecipazione al tavolo tecnico di confronto regionale con il terzo settore sui trattamenti alcolici	2. Partecipazione dei referenti Aziendali dei trattamenti alcolici ad almeno il 70% delle riunioni indette
3. Realizzazione di una sperimentazione dell'uso del budget personale.	3. Report su sperimentazione budget personale
4. Diffusione dell'offerta di testing per le malattie infettive correlate all'uso di sostanze stupefacenti negli utenti che afferiscono ai Servizi per le dipendenze	4. Almeno il 70% di testati sui testabili
5. Ridurre di almeno il 10% le persone inviate nelle strutture residenziali extraregionali	5. Relazione sul numero di invii nelle strutture per la terapia riabilitativa della dipendenza, con evidenza del dettaglio delle strutture di invio e motivazione espressa per gli invii fuori regione.

**3.2.4 ODONTOIATRA PUBBLICA**

<b>ODONTOIATRIA PUBBLICA</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Odontoiatria pubblica	ASUITS nel 2019 conta di raggiungere e/o confermare tutti gli obiettivi previsti nelle linee di gestione regionali per il SSR: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ogni centro erogatore erogherà più di 1400 prestazioni/anno;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• la media aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra (&gt; 1,5) sarà mantenuta</li> <li>• la media aziendale annua di prestazioni/riunito non sarà inferiore a 1400;</li> <li>• la percentuale aziendale di visite sul totale delle prestazioni erogate sarà mantenuta al valore raggiunto nel 2018;</li> <li>• la cartella clinica elettronica è attiva dal 1.9.2017;</li> <li>• all'interno del carcere di Trieste sono attivi gli ambulatori odontoiatrici sia nella sezione maschile che in quella femminile;</li> <li>• la SC clinica di chirurgia maxillo facciale ed odontostomatologia ha 40 riuniti</li> </ul> <p>Per il tramite del coordinatore regionale del programma regionale, inoltre, ASUITS collaborerà con la DCS per la definizione delle modifiche ed implementazioni della delibera di riferimento con lo scopo di aumentare la platea degli aventi diritto e l'efficienza e l'efficacia della offerta odontoiatrica pubblica.</p>
--	--

### 3.3 ASSISTENZA FARMACEUTICA E ASSISTENZA INTEGRATIVA

<b>3.3.1 Tetti spesa farmaceutica</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Tetto per la spesa farmaceutica per acquisti diretti (farmaceutica ospedaliera, diretta e DPC) = 6,89 % del FSR;</p> <p>Tetto per la spesa farmaceutica convenzionata = 7,96 % del FSR.</p> <p>Nello specifico i vincoli di spesa fissati a livello regionale per il 2019 sono riepilogati nel capitolo dedicato alle risorse finanziarie.</p>	<p>Rispetto dei tetti fissati a livello nazionale: la verifica è effettuata a livello centrale e il rispetto dei tetti è considerato per regione– monitoraggi AIFA periodici</p> <p>Rispetto dei vincoli regionali: monitoraggio mensile indicatori linee di gestione a cura della DCS (da definire con ARUE)</p>
<b>3.3.2 Appropriatazza prescrittiva</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Le Aziende invieranno un report semestrale alla DCS con evidenza sia delle iniziative di audit e feedback</p>	<p>ASUITS invierà alla DCS due relazioni semestrali (entro 31/08/2019 e 28/02/2020) da cui si</p>

<p>adottate, sia delle azioni più significative intraprese nel corso del primo e del secondo semestre del 2019 (in particolare per oncologici, immunologici, farmaci per l'epatite C, terapie intra-vitreali, farmaci del PHT_DPC, equivalenti, IPP, ecc).</p>	<p>evincano:</p> <p>3 obiettivi assegnati alle UO aziendali relativi a setting specialistici ad alto impatto di spesa in ospedale:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- iniezioni intravitreali (mantenere il rapporto bevacizumab/ranibizumab+aflibercept al valore di 3,5)</li> <li>- riportare l'indice di utilizzo dei carbapenemi al valore medio ospedaliero per le strutture che nel 2018 si sono mantenute al di sopra</li> <li>- portare in utilizzo l'emicizumab rispetto il complesso protrombinico per pz emofiliaci</li> </ul> <p>3 obiettivi assegnati alle UO aziendali/MMG di continuità assistenziale/appropriatezza (uso vitamina D 2019 &lt; 2018, utilizzo fentanyl 2019 &lt;2018, riduzione uso omega-3 nel 2019)</p> <p>Azioni intraprese per le categorie principali</p>
--	---

### 3.3.4 Appropriata prescrivita. Indicatori in ambito territoriale

Obiettivo aziendale	Risultato atteso															
<p>Relativamente ai medicinali a brevetto scaduto e alla prescrizione di antibiotici sono riportati i target per il 2019.</p> <p>I target sui medicinali a brevetto scaduto potranno essere aggiornati con nota DCS non appena disponibili gli ultimi dati nel portale AIFA/MEF nonché in funzione di nuove scadenze brevettuali ovvero di associazioni fisse presenti sul mercato.</p>	<p>ASUITS porrà in essere tutte le iniziative (circolari, email, incontri,...) con i prescrittori (MMG, PLS e ospedalieri) per il raggiungimento dei valori target individuati.</p> <table border="1" data-bbox="740 1391 1350 1984"> <thead> <tr> <th>CLASSE</th> <th>% media FVG (gen-ago 2018)</th> <th>% target nazionale a cui tendere</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>C08CA – derivati diidropiridinici</td> <td>91,0%</td> <td>92,1%</td> </tr> <tr> <td>C09BA – ACE inibitori e diuretici</td> <td>93,9%</td> <td>95,3%</td> </tr> <tr> <td>N03AX – Altri antiepilettici</td> <td>94,0%</td> <td>98,7%</td> </tr> <tr> <td>N06AX – Altri antidepressivi</td> <td>77,2%</td> <td>80,8%</td> </tr> </tbody> </table>	CLASSE	% media FVG (gen-ago 2018)	% target nazionale a cui tendere	C08CA – derivati diidropiridinici	91,0%	92,1%	C09BA – ACE inibitori e diuretici	93,9%	95,3%	N03AX – Altri antiepilettici	94,0%	98,7%	N06AX – Altri antidepressivi	77,2%	80,8%
CLASSE	% media FVG (gen-ago 2018)	% target nazionale a cui tendere														
C08CA – derivati diidropiridinici	91,0%	92,1%														
C09BA – ACE inibitori e diuretici	93,9%	95,3%														
N03AX – Altri antiepilettici	94,0%	98,7%														
N06AX – Altri antidepressivi	77,2%	80,8%														

INDICATORE	Media FVG (2017)	Target a cui tendere
Incidenza di sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (anti-ipertensivi)	37,95%	≤ 3 %
Consumo pro capite di farmaci inibitori di pompa protonica	28,06	≤25 up pro cap

  

Indicatore	Azienda	Valore aziendale 2017	Target (valore 2016)
Consumo di antibiotici sul territorio DDD 1000 res. pes. die	ASUI-TS	13,94	13,24
	AS 2	14,38	14,6
	AAS 3	14,98	14,50
	ASUI-UD	14,68	14,46
	AS 5*	17,21	16,50*
Consumo di antibiotici in età pediatrica DDD 1000 res. pes. die	ASUI-TS	17,71	16,68
	AAS 2	14,68	14,06
	AAS 3	15,38	14,46
	ASUI-UD**	13,56	13,56**
	AAS 5	15,52	14,93

### 3.3.5 Biosimilari

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Indicatori per categorie di medicinali in cui è disponibile l'alternativa biosimile	ASUI-TS invierà alla DCS due relazioni semestrali (entro il 31/08/2019 e 28/02/2020) da cui si evincano le attività svolte, i percorsi attivati con i

	prescrittori ed i monitoraggi effettuati per i singoli ambiti (ospedaliero, domiciliare, residenziale e semiresidenziale), e le ricadute sul SSR, sulla base dello schema di rilevazione delle informazioni che la DCS invierà alle AASS
--	--

### 3.3.6 Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Ottimizzazione e monitoraggio della DPC  Erogazione dei medicinali da parte delle strutture sanitarie (diretta e primo ciclo a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale) secondo la DGR 12/2018.	ASUITS effettuerà le seguenti azioni: - Evidenza di accordi per l'erogazione del I ciclo con le strutture private accreditate entro il 31.08.19 - Invio di due report semestrali sull'attività svolta nell'ambito della DPC e della distribuzione diretta entro il 31.08.19 ed entro il 28.02.20.

### 3.3.7 Rapporto con le Aziende Farmaceutiche e Biomedicali

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Gli enti del SSR, attraverso gli appositi Uffici (es. responsabili della trasparenza e dell'anticorruzione) adottano specifiche disposizioni organizzative relativamente alle attività d'informazione svolte dalle Aziende farmaceutiche e del settore dei dispositivi medici verso tutti gli operatori sanitari al fine di favorire comportamenti uniformi, coerenti a principi di trasparenza anche con riferimento ad eventuali conflitti di interesse	ASUITS predisporrà un regolamento e lo adotterà entro il 31.12.2019.

### 3.3.8 Assistenza integrativa

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
La dispensazione dei dispositivi medici di cui all'allegato 2 del DPCM 12 gennaio 2017 è garantita in forma diretta secondo le disposizioni della DGR n. 1783 del 22.09.2017, punto 8.e. A tal fine le aziende sanitarie implementano i relativi percorsi.  Nelle more della completa attuazione di quanto previsto dalla DGR 12/2018 relativamente agli ausili per diabetici, le Aziende garantiscono modalità di acquisizione e di erogazione che favoriscano l'efficienza del SSR	ASUITS darà evidenza delle azioni intraprese <b>per l'implementazione/messa a regime della distribuzione diretta dei dispositivi medici</b> di cui all'allegato 2 del DPCM 12 gennaio 2017.  L'Azienda garantirà nelle more della completa attuazione di quanto previsto dalla DGR 12/2018 relativamente agli ausili per diabetici, modalità di acquisizione e di erogazione tramite i servizi distrettuali.

**3.3.9 Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica**

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p><u>Registri AIFA e recupero rimborsi</u></p> <p>Per la prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA dovrà essere assicurata la registrazione di tutti i dati richiesti (anche con particolare riferimento ai medicinali innovativi), nel rispetto delle indicazioni autorizzate e dei criteri di eleggibilità definiti dall'AIFA, al fine di assicurare appropriatezza d'uso e consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risksharing. La richiesta del farmaco dovrà sempre essere accompagnata dalla scheda di registrazione paziente nel registro.</p>	<p>ASUITS darà evidenza dei monitoraggi/controlli effettuati/percorsi aziendali per la risoluzione di eventuali criticità e assicurerà l'invio delle richieste di rimborso secondo le modalità definite da AIFA per tutti i farmaci con accordo MEA, dando riscontro per gli approfondimenti/richieste di verifica relative ai registri AIFA/procedure di rimborso nei termini indicati.</p>
<p><u>Cartella oncologica informatizzata</u></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.</p>	<p>ASUITS assicurerà l'implementazione dei campi obbligatori per il 95% dei pazienti per entrambe le rilevazioni previste dalla DCS (al 30.06.2019 e al 31.12.2019).</p>
<p><u>Prescrizioni personalizzate PSM iter elettronico</u></p> <p>Per le Aziende servite dalla logistica centralizzata, la copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM dovrà essere garantita per il 90% delle confezioni destinate alla distribuzione diretta nominale erogate mediante lo stesso applicativo, anche al fine di consentire un puntuale monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e la promozione dei medicinali acquisiti centralmente da ARCS</p>	<p>Per ASUI-TS, al termine della fase di inserimento nella logistica centralizzata avvio utilizzo applicativo: % confezioni almeno 30%</p>
<p><u>Prescrizione informatizzata dei piani terapeutici</u></p> <p>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 65% 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. farmaci per l'infertilità o ormone della crescita per Burlo).</p>	<p>ASUITS assicurerà l'effettuazione delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM per almeno il 65% di tutti pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive.</p>

<p>Nel favorire l'implementazione di tale sistema informatizzato sarà inoltre assicurato il controllo dei piani terapeutici ed il rispetto delle note limitative AIFA.</p>	
<p><u>Flussi informativi farmaceutica</u></p> <p>Implementazione, verifiche e controlli di congruenza dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese, da parte dei responsabili individuati, 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 assicurata, 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, nonché l'inserimento a sistema del codice targatura (&gt; 99% confezioni) in fase di erogazione diretta dei medicinali (applicativo PSM).</p> <p>Le Aziende e l'ARCS danno riscontro ad eventuali approfondimenti richiesti dalla Direzione Centrale, anche su istanza Ministero della Salute, entro 15 giorni dalle comunicazioni.</p>	<p>ASUITS effettuerà le verifiche e i controlli di congruenza dei flussi informativi entro il 10 di ogni mese, garantendo integrale copertura della fase 3/fase 2 (&gt; 99,5% della spesa negli ambiti previsti).</p> <p>ASUITS assicurerà l'inserimento del codice targatura in fase di erogazione diretta dei medicinali (&gt; 99%), per tutte le dispensazioni effettuate tramite PSM.</p> <p>ASUITS darà riscontro alla DCS entro 15 giorni per gli approfondimenti richiesti o le segnalazioni inviate.</p>

### 3.3.10 Farmacovigilanza

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Gli Enti del SSR assicurano la partecipazione dei sanitari interessati e il supporto alle attività organizzative.</p>	<p>ASUITS assicurerà: la partecipazione dei sanitari interessati alle progettualità avviate dalla DCS e alle attività formative organizzate dalla stessa (partecipazione a incontri periodici, stato di avanzamento dei progetti affidati alle Aziende sanitarie)</p>
<p>Nell'ambito della progettualità pluriennale avviata nel 2018 (Farmacisti in ospedale/territorio) con il coinvolgimento di tutte le Aziende sanitarie, gli Enti del SSR dovranno garantire la partecipazione agli incontri periodici del gruppo di Coordinamento e l'invio della relazione scientifica e della rendicontazione secondo le tempistiche stabilite dalla convenzione in essere.</p>	<p>ASUITS assicurerà: la partecipazione agli incontri periodici del gruppo di Coordinamento del progetto ed evidenza della relazione scientifica e della rendicontazione: secondo le tempistiche della convenzione in essere.</p>
<p>Partecipazione ai tre nuovi moduli FAD da parte dei Responsabili di farmacovigilanza e dai loro</p>	<p>ASUITS assicurerà: la partecipazione da parte di tutti gli operatori</p>

collaboratori (da loro individuati) al fine di migliorare la qualità delle informazioni inserite in RNF	sanitari individuati
Gli Enti dovranno assicurare azioni per incentivare la segnalazione on-line	ASUITS assicurerà l'aumento delle segnalazioni on-line del 15% rispetto alla rilevazione del 31.8.2018.

### 3.4 ACCREDITAMENTO

3.4 Accredimento	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Partecipazione attiva al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti</li> <li>2. Partecipazione al programma di accreditamento nazionale degli organismi tecnicamente accreditanti</li> <li>3. Garanzia del funzionamento dell'OTA FVG</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ASUITS consentirà a ognuno dei propri dipendenti inseriti nell'elenco regionale dei valutatori dell'accreditamento di partecipare ai sopralluoghi per almeno 5 giornate, secondo le indicazioni della Direzione centrale salute</li> <li>2. ASUITS metterà a disposizione i professionisti appartenenti alle aree professionali indicate dalla Direzione centrale salute, da avviare al percorso formativo dei valutatori dell'accreditamento</li> <li>3. ASUITS consentirà ai dipendenti inseriti nell'elenco nazionale dei valutatori dell'accreditamento di partecipare alle attività organizzate dal Ministero della salute e dall'AGENAS</li> <li>4. ASUITS consentirà ai dipendenti, componenti dell'OTA regionale, di svolgere le funzioni previste dalla D.G.R. n. 2220/2015 e dal Decreto n. 1899/2017</li> </ol>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive (Linea 3.2.15 SSR 2019)</li> <li>2. Mantenimento della conformità agli standard dell'accreditamento istituzionale da parte delle strutture già accreditate</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Revisione ed aggiornamento del sistema di procedure documentate del DIP in previsione dell'accreditamento dei servizi vaccinali</li> <li>2. Esecuzione di audit interni alla Medicina dello sport e alla RSA San Giusto</li> </ol>

### 3.5 ASSISTENZA OSPEDALIERA

3.5.1. Insufficienze d'organo e trapianti	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Cuore	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Utilizzo presso il Centro trapianti di almeno l'85% degli organi prelevati in regione (diretti o in scambio con altre regioni).</li> <li>2. Realizzazione del percorso formativo per la</li> </ol>

	<p>gestione dei pazienti portatori di VAD (partecipazione di almeno 2 operatori x AAS/ASUI) ASUITS parteciperà all'attività in presenza di indicazioni in tal senso. Esistono già ora incontri periodici con CCH di ASUIUD sul tema VAD, finalizzati alla selezione e gestione dei pazienti.</p>
Fegato	<p>1. Garantire la diffusione dei PDTA "Alterazione enzimi epatici" ai vari livelli dell'organizzazione: è prevista una attività formativa per i MMG attraverso un riunione Cefomed ipotizzata come provinciale che unisca le diverse realtà territoriali a cui partecipino tra gli altri i diversi direttori dei distretti</p> <p>Si considera inoltre di attivare un evento aziendale ospedaliero atto alla diffusione delle linee guida nei diversi reparti ospedalieri</p> <p>2. Potenziamento del programma Trapianti di Fegato con:</p> <p>a. Segnalazione per l'iscrizione in lista trapianto, presso il centro trapianti dell'ASUIUD, di almeno 40 pazienti nell'anno 2019 (ASUITS 8, AAS2 8, AAS3 6, ASUIUD 8, AAS5 10). (valutazione da parte del CRT)</p> <p>b. Utilizzo presso il Centro trapianti di almeno l'85% degli organi prelevati in regione (diretti o in scambio con altre regioni).</p> <p>La clinica patologie del fegato ASUITS proseguirà la sua attività di coordinamento aziendale per la valutazione della indicazione a trapianto e la successiva preparazione dei potenziali candidati</p> <p>3. Attivazione di un ambulatorio per visite di Epatologia (Medicina interna a indirizzo Epatologico) per ogni presidio ospedaliero spoke &gt; almeno 4 ore/settimana a decorrere dal mese di maggio</p> <p>Il programma attuale è quella del monitoraggio e della rilevazione della attività epatologica nell'area isontina con condivisione di programmi in previsione di un attività congiunta a partire dal 2020 compatibilmente con le risorse presenti.</p>
Pancreas	<p>1. 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 2017 di 30,08 x milione – fonte Bersaglio).</p>
Polmone	<p>1. Partecipazione alla revisione/stesura del PDTA regionale sulla BPCO da parte dei professionisti</p>

	<p>coinvolti</p> <p>2. Riduzione del tasso di ospedalizzazione per BPCO portandolo per tutte le AAS/ASUI al di sotto del 55 per 100.000 residenti di 50-74 anni (valore medio regionale 2017 del 66,99 per 100.000 residenti – fonte Bersaglio).</p> <p>3. Aumento dell'appropriatezza di utilizzo dell'ossigenoterapia domiciliare (riduzione maggiore del 10% della spesa, rispetto al valore 2017)</p>
Rene	<p>1. Evidenza dell'attivazione, nelle varie aziende sanitarie del percorso formativo di 2° livello sul PDTA "Malattia renale cronica stadi I-III e IV-V". Nell' anno 2018 si è provveduto a livello Regionale con la partecipazione di ASUITS a "formare i formatori" per questo PDTA Regionale; nel 2019 si organizzeranno in ambito Aziendale gli eventi formativi necessari a diffondere la conoscenza di questo percorso.</p> <p>2. 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 52% del totale (trapiantati + emodializzati + in dialisi peritoneale) (valore regionale 2017 del 54,34%).</p> <p>3. Potenziamento del programma Trapianti di rene con:</p> <p>a. 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 &lt; 6 mesi almeno nel 75% dei casi che hanno dato il consenso)</p> <p>b. aumento dei casi di trapianto (almeno 55/anno comprensivi di tutte le tipologie di trapianto).</p>
Tessuti oculari	<p>Nel 2019 la Clinica Oculistica di ASUITS continuerà ad incrementare il numero di trapianti di cornea essendo aumentato il numero di pazienti in attesa per tale trattamento mirando a raggiungere i 70 trapianti.</p>
Donazione d'organi e altri tessuti	<p>1. Avvio dell'attività di prelievo d'organi da paziente con accertamento del decesso con criteri cardiologici (almeno 3 casi nel 2019).</p> <p>2. Implementazione delle segnalazioni secondo indicatori standard:</p> <p>- Proc. 1 donatori effettivi/decessi per lesione</p>

	<p>cerebrale acuta (&gt; 16-25%)</p> <p>- Proc. 2 numero di accertamenti - AMC= (donatori utilizzati + opposizioni + procurati)/ decessi per lesione cerebrale acuta (&gt; 21-40%)</p>
--	--

### 3.5.2. Emergenza urgenza

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Ictus	<ol style="list-style-type: none"> <li>Mantenimento dell'attività di Trombolisi endovenosa/endoarteriosa per l'anno 2019 al di sopra di 350 pazienti trattati nel territorio regionale (399 nei 2017 - fonte SDO) <b>(per Asuits &gt;= 100)</b></li> <li>Misurazione dei tempi intercorrenti fra triage in pronto soccorso, 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 &gt; 1 ora; l'obiettivo è raggiunto anche per riduzioni percentuali inferiori purché il risultato sia &lt; 1 ora.</li> <li>Implementazione con evidenza di configurazione in ogni Azienda, di un database informatizzato per la raccolta di tutte le valutazioni con NIHSS, indice di Barthel (BI) e mRSpre e post evento in tutti i pazienti con ictus, da rilevare su tutti i codici ictus 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)</li> <li>Utilizzo del database informatizzato per la raccolta di tutte le valutazioni con NIHSS, indice di Barthel (BI) e mRSpre e post evento in tutti i pazienti con ictus, in 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). (Report ultimo trimestre anno)</li> <li>Evidenza dell'informazione alla cittadinanza: (es opuscolo/volantino, video, eventi, ecc.) sui segni/sintomi da non sottovalutare per anticipare la chiamata di soccorso e rendere tempestivi i soccorsi in caso di ictus.</li> </ol>
Emergenze cardiologiche	<ol style="list-style-type: none"> <li>Compilazione della scheda STEMI (PACS Emodinamica) &gt; 95% delle 4 variabili. ASUITS partecipa costantemente al Gruppo di Lavoro</li> </ol>

	<p>regionale contribuendo al flusso dati ed alla sua analisi.</p> <p>2. Attivazione della tele-radiologia Hub&amp;Spoke per le sindromi aortiche acute</p> <p>3. Implementazione di una scheda di valutazione dello storm aritmico &gt; 95% dei casi inseriti a sistema (periodo dal 1 luglio al 31 dicembre)</p>
Trauma	<p>1. Trattamento della Frattura di femore entro 48H in almeno il 70% (hub) o 80% (spoke) dei casi trattati dal presidio ospedaliero (media regionale 2017 del 71,1% - fonte PNE). I dati ASUITS 2018 segnalano un raggiungimento del target (79.35%) e nel 2019 vi è l'impegno a mantenere questo standard.</p> <p>2. Degenza media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – ricoveri urgenti (indicatore Bersaglio C5.18.1 &lt;= 1,5 gg)</p> <p>- Attesa media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – ricoveri urgenti (indicatore Bersaglio C5.18.2 &lt;= 8 gg)</p>
Pronto soccorso ed urgenza emergenza	<p><b>1. Aumentare la percentuale di 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)</b></p> <p><b>2. Aumentare la percentuale di pazienti registrati al Pronto Soccorso 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)</b></p>

### 3.5.3. Reti di patologia

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Malattie rare	<p>1. ASUITS parteciperà, attraverso i propri referenti nominati per ciascun gruppo nosologico, agli incontri regionali la predisposizione del PDTA;</p> <p>2. ASUITS prosegue nell'alimentazione del registro regionale provvedendo all'aggiornamento dello stesso (inserimento nuovi casi e pulizia dei casi usciti dal sistema)</p> <p>3. ASUITS proseguirà, ove possibile, condividendo con l'IRCCS Burlo Garofolo modalità e tempi, nelle attività di presa in carico dei pazienti affetti da</p>

	Malattie rare nel momento della transizione dall'età pediatrica a quella adulta
Malattie reumatiche	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. formalizzazione del documenti di indirizzo sulla terapia con farmaci biologici e evidenza della diffusione a tutti i professionisti anche nell'ambito della medicina convenzionata</li> <li>2. utilizzo dello strumento informatizzato per l'appropriatezza prescrittiva <b>(1 report per semestre)</b></li> </ol>
Insufficienza cardiaca cronica	1. Riduzione del tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti di 50-74 anni, portandolo per ogni AAS/ASUI sotto il valore di 200 (valore medio regionale 2017 di 215,39 – fonte Bersaglio)
Infettivologica	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La S.C. U. di Malattie Infettive svolge anche attività di consulenza per tutte le strutture di ASUITS</li> <li>2. Le strutture di Microbiologia e Virologia (presidi ospedalieri HUB) sono attivabili sulle 24h 365 die/anno.</li> </ol>

### 3.5.4 Pediatria

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Pediatria	<p>ASUITS mette a disposizione il proprio referente per la partecipazione ai lavori del tavolo regionale e implementerà nel corso del 2019 le specifiche attività in collaborazione con l'IRCCS Burlo Garofolo di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Area emergenza-urgenza: Definizione di un modello operativo per il trasporto pediatrico in emergenza urgenza</li> <li>- Chirurgia pediatrica: Consolidamento del modello previsto per la Chirurgia pediatrica e proposta di un modello per la chirurgia specialistica in ambito pediatrico.</li> <li>- Tele-refertazione: Sviluppo e operatività del sistema di tele-refertazione per second opinion in radiologia pediatrica</li> <li>- Malattie complesse e/o croniche: Definizione di un modello assistenziale a rete integrata che assicuri la qualità e continuità delle cure con predisposizione di</li> </ul>

	<p>un percorso diagnostico terapeutico assistenziale che preveda anche la fase di transizione, nei seguenti ambiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Oncoematologia</li> <li>o Malattie nefrologiche</li> <li>o Malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI)</li> <li>o Diabete</li> <li>o Malattie neuromuscolari</li> </ul> <p>- Cure palliative pediatriche: in relazione a quanto previsto dal Decreto 1771/2016, implementazione del modello di rete e definizione di un percorso assistenziale.</p> <p>- Salute mentale in età evolutiva: Il Comitato regionale per l'assistenza pediatrica e adolescenziale collabora con l'Area competente della Direzione centrale salute per l'attuazione degli obiettivi del Piano che riguardano la salute mentale in età evolutiva.</p> <p>- Farmaci galenici pediatrici: definizione di un modello per la centralizzazione presso l'IRCCS Burlo Garofolo della produzione di farmaci galenici.</p> <p>- Carta dei Servizi pediatrici: le Aziende che erogano prestazioni destinate alla fascia di popolazione in età evolutiva predispongono una Carta dei servizi specifica per l'assistenza in età pediatrica e adolescenziale, secondo le modalità previste dall'Accordo Stato Regioni del 21 dicembre 2017, rep atti n. 248.</p> <p>- Formazione: Le Aziende promuovono attività formative relative alle tematiche oggetto di progettualità per il 2019 (trasporto pediatrico, oncoematologia, malattie nefrologiche, malattie infiammatorie croniche intestinali, diabete, malattie neuromuscolari, cure palliative).</p>
--	--

### 3.5.5 Percorso nascita

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Gravidanza fisiologica a gestione ostetrica	Nel corso del 2019 ASUITS parteciperà ad implementare a livello locale le azioni necessarie alla piena attuazione del programma indicate dalla Direzione centrale.

Integrazione territorio-ospedale	ASUITS nel 2019 si impegna a mantenere il percorso di continuità Ospedale e territorio dopo la dimissione dal punto nascita (secondo interaziendale con IRCCS Burlo Garofolo) e conseguentemente a mantenere l'offerta domiciliare alle situazioni di fragilità e vulnerabilità anche per motivi sanitari (Taglio Cesareo, difficoltà di allattamento, problemi sanitari della madre)
Formazione	ASUITS si impegna ad attivare un percorso formativo relativo alla presa in carico delle donne con gravidanza fisiologica e a partecipare ai percorsi formativi regionali.

### 3.5.6 Sangue ed emocomponenti

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p><i>Piano annuale di produzione.</i></p> <p>1) Il Dipartimento Interaziendale di Medicina Trasfusionale (DIMIT) si impegnerà a raccogliere nei propri centri fissi (Maggiore, Gorizia, Monfalcone), un numero di emocomponenti pari al numero raccolto nel 2018, secondo quanto concordato tra il Coordinamento Trasfusionale Regionale e le Associazioni e Federazioni dei donatori di sangue. (Il numero complessivo di unità raccolte sarà inferiore di circa il 10% rispetto al 2018 per cessione dell'Automoteca ad AAS. 2)</p> <p>2) Anche per la raccolta di plasma, aderiremo all'accordo di programmazione del Coordinatore Regionale Sangue che prevede la raccolta di plasma di almeno 26500 kg in FVG. Il DIMIT contribuirà alla raccolta con una quota del 20% (la percentuale è inferiore al 2018 in quanto dal 1 dicembre 2018, l'Autoemoteca è stata trasferita al CURPE.</p>	<p>1) Mantenimento dell'attività di raccolta sangue intero ed emocomponenti nei centri fissi (Maggiore, Gorizia e Monfalcone) equivalente alla raccolta del 2018 (18.000 unità <math>\pm 3\%</math>).</p> <p>2) Raccogliere un quantitativo di plasma di 5300Kg <math>\pm 3\%</math>.</p>
<p>Garanzia della sicurezza e dell'appropriatezza trasfusionale attraverso la partecipazione ai programmi regionali di sorveglianza trasfusionale.</p>	
<p>1) Il DIMIT continuerà anche nel 2019, a promuovere nell'ambito dei COBUS, il monitoraggio dell'appropriatezza delle richieste trasfusionali, con valutazione finale dei risultati e relative azioni correttive entro dicembre 2019.</p>	<p>1) Report trimestrali riportanti i dati di completezza e appropriatezza delle richieste trasfusionali. Divulgazione dei suddetti report ai Comitati per il Buon Uso del Sangue di ASUITS, AAS 2 e IRCCS Burlo Garofolo. Invio dei report alle singole strutture di ASUITS. Attivazione audit nelle strutture con livelli di appropriatezza inferiori alla media dipartimentale.</p>

<p>2) Oltre all'appropriatezza, saranno monitorati anche i consumi di concentrati eritrocitari, Antitrombina III e fibrinogeno al fine di verificare l'andamento rispetto a quanto previsto dal Documento del Ministero della Salute sul Programma di Autosufficienza Nazionale del Sangue e dei suoi prodotti 2018.</p> <p>I dati di consumo verranno presentati e discussi negli incontri del Comitato per il Buon Uso del Sangue.</p> <p>Per raggiungere i dati di consumo previsti dalla programmazione nazionale, le strutture di ASUITS, IRCCS Burlo Garofolo e AAS 2 (Gorizia e Monfalcone) dovranno applicare le Raccomandazioni per il Buon Uso del Sangue introdotte nel 2018.</p> <p>Il consumo di concentrati eritrocitari in FVG nel 2018, è stato stimato dal Ministero della Salute essere pari a 43,5 unità/1000 abitanti (media Nazionale 42,5) mentre il consumo di antitrombina III stimato è pari a 1,5 Ul procapite/anno.</p>	<p>2) Produzione di report sul monitoraggio dei consumi di emocomponenti ed emoderivati e presentazione ai COBUS. Confronto dei consumi delle strutture afferenti al DIMT con i consumi degli altri Dipartimenti della Regione FVG e con quanto previsto dal documento di programmazione nazionale.</p>
<p>3) Implementazione della prescrizione trasfusionale informatizzata e dei "sistemi barriera" per la trasfusione al letto del paziente. Le aziende devono predisporre gli strumenti per consentire alle strutture di ASUITS, IRCCS Burlo Garofolo e AAS. 2 (Gorizia e Monfalcone) di effettuare la prescrizione informatizzata delle richieste di sangue.</p> <p>Attualmente, l'84% delle strutture di ASUITS e il 35% delle strutture dell'IRCCS Burlo Garofolo sono conformi, mentre a Gorizia e Monfalcone nessuna struttura è conforme.</p>	<p>3) Miglioramento della percentuale di strutture delle diverse aziende che prescrivono con modalità informatica.</p>

### 3.5.7 Erogazione dei livelli di assistenza

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. contenimento del tasso di ospedalizzazione entro il 125 x mille.	1. contenimento del tasso di ospedalizzazione entro il 125 x mille.
2. ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica	2. 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 20% per gli adulti e del 40% per i pediatri

3. ricoveri medici oltre soglia per pazienti $\geq 65$ anni	3. riduzione della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti $\geq 65$ anni portandola al di sotto del 4% (valore medio regionale 2017 di 4,81% - fonte Bersaglio).
---	--

### 3.6 RETE CURE SICURE FVG

RETE CURE SICURE FVG	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
programmi a regime	<p>Nel corso del 2019 si prevedono la continuazione dei programmi a regime ai quali si aggiungono le seguenti azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- adattamento delle figure professionali (numero e tipologia dei professionisti) coinvolte nella Rete Cure Sicure FVG, in relazione al nuovo assetto istituzionale;</li> <li>- mantenimento delle indicazioni e delle raccomandazioni ministeriali fino ad ora sviluppate, messa a regime di eventuali nuove raccomandazione e misurazione e verifica della loro adozione con riferimento alle strutture ospedaliere e ai distretti sanitari;</li> <li>- aggiornamento dei referenti aziendali dei flussi informativi istituzionali nazionali relativi al rischio clinico;</li> <li>- implementazione degli eventi formativi aziendali specifici per il tema come definito dal PFR 2019.</li> <li>- Adozione e diffusione delle linee di indirizzo regionale per la gestione delle infezioni in ambito pediatrico (per esempio se minori giunti in Pronto Soccorso con mezzi propri)</li> </ul>
"AntimicrobialStewardship"	<ul style="list-style-type: none"> <li>- diffusione e condivisione dei report regionali sul consumo di antibiotici e sulle resistenza batteriche nelle unità operative ospedaliere, nei distretti e nelle AFT;</li> <li>- riduzione del consumo di antibiotici in ospedale e sul territorio: in particolare di cefalosporine e chinolonici (ambito ospedaliero e territoriale) e carbapenemi (ambito ospedaliero);</li> <li>- formazione aziendale specifica per personale medico (in particolare medici ospedalieri e medici di medicina generale) sul tema della lettura</li> </ul>

	<p>dell'antibiogramma e sulla prescrizione antibiotica mirata come da indicazioni del gruppo di coordinamento regionale;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- adozione delle "Linee regionali per il riconoscimento precoce e la gestione della sepsi associata alle pratiche assistenziali" e monitoraggio degli indicatori riportati nel documento;</li> <li>- partecipazione al processo di revisione dei documenti regionali sulla gestione delle infezioni nell'adulto;</li> <li>- partecipazione al processo di valutazione delle attività di stewardship aziendali mediante l'analisi dell'aderenza agli standard definiti nell'ambito del programma regionale;</li> <li>- promozione di attività per il coinvolgimento dei cittadini sul tema dell'uso appropriato degli antibiotici;</li> <li>- implementazione della rete territoriale dei link professional relativi al programma di AntimicrobialStewardship.</li> </ul>
"Controllo delle infezioni correlate all'assistenza"	<ul style="list-style-type: none"> <li>- effettuazione di una simulazione di evento epidemico (preparedness) che coinvolga le unità operative di Pronto Soccorso e di Terapia Intensiva;</li> <li>- effettuazione della rilevazione secondo metodo HALT mirata a stimare la prevalenza di infezioni correlate all'assistenza in almeno una casa di riposo per distretto sanitario;</li> <li>- effettuazione della PPS biennale (prevalenza puntuale sulle ICA e sulla prescrizione di antibiotici) negli ospedali per acuti;</li> <li>- aggiornamento dei documenti regionali già esistenti sulla tematica;</li> <li>- effettuazione sorveglianza sulle infezioni del sito chirurgico e della compliance alle raccomandazioni dei comportamenti dei blocchi operatori.</li> </ul>
"Sicurezza del farmaco"	<ul style="list-style-type: none"> <li>- messa a regima della diffusione della reportistica periodica destinata ai medici di medicina generale;</li> <li>- adeguamento alla indicazioni regionali sulla gestione degli elastomeri;</li> <li>- applicazione delle raccomandazioni ministeriali: raccomandazione per la riconciliazione farmacologica;</li> </ul>

	<p>prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici;</p> <p>prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike";</p> <p>prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati;</p> <p>prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica;</p> <p>corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio -KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio.</p> <p>- mantenimento delle azioni sull'uso prudente dei farmaci con particolare riferimento:</p> <p>alla riduzione del consumo di inibitori di pompa protonica a meno di 25 unità posologiche procapite (diretta+convenzionata e dpc);</p> <p>alla riduzione del consumo di benzodiazepine e degli ipnotici nelle case di riposo.</p>
Gestione della nutrizione e della idratazione nelle case di riposo	avvio al programma per la corretta gestione della nutrizione e della idratazione nelle case di riposo.

### 3.7 PROMOZIONE DELLA SALUTE NEGLI OSPEDALI E NEI SERVIZI SANITARI: LA RETE HPH

Rete HPH	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Personale dipendente	<p>- benessere soggettivo e dimensioni psico-fisiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• medici competenti e coordinamento regionale della rete HPH individuano una strategia per implementare la valutazione del benessere soggettivo nel corso delle visite periodiche (scheda informatizzata/informatizzabile dalla quale è possibile estrarre i dati necessari alle valutazioni)</li> <li>• al momento della visita periodica, il medico competente misura le dimensioni del benessere psico-fisico attraverso una breve anamnesi e la valutazione della composizione corporea (rapporto massa grassa/massa magra)</li> <li>• nel caso di indice che indirizza verso una situazione di squilibrio fra le componenti, il medico competente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• promuove strategie di equilibrio psico-fisico</li> <li>• consiglia un'alimentazione finalizzata a riequilibrare</li> </ul> </li> </ul>

	<p>il rapporto massa grassa/massa magra</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• propone un'attività fisica adeguata</li> <li>• individua uno o più obiettivi target di miglioramento per la visita successiva</li> <li>• i medici competenti collaborano con il comitato HPH di cui sono parte integrante, per la ricognizione dell'offerta aziendale riguardante sani stili di vita (evidenza di offerta dedicata agli operatori su stili di vita e gestione dello stress)</li> </ul>
Pazienti	<ul style="list-style-type: none"> <li>- astensione del fumo di tabacco in fase peri-operatoria</li> <li>- tutti i soggetti fumatori ai quali viene programmato un intervento chirurgico sono informati sui benefici della sospensione del fumo, nelle settimane precedenti e successive, sulla guarigione dopo intervento chirurgico e vengono invitati all'astensione</li> </ul>
Cittadini	<ul style="list-style-type: none"> <li>- promozione dell'attività fisica e della sana alimentazione presso le sedi dell'assistenza ospedaliera e territoriale</li> </ul>

### 3.8 RAPPORTO CON I CITTADINI

3.8.1. Tempi d'attesa	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Tempi d'attesa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le valutazioni saranno eseguite rispetto all'elenco delle prestazioni ministeriali e regionali soggette a monitoraggio (allegato: Elenco delle prestazioni oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa).</li> <li>- 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).</li> <li>- Contestualmente al monitoraggio regionale ASUITS manterrà anche il monitoraggio ministeriale.</li> <li>- ASUITS proseguirà ad organizzare le agende delle prestazioni ambulatoriali specialistiche per consentire la prenotazione online del cittadino dell'offerta.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nei riguardi dei cittadini deve essere assicurata la "garanzia" erogativa per le priorità B al &gt; 95%, per la priorità D al &gt; 90% e per le priorità P al &gt; 85%.</li> <li>- Le agende delle prestazioni di specialistica ambulatoriale individuate dalla DCS devono essere informatizzate ed essere rese disponibili a sistema CUP regionale.</li> <li>- ASUITS sospenderà 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.</li> <li>- ASUITS garantirà altresì il rispetto dei tempi d'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.</li> </ul>
Tempi d'attesa	ASUITS renderà 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.
Tempi d'attesa	A seguito dell'approvazione del nuovo Piano Nazionale di governo delle liste d'attesa (Pngla) per gli anni 2018/2020, la Regione provvederà all'adozione del Piano Regionale di Governo delle liste di attesa. Successivamente entro 60 giorni dall'adozione del Piano Regionale, a loro volta ASUITS si impegna ad adottare un nuovo Programma Attuativo Aziendale o aggiornare quello in uso, in coerenza con quanto definito in ambito regionale e a provvedere all'invio dello stesso alla Regione.

### 3.8.2. Innovazione nella gestione delle terapie

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Innovazione nella gestione delle terapie	Si conferma la necessità che le organizzazioni favoriscano le innovazioni che, a parità di efficacia

	<p>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, a condizione che vengano preventivamente adeguatamente valutati rischi e benefici per i pazienti.</p>
--	--

### 3.8.3 Rapporto con pazienti e familiari nelle attività di ricovero

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>ASUITS proseguirà anche nel 2019 con le modalità di gestione dei rapporti con i pazienti e i loro familiari nel corso delle attività di ricovero, avviate a partire dal 2017.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apertura dei reparti di terapia intensiva e semi-intensiva con accesso senza limite di tempo e orario a un care giver per volta (fa eccezione la necessità di isolamento). ASUITS ha attuato nel 2018 un ampliamento del tempo di accesso ai care giver nelle terapie intensive e nel 2019 verrà completato il programma riducendo ulteriormente i limiti di tempo e di orario</li> <li>2. Presenza del care giver in corso di visita nei reparti di degenza per i pazienti che abbisognano di un supporto per comprendere ciò che viene eseguito sulla propria persona. Per quanto riguarda ASUITS il progetto è già stato avviato e concluso nel 2018 e nel 2019 si provvederà a attuare alcune azioni correttive rivolte ai reparti/percorsi risultati non perfettamente aderenti rispetto alle indicazioni ricevute.</li> <li>3. Contatto telefonico dopo la dimissione da un intervento chirurgico o da altre tipologie di trattamento (recall) con il fine di far sentire al cittadino la vicinanza della struttura che lo ha curato, nonché acquisire utili informazioni per cogliere opportunità di miglioramento dei servizi offerti. L'attività di recall è stata avviata in ASUITS nel 2017 e mantenuta presso le SSCC chirurgiche nel 2018. Prosegue pertanto nel 2019.</li> <li>4. Individuazione del medico responsabile della gestione del ricovero del paziente con il fine di assicurare il riferimento professionale che assicura la coerenza delle diverse azioni che caratterizzano l'intera degenza. In ASUITS la documentazione relativa al medico responsabile della gestione del ricovero è, ad oggi e oramai da anni, presente in</li> </ol>

	cartella clinica quale parte integrante della stessa.
--	---

#### 4. IL SISTEMA INFORMATIVO

4. IL SISTEMA INFORMATIVO	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<u>Riorganizzazione dei servizi ICT</u> Censimento dei principali Servizi ICT a supporto della funzionalità ed organizzazione delle Aziende e redazione di un Piano di riorganizzazione	Redazione del piano di riorganizzazione
<u>Revisione sistemi</u> Ascot gestione personale e economato e contabilità Partecipazione ai gruppi di lavoro (Gestione Risorse Umane, Gestione contabilità) Individuazione siti pilota Configurazione e avviamento siti Configurazione siti rimanenti	90% degli incontri  31.3.2019 30.9.2019 31.12.2018
<u>Cartella clinica</u> Partecipazione gruppo di lavoro Individuazione siti pilota Configurazione e avviamento siti	Risultato atteso 90% incontri 30.6.2019 30.9.2019
<u>Ricetta dematerializzata</u> Completamento della ricetta dematerializzata	Risultato atteso Farmaceutica >90%
<u>Firma digitale</u> Firma digitale	Risultato atteso Referti ambulatoriali per interni ed esterni > 95% Laboratorio e microbiologia >98% Radiologia > 98% Lettera di dimissione > 98% Pronto soccorso >98%
Produzione e trasmissione PatientSummary da parte dei mmg/pls	Produzione e trasmissione PatientSummary attivato > 80% dei mmg/pls
Garantire la tracciabilità (biffatura su applicativo GECCO) sull'avvenuta presa visione dell'informativa rispetto al trattamento dei dati personali di base; la singola biffatura è valida nell'ambito dell'anagrafica degli assistiti regionale	100% degli accessi
<u>Sicurezza informatica</u>	ASUITS ha attivato un percorso di miglioramento della sicurezza informatica sia dal punto di vista della

	<p>sicurezza fisica che logica e funzionale il cui obiettivo è il raggiungimento delle Misure Minime di sicurezza obbligate da AgID (sia a livello minimo che standard che, in parte e a medio termine, avanzato) e di quanto previsto dal GDPR. Nonostante gli sforzi profusi non è immaginabile il raggiungimento della messa a norma completa entro il 2019.</p>
<p><u>Rinnovamento SIASI</u> SALUTE MENTALE: Individuazione del sito pilota e pianificazione estensione alle altre aziende Configurazione e avviamento del sistema nel sito pilota Estensione del sistema ad altre due aziende</p>	<p>31.1.2019 31.05.2019 31.12.2019</p>
<p><u>Rinnovamento SIASI</u> SALUTE MENTALE: Individuazione del sito pilota e pianificazione estensione alle altre aziende Configurazione e avviamento del sistema nel sito pilota Estensione del sistema ad altre due aziende</p>	<p>31.1.2019 31.05.2019 31.12.2019</p>
<p><u>Regolamento europeo GDPR n. 679/2016 e D.lgs. 196/2003 come modificato dal D.lgs. 101/2018</u> Partecipazione obbligatoria del Direttore Generale/Commissario, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario al corso sul trattamento dei dati personali realizzato dalla DCS</p>	<p>Partecipazione al corso</p>
<p>Predisposizione delle informative per le ditte esterne in accordo all'art. 28 del GDRP 679/2017</p>	<p>50% entro 31.05.2019 85% entro 30.10.2019 100% entro 31.12.2019</p>
<p>Gestione dell'attività sanitaria in ambito ospedaliero</p>	<p>a. Potenziamento, revisione ed estensione delle integrazioni dei sistemi clinico sanitari Si auspica che tutte le integrazioni tra sistemi INSIEL e software di terze parti e di apparecchi medicali già richieste possano essere realizzate. b. Normalizzazione della gestione delle credenziali, individuazione ed attivazione sistema Single Sign on Si collaborerà con la DCS nella scelta dei nuovi sistemi, da molto tempo richiesti ed auspicati. c. Revisione del sistema CUS con particolare</p>

	<p>attenzione alla scheda medica elettronica (par. 3.6.2)</p> <p>d. Sviluppo e operatività del sistema di tele refertazione per Second Opinion in radiologia pediatrica (par.3.6.4)</p> <p>e. Implementazione della prescrizione trasfusionale informatizzata (par. 3.6.6)</p> <p>In ASUITS è implementato e con configurazione consolidata da anni il sistema Emonetweb in uso in quasi il 90% dei casi. I sistemi barriera potranno essere implementati non appena disponibile la possibilità di identificazione certa del paziente da Emonetweb.</p>
Gestione dell'attività sanitaria in ambito di assistenza distrettuale	<p>a. Collegamento informatico presso tutte le sedi aziendali (obt. 4 par. 3.2.1.1)</p> <p>b. Piattaforma di connessione con la medicina generale</p> <p>c. Avviamento del nuovo sistema di iscrizione ai MMG presso tutte le aziende del SSR</p> <p>d. Avviamento del sistema di logistica, gestione e distribuzione degli ausili, protesi e ortesi in fase di acquisizione dall'ARCS</p> <p>e. Avvio di un tavolo tecnico congiunto (DCS, Federfarma e MMG/PLS) per analizzare tutti i processi che possono diventare "paperless" attraverso l'utilizzo della ricetta dematerializzata</p>
Gestione dell'attività sanitaria in ambito di assistenza socio sanitaria	- Adozione e configurazione di un unico strumento regionale per i DSM (obt. 5 par. 3.2.2.4)
Gestione dell'attività dell'Area Welfare (par. 3.2.3)	<p>a. supporto alla revisione, implementazione, manutenzione evolutiva piattaforma FAD</p> <p>b. supporto all'impostazione e all'avvio di un sistema informativo sulla cooperazione sociale</p> <p>c. sviluppo del sistema di VMD Val.Graf-FVG. e supporto all'utilizzo</p> <p>d. revisione processi operativi SIL e adeguamento sistema informativo SILweb</p>
Sistema informativo Cooperazione sociale	a. sviluppare un sistema informativo per la gestione dell'Albo regionale delle cooperative sociali e consentire il monitoraggio delle attività e delle risorse nell'ambito dei servizi sociosanitari, socio assistenziali e socio educativi
Gestione dell'attività della Odontoiatria pubblica	supporto all'avviamento della cartella clinica

(par. 3.2.4)	elettronica entro il 31.1.2019
Potenziamento dell'infrastruttura per la Continuità Operativa	- Potenziamento delle reti geografiche e locali - Razionalizzazione dei data center aziendali
Sistema direzionale regionale	a. Implementazione del Data Warehouse gestionale b. Sviluppo del registro regionale dei dispositivi medici impiantabili

#### 4.1 Sistema PACS regionale

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Rinnovo del sistema PACS regionale con aggiornamento delle sue componenti tecnologiche	Aggiornamento delle precondizioni impiantistiche e logistiche Supporto tecnico alle attività di installazione.
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.	ASUITS garantisce supporto tecnico e clinico nelle attività di messa a punto e collaudo dei sistemi di collegamento Spoke-Hub.
Collaudo presso un sito pilota della soluzione di integrazione SIO/PACS per la produzione di un referto multimediale in Radiologia, già testata in ambiente di prova e avvio della soluzione a livello regionale.	ASUITS garantisce il supporto tecnico e clinico per le attività di collaudo e avviamento presso gli altri siti regionali secondo il programma che sarà redatto da ARCS d'intesa con INSIEL e con il fornitore PACS.
Proseguimento dell'estensione sistema PACS all'intero ambito dell'endoscopia ambulatoriale (broncoscopia, cistoscopia, isteroscopia, ...) in relazione alle esigenze cliniche espresse dalle Aziende.	Entro marzo ASUITS conferma le esigenze cliniche nei vari ambiti dell'endoscopia ambulatoriale e predispone un piano di attuazione delle precondizioni tecnologiche per l'adozione dei profili di integrazione versus G2 e PACS. Entro l'anno ASUITS si impegna ad attivare il flusso di integrazione versus G2 e PACS almeno per uno degli ambiti clinici individuati.
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. Perfezionamento dell'integrazione dei sistemi PACS dell'ASUITS nell'impianto PACS regionale.	ASUITS presenta entro marzo un documento di richiesta motivata di moduli di post elaborazione da integrare nel sistema PACS regionale.  ASUITS completa l'integrazione versus il sistema PACS regionale in coerenza con il piano operativo di INSIEL.

**8.1 FORMAZIONE**

<b>Formazione</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<b>1. Accredimento di eventi FAD gestiti su piattaforma HTL.</b>	<b>1. Accredimento di n. 1 evento FAD entro il 30.09.2019;</b>
<b>2. Utilizzo della funzione "iscrizione on line" agli eventi</b>	<b>2. Utilizzo della funzione "iscrizione on line" per almeno 5 eventi RES entro il 30.11.2019</b>

## Azienda sanitaria universitaria integrata di Udine

### 3. LE PROGETTUALITÀ

#### 3.1. PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

##### 3.1.1. Tutela della salute della donna

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Nell'ambito dei corsi di preparazione al parto e nei centri nascita veicolare il messaggio dell'importanza della vaccinazione infantile e dell'adozione di stili di vita sani	Evidenza della promozione delle vaccinazioni da parte delle ostetriche e delle assistenti sanitarie nei corsi di accompagnamento al parto e puerperio e nei centri nascita

##### 3.1.2. 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	Il 10 % dei pazienti eleggibili di ogni M.M.G. che aderisce allo screening opportunistico è valutato per la definizione del rischio cardiovascolare. Il risultato del rischio deve essere inserito nella piattaforma regionale del rischio cardiovascolare.

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Assicurare la collaborazione per la riconversione del programma di screening cervicale, inclusi gli aspetti di comunicazione e formazione.	Operatori aziendali formati.
2. Tutte le aziende che garantiscono i prelievi per HPV-DNA test di primo livello	Dotare gli ambulatori di prelievo delle dotazioni come da nota trasmessa dalla DCS
3. Tutte le aziende che garantiscono i prelievi per HPV-DNA test di primo livello: Collaborano alla realizzazione della logistica di trasporto dei campioni	Logistica di supporto realizzata secondo indicazioni DCS

al laboratorio unico secondo le indicazioni della DCS	
4. Tutte le Aziende che attualmente refertano pap-test di screening di primo livello: garantire la tempestiva lettura dei pap-test primari fino a transizione di programma avvenuta	Lecture dei pap-test primari presso le sedi di attuale competenza fino a transizione del programma ultimata (>80% dei pap test refertati entro 21 giorni dalla data di prelievo)
5. 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
6. 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Percentuale di inviti inesitati <math>\leq 1,5\%</math></li> <li>- Formale individuazione, con trasmissione alla DCS entro 30 giorni dall'approvazione definitiva delle presenti linee, di un referente amministrativo in ogni distretto</li> <li>- Report alla DCS entro il 31.12.2019 con le azioni intraprese ai fini del contenimento del fenomeno</li> </ul>
7. Continuare a garantire le sedi per l'erogazione dello screening mammografico accertando la permanenza dei requisiti per l'installazione dell'unità mobile e garantendo l'accessibilità da parte delle persone (barriere architettoniche, igiene dei locali, rispetto della privacy, decoro...)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Requisiti check-list DCS rispettati</li> <li>- Collaborazione negli eventuali sopralluoghi di controllo</li> </ul>
8. Tutte le aziende con unità senologica: garantire che i radiologi certificati svolgano sia la lettura del test mammografico di screening sia la gestione del percorso di approfondimento diagnostico dei casi richiamati	Lettura del primo livello e gestione del percorso di approfondimento diagnostico da parte di radiologi certificati
9. Tutte le aziende con unità senologica: garantire la tempestiva e 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"> <li>- Tempi di attesa per approfondimenti di secondo livello <math>&lt; 0 = 20</math> gg da esito positivo della mammografia di primo livello</li> <li>- Percentuale di casi di secondo livello chiusi correttamente <math>\geq 95\%</math></li> <li>- Tempo di attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella <math>&lt; 0 = a</math> gg 30</li> <li>- Percentuale di early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso"/totale dei casi chiusi dall'unità senologica inferiore al 10%</li> </ul>
10. Tutte le aziende con servizio di endoscopia: - garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica (in particolare la codifica del	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Percentuale di cartelle correttamente compilate <math>\geq 95\%</math></li> <li>- Tempo di attesa per colonscopia di</li> </ul>

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	approfondimento di secondo livello < o = 30 giorni
---	--

### 3.1.4. Gli screening neonatali (Programma II PRP)

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Diffusione e applicazione di una procedura regionale per lo screening neonatale audiologico ed oftalmologico con aggiornamento del PDTA, per lo screening neonatale metabolico esteso, per l'identificazione precoce della fibrosi cistica e dell'emoglobinopatia nella popolazione a rischio.	Evidenza del report al Burlo sulla diffusione e applicazione delle procedure, ad esclusione dell'identificazione precoce della fibrosi cistica, per il quale si attendono indicazioni regionali.

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. 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 90% delle scuole dovranno esser raggiunte dalla proposta di aderire alla rete Scuole che promuovono salute (SHE).
2. 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 50 % delle scuole a livello regionale. Le progettualità dovranno esser inserite in banca dati PROSA

### 3.1.7. Promozione dell'attività fisica (Programma V PRP)

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Sviluppo di progetti di attività fisica rivolti alla popolazione adulta	Report su quanto realizzato al 31/12/2019. Le progettualità dovranno esser inserite in banca dati PROSA
2. Diffusione delle opportunità di attività fisica presenti sul territorio attraverso il sito regionale (invecchiamentoattivo.fvg)	L'Azienda promuove l'iscrizione al sito invecchiamentoattivo.fvg da parte delle associazioni che hanno attività in convenzione per istituire un catalogo di offerta di attività fisica.

**3.1.8. Prevenzione degli incidenti stradali (Programma VI PRP)**

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Consolidamento di interventi e iniziative finalizzati alla prevenzione degli incidenti stradali	Sono garantite le attività di diffusione delle iniziative di comunicazione e informazione alla popolazione e amministratori

**3.1.9. Prevenzione degli incidenti domestici (Programma VII PRP)**

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Consolidamento di interventi e iniziative finalizzati alla prevenzione degli incidenti domestici	Diffusione del report DCS sull'attività svolta negli anni precedenti nei territori di loro competenza (scuole, associazioni, enti, ecc.) Report da inviare alla DCS

**3.1.10. 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:
1. Partecipare alle fasi V e VI del progetto "Prodotti Finiti FVG" che prevedono: - V fase: la definizione di un modello di scheda per la valorizzazione (pesatura) dei prodotti finiti; - VI fase: la stima delle risorse impiegate per ogni prodotto finito	Presenza di un modello di scheda di valorizzazione condivisa a livello regionale e vistata dal responsabile scientifico del progetto Almeno il 90% dei questionari inviati dal gruppo di progetto dovranno essere correttamente compilati dagli operatori dei dipartimenti di prevenzione intervistati
2. SIAN/VET: partecipare alla formazione degli auditor e al programma di mantenimento della qualifica	Almeno 50 auditor ufficiali formati (regionale complessivo)
3. 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 (sistema gestione sicurezza lavoro) da parte auditori regionali e avvio della fase realizzativa

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

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Mantenere un'adeguata vigilanza nei settori edile e agricolo secondo i parametri definiti a livello nazionale	5% delle aziende vigilate: - Edilizia: l'attività di vigilanza nei cantieri deve essere finalizzata al raggiungimento del 12% dei cantieri notificati l'anno precedente (224 cantieri per il 2019).

	<p>In caso di significative variazioni incrementali, si dovrà raggiungere almeno il numero dei cantieri vigilati nell'anno 2018.</p> <p>- Agricoltura: vigilare 128 aziende agricole a livello regionale (per ASUIUD almeno 22 aziende)</p>
--	---

### 3.1.12. 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:
1. 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"> <li>- Report sui lavoratori a rischio cardiovascolare globale</li> <li>- Offerta di percorsi per smettere di fumare</li> </ul>
2. Realizzare interventi di immunizzazione degli operatori sanitari per la prevenzione e il controllo delle infezioni prevenibili da vaccino.	Il controllo dell'immunizzazione e vaccinazione per malattie prevenibili con vaccino (morbillo, -parotite, -rosolia, -varicella, pertosse, influenza) è inserito nei protocolli di sorveglianza sanitaria di tutti gli operatori sanitari, compresi lavoratori atipici e del servizio civile, operanti all'interno di strutture aziendali e volontari ospedalieri (vedi linea 3.1.15)
3. Adottare e applicare le nuove LLGG regionali sulla tubercolosi	Evidenza della applicazione delle Linee Guida regionali sulla tubercolosi

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Studi di sorveglianza OKKIO alla Salute e HBSC	Collaborare agli studi di sorveglianza ed alla restituzione dei risultati emersi
2. Studi di sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento	Dare continuità agli studi di sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. 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 e della "Cabina di Regia" di cui al Decreto in°	Evidenza di partecipazione al "Gruppo Tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali e alla "Cabina di Regia".

695/SPS del 19.05.2017.	
2. Sorveglianza delle acque potabili. Mappatura dei pozzi privati utilizzati nell'ambito delle imprese alimentari.	Proseguire la mappatura dei pozzi che approvvigionano gli stabilimenti riconosciuti (Reg. 852/853) e le imprese alimentari.
3. Ogni azienda sanitaria provvede alla nomina di nuovi ispettori Reach/CLP tra il personale che ha partecipato al percorso di formazione/addestramento.	Almeno 3 ispettori per ASUIUD e AAS3 (comunicazione alla Direzione Centrale Salute) <b>(per ciascuna azienda)</b>
4. Ogni Azienda Sanitaria garantisce un numero di controlli coerenti con il piano nazionale annuale dei controlli in materia di REACH/CLP, per quanto attiene target group e tipologia di sostanze controllate.	Almeno 3 controlli per ASUIUD e AAS3 <b>(per ciascuna azienda)</b>

### 3.1.15. Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive, inclusa la resistenza antimicrobica (Programma XIII PRP 2018-2019) e piano nazionale di contrasto alle resistenze antimicrobiche 2017-2020 (PNCAR).

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Realizzare interventi di immunizzazione dei volontari ospedalieri per la prevenzione e il controllo delle infezioni prevenibili da vaccino	E' adottato e applicato un protocollo vaccinale per i volontari ospedalieri per il controllo dell'immunizzazione e la vaccinazione per malattie prevenibili con vaccino (morbillo, -parotite, -rosolia, -varicella, pertosse, influenza) comprendente altresì misure per il controllo e la prevenzione della tubercolosi secondo Linee guida regionali. (vedasi anche linea 3.1.12)
2. Garantire l'offerta attiva e gratuita delle vaccinazioni assicurando il proseguimento delle campagne vaccinali già avviate e quelle di nuova introduzione (in particolare l' herpes zoster negli anziani)	Miglioramento delle coperture vaccinali dell'infanzia e dell'adolescenza: - esavalente - MMR ( 1^ e 2^ dose) Offerta attiva della vaccinazione anti herpes zoster nei 65enni con l'obiettivo di copertura del 35%
3. Veterinari implementazione regionale del Sistema Informativo Nazionale della Farmacosorveglianza Ricetta Veterinaria Elettronica (SINF-RE) (entro il 2019): - autorizzazione detenzione scorta - formazione interna per l'utilizzo dell'applicativo SINF-RE - anagrafe ministeriale centralizzata delle strutture	Evidenza di almeno il 90% delle autorizzazioni (detenzione/ scorta) tramite SINF-RE già autorizzate in cartaceo. Evidenza della attività formativa al fine di utilizzare sistematicamente l'applicativo SINF-RE. Evidenza dell'inserimento/ aggiornamento nel SINF-RE delle anagrafiche delle strutture PET.

PET	
4. Tutti gli ospedali partecipano ai programmi di sorveglianza delle ICA (infezioni correlate all'assistenza), con evidenza di monitoraggio degli indicatori regionali.	Indicatori regionali monitorati (Vedi linea 3.6. RETE CURE SICURE FVG)

### 3.1.16. Comunicazione del rischio e gestione delle emergenze

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Applicare il protocollo regionale sull'assistenza sanitaria alle persone migranti ed inviare i dati di attività	Report mensile
2. Garantire la formazione dei propri operatori sull'antimicrobial stewardship	In ogni azienda almeno il 25% di medici prescrittori formati (Vedi linea 3.6. RETE CURE SICURE FVG)
3. Diffondere a tutti gli operatori sanitari la reportistica regionale sulle resistenze batteriche	Report inviato in formato elettronico a tutti gli operatori sanitari coinvolti in prescrizione e somministrazione di farmaci (Vedi linea 3.6. RETE CURE SICURE FVG)

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

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
1. Garantire la partecipazione degli operatori dedicati al percorso formativo programmato a livello regionale sull'allattamento al seno	80% operatori dedicati formati in ogni Azienda
2. 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, secondo le modalità operative in essere di cui alla DGR 2350/2018
3. 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 2019 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 10% delle gare d'appalto di PA e Enti in corso nel 2019
4. Prosegue l'attività di verifica della presenza/offerta di sale iodato negli esercizi di vendita e nella ristorazione collettiva (Item inserito nella programmazione del Controllo Ufficiale).	La verifica dovrà essere effettuata almeno nel 70% dei controlli svolti sugli esercizi di vendita e nella ristorazione collettiva

**3.1.18. Sicurezza alimentare, salute e benessere animale**

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
<p>1. Garantire la partecipazione degli operatori al percorso formativo programmato a livello regionale sui MOCA (Materiali/oggetti a contatto con alimenti).</p> <p>Redigere una procedura condivisa per l'attività di controllo ufficiale</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 70% degli operatori SIAN formati.</li> <li>- Partecipazione di referenti di ogni SIAN alla redazione della procedura condivisa</li> </ul>
<p>2. Ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi contenuti nel Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare e nutrizionale 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 2018</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- n. interventi ispettivi per settore programmati per il 2019 = 465 per SIAN e n. 338 (91 ispezioni e 247 sedute di macellazione) interventi ispettivi in stabilimenti riconosciuti (853) e 153 interventi ispettivi in stabilimenti registrati (852) programmati per il 2019 per VET</li> <li>- il n. audit per settore programmati = 6 per SIAN e 11 audit in stabilimenti riconosciuti (853) e 04 audit in stabilimenti registrati (852) programmati per il 2019 per VET</li> <li>- n. di campionamenti di alimenti e di valutazioni del rischio programmati = 120 per SIAN e 185 per VET</li> <li>- n. dei controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN = 4 controlli</li> </ul>
<p>3. Effettuare i controlli sulla condizionalità come da convenzione con il MIPAAF/AGEA</p>	<p>Effettuare il 100% dei controlli previsti per gli atti di interesse della condizionalità e inserire le evidenze ed i verbali in BDN</p>
<p>4. Rafforzare gli interventi 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.</p> <p>Evidenza di una relazione finale dettagliata. Tale relazione dovrà riportare, il numero di PPL registrate ed il numero di ispezioni, un'analisi critica con punti di forza e debolezza del Progetto rilevate sul territorio. La relazione dovrà altresì riportare il dettaglio delle attività eseguite su:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- carni suine e avicunicole</li> <li>- carni di specie diverse</li> <li>- prodotti lattiero caseari di malga</li> <li>- vegetali, confetture, conserve, prodotti da forno, erbe aromatiche, prodotti dell'alveare, vegetali</li> </ul>

	fermentati, lumache, ecc...
5. Potenziare 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 2019
6. 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	Allevamenti della coorte individuati dal Piano regionale da controllare al fine di richiedere lo status di Regione indenne: almeno 14 allevamenti.
7. 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	Interventi di controllo sul rispetto del benessere animale richiesti dal PRISAN 2019: 22 allevamenti.
8. 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 (3% = 8 controlli)
9. 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

### 3.2. ASSISTENZA DISTRETTUALE E ASSISTENZA SOCIOSANITARIA

#### 3.2.1 ASSISTENZA DISTRETTUALE

3.2.1.1 Assistenza primaria	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Verifica del livello di raggiungimento degli obiettivi definiti negli AAIRR	1. Rispetto della tempistica prevista negli AAIRR e rendicontazione relativa alla DCS
2. Ricognizione dello stato di attuazione dei CAP e dei Presidi ospedalieri per la salute a livello regionale e delle prospettive di orientamento dei servizi finalizzate al miglioramento della presa in carico della cronicità	2. Mappatura organizzativa e di funzionamento dei CAP aziendali e dei Presidi ospedalieri per la salute (nr. e tipologia del personale dipendente e convenzionato dedicato, orari di apertura, descrizione delle attività svolte e relativi volumi, dotazioni strumentali) e obiettivi raggiunti in termini di follow up o presa in carico delle persone affette da patologie croniche. Invio di un report al 31.12.2018 entro il 30.06.2019.
3. Coordinamento a livello regionale delle attività degli uffici aziendali deputati alla gestione dei rapporti con i professionisti convenzionati	3. Invio entro il 30.04.2019 di un report annuale al 31.12.2018 sullo stato di attuazione degli Accordi integrativi regionali, secondo un format condiviso con i Servizi aziendali e inviato dalla DCS; invio di

	analogo report semestrale, entro il 31.07.2019.
4. Informatizzazione di tutte le sedi aziendali di continuità assistenziale per permettere a tutti i MCA la registrazione informatica delle prestazioni erogate e delle informazioni sanitarie a garanzia della continuità delle cure sull'apposito applicativo messo a disposizione da Insiel.	4. Attivazione di idonee postazioni informatiche presso ciascuna sede aziendale di continuità assistenziale entro il 30.06.2019.

### 3.2.1.2 Attività distrettuali a supporto delle cure di lungo termine

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Partecipazione dei referenti aziendali al gruppo tecnico che supporta la definizione e l'implementazione delle politiche, strategie e attività nell'area della cronicità in tutte le classi di età	1. Evidenza della partecipazione
2. Istituzione di un gruppo aziendale dedicato all'implementazione di reti assistenziali per la presa in carico di persone di tutte le età che necessitano di cure a lungo termine.	2. Report che riporta il censimento dei servizi/attività/PDTA/reti esistenti al 31.12.2018 in relazione al Piano nazionale della cronicità, entro il 30.06.2019.

### 3.2.1.2.1 Diabete mellito

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Gestione integrata del diabete in coerenza con la DGR 1676/2015: realizzare iniziative di incontro ed audit con MMG in ambito distrettuale/AFT al fine di valutare le performance individuali e di gruppo e gli scostamenti dai valori definiti dalle linee guida di riferimento	Evidenza della trasmissione alla DCS del report sulle attività svolte
Effettuare la mappatura dell'offerta diabetologica aziendale con evidenza delle criticità	Evidenza della trasmissione del report entro ottobre 2019
Effettuare la mappatura dell'offerta diabetologica aziendale dedicata al piede diabetico con evidenza delle criticità	Evidenza della trasmissione del report entro ottobre 2019
Mappatura dell'offerta diabetologica pediatrica aziendale con evidenza delle criticità	Evidenza della trasmissione del report entro ottobre 2019
Applicare il documento revisionato dal tavolo tecnico regionale Programma di educazione terapeutica rivolto al soggetto diabetico in particolare per l'organizzazione dei campi residenziali	Evidenza della trasmissione del report relativo entro ottobre 2019

<b>Rete regionali per il diabete</b>	<b>Partecipazione dei professionisti ai gruppi di lavoro per la creazione e formalizzazione delle reti regionali per il diabete</b>
--------------------------------------	---

<b>3.2.1.2.2 Scompenso cardiaco</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Creazione di una rete aziendale per la presa in carico e la gestione dello scompenso cardiaco	1. Evidenza dei servizi e dei percorsi relativi alla presa in carico e alla gestione dei soggetti con SC in tutti i setting di cura (domicilio – assistenza primaria – assistenza distrettuale – ospedale per acuti)

<b>3.2.1.2.3 BPCO</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>1. Partecipazione dei referenti aziendali al gruppo tecnico per la condivisione e l'eventuale revisione del documento regionale propedeutico all'attivazione di una rete aziendale per la presa in carico e la gestione della BPCO coerente con i contenuti del documento stesso</p> <p>2. Creazione di una rete aziendale per la presa in carico e la gestione della BPCO</p>	<p>1. Evidenza della partecipazione</p> <p>2. Evidenza dei servizi e dei percorsi relativi alla presa in carico e alla gestione della BPCO in tutti i setting di cura (domicilio – assistenza primaria – assistenza distrettuale – ospedale per acuti) anche in coerenza alle attività di cui alla linea 3.5.1 "Insufficienze d'organi e trapianti"</p>

<b>3.2.1.2.4 Sindromi dementigene</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Partecipare al tavolo di lavoro finalizzato 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)	E' garantita la partecipazione dei referenti clinici aziendali

<b>3.2.1.3 Riabilitazione</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>1. Partecipare al gruppo di lavoro sul Piano Regionale della Riabilitazione</p> <p>2. Monitorare le attività del gruppo integrato neuromuscolare (GIN)</p> <p>3. Partecipare all'organizzazione evento formativo</p>	<p>1. Evidenza della partecipazione dei professionisti individuati agli incontri regionali</p> <p>2. Invio reportistica sulle attività del gruppo integrato neuromuscolare (GIN)</p> <p>3. Messa a disposizione dei professionisti per</p>

<p>sul PDTA per la sclerosi multipla</p> <p>4. Attivare e avviare il monitoraggio PDTA Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA)</p> <p>5. Partecipare al gruppo di lavoro per l'avvio dei lavori sul PDTA riabilitazione oncologica.</p>	<p>l'evento formativo sul PDTA per la sclerosi multipla</p> <p>4. Messa a disposizione professionisti per monitoraggio PDTA.</p> <p>5. Messa a disposizione dei professionisti individuati</p>
---	--

#### 3.2.1.4 Assistenza Protesica

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Partecipare ai gruppi di lavoro finalizzati alla revisione dei percorsi di assistenza protesica e alla formazione dei professionisti sanitari	<p>- E' garantita la partecipazione dei professionisti alla revisione dei percorsi regionali.</p> <p>- <b>Attuazione delle nuove procedure di erogazione dell'assistenza protesica e attivazione dei percorsi semplificati stabiliti da nuove linee di indirizzo regionali</b></p>

#### 3.2.1.5 Superamento della contenzione

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Dare attuazione alla DGR n. 1904/2016.	Invio di un report di monitoraggio al 31.12.2019 del fenomeno della contenzione in tutte le strutture sanitarie e socio-sanitarie/assistenziali

### 3.2.2 ASSISTENZA SOCIOSANITARIA

#### 3.2.2.1 Anziani non autosufficienti

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Strutturare il percorso di accesso alle RSA coerentemente alle indicazioni regionali per tipologia di ricovero e durata della degenza	Evidenza dell'attività

#### 3.2.2.1.1 Processo di riclassificazione delle strutture residenziali per anziani già funzionanti

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Proseguire il processo di riclassificazione delle residenze per anziani già autorizzate al funzionamento (titolo X del D.P.Reg. 144/2015).	Attuare 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

**3.2.2.1.2 Sistema di VMD Val.Graf.-FVG e procedure di accesso nelle residenze per anziani convenzionate**

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
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 secondo le disposizioni normative vigenti.	Evidenza dell'utilizzo del sistema di VMD Val.Graf.-FVG. per tutti i nuovi accoglimenti
Definizione delle procedure di accesso nelle residenze per anziani convenzionate	Definizione di procedure uniformi e condivise, sulla base degli indirizzi regionali, per l'ingresso nelle strutture residenziali convenzionate

**3.2.2.1.3 Sistema di finanziamento**

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
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	Mantenimento dell'applicazione delle regole transitorie definite dalla Regione rispetto al contributo abbattimento retta e al riconoscimento degli oneri sanitari attraverso convenzionamento
Assegnazione dei posti letto convenzionabili aggiuntivi, attribuiti a ciascuna Azienda con DGR n. 1828 del 05/10/2018	Nessuna attività per l'anno 2019

**3.2.2.1.4 Monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani**

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Verifica e approfondimento dei percorsi avviati di monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizzazione di almeno due visite di audit approfondite presso le residenze per anziani</li> <li>- Trasmissione alla DCS di una relazione illustrativa delle attività di monitoraggio e promozione della qualità svolte nell'anno precedente entro il I semestre 2019.</li> </ul>

**3.2.2.1.5 Flussi e sistemi informativi**

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Assolvimento degli obblighi informativi e utilizzo degli strumenti di VMD Val.Graf.-FVG	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilizzo sistematico dello strumento VMD Val.Graf.-FVG e dei sistemi informativi e-GENeSys e SIRA-FVG</li> <li>- Assolvimento dei debiti informativi verso la Regione</li> </ul>

**3.2.2.1.6 Sperimentazioni "Abitare possibile" e "Domiciliarità innovativa"**

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Sostenere ed incentivare lo sviluppo delle sperimentazioni "Abitare possibile" e "Domiciliarità innovativa" di cui alla DGR 671/2015 e DGR 2089/2017, attivate nel proprio territorio aziendale.	Collaborare con gli enti locali per la prosecuzione dei progetti di "Abitare possibile" e "Domiciliarità innovativa"

**3.2.2.1.7 Sperimentazione screening popolazione anziana fragile e servizio telesoccorso**

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adozione del regolamento regionale relativo all'attivazione e gestione del servizio di presa in carico di tele assistenza domiciliare "sicuri a casa"</li> <li>2. Sperimentazione Progetto PRISMA 7</li> <li>3. Estensione del progetto PRISMA 7 a tutte le AAS e ASUI della regione.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Recepimento del regolamento regionale con atto formale entro il 31.12.2019</li> <li>2. e 3. Mantenimento delle attività previste dal protocollo in uso</li> </ol>

**3.2.2.2 Disabilità**

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Valutazione degli utenti dei servizi residenziali e semiresidenziali	Raggiungere almeno il 70% dell'utenza in carico che è stata valutata (anche tenendo conto delle valutazioni già effettuate negli anni precedenti)

**3.2.2.2.1 Fondo gravissimi**

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Attuazione del regolamento emanato con DPR 247/2009	Attività di accertamento e segnalazione alla Direzione Centrale dei casi di gravissima disabilità, in collaborazione con gli Ambiti distrettuali, fornendo tutta la documentazione necessaria alla valutazione.

**3.2.2.2.2 Fondo SLA**

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
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.
--	--

### 3.2.2.2.3 Vigilanza servizi semiresidenziali e residenziali sociosanitari destinati a persone con disabilità

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Proseguire le attività di vigilanza e controllo dei servizi residenziali e semiresidenziali destinati all'accogliimento delle persone con disabilità	Effettuare l'attività di vigilanza e controllo su almeno il 30% dei servizi/strutture collocati sul territorio di competenza

### 3.2.2.2.4 Dopo di noi

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Garantire gli interventi 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".	Monitoraggio e prosecuzione dei percorsi avviati nel 2018

### 3.2.2.2.5 Autismo

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Partecipazione dei referenti aziendali al Tavolo tecnico sull'autismo.	Evidenza della partecipazione.

### 3.2.2.3 Minori

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
1. Supporto al processo di riclassificazione delle strutture residenziali e semiresidenziali	1. Il Dipartimento di Prevenzione parteciperà alle attività regionali di riclassificazione
2. Partecipare/collaborare al processo di presa in carico integrata dei minori accolti in strutture residenziali e semiresidenziali	2. Evidenza di un protocollo operativo condiviso con gli ambiti distrettuali coerente con le linee regionali sulla presa in carico integrata dei minori in strutture residenziali e semiresidenziali, che ne definisca modalità e tempi
3. Ridurre il numero dei minori inviati fuori regione.	3. Evidenza delle attività di coordinamento tra le Aree Materno Infantili dei Distretti e gli ambiti distrettuali per l'individuazione delle modalità operative volte a favorire al riduzione del numero di minori inseriti presso strutture extraregione

<b>3.2.2.4 Salute mentale</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
1. Miglioramento dell'integrazione tra cure primarie e specialistiche con particolare riferimento alla presa in carico dei disturbi mentali comuni	1. Evidenza di percorsi integrati tra cure primarie e DSM e di interventi formativi
2. Definizione di un percorso aziendale congiunto (NPIA, DSM, PLS e MMG) per la definizione della fase di transizione delle cure dai servizi per l'età evolutiva ai servizi per l'età adulta	2. Invio in Direzione entro il 31.12.2019 del percorso aziendale congiunto NPIA, DSM, PLS e MMG per la definizione della fase di transizione delle cure
3. Utilizzo dello strumento BIS nell'ambito di programmi terapeutico riabilitativi per l'età evolutiva	3. Invio in Direzione entro il 31.12.2019 di un report con l'evidenza di programmi attivati presso ogni NPIA e/o Distretto
4. Miglioramento e valutazione dell'impiego della metodologia del BIS nei DSM (età adulta), nell'ambito del Capitolo unico Regionale per la cogestione e coprogettazione di BIS con gli Enti del Terzo Settore	4. Partecipazione ai Tavoli Tecnici Regionali e all'attività formativa prevista, degli operatori già individuati dai DSM, avvio attività di valutazione degli esiti con individuazione del profilo di salute dei beneficiari dei PTRI con BIS.
5. Condivisione tra i diversi DSM regionali delle attività relative al percorso terapeutico e riabilitativo delle persone in contatto con i Servizi, in una prospettiva di massima personalizzazione degli interventi e sviluppo di empowerment da parte dei destinatari degli stessi	5. Adozione dello strumento unico regionale a supporto del percorso terapeutico abilitativo personalizzato (di prossima informatizzazione)
6. Attuazione del Piano salute mentale infanzia, adolescenza ed età adulta (DGR 732/2018) per i disturbi psichici gravi all'esordio e per le acuzie psichiatriche in adolescenza	6. Definire un percorso aziendale condiviso, secondo quanto definito dal Piano (evidenza documentale)

<b>3.2.2.5 Disturbi del comportamento alimentare</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
1. Operatività dei Centri Diurni 2. Operatività dell'Osservatorio epidemiologico.	1.a Operatività assicurata sia per quanto attiene i minori e l'età adulta 1.b Evidenza del report con volumi di attività e identificazione del referente aziendale e dell'equipe funzionale 2. Evidenza della reportistica relativa all'attività DCA assicurata nei confronti degli adulti

<b>3.2.2.6 Cure palliative e terapia del dolore</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
1. Consolidamento dell'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 (ai Medici dei servizi di Continuità assistenziale e al 118)	Assistenza garantita h 24 7 giorni su 7 (con pronta disponibilità notturna) con evidenza dell'organizzazione e dell'attività svolta mediante relazione semestrale da inviare alla DCS entro luglio 2019 e gennaio 2020
2. Revisione dei criteri di accesso alla rete delle cure palliative da parte di un gruppo tecnico regionale	Partecipazione al gruppo tecnico regionale degli esperti aziendali identificati dalle singole Aziende e approvazione dei criteri entro il primo semestre del 2019 e successiva applicazione
3. Monitoraggio della registrazione degli accessi di assistenza domiciliare per cure palliative nel sistema informativo con codifica ICD9	Redazione di report semestrale da inviare alla DCS entro luglio 2019 e gennaio 2020
4. Miglioramento delle modalità di presa in carico del paziente in cure palliative, in coerenza con le indicazioni della DGR 165/2016. Costituzione di un gruppo tecnico di lavoro a livello regionale	Partecipazione al gruppo regionale dei professionisti aziendali che si occupano di cure palliative con l'obiettivo di definire un sistema informativo omogeneo per la registrazione e rilevazione dei dati
5. Percentuale di malati oncologici deceduti a domicilio	Uguale o superiore al 75%
6. Criteri di priorità della visita algologica	Vengono adottati i criteri di priorità della prima visita algologica, garantendone la fruibilità agli utenti tramite Call Center e prenotazione online, entro il 31.3.2019
7. Adottare le codifiche ambulatoriali e di ricovero di terapia antalgica definite nel corso del 2018	Le codifiche di terapia antalgica ambulatoriali e di ricovero, definite nel 2018, sono utilizzate dal 2° semestre 2019
8. Rispetto dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni di terapia del dolore	E' garantito il rispetto dei tempi di attesa per prima visita algologica ambulatoriale con priorità B e D in almeno il 75% dei casi, a partire dal secondo semestre 2019
9. Attivazione della reperibilità algologica h 24 - 7 giorni su 7 o di analogo modello organizzativo centralizzato su base regionale nelle ASUI e AAS sedi di centro Hub	E' garantita la reperibilità h 24 - 7 giorni su 7 attraverso il percorso dell'urgenza algologica strutturato con il PS che prevede l'invio dell'utente all'anestesista reperibile h24

<b>3.2.2.7 Consulteri familiari</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
1. Implementazione del percorso gravidanza fisiologica a gestione ostetrica	1. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avvio in tutti i distretti aziendali dell'ambulatorio per la gestione della gravidanza fisiologica a gestione ostetrica</li> <li>• Strutturazione dei corsi di accompagnamento alla nascita in collaborazione tra il setting territoriale e quello ospedaliero</li> </ul>
2. Implementazione dell'offerta della visita domiciliare ostetrica in puerperio nelle situazioni di fragilità	2. Strutturazione di un'offerta specifica per le situazioni di fragilità e report con evidenza delle visite domiciliari
3. Promozione del tema della donazione del cordone ombelicale e del ruolo delle vaccinazioni infantili nell'ambito dei corsi di accompagnamento alla nascita	3. Evidenza di materiale che attesti la presentazione dei temi (locandine corsi, etc..)
4. Implementazione di percorsi aziendali per la donna in età post fertile	4. Evidenza documentale del percorso aziendale
5. Analisi di approfondimento delle gravidanze in età precoce e i neonati esposti	5. Evidenza di protocolli aziendali condivisi tra distretto e ospedale di accompagnamento e dimissioni per le gravidanze in età precoce e i neonati esposti
<b>Adozioni</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
1. Partecipazione al Tavolo regionale per l'adozione nazionale e internazionale	1. Evidenza di partecipazione dei referenti aziendali
2. Implementazione dell'offerta di informazione e formazione in collaborazione con gli Enti Autorizzati EE.AA., la Scuola e il Tribunale per i Minorenni	2. Evidenza di attivazione attraverso report con dati relativi all'anno 2019
3. Analisi e implementazione dei processi di monitoraggio e valutazione dei percorsi adottivi di maggiore criticità	3. Evidenza dei processi di monitoraggio e valutazione attraverso report e dati relativi all'anno 2019
4. Analisi della casistica di fallimento adottivo.	4. Report sulla tematica dei fallimenti adottivi esito del percorso aziendale e regionale.

<b>3.2.2.8 Sanità penitenziaria</b>	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Realizzazione di eventi formativi congiunti tra	1. Evidenza della realizzazione di almeno n. 1

personale sanitario e penitenziario finalizzati al miglioramento della comunicazione su obiettivi comuni, portando l'attenzione sulla gestione dei detenuti con bisogni sanitari complessi	evento aziendale di formazione congiunta realizzato al 31.12.2019 (indicazione del personale formato e verifica della soddisfazione dei partecipanti)
2. Sviluppo della telemedicina in carcere	2. Almeno n. 1 progettualità di telemedicina innovativa sviluppata a favore dei detenuti (descrizione del progetto e indicazione degli interventi effettuati al 31.12.2019): verifica di fattibilità per trasmissione/lettura per ECG effettuati presso la Casa Circondariale di Udine
3. Miglioramento della 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.	3. Intervento organizzativo individuato per la presa in carico dei detenuti con bisogni complessi (descrizione dell'intervento e rilevazione dei casi presi in carico al 31.12.2019). Mantenimento delle modalità in essere in coordinamento tra i diversi setting.

### 3.2.2.9 Superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Presa in carico delle persone internate in REMS da parte delle equipe multiprofessionali dei CSM di residenza.	<p>Predisposizione e invio all'autorità giudiziaria competente, entro 45 giorni dalla data di ingresso delle persone in REMS, dei PTRI finalizzati all'adozione di soluzioni diverse dalla REMS.</p> <p>Revisione organizzativa per l'accesso alla REMS anche attraverso il convenzionamento con altre aziende sanitarie</p>

### 3.2.2.10 Dipendenze

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Collaborazione con l'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Partecipazione dei referenti del gruppo tecnico operativo ad almeno il 70% delle riunioni indette dall'Osservatorio sulle Dipendenze</li> <li>2. Invio e validazione dei dati per i flussi informativi regionali raccolti dell'osservatorio</li> <li>3. Rendicontazione delle azioni previste dal Piano operativo GAP 2017</li> <li>4. Report con l'esito di almeno 3 indicatori di outcome relativi agli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale</li> <li>5. Report con l'esito di 3 indicatori di outcome</li> </ol>

	<p>relativi all'esito dei trattamenti in capo al SSR per rispondere alle problematiche relative alla dipendenza, quali drop-out e follow - up</p> <p>6. Report rispetto ai soggetti under 25 anni afferenti ai servizi rispetto quantità e problematiche all'accesso</p>
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
Realizzazione di una sperimentazione dell'uso del budget personale.	Report su sperimentazione budget personale
Diffusione dell'offerta di testing per le malattie infettive correlate all'uso di sostanze stupefacenti negli utenti che afferiscono ai Servizi per le dipendenze	Almeno il 70% di testati sui testabili
Ridurre di almeno il 10% le persone inviate nelle strutture residenziali extraregionali	Relazione sul numero di invii nelle strutture per la terapia riabilitativa della dipendenza, con evidenza del dettaglio delle strutture di invio e motivazione espressa per gli invii fuori regione.

### 3.2.4 Odontoiatria pubblica

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Garantire a tutti i cittadini accessibilità, continuità ed efficacia delle cure attraverso la razionalizzazione dei servizi, l'adeguatezza strutturale e strumentale e la condivisione di procedure e protocolli a garanzia della qualità e della sicurezza delle cure erogate.	<p>1. Evidenza del conseguimento dei seguenti indicatori:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>ogni centro erogatore deve fornire almeno 1400 prestazioni /anno</b></li> <li>- media aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra &gt; 1.5; <b>deve raggiungere tale valore per le aziende che nel 2018 hanno raggiunto una media compresa tra 1.0 e 1.5 e deve raggiungere il valore di almeno 1.3 nelle Aziende la cui media nel 2018 è risultata &lt; 1</b></li> <li>- media aziendale annua di prestazioni/riunito &gt; a 1400;</li> <li>- mantenimento percentuale aziendale di visite sul totale delle prestazioni erogate (valore raggiunto nel 2018= 31,9%) <b>nel caso in cui sia stato raggiunto l'obiettivo 2018 (in caso contrario riduzione del 5% rispetto al valore anno 2018).</b></li> </ul> <p>2. Evidenza della comunicazione trimestrale al coordinamento regionale</p>

	<p>3. Evidenza dell'attivazione della cartella clinica nei tempi definiti dalla programmazione regionale</p> <p>4. Mantenimento dell'attività presso la casa circondariale</p> <p>5. Riorganizzazione delle sedi con presenza di almeno due riuniti per sede</p> <p>6. Evidenza dell'avvio dell'attività dell'ambulatorio di protesi totale entro il primo semestre del 2019</p>
--	--

### 3.3. ASSISTENZA FARMACEUTICA E ASSISTENZA FARMACEUTICA

Tetti spesa farmaceutica	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
<p>Spesa farmaceutica</p> <p><b>Tetto per la spesa farmaceutica per acquisti diretti (farmaceutica ospedaliera, diretta e DPC) = 6,69 % del FSR;</b></p> <p><b>Tetto acquisto diretto gas medicinali (ATC V03AN) = 0,2% Tetto per la spesa farmaceutica convenzionata = 7,96 % del FSR. Nello specifico i vincoli di spesa fissati a livello regionale per il 2019 sono riepilogati</b></p>	<p>Rispetto dei tetti fissati <b>a livello nazionale</b> per la:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- spesa farmaceutica per acquisti diretti pari al 6.89% del FSR (farmaceutica ospedaliera, diretta, DPC)</li> <li>- Acquisto diretto gas medicinali pari allo 0.2%</li> <li>- Spesa farmaceutica convenzionata pari al 7.96% del FSR.</li> </ul> <p><b>Rispetto dei vincoli regionali: monitoraggio mensile indicatori linee di gestione a cura della DCS</b></p>

3.3.2. Appropriata prescrivibilità	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
<p>Inviare 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 2019 (in particolare per oncologici, immunologici, farmaci per l'epatite C, terapie intra-vitreali, farmaci del PHT_DPC, equivalenti, IPP, ecc)</p>	<p>Invio alla DCS da parte delle Aziende di due relazioni semestrali (entro 31/08/2019 e 28/02/2020) da cui si evincano:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 3 obiettivi assegnati alle U.O aziendali relativi a setting specialistici ad alto impatto di spesa</li> <li>- 3 obiettivi assegnati alle UO aziendali/MMG di continuità assistenziale/appropriatezza</li> <li>- Azioni intraprese per le categorie principali.</li> </ul>

3.3.4. Appropriata prescrivibilità. Indicatori in ambito territoriale	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
<p>Relativamente ai medicinali a brevetto scaduto e alla prescrizione di antibiotici sono riportati i target per il</p>	<p>Rispetto dei target 2019 di cui alla tab. 1 sottoriportata</p>

2019.	
<b>I target sui medicinali a brevetto scaduto potranno eventualmente essere aggiornati con nota DCS non appena disponibili gli ultimi dati nel portale AIFA/MEF nonché in funzione di nuove scadenze brevettuali ovvero di associazioni fisse presenti sul mercato.</b>	

Tab. 1

CLASSE	% media FVG (gen-ago 2018)	Dato parziale ASUIUD 2018	% target nazionale a cui tendere
C08CA - Derivati diidropiridinici	91,0%	94,3%	92,1%
C09BA - ACE inibitori e diuretici	93,9%	92,7%	95,3%
N03AX - Altri antiepilettici	94,0%	94,4%	98,7%
N06AX - Altri antidepressivi	77,2%	72,5%	80,8%

INDICATORE	% media FVG 2017	dato ASUIUD 2018	target a cui tendere
Incidenza di sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (antiipertensivi)	37,95%	42,36%	<= 30%
Consumo pro capite di farmaci inibitori di pompa protonica: unità posologiche pro capite	28,06	27,21%	<= 25 up pro cap
INDICATORE	valore aziendale 2017	dato parziale ASUIUD 2018	target (valore 2016)
Consumo di antibiotici sul territorio DDD 1000 res. pes.die	14,68	14,85	14,46
Consumo di antibiotici in età pediatrica DDD 1000 res. pes.die	13,56	13,72	13,56

### 3.3.5. Biosimilari

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Indicatori per categorie di medicinali in cui è	Evidenza dell'invio alla DCS di due relazioni semestrali (entro il 31/08/2019 e 28/02/2020) su format

disponibile l'alternativa biosimile	individuati dalla DCS da cui si evincano: le attività svolte, i percorsi attivati con i prescrittori ed i monitoraggi effettuati per i singoli ambiti (ospedaliero, domiciliare, residenziale e semiresidenziale)
-------------------------------------	---

### 3.3.6. Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Ottimizzazione e monitoraggio della DPC e della diretta Erogazione dei medicinali da parte delle strutture sanitarie (diretta e primo ciclo a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale) secondo la DGR 12/2018	Evidenza dell'invio di due report semestrali sull'attività svolta <b>nell'ambito della DPC e della distribuzione diretta</b> entro il 31.08.19 e il 28.02.20 Evidenza dell'accordo per l'erogazione del I ciclo con la Casa di Cura Policlinico Città di Udine entro il 31.8.2019.

### 3.3.7. Rapporto con le Aziende Farmaceutiche e Biomedicali

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Adottare specifiche disposizioni organizzative relativamente alle attività d'informazione svolte dalle Aziende farmaceutiche e del settore dei dispositivi medici verso tutti gli operatori sanitari al fine di favorire comportamenti uniformi, coerenti a principi di trasparenza anche con riferimento ad eventuali conflitti di interesse	Predisposizione ed adozione regolamento aziendale entro il 31.12.2019

### 3.3.8. Assistenza integrativa

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
1. La dispensazione dei dispositivi medici di cui all'allegato 2 del DPCM 12 gennaio 2017 è garantita in forma diretta secondo le disposizioni della DGR n. 1783 del 22.09.2017, punto 8.e. A tal fine le aziende sanitarie implementano i relativi percorsi. 2. Nelle more della completa attuazione di quanto previsto dalla DGR 12/2018 relativamente agli ausili per diabetici, le Aziende garantiscono modalità di acquisizione e di erogazione che favoriscano l'efficienza del SSR.	1. Implementazione/messa a regime della distribuzione diretta dei dispositivi medici di cui all'allegato 2 del DPCM 12 gennaio 2017 2. <b>Nelle more della completa attuazione di quanto previsto dalla DGR 12/2018 relativamente agli ausili per diabetici, le Aziende garantiscono modalità di acquisizione e di erogazione che favoriscano l'efficienza del SSR</b>

### 3.3.9. Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
<p><u>Registri AIFA e recupero rimborsi.</u></p> <p>Per la prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA dovrà essere assicurata la registrazione di tutti i dati richiesti (anche con particolare riferimento ai medicinali innovativi), nel rispetto delle indicazioni autorizzate e dei criteri di eleggibilità definiti dall'AIFA, al fine di assicurare appropriatezza d'uso e consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing. La richiesta del farmaco dovrà sempre essere accompagnata dalla scheda di registrazione paziente nel registro.</p>	<p>Evidenza dei monitoraggi/controlli effettuati/percorsi aziendali per la risoluzione di eventuali criticità.</p> <p>Assicurare l'invio delle Richieste di Rimborso secondo le modalità definite da AIFA per tutti i farmaci con accordo MEA.</p>
<p><u>Cartella oncologica informatizzata</u></p> <p>La cartella oncologia informatizzata dovrà essere implementata relativamente ai campi: diagnosi/sede, protocollo/farmaco, stadiazione con un grado di completezza pari ad almeno il 95% dei pazienti.</p>	<p>Mantenimento delle performance aziendali: Implementazione dei campi obbligatori per il 95% dei pazienti (2 rilevazioni: al 30.6 e al 31.12)</p> <p>(dato aziendale a novembre 2018: 97%)</p>
<p><u>Prescrizioni personalizzate PSM iter elettronico</u></p> <p>Per le Aziende servite dalla logistica centralizzata, la copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM dovrà essere garantita per il 90% delle confezioni destinate alla distribuzione diretta nominale erogate mediante lo stesso applicativo, anche al fine di consentire un puntuale monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e la promozione dei medicinali acquisiti centralmente da ARCS</p>	<p>Mantenimento delle performance aziendali: % delle confezioni erogate in distribuzione diretta nominale hanno una prescrizione effettuata con il sistema PSM - iter elettronico <math>\geq 90\%</math></p> <p>(Dato aziendale 2018: 90,8% rapporto ottenuto rapportando numero confezioni con prescrizione personalizzata erogate con iter elettronico sul totale di confezioni con prescrizione personalizzata erogate con PSM)</p>
<p><u>Prescrizione informatizzata dei piani terapeutici</u></p> <p>Tutte le Aziende garantiranno il ricorso (prima prescrizione e rinnovi) alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici implementati/disponibili a sistema, tramite l'applicativo PSM-PT, in almeno il 65% 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. farmaci per l'infertilità o ormone della crescita per Burlo).</p>	<p>Evidenza del rispetto del target atteso: % di ricorso alla prescrizione informatizzata tramite applicativo PSM-PT per tutti i pazienti: <math>\geq 65\%</math></p> <p>(Dato aziendale gen-ago 2018: 64,66%)</p>

<p>Nel favorire l'implementazione di tale sistema informatizzato sarà inoltre assicurato il controllo dei piani terapeutici ed il rispetto delle note limitative AIFA.</p>	
<p><b>Flussi informativi farmaceutica</b></p> <p>Implementazione, verifiche e controlli di congruenza dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese, da parte dei responsabili individuati, 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 assicurata, 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, nonché l'inserimento a sistema del codice targatura (&gt; 99% confezioni) in fase di erogazione diretta dei medicinali (applicativo PSM).</p> <p>Le Aziende e l'ARCS danno riscontro ad eventuali approfondimenti richiesti dalla Direzione Centrale, anche su istanza Ministero della Salute, entro 15 giorni dalle comunicazioni.</p>	<p>Evidenza delle verifiche dei dati entro il 10 di ogni mese</p> <p>Mantenimento delle performance aziendali:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Integrale copertura fase 3/fase 2 (&gt; 99,5% della spesa negli ambiti previsti).</li> <li>- Inserimento codice targatura in fase di erogazione diretta dei medicinali (&gt; 99%).</li> </ul> <p>Riscontro entro 15 giorni agli approfondimenti richiesti o segnalazioni inviate.</p> <p>(dati 2018: targatura superiore al 99,59%, copertura fase 3/fase 2 superiore al 99%)</p>

<b>3.3.10. Farmacovigilanza</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
<p>Gli Enti del SSR assicurano la partecipazione dei sanitari interessati e il supporto alle attività organizzative.</p>	<p>Evidenza della partecipazione alle progettualità avviate dalla DCS e alle attività formative organizzate dalla stessa (partecipazione incontri periodici, stato di avanzamento progetti affidati dalla DCS).</p>
<p>Nell'ambito della progettualità pluriennale avviata nel 2018 (Farmacisti in ospedale/territorio) con il coinvolgimento di tutte le Aziende sanitarie, gli Enti del SSR dovranno garantire la partecipazione agli incontri periodici del gruppo di Coordinamento e l'invio della relazione scientifica e della rendicontazione secondo le tempistiche stabilite dalla convenzione in essere.</p>	<p>Partecipazione agli incontri periodici del gruppo di Coordinamento del progetto ed evidenza della relazione scientifica e della rendicontazione: secondo le tempistiche della convenzione in essere.</p>
<p>Partecipazione ai tre nuovi moduli FAD da parte dei Responsabili di farmacovigilanza e dai loro collaboratori (da loro individuati) al fine di</p>	<p>Evidenza di partecipazione da parte di tutti gli operatori sanitari individuati</p>

migliorare la qualità delle informazioni inserite in RNF.	
Gli Enti dovranno assicurare azioni per incentivare la segnalazione on-line.	Aumento del 5% di segnalazioni on-line rispetto alla modalità cartacea al 31/12/2019.

### 3.4 ACCREDITAMENTO

3.4. Accredimento	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
1. Partecipazione attiva al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti 2. Partecipazione al programma di accreditamento nazionale degli organismi tecnicamente accreditanti 3. Garanzia del funzionamento dell'OTA FVG	<b>1. Gli enti del SSR consentono a ognuno dei propri dipendenti inseriti nell'elenco regionale dei valutatori dell'accreditamento di partecipare ai sopralluoghi per almeno 5 giornate, secondo le indicazioni della Direzione centrale salute</b> 2. Messa a disposizione dei professionisti appartenenti alle aree professionali indicate dalla Direzione centrale salute, da avviare al percorso formativo dei valutatori dell'accreditamento 3. E' garantita la partecipazione dei dipendenti inseriti nell'elenco nazionale dei valutatori dell'accreditamento alle attività organizzate dal Ministero della salute e dall'Agenas 4. E' garantita la partecipazione dei dipendenti componenti dell'OTA regionale alle attività previste dalla D.G.R. n. 2220/2015 e dal Decreto n. 1899/2017.

### 3.5. ASSISTENZA OSPEDALIERA

3.5.1. Insufficienze d'organo e trapianti	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
<u>Cuore</u>	
1. Ottimale utilizzo degli organi prelevati in regione presso il Centro trapianti. 2. Realizzazione del percorso formativo per la gestione dei pazienti portatori di VAD	1. Sono utilizzati almeno l'85% degli organi prelevati in regione (diretti o in scambio con altre regioni). 2. E' realizzato il percorso formativo ed è assicurata la partecipazione di almeno 2 operatori
<u>Fegato</u>	
1. Garantire la diffusione del PDTA "Alterazione enzimi epatici" 2. Potenziamento del programma Trapianti di	1. Evidenza dell'aggiornamento del PDTA aziendale trapianto di fegato con integrazione del percorso "Alterazione enzimi epatici" e diffusione del documento

Fegato	ai vari livelli dell'organizzazione 2a. Iscrizione in lista trapianto, presso il centro trapianti dell'ASUIUD di 40 pazienti di cui 8 residenti 2b. Sono utilizzati almeno l'85% degli organi prelevati
<u>Pancreas</u>	
Riduzione del tasso di amputazioni maggiori per diabete (casi per milione di residenti) (valore medio regionale 2017 di 30,08 x milione – fonte Bersaglio).	Al di sotto di 28 casi per milione di residenti
<u>Polmone</u>	
1. Partecipazione alla revisione/stesura del PDTA regionale sulla BPCO da parte dei professionisti coinvolti	1. Partecipazione alla revisione/stesura del PDTA regionale sulla BPCO, assicurando la presenza del CRT
2. Riduzione del tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti di 50-74 anni (valore medio regionale 2017 del 66,99 per 100.000 residenti – fonte Bersaglio).	2. Al di sotto di 55 per 100.000 residenti di 50-74 anni.
3. Aumento dell'appropriatezza di utilizzo dell'ossigenoterapia domiciliare	3.1 E' esteso tutti i proscrittori aziendali l'utilizzo del piano terapeutico informatizzato 3.2 Condivisione dei criteri aziendali di prescrizione 3.3 Verifica delle modalità di somministrazione (liquido o concentrato) <b>3.4 Aumento dell'appropriatezza di utilizzo dell'ossigenoterapia domiciliare (riduzione maggiore del 10% della spesa rispetto al valore 2017)</b>
<u>Rene</u>	
1. Attivazione del percorso formativo di 2° livello sul PDTA "Malattia renale cronica stadi I-III e IV-V".	1. Evidenza della partecipazione al percorso formativo di 2° livello sul PDTA "Malattia renale cronica stadi I-III e IV-V"
2. Potenziamento della dialisi peritoneale, dei trapianti e dell'emodialisi domiciliare	2. Riduzione dei pazienti in emodialisi presso i centri dialisi al di sotto del 52% del totale (trapiantati + emodializzati + in dialisi peritoneale. Valore regionale 2017 54,34%)
3. Potenziamento del programma Trapianti di rene	3a) 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 3b) Revisione dei meccanismi operativi aziendali per

	l'aumento dei casi di trapianto
<b>Tessuti oculari</b>	
1. Mantenimento del programma di donazione cornee 2. Mantenimento del numero di trapianti di cornea	1. >= numero prelievi anno 2017 (63 espianti) 2. >= numero trapianti anno 2017 (19 trapianti)
<b>Donazione d'organi e altri tessuti</b>	
1. Avvio dell'attività di prelievo d'organi da paziente con accertamento del decesso con criteri cardiologici	1. Sono predisposti i setting operativi per l'avvio dell'attività di prelievo (almeno 3 casi nel 2019)
2. Implementazione delle segnalazioni secondo indicatori standard	2.1 donatori effettivi/decessi per lesione cerebrale acuta (> 16-25%) 2.2 numero di accertamenti - AMC = (donatori utilizzati + opposizioni + procurati) / decessi per lesione cerebrale acuta (> 21-40%)
<b>Attività CRT</b>	
Tenere evidenza documentale, per ogni programma trapianto di: - Responsabile programma trapianto - Responsabile équipe chirurgica - Responsabile clinico della gestione pre e post e follow up - Responsabile gestione liste d'attesa - Volumi minimi di attività - Standard di qualità	Vi é evidenza del modello documentale per ogni programma di trapianto (sistema delle responsabilità e meccanismi operativi)

<b>3.5.2. Emergenza urgenza</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
<b>Ictus</b>	
1. Mantenimento dell'attività di Trombolisi endovenosa/endoarteriosa	1. Mantenimento attività 2018
2. Misurazione dei tempi intercorrenti fra <i>triage in pronto soccorso, allertamento-TAC e TAC-trombolisi venosa</i>	2. Evidenza della strutturazione della modalità di misurazione dei tempi
3. Utilizzo del database informatizzato per la raccolta di tutte le valutazioni con NIHSS, indice di Barthel (BI) e mRS pre e post evento in tutti i pazienti con ictus, in almeno l'85% degli episodi di ricovero con DRG 14 o codici ICD-9-CM relativa a:	3.1 Evidenza dell'utilizzo del database, a seguito della messa a disposizione a livello regionale 3.2 Evidenza delle valutazioni con NIHSS, indice di Barthel (BI) e mRS pre e post evento in almeno l'85% degli episodi di ricovero con DRG 14 o codici ICD-9-CM

430.x, 431.x, 432.x, 433.x1, 434.x1, 436.x, 437.3, 438.x, 784.3 (afasia).	relativa a: 430.x, 431.x, 432.x, 433.x1, 434.x1, 436.x, 437.3, 438.x, 784.3 (afasia) (Report ultimo trimestre anno).
4. Evidenza dell'informazione alla cittadinanza: (es opuscolo/volantino, video, eventi, ecc.) sui segni/sintomi da non sottovalutare per anticipare la chiamata di soccorso e rendere tempestivi i soccorsi in caso di ictus.	4. Predisposizione di materiale informativo.
<u>Emergenze cardiologiche</u>	
1. Compilazione della scheda STEMI (PACS Emodinamica) 2. Attivazione della tele-radiologia Hub & Spoke per le sindromi aortiche acute 3. Implementazione di una scheda di valutazione dello storm aritmico	Le attività verranno assicurate in coerenza alle indicazioni regionali: 1. Evidenza della compilazione delle 4 variabili >95% delle schede 2. E' attivo il percorso verso gli ospedali spoke di competenza ( <b>vedi linea 4.1</b> ) 3. La scheda viene compilata per > 95% dei casi inseriti a sistema (periodo dal 1 luglio al 31 dicembre)
<u>Trauma</u>	
1. Trattamento della Frattura di femore entro 48H 2. Riduzione dei tempi di trattamento di tutta la traumatologia	1. Trattamento della frattura di femore entro 48h in almeno il 70% dei casi (anno 2018=68,5% - fonte PNE) 2.a Evidenza della riduzione della degenza media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – ricoveri urgenti (criterio Bersaglio C5.18.1) (valore aziendale 2018= 2,4%) 2.b Evidenza della riduzione dell'attesa media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – accessi in PS e ricoveri programmati (criterio Bersaglio C5.18.2) (valore aziendale 2018= 6,9%)
<u>Pronto soccorso ed urgenza emergenza</u>	
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, 2. Aumentare la percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore	1. Valore atteso >=65% Valore aziendale anno 2018=64% 2. Valore atteso regionale: >=75% Valore aziendale anno 2018 = 78%

### 3.5.3. Reti di patologia

Obiettivo aziendale:

Risultato atteso:

Malattie rare

Ogni rete di gruppo nosologico deve: 1. Produrre almeno 1 percorso assistenziale 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 2019 e pulizia dei casi che sono usciti dal sistema)	E' assicurata l'attività di coordinamento con evidenza di: 1. Almeno 1 PDTA condiviso e realizzato entro il 31 dicembre 2019 2. Inserimento del 100% dei casi in prevalenza al 30 novembre 2019 e invio alla DCS di un report di attività
<u>Malattie reumatiche</u>	
1. Formalizzazione del documento di indirizzo sulla terapia con farmaci biologici (obiettivo condiviso con le farmacie aziendali e servizio farmaceutico regionale), ed evidenza della diffusione a tutti i professionisti coinvolti anche nell'ambito della medicina convenzionata. 2. Utilizzo dello strumento informatizzato per l'appropriatezza prescrittiva.	1. Stesura e diffusione del documento di indirizzo, sulla base dei contenuti di quello condiviso con la Regione, con i diversi operatori sanitari e con l'Associazione dei Malati Reumatici del Friuli Venezia Giulia. 2. Evidenza dell'utilizzo dello strumento informatizzato con la stesura di report semestrali.
<u>Insufficienza cardiaca cronica</u>	
Riduzione del tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti di 50-74 anni	Valore atteso: <200 Stima 2018= 150
<u>Infettivologia</u>	
Le strutture di Microbiologia e virologia sono attivabili sulle 24H 365 die/anno.	La struttura di Microbiologia è attivabile sulle 24H 365 die/anno.

**3.5.4. Pediatria**

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Supporto di Gruppi multidisciplinari regionali per patologia	Partecipazione ai Gruppi multidisciplinari per le diverse linee programmatiche identificate a livello regionale
Predisporre una Carta dei servizi specifica per l'assistenza in età pediatrica e adolescenziale, secondo le modalità previste dall'Accordo Stato Regioni del 21 dicembre 2017, rep atti n. 248.	E' predisposta una Carta dei servizi specifica per l'assistenza in età pediatrica e adolescenziale
Formazione: promuovere attività formative relative alle tematiche oggetto di progettualità per il 2019 (trasporto pediatrico, onco-ematologia, malattie nefrologiche, malattie infiammatorie croniche intestinali, diabete, malattie neuromuscolari, cure palliative).	Evidenza della promozione/organizzazione di attività formative

<b>3.5.5. Percorso nascita</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Gravidanza fisiologica a gestione ostetrica e Integrazione territorio-ospedale	Vedi Linea 3.2.2.7
Parto analgesia Migliorare nell'ambito dell'offerta farmacologica e non il controllo del dolore in travaglio e parto	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evidenza di una Carta dei servizi specifica per il percorso nascita con le informazioni previste dalla DGR 1083/2012 relative ad ogni Punto nascita aziendale, ivi compresa l'offerta di parto-analgesia</li> <li>- Visibilità nel sito aziendale dell'offerta relativa al percorso nascita, ivi comprese le tecniche di controllo del dolore in travaglio/parto;</li> <li>- Evidenza di una procedura aziendale condivisa a livello multiprofessionale per la parto-analgesia farmacologica e non e il monitoraggio post partum</li> <li>- Evidenza dell'attivazione corsi aziendali di formazione specifica e sula campo sulla parto-analgesia farmacologica e non, rivolti a tutte le figure professionali coinvolte</li> <li>- <b>monitoraggio delle attività e delle eventuali complicanze</b></li> </ul>
Tagli cesarei primari Percentuale di tagli cesarei primari	<p>Valore atteso: &lt;=25%</p> <p>Valore aziendale anno 2018 = 17,7%</p>
Trasporto STAM e STEN Monitorare l'attività di trasporto in emergenza materno e neonatale con gli indicatori di cui al Decreto 1733/2016	Evidenza del report annuale inviato alla DCS
Formazione Promuovere programmi di formazione per gli operatori di sala parto, per gli operatori del 118 che svolgono il servizio di STAM e per le ostetriche che seguono il percorso gravidanza a basso rischio a gestione ostetrica	Evidenza dell'attività formativa programmata

<b>3.5.6. Sangue ed emocomponenti</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Autosufficienza in emocomponenti ed emoderivati e la sicurezza e la qualità della trasfusione e contribuirà alla compensazione nazionale	<p>Partecipazione alle diverse linee di lavoro regionali riguardanti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Piano annuale di produzione anche con riferimento alla raccolta del plasma per il frazionamento industriale con mantenimento dell'accessibilità ai centri di raccolta</li> </ul>

	<p>sangue e plasma della provincia in un numero di ore almeno pari a quello del 2018</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sicurezza e appropriatezza trasfusionale: mantenimento del monitoraggio da parte del COBUS e consolidamento della prescrizione informatizzata (sistema Emoword)</li> </ul>
--	--

### 3.5.7. Erogazione dei livelli di assistenza

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Contenimento del tasso di ospedalizzazione	Tasso atteso 125 x mille
Riduzione del numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica, ricorrendo anche ad un maggiore utilizzo del day service	<p>Valore atteso: &lt;=20% per gli adulti e &lt;= 40% per i pediatrici sul 2° semestre 2019</p> <p>Valore aziendale anno 2018 per gli adulti =35%, per i pediatrici =59%</p>
Riduzione della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni	<p>Valore atteso: &lt;=4% sul 2° semestre 2019</p> <p>Valore aziendale anno 2018 =7%</p>
Effettuare i controlli di appropriatezza delle prestazioni effettuate dagli erogatori pubblici e privati, secondo il piano dei controlli regionale	Evidenza dell'attività di controllo sull'attività di ricovero

### 3.6. RETE CURE SICURE FVG

#### Rete cure sicure FVG

Obiettivo aziendale:	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")	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sono individuate le figure coinvolte nella Rete Cure Sicure FVG in numero e con professionalità, secondo il modello che verrà definito a livello regionale;</li> <li>- E' mantenuta l'attività di misurazione e verifica dell'adozione delle raccomandazioni ministeriali, attraverso il monitoraggio effettuato con le modalità richieste dall'AGENAS tramite il portale ministeriale;</li> <li>- E' revisionato, aggiornato ed inviato alla Regione l'elenco dei referenti aziendali dei flussi informativi istituzionali nazionali relativi al rischio clinico;</li> <li>- Sono svolte le attività per l'implementazione degli eventi formativi in tema di "cure sicure" secondo le indicazioni regionali.</li> </ul>
Programma "Antimicrobial Stewardship"	- Vi è evidenza dell'avvenuta diffusione e condivisione dei report regionali sul consumo di antibiotici e sulle

	<p>resistenze batteriche nelle SOC ospedaliere, distrettuali e AFT (vedi anche linea 3.1.16)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Riduzione del consumo (DDD) di cefalosporine, di chinolonici (ospedale e territorio) e carbapenem (ospedale)</li> <li>- Vi è evidenza della programmazione e realizzazione di corsi specifici rivolti ai medici ospedalieri e MMG sul tema della lettura dell'antibiogramma e sulla prescrizione antibiotica mirata secondo le indicazioni regionali (vedi anche linea 3.1.16);</li> <li>- Vi è evidenza dell'adozione e della diffusione delle linee di indirizzo regionali per la gestione delle infezioni in ambito pediatrico secondo le indicazioni regionali;</li> <li>- Vi è evidenza dell'adozione delle "Linee regionali per il riconoscimento precoce e la gestione della sepsi associata alle pratiche assistenziali" tramite il monitoraggio degli indicatori riportati nel documento;</li> <li>- Vi è evidenza della partecipazione dei referenti aziendali al processo di revisione dei documenti regionali sulla gestione delle infezioni nell'adulto;</li> <li>- Vi è evidenza della partecipazione dei referenti aziendali al processo di valutazione delle attività di stewardship aziendali mediante l'analisi dell'aderenza agli standard definiti nell'ambito del programma regionale;</li> <li>- Sono programmati incontri con le associazioni di volontariato al fine di coinvolgere i cittadini sul tema dell'uso appropriato degli antibiotici;</li> <li>- Vi è evidenza della partecipazione al programma regionale di coinvolgimento dei MMG sul tema dell'Antimicrobial Stewardship</li> </ul>
<p>Programma "Controllo delle infezioni correlate all'assistenza"</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- E' effettuata una simulazione di evento epidemico (preparedness) che abbia coinvolto le unità operative di Pronto Soccorso e di Terapia Intensiva;</li> <li>- E' effettuata la rilevazione, secondo metodo HALT, mirata a stimare la prevalenza di infezioni correlate all'assistenza in una casa di riposo per distretto sanitario secondo le indicazioni regionali;</li> <li>- E' effettuata la PPS biennale in ambito ospedaliero secondo le indicazioni regionali;</li> <li>- Vi è evidenza della partecipazione dei referenti aziendali all'attività di aggiornamento dei documenti regionali già esistenti sul controllo delle infezioni</li> </ul>

	<p>correlate all'assistenza;</p> <p>- E' effettuata la sorveglianza sulle infezioni del sito chirurgico e sulla compliance alle raccomandazioni dei comportamenti dei blocchi operatori secondo le indicazioni regionali</p>
Programma "Sicurezza del farmaco":	<p>- Vi è evidenza dell'invio della reportistica periodica destinata ai medici di medicina generale secondo le indicazioni regionali;</p> <p>- E' valutato l'adeguamento alle indicazioni regionali sulla gestione degli elastomeri;</p> <p>- E' mantenuta l'attività di misurazione e verifica dell'applicazione delle raccomandazioni ministeriali relative alla "sicurezza del farmaco" attraverso il monitoraggio effettuato con le modalità richieste dall'AGENAS tramite il portale ministeriale</p> <p><b>- Riduzione del consumo di inibitori di pompa protonica a meno di 25 unità posologiche procapite (diretta + convenzionata e dpc)</b></p>
<b>Rete cure sicure FVG</b>	<b>Avvio del programma per la corretta gestione della nutrizione e dell'idratazione nelle case di riposo</b>

### 3.7. PROMOZIONE DELLA SALUTE NEGLI OSPEDALI E NEI SERVIZI SANITARI: LA RETE HPH

<b>Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
<p>Proseguimento della strutturazione della Rete HPH FVG e avvio a progetti riguardanti le seguenti 3 tipologie di soggetti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- personale dipendente</li> <li>- pazienti</li> <li>- cittadini</li> </ul>	<p>Partecipazione alle diverse linee di lavoro regionali riguardanti:</p> <p>Personale dipendente</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- benessere soggettivo e dimensioni psico-fisiche:</li> </ul> <p>Pazienti</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- astensione del fumo di tabacco in fase peri-operatoria</li> </ul> <p>Cittadini</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- promozione dell'attività fisica e della sana alimentazione presso le sedi dell'assistenza ospedaliera e territoriale.</li> </ul>

**3.8. RAPPORTO CON I CITTADINI**

<b>3.8.1. Tempi d'attesa</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Rispettare i tempi d'attesa per la specialistica ambulatoriale e i ricoveri per interventi chirurgici programmati	<p>Specialistica ambulatoriale:</p> <p>% di prestazioni monitorate prescritte in priorità B ed erogate entro 10 gg <math>\geq 95\%</math></p> <p>% di prestazioni monitorate prescritte in priorità D ed erogate entro 30 gg se visite oppure 60 gg se diagnostiche <math>\geq 90\%</math></p> <p>% di prestazioni monitorate prescritte in priorità P ed erogate entro 180 gg <math>\geq 85\%</math></p> <p>Ricoveri per interventi programmati:</p> <p>% di interventi chirurgici monitorati e prescritti con priorità A che rispettano i tempi d'attesa <math>\geq 95\%</math></p> <p>% di interventi chirurgici monitorati e prescritti con priorità B, C e D che rispettano i tempi d'attesa <math>\geq 90\%</math></p>
Monitorare i tempi d'attesa	L'Azienda rispetta i tempi per la trasmissione dei monitoraggi ministeriali (ALPI e attività istituzionale)
Le agende dell'ASUIUD e delle strutture private accreditate presenti sul suo territorio sono configurate per la prenotazione on line	Le agende verranno progressivamente adeguate alla prenotazione on line secondo le indicazioni dell'ARCS
Rispettare il rapporto tra attività libero professionale e istituzionale	Il rapporto tra i volumi erogati sarà costantemente monitorato
Rispetto dei livelli di prenotabilità per le prestazioni	Evidenza della prenotabilità a CUP regionale delle prestazioni in entrambi i setting (istituzionale e l.p.)
Interventi per il contenimento delle liste d'attesa	Sviluppo di meccanismi operativi per il governo dell'offerta
Libera professione intramoenia	Sospensione della libera professione intra-moenia ai medici delle strutture che non hanno reso disponibili a CUP regionale tutte le agende di prenotazione delle visite/prestazioni
LR 7/2009 per l'abbattimento delle liste d'attesa per le strutture private accreditate	Invio alla DCS della rendicontazione sulle modalità di utilizzo del finanziamento attribuito con L.R. 7/2009 per l'abbattimento delle liste d'attesa
Adottare il Programma Attuativo Aziendale di governo delle liste d'attesa, in coerenza con il Piano Regionale e Nazionale	E' definito il Programma Attuativo Aziendale entro 60 giorni dall'approvazione del Piano Regionale di Governo delle liste di attesa

**3.8.2. Innovazione nella gestione delle terapie**

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Semplificare il percorso di cura dei pazienti	Valutazione dei setting organizzativi in cui introdurre innovazioni che, a parità di efficacia terapeutica, riducano il disagio dei pazienti e dei loro familiari, anche in collaborazione con AAS3 e il sistema informativo regionale

**3.8.3. Rapporto con pazienti e familiari nelle attività di ricovero**

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Mantenere le modalità di gestione dei rapporti con i pazienti e i loro familiari nel corso delle attività di ricovero, avviate a partire dal 2017.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- E' garantita l'apertura dei reparti di terapia intensiva e semi-intensiva con accesso senza limite di tempo e orario a un care giver per volta (fa eccezione la necessità di isolamento)</li> <li>- E' garantita la presenza del care giver in corso di visita nei reparti di degenza per i pazienti che abbisognano di un supporto per comprendere ciò che viene eseguito sulla propria persona</li> <li>- E' garantito il contatto telefonico dopo la dimissione da un intervento chirurgico o da altre tipologie di trattamento (recall)</li> <li>- E' individuato il medico responsabile della gestione del ricovero del paziente</li> </ul>

**4. IL SISTEMA INFORMATIVO****Riorganizzazione dei servizi ICT**

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Censimento dei principali Servizi ICT a supporto della funzionalità ed organizzazione delle Aziende e redazione di un Piano di riorganizzazione.	Redazione del piano di riorganizzazione, propedeutico all'attuazione della LR 27/2018 di ridefinizione dell'assetto aziendale

**Revisione sistemi**

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Partecipazione ai gruppi di lavoro (Gestione Risorse Umane, Gestione contabilità) Individuazione siti pilota, configurazione e avviamento siti	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evidenza della partecipazione al 90% degli incontri</li> <li>- Collaborazione e sviluppo delle attività in coerenza alle indicazioni regionali</li> </ul>

<b>Cartella clinica</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
- Partecipazione ai gruppi di lavoro - Individuazione siti pilota, configurazione e avviamento siti	- Evidenza della partecipazione al 90% degli incontri - Collaborazione e sviluppo delle attività in coerenza alle indicazioni regionali

<b>Ricetta dematerializzata</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Completamento della ricetta dematerializzata	Farmaceutica >90%

<b>Firma digitale</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Firma digitale	Referti ambulatoriali per interni ed esterni > 95% Laboratorio e microbiologia >98% Radiologia > 98% Lettera di dimissione > 98% Pronto soccorso >98%
Produzione e trasmissione Patient Summary da parte dei mmg/pls	Produzione e trasmissione Patient Summary attivato > 80% dei mmg/pls
Garantire la tracciabilità (biffatura su applicativo GECCO) sull'avvenuta presa visione dell'informativa rispetto al trattamento dei dati personali di base; la singola biffatura è valida nell'ambito dell'anagrafica degli assistiti regionale	100% degli accessi

<b>Sicurezza informatica</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
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 – (Regolamento UE 2016/679).	Adozione del Piano aziendale Evidenza dell'attuazione del Piano aziendale in coerenza alla DGR 1909 del 19/10/2018.

<b>Rinnovamento SIASI</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
<u>SALUTE MENTALE:</u> Individuazione del sito pilota e pianificazione estensione alle altre aziende Configurazione e avviamento del sistema nel sito pilota Estensione del sistema ad altre due aziende	Collaborazione e sviluppo delle attività in coerenza alle indicazioni regionali
<u>ASSISTENZA TERRITORIALE:</u> predisposizione dei requisiti per capitolato tecnico	Evidenza della partecipazione al 90% degli incontri

<b>Regolamento europeo GDPR n. 679/2016 e D.lgs. 196/2003 come modificato dal D.lgs. 101/2018</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Partecipazione obbligatoria del Direttore Generale / Commissario, Direttore Amministrativo / <b>Vicecommissario amministrativo</b> , Direttore Sanitario / <b>Vicecommissario straordinario</b> al corso sul trattamento dei dati personali realizzato dalla DCS.  Predisposizione delle informative per le ditte esterne in accordo all'art. 28 del GDPR 679/2017.	Evidenza della partecipazione al corso  50% entro 31.05.2019 85% entro 30.10.2019 100% entro 31.12.2019

<b>Gestione dell'attività sanitaria in ambito ospedaliero</b>	
Obiettivo Aziendale:	Risultato atteso:
Potenziamento, revisione ed estensione delle integrazioni dei sistemi clinico sanitari	Evidenza della collaborazione alle attività
Normalizzazione della gestione delle credenziali, individuazione ed attivazione sistema Single Sign on	
Revisione del sistema CUS con particolare attenzione alla scheda medica elettronica (linea 3.5.2)	
Sviluppo e operatività del sistema di tele refertazione per Second Opinion in radiologia pediatrica (linea 3.5.4)	
Implementazione della prescrizione trasfusionale informatizzata (linea 3.5.6)	

**Gestione dell'attività sanitaria in ambito di assistenza distrettuale**

Obiettivo Aziendale:	Risultato atteso:
Collegamento informatico presso tutte le sedi aziendali (ob. 4 linea 3.2.1.1)	Evidenza della collaborazione alle attività
Piattaforma di connessione con la medicina generale	
Avviamento del nuovo sistema di iscrizione ai MMG presso tutte le aziende del SSR	
Avviamento del sistema di logistica, gestione e distribuzione degli ausili, protesi e ortesi in fase di acquisizione dall'ARCS	
Avvio di un tavolo tecnico congiunto (DCS, Federfarma e MMG/PLS) per analizzare tutti i processi che possono diventare "paperless" attraverso l'utilizzo della ricetta dematerializzata	

**Gestione dell'attività sanitaria in ambito di assistenza socio sanitaria (ob. 5 linea 3.2.2.4)**

Obiettivo Aziendale:	Risultato atteso:
Adozione e configurazione di un unico strumento regionale per i DSM	Evidenza della collaborazione all'attività

**Gestione dell'attività della odontoiatria pubblica (linea 3.2.4)**

Obiettivo Aziendale:	Risultato atteso:
Supporto all'avviamento della cartella clinica elettronica entro il 31.01.2019	Revisione della tempistica da parte della DCS

**Potenziamento dell'infrastruttura per la Continuità Operativa**

Obiettivo Aziendale:	Risultato atteso:
Potenziamento delle reti geografiche e locali	Evidenza della collaborazione alle attività
Razionalizzazione dei data center aziendali	

**Sistema direzionale regionale**

Obiettivo Aziendale:	Risultato atteso:
Implementazione del Data Warehouse gestionale	Evidenza della collaborazione alle attività

Sviluppo del registro regionale dei dispositivi medici impiantabili

#### 4.1 SISTEMA PACS REGIONALE

Sistema PACS regionale	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
1. Rinnovo del sistema PACS regionale con aggiornamento delle sue componenti tecnologiche.	E' assicurato l'aggiornamento delle precondizioni impiantistiche e logistiche, fatte salve le programmazioni INSIEL E' garantito il supporto tecnico alle attività di installazione
2. 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	E' garantito il supporto tecnico e clinico nelle attività di messa a punto e collaudo dei sistemi di collegamento Spoke-Hub.
3. Collaudo presso un sito pilota della soluzione di integrazione SIO/PACS per la produzione di un referto multimediale in Radiologia, già testata in ambiente di prova e avvio della soluzione a livello regionale.	E' garantito il supporto tecnico e clinico per le attività di collaudo e avviamento secondo il programma che sarà redatto da ARCS d'intesa con INSIEL e con il fornitore PACS
4. Proseguimento dell'estensione sistema PACS all'intero ambito dell'endoscopia ambulatoriale (broncoscopia, cistoscopia, isteroscopia, ...) in relazione alle esigenze cliniche espresse dalle Aziende.	Entro marzo sono confermate le esigenze cliniche nei vari ambiti dell'endoscopia ambulatoriale ed è predisposto un piano di attuazione delle precondizioni tecnologiche per l'adozione dei profili di integrazione versus G2 e PACS Entro l'anno è attivato il flusso di integrazione versus G2 e PACS almeno per uno degli ambiti clinici individuati
5. 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.	Entro marzo è presentato un documento di richiesta motivata di moduli di post elaborazione da integrare nel sistema PACS regionale

**8.1 FORMAZIONE**

<b>Formazione</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<b>1. Accredimento di eventi FAD gestiti su piattaforma HTL.</b>	<b>1. Accredimento di n. 1 evento FAD entro il 30.09.2019;</b>
<b>2. Utilizzo della funzione "iscrizione on line" agli eventi</b>	<b>2. Utilizzo della funzione "iscrizione on line" per almeno 5 eventi RES entro il 30.11.2019</b>

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

### 3. LE PROGETTUALITÀ

#### 3.1 PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

<b>3.1.1. Tutela della salute della donna</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Veicolare nell'ambito del centro nascita il messaggio dell'importanza della vaccinazione infantile e dell'adozione di stili di vita sani.</p> <p>In collaborazione con il Comitato percorso nascita regionale sviluppare una proposta per diffondere l'informazione sull'importanza per la salute della donna e del bambino all'interno della visita preconcezionale.</p>	<p>Evidenza della promozione delle vaccinazioni da parte delle ostetriche e del personale del nido nel centro nascita.</p> <p>Evidenza della collaborazione con il Comitato percorso nascita per lo sviluppo di una campagna informativa regionale sull'importanza per la salute della donna e del bambino della visita preconcezionale.</p>
<p>Proseguire l'applicazione del modello di comunicazione per l'ambito materno infantile elaborato in collaborazione con la DCS nel corso del 2018</p>	<p>Creazione e diffusione di un'applicazione per donne e bambini</p>

<b>3.1.3. Gli screening oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia (Programma II PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>ASUITs: gestire la transizione del programma regionale di screening della cervice ad HPV-DNA assicurando presso il laboratorio unico regionale dell'Anatomia Patologica di ASUITs tutti gli esami di HPV-DNA primari e tutte le letture dei pap-test secondari.</p>	<p>Inviare presso l'Anatomia Patologica di ASUITs HPV-DNA primari e tutte le letture dei pap-test secondari</p>
<p>Continuare a partecipare alle attività della Breast Unit di ASUITs anche con le attività erogata da parte</p>	<p>Evidenza di partecipazione alle attività</p>

della genetica dell'Ircs	
Continuare screening cervice uterine di II livello e colposcopie.	Evidenza di attività svolta
Identificare i soggetti a rischio in età < 50 anni per carcinoma mammario/ovarico attraverso la costituzione di una rete con i 4 distretti a percorsi alternativi rispetto a quanto proposto dallo screening regionale.	Incontro (settembre 2019) per la definizione del percorso attuato. Almeno 10 donne per ogni distretto identificate e avviate al percorso valutazione del rischio

<b>3.1.4. Gli screening neonatali (Programma II PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Coordinare i lavori finalizzati alla diffusione e applicazione di una procedura regionale per lo screening neonatale audiologico ed oftalmologico con aggiornamento del PDTA, per lo screening neonatale metabolico esteso, per l'identificazione precoce della fibrosi cistica e dell'emoglobinopatia nella popolazione a rischio.	- Report di monitoraggio delle procedure adottate e delle attività effettuate predisposto ed inviato alla DCS - Coordinamento all'interno della Rete Pediatrica delle attività di tutte le Aziende Sanitarie
Fibrosi cistica: Avviare attività di screening di popolazione con Fibrosi Cistica	Screening avviato entro il 31/12/2019

<b>3.1.9. Prevenzione degli incidenti domestici (Programma VII PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
- Divulgare il report elaborato dalla DCS - Continuare nell'attività di sensibilizzazione della popolazione nella prevenzione degli incidenti domestici	- Inviare report a DCS su attività di divulgazione del materiale - Divulgazione di materiale informativo di sensibilizzazione, anche attraverso il sito web, nella prevenzione degli incidenti domestici

<b>3.1.12. Emersione e prevenzione delle malattie professionali in Friuli Venezia Giulia e promozione della salute nei luoghi di lavoro (Programma X PRP).</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Proseguire 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 - Offerta di percorsi per smettere di fumare

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizzare interventi di immunizzazione degli operatori sanitari per la prevenzione e il controllo delle infezioni prevenibili da vaccino.</li> <li>- Adottare e applicare le nuove LLGG regionali sulla tubercolosi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Il controllo dell'immunizzazione e vaccinazione per malattie prevenibili con vaccino (morbillo, -parotite, -rosolia, -varicella, pertosse, influenza) è inserito nei protocolli di sorveglianza sanitaria di tutti gli operatori sanitari, compresi lavoratori atipici e del servizio civile, operanti all'interno di strutture aziendali</li> <li>- LLGG regionali sulla tubercolosi applicate.</li> </ul>
--	--

<b>3.1.13. Miglioramento dei sistemi informativi e di sorveglianza (Programma XI PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Realizzare, in collaborazione con Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende del FVG, la raccolta dati periodica nelle scuole relativa al Progetto OKKIO alla Salute.</p> <p>Predisporre il report e restituire al personale Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende del FVG e delle scuole i risultati della rilevazione HBSC realizzata nel 2018</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Raccolta dati nelle scuole relativa al Progetto OKKIO alla Salute realizzata</li> <li>- Report con i risultati della rilevazione HBSC realizzata nel 2018 e inviarlo in DCS predisposto</li> <li>- Risultati della rilevazione HBSC realizzata nel 2018 restituiti al personale Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende del FVG e delle scuole</li> </ul>
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
Mantenere la collaborazione con il network Global Burden of Disease	Valutazione e verifica delle stime nazionali, eventuale produzione di stime preliminari regionali

<b>3.1.15. Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive, inclusa la resistenza antimicrobica (Programma XIII PRP 2018-2019) e piano nazionale di contrasto alle resistenze antimicrobiche 2017-2020 (PNCAR).</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Realizzare interventi di immunizzazione dei volontari ospedalieri per la prevenzione e il controllo delle infezioni prevenibili da vaccino	E' adottato e applicato un protocollo vaccinale per i volontari ospedalieri per il controllo dell'immunizzazione e la vaccinazione per malattie prevenibili con vaccino (morbillo, parotite, rosolia, varicella, pertosse, influenza) comprendente altresì misure per il controllo e la prevenzione della tubercolosi secondo Linee guida regionali.
Garantire l'offerta attiva e gratuita delle vaccinazioni assicurando il proseguimento delle campagne vaccinali già avviate e quelle di nuova introduzione (in particolare l' herpes zoster negli anziani)	Evidenza di partecipazione al tavolo interaziendale sulle vaccinazioni con ASUITs Attività di comunicazione sul tema delle vaccinazioni in gravidanza ed in età pediatrica.
Coordinamento per il completamento PDTA sulla	PDTA completato e diffuso alle Aziende Sanitarie

gestione di laboratorio delle Malattie Sessualmente Trasmesse (MST)	
Partecipare ai programmi di sorveglianza delle ICA, con evidenza di monitoraggio degli indicatori regionali.	Indicatori regionali monitorati

<b>3.1.16. Comunicazione del rischio e gestione delle emergenze</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Applicare il protocollo regionale sull'assistenza sanitaria alle persone migranti ed inviare i dati di attività	Collaborazione con ASUITs
Garantire la formazione dei propri operatori sull'antimicrobial stewardship	Almeno il 25% di medici prescrittori formati
Diffondere a tutti gli operatori sanitari la reportistica regionale sulle resistenze batteriche	Report inviato in formato elettronico a tutti gli operatori sanitari coinvolti in prescrizione e somministrazione di farmaci
<ol style="list-style-type: none"> <li>Sviluppare metodologie molecolari per la caratterizzazione del microbioma ambientale e interventi di sorveglianza</li> <li>Attivare nuovi percorsi tecnologico per la sorveglianza delle infezioni in Terapia Intensiva Neonatale</li> <li>Collaborare con l'Università di Ferrara per protocolli nazionali riguardanti la gestione delle farmaco resistenze</li> <li>Partecipare ai lavori del tavolo nazionale del Ministero della Salute riguardanti il piano nazionale per la gestione di processi critici in ambito ostetrico e ginecologico.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Messa a punto di metodologie molecolari per la caratterizzazione del microbioma ambientale e interventi di sorveglianza</li> <li>attuazione di almeno un nuovo percorso tecnologico per la sorveglianza delle infezioni in Terapia Intensiva Neonatale</li> <li>Evidenza della collaborazione</li> <li>Evidenza di partecipazione</li> </ol>

<b>3.1.17. Alimentazione e salute: promozione di un'alimentazione sana, sicura e sostenibile (Programma XV PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Garantire la partecipazione degli operatori dedicati al percorso formativo programmato a livello regionale sull'allattamento al seno	- 80% operatori dedicati formati in ogni Azienda
Mantenere ed ottimizzare il sistema di rilevazione sull'allattamento al seno alla dimissione e alla seconda vaccinazione	100% schede inserite nel sistema di rilevazione regionale entro un mese dalla dimissione e dalla seconda vaccinazione

Partecipare alle attività previste per raggiungere la certificazione UNICEF "Ospedale amico del bambino"	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evidenza dell'approvazione formale della Politica aziendale e diffusione dei contenuti alla cittadinanza;</li> <li>- Analisi e predisposizione del cronoprogramma per il raggiungimento dei 10 passi e delle 2 raccomandazioni.</li> </ul>
--	---

### 3.2. ASSISTENZA DISTRETTUALE E ASSISTENZA SOCIOSANITARIA

#### 3.2.1. ASSISTENZA DISTRETTUALE

<b>3.2.1.2. Attività distrettuali a supporto delle cure di lungo termine</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Partecipare al gruppo tecnico che supporta la definizione e l'implementazione delle politiche, strategie ed attività nell'area della cronicità in tutte le classi di età	Partecipazione dell'Ufficio continuità e dei referenti aziendali individuati ai gruppi interaziendali relativi ai percorsi di continuità per: <ul style="list-style-type: none"> <li>-(1) donne in situazioni di rischio psicosociale e sanitario durante la gravidanza, il parto ed il puerperio e per i bambini dopo la nascita,</li> <li>-(2) continuità assistenziale e terapeutica per bambini/e con bisogni speciali di salute,</li> <li>- (3) adolescenti a rischio di problematiche di salute mentale, dipendenze, psicosociali o in situazione di crisi.</li> </ul>
2. Istituire un gruppo aziendale dedicato all'implementazione di reti assistenziali per la presa in carico di persone di tutte le età che necessitano di cure a lungo termine	2. Prosecuzione dell'attività dell'ufficio di continuità assistenziale

<b>3.2.1.2.1. Diabete mellito</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Partecipare con i professionisti aziendali identificati ai fini della creazione della Rete diabetologica regionale con coordinamento unico regionale, al fine di armonizzare l'offerta diabetologica su tutto il territorio regionale	Evidenza di partecipazione alle attività della Rete diabetologica per la definizione di un percorso di gestione della gravidanza a rischio complicata da diabete gestazionale o preesistente alla gravidanza
Partecipazione dei professionisti aziendali identificati ai fini della creazione della Rete diabetologica pediatrica regionale con coordinamento unico regionale, al fine di armonizzare l'offerta su tutto il territorio regionale.	Evidenza di partecipazione alle attività per la creazione della Rete diabetologia pediatrica regionale anche in funzione di sede del centro di Diabetologia Pediatrica di riferimento regionale.
Applicare il documento revisionato dal tavolo tecnico	Invio del report relativo entro ottobre 2019 per quanto

regionale Programma di educazione terapeutica rivolto al soggetto diabetico in particolare per l'organizzazione dei campi residenziali	di competenza in area pediatrica
--	----------------------------------

<b>3.2.1.3 Riabilitazione</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Individuare professionisti per l'avvio dei lavori sul Piano Regionale della Riabilitazione.	1. Messa a disposizione dei professionisti e loro partecipazione al gruppo di lavoro sul Piano Regionale della Riabilitazione, in particolare nell'ambito dell'audiologia e dell'oftalmologia e riabilitazione del pavimento pelvico
2. Monitorare le attività dei gruppi integrati neuromuscolari (GIN)	2. Evidenza di revisione del percorso del gruppo integrato neuromuscolari (GIN) con la finalità di garantire la continuità assistenziale del bambino/adolescente con malattia neuromuscolare nell'ambito territoriale di competenza
3. Organizzare un evento formativo sul PDTA per la sclerosi multipla	3. Messa a disposizione dei professionisti per l'evento formativo sul PDTA per la sclerosi multipla per quanto di competenza pediatrica
4. Approvare il PDTA Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) e avvio dei lavori di monitoraggio del PDTA	4. Attivazione PDTA SLA e messa a disposizione professionisti per monitoraggio per quanto di competenza pediatrica
5. Individuare i professionisti per l'avvio dei lavori sul PDTA riabilitazione oncologica	5. Messa a disposizione dei professionisti e partecipazione al gruppo di lavoro sul PDTA riabilitazione oncologica
6. Continuare i lavori per la riabilitazione del pavimento pelvico	6. Evidenza dell'aumento dell'offerta ambulatoriale
7. Continuare i lavori per la revisione del percorso interno e integrato con ASUITs per la riabilitazione in età pediatrica	7. Evidenza del percorso revisionato

<b>3.2.1.4 Assistenza Protesica</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Continuare i lavori per la revisione dei percorsi di assistenza protesica e per la formazione dei professionisti sanitari	1. Evidenza dell'attuazione delle nuove procedure di erogazione dell'assistenza protesica; 2. attivazione dei percorsi semplificati stabiliti da nuove linee di indirizzo regionali

<b>3.2.1.5 Superamento della contenzione</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>1. Dare attuazione alla DGR n. 1904/2016 Definizione ed analisi del fenomeno in ambito materno infantile: Sensibilizzazione, consapevolezza e formazione in tema di eliminazione ed alternative alle pratiche di contenzione.</p>	<p>1a. Istituzione di una commissione multiprofessionale per l'analisi ed il contrasto alla contenzione ed alle cattive pratiche assistenziali in ambito materno-infantile in termini di adeguatezza ed appropriatezza (30.05.2019) 1b. Elaborazione di una scheda per l'individuazione e l'eliminazione di cattive pratiche assistenziali e di contenzione 1c. Revisione della letteratura specifica sul fenomeno in ambito neonatale, pediatrico ed adolescenziale (30.06.2019) 1d. Somministrazione di un questionario anonimo ai professionisti finalizzato a valutare il livello di consapevolezza (30.09.2019) 1e. Invio di un report di monitoraggio del fenomeno della contenzione (31.12.2019) 1f. Recepimento in ambito ginecologico di quanto disposto dalla DGR 1904/2016 (31.12.2019)</p>
<p>2. Terapie Intensive libere da contenzione</p>	<p>2a. "TI aperte" sulle 24 ore e libere da contenzione Definizione di un gruppo di lavoro multi professionale promotore del percorso TI aperte e libere da contenzione 2b. Modalità informative all'utenza 2c. Rilevamento qualità percepita e proposte di miglioramento continuo da parte dell'utenza e dei professionisti</p>

### 3.2.2 ASSISTENZA SOCIOSANITARIA

<b>3.2.2.2.5 Autismo</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>1. Partecipare con i referenti aziendali al Tavolo tecnico sull'autismo</p>	<p>1. Evidenza della partecipazione 2. Evidenza della collaborazione dei referenti, 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.</p>
<p>Coordinare un Programma Regionale per la diagnosi precoce e la valutazione di efficacia dell'intervento precoce per i Disturbi dello Spettro Autistico (DSA).</p>	<p>Evidenza della partecipazione a incontri di coordinamento con i Servizi territoriali coinvolti Evidenza di pianificazione e organizzazione di eventi</p>

	formativi a favore della diagnosi precoce
--	---

<b>3.2.2.3 Minori</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Partecipare/collaborare al processo di presa in carico integrata dei minori accolti in strutture residenziali e semiresidenziali	Evidenza di documento o bozza di procedura condivisa interaziendale per la presa in carico integrata di adolescenti, compresa la transizione ai servizi per l'età adulta.

<b>3.2.2.4 Salute mentale</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Miglioramento dell'integrazione tra cure primarie e specialistiche con particolare riferimento alla presa in carico dei disturbi mentali comuni	1. Evidenza della collaborazione con ASUITs
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 collaborazione al percorso aziendale congiunto NPIA, DSM, PLS e MMG) per la definizione della fase di transizione delle cure
3. Utilizzo dello strumento >BIS nell'ambito di programmi terapeutico riabilitativi per l'età evolutiva	3. Report inviato in Direzione entro il 31.12.2019 con l'evidenza di programmi attivati presso ogni NPIA e/o Distretto

<b>3.2.2.5 Disturbi del comportamento alimentare</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Operatività dei Centri Diurni presso ASUITs/Burlo/AAS2 (previo Accordo), ASUIUD, AAS5 2. Operatività dell'Osservatorio epidemiologico	1. Accordo stipulato nel 2018 e PDTA utilizzato tra ASUITs Burlo e AAS2 2. Reportistica inviata in DCS per i minori

<b>3.2.2.6 Cure palliative e terapia del dolore</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Consolidamento dell'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	1. Evidenza di collaborazione con le AAS e ASUI per l'attività di consulenza telefonica

dall'UCP), Consulenza telefonica (Medici dei servizi di Continuità assistenziale e al 118)	
2. Revisione dei criteri di accesso alla rete delle cure palliative da parte di un gruppo tecnico regionale	2. - Evidenza di partecipazione al gruppo tecnico regionale degli esperti aziendali identificati dalle singole Aziende e approvazione dei criteri entro il primo semestre del 2019 e successiva applicazione - Redazione di report semestrale da inviare alla DCS entro luglio 2019 e gennaio 2020
3. Miglioramento delle modalità di presa in carico del paziente in cure palliative, in coerenza con le indicazioni della DGR 165/2016. Costituzione di un gruppo tecnico di lavoro a livello regionale	3. Evidenza di partecipazione al gruppo regionale dei professionisti aziendali che si occupano di cure palliative con l'obiettivo di definire un sistema informativo omogeneo per la registrazione e rilevazione dei dati
4. Adottare le codifiche ambulatoriali e di ricovero di terapia antalgica definite nel corso del 2018	4. Codifiche di terapia antalgica ambulatoriali e di ricovero definite nel 2018 adottate entro il primo semestre 2019
5. Rispetto dei tempi d'attesa per l'accesso alle prestazioni di terapia del dolore in tutti i setting assistenziali sia di ambito pediatrico che ostetrico ginecologico	5. Rispetto dei tempi di attesa per prima visita algologica ambulatoriale con priorità B e D garantito in almeno il 75% dei casi, a partire dal secondo semestre 2019

<b>3.2.2.7 Consulteri familiari</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Implementazione del percorso gravidanza fisiologica a gestione ostetrica	1a. Diffusione PDTA per la gestione del travaglio e parto a basso rischio. 1b. Prima visita effettuata da ostetrica e medico presso l'ambulatorio di primo livello.
2. Promozione del tema della donazione del cordone ombelicale e del ruolo delle vaccinazioni infantili nell'ambito dei corsi di accompagnamento alla nascita	2a. Informazione all'utenza sia sul tema della donazione del cordone ombelicale, sia sul ruolo dei vaccini. 2b. revisione della carta dei servizi sul percorso nascita per uniformare le informazioni inerenti la donazione e i vaccini.
3. Implementazione di percorsi aziendali per la donna in età post fertile	3. Formazione delle ostetriche sul tema della fisiologia della menopausa
4. Analisi di approfondimento delle gravidanze in età precoce e dei neonati esposti	4. Definizione di protocolli di accompagnamento e dimissioni per le gravidanze in età precoce e dei neonati esposti, in collaborazione con enti esterni.

<b>Adozioni</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Partecipazione al Tavolo regionale per l'adozione nazionale e internazionale	Evidenza di partecipazione dei referenti aziendali al tavolo per quanto di competenza

<b>3.2.2.10 Dipendenze</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Collaborare con ASUITs per l'incremento dell'offerta del testing, in coerenza con il Piano regionale prevenzione 2018 – 2019, per 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	Evidenza della collaborazione

### 3.2.3 AREA WELFARE

<b>3.2.3.1. Azioni di sistema</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>supporto alla revisione, implementazione, manutenzione evolutiva piattaforma FAD e gestione corsi;</p> <p>partecipazione alla cabina di regia dei Sistemi informativi sociosanitari.</p> <p>supporto all'impostazione e all'avvio di un sistema informativo sulla cooperazione sociale, in particolare per quel che attiene l'Albo regionale delle cooperative sociali e il monitoraggio delle attività e delle risorse messe in campo dalle stesse nell'ambito dei servizi socio sanitari, socio assistenziali e socio educativi;</p> <p>supporto amministrativo agli interventi di incentivazione.</p>	Evidenza di partecipazione alle attività per quanto di competenza solo se richiesto

<b>3.2.3.2. Disabilità</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>supporto alla DCS alla revisione della LR 41/96;</p> <p>- supporto alla DCS nella stesura di linee di indirizzo</p>	Evidenza di partecipazione per quanto di competenza solo se richiesto

per la presa in carico delle persone con disabilità;

- supporto alla DCS per l'attuazione della funzione osservativa nell'area disabilità (gruppo istituzionale) e realizzazione delle attività del gruppo tecnico;
- ampliamento della conoscenza del sistema attuale tramite approfondimento e aggiornamento dei dati relativi all'offerta dei servizi residenziali e semiresidenziali per persone con disabilità e alle loro condizioni di vita;
- supporto per lo sviluppo e l'utilizzo 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;
- supporto alla DCS nella definizione di nuovi criteri di autorizzazione e accreditamento per le strutture residenziali e semiresidenziali;
- supporto alla DCS per sviluppare una proposta relativa al nuovo sistema di finanziamento, valutazione degli impatti e applicazione sperimentale in alcuni contesti circoscritti;
- supporto alla DCS nella realizzazione del riparto regionale art. 14ter, 15, 18 e 20 LR 41/96;
- supporto alla DCS per lo sviluppo, monitoraggio e valutazione di percorsi innovativi e sperimentali per l'accoglienza in strutture residenziali e semiresidenziali di persone con disabilità;
- revisione processi operativi SIL e adeguamento sistema informativo SILweb;
- supporto alla DCS per la promozione e lo sviluppo dei temi dell'accessibilità e della domotica;

Inoltre, in continuità con quanto realizzato negli anni precedenti, l'Area Welfare provvederà al:

- supporto della Direzione nell'applicazione del "Fondo finalizzato al sostegno a domicilio di persone in situazioni di bisogno assistenziale a elevatissima intensità" (DPR 247/09);
- 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.

<b>3.2.3.3. Minori</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Effettuare uno studio e l'analisi di uno strumento di valutazione del profilo di bisogno dei minori	Evidenza di collaborazione con l'Area welfare per lo studio e dell'analisi solo se richiesto.

<b>3.2.3.4. Dipendenze</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<ul style="list-style-type: none"> <li>- gestione Osservatorio per le Dipendenze;</li> <li>- supporto alla governance del sistema delle dipendenze regionale;</li> <li>- supporto ai compiti regionali previsti dalla L.R. n.1/2014;</li> <li>- supporto alla Direzione regionale salute per la predisposizione della bozza e del successivo monitoraggio del Piano d'Azione Regionale per le Dipendenze;</li> <li>- supporto alla Direzione centrale salute nell'implementazione del gestionale salute mentale età adulta ed età evolutiva.</li> </ul>	Evidenza di collaborazione con l'area welfare per quanto di competenza solo se richiesto.

<b>3.2.3.5. Salute Mentale</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
supporto alla Direzione centrale salute nell'implementazione del gestionale salute mentale età adulta ed età evolutiva.	Evidenza di collaborazione con l'area welfare solo se richiesto.

### 3.2.4 ODONTOIATRIA PUBBLICA

<b>ODONTOIATRIA PUBBLICA</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<b>Prestazioni per centro erogatore</b>	<b>Ogni centro erogatore deve fornire almeno 1400 prestazioni /anno</b>
Mantenere media aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra al livello raggiunto nel 2018 nelle Aziende con valore > 1.5	Media aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra > 1.5;
Mantenere la media aziendale annua di prestazioni/riunito non inferiore a 1400	Media aziendale di prestazioni/riunito non inferiore a 1400

La percentuale aziendale di visite sul totale delle prestazioni erogate deve essere mantenuta al valore raggiunto nel 2018 nelle Aziende che hanno raggiunto l'obiettivo nel corso dell'anno precedente e deve essere ridotta di almeno il 5% (rispetto al risultato ottenuto nel 2018) nelle Aziende che non hanno raggiunto l'obiettivo nel corso dell'anno precedente	Mantenimento della percentuale aziendale di visite sul totale delle prestazioni erogate nel <b>2018 (se raggiunto obiettivo dell'anno) e deve essere ridotta di almeno il 5% (rispetto al risultato ottenuto nel 2018) nel caso in cui non sia stato raggiunto l'obiettivo nel corso dell'anno precedente</b>
Dare comunicazione trimestrale sulle liste di attesa e tutte le informazioni previste dalla convenzione	Evidenza documentale
Attivare la cartella clinica elettronica entro il 31.1.19	Evidenza di attivazione <b>secondo le tempistiche che verranno comunicate</b>
Presenza di almeno due riuniti per sede entro il 2019	All' IRCCS Burlo sono già attivi 5 riuniti
Erogare attività di ortodonzia a pagamento su pazienti selezionati	Evidenza dell'attività svolta

### 3.3. ASSISTENZA FARMACEUTICA E ASSISTENZA INTEGRATIVA

3.3.1 Tetti spesa farmaceutica	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Tetto per la spesa farmaceutica per acquisti diretti (farmaceutica ospedaliera, diretta e DPC) = 6,69 % del FSR;</p> <p>Tetto acquisto diretto gas medicinali (ATC V03AN)= 0,2%</p> <p>Tetto per la spesa farmaceutica convenzionata = 7,96 % del FSR.</p> <p>Nello specifico i vincoli di spesa fissati a livello regionale per il 2019 sono riepilogati nel capitolo dedicato alle risorse finanziarie.</p>	<p>Rispetto dei tetti fissati a livello nazionale: la verifica è effettuata a livello centrale e il rispetto dei tetti è considerato per regione– monitoraggi AIFA periodici</p> <p>Rispetto dei vincoli regionali: monitoraggio mensile indicatori linee di gestione a cura della DCS.</p>
3.3.2. Appropriately prescrittiva	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
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 2019.	<p>Invio alla DCS da parte delle Aziende di due relazioni semestrali (entro 31/08/2019 e 28/02/2020) da cui si evincano:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 3 obiettivi assegnati alle U.O aziendali relativi a setting specialistici ad alto impatto di spesa</li> <li>- Azioni intraprese per le categorie principali</li> </ul>

	<p>Modalità di valutazione: Relazioni inviate nei termini: sì/no (peso 50%) Relazioni congruenti in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 50%)</p>
--	---

<b>3.3.5. Biosimilari</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Indicatori per categorie di medicinali in cui è disponibile l'alternativa biosimile	<p>Invio alla DCS di due relazioni semestrali (entro il 31/08/2019 e 28/02/2020) da cui si evincano le attività svolte, i percorsi attivati con i prescrittori ed i monitoraggi effettuati per i singoli ambiti (ospedaliero, domiciliare, residenziale e semiresidenziale), da cui si evincano le ricadute sul SSR. A tal fine la DCS invierà uno schema di rilevazione delle informazioni per consentire confronti omogenei.</p> <p>Modalità di valutazione: Relazioni inviate entro il 31.08.19 ed entro il 28.02.20: sì/no secondo schema DCS;</p>

<b>3.3.6. Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Erogazione dei medicinali da parte delle strutture sanitarie (diretta e primo ciclo a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale) secondo la DGR 12/2018.	- Invio di due report semestrali sull'attività svolta entro il 31/08/2019 ed entro il 28/02/2020 <b>nell'ambito della distribuzione diretta</b>
Ottimizzazione e monitoraggio della DPC e diretta	- Modalità di valutazione: Relazioni inviate nei termini: sì/no

<b>3.3.7. Rapporto con le Aziende Farmaceutiche e Biomedicali</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Gli enti del SSR, attraverso gli appositi Uffici (es. responsabili della trasparenza e dell'anticorruzione) adottano specifiche disposizioni organizzative relativamente alle attività d'informazione svolte dalle Aziende farmaceutiche e del settore dei dispositivi medici verso tutti gli operatori sanitari al fine di favorire comportamenti uniformi, coerenti a principi di trasparenza anche con riferimento ad eventuali	<p>- Le aziende predispongono un regolamento e lo adottano entro il 31.12.2019.</p> <p>Modalità di valutazione: - Invio del regolamento predisposto alla DCS entro il 31.12.2019 sì/no</p>

conflitti di interesse	
------------------------	--

<b>3.3.9. Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Registri AIFA e recupero rimborsi</p> <p>Per la prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA dovrà essere assicurata la registrazione di tutti i dati richiesti (anche con particolare riferimento ai medicinali innovativi), nel rispetto delle indicazioni autorizzate e dei criteri di eleggibilità definiti dall'AIFA, al fine di assicurare appropriatezza d'uso e consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing. La richiesta del farmaco dovrà sempre essere accompagnata dalla scheda di registrazione paziente nel registro.</p>	<p>Evidenza dei monitoraggi/controlli effettuati/percorsi aziendali per la risoluzione di eventuali criticità.</p> <p>Assicurare l'invio delle Richieste di Rimborso secondo le modalità definite da AIFA per tutti i farmaci con accordo MEA.</p> <p>Modalità di valutazione</p> <p>Presenza di un percorso aziendale per la gestione delle criticità: sì/no</p> <p>(PROCEDURA GESTIONE PRESCRIZIONI AIFA)</p> <p>Riscontro agli approfondimenti/richieste di verifica relative ai registri AIFA/procedure di rimborso, inviate nei termini indicati: sì/no</p>
<p>Cartella oncologica informatizzata</p> <p>La cartella oncologia informatizzata dovrà essere implementata relativamente ai campi: diagnosi/sede, protocollo/farmaco, stadiazione con un grado di completezza pari ad almeno il 95% dei pazienti.</p>	<p>Implementazione dei campi obbligatori per il 95% dei pazienti.</p> <p>Modalità di valutazione:</p> <p>Due rilevazione (DCS) del grado di completezza al 30.06.2019 e al 31.12.2019.</p> <p>L'obiettivo si intende raggiunto se entrambe le rilevazioni raggiungono il 95%.</p>
<p>Prescrizioni personalizzate PSM iter elettronico</p> <p>Per le Aziende servite dalla logistica centralizzata, la copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM dovrà essere garantita per il 90% delle confezioni destinate alla distribuzione diretta nominale erogate mediante lo stesso applicativo, anche al fine di consentire un puntuale monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e la promozione dei medicinali acquisiti centralmente da ARCS</p>	<p>% delle confezioni erogate in distribuzione diretta nominale hanno una prescrizione effettuata con il sistema PSM - iter elettronico <math>\geq 90\%</math></p> <p>Modalità di valutazione:</p> <p>Target rilevati dalla DCS.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- % <math>\geq 90\%</math>: obiettivo raggiunto</li> <li>- % tra 75% e 89%: obiettivo parzialmente raggiunto</li> <li>- % &lt; 75%: obiettivo non raggiunto</li> </ul>
<p>Prescrizione informatizzata dei piani terapeutici</p> <p>Tutte le Aziende garantiranno il ricorso (prima prescrizione e rinnovi) alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici implementati/disponibili a sistema, tramite l'applicativo PSM-PT, in almeno il 65% di tutti pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive, prevedendo azioni mirate di sensibilizzazione dei prescrittori</p>	<p>% PT informatizzati per medicinali soggetti a nota AIFA 39 o 74 <math>\geq 65\%</math> rispetto al totale dei PT redatti dall'IRCCS</p> <p>% di PT informatizzati (&gt; 65%) calcolata rispetto al totale dei Piani terapeutici redatti dalla struttura (informatizzati + cartacei) e comunicato a fine anno alla DCS, per i medicinali indicati.</p>

<p>all'utilizzo dello strumento nelle categorie di medicinali per i quali si osserva un ricorso prevalente al PT cartaceo (es.: farmaci per l'infertilità o ormone della crescita per Burlo).</p> <p>Nel favorire l'implementazione di tale sistema informatizzato sarà inoltre assicurato il controllo dei piani terapeutici ed il rispetto delle note limitative AIFA.</p>	
<p>Flussi informativi farmaceutica</p> <p>Implementazione, verifiche e controlli di congruenza dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese, da parte dei responsabili individuati, 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 assicurata, 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, nonché l'inserimento a sistema del codice targatura (&gt; 99% confezioni) in fase di erogazione diretta dei medicinali (applicativo PSM).</p> <p>Le Aziende e l'ARCS danno riscontro ad eventuali approfondimenti richiesti dalla Direzione Centrale, anche su istanza Ministero della Salute, entro 15 giorni dalle comunicazioni.</p>	<p>Verifiche dei dati entro il 10 di ogni mese</p> <p>Integrale copertura fase 3/fase 2 (&gt; 99,5% della spesa negli ambiti previsti).</p> <p>Inserimento codice targatura in fase di erogazione diretta dei medicinali (&gt; 99%).</p> <p>Riscontro entro 15 giorni agli approfondimenti richiesti o segnalazioni inviate.</p> <p>Modalità di valutazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- copertura fase 3/fase 2: target rilevati dalla DCS</li> <li>% &gt; 99,5%: raggiunto</li> <li>% tra 99 e 99,5: parzialmente raggiunto</li> <li>% &lt; 99%: non raggiunto</li> </ul> <p>- Targatura: target rilevati dalla DCS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- % confezioni diretta PSM &gt; 99%: raggiunto</li> <li>- % confezioni diretta PSM da 97% a 99%: parzialmente raggiunto</li> <li>- % confezioni diretta PSM &lt; 97%: non raggiunto</li> </ul> <p>- Riscontri agli approfondimenti effettuati nei termini: sì/no</p>

<b>3.3.10. Farmacovigilanza</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Gli Enti del SSR assicurano la partecipazione dei sanitari interessati e il supporto alle attività organizzative.</p>	<p>Evidenza della partecipazione alle progettualità avviate dalla DCS e alle attività formative organizzate dalla stessa (partecipazione incontri periodici, stato di avanzamento progetti affidati alle Aziende sanitarie)</p>
<p>Nell'ambito della progettualità pluriennale avviata nel 2018 (Farmacisti in ospedale/territorio) con il coinvolgimento di tutte le Aziende sanitarie, gli Enti del SSR dovranno garantire la partecipazione agli incontri periodici del gruppo di Coordinamento e l'invio della relazione scientifica e della</p>	<p>Partecipazione agli incontri periodici del gruppo di Coordinamento del progetto ed evidenza della relazione scientifica e della rendicontazione: secondo le tempistiche della convenzione in essere.</p> <p>Modalità di valutazione:</p> <p>Partecipazione agli incontri periodici sì/no</p>

rendicontazione secondo le tempistiche stabilite dalla convenzione in essere.	Presenza SI/NO della relazione scientifica e della rendicontazione entro le tempistiche previste dalla convenzione in essere.								
Partecipazione ai tre nuovi moduli FAD da parte dei Responsabili di farmacovigilanza e dai loro collaboratori (da loro individuati) al fine di migliorare la qualità delle informazioni inserite in RNF	Evidenza di partecipazione da parte di tutti gli operatori sanitari individuati Modalità di valutazione: 1. obiettivo raggiunto: evidenza di partecipazione del 100% degli operatori sanitari individuati 2. obiettivo parzialmente raggiunto: evidenza di partecipazione tra il 70% ed il 99% degli operatori sanitari individuati 3. obiettivo non raggiunto: evidenza di partecipazione minore del 70% degli operatori sanitari individuati								
Gli Enti dovranno assicurare azioni per incentivare la segnalazione on-line	<p>Aumento della % di segnalazioni on-line rispetto alla modalità cartacea al 31/12/2019</p> <p>Modalità di valutazione: Con riferimento alla rilevazione delle segnalazioni on-line effettuate nel periodo 01/01/2018 - 31/08/2018</p> <table border="1" data-bbox="785 1084 1439 1373"> <thead> <tr> <th data-bbox="785 1084 1123 1211"></th> <th data-bbox="1129 1084 1439 1211">% di segnalazioni on-line/segnalazioni totali (01/01/2018-31/08/2018)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="785 1220 1123 1263">AAS2 /AAS5</td> <td data-bbox="1129 1220 1439 1263">&lt;=50%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="785 1272 1123 1314">ASUI-TS</td> <td data-bbox="1129 1272 1439 1314">&gt;50 e &lt;=70%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="785 1323 1123 1366">AAs3/ASUI-UD/CRO/BURLO</td> <td data-bbox="1129 1323 1439 1366">&gt;70%</td> </tr> </tbody> </table> <p>L'obiettivo sarà diversificato nel seguente modo: 1. obiettivo raggiunto: aumento delle segnalazioni on-line rispettivamente del 20% per l'AAS2 e AAS5, del 15% per ASUI-TS e del 5% per i restanti Enti del SSR 2. obiettivo parzialmente raggiunto: aumento delle segnalazioni on-line rispettivamente del 15% per l'AAS2 e AAS5, del 10% per ASUI-TS e del 2,5% per i restanti Enti del SSR 3. obiettivo non raggiunto: aumento delle segnalazioni on-line rispettivamente inferiore al 15% per l'AAS2 e AAS5, al 10% per ASUI-TS e al 2,5% per i restanti Enti del SSR</p>		% di segnalazioni on-line/segnalazioni totali (01/01/2018-31/08/2018)	AAS2 /AAS5	<=50%	ASUI-TS	>50 e <=70%	AAs3/ASUI-UD/CRO/BURLO	>70%
	% di segnalazioni on-line/segnalazioni totali (01/01/2018-31/08/2018)								
AAS2 /AAS5	<=50%								
ASUI-TS	>50 e <=70%								
AAs3/ASUI-UD/CRO/BURLO	>70%								
Farmaci per la cura dell'atrofia muscolare spinale - SMA	Rilevazione e monitoraggio dell'uso del farmaco								

### 3.4 ACCREDITAMENTO

3.4. Accredimento	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Partecipazione attiva al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti	<b>Gli enti del SSR consentono a ognuno dei propri dipendenti inseriti nell'elenco regionale dei valutatori dell'accreditamento di partecipare ai sopralluoghi per almeno 5 giornate, secondo le indicazioni della Direzione Centrale Salute</b>
Partecipazione al programma di accreditamento nazionale degli organismi tecnicamente accreditanti	Messa a disposizione i professionisti appartenenti alle aree professionali indicate dalla Direzione centrale salute, da avviare al percorso formativo dei valutatori dell'accreditamento
Garanzia del funzionamento dell'OTA FVG	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti inseriti nell'elenco nazionale dei valutatori dell'accreditamento di partecipare alle attività organizzate dal Ministero della salute e dall'Agenas;</li> <li>2. Gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti, componenti dell'OTA regionale, di svolgere le funzioni previste dalla D.G.R. n. 2220/2015 e dal Decreto n. 1899/2017.</li> </ol>
Mantenimento della certificazione ai sensi della norma ISO 9001:2015	Le strutture già certificate ai sensi della norma ISO 9001:2015 continuano ad adottare la metodologia proposta dalla norma (analisi del contesto e dei rischi) e ad aggiornare il loro sistema documentale conformemente
Mantenimento della certificazione rilasciata dal Centro Nazionale Trapianti e Centro Nazionale Sangue, dal GITMO, dall'ente europeo EBMT e dall'ente terzo di certificazione ISO da parte della SC Oncoematologia e Centro Trapianti di Midollo osseo nei pazienti pediatrici	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rispetto degli standard per la qualità e sicurezza delle cellule staminali ematopoietiche, conformemente a quanto previsto dalla normativa nazionale ed europea vigente (D.lgs. 191/2007 e 16/2010; Direttive 2006/17/CE e 2006/86/CE), dagli standard Jacie – Fact e dai requisiti dell'accreditamento istituzionale (DGR 1436/2011) e delle norme ISO applicabili (ISO 9001:2015);</li> <li>2. Gli operatori della SC Oncoematologia appartenenti Programma Trapianti di Midollo osseo completano l'impianto documentale del Programma con i documenti mancanti;</li> <li>3. Gli operatori della SC Oncoematologia appartenenti all'interno del Programma Trapianti di Midollo osseo partecipano agli eventi formativi previsti dagli standard, conformemente al proprio profilo professionale;</li> <li>4. Gli operatori della SC Oncoematologia collaborano</li> </ol>

	<p>alla ristrutturazione dell'area degenze e diurna, coadiuvati dalla Direzione Sanitaria, al fine di arrecare meno disagio possibile ai pazienti in carico;</p> <p>5. disaster plan relativo alla salvaguardia delle CSE e dei pazienti candidati al trapianto, trapiantati o donatori in caso di calamità, con altri enti regionali formalizzato.</p>
<p>Mantenimento della certificazione rilasciata dal Centro Nazionale Trapianti e dall'ente terzo di certificazione ISO da parte della SC Fisiopatologia della Riproduzione e Procreazione Medicalmente assistita per le tecniche di I, II e III livello omologhe ed eterologhe</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La SC Fisiopatologia della Riproduzione e Procreazione Medicalmente Assistita continua ad operare nel rispetto degli standard per la qualità e sicurezza delle cellule riproduttive, conformemente a quanto previsto dalla normativa nazionale ed europea vigente e dai requisiti dell'accreditamento istituzionale (DGR 705/2007) e delle norme ISO applicabili (ISO 9001:2015);</li> <li>2. Gli operatori della SC Fisiopatologia della Riproduzione e Procreazione Medicalmente Assistita partecipano ad eventi formativi interni di rinforzo alle conoscenze della normativa nazionale (Legge 40/2004 e s.m.i., linee guida Legge 40 2015 e s.m.i., Manuale CNT, D.lgs. 16/2010) ed europea in materia di PMA omologa ed eterologa;</li> <li>3. Gli operatori della SC Fisiopatologia della Riproduzione e Procreazione Medicalmente Assistita partecipano alla creazione di un cruscotto di indicatori integrato per la rendicontazione dei dati di riesame intermedio e annuale, completo dei dati relativi all'assistenza ostetrica;</li> <li>4. Gli operatori della SC Fisiopatologia della Riproduzione e Procreazione Medicalmente Assistita collaborano alla creazione di una sala criogenica all'interno del blocco operatorio;</li> <li>5. Le ostetriche della SC Fisiopatologia della Riproduzione e Procreazione Medicalmente Assistita, coadiuvate dai dirigenti medici, introducono sistematicamente i controlli della documentazione clinica attraverso check-list dedicate agli specifici percorsi;</li> <li>6. Formalizzazione di una procedura per garantire un conforme trasporto di gameti ad altro centro;</li> <li>7. Formalizzazione di percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la preservazione della fertilità nel paziente oncologico pediatrico;</li> <li>8. Analisi del percorso diagnostico terapeutico assistenziale di III livello (TESE) e relativa analisi dei rischi;</li> </ol>

	9. Partecipazione al corso interno sulle ISO 9001:2015 e ISO 19011:2018 (auditor interni) con superamento dell'esame.
Mantenimento dell'autorizzazione e accreditamento della branca Medicina Trasfusionale (DGR 2528/2011)	Attivazione da parte del Servizio Informativo delle postazioni EMONET WEB per la richiesta informatizzata del sangue e degli emocomponenti.
Garantire la prosecuzione dei lavori per l'ottenimento della certificazione UNICEF "Ospedale amico del bambino"	Evidenza della prosecuzione del percorso per l'ottenimento della certificazione UNICEF.

### 3.5. ASSISTENZA OSPEDALIERA

3.5.2. Emergenza urgenza	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Pronto soccorso ed urgenza emergenza 1. Aumentare la percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde, ad almeno l'80% (spoke) o 65% (hub) (media regionale 2017 del 49,6% negli Hub e del 66,69% negli spoke - fonte Bersaglio)	1. Percentuale di pazienti pediatrici registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1 ora rispetto al totale dei pazienti con codice verde $\geq 65\%$
Pronto soccorso ed urgenza emergenza 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 71,13% negli Hub e 80,57% negli spoke - fonte Bersaglio)	2. Percentuale di pazienti pediatrici con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto Soccorso meno di 4 ore $\geq 75\%$
Proseguire con l'attività di riconoscimento delle emergenze ostetrico ginecologiche nell'area triestina	Documento inviato in DCS entro il 31/10/2019

3.5.3. Reti di patologia	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<b>MALATTIE RARE</b>	
1. Produrre entro il 31 dicembre 2019 almeno 1 percorso assistenziale nella rete del gruppo nosologico di competenza 2. Alimentare il registro regionale di cui al DM	1. Percorso assistenziale formalizzato 2. Registro regionale alimentato correttamente

279/2001 (aggiornamento dati del registro con inserimento del 100% dei casi in prevalenza al 30 novembre 2019 e pulizia dei casi che sono usciti dal sistema) e produrre alla DCS un report di attività.	
<b>MALATTIE REUMATICHE</b>	
Nel 2018 prosegue il lavoro della rete con: 1. Formalizzazione del documento di indirizzo sulla terapia con farmaci biologici (obiettivo condiviso con le farmacie aziendali e servizio farmaceutico regionale), ed evidenza della diffusione a tutti i professionisti coinvolti anche nell'ambito della medicina convenzionata. 2. evidenza dell'utilizzo dello strumento informatizzato per l'appropriatezza prescrittiva (1 report per semestre).	Evidenza di collaborazione
<b>INFETTIVOLOGICA</b>	
Garantire un pediatra con competenze in malattie infettive assegnato a tempo pieno alla clinica pediatrica. Collaborare con ASUITs per le richieste di consulenza infettivologica nelle paziente adulte.	Evidenza di collaborazione

<b>3.5.4. Pediatria</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Definire ed applicare le modalità operative di trasporto pediatrico	1. Documento inviato alla DCS
2. Consolidare il modello previsto per la Chirurgia pediatrica e proposta di un modello per la chirurgia specialistica in ambito pediatrico	2. - Documento chirurgie specialistiche inviato in DCS - Evidenza di analisi dell'attività delle cliniche specialiste in FVG
3. Sviluppo e operatività del sistema di tele-refertazione per second opinion in radiologia pediatrica	3. Sistema di tele-refertazione per second opinion in radiologia pediatrica sviluppato in accordo alla programmazione di sviluppo dell'INSIEL
4. Malattie complesse e/o croniche: Definizione di un modello assistenziale a rete integrata che assicuri la qualità e continuità delle cure con predisposizione di un percorso diagnostico terapeutico assistenziale che preveda anche la fase di transizione, nei seguenti ambiti: - Oncoematologia - Malattie nefrologiche - Malattie infiammatorie croniche intestinali	1. Evidenza di organizzazione e coordinamento dei tavoli per la predisposizione di un PDTA negli ambiti descritti dall'obiettivo; 2. <b>predisposizione di un PDTA che preveda anche la fase di transizione</b> condiviso con le aziende FVG e l'IRCCS CRO per - Oncoematologia - Malattie nefrologiche - Malattie infiammatorie croniche intestinali

- Diabete - Malattie neuromuscolari	- Diabete
5. Cure palliative: implementazione del modello di rete e definizione di un percorso assistenziale	5. Evidenza di coordinamento ed implementazione del modello di rete e di definizione di un percorso assistenziale
6. Salute mentale in età evolutiva: Il Comitato regionale per l'assistenza pediatrica e adolescenziale collabora con l'Area competente della Direzione centrale salute per l'attuazione degli obiettivi del Piano che riguardano la salute mentale in età evolutiva.	6. Evidenza di collaborazione con la DCS
7. Farmaci galenici pediatrici: definizione di un modello per la centralizzazione presso l'IRCCS Burlo Garofolo della produzione di farmaci galenici	7. Tavolo regionale con la partecipazione di Federfarma per la valutazione di un percorso condiviso sulla galenica attivato.
8. Carta dei Servizi pediatrica: le Aziende che erogano prestazioni destinate alla fascia di popolazione in età evolutiva predispongono una Carta dei servizi specifica per l'assistenza in età pediatrica e adolescenziale, secondo le modalità previste dall'Accordo Stato Regioni del 21 dicembre 2017, rep atti n. 248	8. Evidenza di formalizzazione della carta dei servizi secondo l' A.S.R. 2017
9. Formazione: Le Aziende promuovono attività formative relative alle tematiche oggetto di progettualità per il 2019 (trasporto pediatrico, onco-ematologia, malattie nefrologiche, malattie infiammatorie croniche intestinali, diabete, malattie neuromuscolari, cure palliative).	9. - Evidenza di organizzazione di eventi formativi relativi alle tematiche trasporto pediatrico, onco-ematologia, malattie nefrologiche, malattie infiammatorie croniche intestinali, diabete, malattie neuromuscolari, cure palliative - Evidenza di accordi tra le aziende per gli ambiti delle attività formative trasporto pediatrico, onco-ematologia, malattie nefrologiche, malattie infiammatorie croniche intestinali, diabete, malattie neuromuscolari, cure palliative
10. Attivare il FSE al momento della nascita	10. Progetto presentato alla DCS entro il 28/2 Avvio del FSE dal 1/10/2019
11. Omogeneizzazione della modulistica cartacea della cartella clinica di ricovero e ambulatoriale pediatrica in previsione dell'informatizzazione	11. Evidenza di omogeneizzazione della modulistica cartacea della cartella clinica di ricovero e ambulatoriale pediatrica in previsione dell'informatizzazione in accordo con le aziende regionali
12. Studio di fattibilità per lo sviluppo del Burlo multicentrico	12. Documento presentato alla DCS entro 30/9

<b>3.5.5. Percorso nascita</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p><b>Gravidanza fisiologica a gestione ostetrica</b></p> <p>Nel 2018 è stato definito un percorso nascita modulato a seconda del livello di rischio della gravidanza, individuando, per la gravidanza a basso rischio, un percorso a gestione ostetrica, definendo gli strumenti idonei per la gestione in autonomia da parte delle ostetriche e facilitando l'accesso alle prestazioni da parte delle donne (DGR 723/2018). Nel corso del 2019 vengono completate le azioni necessarie alla piena attuazione del programma che le Aziende implementano a livello locale.</p>	Percorso attuato
<p><b>Integrazione territorio-ospedale</b></p> <p>Nel 2018 sono stati avviati i lavori per la definizione dell'Agenda della gravidanza, strumento che faciliterà l'integrazione territorio-ospedale e permetterà alla donna di acquisire elementi utili a pianificare il suo percorso in maniera informata e consapevole. Il progetto verrà completato nel corso del 2019. Le Aziende collaborano alla realizzazione dell'Agenda della gravidanza e la implementano sul territorio di competenza.</p>	Evidenza della collaborazione
<p><b>Parto analgesia</b></p> <p>Una rilevazione effettuata nel 2018 sulla parto-analgesia nei Punti nascita regionali ha evidenziato aree di miglioramento nell'ambito dell'offerta farmacologica e non del controllo del dolore in travaglio e parto.</p> <p>Nel corso del 2019 le Aziende in cui è operativo uno o più Punti nascita:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. sviluppano/aggiornano una Carta dei servizi specifica per il percorso nascita con le informazioni previste dalla DGR 1083/2012 relative ad ogni Punto nascita aziendale, ivi compresa l'offerta di parto-analgesia;</li> <li>2. rendono visibile nei siti aziendali l'offerta relativa al percorso nascita nel territorio di competenza, ivi comprese le tecniche di controllo del dolore in travaglio/parto;</li> <li>3. definiscono procedure formalizzate e condivise a livello multiprofessionale, facilmente consultabili e periodicamente aggiornate, per tutte le fasi del</li> </ol>	Evidenza dell'aggiornamento richiesto

<p>percorso di parto-analgesia, dalla visita anestesiológica in gravidanza, all'erogazione della prestazione in travaglio, alle richieste estemporanee e al monitoraggio post-partum;</p> <p>4. promuovono corsi aziendali di formazione specifica sulla parto-analgesia farmacologica e non, rivolti a tutte le figure professionali coinvolte e le Aziende con Ostetricie di II livello promuovono programmi formativi, anche sul campo, rivolti al territorio regionale;</p> <p>5. monitorano l'attività e le eventuali complicanze.</p>	
<p>Tagli cesarei primari e parti indotti</p> <p>Secondo il DM 70/2015, l'Accordo Stato Regioni 14/CRS del 2018 sulle reti tempo dipendenti e quanto previsto dal Comitato percorso nascita nazionale, la soglia è differenziata tra Punti Nascita di I e II livello o comunque su volumi di attività:</p> <p>- tagli cesarei primari nei PN di II livello o comunque con &gt; 1.000 parti/anno: ≤ 25%</p>	<p>tagli cesarei primari nei PN di II livello o comunque con &gt; 1.000 parti/anno: ≤ 25%</p>
<p>Trasporto STAM e STEN</p> <p>Le Aziende con Ostetricie di II livello e TIN monitorano l'attività di trasporto in emergenza materno e neonatale nell'area territoriale di competenza con gli indicatori di cui al Decreto 1733/2016 e trasmettono un report annuale alla Direzione centrale salute, affinché lo stesso venga discusso all'interno del Comitato percorso nascita regionale.</p>	<p>Relazione sull'attività di trasporto trasmessa alla DCS</p>
<p>Formazione</p> <p>Le Aziende promuovono programmi di formazione per gli operatori di sala parto per il mantenimento delle competenze e abilità tecniche e non tecniche. I PN di II livello promuovono corsi di formazione in simulazione rivolti anche agli operatori di sala parto dei PN di I livello.</p> <p>Le aziende, inoltre, promuovono corsi di formazione rivolti alle ostetriche che seguono il percorso gravidanza a basso rischio a gestione ostetrica, di cui alla DGR 723/2018.</p>	<p>Evidenza di promozione dei corsi</p>

<b>3.5.6. Sangue ed emocomponenti</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Garanzia della sicurezza e dell'appropriatezza trasfusionale attraverso la partecipazione ai programmi regionali di sorveglianza trasfusionale. In particolare:</p> <p>monitoraggio dell'appropriatezza dell'utilizzo degli emocomponenti ed emoderivati da parte dei Comitati ospedalieri per il Buon Uso del Sangue (adeguati alle prescrizioni della DGR 893/2018) con il fine di ricondurre i consumi pro capite della Regione Friuli Venezia Giulia al livello della media nazionale e dei valori raccomandati dalla letteratura internazionale:</p> <p>emocomponente "tracer": globuli rossi concentrati; farmaci "tracer": Antitrombina III e Fibrinogeno); implementazione della prescrizione trasfusionale informatizzata e dei "sistemi barriera" per la trasfusione al letto del paziente.</p>	<p>Appropriatezza dell'utilizzo degli emocomponenti ed emoderivati monitorata</p> <p>emocomponente "tracer": globuli rossi concentrati; farmaci "tracer": Antitrombina III e Fibrinogeno;</p> <p>Prescrizione trasfusionale informatizzata e dei "sistemi barriera" per la trasfusione al letto del paziente implementata, compatibilmente con le attività propedeutiche svolte da Insiel.</p>
<p>Proporre l'inserimento della prestazione – <i>Genotipizzazione di RHD fetale su DNA fetale libero nel circolo materno</i> - nel nomenclatore tariffario regionale, seguendo uno specifico PDTA per l'identificazione dei casi e la loro valutazione clinica, da parte del Comitato Percorso Nascita Regionale.</p>	<p>Evidenza di proposta</p>
<p>Proseguire l'applicazione del modello di comunicazione per l'ambito materno infantile elaborato in collaborazione con la DCS nel corso del 2018</p>	<p>Progettazione e realizzazione di una campagna di comunicazione/ implementazione della donazione di sangue cordonale in accordo con le strutture interne e con i consultori.</p>

<b>3.5.7. Erogazione dei livelli di assistenza</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Garantire i livelli di assistenza previsti dal DPCM 12 gennaio 2017 nel rispetto dei criteri di appropriatezza e perseguendo il miglioramento continuo dei risultati e degli esiti delle prestazioni: Ridurre 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 20% per gli adulti e del 40% per i pediatrici</p>	<p>DH con finalità diagnostica &lt; 20% per adulti DH con finalità diagnostica &lt; 40% pediatrici</p>

**3.6 RETE CURE SICURE FVG**

<b>3.6 Rete Cure Sicure FVG</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Adattamento delle figure professionali (numero e tipologia dei professionisti) coinvolte nella Rete Cure Sicure FVG, in relazione al nuovo assetto istituzionale	Evidenza di ridefinizione dei componenti della Rete Cure Sicure dell'IRCCS e comunicazione alla DCS
Mantenere le indicazioni e le raccomandazioni ministeriali fino ad ora sviluppate, messa a regime di eventuali nuove raccomandazione e misurazione e verifica della loro adozione con riferimento alle strutture ospedaliere e ai distretti sanitari	Evidenza di pubblicazione su intranet delle procedure aziendali per la prevenzione di:  Suicidio nel paziente ricoverato (Racc. n. 4) Morte materna correlata al travaglio e/o parto (Racc. n. 6) Osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati (racc. n. 10) Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi non correlata a malattia congenita (Racc. n. 16) Prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli (Racc. n. 18)
Aggiornare con i nuovi referenti aziendali i flussi informativi istituzionali nazionali relativi al rischio clinico; - implementazione degli eventi formativi aziendali specifici per il tema come definito dal PFR 2019	Corso di formazione dei link professional effettuato
<b>Antimicrobial Stewardship</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1 - diffusione e condivisione dei report regionali sul consumo di antibiotici e sulle resistenza batteriche nelle unità operative	1 - Evidenza di divulgazione dei dati sul consumo di antibiotici e sulle resistenze batteriche
2 - riduzione del consumo di antibiotici in ospedale	2 - Evidenza di monitoraggio dell'uso di cefalosporine, chinolonici e carbapenemi, limitandone l'utilizzo ai casi appropriati
3 - formazione aziendale specifica per personale medico sul tema della lettura dell'antibiogramma e sulla prescrizione antibiotica mirata come da indicazioni del gruppo di coordinamento regionale; adozione e diffusione delle linee di indirizzo regionali per la gestione delle infezioni in ambito pediatrico; adozione delle "Linee regionali per il riconoscimento precoce e la gestione della sepsi associata alle pratiche assistenziali" e monitoraggio degli indicatori	3 - Evidenza di corsi aziendali organizzati; almeno 1 medico per ogni Unità operativa ha partecipato al corso di formazione

riportati nel documento;	
4 - partecipazione al processo di revisione dei documenti regionali sulla gestione delle infezioni nell'adulto	4 - Evidenza di partecipazione al processo di revisione dei documenti regionali sulla gestione delle infezioni nell'adulto
5 - partecipazione al processo di valutazione delle attività di stewardship aziendali mediante l'analisi dell'aderenza agli standard definiti nell'ambito del programma regionale;	5 - Evidenza di invio alla DCS dei dati richiesti
6 - promozione di attività per il coinvolgimento dei cittadini sul tema dell'uso appropriato degli antibiotici;	6 - Evidenza di materiale informativo disponibile sul sito web e all'interno dell'IRCCS
<b>Controllo delle infezioni correlate all'assistenza"</b>	
<p>"Controllo delle infezioni correlate all'assistenza":</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- effettuazione di una simulazione di evento epidemico (preparedness) che coinvolga le unità operative di Pronto Soccorso e di Terapia Intensiva;</li> <li>- effettuazione della PPS biennale (prevalenza puntuale sulle ICA e sulla prescrizione di antibiotici) negli ospedali per acuti;</li> <li>- aggiornamento dei documenti regionali già esistenti sulla tematica;</li> <li>- effettuazione sorveglianza sulle infezioni del sito chirurgico e della compliance alle raccomandazioni dei comportamenti dei blocchi operatori.</li> </ul>	<p>Evidenza di simulazione effettuata, evidenza di relazione redatta</p> <p>Evidenza di PPS effettuata ed evidenza di trasmissione dei dati alla Direzione Centrale Salute nei tempi previsti</p> <p>Evidenza di partecipazione, se richiesta, ai tavoli regionali</p> <p>Invio dei dati (ove richiesti) alla Direzione Centrale Salute nei tempi previsti</p> <p>Evidenza di raccolta e successiva elaborazione a cura del personale della DS dei dati relativi alle ISC dopo taglio cesareo</p> <p>interventi ortopedici di correzione della scoliosi</p> <p>Report semestrale elaborato e condiviso con le Strutture interessate</p>
<b>Sicurezza del farmaco</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<ul style="list-style-type: none"> <li>- adeguamento alla indicazioni regionali sulla gestione degli elastomeri;</li> <li>- applicazione delle raccomandazioni ministeriali: <ul style="list-style-type: none"> <li>o raccomandazione per la riconciliazione farmacologica;</li> <li>o prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici;</li> <li>o prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike";</li> <li>o prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati;</li> <li>o prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica;</li> <li>o corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di</li> </ul> </li> </ul>	<p>Evidenza di aggiornamento e pubblicazione delle seguenti procedure:</p> <p>sicurezza del farmaco</p> <p>modalità di prescrizione, trascrizione e somministrazione dei farmaci</p> <p>gestione delle soluzioni di elettroliti concentrati</p> <p>gestione farmaci ad alto livello di attenzione LASA</p> <p>Adeguamento alle indicazioni regionali sulla gestione degli elastomeri</p>

<p>Cloruro di Potassio -KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio.</p> <p>- mantenimento delle azioni sull'uso prudente dei farmaci con particolare riferimento:</p> <p>o alla riduzione del consumo di inibitori di pompa protonica a meno di 25 unità posologiche procapite (diretta+convenzionata e dpc);</p>	
--	--

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

3.7. Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Personale dipendente</p> <p>medici competenti e coordinamento regionale della rete HPH individuano una strategia per implementare la valutazione del benessere soggettivo nel corso delle visite periodiche (scheda informatizzata/informatizzabile dalla quale è possibile estrarre i dati necessari alle valutazioni)</p> <p>al momento della visita periodica, il medico competente misura le dimensioni del benessere psico-fisico attraverso una breve anamnesi e la valutazione della composizione corporea (rapporto massa grassa/massa magra)</p> <p>nel caso di indice che indirizza verso una situazione di squilibrio fra le componenti, il medico competente:</p> <p>promuove strategie di equilibrio psico-fisico</p> <p>consiglia un'alimentazione finalizzata a riequilibrare il rapporto massa grassa/massa magra</p> <p>propone un'attività fisica adeguata</p> <p>individua uno o più obiettivi target di miglioramento per la visita successiva</p>	<p>Personale dipendente</p> <p>-benessere soggettivo e dimensioni psico-fisiche:</p> <p>strategia per implementare la valutazione del benessere soggettivo nel corso delle visite individuate dal medico competente e dal referente della rete HPH in collaborazione con i medici competenti e il coordinamento regionale della rete HPH</p> <p>al momento della visita periodica: dimensioni del benessere psico-fisico attraverso una breve anamnesi e la valutazione della composizione corporea (rapporto massa grassa/massa magra) misurate da parte del medico competente</p> <p>Evidenza di collaborazione del medico competente con il comitato HPH per la ricognizione dell'offerta aziendale riguardante sani stili di vita (evidenza di offerta dedicata agli operatori su stili di vita e gestione dello stress)</p>
<p>Pazienti</p> <p>- astensione del fumo di tabacco in fase peri-operatoria</p> <p>tutti i soggetti fumatori ai quali viene programmato un intervento chirurgico sono informati sui benefici della sospensione del fumo, nelle settimane precedenti e successive, sulla guarigione dopo intervento chirurgico e vengono invitati all'astensione</p>	<p>Informativa redatta e distribuita</p>
<p>Cittadini</p>	<p>Informativa redatta.</p>

- promozione dell'attività fisica e della sana alimentazione presso le sedi dell'assistenza ospedaliera e territoriale	
--	--

### 3.8 Rapporto con i cittadini

3.8.1. Tempi d'attesa	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le valutazioni saranno eseguite rispetto all'elenco delle prestazioni ministeriali e regionali soggette a monitoraggio (allegato: Elenco delle prestazioni oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa).</li> <li>- 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).</li> <li>- Contestualmente al monitoraggio regionale le Aziende sono tenute a mantenere anche il monitoraggio ministeriale.</li> </ul>	Monitoraggio regionale e ministeriale mantenuti
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le AAS/ASUI/IRCCS dovranno proseguire ad organizzare le agende delle prestazioni ambulatoriali specialistiche per consentire la prenotazione online del cittadino dell'offerta.</li> </ul>	Agende delle prestazioni ambulatoriali specialistiche per consentire la prenotazione online organizzate;
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nei riguardi dei cittadini deve essere assicurata la "garanzia" erogativa per le priorità B al &gt; 95%, per la priorità D al &gt; 90% e per le priorità P al &gt; 85%.</li> </ul>	Priorità B al > 95%, per la priorità D al > 90% e per le priorità P al > 85% vengono garantite;
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le agende delle prestazioni di specialistica ambulatoriale individuate dalla DCS devono essere informatizzate ed essere rese disponibili a sistema CUP regionale.</li> </ul>	Agende delle prestazioni di specialistica ambulatoriale individuate dalla DCS informatizzate e rese disponibili a sistema CUP regionale ;
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> </ul>	Libera professione intra-moenia ai medici delle strutture che non hanno reso disponibili a CUP regionale tutte le agende di prenotazione delle visite/prestazioni sospesa;
Le AAS/ASUI/IRCCS dovranno garantire altresì il rispetto dei tempi d'attesa per gli interventi indicati, secondo i codici di priorità A (per almeno il 95% della	Implementazione dell'attività ambulatoriale e chirurgica anche attraverso il reperimento di personale medico specialista (Otorinolaringoiatria, ortopedia e

<p>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.</p> <p>Le aziende dovranno inoltre far rispettare il rapporto tra attività libero professionale di cui al CCNLL e le priorità fissate di "garanzia" per il cittadino assumendo ogni modalità organizzativa necessaria allo scopo, rivedendo l'organizzazione erogativa (rapporto tra offerta e domanda, analisi della tipologia di domanda, calibrazione del sistema di gestione delle code affrontando la contingenza, influenza della domanda, ecc.), e ricorrendo alla finalizzazione delle risorse contrattuali di risultato del personale, nonché delle RAR allo scopo stanziate, oltre che delle risorse previste dalla L.R. n.7/2009.</p> <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>	<p>neuropsichiatria).</p> <p>Garanzia del rispetto del rispetto dei valori soglia indicati dall'allegato A con sospensione della possibilità di svolgere la libera professione specifica per i medici delle strutture interessate.</p>
<p>A seguito dell'approvazione del nuovo Piano Nazionale di governo delle liste d'attesa (Pngla) per gli anni 2018/2020, la Regione provvederà all'adozione del Piano Regionale di Governo delle liste di attesa. Successivamente entro 60 giorni dall'adozione del Piano Regionale, a loro volta le Aziende sanitarie dovranno adottare un nuovo Programma Attuativo Aziendale o aggiornare quello in uso, in coerenza con quanto definito in ambito regionale e provvedere all'invio dello stesso alla Regione che provvederà al monitoraggio delle iniziative e degli interventi attuati.</p>	
<p>Analogamente, nel corso del 2019 la Regione provvederà a diffondere delle linee di indirizzo per la redazione e l'adeguamento dei regolamenti aziendali sulla Libera Professione.</p>	

<b>3.8.3. Rapporto con pazienti e familiari nelle attività di ricovero</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Le AAS/ASUI/IRCCS proseguono anche nel 2019 con le modalità di gestione dei rapporti con i pazienti e i loro familiari nel corso delle attività di ricovero, avviate a partire dal 2017.</p> <p>1. Apertura dei reparti di terapia intensiva e semi-intensiva con accesso senza limite di tempo e orario a un care giver per volta (fa eccezione la necessità di isolamento).</p>	<p>In particolare, sono confermati i programmi di:</p> <p>1. Reparti di terapia intensiva e semi-intensiva aperti con accesso senza limite di tempo e orario a un care giver per volta ;</p>
<p>2. Presenza del care giver in corso di visita nei reparti di degenza per i pazienti che abbisognano di un supporto per comprendere ciò che viene eseguito sulla propria persona.</p>	<p>2. Presenza del care giver in corso di visita nei reparti di degenza per i pazienti che bisognosi di un supporto personale;</p>
<p>3. contatto telefonico dopo la dimissione da un intervento chirurgico o da altre tipologie di trattamento (recall) con il fine di far sentire al cittadino la vicinanza della struttura che lo ha curato, nonché acquisire utili informazioni per cogliere opportunità di miglioramento dei servizi offerti</p>	<p>3. Contatto telefonico dopo la dimissione da un intervento chirurgico o da altre tipologie di trattamento (recall) effettuato;</p>
<p>4. Individuazione del medico responsabile della gestione del ricovero del paziente con il fine di assicurare il riferimento professionale che assicura la coerenza delle diverse azioni che caratterizzano l'intera degenza</p>	<p>4. Medico responsabile della gestione del ricovero del paziente con il fine di assicurare il riferimento professionale che assicura la coerenza delle diverse azioni che caratterizzano l'intera degenza individuato.</p>
<b>CONSULENZA PSICOLOGICA</b>	
<p>1. Proseguire il servizio di consulenza psicologica interna, nell'ambito delle attività dell'Ufficio Continuità Assistenziale, per le situazioni di disagio psicologico (di donne, bambini/e e ragazzi/e) individuate dal personale di assistenza</p>	<p>1.1 Report totale numero totale di persone assistite nel 2019 con 1 o più colloqui psicologici</p> <p>1.2. Report sul numero totale di colloqui psicologici clinici svolti nel 2019</p>
<p>2. Raccordare le attività dei professionisti non strutturati che svolgono prestazioni psicologiche nell'Istituto in collaborazione con la Direzione Sanitaria</p>	<p>2. Documento che definisce le modalità di intervento psicologico in almeno un ambito specifico prodotto.</p>

#### 4. IL SISTEMA INFORMATIVO

<b>Riorganizzazione dei servizi ICT</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Censimento dei principali Servizi ICT a supporto della funzionalità ed organizzazione delle Aziende e redazione di un Piano di riorganizzazione	Redazione del piano di riorganizzazione basato sui documenti aziendali quali il DPS e il documento di Business Continuity e Disaster Recovery

<b>Revisione sistemi</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Partecipazione ai gruppi di lavoro (Gestione Risorse Umane, Gestione contabilità)	90% degli incontri 31.3.2019
Individuazione siti pilota	30.9.2019
Configurazione e avviamento siti	31.12.2019
Configurazione siti rimanenti	

<b>Cartella clinica</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Partecipazione gruppo di lavoro	90% incontri
Individuazione siti pilota	30.6.2019
Configurazione e avviamento siti	31.10.2019

<b>Ricetta dematerializzata</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Completamento della ricetta dematerializzata	Farmaceutica >90%

<b>Firma digitale</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Firma digitale	Referti ambulatoriali per interni ed esterni > 95% Laboratorio e microbiologia >98% Radiologia > 98% Lettera di dimissione > 98% Pronto soccorso >98%
Tutte le Aziende garantiscono la tracciabilità (biffatura su applicativo GECCO) sull'avvenuta presa visione dell'informativa rispetto al trattamento dei dati personali di base; la singola biffatura è valida	100% degli accessi

nell'ambito dell'anagrafica degli assistiti regionale	
---	--

<b>Sicurezza informatica</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
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 – (Regolamento UE 2016/679)	31.12.2019 Installazione nuovo firewall in alta affidabilità e nuovo sistema SIEM per la gestione degli eventi relativi alla sicurezza informatica

<b>Rinnovamento SIASI</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
SALUTE MENTALE: 1. Individuazione del sito pilota e pianificazione estensione alle altre aziende 2. Configurazione e avviamento del sistema nel sito pilota 3. Estensione del sistema ad altre due aziende	1. 31.1.2019 2. 31.05.2019 3. 31.12.2019

<b>Regolamento europeo GDPR n. 679/2016 e D.lgs. 196/2003 come modificato dal D.lsg. 101/2018</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Partecipazione obbligatoria del Direttore Generale/Commissario, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario al corso sul trattamento dei dati personali realizzato dalla DCS	Partecipazione al corso
Predisposizione delle informative per le ditte esterne in accordo all'art. 28 del GDPR 679/2017	50% entro 31.05.2019 85% entro 30.10.2019 100% entro 31.12.2019
Partecipazione del proprio referente aziendale all'ufficio privacy regionale	Attuazione delle indicazioni della Regione FVG in merito al trattamento dei dati rispettate

#### 4.1 SISTEMA PACS REGIONALE

<b>4.1 Sistema PACS regionale</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Rinnovo del sistema PACS regionale con aggiornamento delle sue componenti tecnologiche	Aggiornamento delle precondizioni impiantistiche e logistiche

	Supporto tecnico alle attività di installazione.
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.	Le Aziende garantiscono supporto tecnico e clinico nelle attività di messa a punto e collaudo dei sistemi di collegamento Spoke-Hub.
Collaudo presso un sito pilota della soluzione di integrazione SIO/PACS per la produzione di un referto multimediale in Radiologia, già testata in ambiente di prova e avvio della soluzione a livello regionale.	Le Aziende garantiscono il supporto tecnico e clinico per le attività di collaudo e avviamento presso gli altri siti regionali secondo il programma che sarà redatto da ARCS d'intesa con INSIEL e con il fornitore PACS.
Proseguimento dell'estensione sistema PACS all'intero ambito dell'endoscopia ambulatoriale (broncoscopia, cistoscopia, isteroscopia,..) in relazione alle esigenze cliniche espresse dalle Aziende.	Entro marzo ogni Azienda conferma le esigenze cliniche nei vari ambiti dell'endoscopia ambulatoriale e predisporre un piano di attuazione delle precondizioni tecnologiche per l'adozione dei profili di integrazione versus G2 e PACS. Entro l'anno ogni Azienda si impegna ad attivare il flusso di integrazione versus G2 e PACS almeno per uno degli ambiti clinici individuati.
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.	Ogni azienda presenta entro marzo un documento di richiesta motivata di moduli di post elaborazione da integrare nel sistema PACS regionale.

### 8.1 FORMAZIONE

Formazione	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. accreditamento di eventi FAD gestiti su piattaforma HTLM	1. Accredimento di n. 1 evento FAD entro il 30.09.2019
1. Utilizzo della funzione "iscrizione on line" agli eventi	1. Utilizzo della funzione "iscrizione on line" per almeno 5 eventi RES entro il 30.11.2019

### LE REGOLE GESTIONALI REGIONALI 2019

5.1 Siope	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Utilizzo del programma SIOPE + a partire dal 1/1/2019.	Trasmissione degli ordinativi attraverso un'unica infrastruttura informatica, secondo lo standard definito

	da Agid, alla Banca d'Italia, la quale provvederà a trasmetterli al tesoriere per la loro lavorazione..
--	---

<b>5.2 Monitoraggio costo de personale rispetto al valore della produzione</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Monitoraggio del costo del personale rispetto al valore della produzione.	Mantenimento del valore raggiunto: in presenza di un trend di crescita del valore della produzione, potrà essere consentito il superamento del tetto di spesa previsto dalla DGR 448/2019.

## Istituto di ricerca e cura a carattere scientifico "Centro di Riferimento Oncologico" di Aviano

### 3. LE PROGETTUALITÀ

#### 3.1. PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

3.1.3. Gli screening oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia (Programma II PRP)	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Tutte le Aziende Sanitarie: assicurare la collaborazione per la riconversione del programma di screening cervicale, inclusi gli aspetti di comunicazione e formazione.	Operatori aziendali formati
Tutte le Aziende che attualmente refertano pap-test di screening di primo livello: garantire la tempestiva lettura dei pap-test primari fino a transizione di programma avvenuta	Lecture dei pap-test primari presso le sedi di attuale competenza fino a transizione del programma ultimata (>80% dei pap test refertati entro 21 giorni dalla data di prelievo)
Tutte le aziende con unità senologica: garantire che i radiologi certificati svolgano sia la lettura del test mammografico di screening sia la gestione del percorso di approfondimento diagnostico dei casi richiamati	Lettura del primo livello e gestione del percorso di approfondimento diagnostico da parte di radiologi certificati
Tutte le aziende con unità senologica: garantire la tempestiva e 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"> <li>- Percentuale di casi di secondo livello chiusi correttamente <math>\geq 95\%</math></li> <li>- Tempo di attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella <math>\leq 30</math> gg</li> <li>- Percentuale di early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso"/totale dei casi chiusi dall'unità senologica inferiore al 10%)</li> </ul>
Tutte le aziende con servizio di endoscopia: garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica (in particolare la codifica del livello di rischio assicurando di rendere definitiva la	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Percentuale di cartelle correttamente compilate <math>\geq 95\%</math></li> <li>- Tempo di attesa per colonscopia di approfondimento di secondo livello <math>\leq 30</math> giorni</li> </ul>

compilazione) per gli esami di 2° livello di screening	
--	--

<b>3.1.12. Emersione e prevenzione delle malattie professionali in Friuli Venezia Giulia e promozione della salute nei luoghi di lavoro (Programma X PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Tutte le Aziende Sanitarie: 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.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Analisi dei risultati relativi al rischio cardiovascolare negli operatori sanitari (report entro dicembre 2019)</li> <li>2. Offerta di percorsi per smettere di fumare</li> </ol>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tutte le Aziende Sanitarie: realizzare interventi di immunizzazione degli operatori sanitari per la prevenzione e il controllo delle infezioni prevenibili da vaccino.</li> <li>- Tutte le Aziende Sanitarie: adottare e applicare le nuove LLGG regionali sulla tubercolosi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Report a dicembre 2019 – analisi dei risultati dello stato di copertura per morbillo, parotite, rosolia, varicella riguardanti <b>tutti</b> i lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria nel corso dell'anno.</li> <li>- Recepimento LLGG FVG 2018 sulla tubercolosi con revisione del protocollo di sorveglianza sanitaria aziendale entro 31.12.2019</li> </ul>

<b>3.1.15. 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)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Tutte le Aziende Sanitarie: realizzare interventi di immunizzazione dei volontari ospedalieri per la prevenzione e il controllo delle infezioni prevenibili da vaccino	è adottato e applicato un protocollo vaccinale per i volontari ospedalieri per il controllo dell'immunizzazione e la vaccinazione per malattie prevenibili con vaccino (morbillo, -parotite, -rosolia, -varicella, pertosse, influenza) comprendente altresì misure per il controllo e la prevenzione della tubercolosi secondo Linee guida regionali.
Tutti gli ospedali partecipano ai programmi di sorveglianza delle ICA, con evidenza di monitoraggio degli indicatori regionali	indicatori regionali monitorati

<b>3.1.16. Comunicazione del rischio e gestione delle emergenze (Programma XIV PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Garantire la formazione dei propri operatori sull'antimicrobial stewardship	In ogni azienda almeno il 25% di medici prescrittori formati

Diffondere a tutti gli operatori sanitari la reportistica regionale sulle resistenze batteriche	Report inviato in formato elettronico a tutti gli operatori sanitari coinvolti in prescrizione e somministrazione di farmaci
---	--

<b>3.1.17. Alimentazione e salute: promozione di un'alimentazione sana, sicura e sostenibile (Programma XV PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
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 2019 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 10% delle gare d'appalto di PA e Enti in corso nel 2019 in ogni Azienda

### 3.2 ASSISTENZA DISTRETTUALE ED ASSISTENZA SOCIOSANITARIA:

#### 3.2.1 ASSISTENZA DISTRETTUALE

<b>3.2.1.2. Attività distrettuali a supporto delle cure di lungo termine</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Partecipazione dei referenti aziendali al gruppo tecnico che supporta la definizione e l'implementazione delle politiche, strategie e attività nell'area della cronicità in tutte le classi di età</li> <li>2. Istituzione di un gruppo aziendale dedicato all'implementazione di reti assistenziali per la presa in carico di persone di tutte le età che necessitano di cure a lungo termine</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evidenza della partecipazione</li> <li>2. Report che riporta il censimento dei servizi/attività/PDTA/reti esistenti al 31.12.2018 in relazione al Piano nazionale della cronicità, entro il 30.06.2019</li> </ol>

<b>3.2.1.3. Riabilitazione</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Individuazione professionisti delle AAS, ASUI e IRCSS per l'avvio dei lavori sul Piano Regionale della Riabilitazione.</li> <li>5. Individuazione professionisti delle AAS, ASUI e IRCSS per l'avvio dei lavori sul PDTA riabilitazione oncologica</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Messa a disposizione dei professionisti e partecipazione dei professionisti individuati al gruppo di lavoro sul Piano Regionale della Riabilitazione.</li> <li>5. Messa a disposizione dei professionisti e partecipazione dei professionisti individuati al gruppo di lavoro sul PDTA riabilitazione oncologica</li> </ol>

<b>3.2.1.5. Superamento contenzione</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Dare attuazione alla DGR n. 1904/2016	1. Invio di un report di monitoraggio al 31.12.2019 del fenomeno della contenzione in tutte le strutture sanitarie, socio-sanitarie e assistenziali secondo quanto disposto nella DGR 1904/2016

### 3.2.2 ASSISTENZA SOCIOSANITARIA

<b>3.2.2.6. Cure palliative e terapia del dolore</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
2. Revisione dei criteri di accesso alla rete delle cure palliative da parte di un gruppo tecnico regionale	2. Partecipazione al gruppo tecnico regionale degli esperti aziendali identificati dalle singole Aziende e approvazione dei criteri entro il primo semestre del 2019 e successiva applicazione
4. Miglioramento delle modalità di presa in carico del paziente in cure palliative, in coerenza con le indicazioni della DGR 165/2016. Costituzione di un gruppo tecnico di lavoro a livello regionale	4. Partecipazione al gruppo regionale dei professionisti aziendali che si occupano di cure palliative con l'obiettivo di definire un sistema informativo omogeneo per la registrazione e rilevazione dei dati
5. Percentuale di malati oncologici deceduti a domicilio	5. Uguale o superiore al 75%
6. Criteri di priorità della visita algologica	6. Tutte le AAS e ASUI/IRCCS adottano i criteri di priorità della prima visita algologica, garantendone la fruibilità agli utenti tramite link al CUP centralizzato Regionale
7. Adottare le codifiche ambulatoriali e di ricovero di terapia antalgica definite nel corso del 2018	7. Tutte le AAS e ASUI/IRCCS adottano le codifiche di terapia antalgica ambulatoriali e di ricovero definite nel 2018 entro il primo semestre 2019
8. Rispetto dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni di terapia del dolore	8. Le AAS e ASUI/IRCCS garantiscono il rispetto dei tempi di attesa per prima visita algologica ambulatoriale con priorità B e D in almeno il 75% dei casi, a partire dal secondo semestre 2019

### 3.3 ASSISTENZA FARMACEUTICA E ASSISTENZA INTEGRATIVA

<b>3.3.1. Tetti spesa farmaceutica</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Tetto per la spesa farmaceutica per acquisti diretti	- Rispetto dei tetti fissati a livello nazionale: la

<p>(farmaceutica ospedaliera, diretta e DPC) = 6,69 % del FSR;</p> <p>Tetto acquisto diretto gas medicinali (ATC V03AN)= 0,2%</p> <p>Tetto per la spesa farmaceutica convenzionata = 7,96 % del FSR.</p> <p>Nello specifico i vincoli di spesa fissati a livello regionale per il 2019 sono riepilogati nel capitolo dedicato alle risorse finanziarie.</p>	<p>verifica è effettuata a livello centrale e il rispetto dei tetti è considerato per regione– monitoraggi AIFA periodici</p> <p>- Rispetto dei vincoli regionali: monitoraggio mensile indicatori linee di gestione a cura della DCS</p>
---	---

<b>3.3.2. Appropriata prescrivita</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>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 2019 (in particolare per oncologici, immunologici, farmaci per l'epatite C, terapie intra-vitreali, farmaci del PHT_DPC, equivalenti, IPP, ecc).</p>	<p>Invio alla DCS da parte delle Aziende di due relazioni semestrali (entro 31/08/2019 e 28/02/2020) da cui si evincano:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 3 obiettivi assegnati alle U.O aziendali relativi a setting specialistici ad alto impatto di spesa</li> <li>- Azioni intraprese per le categorie principali</li> </ul> <p>Modalità di valutazione:</p> <p>Relazioni inviate nei termini: sì/no (peso 50%)</p> <p>Relazioni congruenti in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 50%)</p>

<b>3.3.5. Biosimilari</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Indicatori per categorie di medicinali in cui è disponibile l'alternativa biosimile</p>	<p>- Invio alla DCS di due relazioni semestrali (entro il 31/08/2019 e 28/02/2020) da cui si evincano le attività svolte, i percorsi attivati con i prescrittori ed i monitoraggi effettuati per i singoli ambiti (ospedaliero, domiciliare, residenziale e semiresidenziale), da cui si evincano le ricadute sul SSR. A tal fine la DCS invierà uno schema di rilevazione delle informazioni per consentire confronti omogenei.</p> <p>Modalità di valutazione:</p> <p>Relazioni inviate entro il 31.08.19 ed entro il 28.02.20: sì/no secondo schema DCS;</p>

<b>3.3.6. Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Erogazione dei medicinali da parte delle strutture sanitarie (diretta e primo ciclo a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale) secondo la DGR 12/2018.	<p>Invio di due report semestrali sull'attività svolta nell'ambito della distribuzione diretta entro il 31.08.2019 e entro il 28.02.2020.</p> <p>La DCS invierà un prototipo di report per la rilevazione omogenea dei dati.</p> <p>Modalità di valutazione:</p> <p>Relazioni inviate nei termini: sì/no</p>

<b>3.3.7. Rapporto con le Aziende Farmaceutiche e Biomedicali</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Gli enti del SSR, attraverso gli appositi Uffici (es. responsabili della trasparenza e dell'anticorruzione) adottano specifiche disposizioni organizzative relativamente alle attività d'informazione svolte dalle Aziende farmaceutiche e del settore dei dispositivi medici verso tutti gli operatori sanitari al fine di favorire comportamenti uniformi, coerenti a principi di trasparenza anche con riferimento ad eventuali conflitti di interesse.	<p>Le aziende predispongono un regolamento e lo adottano entro il 31.12.2019.</p> <p>Modalità di valutazione:</p> <p>Invio del regolamento predisposto alla DCS entro il 31.12.2019</p> <p>sì/no</p>

<b>3.3.9 Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p><u>Registri AIFA e recupero rimborsi</u></p> <p>Per la prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA dovrà essere assicurata la registrazione di tutti i dati richiesti (anche con particolare riferimento ai medicinali innovativi), nel rispetto delle indicazioni autorizzate e dei criteri di eleggibilità definiti dall'AIFA, al fine di assicurare appropriatezza d'uso e consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing. La richiesta del farmaco dovrà sempre essere accompagnata dalla scheda di registrazione paziente nel registro.</p>	<p>Evidenza dei monitoraggi/controlli effettuati/percorsi aziendali per la risoluzione di eventuali criticità.</p> <p>Assicurare l'invio delle Richieste di Rimborso secondo le modalità definite da AIFA per tutti i farmaci con accordo MEA.</p> <p>Modalità di valutazione</p> <p>Presenza di un percorso aziendale per la gestione delle criticità: sì/no</p> <p>Riscontro agli approfondimenti/richieste di verifica relative ai registri AIFA/procedure di rimborso, inviate nei termini indicati: sì/no</p>
<p><u>Cartella oncologica informatizzata</u></p> <p>La cartella oncologia informatizzata dovrà essere implementata relativamente ai campi: diagnosi/sede, protocollo/farmaco, stadiazione con un grado di</p>	<p>Implementazione dei campi obbligatori per il 95% dei pazienti.</p> <p>Modalità di valutazione:</p> <p>Due rilevazione (DCS) del grado di completezza al</p>

<p>completezza pari ad almeno il 95% dei pazienti.</p>	<p>30.06.2019 e al 31.12.2019. L'obiettivo si intende raggiunto se entrambe le rilevazioni raggiungono il 95%.</p>
<p><u>Prescrizioni personalizzate PSM iter elettronico</u>                  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 ARCS</p>	<p>% delle confezioni erogate in distribuzione diretta nominale hanno una prescrizione effettuata con il sistema PSM - iter elettronico <math>\geq 90\%</math>                  Modalità di valutazione:                  Target rilevati dalla DCS.                  - <math>\geq 90\%</math>: obiettivo raggiunto                  - <math>\geq 75\%</math> e <math>&lt; 89\%</math>: obiettivo parzialmente raggiunto                  - <math>&lt; 75\%</math>: obiettivo non raggiunto</p>
<p><u>Prescrizione informatizzata dei piani terapeutici</u>                  Tutte le Aziende garantiranno il ricorso (prima prescrizione e rinnovi) alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici implementati/disponibili a sistema, tramite l'applicativo PSM-PT, in almeno il 65% 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. farmaci per l'infertilità o ormone della crescita per Burlo).                  Nel favorire l'implementazione di tale sistema informatizzato sarà inoltre assicurato il controllo dei piani terapeutici ed il rispetto delle note limitative AIFA.</p>	<p>% di ricorso alla prescrizione informatizzata tramite applicativo PSM-PT per tutti i pazienti: <math>\geq 65\%</math>                  Modalità di valutazione:                  Target rilevati dalla DCS. Per le modalità di calcolo dell'indicatore si rimanda alla DGR n. 1912/2018                  - <math>\geq 65\%</math> PT informatizzati per tutti i pazienti &gt; 65% raggiunto                  - <math>\geq 50\%</math> e <math>&lt; 65\%</math> PT informatizzati per tutti i pazienti tra 50 e 65% parzialmente raggiunto                  - <math>&lt; 50\%</math> PT informatizzati per tutti i pazienti &lt; 50% non raggiunto                  Per gli IRCCS (non avendo come parametro di riferimento i residenti) la % di PT informatizzati (&gt; 65%) è calcolata rispetto al totale dei Piani terapeutici redatti dalla struttura (informatizzati + cartacei) e comunicato a fine anno alla DCS                  Per il Burlo la valutazione riguarderà i medicinali indicati.</p>
<p><u>Flussi informativi farmaceutica</u>                  Implementazione, verifiche e controlli di congruenza dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese, da parte dei responsabili individuati, 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 assicurata, 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</p>	<p>Verifiche dei dati entro il 10 di ogni mese                  Integrale copertura fase 3/fase 2 (&gt; 99,5% della spesa negli ambiti previsti).                  Inserimento codice targatura in fase di erogazione diretta dei medicinali (&gt; 99%).                  Risccontro entro 15 giorni agli approfondimenti richiesti o segnalazioni inviate.                  Modalità di valutazione:                  - copertura fase 3/fase 2: target rilevati dalla DCS                  - <math>&gt; 99,5\%</math>: raggiunto</p>

<p>distribuzione diretta, nonché l'inserimento a sistema del codice targatura (&gt; 99% confezioni) in fase di erogazione diretta dei medicinali (applicativo PSM).</p> <p>Le Aziende e l'ARCS danno riscontro ad eventuali approfondimenti richiesti dalla Direzione Centrale, anche su istanza Ministero della Salute, entro 15 giorni dalle comunicazioni</p>	<p>% tra 99% e 99,5%: parzialmente raggiunto                  % &lt; 99% non raggiunto</p> <p>- Targatura: target rilevati dalla DCS:                  - % confezioni diretta PSM &gt; 99%: raggiunto                  - % confezioni diretta PSM da 97% a 99%: parzialmente raggiunto                  - % confezioni diretta PSM &lt; 97%: non raggiunto</p> <p>- Riscontri agli approfondimenti effettuati nei termini: sì/no</p>
--	--

<b>3.3.10 Farmacovigilanza</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Gli Enti del SSR assicurano la partecipazione dei sanitari interessati e il supporto alle attività organizzative.</p>	<p>Evidenza della partecipazione alle progettualità avviate dalla DCS e alle attività formative organizzate dalla stessa (partecipazione incontri periodici, stato di avanzamento progetti affidati alle Aziende sanitarie)</p>
<p>Nell'ambito della progettualità pluriennale avviata nel 2018 (Farmacisti in ospedale/territorio) con il coinvolgimento di tutte le Aziende sanitarie, gli Enti del SSR dovranno garantire la partecipazione agli incontri periodici del gruppo di Coordinamento e l'invio della relazione scientifica e della rendicontazione secondo le tempistiche stabilite dalla convenzione in essere.</p>	<p>Partecipazione agli incontri periodici del gruppo di Coordinamento del progetto ed evidenza della relazione scientifica e della rendicontazione: secondo le tempistiche della convenzione in essere.</p> <p>Modalità di valutazione:                  Partecipazione agli incontri periodici sì/no                  Presenza SI/NO della relazione scientifica e della rendicontazione entro le tempistiche previste dalla convenzione in essere.</p>
<p>Partecipazione ai tre nuovi moduli FAD da parte dei Responsabili di farmacovigilanza e dai loro collaboratori (da loro individuati) al fine di migliorare la qualità delle informazioni inserite in RNF</p>	<p>Evidenza di partecipazione da parte di tutti gli operatori sanitari individuati</p> <p>Modalità di valutazione:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. obiettivo raggiunto: evidenza di partecipazione del 100% degli operatori sanitari individuati</li> <li>2. obiettivo parzialmente raggiunto: evidenza di partecipazione degli operatori sanitari individuati compresa tra il 70% e il 99%</li> <li>3. obiettivo non raggiunto: evidenza di partecipazione minore del 70% degli operatori sanitari individuati</li> </ol>
<p>Gli Enti dovranno assicurare azioni per incentivare la segnalazione on-line</p>	<p>Aumento della % di segnalazioni on-line rispetto alla modalità cartacea al 31/12/2019</p> <p>Modalità di valutazione:                  Con riferimento alla rilevazione delle segnalazioni on-</p>

	line effettuate nel periodo 01/01/2018 - 31/08/2018						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th><b>% di segnalazioni online/segnalazioni totali</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>ASUI-TS</b></td> <td>&gt;50% ≤70%</td> </tr> <tr> <td><b>AAs3 / ASUI-UD / CRO / BURLO</b></td> <td>&gt;70%</td> </tr> </tbody> </table>		<b>% di segnalazioni online/segnalazioni totali</b>	<b>ASUI-TS</b>	>50% ≤70%	<b>AAs3 / ASUI-UD / CRO / BURLO</b>	>70%
		<b>% di segnalazioni online/segnalazioni totali</b>					
<b>ASUI-TS</b>	>50% ≤70%						
<b>AAs3 / ASUI-UD / CRO / BURLO</b>	>70%						
<p>L'obiettivo sarà diversificato nel seguente modo:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. obiettivo raggiunto: aumento delle segnalazioni on-line rispettivamente del 20% per l'AAS2 e AAS5, del 15% per ASUI-TS e del 5% per i restanti Enti del SSR</li> <li>2. obiettivo parzialmente raggiunto: aumento delle segnalazioni on-line rispettivamente del 15% per l'AAS2 e AAS5, del 10% per ASUI-TS e del 2,5% per i restanti Enti del SSR</li> <li>3. obiettivo non raggiunto: aumento delle segnalazioni on-line rispettivamente inferiore al 15% per l'AAS2 e AAS5, al 10% per ASUI-TS e al 2,5% per i restanti Enti del SSR</li> </ol>							

### 3.4 ACCREDITAMENTO

3.4. Accredimento	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Partecipazione attiva al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti</li> <li>2. Partecipazione al programma di accreditamento nazionale degli organismi tecnicamente accreditanti</li> <li>3. Garanzia del funzionamento dell'OTA FVG</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gli enti del SSR consentono a ognuno dei propri dipendenti inseriti nell'elenco regionale dei valutatori dell'accREDITAMENTO di partecipare ai sopralluoghi per almeno 5 giornate, secondo le indicazioni della Direzione centrale salute</li> <li>2. Gli enti del SSR mettono a disposizione i professionisti appartenenti alle aree professionali indicate dalla Direzione centrale salute, da avviare al percorso formativo dei valutatori dell'accREDITAMENTO</li> <li>3. Gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti inseriti nell'elenco nazionale dei valutatori dell'accREDITAMENTO di partecipare alle attività organizzate dal Ministero della salute e dall'Agenas</li> <li>4. Gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti, componenti dell'OTA regionale, di svolgere le funzioni previste dalla D.G.R. n. 2220/2015 e dal Decreto n.</li> </ol>

1899/2017

**3.5 ASSISTENZA OSPEDALIERA****3.5.3. Reti di patologia**

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Reti di patologia: Malattie rare	Ogni rete di gruppo nosologico deve: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Produrre entro il 31 dicembre 2019 almeno 1 percorso assistenziale,</li> <li>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 2019 e pulizia dei casi che sono usciti dal sistema) e produrre alla DCS un report di attività.</li> </ol>

**3.5.7. Erogazione dei livelli di assistenza**

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<ol style="list-style-type: none"> <li>2. riduzione dei numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica, ricorrendo anche ad un maggiore utilizzo del day service</li> <li>3. riduzione della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. percentuale al di sotto del <b>20%</b> per gli adulti e del 40% per i pediatrici (valore medio regionale del 2017 di 28,58% per gli adulti e 54,07% per i pediatrici - fonte Bersaglio) – obiettivo valido sia per l'età adulta che pediatrica.</li> <li>3. riduzione della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti <math>\geq 65</math> anni portandola al di sotto del 4% (valore medio regionale 2017 di 4,81% - fonte Bersaglio).</li> </ol>

**3.6 RETE CURE SICURE FVG****3.6. Rete Cure Sicure FVG**

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. adattamento delle figure professionali (numero e tipologia dei professionisti) coinvolte nella Rete Cure Sicure FVG, in relazione al nuovo assetto istituzionale;</li> <li>2. mantenimento delle indicazioni e delle raccomandazioni ministeriali fino ad ora sviluppate, messa a regime di eventuali nuove raccomandazioni e misurazione e verifica della loro adozione con riferimento alle strutture ospedaliere e ai nuovi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. partecipazione al tavolo regionale dei risk manager;</li> <li>2. messa a regime delle nuove raccomandazioni e misurazione e verifica della loro adozione;</li> </ol>

distretti;	
3. aggiornamento referenti aziendali dei flussi informativi istituzionali nazionali relativi al rischio clinico;	3. aggiornamento referenti aziendali dei flussi informativi istituzionali nazionali relativi al rischio clinico
4. implementazione degli eventi formativi aziendali specifici per il tema come definito dal PFR 2019	4. programmazione eventi formativi specifici come da PRF 2019;
<p>5. programma "Antimicrobial stewardship":</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ diffusione e condivisione dei report regionali sul consumo di antibiotici e sulle resistenze batteriche nelle unità operative ospedaliere, nei distretti e nelle AFT;</li> <li>○ riduzione del consumo di antibiotici in ospedale e sul territorio: in particolare di cefalosporine e chinolonici (ambito ospedaliero e territoriale) e carbapenemi (ambito ospedaliero);</li> <li>○ formazione aziendale specifica per personale medico (in particolare medici ospedalieri e medici di medicina generale) sul tema della lettura dell'antibiogramma e sulla prescrizione antibiotica mirata come da indicazioni del gruppo di coordinamento regionale;</li> <li>○ adozione e diffusione delle linee di indirizzo regionali per la gestione delle infezioni in ambito pediatrico;</li> <li>○ adozione delle "Linee regionali per il riconoscimento precoce e la gestione della sepsi associata alle pratiche assistenziali" e monitoraggio degli indicatori riportati nel documento;</li> <li>○ partecipazione al processo di revisione dei documenti regionali sulla gestione delle infezioni nell'adulto;</li> <li>○ partecipazione al processo di valutazione delle attività di stewardship aziendali mediante l'analisi dell'aderenza agli standard definiti nell'ambito del programma regionale;</li> <li>○ promozione di attività per il coinvolgimento dei cittadini sul tema dell'uso appropriato degli antibiotici;</li> <li>○ implementazione della rete territoriale dei link professional relativi al programma di Antimicrobial Stewardship;</li> </ul>	<p>5. prosecuzione delle attività programma "Antimicrobial stewardship":</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ diffusione intra-aziendale dei report sul consumo di antibiotici e sulle resistenze batteriche forniti dalla regione</li> <li>○ sorveglianza uso di cefalosporine e chinolonici in ambito ospedaliero</li> <li>○ formazione specifica per il personale medico sul tema della lettura dell'antibiogramma e sulla prescrizione antibiotica mirata</li> <li>○ adozione della linea di indirizzo regionale sulla gestione precoce della sepsi, nell'adulto ed in ambito pediatrico ove appropriato, secondo le indicazioni del tavolo tecnico regionale</li> <li>○ partecipazione al processo di revisione dei documenti regionali sulla gestione delle infezioni nell'adulto;</li> <li>○ prosecuzione della sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico secondo il protocollo regionale;</li> <li>○ valutazione delle attività di stewardship aziendali mediante l'analisi dell'aderenza agli standard definiti nell'ambito del programma regionale;</li> <li>○ promozione di attività per il coinvolgimento dei cittadini sul tema dell'uso appropriato degli antibiotici;</li> <li>○ implementazione della rete territoriale dei link professional relativi al programma di Antimicrobial Stewardship</li> </ul>
6. programma "controllo delle infezioni correlate all'assistenza":	6. prosecuzione delle attività programma "Controllo delle infezioni correlate all'assistenza":

<ul style="list-style-type: none"> <li>○ effettuazione di una simulazione di evento epidemico (preparedness) che coinvolga le unità operative di Pronto Soccorso e di Terapia Intensiva</li> <li>○ effettuazione della PPS biennale (prevalenza puntuale sulle ICA e sulla prescrizione di antibiotici) negli ospedali per acuti</li> <li>○ aggiornamento dei documenti regionali già esistenti sulla tematica</li> <li>○ effettuazione sorveglianza sulle infezioni del sito chirurgico e della compliance alle raccomandazioni dei comportamenti dei blocchi operatori</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ effettuazione di una simulazione di evento epidemico</li> <li>○ effettuazione della PPS biennale (prevalenza puntuale sulle ICA e sulla prescrizione di antibiotici)</li> <li>○ aggiornamento dei documenti regionali già esistenti sulla tematica</li> <li>○ effettuazione sorveglianza sulle infezioni del sito chirurgico e della compliance alle raccomandazioni dei comportamenti dei blocchi operatori</li> </ul>
<p>7. prosecuzione programma "sicurezza del farmaco":</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ messa a regime della diffusione della reportistica periodica destinata ai medici di medicina generale;</li> <li>○ adeguamento alle indicazioni regionali sulla gestione degli elastomeri;</li> <li>○ applicazione delle raccomandazioni ministeriali;</li> <li>○ raccomandazione per la riconciliazione farmacologica;</li> <li>○ prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici;</li> <li>○ prevenzione degli errori in terapia con i farmaci "look-alike/sound alike";</li> <li>○ prevenzione della morte, coma o grave danno derivatio da errori in terapia farmacologica;</li> <li>○ corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio –KCL – ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio;</li> </ul> <p>mantenimento delle azioni sull'uso prudente dei farmaci con particolare riferimento: alla riduzione del consumo di inibitori di pompa protonica a meno 25 unità posologiche procapite (diretta+ convenzionata e dpc);</p>	<p>7. prosecuzione delle attività programma "sicurezza del farmaco":</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ adeguamento alle indicazioni regionali sulla gestione degli elastomeri;</li> <li>○ applicazione delle raccomandazioni ministeriali;</li> <li>○ raccomandazione per la riconciliazione farmacologica;</li> <li>○ prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici;</li> <li>○ prevenzione degli errori in terapia con i farmaci "look-alike/sound alike";</li> <li>○ prevenzione della morte, coma o grave danno derivatio da errori in terapia farmacologica;</li> </ul> <p>corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio –KCL – ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio</p>

### 3.7 PROMOZIONE DELLA SALUTE NEGLI OSPEDALI E NEI SERVIZI SANITARI: LA RETE HPH

3.7. Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Prosecuzione della strutturazione della rete HPH FVG e avvio dei progetti riguardanti i dipendenti e pazienti	<u>Personale dipendente</u> benessere soggettivo e dimensioni psico-fisiche: - medici competenti e coordinamento regionale

	<p>della rete HPH individuano una strategia per implementare la valutazione del benessere soggettivo nel corso delle visite</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- al momento della visita periodica, il medico competente misura le dimensioni del benessere psico-fisico attraverso una breve anamnesi e la valutazione della composizione corporea (rapporto massa grassa/massa magra)</li> <li>- i medici competenti collaborano con il comitato HPH di cui sono parte integrante, per la ricognizione dell'offerta aziendale riguardante sani stili di vita (evidenza di offerta dedicata agli operatori su stili di vita e gestione dello stress)</li> </ul> <p><u>Pazienti</u></p> <p>astensione del fumo di tabacco in fase peri-operatoria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tutti i soggetti fumatori ai quali viene programmato un intervento chirurgico sono informati sui benefici della sospensione del fumo, nelle settimane precedenti e successive, sulla guarigione dopo intervento chirurgico e vengono invitati all'astensione.</li> </ul>
--	--

### 3.8 RAPPORTO CON I CITTADINI

<b>3.8.1 Tempi d'attesa</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Mantenimento del monitoraggio regionale e ministeriale	1. Monitoraggio regionale e ministeriale
2. Prosecuzione dell'organizzazione delle agende delle prestazioni ambulatoriali specialistiche	2. L'organizzazione delle agende consente la prenotazione online del cittadino dell'offerta.
3. assicurare la "garanzia" erogativa per tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale dell'allegato A delle linee annuali per la gestione del SSR anno 2019.	3. "garanzia" erogativa per le priorità B al > 95%, per la priorità D al > 90% e per le priorità P al > 85%.
4. Le agende delle prestazioni di specialistica ambulatoriale individuate dalla DCS devono essere informatizzate ed essere rese disponibili a sistema CUP regionale.	4. Agende informatizzate e disponibili a CUP regionale.
5. Sospendere la libera professione intra-moenia ai medici delle strutture che non hanno reso disponibili a CUP regionale tutte le agende di prenotazione delle	5. 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

visite/prestazioni.	regionale tutte le agende di prenotazione delle visite/prestazioni
6. Rispetto dei tempi di attesa per gli interventi chirurgici	6. % 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%
7. Libera professione	7. Rispetto del rapporto di priorità tra attività libero professionale e le priorità di garanzia per il cittadino
8. Aggiornamento del programma attuativo aziendale in coerenza con quanto definito in ambito regionale	8. Aggiornamento del PAO entro 60 giorni dal Piano Regionale di Governo delle liste di attesa.

### 3.8.2 Innovazione nella gestione delle terapie

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Si conferma la necessità che le organizzazioni favoriscano 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, a condizione che vengano preventivamente adeguatamente valutati rischi e benefici per i pazienti.	Se individuate nuove innovazioni, avvio nuovi setting

### 3.8.3 Rapporto con pazienti e familiari nelle attività di ricovero

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Prosecuzione dei programmi avviati nel 2017:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apertura dei reparti di terapia intensiva e semi-intensiva con accesso senza limite di tempo e orario a un care giver per volta (fa eccezione la necessità di isolamento).</li> <li>- Presenza del care giver in corso di visita nei reparti di degenza per i pazienti che abbisognano di un supporto per comprendere ciò che viene eseguito sulla propria persona.</li> <li>- Contatto telefonico dopo la dimissione da un intervento chirurgico o da altre tipologie di trattamento (recall) con il fine di far sentire al cittadino la vicinanza della struttura che lo ha curato, nonché acquisire utili informazioni per cogliere</li> </ul>	Report inviato mensilmente all'ARCS

<p>opportunità di miglioramento dei servizi offerti.</p> <p>- Individuazione del medico responsabile della gestione del ricovero del paziente con il fine di assicurare il riferimento professionale che assicura la coerenza delle diverse azioni che caratterizzano l'intera degenza.</p>	
---	--

#### 4. IL SISTEMA INFORMATIVO

4 Il sistema informativo	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p><u>Riorganizzazione dei servizi ICT</u></p> <p>Censimento dei principali Servizi ICT a supporto della funzionalità ed organizzazione delle Aziende e redazione di un Piano di riorganizzazione</p>	Redazione del piano di riorganizzazione
<p><u>Revisione sistemi contabili:</u></p> <p>Partecipazione ai gruppi di lavoro (Gestione Risorse Umane, Gestione contabilità)</p> <p>Individuazione siti pilota</p> <p>Configurazione e avviamento siti</p> <p>Configurazione siti rimanenti</p>	<p>90% degli incontri</p> <p>31.3.2019</p> <p>30.9.2019</p> <p>31.12.2019</p>
<p><u>Revisione sistemi</u></p> <p>Cartella clinica:</p> <p>Partecipazione gruppo di lavoro</p> <p>Individuazione siti pilota</p> <p>Configurazione e avviamento siti</p>	<p>90% incontri</p> <p>30.6.2019</p> <p>31.10.2019</p>
<p><u>Ricetta dematerializzata</u></p> <p>Completamento della ricetta dematerializzata</p>	Farmaceutica >90%
<p><u>Firma digitale</u></p>	<p>- Referti ambulatoriali per interni ed esterni &gt; 95%</p> <p>- Laboratorio &gt;98%</p> <p>- Radiologia &gt; 98%</p> <p>- Lettera di dimissione &gt; 98%</p>
<p><u>Firma digitale</u></p> <p>Tutte le Aziende garantiscono la tracciabilità (biffatura su applicativo GEICO) sull'avvenuta presa visione dell'informativa rispetto al trattamento dei dati personali di base; la singola biffatura è valida nell'ambito dell'anagrafica degli assistiti regionale</p>	- 100% degli accessi
<p><u>Sicurezza informatica</u></p>	

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 – (Regolamento UE 2016/679)	Aggiornamento documento AgID entro 31.12.2019
<u>Regolamento europeo GDPR 679/2016 e D.Lgs. 196/2003 come modificato dal D.Lgs. 101/2018</u> Partecipazione obbligatoria del Direttore Generale/Commissario, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario al corso sul trattamento dei dati personali realizzato dalla DCS	Partecipazione al corso
Predisposizione delle informative per le ditte esterne in accordo all'art. 28 del GDPR 679/2017	50% entro 31.05.2019 85% entro 30.10.2019 100% entro 31.12.2019
<u>Funzioni rivolte al sistema</u> Garantire la collaborazione con la DCS alle seguenti attività: 1. gestione dell'attività sanitaria in ambito ospedaliero a. potenziamento, revisione ed estensione delle integrazioni dei sistemi clinico sanitari b. normalizzazione della gestione delle credenziali, individuazione ed attivazione sistema single sign on e. Implementazione della prescrizione trasfusionale informatizzata 8. sistema direzionale regionale a. implementazione del <i>Data Warehouse gestionale</i>	È garantita la collaborazione con la DCS

#### 4.1 SISTEMA PACS REGIONALE

4.1 Sistema PACS regionale	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Rinnovo del sistema PACS regionale con aggiornamento delle sue componenti tecnologiche	Aggiornamento delle precondizioni impiantistiche e logistiche Supporto tecnico alle attività di installazione.
Collaudo presso un sito pilota della soluzione di integrazione SIO/PACS per la produzione di un referto multimediale in Radiologia, già testata in ambiente di prova e avvio della soluzione a livello regionale.	Collaudo presso un sito pilota della soluzione di integrazione SIO/PACS per la produzione di un referto multimediale in Radiologia, già testata in ambiente di prova e avvio della soluzione a livello regionale.

<p>Proseguimento dell'estensione sistema PACS all'intero ambito dell'endoscopia ambulatoriale (broncoscopia, cistoscopia, isteroscopia, ...) in relazione alle esigenze cliniche espresse dalle Aziende.</p>	<p>Entro marzo ogni Azienda conferma le esigenze cliniche nei vari ambiti dell'endoscopia ambulatoriale e predispone un piano di attuazione delle precondizioni tecnologiche per l'adozione dei profili di integrazione versus G2 e PACS.</p> <p>Entro l'anno ogni Azienda si impegna ad attivare il flusso di integrazione versus G2 e PACS almeno per uno degli ambiti clinici individuati.</p>
<p>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> <p>Perfezionamento dell'integrazione dei sistemi PACS dell'ASUITS nell'impianto PACS regionale.</p>	<p>Ogni azienda presenta entro marzo un documento di richiesta motivata di moduli di post elaborazione da integrare nel sistema PACS regionale.</p> <p>ASUITS completa l'integrazione versus il sistema PACS regionale in coerenza con il piano operativo di INSIEL.</p>

### 8.1 FORMAZIONE

Formazione	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p><b>1. Accredimento di eventi FAD gestiti su piattaforma HTL.</b></p> <p><b>2. Utilizzo della funzione "iscrizione on line" agli eventi</b></p>	<p><b>1. Accredimento di n. 1 evento FAD entro il 30.09.2019;</b></p> <p><b>2. Utilizzo della funzione "iscrizione on line" per almeno 5 eventi RES entro il 30.11.2019</b></p>

5. PROGETTUALITA' IN COLLABORAZIONE TRA AAS5 "FRIULI OCCIDENTALE" E CRO	
Obiettivo	Risultato atteso
<p>1. Attività trasfusionale nella struttura CRO</p>	<p>Rivalutazione/revisione dell'accordo con l'individuazione del contributo del CRO nel modello organizzativo.</p>
<p>2. Attività di medicina di laboratorio</p>	<p>Monitoraggio e aggiornamento dell'accordo approvato con delibera del direttore generale n. 158 del 11.05.2017.</p>
<p>3. Gestione delle urgenze onco-ematologiche nei presidi ospedalieri di AAS 5 e CRO</p>	<p>Monitoraggio e aggiornamento della procedura del 29.03.2018</p>
<p>4. Attività di chirurgia</p>	<p>Definizione delle attività di chirurgia oncologica nell'Area pordenonese</p>

5. Condivisione dati clinici	Condivisione dei dati clinici ai fini dell'assistenza e della contitolarità a seguito dei processi di integrazione e condivisione di funzioni tra il CRO e l'AAS5
6. Collaborazione nell'ambito dell'alta tecnologia e delle attività trasfusionali	Attivazione di protocolli di collaborazione
7. Oncologia medica	Rivalutazione dell'organizzazione delle attività svolte presso la sede dell'AAS5.
8. Anatomia patologica	Valutazione degli assetti e funzioni attuali e ipotesi riorganizzative
9. Medicina nucleare	Si conferma la necessità che la funzione di Medicina nucleare rimanga in capo all'AAS5, come previsto dalla nota DCS 16562/P del 13.10.2016 poi recepita nel Protocollo d'Intesa sottoscritto da Cro e AAS5 con Decreto n. 605 del 09.11.2016.

# Agenzia Regionale di Coordinamento della Salute "ARCS"

## 3. LE PROGETTUALITÀ

Atto aziendale	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Adozione atto aziendale	Adozione atto aziendale entro il 30/6/2019

3.1.3. Gli screening oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia (Programma II PRP)	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Collaborare con la Direzione Centrale per la riorganizzazione della logistica di supporto allo screening cervicale	Garantire il supporto alla riorganizzazione
Mantenere il supporto alla DCS nell'attività di controllo sulle Aziende affinché garantiscano le sedi per l'erogazione dello screening mammografico accertando la permanenza dei requisiti per l'installazione dell'unità mobile e garantendo l'accessibilità da parte delle persone (barriere architettoniche, igiene dei locali, rispetto della privacy, decoro...)	Evidenza effettuazione sopralluoghi
Garantire continuità dell'attuale assetto organizzativo di erogazione dello screening mammografico basato su Unità mobili	Gara espletata
Garantire supporto statistico epidemiologico per la valutazione dei programmi e per la produzione delle survey annuali per l'Osservatorio Nazionale Screening	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Portale SISSR aggiornato con cadenza almeno quadrimestrale e revisione almeno annuale degli indicatori coerentemente con gli obiettivi previsti dalle LLGG;</li> <li>- survey ONS prodotte a scadenza;</li> <li>- nuovi indicatori per il monitoraggio del riconvertito -</li> </ul>

	<p>programma di screening cervicale;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- condivisione preventiva bozze reportistica di pertinenza per programmi nazionali di valutazione delle performance;</li> <li>- report performance radiologi almeno annuale;</li> <li>- collaborazione con la Direzione per la valutazione di aspetti specifici dei programmi</li> </ul>
--	--

### 3.3 ASSISTENZA FARMACEUTICA E ASSISTENZA INTEGRATIVA

3.3.3 Attività centralizzate ARCS	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>ARCS, 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</p>	<p><b>Coordinare la stesura dei capitolati tecnici:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- con particolare riferimento ai dispositivi medici, l'ARCS promuove azioni centralizzate di acquisto per gli Enti del SSR, promuovendo e curando la predisposizione di capitolati in linea con i principi e criteri dell' HTA.;</li> <li>- in linea con le evidenze scientifiche e con i principi dell'HTA, ARCS sarà di supporto alla DCS al fine di contribuire alla realizzazione di un sistema regionale più regolato.</li> <li>- per quanto riguarda la DPC, ARCS assicura il 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. Rende inoltre disponibile mensilmente a tutte le aziende sanitarie un aggiornamento della lista dei farmaci aggiudicati a gara</li> </ul>
<p>ARCS monitora:</p> <p>1.1 l'elenco dei medicinali prossimi alla scadenza brevettuale e garantisce l'ottimizzazione dei tempi di espletamento delle procedure di approvvigionamento con particolare riferimento all'immissione in commercio dei farmaci biosimilari o a brevetto scaduto.</p>	<p>1.1- Invio alla DCS, entro il 28.02.2020, di una relazione annuale sulle attività svolte e le tempistiche di attuazione delle procedure di approvvigionamento relativamente all'effettiva disponibilità del primo farmaco equivalente o biosimilare di un principio attivo di nuova immissione in commercio, a seguito di procedura di acquisto secondo le normative vigenti (L 232/2016), per l'assistenza erogata tramite le Strutture del SSR</p> <p>Indicatori: dalla data dell'effettiva disponibilità dei biosimilari o medicinali equivalenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- adozione del provvedimento di aggiudicazione</li> </ul>

	<p>=&lt;90 giorni</p> <p>- a seguito di richiesta delle Aziende, messa a disposizione del farmaco a magazzino mediante procedure urgente entro 45 giorni.</p> <p>Modalità di valutazione:</p> <p>tempistiche rispettate per almeno il 90% dei farmaci-Raggiunto</p> <p>tempistiche rispettate tra 70-90% dei farmaci = parzialmente raggiunto</p> <p>tempistiche rispettate per meno del 70% dei farmaci = non raggiunto</p>
<p>1- ARCS monitora:</p> <p>1.2 le carenze dei medicinali e ottimizza la gestione degli approvvigionamenti dei prodotti a garanzia della continuità dei trattamenti.</p>	<p>1.2 Inoltro alla DCS di una procedura per la gestione delle carenze dei medicinali (entro 30.09.2019).</p> <p>Modalità di valutazione: procedura inviata: sì/no</p>
<p>1- ARCS monitora:</p> <p>1.3 le variazioni del prezzo al pubblico dei medicinali, con particolare riferimento a quelli inseriti nell'elenco dei farmaci oggetto di DPC, al fine di garantire ricadute positive per il SSR</p>	<p>1.3 Inoltro entro il 28.02.2020 delle evidenze dell'attività svolta</p> <p>Modalità di valutazione: Inoltro evidenze: sì/no</p>
<p>2. ARCS garantisce la continua disponibilità dei medicinali per l'erogazione in DPC ed ottimizza i tempi di approvvigionamento, con particolare riferimento ai medicinali di nuovo inserimento nell'elenco DPC.</p>	<p>2- ARCS fornisce alla DCS, entro il 28.02.2020, l'evidenza della tempistica della disponibilità dei farmaci DPC sulla piattaforma.</p> <p>Indicatore: 45 giorni dall'acquisizione da parte di ARCS dei fabbisogni delle Aziende.</p> <p>Modalità di valutazione:</p> <p>tempistiche rispettate per almeno il 90% dei farmaci = raggiunto tempistiche rispettate tra 70-90% dei farmaci = parzialmente raggiunto</p> <p>tempistiche rispettate per meno del 70% dei farmaci = non raggiunto</p>
<p>ARCS, nell'ambito della centralizzazione della logistica d'acquisto, continua ad assicurare il ristoro delle somme spettanti a ciascun Ente, per tutti i farmaci soggetti a registro AIFA 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>3 – Evidenza dei ristori effettuati</p> <p>Modalità di valutazione:</p> <p>Ristori effettuati: sì/no</p>
<p>ARCS centralizza l'acquisizione di nuovi farmaci per</p>	<p>4- invio alla DCS entro il 28.02.2020 di un report che</p>

<p>tutte le Aziende sanitarie, qualora siano:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- erogabili da Centri individuati dalla Regione (relativamente alle aziende sanitarie coinvolte);</li> <li>- innovativi;</li> <li>- con erogazione principale in distribuzione diretta.</li> </ul>	<p>evidenzi la % dei farmaci di nuova commercializzazione acquistati centralmente ed i tempi di acquisizione a decorrere dalla richiesta di fabbisogno inviata ad ARCS dalle Aziende.</p> <p>Indicatore: tempi massimi di acquisizione del farmaco = 45 giorni</p> <p>Modalità di valutazione: tempistiche rispettate per almeno il 90% dei farmaci = raggiunto tempistiche rispettate tra 70-90% dei farmaci = parzialmente raggiunto tempistiche rispettate per meno del 70% dei farmaci = non raggiunto</p>
---	--

<b>3.3.5 Biosimilari</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Indicatori per categorie di medicinali in cui è disponibile l'alternativa biosimile	<p>- ARCS invia un quadro riepilogativo degli ordini effettuati nell'ambito accordi quadro.</p> <p>Modalità di valutazione: Relazioni inviate entro il 31.08.19 ed entro il 28.02.20: sì/no secondo schema DCS</p>

<b>3.3.5 Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>b) Flussi informativi farmaceutica</p> <p>ARCS da riscontro ad eventuali approfondimenti richiesti dalla Direzione Centrale, anche su istanza del Ministero della Salute, entro 15 giorni dalle comunicazioni</p>	<p>Riscontri agli approfondimenti effettuati nei termini: sì/no</p>

### 3.4 ACCREDITAMENTO

<b>3.4 Accreditamento</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p><b>Partecipazione attiva al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti</b></p>	<p><b>Gli enti del SSR consentono a ognuno dei propri dipendenti inseriti nell'elenco regionale dei valutatori dell'accreditamento di partecipare ai sopralluoghi per almeno 5 giornate, secondo le indicazioni della Direzione Centrale Salute</b></p>

### 3.5 ASSISTENZA OSPEDALIERA

3.5.2 Emergenza urgenza	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Sala operativa regionale emergenza sanitaria (SORES)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizzo dei protocolli a) di ingresso, b) problema principale e c) istruzioni prearrivo del MPDS nel 90% delle chiamate di soccorso.</li> <li>• Messa a sistema della scheda media elettronica e implementazione delle schede tempo-dipendenti (arresto cardiaco, STEMI, Ictus e Trauma) con sistema di monitoraggio e registrazione.</li> <li>• Monitoraggio dei tempi di soccorso (attesa per la risposta, attivazione mezzi di soccorso, partenza dei mezzi di soccorso, invio mezzo di soccorso, arrivo sul target dei mezzi di soccorso) e comunicazione dei dati rilevati al CREU.</li> <li>• Completamento al 75% della formazione dei medici e degli infermieri dell'emergenza territoriale aziendali e non, sulle funzioni SORES e sulle interazioni con il territorio e PS e dipartimenti di emergenza.</li> <li>• Condivisione con l'emergenza territoriale e i dipartimenti di emergenza ospedalieri dei protocolli della maxi-emergenza, disaster recovery, RSR, e NBCR.</li> <li>• Uniformità delle procedure di soccorso su tutto il territorio regionale tramite parere del CREU e diffusione successiva alle aziende sanitarie.</li> <li>• Costituzione del Dipartimento regionale di emergenza urgenza in ARCS.</li> </ul>

### 3.8 RAPPORTO CON I CITTADINI

3.8.1 Tempi di attesa	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Informatizzazione agende delle prestazioni di specialistica ambulatoriale individuate dalla DCS	Verifica che le agende delle prestazioni di specialistica ambulatoriale individuate dalla DCS siano informatizzate e rese disponibili a sistema CUP regionale

Monitoraggio tempi d'attesa	<p>Predisposizione ed invio alla DCS dei monitoraggi dei tempi di attesa regionali:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 4 report trimestrali inviati alle Direzioni aziendali del SSR e alla DCS entro il secondo mese successivo alla fine del trimestre di competenza;</li> <li>- 1 report annuale inviato alle Direzioni aziendali del SSR e alla DCS entro il secondo mese successivo alla fine dell'anno;</li> <li>- evidenza della partecipazione ai monitoraggi nazionali</li> </ul>
-----------------------------	--

#### 4. IL SISTEMA INFORMATIVO

Il sistema informativo	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Revisione del modello organizzativo con conseguente adeguamento dei processi e delle procedure informatiche per il sistema CUS/SORES e adeguamento delle soluzioni con contestuale ampliamento della copertura radio del sistema di emergenza sanitario FVG.	Revisione del modello organizzativo con conseguente adeguamento dei processi e delle procedure informatiche per il sistema del SORES.
Piattaforma per la Gestione delle risorse Umane e la Contabilità. La DCS individuerà dei referenti aziendali per visionare una serie di sistemi presenti sul mercato. Partecipazione ai gruppi di lavoro, su indicazione DCS	Partecipazione al 90% degli incontri
Sicurezza informatica: sicurezza fisica e logica/funzionale del sistema informativo, anche in attinenza ai temi relativi alla circolare AgID n. 2/2017 del 18.4.2017 "misure minime di sicurezza" ed entrata in vigore del GDPR - (Regolamento UE 2016/679)	Analisi del contesto per il consolidamento dei processi e l'introduzione di nuove procedure volte a favorire interventi di adeguamento tecnologico dei sistemi informativi per la sicurezza cibernetica e la protezione informatica dei dati.
<p><b><u>Regolamento europeo GDPR n. 679/2016 e D. Lgs. 196/2003 come modificato dal D.Lgs. 101/2018</u></b></p> <p><b>Partecipazione obbligatoria del Direttore Generale / Commissario, Direttore Amministrativo / Vicecommissario Amministrativo, Direttore Sanitario / Vicecommissario sanitario al corso sul trattamento dei dati personali realizzato dalla DCS</b></p>	<b>Partecipazione al corso</b>

<b>Sistema PACS regionale</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Collaudo presso un sito pilota della soluzione di integrazione SIO/PACS per la produzione di un referto multimediale in Radiologia, già testata in ambiente di prova e avvio della soluzione a livello regionale	Le Aziende garantiscono il supporto tecnico e clinico per le attività di collaudo e avviamento presso gli altri siti regionali secondo il programma che sarà redatto da ARCS d'intesa con INSIEL e con il fornitore PACS.
Rinnovo del contratto di fornitura regionale in carico ad ARCS. In subordine le Aziende sono chiamate a proseguire, con il coordinamento dell'ARCS quale struttura di supporto della DCS per la gestione del sistema PACS regionale, nell'implementazione dei casi d'uso per la gestione dell'imaging per i flussi emergenziali interaziendali, per l'adozione di una nuova piattaforma di refertazione multimediale e dell'estensione del sistema PACS in ulteriori ambiti clinico/diagnostici. Resta comunque confermata la necessità di garantire all'impianto PACS regionale la disponibilità della funzione di visibilità a livello interaziendale di referti e delle relative immagini associate.	Rinnovo contratto o prosecuzione implementazione casi d'uso

## 7.2. LE REGOLE GESTIONALI – AZIONI OPERATIVE

<b>SIOPE+</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
La materia è regolata dall'art.14, comma 8-bis della L. 196/2009. Con SIOPE+ gli ordinativi dovranno essere trasmessi attraverso un'unica infrastruttura informatica, secondo lo standard definito da Agid, alla Banca d'Italia, la quale provvederà poi a trasmetterli al tesoriere per la loro lavorazione. Le aziende sanitarie sono passate nel nuovo sistema a partire dal 1° ottobre 2018. Dal 1 gennaio 2019 dovranno applicare il programma SIOPE + gli IRCCS e l'ARCS	Avvio del sistema SIOPE+ dal 1/1/2019.

## 8.1 FORMAZIONE

<b>8.1 Formazione</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<b>1. Creazione di un team di progettisti e tecnici</b>	<b>1. Creazione del team entro il 30.06.2019</b>

<p><b>informatici che gestiscano i progetti di FAD regionale.</b></p> <p><b>2. Accredimento di eventi FAD regionali gestiti su piattaforma HTL.</b></p> <p>3. Iscrizioni on line</p>	<p><b>2. Accredimento di n. 2 eventi FAD entro il 30.09.2019</b></p> <p><b>3. Utilizzo della funzione "iscrizione on line" per almeno 5 eventi RES entro il 30.11.2019</b></p>
--	--

### LINEE DI ATTIVITA' CONSOLIDATE

<b>Acquisti centralizzati di beni e servizi a favore degli Enti del SSR</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>ARCS prosegue l'attività di espletamento delle gare centralizzate di beni e servizi finalizzate al continuo perfezionamento del processo di omogeneizzazione dei comportamenti e delle modalità di utilizzo dei fattori produttivi.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le procedure di gara sono avviate sia per garantire la continuità delle forniture necessarie al regolare funzionamento delle Aziende del SSR, che per specifiche procedure previste dalle linee di gestione 2019 o richieste in corso d'anno dalla pianificazione regionale.</li> <li>- Nell'espletamento di tale attività ARCS continua ad agire guidata dai principi della "spending review" e della "green economy". In tale ottica ARCS prosegue nell'utilizzo per tutte le procedure di gara della piattaforma regionale di e-procurement ed imposta i capitolati di gara tenendo conto dei requisiti previsti dalla normativa sui Criteri Minimi Ambientali che i fornitori debbono garantire.</li> <li>- Nel corso dell'anno 2019 diventerà operativo l'Albo dei Commissari di gara di cui all'articolo 78 del Decreto Legislativo 19 aprile 2016, n. 50, differito al 15/04/2019 dal comunicato del Presidente dell'ANAC del 15/01/2019.</li> </ul>

<b>Logistica centralizzata</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Logistica centralizzata</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Il servizio di logistica centralizzata sarà impegnato nell'attività di messa a regime della fornitura dell'area di ASUI TS, iniziata nel corso del primo semestre 2018.</li> <li>- Nel corso del 2019 verranno analizzate le possibili modalità di sviluppo del servizio al fine di redigere idoneo capitolato atto a indire la gara per il prosieguo dell'attività dal 2020, sia per l'esternalizzazione della logistica che per l'utilizzo degli spazi di stoccaggio.</li> </ul>

<b>Provveditorato centralizzato AAS3-ASUI UD</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Arcs continua ad assicurare le procedure di gara non centralizzate e tutte le attività correlate alla messa a disposizione dei beni e servizi richiesti da AAS3 e ASUI UD.	Nel corso del 2019 verrà elaborato un progetto per il trasferimento della funzione alle Aziende interessate; i termini per l'attuazione delle modalità di trasferimento, sia per quanto concerne la dotazione organica che per le attività, verranno definite in condivisione con AAS3 e ASUIUD.

<b>Concorsi centralizzati per il comparto</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Concorsi centralizzati	Nel 2019 sarà garantito il completamento delle procedure concorsuali avviate nel corso del 2018 per la figura di Collaboratore professionale sanitario infermiere.

<b>Gestione trattamento economico stipendi personale convenzionato</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Prosegue l'attività di centralizzazione della funzione di gestione del trattamento economico del personale convenzionato per l'AAS3 e l'ASUI UD.	Nel corso del 2019 verrà elaborato un progetto per il trasferimento della funzione alle Aziende interessate; i termini per l'attuazione delle modalità di trasferimento, sia per quanto concerne la dotazione organica che per le attività, verranno definite in condivisione con AAS3 e ASUIUD.

<b>Comitato Etico Regionale Unico FVG (CERU)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Comitato Etico Regionale Unico FVG (CERU)	ARCS continua ad assicurare a tale organismo la segreteria amministrativa, la gestione contabile delle compartecipazioni alle sperimentazioni e ogni eventuale supporto tecnico-amministrativo necessario al funzionamento e all'espletamento delle funzioni.

<b>Gestione Convenzione Unica tra il CNSAS e la Regione</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Gestione Convenzione Unica tra il CNSAS e la Regione	In ottemperanza al dettato normativo di cui alla L.R. 24/2017, prosegue l'attività, iniziata nel 2018, di gestione finanziaria della convenzione tra il CNSAS, la

	Regione e ARCS.
--	-----------------

<b>Rischio clinico – assicurazioni</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Rischio clinico – assicurazioni	<p>Proseguono le attività relative alla gestione delle assicurazioni sul modello adottato negli anni precedenti, collaborando quindi nella gestione dei sinistri e provvedendo alla liquidazione dei sinistri e delle relative spese di difesa in giudizio dagli enti del SSR, con correlativa imputazione al fondo all'uopo finalizzato, secondo le regole regionali tempo per tempo vigenti.</p> <p>ARCS provvede altresì ad idoneo monitoraggio dei sinistri denunciati e del relativo iter procedurale.</p> <p>In corso d'anno si procederà alla revisione del regolamento interaziendale vigente ed al perfezionamento del sistema di responsabilizzazione delle Aziende del SSR.</p>

**SVILUPPO 2019**

<b>Atto aziendale e assetto organizzativo</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Atto aziendale e assetto organizzativo	Entro il 1° semestre di attività verrà adottato l'atto aziendale, con conseguente definizione dell'assetto organizzativo e di funzionamento di ARCS e adempimento degli atti attuativi.

<b>Revisione procedure informatiche per la gestione delle Risorse Umane e della Contabilità</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Revisione procedure informatiche per la gestione delle Risorse Umane e della Contabilità	ARCS partecipa al percorso di rinnovamento promosso dalla DCS per le piattaforme per la gestione delle Risorse Umane e la Contabilità che prevede per l'anno 2019 l'analisi dello stato di fatto, dei requisiti e una valutazione del piano di implementazione

<b>Centrale Operativa 118 Regionale e sistema regionale del soccorso</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Centrale Operativa 118 Regionale e sistema regionale	Prosegue l'attività della centrale operativa

del soccorso	<p>mantenendo l'attuale assetto organizzativo.</p> <p>Per l'anno in corso è prevista una revisione del sistema di gestione dell'emergenza extraospedaliera che vedrà coinvolti le aziende regionali e ARCS al fine di migliorare l'operatività.</p>
--------------	---

<b>Screening oncologici</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Screening oncologici	<p>Proseguono le attività garantite compresa la gestione centralizzata delle agende per i refertatori dello screening della mammella.</p> <p>Per il 2019 è ipotizzabile un trasferimento in ARCS anche della parte strategica del progetto.</p>

<b>Piano sangue e attività trasfusionali</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Piano sangue e attività trasfusionali	<p>ARCS continua ad assicurare a supporto di tale attività le seguenti funzioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la gestione delle convenzioni con le associazioni e federazioni dei donatori di sangue;</li> <li>- le procedure centralizzate di acquisizione dei beni e servizi necessari alle attività trasfusionali regionali, per i quali l'Ufficio di Coordinamento definisce gli standard di prodotto, i requisiti tecnici e i volumi;</li> <li>- la gestione centralizzata e l'erogazione dei contributi per donazioni alle associazioni, così come previsto dalla DGR 1903/2016 ed attuato da EGAS.</li> <li>- È inoltre da valutare l'ipotesi di acquisizione dell'attività relativa alla gestione del piano sangue regionale</li> </ul>

<b>Centro Regionale trapianti</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Centro Regionale trapianti	L'acquisizione di ARCS di tale attività comporterà il trasferimento di risorse stimate in ca. 250.000€.

<b>Centro regionale di formazione area cure primarie - CEFORMED</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Centro regionale di formazione area cure primarie -	In ottemperanza alle direttive e nel rispetto del

CEFORMED	percorso legislativo ARCS acquisirà la funzione nel corso del 2019
----------	--

### AVVIO ULTERIORI FUNZIONI

Avvio ulteriori funzioni	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Avvio ulteriori funzioni</p> <p>Come precisato, solo in seguito alla definizione dell'atto aziendale e del conseguente assetto organizzativo di ARCS, in condivisione con la DCS, verranno definite le modalità e le tempistiche di presa in carico di funzioni, competenze e organico necessari all'attuazione di queste ulteriori progettualità.</p>	<p>Le ulteriori funzioni previste dalle direttive gestionali in attuazione dell'avvio del riordino del SSR di cui alla L.R. 27/2018, sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestione delegata della Gestione Sanitaria Accentrata: di cui all' articolo 22 del decreto legislativo 118/2011, in seguito all'adeguamento normativo e sulla base di determinazioni e tempistiche stabilite con deliberazione della Giunta regionale;</li> <li>• Monitoraggio costi delle risorse umane: ARCS, per il tramite anche di una Commissione regionale, è deputata a predisporre un monitoraggio periodico dei costi, nonché a stabilire le opportune metodologie da adottarsi per il controllo dei limiti di spesa;</li> <li>• Percorsi attuativi della certificazione – PAC: definizione, nel corso dell'anno 2019, di un documento di analisi della situazione in essere ed un cronoprogramma operativo di implementazione e realizzazione degli standard organizzativi, contabili e procedurali necessari a garantire la certificabilità dei dati e dei bilanci delle Aziende secondo il nuovo assetto della governance del SSR di cui alla citata L.R. 27/2018.</li> </ul>

IL SEGRETARIO GENERALE

IL PRESIDENTE