

ALLEGATO ALLA DELIBERA N. 1029 DEL 10 LUGLIO 2020

CONSOLIDATO PREVENTIVO 2020 – ALLEGATO 1

PIANO ATTUATIVO 2020 DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

INDICE

PREMESSA	pag	3
1. ITER E SCENARIO	"	4
2. LE PROGETTUALITA' ANNUALI		
2.1 Progetti di riorganizzazione	"	8
2.2 Assistenza di prevenzione collettiva e sanità pubblica	"	10
2.3 Assistenza primaria	"	11
2.4. Assistenza farmaceutica	"	13
2.5 Integrazione e assistenza sociosanitaria	"	15
2.6 Assistenza ospedaliera	"	17
2.7 Rapporto con i cittadini	"	21
2.8 Il Sistema informativo	"	21
3. LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE	"	23
4. GLI INVESTIMENTI	"	25
5. SINTESI DELLA PROGRAMMAZIONE AZIENDALE		
AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA GIULIANO ISONTINA		
Linee Progettuali	"	30
AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA FRIULI CENTRALE		
Linee Progettuali	"	75
AZIENDA SANITARIA FRIULI OCCIDENTALE		
Linee Progettuali	"	119
IRCCS "BURLO GAROFOLO" DI TRIESTE		
Linee Progettuali	"	156
IRCCS "CRO" DI AVIANO		
Linee Progettuali	"	191
AZIENDA REGIONALE DI COORDINAMENTO PER LA SALUTE		
Linee Progettuali	"	209

PREMESSA

Il presente documento, è il risultato del consolidamento dei piani annuali per l'anno 2020 degli enti del Servizio sanitario regionale della Regione Friuli Venezia Giulia e costituisce, ai sensi della Legge regionale n. 22 del 12 dicembre 2019, il "Piano attuativo e Bilancio preventivo economico annuale consolidato degli enti del Servizio sanitario regionale per l'anno 2020".

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 2020 e le modalità con cui il monitoraggio del piano annuale dovrà essere effettuato.

Capitolo 2 – Le progettualità annuali.

Illustra sinteticamente la programmazione 2020 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 2020 in materia di assunzioni del personale.

Capitolo 4 – Investimenti

Descrive il programma degli investimenti

Capitolo 5 – Schede di sintesi per Ente

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

In fase di stesura del Piano consolidato, si è 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 5.

1. ITER E SCENARIO

L'ITER DELLA PROGRAMMAZIONE 2020

Le Linee annuali per la gestione costituiscono il principale riferimento di programmazione attuativa del Servizio sanitario regionale. Più specificatamente, per l'anno 2020, i provvedimenti che hanno delineato tale processo sono stati:

- DGR 1992 del 22 novembre 2019 "Linee annuale per la gestione del Servizio sanitario e sociosanitario regionale – Anno 2020. Approvazione preliminare.";
- DGR 2195 del 20 dicembre 2019 "Linee annuali per la gestione del Servizio sanitario e sociosanitario regionale – Anno 2020. Approvazione definitiva.".

Gli aspetti formali e la tempistica del processo di programmazione per l'anno così come specificato dalle Linee, si è realizzato attraverso le seguenti fasi:

1. predisposizione entro il giorno **11.12.2019** da parte delle Aziende della proposta di PAL/PAO 2020 e trasmissione della stessa per la negoziazione. L'Azienda sanitaria universitaria di Trieste ha presentato la proposta di PAL relativa alla costituenda Azienda sanitaria universitaria Giuliano Isontina (ASU GI), mentre l'Azienda sanitaria universitaria di Udine ha presentato la proposta di PAL relativa alla costituenda Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale (ASU FC);
2. negoziazione entro il **18.12.2019** con le Aziende per definire eventuali aspetti e contenuti delle proposte di PAL/PAO;
3. approvazione entro il **31.12.2019**, da parte delle Aziende del PAL/PAO 2020, previa acquisizione 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). Limitatamente ai PAL delle costituende Azienda sanitaria universitaria Giuliano Isontina (ASU GI) e Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale (ASU FC), i Commissari straordinari hanno approvato una proposta di PAL 2020.

Entro il **10.1.2020**, recepimento da parte dei Direttori generali dell'Azienda sanitaria universitaria Giuliano Isontina (ASU GI) e dell'Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale (ASU FC) delle proposte di PAL ed adozione del PAL per l'anno 2020;

4. trasmissione dei PAL/PAO alla Direzione Centrale Salute. L'adozione dei PAL/PAO 2020 da parte degli Enti, è avvenuta mediante i seguenti atti:

Ente	PAL/PAO	Verbale Collegio Sindacale
ASUGI	Decreto del Direttore Generale n.6 del 10.01.2020	
ASUFC	Decreto del Commissario Straordinario n. 1150 del 30.12.2019 Decreto del Direttore Generale n.8 del 10.01.2020	
ASFO	Decreto del Commissario straordinario n.567 del 31.12.2019	n.1 del 15.01.2020
BURLO	Decreto del Commissario straordinario n.193 del 31.12.2019	N. 1 del 26.02.2020

	Decreto del Direttore Generale n. 26 del 9.3.2020	
CRO	Deliberazione del Direttore generale sostituto n.589 del 30.12.2019	n. 2 del 11.03.2020 n. 3 del 19.03.2020
Arcs	Delibera del Commissario straordinario n.194 del 27.12.2019 Delibera del Direttore Generale n. 45 del 11.02.2020	n.11 del 28.01.2020 n. 12 del 25.02.2020

5. Predisposizione del Piano attuativo e Bilancio preventivo economico annuale consolidato per l'anno 2020 e trasmissione del documento alla Giunta regionale;
6. approvazione, da parte della Giunta regionale, ai sensi dell'art. 52, della L.R. n. 22/2019, del "Piano attuativo e Bilancio preventivo economico annuale consolidato degli enti del Servizio sanitario regionale per l'anno 2020".

MONITORAGGIO DEL PIANO ATTUATIVO E BILANCIO PREVENTIVO

Come stabilito dalla Legge regionale n. 22 del 12.12.2019 per l'anno 2020 il processo di controllo della gestione degli enti del Servizio sanitario regionale si articolerà in controlli trimestrali .

	I trimestrale 31/3/2020	II trimestrale 31/7/2020	III trimestrale 30/9/2020
Andamento dei costi	●	●	●
Manovra del personale	●	●	●
Progettualità aziendali		●	●
Investimenti	●	●	●

LO SCENARIO

L'anno 2019 è stato caratterizzato dall'entrata in vigore della legge regionale n. 27 del 17.12.2018 "Assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale", che ha determinato la ridefinizione dell'assetto del Servizio Sanitario Regionale nei 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).

Tale provvedimento ha permesso di avviare un percorso di salvaguardia delle potenzialità di eccellenza che il Servizio sanitario regionale del Friuli Venezia Giulia ha saputo nel tempo costruire, e si è reso necessario a causa della complessità, inesorabilità e velocità dei mutamenti di carattere demografico, epidemiologico, nosologico, sociale, tecnologico ed economico che caratterizzano la nostra società.

L'annualità 2020 si contraddistingue per la progressiva attuazione della suddetta legge di riforma ed è stata scandita dai seguenti momenti. Alla fine del 2019 sono stati nominati i Direttori generali delle Aziende del Servizio sanitario regionale i quali, nel corso dell'anno, devono predisporre tutti gli atti necessari alla definizione del nuovo assetto. A partire dal 1/1/2020 sono state costituite l'Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale (ASU FC) e l'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASU GI) con la contestuale soppressione delle precedenti aziende (AAS2, AAS3, AsuiUd e AsuiTs).

Le finalità perseguite dalla L.R. 27/2018 hanno richiesto tuttavia un'ulteriore azione normativa necessaria ad introdurre un'integrazione tra sistema sociale e sistema sanitario secondo una diversa prospettiva che ponesse tutti i bisogni allo stesso livello e responsabilizzasse i diversi attori affinché il sistema pubblico potesse fornire risposte personalizzate e integrate di fronte a bisogni multidimensionali.

Con la Legge regionale n. 22 del 12 dicembre 2019, di "Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria e modifiche alla legge regionale 26/2015 e alla legge regionale 6/2006", si è voluto definire ed articolare un sistema orientato al governo della domanda dei "Livelli di assistenza del Servizio Sanitario Regionale", sul fronte sanitario e su quello sociale, con suddivisione delle funzioni di Assistenza distrettuale, di Prevenzione collettiva e sanità pubblica e di Assistenza ospedaliera, quest'ultima nella sua architettura per reti di assistenza.

La legge affronta il tema della "Sanità digitale e Sviluppo tecnologico", prerequisiti essenziali per il miglioramento dei processi clinici e amministrativi e per una sanità capace di portare dati e informazioni in tempo reale a professionisti e cittadini.

In materia di "Pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria" sono stati definiti i soggetti e gli strumenti della pianificazione e della programmazione, considerate leve determinanti per il miglior impiego delle risorse disponibili e sono state adeguate le tempistiche delle varie fasi al fine di garantire il rispetto dei termini fissati dalla vigente normativa nazionale in materia di armonizzazione dei sistemi contabili.

Nel 2020 continueranno a trovare sviluppo, in quanto di sicuro interesse per il positivo impatto che ci si attende nel rapporto con i cittadini, i progetti di *Apertura dei reparti di terapia intensiva e semi-intensiva ai care giver*, di *Presenza del care giver in corso di visita nei reparti di degenza*, di *Contatto telefonico dopo la dimissione da un intervento chirurgico (recall)*, di *Individuazione del medico responsabile della gestione del ricovero del paziente*, di *Esperienza nei percorsi assistenziali*.

Proseguono inoltre 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 1815/2019 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 Progetti di riorganizzazione

Nell'ambito dei processi di riorganizzazione dovranno predisposti e approvati i nuovi **atti aziendali** attraverso i quali verrà definito il modello di organizzazione e funzionamento di ciascuna Azienda.

In tema di **assistenza territoriale**, i distretti, per dare avvio al nuovo assetto organizzativo provvedono a mappare e a stratificare la popolazione di riferimento sulla base della complessità del case mix, del rischio di eventi e della fragilità, al fine di ottimizzare l'appropriatezza della presa in carico e degli interventi per livelli di intensità e di complessità. Viene confermata l'organizzazione complessiva dell'assistenza primaria, basata sulle Medicine di Gruppo Integrate (MGI), in coordinamento e integrazione con le varie figure professionali che insistono sui processi di cura e di assistenza. I Medici di Continuità Assistenziale entrano a far parte di queste logiche organizzative. In questo modo viene rafforzato il ruolo di governo del distretto nella presa in carico (clinica e/o integrata), basata su interventi personalizzati e su percorsi standardizzati (PDTA) per situazioni cliniche epidemiologicamente rilevanti, ma di minor impatto assistenziale e di minore complessità.

Le Aggregazioni funzionali territoriali (AFT) rafforzeranno la funzione di snodo dell'inclusione della medicina generale nelle dinamiche distrettuali, quale momento di confronto e di condivisione di obiettivi, indicatori, percorsi e risultati con particolare riguardo ai fenomeni inerenti la multimorbilità, la complessità, la fragilità, la stratificazione del rischio e la conseguente intensità assistenziale/di cura, le procedure di presa in carico clinica ed integrata, le azioni di sanità d'iniziativa.

Proseguono e si consolidano le attività sui percorsi nascita, sulla gravidanza fisiologica, sui disturbi del comportamento alimentare, sull'età evolutiva. Particolare attenzione verrà dedicata alla transizione dall'età evolutiva all'età adulta, con particolare riferimento ai disturbi dello spettro autistico e alla salute mentale.

Si consolidano le attività sulla salute mentale, sull'odontoiatria pubblica, sulla sanità penitenziaria (rafforzando, per quest'ultima, la funzione di coordinamento in rete regionale).

La programmazione per l'anno 2020, in coerenza con gli indirizzi del processo di riforma del sistema, prevede un significativo investimento nelle aree dell'**integrazione sociosanitaria** sia in termini di risorse finanziarie che di contenuti progettuali da sviluppare nei piani Aziendali. Infatti, per tutte le aree interessate - anziani non autosufficienti, persone con disabilità, persone con problemi di dipendenza patologica, persone con disturbo mentale, minori con disturbi neuropsichici e del neurosviluppo - è stato previsto un incremento delle risorse dedicate rispetto alle annualità precedenti. Per ogni area, inoltre, sono state fornite specifiche indicazioni programmatiche orientate a sviluppare processi di integrazione tra i diversi attori del sistema e a potenziare l'utilizzo di modalità e strumenti innovativi nella presa in carico di queste situazioni di bisogno.

Il raccordo con i Servizi sociali dei Comuni per la realizzazione delle azioni in materia di integrazione sociosanitaria saranno concordate anche nell'ambito del processo di programmazione sociale di cui ai Piani di zona e ai relativi Piani attuativi annuali.

L'Amministrazione regionale intende intensificare l'attività di **controllo sulla qualità** e sull'**appropriatezza delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie** erogate nei livelli essenziali di assistenza sia ospedaliera che distrettuale. Le Aziende e la Regione proseguono le periodiche verifiche sull'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle aziende pubbliche e private secondo il piano dei controlli programmato dallo specifico gruppo regionale per il coordinamento delle attività di controllo delle prestazioni sanitarie. Saranno gradualmente estesi i livelli e gli strumenti di controllo

previsti con riferimento all'assistenza distrettuale, con particolare attenzione per le prestazioni di ricovero fornite dalle strutture per le cure intermedie pubbliche e private, nonché per le prestazioni residenziali e semiresidenziali nelle aree di integrazione socio sanitaria ovvero disabilità, anziani, salute mentale, minori e dipendenze.

In coerenza con il citato programma regionale ed aziendale, la vigilanza ed il controllo della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni nei servizi residenziali e semi-residenziali pubblici e privati convenzionati nell'area dell'integrazione socio sanitaria verrà così distinto:

a) un'attività di vigilanza sulla permanenza dei requisiti autorizzativi previsti dalla normativa vigente nei servizi semiresidenziali e residenziali sociosanitari:

b) un'attività di controllo sull'appropriatezza e sulla qualità delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate dai servizi semiresidenziali e residenziali. Tale attività dovrà riguardare in particolare:

- la verifica della coerenza dei bisogni sanitari e sociosanitari degli utenti accolti rispetto al setting di accoglienza e alle prestazioni erogate;
- il controllo sulla corretta applicazione di quanto previsto negli accordi contrattuali stipulati tra Azienda sanitaria ed Enti gestori;
- la verifica della corretta rendicontazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie riconosciute nei citati accordi contrattuali e secondo quanto previsto dalle delibere giuntali;
- la valutazione periodica della qualità assistenziale attraverso il monitoraggio di specifici indicatori definiti dal gruppo regionale di coordinamento.

A tal fine le Aziende attraverso il gruppo di coordinamento regionale attuano ed integrano il piano dei controlli che contiene la quantità e le tipologie di verifiche programmate nel corso dell'anno 2020 nonché le modalità ed i tempi di realizzazione.

L'accordo regionale con le associazioni rappresentative degli **erogatori privati** di cui alla DGR 42/2017 è scaduto il 31.12.2019 ed è stato prorogato per il tempo necessario alla conclusione dei procedimenti derivanti dalla D.G.R. n. 1763/2019, che ha determinato il fabbisogno di prestazioni e di strutture sanitarie ai fine dell'accreditamento, in attuazione dell'articolo 49, comma 3 ter della legge regionale n. 17/2014.

Nell'ambito dell'**innovazione terapeutica** nel corso del 2020 sarà consolidata l'introduzione delle nuove terapie geniche antitumorali a base di cellule CAR-T secondo il percorso avviato con la DGR n. 1629/2019, al fine di garantirne l'accesso a carico del Servizio Sanitario nazionale, nel rispetto di quanto stabilito dall'Agenzia Italiana del Farmaco. Al riguardo gli Enti del SSR individuati daranno continuità ai percorsi specifici avviati per la selezione e la presa in carico programmata dei pazienti eleggibili, nonché ai programmi di qualificazione delle strutture e di formazione del personale, a garanzia della qualità e sicurezza dell'intero processo. La possibile introduzione in corso d'anno di ulteriori terapie geniche e/o di nuove indicazioni terapeutiche potrà richiedere una revisione dei centri, nonché l'attivazione di specifici monitoraggi

Nel corso del 2020 le aziende, in materia di sicurezza, devono predisporre un piano aziendale per la prevenzione e la gestione dei casi di **violenza contro gli operatori sanitari** nei diversi setting assistenziali. Qualora già esistente, le aziende individuano misure per il miglioramento dello stesso anche in relazione alle indicazioni ministeriali. Analogamente, per quanto attiene i **furti** nelle strutture aziendali, le aziende devono predisporre un piano di prevenzione o, ove già esistente, individuare misure di miglioramento dello stesso.

2.2 Assistenza di prevenzione collettiva e sanità pubblica

Il nuovo Piano nazionale della prevenzione 2020 -2025, delinea un sistema di azioni di promozione della salute e di prevenzione, che accompagnano il cittadino in tutte le fasi della vita, nei luoghi di vita e di lavoro. Tale scelta strategica va ricondotta alla convinzione, suffragata da numerosi elementi della letteratura scientifica di settore, che un investimento in interventi di prevenzione, purché basati sull'evidenza scientifica, costituisce una scelta vincente, capace di contribuire a garantire, nel medio e lungo periodo, la sostenibilità del Sistema sanitario nazionale e regionale.

La regione Friuli Venezia Giulia ha il compito di elaborare, tenendo conto della realtà territoriale, il nuovo **Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2020 -2025**, di individuare le azioni di prevenzione, i sistemi di monitoraggio in linea con le indicazioni nazionali e di mantenere le azioni strategiche previste e monitorate nel precedente PRP.

L'ottimo andamento degli indicatori di performance dei programmi di **screening oncologico** impegna le Aziende a mantenere gli sforzi in atto per presidiare la completa estensione alla popolazione obiettivo ed aumentare l'adesione per ciascuno dei programmi di screening, programmi di salute pubblica di comprovata efficacia che interessano ogni anno 350.000 persone in Regione. Continuano in armonia con quanto fatto negli anni precedenti le attività collegate agli **screening neonatali** nonché al programma regionale per l'identificazione precoce di patologie infantili, coordinate dall'IRCCS Burlo Garofolo.

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. Viste le caratteristiche produttive della regione in passato, dovrà essere garantita in continuità col passato la sorveglianza sanitaria dei cittadini ex-esposti all'amianto che ne fanno richiesta.

A livello globale le **malattie infettive** continuano ad essere una delle più rilevanti cause di malattia, disabilità e morte con emergenza/riemergenza di agenti infettivi, zoonosi (alimentari e non), malattie trasmesse da vettori. Il fenomeno dell'antibiotico-resistenza è un'emergenza di sanità pubblica ed è auspicabile che grazie al PNCAR siano attuate azioni di contrasto. Gli ambiti di intervento ritenuti prioritari su cui concentrare le attività preventive anche alla luce della revisione normativa/organizzativa in atto per il 2020 sono consolidare e migliorare le coperture vaccinali (raggiunte anche grazie alla legge sull'obbligo vaccinale) e in specifici gruppi a rischio e rafforzare il e rosolia congenita

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.

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

- ottemperare alle indicazioni del Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare;
- consolidare, con maggiori e capillari interventi sul territorio, la fase sperimentale del progetto Piccole Produzioni Locali;
- programmare ed effettuare le attività di audit previste;
- effettuare i controlli sulla condizionalità come da convenzione con il MIPAAF/AGEA;

- procedere nelle attività del Piano regionale di monitoraggio e controllo della Malattia di Aujeszky dei suini, al fine di mantenere l'accreditamento per Regione indenne;
- effettuare, in base alle linee guida procedurali della Task Force sul benessere animale, i controlli sul benessere animale negli allevamenti e nel trasporto;
- ottemperare ai LEA Ministeriali, focalizzando l'obiettivo sul LEA inerente l'anagrafe ovi caprina, raggiungendo il 3% dei controlli richiesti a livello regionale;
- potenziare la funzionalità del sistema informativo SICER per l'Area dell'Igiene e Sicurezza Alimentare degli Alimenti di origine animale (Area B).
- attivare i nuovi piani di controllo e monitoraggio per la Scrapie e la Paratubercolosi.

2.3 Assistenza primaria

Il nuovo modello di **assistenza distrettuale** definito con la legge di riforma, prevede le seguenti funzioni:

- a) committenza: definizione della programmazione dell'assistenza, attraverso l'analisi dei bisogni della popolazione di riferimento e delle risorse necessarie, nella acquisizione dei servizi, nel monitoraggio dei risultati;
- b) presa in carico: definizione di un sistema di accesso ai servizi per garantire la continuità assistenziale della persona;
- c) controllo: verifica di appropriatezza delle prestazioni oggetto di committenza, nel monitoraggio sulla corretta applicazione degli accordi contrattuali stipulati, nella verifica del mantenimento dei requisiti strutturali e professionali per lo svolgimento delle attività di assistenza;
- d) integrazione: creazione e consolidamento di una rete di supporto tra le strutture per la funzione di produzione in relazione alle differenti aree di intervento;
- e) produzione: erogazione dell'assistenza.

Si rende necessario mappare e stratificare la popolazione di riferimento sulla base della complessità del case mix, del rischio di eventi e della fragilità, utilizzando strumenti quali l'Adjusted Clinical Groups (ACG) al fine di ottimizzare l'appropriatezza della presa in carico e degli interventi per livelli di intensità e di complessità. Il sistema ACG, approntato dall'Università Johns Hopkins di Baltimora (Usa), è un sistema di mappatura della popolazione di un determinato territorio atto a riconoscere la maggiore o minore concentrazione di malattie nei diversi luoghi geografici. In questo modo ogni gruppo di assistiti, misurato nella sua esperienza totale di malattie, singole o multiple, potrà, potenzialmente, essere meglio rappresentato e assistito dal servizio sanitario, perché maggiormente conosciuto nei suoi bisogni di salute o rischi di malattia.

Attraverso l'utilizzo del sistema ACG, sarà possibile costruire:

- a) interventi personalizzati per le situazioni a maggior complessità, difficilmente riconducibili a uno standard, che richiedono una presa in carico integrata (con valutazione in UVM e stesura di un PAI);
- b) percorsi standardizzati (PDTA) per le situazioni cliniche epidemiologicamente rilevanti, ma di minor impatto assistenziale e di minore complessità, che necessitano comunque di un adeguato livello di governo.

Il sistema di presa in carico viene pertanto alimentato sia da un percorso proattivo attraverso il sistema sopra descritto, sia attraverso l'accesso diretto della persona o per il tramite del MMG al punto unico di accesso distrettuale.

Nel corso del 2020 verranno implementate una serie di azioni propedeutiche a garantire la piena operatività del nuovo modello e verrà definito il Piano della Cronicità a recepimento del Piano Nazionale, in coerenza con i principi e il modello organizzativo sopra delineati.

Per i **Medici di medicina generale/ Pediatri di libera scelta**, il 2019 è stato un anno di transizione finalizzato alla valutazione dei risultati ottenuti nel corso del triennio precedente in applicazione dell'AIR 2016-18, a suo tempo sottoscritto in coerenza con l'assetto dell'assistenza primaria definito dalla LR 17/2014. Con Delibera di Giunta Regionale n. 1381 del 09/08/2019 è stato sottoscritto l'Accordo integrativo regionale (AIR) per l'anno 2019, con l'obiettivo di garantire una serie di azioni propedeutiche alla definizione di un nuovo AIR triennale, basato sulla necessità di spostare progressivamente il baricentro di assistenza e di cura, per cronicità e fragilità, dal setting ospedaliero a quello territoriale, mediante azioni incentrate sull'intercettazione dell'instabilità nel cronico e nel fragile che genera ricoveri potenzialmente evitabili, in coerenza con l'attuale processo di riforma regionale. Anche per il 2020 viene confermata l'organizzazione complessiva dell'assistenza primaria, riportando le logiche che hanno portato all'avvio delle AFT e delle MGI in una coerenza di sistema su tutto il territorio regionale.

Nel corso del 2020, sulla base delle linee di indirizzo definite dall'ARCS con il supporto di un gruppo tecnico, verrà definito un nuovo modello regionale di gestione della protesica. Verrà inoltre realizzata una gara per la gestione centralizzata dell'**assistenza protesica**.

Per quanto attiene i **disturbi dello spettro autistico**, l'attenzione regionale è posta verso il tema della transizione dall'età minore all'età adulta, essendo rilevante il tasso di dispersione dell'utenza a ridosso del diciottesimo anno, responsabilizzando i servizi dell'età evolutiva e quelli dell'età adulta operanti nei Distretti a formalizzare il lavoro di integrazione. La garanzia della continuità della presa in carico al compimento del 18esimo anno di età è affidata al Distretto che dovrà definire con una valutazione multidimensionale il Progetto assistenziale personalizzato per tutti i pazienti che si trovino nella fase della transizione.

Rispetto ai disturbi dello spettro autistico in età adulta, le Aziende collaboreranno alla definizione delle linee di indirizzo e alla predisposizione di una mappatura funzionale dei diritti acquisiti o da far acquisire ai fini della inclusione socio-lavorativa delle persone con autismo sia ad alto che a basso funzionamento, riformulandone periodicamente l'analisi dei bisogni. Nel modello di presa in carico distrettuale si inserisce con particolare pertinenza la casistica dei pazienti con disturbo dello spettro autistico che rappresentano certamente situazioni complesse con bisogni di natura sia sanitaria che socio sanitaria.

Proseguono le attività previste dal Piano regionale **salute mentale** per l'età evolutiva e adulta. In particolare, dovranno definire un percorso integrato di presa in carico e di cura dei disturbi psichiatrici gravi all'esordio ed in fase di acuzie in età evolutiva, in coerenza con quanto previsto dal Piano di Salute Mentale Infanzia Adolescenza ed Età Adulta (DGR 732/2018).

Nel 2019 era prevista l'operatività a livello regionale di centri Diurni per attività semiresidenziali rivolte ad adulti e a minori con **disturbi del comportamento alimentare**, in coerenza con quanto previsto dalla DGR 668/2017. Nel 2020 si prevede, nell'ambito dell'attuazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per i Disturbi del comportamento alimentare, l'entrata a regime dell'attività dei Centri Diurni aziendali rivolta sia a utenti in età adulta che in età evolutiva. Proseguono le attività

di Osservatorio epidemiologico regionale da parte dell'IRCCS Burlo Garofolo per i minori e dell'ASUFC per gli adulti.

In tema delle **cure palliative** nel 2020, al fine di consolidare l'attuazione della rete regionale (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 delle attività attraverso la previsione dell'assistenza da garantire h 24, l'adozione di criteri di accesso e il rispetto di tempistiche e modalità di presa in carico e il completamento della rete dell'offerta di posti letto accreditati di hospice. Per le **cure palliative in età pediatrica** nel 2019 il Burlo è stato individuato quale Centro specialistico di riferimento per la terapia antalgica e le cure palliative in ambito neonatale/pediatrico/adolescenziale con compiti di attività clinica, formazione, ricerca e supporto al funzionamento della Rete. L'istituto garantisce:

1. la realizzazione di quanto previsto dal documento regionale "Modalità organizzative per la gestione delle cure palliative e terapia del dolore in età pediatrica";
2. il supporto, la supervisione clinica e la consulenza alle attività di assistenza domiciliare per tutto il territorio regionale, attraverso il coordinamento regionale della rete di cure palliative pediatriche;
3. l'attivazione di un coordinamento regionale delle Associazioni di volontariato che si adoperano per i bambini affetti da patologie con bisogni complessi (oncologici e non) e per il supporto alle loro famiglie.

Nel corso del 2020 dovrà essere garantita l'attivazione di percorsi condivisi nell'ambito della Rete.

Nel 2019 la Direzione centrale salute ha concluso i procedimenti di **accreditamento** dei soggetti che svolgono attività di trasporto sanitario, nonché quelli per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture per la terapia riabilitativa delle dipendenze. Ha avviato, altresì, i procedimenti di accreditamento derivanti dall'applicazione della DGR 1763 del 18.10.2019. Nel 2020 verranno conclusi i procedimenti iniziati in attuazione della citata delibera e verranno avviati i procedimenti di rinnovo dell'accreditamento delle strutture pubbliche, in coerenza con le disposizioni della L.R. n. 13/2019 e in relazione alle aziende sanitarie di cui all'articolo 3 della L.R. n. 27/2018. La Regione continuerà a partecipare al programma di accreditamento nazionale degli organismi tecnicamente accreditanti, come previsto dal Ministero della Salute, quale presupposto di garanzia della qualità delle cure per l'applicazione della direttiva 24/UE sulla mobilità sanitaria transfrontaliera. Tale attività coinvolgerà sia la Direzione centrale salute sia i referenti degli enti del SSR che fanno parte dell'OTA. Verrà inoltre avviato il percorso per gli adempimenti previsti dall'Accordo Stato Regioni n. 16 CSR, del 24.1.2018, in materia di attività di trapianto.

In continuità con quanto intrapreso negli ultimi anni, proseguono nel corso del 2020 i programmi sull'Odontoiatria pubblica, i Consultori familiari, la Sanità penitenziaria e il superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari.

2.4 Assistenza farmaceutica

Nell'ambito dell'assistenza farmaceutica e integrativa, in prosecuzione con quanto previsto dagli atti di programmazione regionale del 2019, le Aziende promuoveranno l'appropriatezza delle prescrizioni privilegiando nel contempo l'impiego delle molecole dal miglior profilo di costo-efficacia (quelle che a parità di efficacia, sicurezza e tollerabilità sono economicamente più vantaggiose per il SSR).

Per il 2020 al momento rimangono confermati i tetti di spesa nazionali per la farmaceutica ridefiniti dalla Legge n. 232/2016, così come integrati dalla Legge n. 145/2018 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021" in "*tetto per la spesa*

farmaceutica per acquisti diretti” pari al 6,69% 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 FSR. I tetti sono calcolati a livello complessivo regionale da AIFA (report monitoraggio spesa farmaceutica).

Le direzioni strategiche in collaborazione con le strutture aziendali di farmacia individueranno specifici obiettivi legati all’**appropriatezza prescrittiva** per i prescrittori sia a livello territoriale che ospedaliero, correlati a definiti indicatori di risultato, al fine di favorire l’impiego di medicinali con il miglior rapporto di costo-efficacia e prevedendo un monitoraggio periodico sull’utilizzo delle categorie dei farmaci a maggior impatto di spesa e rischio di inappropriata.

Per il 2020 sono individuati alcuni indicatori di appropriatezza tratti dal Rapporto “Sistema di valutazione delle performance dei sistemi sanitari regionali 2018” redatti dalla Scuola Universitaria Superiore S. Anna di Pisa, un network di regioni a cui partecipa anche il Friuli Venezia Giulia. In particolare, gli indicatori già presenti nel 2019 relativi all’incidenza di sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (anti-ipertensivi), al consumo pro –capite di farmaci inibitori di pompa protonica, e alle prescrizioni di antibiotici sono stati integrati con un nuovo indicatore relativo alla percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi.

Nell’ambito delle categorie di farmaci per i quali è disponibile un’alternativa **biosimilare** le Aziende assicureranno azioni di incentivazione, appropriatezza ed efficienza per il Servizio sanitario, nel rispetto del quadro normativo definito dalla L. 232/2016 (art. 1 comma 407) che ha previsto specifiche direttive a cui tutti gli Enti devono fare riferimento. Le azioni intraprese, dovranno essere rivolte sia all’ambito specialistico-ospedaliero che a quello territoriale e della continuità ospedale-territorio, anche attivando percorsi di sensibilizzazione verso le strutture private accreditate.

Le Aziende garantiscono i livelli essenziali di assistenza nell’ambito dell’assistenza farmaceutica (art. 9 del DPCM 12.01.2017) assicurando, tra l’altro la **distribuzione diretta (DD)** dei farmaci ai pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale e l’erogazione del I ciclo di terapia a seguito di dimissione da ricovero e/o di visita specialistica ambulatoriale secondo le direttive della DGR 12/2018 sia attraverso le Strutture pubbliche che private accreditate.

Per i farmaci ad alto costo le Aziende eroganti proseguono i percorsi già attivati per consentire la verifica dell’appropriatezza d’uso alle aziende di residenza. Rafforzano inoltre le azioni in essere volte a garantire l’ottimizzazione dell’assistenza farmaceutica erogata attraverso la **distribuzione per conto (DPC)** provvedendo a:

- rendere disponibile ai prescrittori dell’elenco aggiornato dei farmaci erogabili in DPC con l’evidenza delle specialità effettivamente disponibili;
- monitorare le erogazioni convenzionali dei farmaci ricompresi nell’elenco dei medicinali erogabili in DPC approfondendo con i prescrittori le motivazioni del ricorso a tale modalità;
- assicurare le opportune informazioni relativamente ai farmaci di nuova autorizzazione all’immissione in commercio e inseriti in DPC per garantire i percorsi assistenziali più appropriati anche nelle more dell’effettiva disponibilità dei medicinali in piattaforma;
- mettere a regime gli accordi per l’erogazione del I ciclo stipulati nel corso del 2019 con le strutture private accreditate

Le Aziende potenziano il monitoraggio e la verifica dell’appropriatezza d’uso dei dispositivi per l’**assistenza integrativa**, al fine di porre in essere ogni azione utile ad un efficientamento della spesa ed una razionalizzazione dei consumi di tali prodotti. Continuano altresì 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) assicurando ai fini degli adempimenti LEA, l'implementazione, le verifiche e i controlli di congruenza dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese, per il tramite dei responsabili individuati per la tematica, in linea con il riassetto istituzionale e organizzativo del SSR ai sensi della LR n. 27/2018.

Sul versante della **farmacovigilanza** proseguono le progettualità intraprese in convezione con l'AIFA e quelle in collaborazione con le Aziende sanitarie universitarie integrate (DGR 435/2013, 2199/2014) e le nuove convenzioni in essere (17/2017 e 18/2017) con particolare riferimento al progetto pluriennale volto a favorire un uso sicuro appropriato dei farmaci a livello ospedaliero e nella continuità ospedale-territorio con il coinvolgimento di tutte le aziende sanitarie e gli IRCCS.

Prosegue anche la progettualità regionale sui temi relativi ai medicinali per il trattamento di malattie rare, avviata nel 2019, sotto il coordinamento del Centro regionale delle malattie rare.

Nel corso del 2020 sarà inoltre avviato uno specifico progetto multiregionale finanziato da AIFA e coordinato dalla regione Veneto sulla sorveglianza delle reazioni avverse da vaccino che vedrà coinvolti, oltre alla DCS, i dipartimenti di prevenzione delle Aziende sanitarie. Proseguono le attività di sensibilizzazione e formazione degli operatori sanitari sul tema della farmacovigilanza.

L'ARCS, in qualità di aggregatore della domanda, avvalendosi delle competenze interne e anche di quelle delle Aziende Sanitarie, coordina le attività propedeutiche alla stesura dei capitolati tecnici e alla definizione dei capitolati di gara, al fine di perseguire un governo sulle politiche regionali di acquisto dei farmaci e dei dispositivi medici. Per quanto riguarda la distribuzione per conto (DPC), assicura il monitoraggio puntuale delle politiche di acquisto dei medicinali e delle variazioni del prezzo al pubblico, al fine di garantire ricadute positive per il Servizio sanitario e adotta ogni misura conseguente utile ad assicurare la maggiore economicità rispetto ai costi della convenzionata. Mensilmente mette a disposizione di tutte le aziende sanitarie una lista aggiornata dei farmaci aggiudicati a gara. Inoltre, in linea con le evidenze scientifiche e con i principi dell'HTA, sarà di supporto alla DCS al fine di contribuire alla realizzazione di un sistema regionale più regolato.

2.5 Integrazione e assistenza sociosanitaria

La personalizzazione dei percorsi di cura e d'inclusione rappresenta un importante traguardo nel processo di innovazione del sistema di welfare. Si tratta di un obiettivo che va rafforzato per rendere l'offerta sempre più differenziata e flessibile rispetto ai peculiari bisogni delle persone maggiormente fragili. La Regione intende quindi organizzare la propria attività di programmazione, al fine di garantire uniformità sul proprio territorio modalità, procedure e strumenti di valutazione multidimensionale in tutte le fasi del progetto di assistenza alla persona, definendo percorsi 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.

Nel 2019 si è conclusa la fase di screening relativa alla conduzione di *un programma – intervento di sorveglianza attiva rivolto alla popolazione anziana a rischio di fragilità*, denominato PRISMA 7 e sono stati individuati, pertanto, gli anziani potenzialmente fragili. Nel corso del 2020 tutte le Aziende parteciperanno ai tavoli di lavoro per la definizione della seconda fase del programma di sorveglianza leggera e presa in carico anticipata e svolgeranno le attività connesse all'attività di screening rivolta alla popolazione non ancora coinvolta negli anni precedenti.

In continuità con l'anno 2019, tutte le Aziende continueranno 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 (in particolare la DGR 92/2019). Posto che l'allegato A alla DGR 92/2019 prevede che le strutture debbano segnalare al distretto territorialmente competente casi di inappropriata in seguito al mutamento delle condizioni dell'utente in senso peggiorativo, ogni Azienda adotta procedure condivise per la segnalazione dei mutamenti della condizione delle persone accolte in struttura.

Al fine di attuare le **Sperimentazioni "Abitare possibile" e "Domiciliarità innovativa"**, tutte le Aziende provvedono ad utilizzare il budget di salute (quota sanitaria), per il finanziamento dei progetti individuali destinati alle persone anziane non autosufficienti inserite nelle sperimentazioni di abitare inclusivo, in conformità a quanto previsto dalle DGR 1624/2019 e 1625/2019.

Per la definizione dei rapporti con gli Enti gestori per la gestione associata dei servizi sociali dei Comuni e i soggetti titolari delle sperimentazioni, stipulano con essi apposite convenzioni secondo lo schema predisposto dalla Direzione centrale.

Nel 2020 le Aziende sanitarie saranno coinvolte ed impegnate nell'attuazione degli indirizzi regionali per l'organizzazione ed il funzionamento del servizio di **tele-assistenza e telecontrollo** che orienta verso una maggiore "profilazione" dei servizi in relazione alle caratteristiche dell'utenza e per tipologia di bisogno (appropriatezza); un maggior utilizzo del servizio anche per finalità preventive oltre che di tutela; una gestione della presa in carico con modalità più omogenea tra i vari committenti con particolare attenzione alle modalità di accesso al servizio; lo sviluppo e di conseguenza il monitoraggio periodico di alcuni indicatori per monitorare la qualità ed i risultati della presa in carico. Proseguono anche nel 2020 i processi di innovazione già avviati 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.

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 particolare, le Aziende devono completare i percorsi di rilascio delle autorizzazioni a pieno titolo per le residenze le cui autorizzazioni in deroga temporanea sono in scadenza nel 2020 (DPR 144/2015, Titolo X, Capo V "Procedura per la gestione delle autorizzazioni all'esercizio rilasciate in deroga temporanea").

Infine, le Aziende effettuano le verifiche sul rispetto dei requisiti organizzativi, gestionali, di dotazione strumentale e di personale posseduti da ciascuna struttura autorizzata, rispetto a quelli previsti dal livello autorizzativo rilasciato.

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 2020, una relazione illustrativa delle attività di monitoraggio e promozione della qualità svolte nell'anno precedente.

Al fine di supportare il processo di riforma del settore della **disabilità**, è necessario completare l'attività di valutazione delle condizioni di vita con strumento Q-VAD avviata gli scorsi anni, 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 2020, le Aziende, provvedono alla valutazione, per gli aspetti sanitari, di tutti gli utenti dei servizi residenziali e semiresidenziali per persone con disabilità non ancora valutati, secondo le modalità approvate dalla Regione. Contribuiscono inoltre, alla valutazione delle persone con disabilità che accedono per la prima volta ai servizi succitati.

In continuità con le precedenti indicazioni regionali, le aziende aggiornano i protocolli per la 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. L'Amministrazione regionale ha sostenuto con specifici atti (DGR 1462/2016 e DGR 1463/2016) l'attivazione di *servizi sperimentali* per persone con disturbi generalizzati dello sviluppo e dello spettro autistico in condizione di criticità e del Nucleo sperimentale ad alta intensità assistenziale destinato a minori con disabilità. Al fine di proseguire e sviluppare ulteriori percorsi innovativi, a seguito dell'introduzione dell'art.20 bis che modifica la LR 41/96, le aziende sostengono e co-finanziano con specifiche risorse i *trattamenti socio-riabilitativi sperimentali a favore di persone con disabilità*, in ottemperanza a quanto previsto dai livelli essenziali di assistenza, utilizzando lo strumento del budget di salute (quota sanitaria).

Nell'ambito dei processi di miglioramento della presa in carico integrata le Aziende saranno coinvolte ed impegnate in un'attività sperimentale finalizzata a valutare e gestire il processo di somministrazione e di aiuto all'assunzione della terapia farmacologica, anche attraverso l'utilizzo e lo sviluppo degli applicativi disponibili e con risorse regionali messe a disposizione per gli interventi formativi.

Per quanto riguarda i minori, per l'anno 2020, alle Aziende viene richiesto di collaborare alla messa a regime del percorso delineato dalle Linee di indirizzo relative ai percorsi di accoglienza in strutture residenziali e semiresidenziali, in particolare definendo modalità di valutazione, individuando strumenti condivisi e attuando la valutazione integrata dei minori in carico, producendo i profili in coerenza con quelli individuati dalle Linee di indirizzo. Devono inoltre collaborare alla messa a regime del percorso delineato dalle Linee di indirizzo relative ai percorsi di accoglienza in strutture residenziali e semiresidenziali dei minori (come previsto dalla Delibera di generalità 1229 del 29 giugno 2018) definendo *progetti di presa in carico integrata* e attraverso l'individuazione degli interventi specifici, maggiormente appropriati rispetto al tipo di profilo nonché collegati al budget di progetto. E' inoltre richiesto di ridurre sia l'inserimento dei minori nelle strutture residenziali (soprattutto fuori regione) e sia il tempo di permanenza all'interno delle stesse.

2.6 Assistenza ospedaliera

In continuità con la programmazione degli anni precedenti, obiettivo prioritario nell'ambito dei processi di riorganizzazione sanitaria in atto è quello di consolidare e migliorare le attività finora avviate.

Negli ultimi 5 anni sono state costituite una serie di **reti di patologia** per disciplina che hanno avuto nel corso del tempo una diversa evoluzione. L'attuale contesto epidemiologico, è infatti caratterizzato da malattie croniche, non autosufficienza, disabilità nonché da comportamenti a rischio per la salute, per cui si ritiene strategico lavorare anche su **percorsi diagnostici terapeutici assistenziali** ospedale-territorio che rappresentino non la patologia ma il bisogno prevalente degli assistiti rappresentati. Gli ambiti di sviluppo di Reti Cliniche e Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) sono riconducibili a due ambiti di governo:

- Gestionale: lo sviluppo della rete, in linea con gli indirizzi regionali, è uno strumento di "governance" dei processi di consultazione e programmazione;

- Professionale e clinico: lo sviluppo di un modello assistenziale “patient oriented”, connettendo i poli di più elevata specialità con i centri periferici che trattano le specifiche patologie permette di offrire percorsi di cura omogenei e di elevato valore scientifico, evitando i rischi di inappropriately conseguenti alla frammentazione, alla ripetizione e intempestività dell’approccio diagnostico-terapeutico e assistenziale.

A questi mandati si associano due importanti opportunità:

1. informazione/comunicazione e formazione che permette di tracciare i bisogni del cittadino e di facilitare/orientare la sua presa in carico in funzione di qualità, efficienza, efficacia e appropriatezza.
2. possibilità per le Aziende sanitarie di utilizzare la rete di patologia come strumento per promuovere audit interni sui processi e percorsi diagnostico terapeutici assistenziali finalizzati al confronto su eventuali criticità in essere ed alla proposta di possibili percorsi di miglioramento

Nel 2016 è stata istituita la Rete delle **malattie rare** regionale. Questa rete si inserisce nel contesto più ampio della rete nazionale ed opera secondo le indicazioni fornite a tale livello, anche formalizzando accordi con altre regioni ed in accordo con La Direzione Centrale Salute. Inoltre, alcune strutture regionali selezionate dal coordinamento nazionale partecipano alla rete internazionale europea per alcune tipologie di malattia. Il Centro per il Coordinamento Regionale per le Malattie Rare, il Registro Regionale per le Malattie Rare e la Rete Regionale per le Malattie Rare, di concerto con le Associazioni di Malattia presenti in regione, sono gli strumenti per cercare di migliorare il ritardo diagnostico, la presa in carico e la gestione terapeutica dei pazienti. Nel 2020 si consolideranno alcune attività già avviate con l’obiettivo di migliorare alcuni indicatori di performance.

Il Ministero della Salute, nell’ambito del Piano Strategico sulla **violenza maschile contro le donne** 2017-2020, stabilisce che tutte le Aziende sanitarie e ospedaliere, che abbiano un Pronto Soccorso, sono tenute ad attivare un percorso per le donne che subiscono violenza, finalizzato ad una presa in carico efficace e preventiva, recependo le Linee Guida in tema di soccorso e assistenza sociosanitaria alle donne che subiscono violenza di cui al DPCM 24 novembre 2017 Pubblicato sul G.U. 30/01/2018. Elemento necessario per l’attuazione del Piano, è la formazione del personale sanitario operativo nei Pronto Soccorso, per cui il Ministero in collaborazione con l’ISS ha avviato un progetto di Implementazione di un Programma di Formazione a distanza (FAD) per operatori socio-sanitari dei Pronto Soccorso.

Si prevede l’adesione al Programma di Formazione a distanza (FAD) attraverso la partecipazione del personale delle Aziende Sanitarie e dei Pronto Soccorso, coinvolti in percorsi e interventi di contrasto alla violenza sulle donne.

Per quanto attiene gli **indicatori di attività ospedaliera**, nel 2020 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 aziende programmano le attività, sulla base della *mission* istituzionale assegnata, diminuendo le prestazioni meno richieste od inappropriate ed aumentando quelle appropriate e più necessarie. In continuità con gli anni precedenti, vengono inoltre monitorati gli indicatori relativi a Tasso di ospedalizzazione, Ricoveri in day hospital medico per acuti con finalità diagnostica, Ricoveri medici oltre soglia, Tasso di ricovero per scompenso cardiaco, Tasso amputazioni maggiori per diabete, Tasso di ospedalizzazione per BPCO, Frattura di femore e Dialisi peritoneale.

Con la DGR n. 594 del 28 marzo 2014 è stata attivata la Rete regionale per la presa in carico delle gravi insufficienze d’organo e trapianti; con DGR 2533/2014 e 1539/2015 sono state attivate le filiere Fegato e Rene, Cuore, mentre sono ancora da formalizzare l’avvio della filiera Polmone. Partendo da

contesti differenti per ogni filiera d'organo, per l'anno 2020 vengono individuati gli obiettivi legati alla rete cuore, fegato e a quella del rene.

Per quanto attiene i **trapianti**, con accordo tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano (Rep. Atti n. 16/CSR del 24 gennaio 2018), è stato approvato il documento recante "Requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture sanitarie per lo svolgimento delle attività di trapianto di organi solidi da donatore cadavere. Criteri e procedure per l'autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, singole o afferenti ad un programma regionale di trapianto, comprese le attività di trapianto pediatrico. Volumi minimi di attività e degli standard di qualità delle strutture autorizzate". Il Centro regionale trapianti deve 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 e Standard di qualità. In materia di **donazioni di organo**, nel corso del 2020 la Regione dovrà inoltre provvedere al Recepimento del Documento della Conferenza Stato Regioni rep. Atti 225 del 14 Dic. 2017 avente come oggetto il "Programma nazionale donazione di organi 2018-2020".

In accordo infine, con quanto stabilito nelle Linee Guida, approvate nell'Accordo Stato-Regioni e pubblicate sulla Gazzetta Ufficiale del 30 Settembre 2003 con il titolo: "Linee Guida per la Raccolta, Manipolazione ed Applicazione Clinica delle **Cellule Staminali Ematopoietiche**", l'attività trapianto di CSE è regolata all'interno di un più generale Programma Unico di Trapianto che include tre principali componenti: Unità clinica, Unità di raccolta e manipolazione cellulare e Unità di manipolazione cellulare. Nel corso del 2020 deve essere costituito un tavolo interazionale per la definizione di un programma congiunto.

Nel corso del 2020 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 nel corso del 2020:

- promuovono, in continuità con le attività formative svolte nell'anno precedente, programmi formativi rivolti alle ostetriche che a livello aziendale seguono le gravidanze a basso rischio;
- perseguono obiettivi di formazione continua teorico-pratica rivolta agli operatori di sala parto per il mantenimento delle competenze ed abilità tecniche e non, e ai professionisti che operano nell'ambito dello Servizio di Trasporto assistito materno. I Punti nascita di II livello promuovono corsi di formazione in simulazione sulle emergenze-urgenze in sala parto e sulla rianimazione neonatale;
- organizzano programmi formativi per i professionisti che seguono i percorsi di screening e diagnosi prenatale.

Con riferimento all'attivazione della **rete pediatrica** regionale ed alla governance della rete stessa, nel corso del 2019 sono state avviate alcune attività, nel rispetto della programmazione regionale, mentre per altre risultano ancora necessari momenti di approfondimento e analisi. Nel 2020, quindi, in seguito all'attuazione della riforma del Sistema sanitario regionale, si rende necessaria una revisione della governance e dei percorsi definiti nella DGR 730/2018, in linea con quanto previsto dal percorso di riorganizzazione istituzionale in atto. Tali attività 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. Il **sistema trasfusionale** regionale presiederà l'autosufficienza in emocomponenti ed emoderivati e la sicurezza e la qualità della trasfusione e contribuirà alla compensazione nazionale attraverso i seguenti obiettivi:

- Accreditemento dei servizi trasfusionali regionali (a scadenza biennale);
- 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. In particolare.

Nell'ambito della revisione della rete aziendale regionale, nel corso del 2020 la Direzione salute 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 corso del 2020 per il **rischio clinico** e la **rete cure sicure** FVG, si aggiungono le seguenti azioni:

- adattamento delle figure professionali (numero e tipologia dei professionisti) coinvolte in relazione al nuovo assetto istituzionale;
- mantenimento delle indicazioni e delle raccomandazioni ministeriali, misurazione e verifica della loro adozione attraverso la survey regionale;
- partecipazione dei RAP agli incontri attinenti i programmi specifici;
- monitoraggio indicatori semestrali;
- identificazione di almeno una buona pratica per la Call for Good Practice (Agenas);
- pubblicazione sul proprio sito internet, dei dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio e dei dati condivisi con il tavolo regionale dei RM.

Si prevede la continuazione dei programmi a regime di "Antimicrobial stewardship", Prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza, Sicurezza del farmaco, Violenza a danno degli operatori.

Nel corso del 2019 si è passati alla fase operativa della **rete HPH**, che ha tradotto 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 stato 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. Sono stati realizzati percorsi formativi per consolidare le azioni rivolte al benessere degli operatori attraverso percorsi di aggiornamento specifico rivolti a medici competenti e psicologi. Si sono condivisi modelli di intervento per la gestione del benessere psico fisico alla luce delle più recenti evidenze scientifiche.

Nel 2020 si prevede la continuazione dei programmi a regime ai quali si aggiungono le seguenti azioni:

- diffusione delle raccomandazioni e delle strategie internazionali, messa a regime di nuove raccomandazioni e verifica della loro adozione con riferimento alle strutture assistenziali in rete;

- aggiornamento del sito internet della rete HPH regionale;
- integrazione delle linee di lavoro dedicate al benessere degli operatori sui tre livelli (management, organizzativo, individuale)
- conferma e integrazione dei livelli organizzativi HPH in base ai nuovi assetti aziendali (Comitati, Gruppi, Link Professional).

2.7 Rapporti con i cittadini

I pazienti, in qualità di *stakeholder* svolgono un ruolo chiave nella valutazione dei servizi sanitari e la loro partecipazione in maniera strutturata e metodologicamente corretta diventa uno strumento essenziale nella pianificazione e valutazione della qualità delle cure.

In questo ambito valutativo, centrato sulla prospettiva del paziente, si stanno verificando significative evoluzioni; dopo le prime esperienze di misurazione dei “livelli di gradimento” o di percezione dei livelli di salute si sono sviluppate nuove metodologie centrate sulla valutazione dell’esperienza e degli esiti clinici prime fra tutte le procedure PROMs (Patient-reported outcome measures) and PREMs (patient-reported experience measures).

Vengono confermate anche per il 2020 le progettualità intraprese negli scorsi anni, mirate a migliorare le modalità di gestione dei rapporti con i pazienti e i loro familiari nel corso delle attività di ricovero. Nel corso dell’anno inoltre l’ARCS con la collaborazione delle aziende procederà alla valutazione PROMs dei pazienti sottoposti ad interventi di ernia inguinale e crurale e alla valutazione PREMs di almeno un percorso clinico o organizzativi.

A seguito dell’approvazione del nuovo **Piano regionale di governo delle liste d’attesa** (Prgla) per gli anni 2019/2021, di cui alla DGR 1815/2019, le Aziende sanitarie dovranno adottare il proprio 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.

ARCS nel 2020 adegua i sistemi informativi secondo le disposizioni della citata DGR 1815/2019 e garantisce la partecipazione a tutti i monitoraggi richiesti dalle amministrazioni centrali inviando un report semestrale alla Direzione centrale salute sull’attività svolta. Effettua altresì i monitoraggi regionali sui tempi di erogazione delle prestazioni ambulatoriali, degli interventi chirurgici e avviandone uno per la libera professione.

2.8 Sistema informativo

Il Sistema Informativo Socio Sanitario Regionale è un sistema ad elevata complessità funzionale e strutturale, posto a servizio della gestione e a supporto del governo di tutte le Aziende Sanitarie, degli IRCSS, della Direzione centrale salute e dell’ARCS. Molti servizi hanno inoltre come fruitori i medici convenzionati, le Case di Cura Private Convenzionate, le Case di Riposo, gli Ambiti socio assistenziali. E’ un sistema unico, ampiamente diffuso per buona parte delle applicazioni, che riunisce soluzioni gestionali multiutenza connesse ed integrate tra loro - dell’area clinica, territoriale, amministrativa e direzionale - mediante la condivisione dei database e la razionalizzazione e automazione dei processi e che rappresenta un valore grazie anche all’organizzazione del dato. Infatti, oltre a costituire il principale supporto a livello operativo gestionale, è la fonte informativa più consistente a livello aziendale e regionale per il governo del Sistema Sanitario Regionale.

La Legge n.27 del 17 dicembre 2018 relativa a “Assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale”, oltre a modificare i confini delle aziende sanitarie, ridisegna l’intero assetto

istituzionale e organizzativo del SSR a partire dal 1.1.2020. Per questo motivo l'anno 2020 impegnerà un numero elevato di risorse (sia economiche che umane) per la revisione e riorganizzazione dei processi e delle banche dati che sottendono ai sistemi informatici in uso presso le aziende. Ci sarà un lavoro importante anche per quanto riguarda la revisione dell'infrastruttura informatica, sia per la parte di avviamento dei nuovi domini, sia per la parte dell'accorpamento, scorporo delle reti, tenendo conto delle normative relative alla sicurezza informatica e al tema della privacy, con riferimento rispettivamente alle "misure adeguate della sicurezza" ed al nuovo regolamento europeo EU 679/2016 sulla protezione dei dati personali. Quest'ultimo punto costringe a completare l'adeguamento dei sistemi per non incorrere a situazioni di violazione della normativa.

L'attività di rinnovamento dei sistemi amministrativi ormai obsoleti e non rispondenti alle necessità normative nazionali continuerà anche nell'anno 2020, con l'avvio del nuovo sistema del personale e l'acquisizione del sistema economico patrimoniale e dell'economato.

Si inizierà il percorso di rinnovamento anche dei sistemi sanitari e territoriali, alcuni già avviati nell'anno 2019 e che vedranno il completamento nell'anno in corso.

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

Le Aziende del SSR perseguono la messa a regime dell'aggiornamento tecnologico dei sistemi PACS aziendali già avviato e in gran parte concluso nel corso del 2019. Si procederà con la sperimentazione della soluzione di refertazione multimediale in ambito radiologico e la cui integrazione con la piattaforma dei sistemi informativi ospedalieri è stata già in gran parte sviluppata da parte di Insiel e della ditta fornitrice.

3. LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

La gestione delle risorse umane nell'anno 2020 avviene in quadro normativo fortemente influenzato dalla recente decretazione d'urgenza connessa all'emergenza sanitaria da COVID-19, che ha assunto carattere di straordinarietà ed eccezionalità rendendo particolarmente gravoso il processo di armonizzazione delle regole in materia di pubblico impiego, compreso quello del servizio sanitario nazionale.

Tali interventi hanno introdotto, tra le altre, alcune deroghe ai vincoli posti alle assunzioni di personale del SSN dalla legislazione vigente (cfr. art. 11 del DL 35/2019¹) relativamente alla quale sono intervenute alcune interlocuzioni con il Ministero dell'Economia e delle Finanze per la definizione di un percorso teso alla ricostruzione dei nuovi vincoli in maniera quanto più aderente all'intero *corpus normativo*.

Si ricorda, a tal proposito, che la DGR n.2195 del 20 dicembre 2019 di approvazione in via definitiva delle Linee Annuali per la gestione del servizio sanitario e sociosanitario regionale per l'anno 2020, ha stabilito che le Aziende ed Enti del SSR avrebbero dovuto orientare la programmazione del personale in coerenza e nel rispetto della spesa dell'anno 2004 diminuita dell'1,4 per cento, quale vincolo stabilito dalla normativa previgente all'entrata in vigore dell'art.11 del DL 35/2019, la cui applicabilità, come rilevato in diverse occasioni, era originariamente circoscritta alle sole regioni a statuto ordinario.

In assenza delle indicazioni ministeriali richieste e nell'ottica di provvedere comunque all'aggiornamento del vincolo di spesa di personale del SSR per l'anno 2020 in conformità al disposto di cui all'art.11 sopra citato, è stata avviata, in occasione del monitoraggio del primo trimestrale 2020, la ricostruzione della "*spesa di personale sostenuta nell'anno 2018*", che, dall'anno 2020, rappresenta per la Regione FVG il nuovo limite assunzionale.

Nelle more della ricostruzione del vincolo 2018, da determinarsi con apposito provvedimento giuntale, si ritiene opportuno esporre in questa sede alcune considerazioni.

La tematica della spesa di personale del SSR non può non correlarsi con i Piani Triennali di Fabbisogni di Personale (di seguito PTFP) 2020-2022 di cui all'art.6, comma 1 del D.Lgs. n. 165/2001 che assurgono a strumento programmatico volto alla rappresentazione, in termini di unità di personale e relativo valore economico - finanziario annuale, delle risorse necessarie a garantire il regolare svolgimento delle attività e l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

¹ Art. 11 "*Disposizioni in materia di personale e di nomine negli enti del Servizio sanitario nazionale*"

1. *A decorrere dal 2019, la spesa per il personale degli enti del Servizio sanitario nazionale ((delle regioni, nell'ambito del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato e ferma restando la compatibilità finanziaria, sulla base degli indirizzi regionali)) e in coerenza con i piani triennali dei fabbisogni di personale, non può superare il valore della spesa sostenuta nell'anno 2018, come certificata dal Tavolo di verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12 dell'Intesa 23 marzo 2005 sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, o, se superiore, il valore della spesa prevista dall'articolo 2, comma 71, della legge 23 dicembre 2009, n. 191.*

2. *omissis*

La mancata approvazione del PTFP da parte della Regione non consente alle Aziende ed Enti del SSR di procedere all'assunzione di nuovo personale.

Sul punto giova richiamare, altresì, l'art. 3 del DL 14/2020 (ora art.2-quater della L. 27/2020) in base al quale le regioni procedono alla rideterminazione dei piani di fabbisogno del personale delle aziende ed enti dei rispettivi SSR, per le finalità e gli effetti degli articoli 2-bis e 2-ter della medesima Legge 27/2020.

Alla luce delle considerazioni che precedono, fino alla determinazione del vincolo di spesa del personale del SSR per l'anno 2020, successivamente alla quale la Regione potrà provvedere altresì all'approvazione dei PTFP 2020-2022, si ritengono autorizzate in linea generale:

- le assunzioni effettuate per assicurare i servizi essenziali/attività istituzionali insopprimibili
- le assunzioni effettuate per far fronte all'emergenza epidemiologica da COVID- 19

La valutazione delle politiche e della gestione delle risorse umane da parte delle Aziende del SSR per l'anno in corso, sarà, pertanto, oggetto di apposita separata valutazione, che non potrà non tenere conto del contesto in cui gli interventi legislativi di urgenza, collegati alla definizione degli interventi straordinari volti al potenziare il SSN e la sua capacità di fronteggiare efficacemente l'emergenza epidemiologica, non si sono completamente assestati.

4. GLI INVESTIMENTI

4.1 LA PROGRAMMAZIONE DELLE RISORSE FINANZIARIE SUL TRIENNIO 2020-2022

Le Deliberazioni di Giunta Regionale n. 1992 del 22 novembre 2019 "Linee annuali per la gestione del servizio sanitario e sociosanitario regionale - anno 2020. Approvazione preliminare" e n. 2195 del 20 dicembre 2019 "Linee annuali per la gestione del servizio sanitario e sociosanitario regionale - anno 2020. Approvazione definitiva" hanno rinviato a successivi atti le disposizioni per la programmazione delle ulteriori risorse stanziare sul bilancio regionale 2020-2022, in considerazione, oltre che dei fabbisogni per gli investimenti rappresentati dagli enti del SSR nei Programmi Preliminari degli Investimenti 2020, anche della riorganizzazione dell'assetto istituzionale e organizzativo del SSR e dello stato di avanzamento dei tre principali interventi sugli Hub regionali di Pordenone, Udine e Trieste.

Con Deliberazione della Giunta Regionale n. 693 del 15/05/2020 si è stabilito di programmare l'importo complessivamente pari a euro 74.198.655,68 per interventi di investimento nel SSR:

- la quota pari a euro 27.142.150,00 per interventi di investimento nel SSR finalizzati ad acquisizioni di beni mobili e tecnologici inseriti nel Programma Preliminare degli Investimenti di cui
 - euro 26.392.150,00 disponibile sul triennio 2020-2022 al capitolo 6928;
 - euro 750.000,00 disponibile sul triennio 2020-2022 al capitolo 4398
- la quota di euro 4.500.000,00 sul capitolo 4398 rispettivamente suddivisa in euro 2.250.000,00 per l'esercizio 2020 ed euro 2.250.000,00 per l'esercizio 2021 per l'attuazione di interventi di investimento non previsti nel programma triennale degli investimenti degli Enti del SSR ed emergenti nel corso dell'anno, in attuazione dell'art. 33 comma 10 della Legge regionale 10 novembre 2015, n. 26;
- la quota di euro 140.000,00 sul capitolo 4398 a favore dell'IRCCS Burlo Garofolo per la realizzazione di un nuovo impianto monta letti e la sostituzione di una porta automatizzata;
- la quota di euro 42.416.505,68 disponibile sul triennio al capitolo 4398 per interventi di investimento inseriti nel Programma Preliminare degli Investimenti finalizzati prioritariamente alla messa a norma e adeguamento antincendio

come riportato nella seguente tabella:

Capitolo di bilancio	Finalità	TOTALE
6928	Acquisizioni di beni mobili e tecnologici	26.392.150,00
4398	Acquisizioni di beni mobili e tecnologici	750.000,00
4398	Interventi emergenti ex art 33, c.10 LR 26/2015 esercizi 2020-2021	4.500.000,00
4398	Interventi IRCCS Burlo Garofolo	140.000,00
4398	Interventi di investimento finalizzati prioritariamente alla messa a norma e adeguamento antincendio	42.416.505,68
Totale		74.198.655,68

La medesima DGR ha disposto di rinviare ad atti successivi la programmazione delle restanti quote disponibili sul bilancio regionale per il triennio 2020-2022.

Il riparto tra gli enti del SSR della quota complessivamente pari a euro 4.500.000,00 per interventi non previsti nel programma triennale degli investimenti ed emergenti nel corso degli anni 2020 e 2021, in attuazione dell'art. 33 comma 10 della Legge regionale 10 novembre 2015, n. 26, è stato stabilito come da seguente tabella:

Quota ex art 33, c 10 LR 26/2015	
Enti SSR	TOTALE
Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale	1.503.799,80
Azienda Sanitaria Friuli Occidentale	660.620,30
Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina	1.129.307,80
IRCCS Burlo Garofolo	78.386,64
IRCCS CRO	247.456,32
<i>Quota a riserva ex AAS2, da definire a seguito della definizione della quota del patrimonio di competenza di ASU FC e di ASUGI</i>	880.429,14
Totale complessivo	4.500.000,00

La quota complessivamente pari a euro 69.558.655,68 finalizzata alla realizzazione di interventi di investimento inseriti nei Programmi Preliminari degli Investimenti degli Enti del SSR, è stata ripartita come da seguente tabella:

Enti SSR	Interventi edili impiantistici (messa a norma e adeguamento antincendio)	Acquisizione di beni mobili e tecnologici	TOTALE
Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale	15.808.508,58	9.670.185,75	25.478.694,33
Azienda Sanitaria Friuli Occidentale	5.850.000,00	5.967.881,86	11.817.881,86
Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina	14.633.666,10	10.475.629,70	25.109.295,80
IRCCS Burlo Garofolo	630.000,00	568.845,24	1.198.845,24
IRCCS CRO	5.494.331,00	459.607,45	5.953.938,45
Totale complessivo	42.416.505,68	27.142.150,00	69.558.655,68

4.2 ACQUISIZIONI IN SERVICE O NOLEGGIO

Si conferma la disposizione prevista dalla 2195 n. 448 del 20 dicembre 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, per l'avvio di procedure per forniture in "service" o noleggi che prevedano la sostituzione di tecnologie biomedicali di proprietà dell'Ente e per l'avvio di procedure per forniture riguardanti le attività di laboratorio analisi,

microbiologia e virologia, anatomia patologica e per la medicina trasfusionale, limitatamente alle attività non centralizzate.

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.

4.5 ATTREZZAGGIO DELLA CITTADELLA DELLA SALUTE E DEL NUOVO OSPEDALE DI PORDENONE

Nel 2020 dovranno essere garantiti l'acquisizione della prima parte dei beni e l'avvio di tutti i procedimenti necessari a garantire il rispetto del cronoprogramma relativi all'attrezzaggio della Cittadella della salute e del Nuovo ospedale di Pordenone.

L'acquisizione dei beni è regolata dalla LR n. 26/2015 ed è sottoposta al parere del NVISS ai fini dell'inserimento degli stessi nel programma preliminare e nel programma triennale degli investimenti della Azienda Sanitaria Friuli Occidentale.

Nei PAL/PAO approvati dagli Enti del SSR si rileva, rispetto a quanto previsto dalla L.R. 26/2015, quanto riportato nella tabella seguente.

Azienda	Piano triennale 2020-2022 (riferito alle risorse finanziarie assegnate negli anni 2016-2019 e a interventi già programmati)	Azioni correttive
IRCCS CRO	Nessun rilievo	-
IRCCS BURLO	<p>Si rileva che non sono riportati i decreti n.:</p> <p>1480/SPS del 24/11/2016 1487/SPS del 24/11/2016 1533/SPS del 28/11/2016 956/SPS del 18/07/2017 1673/SPS del 24/11/2017 1576/SPS del 25/10/2018 1910/SPS del 29/11/2018</p> <p>Non sono riportate tutte le quote relative ai decreti:</p> <p>1582/SPS del 30/11/2016 1608/SPS del 01/12/2016 1136/SPS del 24/08/2017 1238/SPS del 05/09/2018</p>	<p>Nel Programma Triennale devono essere indicati tutti gli interventi con copertura finanziaria (ex LR 26/2015 art. 41 comma 2 lettera c, art. 33 comma 8)</p>
ARCS	Nessun rilievo	-
ASU Friuli Centrale	<p><u>Ex ASUI Udine</u> - Nessun rilievo</p> <p><u>Ex AAS3</u> – Si rilevano alcune incongruenze negli importi relativi ai decreti n.</p> <p>1578/SPS del 30/11/2016 1139/SPS del 24/08/2017</p> <p>Non sono riportati i decreti n.:</p> <p>1578/SPS del 30/11/2016 1626/SPS del 22/11/2017 1576/SPS del 25/10/2018 1910/SPS del 29/11/2018 1962/SPS del 15/10/2019 2588/SPS del 26/11/2019</p> <p>Non sono riportate tutte le quote relative ai decreti:</p> <p>1673/SPS del 24/11/2017 1480/SPS del 09/10/2018</p> <p><u>Ex AAS2</u> – non è riportato il Piano Triennale degli Investimenti</p>	<p>Nel Programma Triennale devono essere indicati tutti gli interventi con copertura finanziaria (ex LR 26/2015 art. 41 comma 2 lettera c, art. 33 comma 8)</p>
ASU Giuliano Isontina	<p><u>Ex ASUI Trieste</u> – Si rilevano alcune in relazione al decreto</p> <p>1141/SPS del 24/08/2017</p> <p>Nella sezione relativa alla programmazione 2018-2020 è riportato il riferimento al decreto n. 1673/SPS del 24/11/2017 e in quella relativa alla programmazione 2019-2021 è riportato il riferimento al decreto n. 870/SPS del 14/06/2018; in entrambi i casi tale riferimento va tolto perché riguardante la sola erogazione di importi già compresi nelle annualità precedenti.</p> <p><u>Ex AAS2</u> – Nessun rilievo</p>	
AS Friuli Occidentale	Nessun rilievo	

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 2020.

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 2195/2020 con la quale sono state approvate in via definitiva le Linee di gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2020.

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

Azienda sanitaria universitaria Giuliano Isontina

3. LE PROGETTUALITÀ

3.1 PROGETTI DI RIORGANIZZAZIONE

3.1.1 Nuovi atti aziendali	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Atti aziendali	Nell'ambito dei processi di riorganizzazione ASUGI approverà il nuovo atto aziendale secondo le modalità stabilite dall'art. 12 comma 6 della LR 27/2018.

3.1.2. Assistenza territoriale	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Stratificazione delle popolazione	I Distretti di ASUGI, per dare avvio al nuovo assetto organizzativo rafforzando la funzione di committenza, provvederanno a mappare e a stratificare la popolazione di riferimento sulla base della complessità del case mix, del rischio di eventi e della fragilità, al fine di ottimizzare l'appropriatezza della presa in carico e degli interventi per livelli di intensità e di complessità.
Cure palliative	Nell'ambito delle cure palliative ASUGI prevede il potenziamento complessivo delle attività della rete.

3.1.3. Assistenza sociosanitaria	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Assistenza sociosanitaria	La programmazione per l'anno 2020, in coerenza con gli indirizzi del processo di riforma del sistema, prevede un significativo investimento nelle aree dell'integrazione sociosanitaria anche avviando progetti innovativi condivisi e strutturando rapporti organizzati di collaborazione. Il raccordo con i Servizi sociali dei Comuni per la realizzazione delle azioni in materia di integrazione sociosanitaria saranno concordate da ASUGI anche

	nell'ambito del processo di programmazione sociale di cui ai Piani di zona e ai relativi Piani attuativi annuali.
--	---

3.1.4. Controlli di qualità e appropriatezza delle prestazioni

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Controlli di qualità e appropriatezza delle prestazioni	<p>L'ASUGI collaborerà con i propri professionisti all'attività di controllo sulla qualità e sull'appropriatezza delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie erogate nei livelli essenziali di assistenza sia ospedaliera che distrettuale.</p> <p>In linea con quanto già previsto con la DGR 182 del 2 febbraio 2018, gli uffici competenti di ASUGI proseguiranno nello svolgimento delle periodiche verifiche sull'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle aziende pubbliche e private secondo il piano dei controlli programmato dallo specifico gruppo regionale per il coordinamento delle attività di controllo delle prestazioni sanitarie.</p> <p>ASUGI attraverso il gruppo di coordinamento regionale attuerà ed integrerà il piano dei controlli per il 2020 nonché le modalità ed i tempi di realizzazione.</p> <p>ASUGI trasmetterà semestralmente alla Direzione centrale competente un report dei controlli effettuati nonché gli eventuali provvedimenti adottati con le seguenti scadenze.</p> <ul style="list-style-type: none"> - controlli sull'attività del 1° semestre: entro il mese di agosto del 2020 - controlli sull'attività del 2° semestre: entro il mese di marzo del 2021.

3.1.5. Erogatori privati

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Erogatori privati	A seguito della proroga dell' accordo regionale con le associazioni rappresentative degli erogatori privati di cui alla DGR 42/2017 fino alla conclusione del nuovo accordo ad ogni struttura sarà assegnato lo stesso budget del 2019 divisi in dodicesimi.

3.1.6. Innovazione terapeutica

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Innovazione terapeutica	Nell'ambito dell'innovazione terapeutica nel corso del 2020 sarà consolidata l'introduzione delle nuove terapie

	geniche antitumorali a base di cellule CAR-T secondo il percorso avviato con la DGR n. 1629/2019, al fine di garantirne l'accesso a carico del Servizio Sanitario nazionale, nel rispetto di quanto stabilito dall'Agenzia Italiana del Farmaco. ASUGI con le strutture competenti parteciperà alle attività di selezione dei pazienti eleggibili e di presa in carico programmata.
--	---

3.1.7. Sicurezza	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Sicurezza	Nel corso del 2020 ASUGI, in materia di SICUREZZA, predisporrà un piano aziendale per la prevenzione e la gestione dei casi di violenza contro gli operatori sanitari nei diversi setting assistenziali. Analogamente, per quanto attiene i FURTI nelle strutture aziendali, ASUGI predisporrà un piano di prevenzione o, ove già esistente, individuare misure di miglioramento dello stesso.

3.2 ASSISTENZA DI PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA

3.2.1. Piano regionale prevenzione 2020 -2025	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Piano regionale prevenzione 2020 -2025	In particolare per la definizione delle linee del futuro PRP individuate dalla DCS, ASUGI parteciperà ai lavori di stesura del PRP con i suoi operatori.

3.2.2. Migliorare la salute nei soggetti a rischio MCNT e malati cronici	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Migliorare la salute nei soggetti a rischio MCNT e malati cronici	Nel corso del 2020 verranno definite le modalità di prosecuzione dei progetti di prevenzione cardiovascolare già avviati (c.d. screening opportunistico e Cardio 50) ed eventuali progetti relativi ad altre patologie in coerenza con quanto stabilito dal nuovo Piano Nazionale Prevenzione ancora in fase di elaborazione.

3.2.3. Gli screening oncologici in regione Friuli Venezia Giulia	
Obiettivo aziendale ASUGI:	Risultato atteso:
Mantenere aggiornate, tramite i distretti, le anagrafi sanitarie verificando assistiti in base ai dati del	Percentuale di inviti inesitati < = 1,5%

monitoraggio messi a disposizione dalla Direzione Centrale Salute tramite portale screening	
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; - 70% per la mammella; - 70% per il carcinoma del colon retto.

CERVIC UTERINA	
Obiettivo aziendale ASUGI:	Risultato atteso:
Assicurare la collaborazione per la riconversione del programma di screening cervicale estendendo la fascia di popolazione obiettivo invitata a screening con HPV-DNA come test primario alla classe d'età 46-64 aa a partire dal 01.07.2020.	<ul style="list-style-type: none"> - Garantire disponibilità di appuntamenti per mantenere intervallo di chiamata entro 36 mesi dall'ultimo pap test, entro 12 mesi dall'ultimo HPV+ con pap test negativo. - HPV-DNA primari e tutte le letture dei pap-test secondari analizzati presso il laboratorio unico regionale dell'Anatomia Patologica di ASUITS - HPV-DNA di triage su ASCUS e HPV-DNA e cervico-citologia di secondo livello analizzati presso il laboratorio unico regionale dell'Anatomia Patologica di ASUITS - 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)
Disponibilità a realizzare su richiesta di ogni AFT 1 intervento formativo sulla riconversione del programma di screening"	Tutti gli interventi formativi richiesti sono stato realizzati.
Protocollo per la gestione clinica del secondo livello dello screening cervicale.	- Formale adozione del protocollo e formazione degli operatori come da indicazioni della DCS.
Garantire i prelievi per HPV-DNA test di secondo livello	<ul style="list-style-type: none"> - Dotare gli ambulatori di prelievo delle dotazioni informatiche e delle configurazioni CUPWEB già in uso al primo livello - logistica di supporto (trasporto campioni) da realizzarsi secondo indicazioni DCS

MAMMELLA	
Obiettivo aziendale ASUGI	Risultato atteso
Screening mammella	<ul style="list-style-type: none"> - Requisiti check-list DCS rispettati - Collaborazione negli eventuali sopralluoghi di controllo

	- Risoluzione delle non conformità evidenziate nei sopralluoghi 2019
Attività di 2° livello per lo screening mammografico	- Garantire sia lettura del primo livello che la gestione del percorso di approfondimento diagnostico da parte di radiologi certificati
Unità senologica	- Tempi di attesa per approfondimenti di secondo livello <= 20 gg da esito positivo della mammografia di primo livello - Percentuale di casi di secondo livello chiusi correttamente >= 95% - Tempo di attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella <= a gg 30 - Percentuale di early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso"/totale dei casi chiusi dall'unità senologica inferiore al 10%

COLON RETTO	
Obiettivo aziendale ASUGI:	Risultato atteso:
Garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica (in particolare la codifica del livello di rischio assicurando di rendere definitiva la compilazione) per gli esami di 2° livello di screening Garantire l'offerta della colonscopia di approfondimento di secondo livello entro 30 giorni dalla positività del FOBT di screening	- Percentuale di cartelle correttamente compilate >=95% - Tempo di attesa per colonscopia di approfondimento di secondo livello <= 30 giorni

3.2.4. Infertilità	
Obiettivo aziendale ASUGI:	Risultato atteso:
Tutte le aziende con unità di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) concorrono a predisporre un programma di prevenzione dell'infertilità femminile e maschile	- Predisposizione condivisa del programma e trasmissione alla DCS entro il 31/12/2020.

3.2.5. Gli screening neonatali	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Screening neonatali	ASUGI collaborerà con l'IRCCS Burlo Garofolo per le attività di informazione della popolazione sull'utilità degli screening e per la presa in carico degli eventuali soggetti risultati positivi allo screening.

3.2.6. Prevenzione degli incidenti domestici	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Prevenzione degli incidenti domestici	Sarà data continuità alle azioni di sensibilizzazione sul problema dell'incidentalità domestica e di promozione della cultura della sicurezza abitativa fra operatori sanitari, popolazione generale, gruppi a rischio e caregiver, implementando la diffusione del materiale informativo realizzato anche attraverso l'inserimento nei nuovi portali aziendali.

3.2.7. Migliorare la salute e la sicurezza nei comparti a maggior rischio	
Obiettivo aziendale ASUGI:	Risultato atteso:
Mantenere un'adeguata vigilanza nei settori edile e agricolo secondo i parametri definiti a livello nazionale (Progettualità che necessita di una successiva revisione dettata dalla revisione organizzativa /normativa in atto) (Report di attività alla DCS)	- 5% delle aziende vigilate (698). - 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 2019. -Agricoltura: vigilare 128 aziende agricole a livello regionale
ASUGI (SCPSAL e UCO Medicina del Lavoro): collaborare con la DCS e le Aziende Sanitarie alla predisposizione delle attività informative e alla sorveglianza sanitaria dei cittadini riconosciuti da INAIL esposti all'amianto ai fini previdenziali ai sensi della L. 257/92	Collaborazione alla campagna informativa e ad eventuali altre iniziative regionali per i cittadini riconosciuti esposti all'amianto ai fini previdenziali da INAIL e non già aderenti alla sorveglianza sanitaria per soggetti ex esposti attualmente in atto nelle Aziende Sanitarie.

3.2.8. Promozione della salute nei luoghi di lavoro	
Obiettivo aziendale ASUGI:	Risultato atteso:
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
Partecipare al Progetto CCM "Implementare la rete WHP in Friuli Venezia Giulia" - (Progettualità che non risente della revisione organizzativa/normativa in atto)	- Operatori PSAL e dei Dipartimenti di Prevenzione che si occupano di Promozione alla Salute formati con corso regionale sul Programma WHP (80% dei 19 operatori censiti al 8/10/2019)

ASUGI/PSAL: partecipare al Progetto inter-istituzionale "Favorire l'empowerment e l'inclusione sociale delle persone in esecuzione penale e promuovere interventi di giustizia riparativa" attraverso interventi formativi a favore dei detenuti delle case circondariali regionali. (Progettualità che potrebbe necessitare di una successiva revisione dettata dalla revisione organizzativa /normativa in atto)	Operatori PSAL docenti ai corsi sulla formazione generale ai sensi dell'art. 37, co. 1 lett. a) del D.Lgs. 81/08 dei detenuti dimettendi, organizzata in ogni istituto penale del FVG (n. 3 corsi a Gorizia, n. 3 a Tolmezzo, n. 10 a Udine, n. 12 a Trieste, n. 7 a Pordenone).
---	--

3.2.9. Miglioramento dei sistemi informativi di sorveglianza

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Miglioramento dei sistemi informativi di sorveglianza	Nel 2020 saranno sviluppati e mantenuti i sistemi di sorveglianza nella rete della sanità pubblica regionale. Dovrà essere assicurata da parte di ASUGI l'attività prevista dai programmi di sorveglianza nazionali PASSI, PASSI d'Argento, Okkio alla salute e HBSC (Health Behaviour in School-aged Children), collaborando sia all'esecuzione che nella restituzione dei risultati.

3.2.10. Ambiente e salute. Facilitare una migliore qualità dell'ambiente e del territorio secondo il modello della salute in tutte le politiche

Obiettivo aziendale ASUGI:	Risultato atteso:
Programma di controllo regionale per garantire la tutela della salute della popolazione dalle sostanze radioattive presenti nelle acque destinate al consumo umano secondo quanto previsto dal d.lgs. n. 28 del 15 febbraio 2016 .	Effettuazione dei campionamenti come specificato nella nota prot n. 779/P inviata dalla DCS in data 11.01.2019. I campionamenti andranno eseguiti nel secondo trimestre (aprile-giugno) e nel quarto trimestre (ottobre-dicembre) del 2020. Suddivisione dei campioni sulla base della futura organizzazione territoriale. - ASUGI: 18 campionamenti
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.
Garantire un numero di controlli coerenti con il piano nazionale annuale dei controlli in materia di REACH/CLP, per quanto attiene target group e tipologia di sostanze controllate.	Almeno 5 imprese controllate

3.2.11. Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive, inclusa la resistenza antimicrobica e Piano nazionale di contrasto alle resistenti antimicrobiche 2017-2020 (PNCAR).

Obiettivo aziendale ASUGI	Risultato atteso
Aumentare la copertura vaccinale nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, gruppi a rischio per patologie)	Miglioramento delle coperture vaccinali dell'infanzia e dell'adolescenza: <ul style="list-style-type: none"> - Esavalente (proxy del vaccino esavalente sarà considerata la vaccinazione antipolio) a 24 e 36 mesi e 36 mesi (coorte 2017) - MMR (1^a e 2^a dose) - Offerta attiva della vaccinazione anti herpes zoster nei 65enni: obiettivo di 40% - Vaccinazione antipertosse (dTap) donne in gravidanza: 15%
Sviluppare il piano di monitoraggio del PNPV con gli indicatori individuati dal Ministero Salute in particolare contribuire alla predisposizione di un documento regionale condiviso con le procedure per la gestione della segnalazione/ monitoraggio eventi avversi a vaccinazione	<ul style="list-style-type: none"> - Invio trimestrale DCS degli indicatori - Documento regionale condiviso
Applicare il protocollo regionale sull'assistenza sanitaria alle persone migranti ed inviare i dati di attività a DCS	Report mensile da inviare alla DCS

VETERINARIA

Obiettivo aziendale ASUGI	Risultato atteso
Sistema Informativo Nazionale della Farmacosorveglianza Ricetta Veterinaria Elettronica (SINF-RE) mantenimento funzionalità sistema informativo	- entro 7 giorni dal ricevimento ASUGI assolve tramite SINF-RE il 100% delle richieste pervenute di aggiornamento/nuova richiesta delle anagrafiche / nuove autorizzazioni tramite SINF-RE per le strutture veterinarie, strutture di detenzione e colonie feline

3.2.12. Alimentazione e salute: promozione di un'alimentazione sana, sicura e sostenibile

Obiettivo aziendale ASUGI	Risultato atteso
Garantire la partecipazione degli operatori dedicati al percorso formativo programmato a livello regionale sull'allattamento al seno	85% 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	contributo al 10% delle gare d'appalto di PA e Enti in corso nel 2020 in ogni Azienda

consumo di frutta e verdura, la riduzione del consumo di sale, usando quello iodato, l'utilizzo di prodotti preferibilmente tipici e a filiera corta	
--	--

3.2.13 Sicurezza alimentare, salute e benessere alimentare	
Obiettivo aziendale ASUGI	Risultato atteso
Garantire la partecipazione degli operatori al percorso formativo programmato a livello regionale sui MOCA.	70% degli operatori SIAN formati entro il 31/12/2019
Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare e nutrizionale: ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi previsti 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 2019)	Interventi programmati come da PRISAN: - n. interventi ispettivi per settore programmati per il 2020 (almeno 1201) - il n. audit per settore programmati per il 2020 - n. valutazioni del rischio programmate - n. di campionamenti di alimenti - n. dei controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni
Effettuare i controlli sulla condizionalità come da convenzione con il MIPAAF/AGEA	Effettuare, entro il 31/12/2020, il 100% dei controlli previsti per gli atti di interesse della condizionalità e inserire le evidenze ed i verbali in Banca Dati Nazionale (BDN)
Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi previsti 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 2019)	Interventi programmati come da PRISAN: - n. interventi ispettivi per settore programmati per il 2020 - il n. audit per settore programmati per il 2020 - n. valutazioni del rischio programmate - n. di campionamenti di alimenti di o.a - n. dei controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni
Progetto Piccole Produzioni Locali: rafforzare gli interventi in accordo con la Direzione centrale agricoltura	- Garantire l'informazione capillare e la formazione sul territorio, informando le Aziende del Settore Alimentare della conclusione del Progetto e delle possibili evoluzioni delle PPL. - Applicare il protocollo PPL malghe 2020 a tutti gli o.s.a aderenti al 100% delle malghe entro il 30/6/2020. - Trasmettere entro il 31/12/2020 una relazione finale dettagliata di verifica Aziendale. La 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; - il dettaglio delle attività eseguite su:

	<ul style="list-style-type: none"> - carni suine e avicuniole - carni di specie diverse - prodotti lattiero caseari di malga - vegetali, confetture, conserve, prodotti da forno, erbe aromatiche, prodotti dell'alveare, vegetali fermentati, lumache, ecc...
Sistema informativo SICER: Piena funzionalità del sistema per l'Area dell'Igiene e Sicurezza Alimentare degli Alimenti di origine animale (Area B) e SIAN	Entro il 31/7 il 100% degli operatori utilizza le principali funzioni del sistema (aggiornamento anagrafi operatori, registrazione C.U., agenda operatore, report di base)
Accreditamento comunitario Malattia di Aujeszky	Mantenimento delle attività di monitoraggio e controllo ai fini del mantenimento dello status di Regione indenne (Campioni di sangue presso macellazioni familiari, a spot presso macelli, di suini di provenienza fuori Regione)
Benessere animale negli allevamenti e durante il trasporto attuazione dei controlli secondo le linee guida operative dettate dalla Task Force benessere animale, istituita con Decreto 659/SPS del 20/08/2015	100% dei controlli sul benessere animale richiesti dal PRISAN 2020 effettuati
Anagrafe ovi caprina attuazione dei controlli come da indirizzi LEA Ministeriali	Raggiungimento del 3% dei controlli su base Regionale come richiesto da LEA Ministeriali
Paratubercolosi bovina e ovi caprina: attivazione piano regionale di controllo	Effettuare presso almeno il 60% degli allevamenti, campioni di sangue finalizzati alla mappatura dello stato sanitario degli allevamenti bovini e ovi caprini in corso di profilassi, coordinando l'attività dei veterinari aziendali (di cui al DM 07 Dicembre 2017) entro il 31/12/2020
Genotipizzazione arieti per Scrapie .	<ul style="list-style-type: none"> - Entro il 30/6/2020 il 100% degli allevamenti soggetti al Piano Regionale è individuato e censito - Effettuare il 100% dei campioni di sangue sui capi target ai fini di individuare animali resistenti alla malattia, inserire in BDN il dato ed aggiornare lo status sanitario degli allevamenti entro il 31/12/2020
Applicazione del PRP sull'Igiene Urbana Veterinaria.	Effettuare il 100% dei controlli, di tutte le attività, sulle strutture di ricovero e custodia della Regione Autonoma FVG sia convenzionate che non convenzionate.

3.3 ASSISTENZA PRIMARIA

3.3.1 Assistenza distrettuale	
Obiettivo aziendale ASUGI	Risultato atteso
1. Stratificazione della popolazione	1. Entro il 31.03.2020 in ogni distretto deve essere disponibile la stratificazione della popolazione di riferimento per complessità, sulla base dello strumento ACG. La stratificazione dovrà essere strutturata anche per ogni singola AFT e per singolo MMG.
2. Definizione committenza	2. Entro il 31.12.2020 i distretti, sulla base della stratificazione della popolazione e sulle ulteriori informazioni a disposizione, definiscono, all'interno del PAT, la committenza 2021 per la popolazione di riferimento. Qualora il distretto non abbia una dimensione sufficientemente consistente, la committenza può essere definita anche a livello sovradistrettuale per aggregazioni di distretti.
3. Piano regionale della cronicità	ARCS entro il 31.03.2020 elabora in collaborazione con DCS e Aziende il Piano Regionale della Cronicità. ASUGI collaborerà all'iniziativa.
4. Percorso formativo presa in carico	4. ARCS entro il 30.04.2020 predispone un percorso formativo sul tema della presa in carico finalizzato a fornire gli strumenti culturali e operativi per dare avvio al nuovo modello distrettuale
5. Valutazione multidimensionale pazienti ultra 75enni	5. Il 100% dei pazienti ultra 75enni segnalati dai MMG, secondo l'accordo integrativo regionale 2019, come non noti al Distretto ma meritevoli di presa in carico tramite PAI hanno ottenuto una valutazione multidimensionale e un PAI con conseguente presa in carico entro il 30.06.2020.
6. Definizione modello distrettuale	6. ASUGI nel l'atto aziendale definirà un modello distrettuale coerente con le indicazioni fornite nelle linee di gestione.
7. Accredimento ECM formazione sul campo in AFT	7. ASUGI accredita come FSC ai fini ECM le attività formative e di audit in AFT previste per il 2020.

3.3.2 Assistenza Protesica	
Obiettivo aziendale ASUGI	Risultato atteso
Assistenza protesica	Nel corso del 2020 verrà realizzata una gara centralizzata per la gestione dell'assistenza protesica. ASUGI collaborerà se richiesto alle attività definite da ARCS per la gestione della protesica.

3.3.3 Disturbi dello Spettro Autistico	
Obiettivo aziendale ASUGI	Risultato atteso
Minori con disturbo autistico	Nel 2020 il 100% dei minori con diagnosi di Disturbo dello spettro autistico che si trovino nel 17esimo anno di vita devono essere rivalutati in UVM per la definizione di un PAI che garantisca la transizione dai servizi di NPI a quelli dell'età adulta.
Progetto Autismo GECT – GO	Continuazione ed implementazione del progetto Autismo GECT – GO già avviato negli anni precedenti.

3.3.4 Salute mentale	
Obiettivo aziendale ASUGI	Risultato atteso
Presenza in carico e cura dei disturbi psichiatrici in età evolutiva	<ul style="list-style-type: none"> - ASUGI definirà un percorso integrato di presa in carico e di cura dei disturbi psichiatrici gravi all'esordio ed in fase di acuzie in età evolutiva, in coerenza con quanto previsto dal Piano di Salute Mentale Infanzia Adolescenza ed Età Adulta (DGR 732/2018, par.6.1.5.2) - Consolidamento ed implementazione del Servizio Salute Mentale per adolescenti e giovani adulti con problemi di salute mentale nell'area triestina ed avvio di uno studio di fattibilità per l'attivazione del servizio sulle 24 ore 7 giorni su 7. - Continuazione ed implementazione Centro diurno giovani di Gorizia in collaborazione con il Comune di Gorizia.

3.3.5 Disturbi del comportamento alimentare	
Obiettivo aziendale ASUGI	Risultato atteso
Centri diurni	ASUGI definirà percorsi di accesso presso i centri diurni DCA distinti per pazienti adulti e per pazienti minori, per questi in collaborazione con l'IRCCS Burlo Garofolo.

3.3.6 Cure palliative e terapia del dolore	
Obiettivo aziendale ASUGI	Risultato atteso
Terapia del dolore	1. sono rispettati i tempi di attesa per la prima visita algologica nel 90% dei casi per ogni classe di priorità, in caso di richiesta appropriata
Cure palliative	1. ≥75% dei decessi con diagnosi di tumore avviene a domicilio o in hospice;

	<p>2. ASUGI è dotata di un numero di posti letto hospice accreditati congruo agli standard LEA;</p> <p>3. adozione delle modalità di registrazione dell'attività indicate dal coordinamento regionale delle cure palliative entro le scadenze previste .</p>
Hospice	Si provvederà a rivedere la dotazione di posti letto di Hospice complessivi aziendali così da adeguare l'offerta ai bisogni in ogni area dell'Azienda.

3.3.7 Cure palliative e terapia del dolore in età pediatrica

Obiettivo aziendale ASUGI	Risultato atteso
Organizzazione delle cure pediatriche e terapia del dolore in ambito pediatrico	ASUGI partecipa alle attività previste in attuazione del Decreto n. 1771/SPS del 27 dicembre 2016;
Presenza in carico pazienti pediatrici	ASUGI parteciperà ai lavori della Rete per predisporre un documento che indichi i criteri di eleggibilità per la presa in carico del paziente pediatrico.

3.3.8 Consulteri familiari

Obiettivo aziendale ASUGI	Risultato atteso
Percorso nascita	<p>1. ASUGI implementa il percorso gravidanza fisiologica a gestione ostetrica</p> <p>2. Entro il 31.12.2020 ASUGI (se individuata dalla DCS) aderirà alla sperimentazione della scheda informatizzata.</p>
Analisi di approfondimento delle gravidanze in età precoce e dei neonati esposti in relazione alla genitorialità precoce	Definizione di protocolli aziendali di accompagnamento e di dimissioni protette per le gravidanze in età precoce e dei neonati esposti
Progetto Percorso Nascita GECT – GO	Continuazione ed implementazione del progetto Percorso Nascita GECT – GO già avviato negli anni precedenti.

Obiettivo aziendale ASUGI	Risultato atteso:
1. Predisposizione di strumenti e materiali scientifici multi-professionali, finalizzati al miglioramento delle azioni di rete	1. Evidenza degli strumenti e materiali attraverso report da inviare in DCS
2. Individuazione di casistica caratterizzate da multi-complessità nell'esercizio delle funzioni genitoriali	2. Report con n. tot della casistica individuata e trattata (specificando il nr. degli incontri per ciascuno)
3. Attivazione di gruppi trasversali di confronto e mutuo – aiuto per genitori, minori, adolescenti	3. Evidenza del nr. di sottogruppi trasversali avviati e delle tematiche trattate

4. Organizzare spazi e momenti di incontro/attività a sostegno della genitorialità complessa	4. Evidenza del nr. di incontri/spazi e attività avviati a sostegno della genitorialità complessa
--	---

Obiettivo aziendale ASUGI	Risultato atteso:
2. Perfezionare l'offerta di informazione e formazione alle coppie aspiranti l'adozione, in collaborazione con gli Enti Autorizzati EE.AA. e l'Ufficio Scolastico Regionale.	2. Report aziendale dei programmi di formazione e informazione svolti dai CF in collaborazione con EE.AA e USR, alle coppie aspiranti l'adozione

Obiettivo aziendale ASUGI	Risultato atteso
Definire reti territoriali tra ASUGI, Forze dell'Ordine, Procure, Enti Locali (ovvero Servizio Sociale dei Comuni), Centri Antiviolenza e Associazioni, coinvolti in percorsi e interventi di contrasto alla violenza sulle donne.	Evidenza di definizione e sottoscrizione di protocolli operativi per ciascun ambito territoriale di competenza da inviare in DCS.

3.3.9 Sanità penitenziaria

Obiettivo aziendale ASUGI	Risultato atteso
Miglioramento delle funzioni di sanità penitenziaria	<p>1. Entro il 31.03.2020, il coordinamento in rete delle attività di sanità penitenziaria adotta un proprio regolamento di funzionamento interno e lo trasmette alla DCS;</p> <p>2. Entro il 31.12.2020 ASUGI realizza almeno un evento formativo congiunto tra personale sanitario e penitenziario finalizzato al miglioramento della comunicazione su obiettivi comuni, portando l'attenzione sulla gestione dei detenuti con bisogni sanitari complessi, salute mentale e dipendenza.</p>

3.3.10 Superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari

Obiettivo aziendale ASUGI	Risultato atteso
REMS	entro il 31/12/2020 ASUGI predisporre e inviare alla DCS una relazione illustrativa sulle misure alternative adottate dall'azienda stante la chiusura dei posti letto della REMS per i lavori di riqualificazione.

3.3.11 Odontoiatria pubblica

Obiettivo aziendale ASUGI	Risultato atteso
Odontoiatria pubblica	1. erogazione di almeno 1400 prestazioni/anno per centro erogatore;

	<p>2. mantenimento della media aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra al livello raggiunto nel 2019 nelle Aziende con valore > 1.5; raggiungimento del valore di 1.5 per le Aziende che nel 2019 hanno raggiunto una media compresa tra 1.0 e 1.5 e del valore di almeno 1.3 nelle Aziende la cui media nel 2019 è risultata < 1;</p> <p>3. raggiungimento della media aziendale annua di 1400 prestazioni/riunito;</p> <p>4. mantenimento della percentuale aziendale di visite sul totale delle prestazioni erogate al valore raggiunto nel 2019</p> <p>5. invio al coordinatore regionale della reportistica trimestrale sulle liste di attesa, con tutte le informazioni previste, entro il mese successivo alla scadenza del trimestre.</p>
--	--

3.3.12 Accreditemento	
Obiettivo ASUGI	Risultato atteso
1. Partecipazione attiva al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti	<p>1.a ASUGI 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</p> <p>1.b ASUGI metterà a disposizione i professionisti appartenenti alle aree professionali indicate dalla Direzione centrale salute, da avviare al percorso formativo dei valutatori dell'accreditamento</p>
2. Partecipazione al programma di accreditamento nazionale degli organismi tecnicamente accreditanti	2. ASUGI consentirà ai loro dipendenti inseriti nell'elenco nazionale dei valutatori dell'accreditamento di partecipare alle attività organizzate dal Ministero della salute e dall'Agenas
3. Garanzia del funzionamento dell'OTA FVG	3. ASUGI consentirà ai loro dipendenti, componenti dell'OTA regionale, di svolgere le funzioni previste dalla DGR 2220/2015 e dal Decreto n. 1899/2017

3.4 ASSISTENZA FARMACEUTICA

3.4.1 Tetti spesa farmaceutica	
Obiettivo	Risultato atteso
Tetto per la spesa farmaceutica per acquisti diretti (farmaceutica ospedaliera, diretta e DPC) = 6,69 % del FSR;	- 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>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 2020 sono riepilogati nel capitolo dedicato alle risorse finanziarie.</p>	<p>- Rispetto dei vincoli regionali: monitoraggio mensile indicatori linee di gestione a cura della DCS.</p>
---	--

3.4.2 Appropriately prescrivibile

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 2020 (in particolare per oncologici, immunologici, farmaci per l'epatite C, terapie intra-vitreali, farmaci del PHT_DPC, equivalenti, IPP, nuova nota AIFA 96, EBPM ecc).</p>	<p>ASUGI invierà alla DCS due relazioni semestrali (entro 31/10/2020 e 28/02/2021) da cui si evincano:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3 obiettivi assegnati alle UO aziendali relativi a setting specialistici ad alto impatto di spesa - 2 obiettivi assegnati alle UO aziendali relativi all'ambito territoriale (distrettuale, ambulatoriale, MMG) al fine di favorire l'appropriatezza (utilizzo EBPM in convenzionata 2020 < 2019, uso vitamina D 2020 < 2019); - Azioni intraprese per le categorie principali <p>Nell'ambito della negoziazione dei budget aziendali verranno definiti gli specifici indicatori relativi a setting specialistici.</p> <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>

3.4.4 Appropriately prescrivibile. Indicatori in ambito territoriale

Obiettivo	Risultato atteso								
<p>Relativamente agli indicatori sartani, IPP, antibiotici e antidepressivi, le tabelle riportano i target per il 2020.</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="815 1682 1078 1765">INDICATORE</th> <th data-bbox="1078 1682 1235 1765">Media FVG (2018)</th> <th data-bbox="1235 1682 1422 1765">Target a cui tendere</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="815 1765 1078 1957"> Incidenza di sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (anti-ipertensivi) </td> <td data-bbox="1078 1765 1235 1957">37,88%</td> <td data-bbox="1235 1765 1422 1957">≤ 30 %</td> </tr> </tbody> </table>			INDICATORE	Media FVG (2018)	Target a cui tendere	Incidenza di sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (anti-ipertensivi)	37,88%	≤ 30 %
INDICATORE	Media FVG (2018)	Target a cui tendere							
Incidenza di sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (anti-ipertensivi)	37,88%	≤ 30 %							

Consumo pro –capite di farmaci inibitori di pompa protonica	28,57	≤25 up pro cap	
Indicatore*	Azienda	Valore aziendale 2018	Target (soglie S. Anna)
Consumo di antibiotici sul territorio DDD 1000 res. pes. die	ASU GI*	13,41	13,41*
	ASU FC	14,50	≤ 13,50
	AS FO	17,09	≤ 16,50
Consumo di antibiotici in età pediatrica DDD 1000 res. pes. die	ASU GI	15,49	≤ 14,80
	ASU FC*	14,28	14,28*
	AS FO	15,47	≤ 14,80
Indicatore	Azienda	Valore aziendale 2018	Target (soglie S. Anna)
Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi	ASU GI	25,40	≤24,50
	ASU FC	21,84	≤21,50
	AS FO	23,35	≤21,50
* Mantenimento valore 2018			
Modalità di valutazione complessiva: 4-5 indicatori a target = raggiunto 3 indicatori a target = parzialmente raggiunto < 3 indicatori a target = non raggiunto ASUGI porrà in essere tutte le iniziative (circolari, email, incontri,) con i prescrittori (MMG, PLS e specialisti) per il raggiungimento dei valori target individuati.			

3.4.5 Biosimilari

Obiettivo	Risultato atteso
Indicatori per categorie di medicinali in cui è disponibile l'alternativa biosimile	- Invio alla DCS di due relazioni semestrali (entro il 31/10/2020 e 28/02/2021) descrittive delle attività svolte, dei percorsi attivati con i prescrittori e delle ricadute per il SSR, specificatamente per gli ambiti dell'assistenza ospedaliera e territoriale (diretta, DPC e

	<p>convenzionata). I dati di spesa e di consumo, rilevati secondo lo schema predisposto dalla DCS, integreranno le relazioni</p> <p>Modalità di valutazione: Relazioni inviate integrate con lo schema DCS entro il 31.10.20 ed entro il 28.02.21: sì/no secondo schema DCS;</p>
--	---

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

Obiettivo	Risultato atteso
<p>Ottimizzazione e monitoraggio della DPC e della diretta</p> <p>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>	<p>ASUGI invierà due report semestrali (entro il 31.10.20 ed entro il 28.02.21) sull'attività svolta (come da schema DCS) e le iniziative programmate al fine di ottimizzare e monitorare la DPC e l'erogazione diretta, dando evidenza della messa a regime degli accordi per l'erogazione del I ciclo presi con le strutture private accreditate, secondo lo schema della DCS.</p> <p>Modalità di valutazione: Relazioni sulle attività inviate nei termini: sì/no</p>

3.4.7 Rapporto con le aziende farmaceutiche e biomedicali

Obiettivo	Risultato atteso
<p>Nel corso del 2020 gli Enti del SSR armonizzano i regolamenti adottati, ne favoriscono la diffusione a tutti gli operatori sanitari e l'applicazione a tutte le Strutture aziendali.</p>	<p>Armonizzazione nei nuovi Enti dei regolamenti predisposti nel 2019. Applicazione del regolamento entro il 31.12.2020 da parte di tutte le strutture aziendali</p> <p>Modalità di valutazione: Invio alla DCS delle evidenze entro il 28/02/2021: sì/no</p>

3.4.8 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>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</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>acquisizione e di erogazione che favoriscano l'efficienza del SSR</p> <p>Modalità di valutazione: Evidenza delle azioni intraprese: sì/no</p> <p>ASUGI darà evidenza delle azioni intraprese per la dispensazione in forma diretta dei dispositivi medici di cui all'allegato 2 del DPCM 12 gennaio 2017</p> <p>L'Azienda garantirà modalità di acquisizione e di erogazione che favoriscano l'efficienza per il SSR degli ausili per diabetici e potenzierà il monitoraggio e la verifica dell'appropriatezza d'uso dei dispositivi per l'assistenza integrativa, al fine di porre in essere ogni azione utile ad un efficientamento della spesa ed una razionalizzazione dei consumi di tali prodotti.</p>
--	---

3.4.9 Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica

Obiettivo	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>-Armonizzazione nei nuovi Enti del SSR dei percorsi aziendali (monitoraggi/controlli effettuati) per la risoluzione di eventuali criticità legate al mancato inserimento o all'inserimento ritardato dei pazienti in piattaforma, che deve essere garantito per il 100% dei casi ai fini della rimborsabilità.</p> <p>- Assicurare l'invio delle Richieste di Rimborso secondo le modalità definite da AIFA per tutti i farmaci con accordo MEA, anche attraverso la nuova piattaforma gestione rimborsi in fase di avvio.</p> <p>Modalità di valutazione Evidenza dei percorsi aziendali per la gestione delle criticità in tutti gli Enti del SSR: 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>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 30.06.2020 e al 31.12.2020. 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>Le Aziende avvieranno azioni di sensibilizzazione su quelle strutture/reparti per i quali si rileva un modesto utilizzo dell'iter elettronico, al fine di ridurre l'erogazione derivante da prescrizioni cartacee indotte verso altre aziende.</p>	<p>- % delle confezioni erogate in distribuzione diretta nominale hanno una prescrizione effettuata con il sistema PSM - iter elettronico $\geq 90\%$.</p> <p>La DCS invierà periodicamente agli Enti del SSR un report relativo alle prescrizioni indotte con iter cartaceo verso altre Aziende /IRCCS, per le successive azioni di sensibilizzazione.</p> <p>Modalità di valutazione: Target rilevati dalla DCS.</p> <ul style="list-style-type: none"> - % $\geq 90\%$: obiettivo raggiunto - % tra 75% e 89%: obiettivo parzialmente raggiunto - % $< 75\%$: obiettivo non raggiunto
<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 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: $> 65\%$</p> <p>Modalità di valutazione: 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"> - % PT informatizzati per tutti i pazienti $> 65\%$ raggiunto - % PT informatizzati per tutti i pazienti tra 50 e 65% parzialmente raggiunto - % PT informatizzati per tutti i pazienti $< 50\%$ non raggiunto
<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,</p>	<p>Verifiche dei dati entro il 10 di ogni mese</p> <p>Integrale copertura fase 3/fase 2 ($> 99,5\%$ della spesa negli ambiti previsti).</p> <p>Inserimento codice targatura in fase di erogazione diretta dei medicinali ($> 99\%$).</p> <p>Riscontro entro 15 giorni agli eventuali approfondimenti richiesti o segnalazioni inviate.</p>

<p>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 (> 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>Modalità di valutazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - copertura fase 3/fase 2: target rilevati dalla DCS % > 99,5%: raggiunto % tra 99% e 99,5%: parzialmente raggiunto % < 99%: non raggiunto <p>- Targatura: target rilevati dalla DCS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - % confezioni diretta PSM > 99%: raggiunto - % confezioni diretta PSM da 97% a 99%: parzialmente raggiunto - % confezioni diretta PSM < 97%: non raggiunto <p>- Riscontri agli approfondimenti effettuati nei termini: sì/no</p>
---	--

3.4.10 Farmacovigilanza	
Obiettivo	Risultato atteso
<p>Gli Enti del SSR assicurano la partecipazione dei sanitari interessati e il supporto alle attività organizzate secondo quanto previsto dalle procedure operative AIFA per i CRFV e i RLFV.</p>	<p>Partecipazione del responsabile aziendale di FV o di un suo delegato alle attività avviate dalla DCS e agli eventi formativi/workshop organizzati dalla stessa o dall'AIFA (incontri periodici, stato di avanzamento progetti affidati alle Aziende sanitarie, eventi formativi AIFA).</p> <p>- Formazione dei responsabili di FV aziendali secondo quanto previsto dalla procedura AIFA per i CRFV/organismi di FV stabilmente definiti (16 ore/anno su tematiche di FV)</p> <p>Modalità di valutazione:</p> <p>Partecipazione agli incontri periodici: sì/no (presenza di almeno l'80% dei RLFV)</p> <p>Evidenza delle 16 ore/anno di formazione prevista per i RLFV: sì/no</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 come stabilito dalla Convenzione in essere.</p>	<p>Partecipazione agli incontri periodici del gruppo di Coordinamento del progetto ed invio della relazione 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>

	- Presenza della relazione scientifica e della rendicontazione entro le tempistiche previste dalla convenzione in essere: sì/no.
--	--

3.5 INTEGRAZIONE E ASSISTENZA SOCIOSANITARIA

3.5.1 Non autosufficienza	
Obiettivo ASUGI	Risultato atteso
Assicurare il corretto utilizzo delle risorse destinate del Fondo nazionale per la non autosufficienza attraverso la certificazione delle persone in condizione di disabilità gravissima	Per tutte le persone valutate in sede di UVM sono raccolte le informazioni previste ai sensi dell'art. 3 del DM 26 settembre per certificare la condizione di disabilità gravissima.

3.5.2 Anziani	
Obiettivo ASUGI	Risultato atteso
Proseguire il progetto regionale PRISMA 7 ovvero il programma intervento di sorveglianza attiva rivolto alla popolazione anziana a rischio di fragilità	- Sono stati definiti i contenuti della seconda fase del programma - intervento di sorveglianza attiva rivolto alla popolazione anziana a rischio di fragilità con indicato il numero di anziani coinvolti, gli interventi programmati e i risultati attesi previa valutazione da parte dell'UVM.
Assicurare la Valutazione Multi Dimensionale a tutte le persone prese in carico	- Tutte le persone per le quali è previsto l'accoglimento in un servizio semiresidenziale o residenziale secondo le disposizioni normative vigenti sono valutate con lo strumento Val.Graf-FVG.

Obiettivo ASUGI	Risultato atteso
Promuovere, avviare, attuare e monitorare i progetti di abitare inclusivo	-Tutti i progetti di abitare inclusivo autorizzati dalla regione sono attuati previa stipula di apposita convenzione tra i soggetti coinvolti; - il budget di salute è attivato per tutte le persone anziane non autosufficienti inserite nelle sperimentazioni di abitare inclusivo
Dare attuazione alle indicazioni regionali per l'organizzazione ed il funzionamento del servizio di teleassistenza e telesoccorso al fine di migliorare l'appropriatezza del servizio e la presa in carico delle persone	- Le nuove attivazioni sono autorizzate indicando il profilo di bisogno dell'utente nell'apposita modulistica o direttamente nel portale; - Gli interventi distrettuali sono definiti e modulati in relazione ai profili di bisogno e alle tipologie di allarmi significativi - I Distretti sanitari iniziano ad utilizzare il portale dedicato per la gestione ed il monitoraggio del servizio

	dei propri utenti (almeno il 10% delle richieste di nuove attivazioni avviene attraverso il portale)
--	--

Obiettivo ASUGI	Risultato atteso
Garantire la prosecuzione del programma di riclassificazione delle residenze per anziani	<ul style="list-style-type: none"> - Per tutte le residenze autorizzate all'esercizio in deroga temporanea con atto in scadenza nel 2020 è stata attuata la procedura di cui al titolo X del D.P.Reg. 144/2015 con il rilascio degli atti previsti. - Per tutte le residenze autorizzate all'esercizio è stata verificata la conformità ai requisiti organizzativi, gestionali, di dotazione strumentale e di personale previsti. - Per tutte le residenze autorizzate all'esercizio e non ritenute idonee entro il 31-12-2019 ai sensi dell'art 57, comma 9 del DPR. 144/2015 è prevista l'individuazione di soluzioni adeguate.

Obiettivo ASUGI	Risultato atteso
Garantire la prosecuzione del programma di valutazione e di sorveglianza	<p>Sono effettuate almeno 2 interviste di audit.</p> <p>ASUGI si impegna inoltre a redigere e trasmettere alla Direzione Centrale competente entro il primo semestre del 2020, una relazione illustrativa delle attività di monitoraggio e promozione della qualità svolte nell'anno precedente.</p> <p>ASUGI propone, sulla scorta della sperimentazione attuata nel corso del 2019, di estendere ad ulteriori strutture residenziali un sistema di valutazione della qualità assistenziale strutturato con la previsione di audit con periodicità definita, restituzione dati ai professionisti e predisposizione dei piani di miglioramento.</p> <p>Si prevede inoltre l'introduzione dell'incident reporting e del percorso di analisi delle cause profonde dei casi individuati. Si valuterà altresì la possibilità di predisporre uno studio di fattibilità volto ad esperire in una struttura residenziale la correlazione tra il sistema di finanziamento e gli outcome assistenziali.</p>

3.5.3 Disabilità

Obiettivo ASUGI	Risultato atteso
Assicurare la Valutazione Multi Dimensionale a tutte le persone prese in carico	- Sono state identificate le persone da valutare con Q-VAD;

	<ul style="list-style-type: none"> - Tutte le persone in carico ai servizi residenziali e semiresidenziali sono state valutate con lo strumento Q-VAD (parte sanitaria); - Tutti i nuovi accessi sono sottoposti alla valutazione con Q-VAD.
--	--

Obiettivo ASUGI	Risultato atteso
Promuovere e sostenere percorsi innovativi atti ad assicurare i trattamenti socio-riabilitativi sperimentali a favore di persone con disabilità utilizzando lo strumento del budget di salute.	<ul style="list-style-type: none"> - I protocolli per la presa in carico delle persone con disabilità intellettiva e comorbidità psichiatrica sono aggiornati; - Numero di progetti personalizzati sperimentali attivati e co-finanziati;
Condurre e valutare attività sperimentali finalizzate a gestire in sicurezza il processo di somministrazione e di aiuto all'assunzione della terapia farmacologica per le persone con disabilità accolte nei servizi residenziali e semiresidenziali	<ul style="list-style-type: none"> - Nella sperimentazione è coinvolta almeno una struttura - Tutti gli operatori impiegati nella struttura inclusa nella sperimentazione sono inseriti nei percorsi formativi - Incident reporting: assenza di eventi o quasi eventi

3.5.4 Minori

Obiettivo ASUGI	Risultato atteso
Assicurare la Valutazione Integrata dei minori presi in carico	<ul style="list-style-type: none"> - Per ogni minore accolto in struttura viene effettuata la valutazione con gli strumenti previsti; - Tutti i minori valutati dispongono del relativo profilo di bisogno così come indicato nelle linee di indirizzo;

Obiettivo ASUGI	Risultato atteso
Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata	<ul style="list-style-type: none"> - Tutti i minori accolti nelle strutture residenziali e semi-residenziali dispongono di un progetto personalizzato per la presa in carica integrata - Riduzione del numero di minori inseriti in strutture residenziali fuori regione - Numero di budget personali sostenuti con il budget di salute (quota sanitaria) attivati per minori afferenti all'area della neuro-psichiatria infantile

3.5.5 Salute mentale	
Obiettivo ASUGI	Risultato atteso
Proseguire e consolidare l'attività di rivalutazione delle persone titolari di BIS	Il 65% delle persone con BIS sono (ri)valutate con lo strumento in uso

Obiettivo ASUGI	Risultato atteso
Promuovere le policy e le progettualità recovery oriented	I Progetti recovery oriented con coinvolgimento di stakerholders e peer support workers sono in aumento rispetto all'anno precedente

Obiettivo ASUGI	Risultato atteso
Assicurare i debiti informativi	- I piani terapeutici sono inseriti nell'applicativo pointPSM.

3.5.6 Dipendenze	
Obiettivo ASUGI	Risultato atteso
Proseguire l'attività di valutazione integrata	Almeno cinque operatori sono formati sulla valutazione integrata delle persone con dipendenza patologica organizzata dalla regione
Promuovere l'integrazione tra servizi ed il terzo settore per supportare la rete di cura	Rilevazione delle criticità emerse nel territorio e stesura del piano di intervento
Aumentare gli interventi di prevenzione nelle persone a rischio di disturbi correlati al gioco d'azzardo	Numero di persone contattate nell'attività di accoglienza, informazione e orientamento per la prevenzione e la gestione del disturbo del gioco d'azzardo.

Obiettivo ASUGI	Risultato atteso
Sviluppo e dal consolidamento di interventi finalizzati al miglioramento della presa in carico delle persone con problemi di dipendenza patologica	- Numero di Budget di salute attivati; - Esecuzione di test per prevenire e ridurre il rischio di acquisizione e trasmissione delle malattie correlate all'uso di sostanze stupefacenti sul 70% delle persone testabili; - Almeno 1 progetto per azienda per favorire la cessazione del fumo

Obiettivo ASUGI	Risultato atteso
Miglioramento del sistema per la valutazione della presa in carico	Sono predisposti almeno 6 indicatori di processo e di esito attraverso l'invio dei flussi informativi all'Osservatorio

3.6 ASSISTENZA OSPEDALIERA**3.6.1. Governo clinico e reti di patologia****MODELLO REGIONALE DI RETE DI PATOLOGIA**

Obiettivi aziendali ASUGI	Risultato atteso
Partecipazione alla costituzione di un Nucleo Funzionale (che verrà descritto dal modello regionale di riferimento previsto per febbraio 2020) che parteciperà a vario titolo alle attività di formazione e conduzione di reti e PDTA	entro marzo 2020 invio ad ARCS dell'evidenza della Costituzione del Nucleo Funzionale e dei referenti Aziendali formati/formandi
Predisposizione piano di miglioramento a breve-medio termine su indicatori individuati da ARCS relativamente ai percorsi del paziente con ictus, con diabete e del paziente con cancro della mammella	- Predisposizione con indicazione dei tempi di implementazione di un Piano di miglioramento entro il 30.06.2020

RETE CUORE

Obiettivo ASUGI	Risultato atteso
PDTA scompenso cardiaco	Diffusione e adozione del PDTA regionale sullo scompenso cardiaco tra i professionisti dei setting clinico-assistenziali coinvolti Evidenza del trattamento dei pazienti con insufficienza cardiaca cronica riacutizzata gestiti in Pronto Soccorso (Invio di un report semestrale alla DCS con evidenza del numero dei casi trattati)

RETE DIABETE

Obiettivo ASUGI	Risultato atteso
Definizione della rete diabete	Partecipazione alla costituzione della rete da parte di ARCS entro marzo 2020.

RETE ICTUS

Obiettivo ASUGI	Risultato atteso
Definizione della rete ictus	Partecipazione alla costituzione della rete da parte di ARCS entro marzo 2020.
Aggiornamento PDTA	Revisione da parte di ARCS, con la partecipazione anche di ASUGI, del PDTA entro settembre 2020
Realizzazione di audit, con partecipazione di ARCS, con redazione di piano di miglioramento entro 2020 (obiettivo Aziende SSR)	ARCS Coordina il percorso di AUDIT. Report e piano di miglioramento recepito anche da ASUGI SSR entro novembre 2020

Utilizzo degli strumenti di screening su G2 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 nelle strutture identificate	Invio report di monitoraggio I° e II° semestre
---	--

RETE MAMMELLA	
Obiettivo ASUGI	Risultato atteso
Definizione della rete mammella	Partecipazione alla costituzione della rete da parte di ARCS entro giugno 2020.
Aggiornamento PDTA	Partecipazione alla revisione del PDTA entro settembre 2020
Realizzazione di audit, con partecipazione di ARCS, con redazione di piano di miglioramento entro 2020 (obiettivo Aziende SSR)	<ul style="list-style-type: none"> - Realizzazione di audit con la partecipazione e il coordinamento di ARCS, - Elaborazione report e predisposizione, con indicazione dei tempi di implementazione, di un Piano di miglioramento entro novembre 2020

RETE MALATTIE REUMATICHE	
Obiettivo ASUGI	Risultato atteso
Farmaci biologici	Evidenza delle modalità di diffusione e adozione del documento di indirizzo sulla terapia con farmaci biologici, anche nell'ambito della medicina convenzionata
Prescrizione farmaci biologici	100% delle prescrizioni di farmaci biologici avviene con l'utilizzo dello strumento informatizzato per l'appropriatezza prescrittiva (1 report per semestre).

MALATTIE INFETTIVE	
Obiettivo ASUGI	Risultato atteso
Medico malattie infettive	Ogni presidio ospedaliero spoke ha almeno un medico di malattie infettive assegnato a tempo pieno.
Strutture di Microbiologia e virologia	Le strutture di Microbiologia e virologia (presidi ospedalieri hub) sono attivabili sulle 24H 365 die/anno.

FEGATO	
Obiettivo ASUGI	Risultato atteso
Adottare le Linee di indirizzo per l'identificazione, l'inquadramento clinico e l'invio al trattamento	Invio monitoraggio N° pazienti arruolati alla terapia DAA nel 2020 – 31.12.2020

farmacologico dei pazienti affetti da infezione cronica da virus dell'epatite C (HCV)	
Utilizzare i codici ICD9 nelle visite ambulatoriali ad indirizzo epatologico	Invio dati di attività epatologica (codici diagnosi) giugno e dicembre 2020

MALATTIE RARE

Obiettivo ASUGI	Risultato atteso
Alimentare il Registro regionale Malattie Rare di cui al DM 279/2001 con inserimento del 100% dei casi diagnosticati	Tutti i pazienti che hanno un certificato di esenzione sono inseriti nel registro regionale

INCONTINENZA URINARIA

Obiettivo ASUGI	Risultato atteso
Partecipare alla stesura e all'implementazione del PDTA a supporto del recepimento del documento tecnico di indirizzo sull'incontinenza di cui all'accordo Stato-regione n° 15/CSR del 24 gennaio 2018	Partecipazione di ASUGI alla predisposizione da parte di ARCS del PDTA entro settembre 2020, anche relativamente all'incontinenza in età pediatrica (con la collaborazione del Burlo).

ENDOMETRIOSI

Obiettivo ASUGI	Risultato atteso
PDTA endometriosi	La DCS con la collaborazione di tutte le aziende predispone entro il 31/12/2020 un PDTA per le donne con endometriosi

3.6.2. Emergenza urgenza**PRONTO SOCCORSO**

Obiettivo ASUGI	Risultato atteso
Pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h	Mantenimento / miglioramento della percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde, ad almeno l'80% (spoke) o 65% (hub) (media regionale 2018 del 50,9% negli Hub e del 62,8% negli spoke - fonte Bersaglio)
Pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore	Mantenimento / miglioramento della percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore, portandola a valori superiori all'85% (spoke) e 75% (hub) (media regionale 2018 del 71,9% negli Hub e 77,0% negli spoke - fonte Bersaglio)

Obiettivo aziendale ASUGI	Risultato atteso
Adesione al Programma di Formazione a distanza (FAD) per operatori socio-sanitari dei Pronto Soccorso attraverso la partecipazione del personale delle Aziende Sanitarie e dei Pronto Soccorso, coinvolti in percorsi e interventi di contrasto alla violenza sulle donne.	Almeno il 20% degli operatori socio-sanitari dei Pronto Soccorso coinvolti in percorsi e interventi di contrasto alla violenza sulle donne partecipa al Programma di Formazione a distanza (FAD)

EMERGENZE CARDIOLOGICHE – STEMI

Obiettivo ASUGI	Risultato atteso
Utilizzo delle agende per i controlli e i follow-up nei pazienti con STEMI	Incremento del 10% degli accessi tramite 112 ai PS Hub (PN, TS, UD) e del 20% ai PS Spoke
Compilazione data-set PACS emodinamica nei 3 Centri Hub nei pazienti con STEMI	Presenza e completezza $\geq 95\%$ dei dati richiesti per ogni record/paziente con STEMI
Strutturazione del percorso di riabilitazione ambulatoriale/follow-up post STEMI	Evidenza di inserimento in agende dedicate entro 2 mesi dalla dimissione di almeno il 60% dei pazienti con diagnosi di STEMI

EMERGENZE CARDIOLOGICHE – NSTEMI

Obiettivo ASUGI	Risultato atteso
Attivazione del sistema CUP Web per la segnalazione e trasferimento dei pazienti in attesa di coronarografia. L'agenda CUP Web di un Hub è visibile ed utilizzabile anche dagli Spoke non di riferimento.	100% dei pazienti con NSTEMI sottoposti a coronarografia hanno evidenza di segnalazione attraverso l'agenda dedicata
Strutturazione del percorso di riabilitazione ambulatoriale/follow-up post NSTEMI	Evidenza di inserimento in agende dedicate entro 2 mesi dalla dimissione di almeno il 60% dei pazienti con diagnosi di NSTEMI

EMERGENZE CARDIOLOGICHE – SINDROME AORTICA ACUTA

Obiettivo ASUGI	Risultato atteso
Implementazione in tutti i presidi ospedalieri dei sistemi di teleradiologia e teleconsulto radiologico e cardiocirurgico per i pazienti con sospetta SAA	Attestazione della messa a regime del sistema di telemedicina entro il 31 marzo 2020.
Utilizzo dei sistemi di telemedicina (teleradiologia, teleconsulto radiologico, teleconsulto cardiocirurgico) nei pazienti con Sindrome Aortica Acuta trasferiti dai centri Spoke ai Centri Hub	% di pazienti con SAA trasferiti dai centri Spoke ai centri hub per i quali è stato utilizzato il sistema di telemedicina $\geq 75\%$ (1 aprile- 31 dicembre 2020).

SALA OPERATIVA REGIONALE EMERGENZA SANITARIA (SOES)	
Obiettivo Aziendale ASUGI	Risultato atteso
Articolazioni territoriali aziendali	Costituzione e attivazione, entro il 31.08.2020, delle articolazioni aziendali territoriali aziendali
Formazione Coordinatore di volo sanitario	Il 100% dei coordinatori di volo sanitario (CVS) aziendali partecipa ai percorsi formativi per le attività della centrale.
Formazione degli operatori di ambulanza	Entro il 30 marzo ogni AT deve inviare almeno 3 infermieri al percorso formativo delle AT che operano anche presso la Centrale.
Programmazione turni attività SOES	Il 100% degli operatori formati addetti alle attività di Elisoccorso e SOES partecipa alla programmazione dei turni di attività della Centrale Operativa e dell'Elisoccorso
Formazione degli operatori di ambulanza delle AT che operano anche presso la Centrale.	Entro il 30 marzo ogni AT deve inviare almeno 3 infermieri al percorso formativo
Garantire la disponibilità e presenza in Centrale del personale delle AT	Evidenza sui turni di attività della CO della presenza di operatori delle AT: - dal 1 maggio presenza di 1 operatore sulle 12 ore; - dal 1 luglio presenza di 1 operatore sulle 24 ore.
Assicurare la dotazione dei mezzi previsti per l'emergenza urgenza	Le aziende attivano tutti i mezzi previsti (riferimento alla DGR 2039/2015 e verbali Dipartimenti intraaziendali).

3.6.3 Indicatori di attività ospedaliera	
Obiettivo ASUGI	Risultato atteso
Tasso di ospedalizzazione	Contenimento del tasso di ospedalizzazione entro il 125 x mille
Ricoveri in day hospital medico per acuti con finalità diagnostica	Riduzione del numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica, ricorrendo anche ad un maggiore utilizzo del <i>day service</i> , portando la percentuale al di sotto del 20% 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;
Ricoveri medici oltre soglia	Riduzione della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti ≥ 65 anni portandola al di sotto del 4% (valore medio regionale 2017 di 4,81% - fonte Bersaglio).

Controlli di appropriatezza	Controlli di appropriatezza delle prestazioni effettuate dagli erogatori pubblici e privati, secondo il piano dei controlli programmato dallo specifico gruppo di coordinamento regionale
-----------------------------	---

INSUFFICIENZA CARDIACA CRONICA

Obiettivo ASUGI	Risultato atteso
Tasso di ricovero per scompenso cardiaco	Mantenimento / Miglioramento del tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti di 50-74 anni, portandolo per ogni azienda sotto il valore di 200 (valore medio regionale 2017 di 173,8 – fonte Bersaglio)

PANCREAS

Obiettivo ASUGI	Risultato atteso
Tasso amputazioni maggiori per diabete	Riduzione del tasso di amputazioni maggiori per diabete portandolo per tutte le aziende al di sotto di 28 casi per milione di residenti (valore medio regionale 2018 di 31,5 x milione – fonte Bersaglio).

POLMONE

Obiettivo ASUGI	Risultato atteso
Tasso di ospedalizzazione per BPCO	Riduzione del tasso di ospedalizzazione per BPCO portandolo per tutte le aziende AAS/ASUI al di sotto del 55 per 100.000 residenti di 50-74 anni (valore medio regionale 2018 del 58,3 per 100.000 residenti – fonte Bersaglio).

TRAUMA

Obiettivo ASUGI	Risultato atteso
Frattura di femore	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 70,7% - fonte PNE).

RENE	
Obiettivo ASUGI	Risultato atteso
Dialisi peritoneale	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 2018 del 53,41%)

3.6.4 Trapianto e donazione	
CUORE	
Obiettivo ASUGI	Risultato atteso
Trapianto cardiaco Coinvolgimento del case manager clinico (Hub e Spoke) nel percorso di candidabilità del paziente al trapianto e nel follow-up (successivo al primo anno)	Evidenza della presenza del Case Manager (così come definito dal PDTA) ai meeting presso il Centro Regionale Trapianti (CRT) per valutare la candidabilità al trapianto in almeno il 50% dei pazienti trapiantati. Evidenza della presenza del Case Manager nei meeting presso il CRT per condividere il follow-up dei pazienti successivo al primo anno, in almeno il 50% dei pazienti trapiantati. Il dato si rileva manualmente dai registri/verbali del meeting
Trapianto cardiaco	Evidenza delle modalità di diffusione e adozione del PDTA regionale sul trapianto cardiaco tra i professionisti dei setting clinico-assistenziali
Percorsi assistenziali a valenza regionale	Attivazione dei 2 percorsi assistenziali a valenza regionale VAD e ECMO e attivazione registro con monitoraggio semestrale dei decessi in ECMO
Iscrizione in lista d'attesa presso un centro trapianti extra-regione di pazienti residenti in FVG	Il CRT effettua il monitoraggio delle iscrizioni in lista fuori regione con periodicità trimestrale
Donatore Cuore Fermo (DCD)	Recepimento percorso DCD e collaborazione al percorso di Formazione inerente il DCD

FEGATO	
Obiettivo ASUGI	Risultato atteso
Iscrizione in lista presso il Centro Trapianti fegato regionale	Evidenza di segnalazione

RENE	
Obiettivo ASUGI	Risultato atteso

Rete trapiantologica renale	Almeno un professionista di ASUGI è a disposizione per la definizione di strumenti operativi per la rete trapiantologica renale regionale
Potenziamento del programma Trapianti di rene	a. evidenza della presenza dei dati a sistema (G2) propedeutici al monitoraggio dei tempi di iscrizione in lista di trapianto in accordo con quanto definito nel PDTA trapianto di rene b. riduzione dei Tempi di iscrizione in lista trapianto (differenza tra inserimento in donor manager T3 e raccolta del consenso all'avvio dell'iter per l'inserimento in lista T0 < 6 mesi almeno nel 75% dei casi che hanno dato il consenso come richiesto in sede di Commissione Regionale)
Tempi di iscrizione in lista	Monitoraggio semestrale dei Tempi di iscrizione in lista a cura del referente del programma di trapianto in sede di commissione regionale
Iscrizione in lista d'attesa presso un centro trapianti extra-regione di pazienti residenti in FVG	Il CRT effettua il monitoraggio delle iscrizioni in lista fuori regione con periodicità trimestrale

TESSUTI OCULARI

Obiettivo	Risultato atteso
1. confronto semestrale tra registro Decessi con Lesione Cerebrale Acuta DLCA e SDO con codici ICD-9 CM	1. Delta tra registro decessi con lesione cerebrale acuta DLCA e SDO con codici ICD-9 CM.
2. Formalizzazione protocollo per prelievo d'organi	2. ASU GI e ASU FC recepiscono formalmente e applicano il protocollo per prelievo d'organi da paziente con accertamento del decesso con criterio cardiologici DCD (donatore cuore fermo)
3. Corsi di formazione	3. ASU GI e ASU FC realizzano dei corsi di formazione inerenti il percorso del donatore DCD (donatore cuore fermo)
4. Implementazione protocollo per prelievo d'organi	4. ASU GI e ASU FC implementano il protocollo per prelievo d'organi da paziente ECMO (ossigenazione extracorporea a membrana)
5. Implementazione delle segnalazioni secondo indicatori standard	5.a. Proc. 1 donatori effettivi (*)/decessi per lesione cerebrale acuta (buono > 16-25%) 5.b. Proc. 2 potenziali donatori (AMC=donatori utilizzati+opposizioni+procurati)/ decessi per lesione cerebrale acuta (buono > 21-40%) (*) per gli Ospedali dove non si effettua l'Accertamento di Morte Cerebrale (AMC) vanno conteggiate le centralizzazioni.

DONAZIONE TESSUTI	
Obiettivo ASUGI	Risultato atteso
Donazioni cornee	Donazioni cornee almeno pari al 3% dei decessi
Donazione multitessuto	Avvio di un progetto di fattibilità sull'estensione del programma di donazione multitessuto
Donazione da vivente	ASUGI aggiorna i protocolli per la donazione di opercoli
Atti aziendali	Nell'Atto aziendale di ASUGI saranno indicati obiettivi di donazione e/o di revisione dei protocolli operativi

CELLULE STAMINALI EMATOPOIETICHE	
Obiettivo ASUGI	Risultato atteso
Istituzione trapianto CSE congiunto e formalizzazione presso Autorità nazionali competenti (CNT- GITMO)	Costituzione di un tavolo interazionale per la definizione di un programma congiunto. Conclusione del percorso entro 31/5/2020

3.6.5. Percorso nascita	
Obiettivo ASUGI	Risultato atteso
Percorso nascita	<p>ASUGI nel corso del 2020:</p> <ul style="list-style-type: none"> - promuove, in continuità con le attività formative svolte nell'anno precedente, programmi formativi rivolti alle ostetriche che a livello aziendale seguono le gravidanze a basso rischio; - persegue obiettivi di formazione continua teorico-pratica rivolta agli operatori di sala parto per il mantenimento delle competenze ed abilità tecniche e non, e ai professionisti che operano nell'ambito dello Servizio di Trasporto assistito materno. I Punti nascita di II livello promuovono corsi di formazione in simulazione sulle emergenze-urgenze in sala parto e sulla rianimazione neonatale; - organizzano programmi formativi per i professionisti che seguono i percorsi di screening e diagnosi prenatale.
Comitato percorso nascita regionale	ASUGI adotta le azioni di miglioramento definite all'interno del Comitato percorso nascita regionale rispettando le tempistiche stabilite.
Tagli cesarei: rispettare le soglie indicate nel DM 70/2015 e nell'Accordo Stato Regioni 14/CRS 2018 e rendicontare alla DCS	- Tagli cesarei primari nei PN di I livello o con un numero di parti inferiore o uguale a 1000: $\leq 15\%$ - Tagli cesarei

	primari nei PN di II livello o con un numero di parti superiore a 1000: $\leq 25\%$
GRAVIDANZE A BASSO RISCHIO Corso di formazione ostetriche	ASUGI entro il 30/9/2020 realizzerà in collaborazione con l'IRCCS Burlo Garofolo programmi formativi rivolti alle ostetriche che seguono le gravidanze a basso rischio.

3.6.6 Pediatria

Obiettivo ASUGI	Risultato atteso
Rete oncologica pediatrica	Evidenza di costituzione della rete entro il 31/12/2020
Area emergenza-urgenza	<ul style="list-style-type: none"> - ASUGI collaborerà con la DCS alla stesura del documento sul trasporto pediatrico in emergenza urgenza. - Entro il 30/8/2020 sarà implementato il documento regionale di trasporto pediatrico in emergenza urgenza - ASUGI presenta un report relativo all'ultimo quadrimestre che evidenzia l'aderenza al documento regionale (almeno il 90% dei trasporti è effettuato secondo le modalità definite)
Tele-refertazione	entro il 30/6/2020 ASUGI implementa l'operatività del sistema di tele-refertazione per second opinion in radiologia pediatrica.
Farmaci galenici pediatrici	L'IRCCS Burlo Garofolo e l'ASUGI condividono i principi di un modello per la centralizzazione presso il Burlo della produzione di farmaci galenici. Sulla base degli esiti di tale accordo, il modello potrà essere esteso alle altre realtà regionali nel corso del 2020.
Carta dei Servizi pediatrici	Entro il 31/12/2020 sarà approvata 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.

3.6.7. Sangue ed emocomponenti

Obiettivo ASUGI	Risultato atteso
Accreditamento dei servizi trasfusionali regionali	Superamento dell'audit regionale di accreditamento previsto del secondo semestre 2020
Piano annuale di produzione	- Raccolta plasma Il DIMT contribuirà alla raccolta di plasma con una quota del 20% sul totale di 27.200kg previsti come

	<p>quantitativo regionale da inviare al frazionamento, pari a 5400 kg (\pm 3%)</p> <p>- Quota compensazione</p> <p>Il DIMT si impegna a raccogliere nei propri centri fissi (Ospedale Maggiore, Gorizia e Monfalcone), un numero di unità di sangue intero pari al numero raccolto nel 2019, secondo quanto concordato con il CRS (\pm 3%)</p>
Sicurezza e appropriatezza trasfusionale	<p>- Monitoraggio appropriatezza</p> <p>Il DIMT continuerà anche nel 2020, a promuovere nell'ambito dei COBUS, il monitoraggio dell'appropriatezza delle richieste trasfusionali, con valutazione finale dei risultati e relative azioni correttive.</p> <p>Report trimestrali riportanti i dati di completezza e appropriatezza delle richieste trasfusionali. Divulgazione dei suddetti report ai Comitati per il Buon Uso del Sangue (COBUS) di ASUGI e IRCCS Burlo Garofolo.</p> <p>Invio dei report alle singole strutture di ASUGI.</p> <p>Attivazione audit nelle strutture con livelli di appropriatezza inferiori alla media dipartimentale.</p>
Implementazione della prescrizione trasfusionale informatizzata e dei 'sistemi barriera' per la trasfusione al letto del paziente.	<p>ASUGI ed IRCCS Burlo Garofolo, devono predisporre gli strumenti per consentire alle proprie strutture di effettuare la prescrizione informatizzata delle richieste di sangue. Attualmente, oltre il 90% delle strutture dell'Ospedale Maggiore e dell'Ospedale di Cattinara sono conformi, solo il 35% delle strutture dell'IRCCS Burlo Garofolo sono conformi, mentre a Gorizia e Monfalcone nessuna struttura è conforme.</p> <p>- Implementazione prescrizione trasfusionale informatizzata</p> <p>Incremento del numero di strutture di Gorizia, Monfalcone e IRCCS Burlo che prescrivono con modalità informatica.</p> <p>Relazione sulla fattibilità di utilizzo di 'sistemi barriera' per la trasfusione al letto del paziente.</p>

3.6.8 Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	
Obiettivo ASUGI	Risultato atteso
Nel corso del 2020 si prevede la continuazione dei programmi a regime ai quali si aggiungono le seguenti azioni:	<ul style="list-style-type: none"> - 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, misurazione e verifica della loro adozione attraverso la survey regionale - partecipazione dei RAP agli incontri attinenti i programmi specifici - monitoraggio indicatori semestrali - identificazione di almeno una buona pratica per la Call for Good Practice (Agenas) - pubblicazione sul proprio sito internet, dei dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio e dei dati condivisi con il tavolo regionale dei RM.
Prosecuzione dei programmi di:	<ul style="list-style-type: none"> - "Antimicrobial stewardship", in particolare: <ul style="list-style-type: none"> - revisione dei documenti di indirizzo terapeutico secondo le indicazioni del tavolo regionale dei RM - diffusione e condivisione dei report regionali sul consumo di antibiotici e sulle resistenze batteriche nelle unità operative ospedaliere, nei distretti e nelle AFT - monitoraggio degli indicatori delle "Linee regionali per il riconoscimento precoce e la gestione della sepsi associata alle pratiche assistenziali" secondo le indicazioni del tavolo regionale dei RM - identificazione di un referente MMG (link professional) per AFT - Prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza, in particolare: <ul style="list-style-type: none"> - diffusione dei dati relativi alla PPS 2019 - partecipazione alla revisione e alla messa a regime del documento sui microrganismi alert - diffusione dei dati relativi alla sorveglianza sulla ISC 2019 - ripetizione della sorveglianza di incidenza sulle ISC e sui comportamenti nel BO - monitoraggio applicazione bundle - Sicurezza del farmaco, in particolare:

	<ul style="list-style-type: none"> - prosecuzione del programma per la riduzione del consumo di inibitori di pompa protonica secondo le indicazioni del tavolo regionale RM - prosecuzione del programma per la riduzione del consumo di benzodiazepine e degli ipnotici nelle case di riposo secondo le indicazioni del tavolo regionale RM - identificazione di un referente MMG (link professional) per AFT - Violenza a danno degli operatori: secondo le indicazioni del tavolo regionale RM
--	---

Obiettivo ASUGI	Risultato atteso
Trasparenza e informazione	Presenza sul sito web di ASUGI dei dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio
Eventi sentinella	Questionario per il monitoraggio della implementazione delle raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella compilato
Buone pratiche	Inserimento di una esperienza di buona pratica per la Call for Good Practice (Agenas)
Indicatori semestrali di valutazione	2 moduli di valutazione degli indicatori semestrali inviati
Partecipazione ai programmi di sorveglianza delle ICA, con evidenza di monitoraggio degli indicatori regionali.	indicatori regionali monitorati

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

Obiettivo ASUGI	Risultato atteso
Programma dedicato al Personale (operatori)	<ol style="list-style-type: none"> 1. costituzione entro il 30/6/2020 di gruppo di lavoro multiprofessionale regionale HPH sul tema Benessere sul posto di lavoro (Decreto DCS n. 1100 del 31.7.2018) in grado di rappresentare e far convergere in una strategia integrata le indicazioni normative, l'analisi dei bisogni in base alle indagini di clima organizzativo e alle autovalutazioni, per avviare azioni efficaci basate sull'evidenza. 2. predisposizione da parte del gruppo di lavoro regionale di un documento di indirizzo sul benessere sul luogo di lavoro entro il 31/10/2020 e sua diffusione alle aziende; 3. entro il 31/12/2020, costituzione sulla base del documento di indirizzo di gruppi aziendali HPH "Benessere sul posto di lavoro" nelle aziende aderenti alla rete HPH.

	4. formazione specifica su stili di vita e stress cronico da parte degli operatori che hanno concluso il ciclo 2019, al fine di aggiornare in itinere la rete HPH e il gruppo "Benessere sul posto di lavoro"
Programma dedicato ai Pazienti	<p>1. costituzione entro il 30/6/2020 di gruppo di lavoro multiprofessionale regionale HPH- Patient Engagement (Decreto DCS n. 1100 del 31/7/2018) per implementare gli strumenti della "clinical health promotion".</p> <p>2. predisposizione da parte del gruppo di lavoro regionale di un documento di indirizzo sulla "clinical health promotion" entro il 31/10/2020 e sua diffusione alle aziende</p> <p>3. entro il 31/12/2020, costituzione sulla base del documento di indirizzo di gruppi aziendali HPH "clinical health promotion"</p> <p>4. entro il 31/10/2020 partecipazione all'evento formativo regionale realizzato dal Comitato HPH per applicare i principi e i criteri HPH alle questioni specifiche della promozione della salute di bambini ed adolescenti negli ospedali e nei servizi sanitari (ciascuna azienda partecipa alla formazione con i professionisti dei servizi coinvolti)</p> <p>5. entro il 31/2/2020 ASUGI realizza un corso di aggiornamento per lo sviluppo di protocolli inclusivi di valutazione degli stili di vita e della resilienza nelle patologie croniche, con particolare riferimento all'applicazione delle linee guida Gold Standard Programme (GSP)</p>
Programma dedicato ai Cittadini	ASUGI presenta al comitato HPH entro il 31/12/2020 l'elenco degli enti del terzo settore presenti nel proprio territorio (Organizzazioni di Volontariato; Associazioni di Promozione Sociale; Imprese Sociali; Enti Filantropici

3.7 RAPPORTO CON I CITTADINI

3.7.1. Tempi di attesa	
Obiettivo ASUGI	Risultato atteso
Prestazioni monitorate	- Le valutazioni saranno eseguite rispetto all'elenco delle prestazioni ministeriali e regionali soggette a monitoraggio come definite dalla DGR 1815/2019.

	<p>- Oltre alle prestazioni di cui alla DGR 1815/2019, saranno oggetto di monitoraggio le seguenti prestazioni di interesse regionale:</p> <p>Trattamento intravitreale delle malattie vetriniche tramite agende informatizzate (cod. 1479)</p> <p>Visita algologica</p> <p>Radioterapia</p>
Monitoraggi	ASUGI parteciperà ed effettuerà i monitoraggi regionali e nazionali dei tempi di attesa secondo le modalità, le tempistiche e le prestazioni individuate.
Agente di prenotazione	<p>- le agende delle prestazioni ambulatoriali specialistiche sia istituzionali che di libera professione intramoenia sono progressivamente organizzate in modo da consentire la prenotazione online del cittadino dell'offerta;</p> <p>- tutte le agende delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di libera professione intramoenia devono essere informatizzate ed essere rese disponibili a sistema CUP regionale</p>
Garanzia erogativa prestazioni ambulatoriali	<p>Nei riguardi dei cittadini per le prestazioni ambulatoriali deve essere assicurata la "garanzia" erogativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - almeno 90% per la priorità B; - almeno 90% per la priorità D; - almeno 90% per la priorità P.
Garanzia erogativa interventi chirurgici	Nei riguardi dei cittadini per gli interventi chirurgici deve essere assicurata la "garanzia" erogativa almeno del 90% per i codici assegnati A.
Programmi attuativi aziendali	<p>- entro 60 gg dall'Approvazione del Piano Regionale sarà approvato e aggiornato un nuovo Programma Attuativo Aziendale sui tempi di attesa</p> <p>- ASUGI adotta il proprio Programma Attuativo Aziendale sui tempi di attesa entro il 28/2/2020</p>
Attività libero professionale	ASUGI si impegna a 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. ASUGI è tenuta 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.
--	---

3.7.2. Innovazione nella gestione delle terapie

Obiettivo ASUGI	Risultato atteso
Innovazione nella gestione delle terapie	ASUGI favorirà 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, valutando preventivamente rischi e benefici per i pazienti.

3.7.3. Rapporto con pazienti e familiari nelle attività di ricovero

Obiettivo ASUGI	Risultato atteso
Rapporto con i pazienti nelle attività di ricovero	<p>Presentazione entro il 31/12/2020 di una relazione con la quale vengono illustrate le iniziative intraprese relativamente a</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 (ad eccezione dei pazienti coinvolti nel progetto PROMs / PREMs). - 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.

Valutazione PROMs dei pazienti sottoposti ad interventi di ernia inguinale e crurale e PREMs di almeno un percorso clinico o organizzativi	<ul style="list-style-type: none"> - Raccolta dei consensi necessari alla realizzazione delle valutazioni - collaborazione con ARCS per la realizzazione delle due valutazioni - report inviato alla Direzione centrale salute entro il 31/12/2020.
--	--

3.8 FLUSSI INFORMATIVI

3.8.2. Obblighi informativi e qualità dei dati amministrativi ai fini amministrativi, epidemiologici e gestionali	
Obiettivo ASUGI	Risultato atteso
Obblighi informativi e qualità dei dati amministrativi ai fini amministrativi, epidemiologici e gestionali	Le basi dati gestionali attualmente in uso nella aziende rappresentano lo strumento fondamentale per la pianificazione regionale e per gli adempimenti in termini di flussi informativi che la Regione ha nei confronti delle strutture centrali (Ministero della salute e il Ministero dell'economia e delle finanze e Parlamento ed altri) ai fini delle varie attività ministeriali. ASUGI si impegna nel costante processo di miglioramento della qualità dei dati in esse contenuti e nelle attività di attività di manutenzione e monitoraggio della congruità delle basi dati con il coordinamento dell'ARCS . Oltre agli indicatori altrimenti definiti, saranno usati come riferimento quelli previsti nel Nuovo Sistema di Garanzia, nel Network delle Regioni "Bersaglio" e nel PNE (Programma Nazionale Esiti)."

4. IL SISTEMA INFORMATIVO

4.1 RINNOVAMENTO SISTEMI

4.1.1 Sistema informativo dei distretti	
Obiettivo ASUGI	Risultato atteso
Partecipare all'analisi dei processi per area (Servizio Riabilitativo, Punto Unico di Accesso ecc.) con predisposizione degli elaborati di supporto alla definizione dei processi e dei contenuti	100% degli elaborati entro il 31/05/2020
Contribuire alla configurazione del sistema creando le condizioni per una fedele rappresentazione nel nuovo sistema dell'organizzazione di tutte le aziende	100% degli elaborati entro il 31/05/2020

Attivare il sistema in accordo con le indicazioni di DCS/ARCS partecipando alla messa a punto del sistema ed organizzando turni del personale per favorire la formazione in aula e sul campo	Attivazione sistema presso l'azienda pilota entro il 31/12/2020
--	---

4.1.2 Sistema informativo contabile e economato

Obiettivo	Risultato atteso
Contribuire alla configurazione del sistema creando le condizioni per una fedele rappresentazione nel nuovo sistema dell'organizzazione di tutte le aziende	100% elaborati entro il 30/6/2020
Collaborare in termini di test del sistema, opportunamente integrato con i sistemi satelliti	Sistema funzionante nell'azienda pilota (verbale collaudo) entro il 31/10/2020
Avviamento in ASUGI organizzando turni del personale per favorire la formazione in aula e sul campo	Sistema funzionante in tutte le aziende (verbale collaudo) entro il 31/12/2020

4.1.3 Sistema informativo del personale

Obiettivo ASUGI	Risultato atteso
rendersi disponibili a verificare il buon funzionamento del sistema	Avviamento del sistema entro il 30/6/2020

4.1.4 Cartella clinica ospedaliera

Obiettivo ASUGI	Risultato atteso
Predisposizione capitolato cartella clinica	- nomina referenti gruppo di lavoro entro il 15/2/2020 ; - validazione capitolato entro il 30/7/2020

4.2. DIGITALIZZAZIONE

4.2.1 Ricetta dematerializzata

Obiettivo ASUGI	Risultato atteso
Ricette dematerializzate specialistica e farmaceutica	90% sul totale delle ricette entro il 31/12/2020

4.2.2 Firma digitale

Obiettivo ASUGI	Risultato atteso
Firma digitale referti (specialistica, radiologia, analisi chimico cliniche, anatomia patologica), lettera dimissione, verbali pronto soccorso	Entro il 31/12/2020: - G2 Clinico > 98% - Laboratorio e microbiologia >98% - Medicina trasfusionale > 98%, - Anatomia patologica > 98%

	<ul style="list-style-type: none"> - Radiologia > 98% - Lettera di dimissione > 98% - Verbali pronto soccorso 98%
--	--

4.2.3 Fascicolo sanitario elettronico

Obiettivo ASUGI	Risultato atteso
FSE operatore: formazione sui vantaggi dell'uso dello strumento	Almeno 10 corsi realizzati a livello aziendale di cui: <ul style="list-style-type: none"> - 5 corsi entro 30.06.2020 - 5 corsi entro 31.12.2020

4.2.4 Telemedicina

Obiettivo ASUGI	Risultato atteso
Attivazione a livello regionale in pazienti post-acuti con scompenso cardiaco, diabete o BPCO, selezionati al momento della dimissione dall'ospedale, di una assistenza integrata domiciliare sociosanitaria supportata da strumenti di ICT (telemedicina)	<ul style="list-style-type: none"> - Predisposizione del capitolato della gara d'appalto per l'acquisizione della piattaforma ICT - Definizione dei team aziendali con il coinvolgimento, per quanto possibile in base alle diverse realtà locali, di specialisti, personale dei distretti, medici di medicina generale, assistenza sociale e associazioni di pazienti per l'analisi della integrazione dei percorsi di cura attivi a livello locale con il supporto della piattaforma ICT - Identificazione della azienda pilota per avviare il progetto di assistenza domiciliare integrata supportata da ICT - Avviamento del sito pilota entro il 31/12/2020.

4.3 INTEGRAZIONE DEI SISTEMI

Obiettivo ASUGI	Risultato atteso
Censimento dei sistemi informatici da integrare con gli asset regionali.	Predisporre un documento secondo le linee guida regionali entro il 31/5/2020

4.4 ELEMENTI PER IL PIANO INVESTIMENTI

Obiettivo ASUGI	Risultato atteso
Censimento di tutte le apparecchiature (pc, mobile, stampanti ecc.) dove saranno attivati i sistemi del personale, della contabilità e dei distretti. Per i pc nel censimento va indicata la versione del Sistema Operativo. Sono da riportare anche nuove esigenze indotte dall'introduzione dei nuovi sistemi.	Elenco apparecchiature entro il 31/5/2020

Censimento di tutto il parco apparecchiature (pc, mobile, stampanti ecc.) con indicazioni di nuove esigenze.	Elenco apparecchiature entro il 31/5/2020
Indicazioni delle apparecchiature di rete da sostituire con indicazioni delle caratteristiche (doppio alimentatore, ecc.)	Elenco apparecchiature entro il 31/12/2020

4.5 PRIVACY IN SANITA'

Obiettivo ASUGI	Risultato atteso
Censimento delle carenze rispetto al GDPR e ABSC	Predisporre un documento entro il 31/5/2020
Individuazione altri ambiti con criticità (es. prodotti sw)	Predisporre un documento

4.6 SISTEMA PACS REGIONALE

Obiettivo ASUGI	Risultato atteso
Supporto alla Prosecuzione dell'aggiornamento tecnologico dei sistemi PACS	Blocco dell'alimentazione dell'archivio immagini del livello regionale e l'avvio della conservazione legale diretta dal livello aziendale.
Revisione delle modalità di condivisione di referti e immagini a fini diagnostici nell'ambito dei flussi emergenziali interaziendali a seguito del riassetto istituzionale del SSR	Le modalità di condivisione di referti e immagini diagnostici nell'ambito dei flussi emergenziali interaziendali sono completamente adeguate al nuovo assetto istituzionale entro dicembre 2020 secondo le indicazioni di ARCS .

Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale

3. LE PROGETTUALITÀ

3.1. PROGETTI DI RIORGANIZZAZIONE

3.1.1 Nuovi atti aziendali	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Atti aziendali	Nell'ambito dei processi riorganizzazione, in coerenza a quanto definito dalla LR 22/2019, sarà predisposto l'atto aziendale

3.1.2 Assistenza territoriale	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Assistenza territoriale	<p>In considerazione del mutato assetto la conformazione organizzativa dei distretti prevede il rafforzamento della funzione di committenza, la mappatura e la stratificazione della popolazione di riferimento. E' mantenuta l'organizzazione complessiva dell'assistenza primaria, basata sulle Medicine di Gruppo Integrate (MGI), in coordinamento e integrazione di attività con le varie figure professionali che insistono sui processi di cura e di assistenza.</p> <p>Sono programmate azioni di implementazione dell'offerta di posti letto di hospice/cure palliative e delle degenze intermedie (RSA e SUAP).</p> <p>Si consolidano le attività sulla salute mentale, sull'odontoiatria pubblica, sulla sanità penitenziaria (in coordinamento con il livello regionale).</p> <p>La programmazione regionale per l'anno 2020, in coerenza con gli indirizzi del processo di riforma del sistema, ha previsto un significativo investimento nelle aree dell'integrazione sociosanitaria sia in termini di risorse finanziarie che di contenuti progettuali.</p>

3.1.3 Assistenza sociosanitaria	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Assistenza sociosanitaria	Il raccordo con i Servizi sociali dei Comuni per la realizzazione delle azioni in materia di integrazione sociosanitaria saranno concordate anche nell'ambito del processo di programmazione sociale di cui ai Piani di zona e ai relativi Piani attuativi annuali.

3.1.4 Controlli qualità e appropriatezza delle prestazioni	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Controlli qualità e appropriatezza delle prestazioni	<p>In linea con quanto già previsto con la DGR 182 del 2 febbraio 2018, l'Azienda proseguirà le verifiche sull'appropriatezza delle prestazioni erogate secondo il piano controlli definito a livello regionale.</p> <p>Nelle more delle modifiche al piano regionale controlli, proseguiranno le attuali modalità operative di controllo per le strutture che erogano cure intermedie nelle aree di integrazione socio sanitaria.</p> <p>Proseguono a livello distrettuale gli audit come da obiettivo 3.5.2. Anziani.</p> <p>Saranno inoltrati alla Direzione centrale i report sui controlli effettuati nonché gli eventuali provvedimenti adottati con le seguenti scadenze:</p> <p>controlli sull'attività del 1° semestre: entro il mese di agosto del 2020</p> <p>controlli sull'attività del 2° semestre: entro il mese di marzo del 2021.</p>

3.1.5 Erogatori privati	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Erogatori privati	L'accordo regionale con le associazioni rappresentative degli erogatori privati di cui alla DGR 42/2017 è prorogato ed in tal senso saranno assicurati gli attuali livelli di collaborazione/integrazione per il mantenimento dei volumi complessivi di offerta delle prestazioni per il contenimento dei tempi di attesa.

3.1.6 Innovazione terapeutica	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Innovazione terapeutica	Nell'ambito dell'innovazione terapeutica nel corso del 2020 sarà assicurata l'introduzione delle nuove terapie

	geniche antitumorali a base di cellule CAR-T secondo il percorso avviato con la DGR n. 1629/2019, al fine di garantirne l'accesso a carico del Servizio Sanitario nazionale, nel rispetto di quanto stabilito dall'Agenzia Italiana del Farmaco.
--	--

3.1.7 Sicurezza	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Sicurezza	Per quanto attiene la sicurezza aziendale, nel 2020, sarà necessario realizzare a livello aziendale una ricognizione ed omogeneizzazione delle procedure presenti nei diversi contesti (ospedali/distretti) sia per quanto attiene la prevenzione dei casi di violenza contro gli operatori che la prevenzione dei furti. Saranno definiti eventuali piani di miglioramento.

3.1.8 Sede distrettuale di Cividale	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Sede distrettuale di Cividale	Nel corso del 2020 saranno avviate, presso la sede distrettuale di Cividale del Friuli, anche in collaborazione con la scuola di specializzazione in geriatria degli studi di Udine, iniziative sperimentali per l'assistenza ai pazienti geriatrici e a persone affette da patologia cronica per sviluppare specifiche strutture ambulatoriali, percorsi di cura domiciliari e strutture di assistenza intermedia innovative.

3.2. ASSISTENZA DI PREVENZIONE COLLETTIVA E DI SANITA' PUBBLICA

3.2.1. Piano regionale prevenzione 2020 -2025	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Piano regionale prevenzione 2020 -2025	Nel corso dell'anno l'Azienda metterà a disposizione i referenti per ogni linea di lavoro per la partecipazione ai lavori del nuovo Piano regionale della prevenzione 2020-2025. Nelle more dell'approvazione del nuovo PRP, viene assicurata la prosecuzione delle attività previste dal Piano regionale della Prevenzione 2014-2018 (sensibilizzazione su incidenti domestici e promozione sicurezza abitativa, prosecuzione dei programmi di

	sorveglianza PASSI, Passi d'argento, Okkio e HBSC, controlli REACH/CLP)
--	---

3.2.2. Migliorare la salute nei soggetti a rischio MCNT e malati cronici

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Migliorare la salute nei soggetti a rischio MCNT e malati cronici	<p>Proseguono le attività di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cardio 50 presso alcuni ambiti territoriali, nella prospettiva di ampliare l'attuale coorte di reclutati, - follow up del diabete gestazionale (laddove è presente l'archivio delle informazioni), - prescrizione dell'esercizio fisico personalizzato

3.2.3. Gli screening oncologici in regione Friuli Venezia Giulia

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Mantenere aggiornate, tramite i distretti, le anagrafi sanitarie verificando assistiti in base ai dati del monitoraggio messi a disposizione dalla Direzione Centrale Salute tramite portale screening	L'Azienda si impegna al raggiungimento/mantenimento della % di inviti inesitati < = 1,5%
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	<p>L'Azienda si impegna al raggiungimento/mantenimento delle % di adesione pari al:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 70% per la cervice uterina (ASUFC 1° semestre 2019 = 60,95%) - 70% per la mammella (% adesione corretta ASUFC 1° semestre 2019 = 70,18%) - 70% per il carcinoma del colon retto (ASUFC 1° semestre 2019 = 62,6%)

CERVICE UTERINA

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Assicurare la collaborazione per la riconversione del programma di screening cervicale estendendo la fascia di popolazione obiettivo invitata a screening con HPV-DNA come test primario alla classe d'età 46-64 aa a partire dal 01.07.2020.	<p>Vengono assicurate:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la disponibilità di appuntamenti per mantenere intervallo di chiamata entro 36 mesi dall'ultimo pap test, entro 12 mesi dall'ultimo HPV+ con pap test negativo; - la lettura 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) (dato ASUFC 1° semestre 2019 = 98,2%)
Disponibilità a realizzare su richiesta di ogni AFT un intervento formativo sulla riconversione del programma di screening.	Viene assicurata la realizzazione degli interventi formativi richiesti.

Garantire i prelievi per HPV-DNA test di secondo livello	<ul style="list-style-type: none"> - Viene garantita la dotazione degli ambulatori di prelievo delle dotazioni informatiche e delle configurazioni CUPWEB già in uso al primo livello - Viene garantita la logistica di supporto (trasporto campioni) da realizzarsi secondo indicazioni DCS
--	--

MAMMELLA	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Tutte le aziende sanitarie:	Vengono assicurati: <ul style="list-style-type: none"> - Requisiti check-list DCS rispettati - Collaborazione negli eventuali sopralluoghi di controllo - Risoluzione delle non conformità evidenziate nei sopralluoghi 2019
Tutte le aziende che svolgono attività di 2° livello per lo screening mammografico	Viene garantita sia la lettura del primo livello che la gestione del percorso di approfondimento diagnostico da parte di radiologi certificati
Tutte le aziende con unità senologica	L'Azienda si impegna al raggiungimento/mantenimento dei seguenti target: <ul style="list-style-type: none"> - Tempi di attesa per approfondimenti di secondo livello ≤ 20 gg da esito positivo della mammografia di primo livello (dato ASUFC 1° semestre 2019 = 86,2%) - Percentuale di casi di secondo livello chiusi correttamente $\geq 95\%$ - Tempo di attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella ≤ 30 gg - Percentuale di early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso"/totale dei casi chiusi dall'unità senologica) inferiore al 10% (dato ASUFC 1° semestre 2019 = 6,9%)

COLON RETTO	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
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 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	L'Azienda si impegna: <ul style="list-style-type: none"> - al mantenimento della % di cartelle correttamente compilate $\geq 95\%$ (dato ASUFC aggiornato a ottobre 2019 $> 95\%$) - al miglioramento del tempo di attesa per colonscopia di approfondimento di secondo livello ≤ 30 giorni (dato ASUFC 1° semestre 2019 = 56,93%)

3.2.4. Infertilità Procreazione Medicalmente Assistita (PMA)	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Concorrere alla predisposizione di un programma di prevenzione dell'infertilità femminile e maschile	Predisposizione condivisa del programma e trasmissione alla DCS entro il 31/12/2020
3.2.5. Gli screening neonatali	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Screening neonatali	L'azienda collaborerà con l'IRCCS Burlo Garofolo per le attività collegate agli screening neonatali nonché per l'identificazione precoce di patologie infantili.
3.2.6 Prevenzione degli incidenti domestici	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Prevenzione degli incidenti domestici	Dare continuità alle azioni di sensibilizzazione sul problema dell'incidentalità domestica e promuovere la cultura della sicurezza abitativa fra operatori sanitari, popolazione generale, gruppi a rischio e care giver, implementando la diffusione del materiale informativo realizzato anche attraverso l'inserimento nei nuovi portali aziendali.
3.2.7. Migliorare la salute e la sicurezza nei comparti a maggior rischio	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Mantenere un'adeguata vigilanza nei settori edile e agricolo secondo i parametri definiti a livello nazionale (Progettualità che necessita di una successiva revisione dettata dalla revisione organizzativa /normativa in atto)	Vengono assicurate le seguenti attività: - 5% delle aziende vigilate (il 5% per ASUFC corrisponde a 1234 unità da controllare). - Edilizia: vigilanza sul 12% dei cantieri notificati l'anno precedente. In caso di significative variazioni incrementali, si dovrà raggiungere almeno il numero dei cantieri vigilati nell'anno 2019. - Agricoltura: vigilare 67 aziende agricole per ASUFC
CRUA/Aziende Sanitarie: collaborare con la DCS e le Aziende Sanitarie alla predisposizione delle attività informative e alla sorveglianza sanitaria dei cittadini riconosciuti da INAIL esposti all'amianto ai fini previdenziali ai sensi della L. 257/92	Viene garantita la collaborazione alla campagna informativa e ad eventuali altre iniziative regionali per i cittadini riconosciuti esposti all'amianto ai fini previdenziali da INAIL e non già aderenti alla sorveglianza sanitaria per soggetti ex esposti attualmente in atto nelle Aziende Sanitarie.

3.2.8. Promozione della salute nei luoghi di lavoro	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Realizzare interventi di immunizzazione degli operatori sanitari per la prevenzione e il controllo delle infezioni prevenibili da vaccino.	L'Azienda ha inserito il tema dei controlli dell'immunizzazione e vaccinazione per malattie prevenibili con vaccino (morbillo, parotite, rosolia, varicella, pertosse, influenza) nei protocolli di sorveglianza sanitaria di tutti gli operatori sanitari, compresi lavoratori atipici e del servizio civile, operanti all'interno di strutture aziendali.
Partecipare al Progetto CCM "Implementare la rete WHP in Friuli Venezia Giulia" - (Progettualità con il coordinamento della ASUFO)	Vengono assicurate: - la partecipazione alla formazione regionale sul Programma WHP degli Operatori PSAL e dei Dipartimenti di Prevenzione che si occupano di Promozione alla Salute (almeno 80% degli operatori ASUFC censiti al 8/10/2019). - la promozione dell'adesione alla Rete WHP da parte delle imprese (incremento di almeno 3 imprese in Regione)
Partecipare al Progetto inter-istituzionale "Favorire l'empowerment e l'inclusione sociale delle persone in esecuzione penale e promuovere interventi di giustizia riparativa" attraverso interventi formativi a favore dei detenuti delle case circondariali regionali.	L'Azienda assicura la partecipazione degli operatori PSAL all'attività di docenza ai corsi sulla formazione generale ai sensi dell'art. 37, co. 1 lett. a) del D.Lgs. 81/08 dei detenuti dimettendi, organizzata in ogni istituto penale del FVG (n. 3 a Tolmezzo e n. 10 a Udine).

3.2.10. Ambiente e salute. Facilitare una migliore qualità dell'ambiente e del territorio secondo il modello della salute in tutte le politiche	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Programma di controllo regionale per garantire la tutela della salute della popolazione dalle sostanze radioattive presenti nelle acque destinate al consumo umano secondo quanto previsto dal d.lgs. n. 28 del 15 febbraio 2016 .	Viene garantita l'effettuazione di 28 campionamenti (come specificato nella nota prot n. 779/P inviata dalla DCS in data 11.01.2019), che saranno eseguiti nel secondo trimestre (aprile-giugno) e nel quarto trimestre (ottobre-dicembre) del 2020.
Sorveglianza delle acque potabili. Mappatura dei pozzi privati utilizzati nell'ambito delle imprese alimentari.	Viene assicurata la prosecuzione della mappatura dei pozzi che approvvigionano gli stabilimenti riconosciuti (Reg. 852/853) e le imprese alimentari.
Garantire un numero di controlli coerenti con il piano nazionale annuale dei controlli in materia di REACH/CLP, per quanto attiene target group e tipologia di sostanze controllate.	L'Azienda assicura il controllo di 5 imprese

3.2.11. Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive, inclusa la resistenza antimicrobica e Piano nazionale di contrasto alle resistenti antimicrobiche 2017-2020 (PNCAR).

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Aumentare la copertura vaccinale nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, gruppi a rischio per patologie)	Viene garantito il mantenimento/ miglioramento delle coperture vaccinali dell'infanzia e dell'adolescenza: <ul style="list-style-type: none"> - Esavalente (proxy del vaccino esavalente sarà considerata la vaccinazione antipolio) a 24 e 36 mesi (coorte 2017) (dato ASUFC a nov 2019 per la coorte 2017 = 92,14%) - MMR (1^a e 2^a dose) (dato ASUFC a nov 2019 per la coorte 2017 = 91,05%) - Offerta attiva della vaccinazione anti herpes zoster nei 65enni: obiettivo di 40% (dato ASUFC a nov 2019 per la coorte 1954 = 33,2%) - Vaccinazione antipertosse (dTap) donne in gravidanza: 15%
Sviluppare il piano di monitoraggio del PNPV con gli indicatori individuati dal Ministero Salute in particolare contribuire alla predisposizione di un documento regionale condiviso con le procedure per la gestione della segnalazione/ monitoraggio eventi avversi a vaccinazione	L'Azienda assicura la partecipazione alla stesura del documento regionale condiviso e l'invio trimestrale alla DCS degli indicatori monitorati
Applicare il protocollo regionale sull'assistenza sanitaria alle persone migranti ed inviare i dati di attività a DCS	L'Azienda assicura l'invio del report mensile alla DCS

VETERINARIA E IGIENE DEGLI ALIMENTI

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Sistema Informativo Nazionale della Farmacosorveglianza Ricetta Veterinaria Elettronica (SINF-RE): mantenimento funzionalità sistema informativo	Viene assicurata la registrazione in SINF-RE entro 7 giorni dal ricevimento del 100% delle richieste pervenute di aggiornamento/nuova richiesta delle anagrafiche / nuove autorizzazioni tramite SINF-RE per le strutture veterinarie e le strutture di detenzione.

3.2.12. Alimentazione e salute: promozione di un'alimentazione sana, sicura e sostenibile

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Garantire la partecipazione degli operatori dedicati al percorso formativo programmato a livello regionale sull'allattamento al seno	L'Azienda garantisce la formazione dell'85% degli operatori dedicati.
Mantenere ed ottimizzare il sistema di rilevazione sull'allattamento al seno alla dimissione e alla seconda vaccinazione	Viene assicurato l'inserimento del 100% delle schede di rilevazione nel sistema 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	L'Azienda garantisce il contributo al 10% delle gare d'appalto di PA e Enti in corso nel 2020, eventualmente anche attraverso il convenzionamento di personale con ASUGI.
---	---

3.2.13. Sicurezza alimentare, salute e benessere alimentare

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Garantire la partecipazione degli operatori al percorso formativo programmato a livello regionale sui MOCA.	L'Azienda garantisce la formazione del 70% degli operatori coinvolti nelle specifiche attività, (qualora attivata nuova edizione del percorso formativo).
Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare e nutrizionale: ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi previsti 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 2019)	Gli interventi programmati come da PRISAN per il SIAN sono: - n. 1216 interventi ispettivi in stabilimenti registrati, dei quali verranno assicurati 850; - n. 15 audit per settore programmati per il 2020 - n. 850 valutazioni del rischio programmate - n. 195 campionamenti di alimenti - n. 30 controlli congiunti (Servizio veterinario e SIAN) come da Accordo Conferenza Stato Regioni
Effettuare i controlli sulla condizionalità come da convenzione con il MIPAAF/AGEA	Viene garantito entro il 31/12/2020 il 100% dei controlli previsti per gli atti di interesse della condizionalità e le evidenze ed i verbali inseriti in Banca Dati Nazionale (BDN)
Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare Ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi previsti 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 2019)	Gli interventi programmati come da PRISAN per i Servizi Veterinari sono: - n. 529 interventi ispettivi in stabilimenti riconosciuti, che verranno totalmente garantiti; - n. 659 interventi ispettivi in stabilimenti registrati, dei quali verranno assicurati 381; - n. 53 audit in stabilimenti riconosciuti e n. 8 audit in stabilimenti registrati; - n. 61 valutazioni del rischio programmate; - n. 455 campionamenti di alimenti di o.a; - n. 30 controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni
Progetto Piccole Produzioni Locali: rafforzare gli interventi in accordo con la Direzione centrale agricoltura	Verranno 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.

	<ul style="list-style-type: none"> - l'applicazione del protocollo PPL malghe 2020 a tutti gli OSA (Operatori del Settore Alimentare) aderenti al 100% delle malghe entro il 30/6/2020. - la trasmissione entro il 31/12/2020 di una relazione finale dettagliata di verifica che dovrà riportare: <ul style="list-style-type: none"> - il numero di PPL registrate ed il numero di ispezioni; - un'analisi critica con punti di forza e debolezza del Progetto rilevate sul territorio; - il dettaglio delle attività eseguite su: <ul style="list-style-type: none"> - carni suine e avicunicole - carni di specie diverse - prodotti lattiero caseari di malga - vegetali, confetture, conserve, prodotti da forno, erbe aromatiche, prodotti dell'alveare, vegetali fermentati, lumache, ecc...
Sistema informativo SICER: Piena funzionalità del sistema per le Aree Veterinarie e SIAN	Entro il 31/7 il 100% degli operatori utilizza le principali funzioni del sistema (aggiornamento anagrafi operatori, registrazione C.U., agenda operatore, report di base).
Accreditamento comunitario Malattia di Aujeszky	Viene garantita la prosecuzione delle attività di monitoraggio e controllo ai fini del mantenimento dello status di Regione indenne (Campioni di sangue presso macellazioni familiari, a spot presso macelli, di suini di provenienza fuori Regione)
Benessere animale negli allevamenti e durante il trasporto: attuazione dei controlli secondo le linee guida operative dettate dalla Task Force benessere animale, istituita con Decreto 659/SPS del 20/08/2015	Viene garantito il 100% dei controlli sul benessere animale richiesti dal PRISAN 2020 (<i>dato ASUFC 2019 = 126 controlli e 20 trasporti</i>)
Anagrafe ovi caprina attuazione dei controlli come da indirizzi LEA Ministeriali	Viene assicurato il raggiungimento del 3% dei controlli su base regionale come richiesto da LEA Ministeriali (<i>dato ASUFC 2019 = 32 controlli</i>)
Paratubercolosi bovina e ovi caprina: attivazione piano regionale di controllo	L'Azienda attua il Piano regionale di controllo della paratubercolosi effettuando campioni di sangue finalizzati alla mappatura dello stato sanitario degli allevamenti bovini e ovi caprini in corso di profilassi, coordinando l'attività dei veterinari aziendali (di cui al DM 07 Dicembre 2017) entro il 31/12/2020
Genotipizzazione arieti per Scrapie	L'Azienda assicura lo svolgimento delle seguenti attività entro le scadenze indicate: <ul style="list-style-type: none"> - Entro il 30/6/2020 il 100% degli allevamenti soggetti al Piano Regionale è individuato e censito - Entro il 31/12/2020 sono effettuati il 100% dei campioni di sangue sui capi target ai fini di individuare animali resistenti alla malattia, è inserito il dato in BDN ed aggiornato lo status sanitario degli allevamenti

Applicazione del PRP sull'Igiene Urbana Veterinaria.	Viene assicurato il 100% dei controlli di tutte le attività, sulle strutture di ricovero e custodia della Regione Autonoma FVG sia convenzionate che non convenzionate.
--	---

3.3 ASSISTENZA PRIMARIA

3.3.1 Assistenza distrettuale	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Stratificazione della popolazione	1. Entro il 31.03.2020 evidenza in ogni distretto della stratificazione della popolazione di riferimento per complessità, sulla base dello strumento ACG, strutturata anche per ogni singola AFT e per singolo MMG
2. Definizione committenza	2. Entro il 31.12.2020 evidenza della definizione all'interno del PAT, sulla base della stratificazione della popolazione e sulle ulteriori informazioni a disposizione, della committenza 2021 per la popolazione di riferimento. (Qualora il distretto non abbia una dimensione sufficientemente consistente, la committenza può essere definita anche a livello sovradistrettuale per aggregazioni di distretti)
3. Piano regionale della cronicità	3. E' garantita la collaborazione ad ARCS e DCS per l'elaborazione entro il 31.03.2020 del Piano Regionale della Cronicità.
5. Valutazione multidimensionale pazienti ultra 75enni	5. Il 100% dei pazienti ultra 75enni segnalati dai MMG, secondo l'accordo integrativo regionale 2019, come non noti al Distretto ma meritevoli di presa in carico tramite PAI hanno ottenuto una valutazione multidimensionale e un PAI con conseguente presa in carico entro il 30.06.2020
6. Definizione modello distrettuale	6. Nell'atto aziendale è definito un modello distrettuale coerente con le indicazioni fornite nelle linee di gestione
7. Accreditemento ECM formazione sul campo in AFT	7. Evidenza dell'accréditemento come FSC ai fini ECM delle attività formative e di audit in AFT previste per il 2020

3.3.3 Disturbi dello Spettro Autistico	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Minori con disturbo autistico	Rivalutazione in UVM del 100% dei minori con diagnosi di disturbo dello spettro autistico che si trovino nel 17esimo anno di vita per la definizione di un PAI che

	garantisca la transizione dai servizi di NPI a quelli dell'età adulta
--	---

3.3.4 Salute mentale

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Presa in carico e cura dei disturbi psichiatrici in età evolutiva	<p>Applicazione del percorso integrato di presa in carico e di cura dei disturbi psichiatrici gravi all'esordio ed in fase di acuzie in età evolutiva, in coerenza con quanto previsto dal Piano di Salute Mentale Infanzia Adolescenza ed Età Adulta (DGR 732/2018, par.6.1.5.2)</p> <p>L'azienda collabora alla definizione di iniziative regionali volte alla identificazione di disturbi neuropsichici e neuropsichiatrici ad esordio nell'infanzia e adolescenza e vi partecipa attivamente per quanto di competenza.</p>

3.3.5 Disturbi del comportamento alimentare

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Centri diurni	Definizione di percorsi di accesso presso i centri diurni DCA distinti per pazienti adulti e per pazienti minori

3.3.6 Cure palliative e terapia del dolore

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Terapia del dolore	Rispetto del tempo di attesa per la prima visita algologica nel 90% dei casi per ogni classe di priorità, in caso di richiesta appropriata
Cure palliative	<p>Strutturazione di un monitoraggio sistematico dei decessi a domicilio con reportistica ad hoc per il conseguimento del gold standard previsto: $\geq 75\%$ dei decessi con diagnosi di tumore avviene a domicilio o in hospice</p> <p>(dato 2018: AAS2\leq 48,2%, AAS3= 44,7%; ASUIUD= 59,5%)</p> <p>2. Al 31.12.2020, a completamento del percorso di riconversione delle degenze intermedie, sarà assicurata a livello aziendale la dotazione di un numero di posti letto hospice accreditati congruo agli standard LEA (come da tabella di cui al capitolo 6)</p> <p>3. Sono adottate le modalità di registrazione dell'attività non appena saranno definite dal coordinamento regionale delle cure palliative</p>

3.3.7 Cure palliative e terapia del dolore in età pediatrica	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Organizzazione delle cure pediatriche e terapia del dolore in ambito pediatrico	1. E' garantita la partecipazione alle attività previste in attuazione del Decreto n. 1771/SPS del 27 dicembre 2016
Presenza in carico pazienti pediatrici	E' garantita la partecipazione, nell'ambito dei lavori della rete, alla predisposizione e condivisione un documento relativo ai criteri di eleggibilità per la presa in carico del paziente pediatrico entro il 31/12/2020

3.3.8 Consulteri familiari	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Percorso nascita	1. Evidenza dell'implementazione del percorso di gravidanza fisiologica a gestione ostetrica 2. Entro il 31.12.2020 è garantita l'adesione alla sperimentazione della scheda informatizzata
Analisi di approfondimento delle gravidanze in età precoce e dei neonati esposti in relazione alla genitorialità precoce	Evidenza di un protocollo aziendale di accompagnamento per le gravidanze in età precoce e i neonati esposti

Interventi a sostegno della genitorialità	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
1. Predisposizione di strumenti e materiali scientifici multi-professionali, finalizzati al miglioramento delle azioni di rete 2. Individuazione di casistica caratterizzate da multi-complessità nell'esercizio delle funzioni genitoriali 3. Attivazione di gruppi trasversali di confronto e mutuo – aiuto per genitori, minori, adolescenti 4. Organizzare spazi e momenti di incontro/attività a sostegno della genitorialità complessa	1. Trasmissione report alla DCS 2. Evidenza della casistica individuata e trattata (specificando il nr. degli incontri per ciascuna) 3. Evidenza del nr. di sottogruppi trasversali avviati e delle tematiche trattate 4. Evidenza del nr. di incontri/spazi e attività avviati a sostegno della genitorialità complessa

Adozioni	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Attività di approfondimento relative a: a) Analisi dati adozioni in FVG 2017-2019 b) Approfondimento su fallimenti adottivi in FVG c) Definizione di percorsi formativi per i docenti di ogni ordine e grado di scuola	1. Collaborazione con la DCS per la predisposizione di specifica reportistica con evidenza per ogni tematica adottiva di: a) analisi dati adozioni relativi al triennio 2017 -2019 (report finale entro dicembre 2020)

	<p>b) fallimenti adottivi (report finale entro dicembre 2020)</p> <p>c) percorsi formativi per i docenti di ogni ordine e grado di scuola (report attività entro giugno 2020)</p>
2. Perfezionare l'offerta di informazione e formazione alle coppie aspiranti l'adozione, in collaborazione con gli Enti Autorizzati EE.AA. e l'Ufficio Scolastico Regionale.	2. Trasmissione di un report aziendale dei programmi di formazione e informazione svolti dai CF in collaborazione con EE.AA e USR, alle coppie aspiranti l'adozione

Violenza sulle donne	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Definire reti territoriali tra Aziende Sanitarie, Forze dell'Ordine, Procure, Enti Locali (ovvero Servizio Sociale dei Comuni), Centri Antiviolenza e Associazioni, coinvolti in percorsi e interventi di contrasto alla violenza sulle donne.	Trasmissione alla DCS dei protocolli aziendali/distrettuali per la promozione di interventi di contrasto

3.3.9 Sanità penitenziaria	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Miglioramento delle funzioni di sanità penitenziaria	<p>1. E' garantita la collaborazione con il coordinamento regionale di sanità penitenziaria per la predisposizione di un regolamento di funzionamento interno</p> <p>2. Entro il 31.12.2020 è realizzato almeno un evento formativo congiunto tra personale sanitario e penitenziario finalizzato al miglioramento della comunicazione su obiettivi comuni, portando l'attenzione sulla gestione dei detenuti con bisogni sanitari complessi, salute mentale e dipendenza</p>

3.3.10 Superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
REMS	Trasmissione del report alla DCS entro il 31/12/2020 con evidenza delle persone in REMS, dei PTRI inviati all'autorità giudiziaria competente e dei progetti finalizzati per l'adozione di soluzioni diverse dalla REMS

3.3.11 Odontoiatria pubblica	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Odontoiatria pubblica	1. Erogazione di almeno 1400 prestazioni/anno per centro erogatore (Stima 2019: AAS2= 1608; AAS3= 2959; ASUIUD= 3389)

	<p>2. Raggiungimento del valore di 1,5 di prestazioni erogate/ora odontoiatra (<i>Stima 2019: AAS2= 1,3; AAS3= 1,4; ASUIUD= 1,3</i>)</p> <p>3. Raggiungimento della media aziendale annua di 1400 prestazioni/riunito (<i>Stima 2019: AAS2= 965; AAS3= 1691; ASUIUD= 926; ASU FC= 1194</i>)</p> <p>4. Mantenimento della percentuale aziendale di visite sul totale delle prestazioni erogate al valore raggiunto nel 2019 (<i>Stima 2019: AAS2= 19%; AAS3= 25%; ASUIUD= 36%</i>)</p> <p>5. Invio al coordinatore regionale della reportistica trimestrale sulle liste di attesa, con tutte le informazioni previste, entro il mese successivo alla scadenza del trimestre</p>
--	--

3.3.12 Accreditemento

Obiettivo	Risultato atteso
1. Partecipazione attiva al programma di accreditemento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti	<p>1.a Gli enti del SSR consentono a ognuno dei propri dipendenti inseriti nell'elenco regionale dei valutatori dell'accreditemento di partecipare ai sopralluoghi per almeno 5 giornate, secondo le indicazioni della Direzione centrale salute</p> <p>1.b 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'accreditemento</p>
2. Partecipazione al programma di accreditemento nazionale degli organismi tecnicamente accreditemanti	2. Gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti inseriti nell'elenco nazionale dei valutatori dell'accreditemento di partecipare alle attività organizzate dal Ministero della salute e dall'Agenas
3. Garanzia del funzionamento dell'OTA FVG	3. Gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti, componenti dell'OTA regionale, di svolgere le funzioni previste dalla DGR 2220/2015 e dal Decreto n. 1899/2017

3.4 ASSISTENZA FARMACEUTICA

3.4.1 Tetti spesa farmaceutica	
Obiettivo	Risultato atteso
<p>Spesa farmaceutica</p> <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 2020 sono riepilogati nel capitolo dedicato alle risorse finanziarie.</p>	<p>Rispetto dei tetti fissati per la:</p> <p>spesa farmaceutica per acquisti diretti pari al 6,69% del FSR (farmaceutica ospedaliera, diretta e DPC). Partecipazione al rispetto dei vincoli</p> <p>Acquisto diretto gas medicinali (ATC V03AN) pari allo 0,2%. Partecipazione al rispetto dei vincoli</p> <p>Spesa farmaceutica convenzionata" pari al 7,96 % del FSR. Partecipazione al rispetto dei vincoli.</p>

3.4.2 Appropriately prescrittiva	
Obiettivo	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 2020 (in particolare per oncologici, immunologici, farmaci per l'epatite C, terapie intra-vitreali, farmaci del PHT_DPC, equivalenti, IPP, nuova nota AIFA 96, EBPM ecc).</p>	<p>Invio alla DCS di due relazioni semestrali (entro 31/10/2020 e 28/02/2021) da cui si evincano:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3 obiettivi assegnati alle U.O aziendali relativi a setting specialistici ad alto impatto di spesa; - 2 obiettivi assegnati alle UO aziendali relativi all'ambito territoriale (distrettuale, ambulatoriale, MMG) al fine di favorire l'appropriatezza; - Azioni intraprese per le categorie principali <p>Modalità di valutazione: Relazioni inviate nei termini: sì/no (peso 50%) Relazioni congruenti in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 50%)</p>

3.4.4 Appropriately prescrittiva. Indicatori in ambito territoriale	
Obiettivo	Risultato atteso
<p>Rispetto degli indicatori sartani, IPP, antibiotici e antidepressivi</p>	<p>Rispetto dei target indicati nella tabella sotto riportata: per l'anno 2020 è atteso un miglioramento delle performance registrate nel 2019</p> <p>Modalità di valutazione complessiva: 4-5 indicatori a target = raggiunto 3 indicatori a target = parzialmente raggiunto < 3 indicatori a target = non raggiunto</p>

INDICATORE	dato ASU FC 2018	target atteso
Incidenza di sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (anti-ipertensivi)	39,4%	<= 30%
Consumo pro –capite di farmaci inibitori di pompa protonica	29,29	<= 25 up pro cap

INDICATORE	dato ASU FC 2018	target atteso
Consumo di antibiotici sul territorio DDD 1000 res. pes.die	14,50	<= 13,50
Consumo di antibiotici in età pediatrica DDD 1000 res. pes.die	14,28	14,28
Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi	21,84	<= 21,50

3.4.5 Biosimilari

Obiettivo	Risultato atteso
Indicatori per categorie di medicinali in cui è disponibile l'alternativa biosimile	<p>Invio alla DCS di due relazioni semestrali (entro il 31/10/2020 e 28/02/2021) su schema fornito dalla Direzione Salute da cui si evincano: le attività svolte, i percorsi attivati con i prescrittori ed i monitoraggi effettuati per i singoli ambiti dell'assistenza ospedaliera e territoriale (diretta, DPC e convenzionata).</p> <p>Modalità di valutazione: Relazioni inviate entro il 31.10.20 ed entro il 28.02.21: sì/no secondo schema DCS</p>

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

Obiettivo	Risultato atteso
Ottimizzazione e monitoraggio della DPC e della diretta	Invio di due report semestrali (come da schema della DCS) sull'attività svolta nell'ambito della DPC e della distribuzione diretta entro il 31.10.20 ed entro il 28.02.21.
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	Consolidamento delle nuove modalità concordate nel 2019 con il Policlinico Città di Udine di erogazione diretta del primo ciclo terapeutico

Modalità di valutazione: Relazioni sulle attività inviate nei termini: sì/no

3.4.7 Rapporto con le aziende farmaceutiche e biomedicali

Obiettivo	Risultato atteso
Armonizzare i regolamenti adottati, favorirne la diffusione a tutti gli operatori sanitari e l'applicazione a tutte le Strutture aziendali	Armonizzazione dei regolamenti predisposti nel 2019. Applicazione del regolamento entro il 31.12.2020 da parte di tutte le strutture aziendali. Invio alla DCS delle evidenze entro il 28/02/2021

3.4.8 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, garantire modalità di acquisizione e di erogazione che favoriscano l'efficienza del SSR</p>	<p>1. Mantenimento dell'attività di distribuzione diretta dei dispositivi medici di cui all'allegato 2 del DPCM 12 gennaio 2017</p> <p>2. Avvio sperimentazione in ambito aziendale dell'accordo sottoscritto nel 2019 tra A.A.S n. 3 e Federfarma al fine di garantire modalità di acquisizione e di erogazione che favoriscano l'efficienza del SSR a fronte della disponibilità a gara CONSIP/ acquisto centralizzato ARCS a prezzi di gara vantaggiosi rispetto agli attuali</p>

3.4.9 Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica

Obiettivo	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>1. Armonizzazione nella nuova Azienda dei percorsi aziendali (monitoraggi/controlli effettuati) per la risoluzione di eventuali criticità legate al mancato inserimento o all'inserimento ritardato dei pazienti in piattaforma, che deve essere garantito per il 100% dei casi ai fini della rimborsabilità. Vanno identificate le modalità di misura.</p> <p>2. Assicurare l'invio delle Richieste di Rimborso secondo le modalità definite da AIFA per tutti i farmaci con accordo MEA, anche attraverso la nuova piattaforma gestione rimborsi in fase di avvio.</p> <p>3. Riscontro agli approfondimenti/ricieste di verifica relative ai registri AIFA/procedure di rimborso, inviate nei termini indicati.</p> <p>Modalità valutazione:</p>

	Evidenza dei percorsi aziendali per la gestione delle criticità in tutti gli Enti del SSR: sì/no
<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>Mantenimento dell'implementazione dei campi obbligatori per il 95% dei pazienti per entrambe le rilevazioni effettuate dalla DCS.</p>
<p>PRESCRIZIONI PERSONALIZZATE PSM ITER ELETTRONICO</p> <p>Garantire la copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM 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>Avviare azioni di sensibilizzazione su quelle strutture/reparti per i quali si rileva un modesto utilizzo dell'iter elettronico, al fine di ridurre l'erogazione derivante da prescrizioni cartacee indotte verso altre aziende.</p>	<p>Evidenza del rispetto del target atteso: % delle confezioni erogate in distribuzione diretta nominale hanno una prescrizione effettuata con il sistema PSM - iter elettronico $\geq 90\%$.</p> <p>(Dato 2019: ASUI UD 96,8%, AAS n. 3 94,7%, AAS n. 2 78,6%)</p>
<p>PRESCRIZIONE INFORMATIZZATA DEI PIANI TERAPEUTICI</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.</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>Evidenza del rispetto del target atteso: % di ricorso alla prescrizione informatizzata tramite applicativo PSM-PT per tutti i pazienti: $> 65\%$</p> <p>(Dato 2019: ASUI UD 81%, AAS n. 3 71%, AAS n. 2 60%)</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</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"> - Integrale copertura fase 3/fase 2 ($> 99,5\%$ della spesa negli ambiti previsti). - Inserimento codice targatura in fase di erogazione diretta dei medicinali ($> 99\%$). <p>Riscontro entro 15 giorni agli eventuali approfondimenti richiesti o segnalazioni inviate.</p> <p>(dati 2019:</p>

distribuzione diretta, nonché l'inserimento a sistema del codice targatura (> 99% confezioni) in fase di erogazione diretta dei medicinali (applicativo PSM). 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..	ASUI UD: targatura 99,83%, copertura fase 3/fase 2 99,92% AAS n. 3: targatura 99%, copertura fase 3/fase 2 99,96% AAS n. 2: targatura 99,76%, copertura fase 3/fase 2 99,50%
--	--

3.4.10 Farmacovigilanza

Obiettivo	Risultato atteso
Assicurare la partecipazione dei sanitari interessati e il supporto alle attività organizzate secondo quanto previsto dalle procedure operative AIFA per i CRFV e i RLFV.	Evidenza della partecipazione del responsabile aziendale di FV o di un suo delegato alle attività avviate dalla DCS e agli eventi formativi/workshop organizzati dalla stessa o dall'AIFA (incontri periodici, stato di avanzamento progetti affidati alle Aziende sanitarie, eventi formativi AIFA). - Evidenza delle attività di formazione dei responsabili di FV aziendali secondo quanto previsto dalla procedura AIFA per i CRFV/organismi di FV stabilmente definiti (16 ore/anno su tematiche di FV).
Nell'ambito della progettualità pluriennale avviata nel 2018 (Farmacisti in ospedale/territorio), garantire la partecipazione agli incontri periodici del gruppo di Coordinamento e l'invio della relazione scientifica e della rendicontazione come stabilito dalla Convenzione in essere.	Evidenza della partecipazione agli incontri periodici del gruppo di Coordinamento del progetto ed invio della relazione scientifica e della rendicontazione secondo le tempistiche della convenzione in essere.

3.5 INTEGRAZIONE E ASSISTENZA SOCIOSANITARIA

Obiettivo	Risultato atteso
L'ASU FC nel percorso attuativo della riforma in ambito sociosanitario prevede:	- l'utilizzo della valutazione multidimensionale in tutte le fasi del progetto di assistenza alla persona quale prerequisito per garantire una risposta appropriata ai bisogni, - lo sviluppo della rete dei servizi, anche innovativi, a favore delle persone con bisogni afferenti alle aree ad elevata integrazione sociosanitaria, - il rafforzamento dell'integrazione tra i servizi sociali e sanitari, in conformità ai LEA sociosanitari approvati con DPCM 12 gennaio 2017. Per garantire percorsi di cura e d'inclusione, l'offerta aziendale dovrà essere più differenziata e flessibile rispetto ai peculiari bisogni delle persone

	maggiormente fragili, quali anziani, disabili, minori, persone con problemi di salute mentale e di dipendenza, attraverso l'utilizzo delle risorse dedicate previste nel finanziamento regionale. Lo strumento individuato dalla regione per la costruzione dei percorsi di cura specifici per i bisogni dell'utente fragile all'interno del suo contesto di vita è il Budget Individuale di Salute (BIS), il cui utilizzo viene esteso nelle varie aree di intervento.
--	---

3.5.1 Non autosufficienza

Obiettivo	Risultato atteso
Assicurare il corretto utilizzo delle risorse destinate del Fondo nazionale per la non autosufficienza attraverso la certificazione delle persone in condizione di disabilità gravissima	Per tutte le persone valutate in sede di UVM sono raccolte le informazioni previste ai sensi dell'art. 3 del DM 26 settembre per certificare la condizione di disabilità gravissima.

3.5.2 Anziani

Obiettivo	Risultato atteso
Proseguire il progetto regionale PRISMA 7 ovvero il programma intervento di sorveglianza attiva rivolto alla popolazione anziana a rischio di fragilità	Sono definiti i contenuti della seconda fase del <i>programma - intervento di sorveglianza attiva rivolto alla popolazione anziana a rischio di fragilità</i> con indicato il numero di anziani coinvolti, gli interventi programmati e i risultati attesi
Assicurare la Valutazione Multi Dimensionale a tutte le persone prese in carico	Tutte le persone per le quali è previsto l'accoglimento in un servizio semiresidenziale o residenziale secondo le disposizioni normative vigenti sono valutate con lo strumento Val.Graf-FVG.

Sperimentazioni "Abitare possibile" e "Domiciliarità innovativa" - Tele-assistenza e telecontrollo

Obiettivo	Risultato atteso
Promuovere, avviare, attuare e monitorare i progetti di abitare inclusivo	<ul style="list-style-type: none"> - Tutti i progetti di abitare inclusivo autorizzati dalla regione sono attuati previa stipula di apposita convenzione tra i soggetti coinvolti; - Il budget di salute è attivato per tutte le persone anziane non autosufficienti inserite nelle sperimentazioni di abitare inclusivo
Dare attuazione alle indicazioni regionali per l'organizzazione ed il funzionamento del servizio di teleassistenza e telesoccorso al fine di migliorare	- Le nuove attivazioni sono autorizzate indicando il profilo di bisogno dell'utente nell'apposita modulistica o direttamente nel portale;

l'appropriatezza del servizio e la presa in carico delle persone	<ul style="list-style-type: none"> - Gli interventi distrettuali sono definiti e modulati in relazione ai profili di bisogno e alle tipologie di allarmi significativi - I Distretti sanitari iniziano ad utilizzare il portale dedicato per la gestione ed il monitoraggio del servizio dei propri utenti (<i>almeno il 10% delle richieste di nuove attivazioni avviene attraverso il portale</i>)
--	--

Processo di riclassificazione delle residenze per anziani

Obiettivo	Risultato atteso
Garantire la prosecuzione del programma di riclassificazione delle residenze per anziani	<ul style="list-style-type: none"> - Per tutte le residenze autorizzate all'esercizio in deroga temporanea con atto in scadenza nel 2020 è stata attuata la procedura di cui al titolo X del D.P.Reg. 144/2015 con il rilascio degli atti previsti. - Per tutte le residenze autorizzate all'esercizio è stata verificata la conformità ai requisiti organizzativi, gestionali, di dotazione strumentale e di personale previsti.

Attività di verifica e approfondimento

Obiettivo	Risultato atteso
Garantire la prosecuzione del programma di valutazione e di sorveglianza	Sono effettuati almeno 2 audit

3.5.3 Disabilità

Obiettivo	Risultato atteso
Assicurare la Valutazione Multi Dimensionale a tutte le persone prese in carico	<ul style="list-style-type: none"> - Sono identificate le persone da valutare con Q-VAD - Tutte le persone in carico ai servizi residenziali e semiresidenziali sono state valutate con lo strumento Q-VAD (parte sanitaria) - Tutti i nuovi accessi sono sottoposti alla valutazione con Q-VAD

Comorbidità psichiatriche - Somministrazione e aiuto all'assunzione della terapia farmacologica

Obiettivo	Risultato atteso
Promuovere e sostenere percorsi innovativi atti ad assicurare i trattamenti socio-riabilitativi sperimentali a favore di persone con disabilità utilizzando lo strumento del budget di salute.	<ul style="list-style-type: none"> - I protocolli per la presa in carico delle persone con disabilità intellettiva e comorbidità psichiatrica sono aggiornati - Evidenza del numero di progetti personalizzati sperimentali attivati e co-finanziati
Condurre e valutare attività sperimentali finalizzate a gestire in sicurezza il processo di somministrazione e di	- Avvio della sperimentazione regionale in almeno una struttura aziendale

aiuto all'assunzione della terapia farmacologica per le persone con disabilità accolte nei servizi residenziali e semiresidenziali	<ul style="list-style-type: none"> - Tutti gli operatori impiegati nella struttura inclusa nella sperimentazione sono inseriti nei percorsi formativi - Strutturazione della rilevazione per l' "Incident reporting".
--	---

3.5.4 Minori

Obiettivo	Risultato atteso
Assicurare la Valutazione Integrata dei minori presi in carico	<ul style="list-style-type: none"> - Per ogni minore accolto in struttura viene effettuata la valutazione con gli strumenti previsti. - Tutti i minori valutati dispongono del relativo profilo di bisogno così come indicato nelle linee di indirizzo.

Presenza in carico integrata

Obiettivo	Risultato atteso
Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata	<ul style="list-style-type: none"> - Tutti i minori accolti nelle strutture residenziali e semi-residenziali dispongono di un progetto personalizzato per la presa in carico integrata. - Riduzione del numero di minori inseriti in strutture residenziali fuori regione. - Evidenza del numero di budget personali sostenuti con il budget di salute (quota sanitaria) attivati per minori afferenti all'area della neuro-psichiatria infantile.

3.5.5 Salute mentale

Obiettivo	Risultato atteso
Proseguire e consolidare l'attività di rivalutazione delle persone titolari di BIS	Il 65% delle persone con BIS sono (ri)valutate con lo strumento in uso.

Progetti recovery oriented

Obiettivo	Risultato atteso
Promuovere le policy e le progettualità recovery oriented	Consolidamento dei progetti recovery oriented con coinvolgimento di stakeholders e peer support workers

Obiettivo	Risultato atteso
Assicurare i debiti informativi	I piani terapeutici sono inseriti nell'applicativo pointPSM, a partire dall'implementazione del sistema, completando l'inserimento entro 6 mesi dalla sua disponibilità.

3.5.6 Dipendenze	
Obiettivo	Risultato atteso
Proseguire l'attività di valutazione integrata	Almeno cinque operatori sono formati sulla valutazione integrata delle persone con dipendenza patologica organizzata dalla regione
Promuovere l'integrazione tra servizi ed il terzo settore per supportare la rete di cura	Rilevazione delle criticità emerse nel territorio e stesura del piano di intervento
Aumentare gli interventi di prevenzione nelle persone a rischio di disturbi correlati al gioco d'azzardo	Evidenza del numero di persone contattate nell'attività di accoglienza, informazione e orientamento per la prevenzione e la gestione del disturbo del gioco d'azzardo.

Obiettivo	Risultato atteso
Sviluppo e dal consolidamento di interventi finalizzati al miglioramento della presa in carico delle persone con problemi di dipendenza patologica	<ul style="list-style-type: none"> - Evidenza del numero di Budget di salute attivati - Esecuzione sul 70% delle persone testabili di test per prevenire e ridurre il rischio di acquisizione e trasmissione delle malattie correlate all'uso di sostanze stupefacenti - Almeno 1 progetto per favorire la cessazione del fumo

Obiettivo	Risultato atteso
Miglioramento del sistema per la valutazione della presa in carico	Sono predisposti almeno 6 indicatori di processo e di esito attraverso l'invio dei flussi informativi all'Osservatorio

3.6 ASSISTENZA OSPEDALIERA

3.6.1. Governo clinico e reti di patologia	
Obiettivi aziendali	Risultato atteso
Costituzione di un Nucleo Funzionale (che verrà descritto dal modello regionale di riferimento previsto per febbraio 2020) che parteciperà a vario titolo alle attività di formazione e conduzione di reti e PDTA	Costituzione del nucleo funzionale aziendale entro il 31.3.2020 con l'individuazione dei referenti aziendali formati/formandi
Predisposizione piano di miglioramento a breve-medio termine su indicatori individuati da ARCS relativamente ai percorsi del paziente con ictus, con diabete e del paziente con cancro della mammella	Evidenza di un piano di miglioramento entro il 30.06.2020 con indicazione dei tempi di implementazione

RETE CUORE	
Obiettivo	Risultato atteso
PDTA scopenso cardiaco	L'Azienda garantisce la diffusione ai professionisti coinvolti del PDTA formalizzato dalla Regione sullo scopenso cardiaco Evidenza del trattamento dei pazienti con insufficienza cardiaca cronica riacutizzata gestiti in Pronto Soccorso (invio di un report semestrale alla DCS con il numero dei casi trattata)

RETE ICTUS	
Obiettivo	Risultato atteso
Aggiornamento PDTA	E' garantita la collaborazione alla revisione del PDTA da parte di ARCS
Realizzazione di audit, con partecipazione di ARCS, con redazione di piano di miglioramento entro 2020	L'Azienda garantisce - la realizzazione di audit coordinati da ARCS - la redazione di un report e di un Piano di miglioramento entro novembre 2020
Utilizzo degli strumenti di screening su G2 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 nelle strutture identificate	Trasmissione dei report di monitoraggio al I° e II° semestre.

RETE MAMMELLA	
Obiettivo	Risultato atteso
Aggiornamento PDTA	E' garantita la collaborazione alla revisione del PDTA da parte di ARCS entro settembre 2020
Realizzazione di audit, con partecipazione di ARCS, con redazione di piano di miglioramento entro 2020	L'Azienda garantisce - la realizzazione di audit coordinati da ARCS - la redazione di un report e di un Piano di miglioramento entro novembre 2020

RETE MALATTIE REUMATICHE	
Obiettivo	Risultato atteso
Farmaci biologici	L'Azienda garantisce la diffusione e adozione del documento di indirizzo sulla terapia con farmaci biologici, anche nell'ambito della medicina convenzionata, a seguito della formalizzazione regionale

Prescrizione farmaci biologici	<ul style="list-style-type: none"> - E' assicurato l'utilizzo dello strumento informatizzato per l'appropriatezza prescrittiva nel 100% delle prescrizioni di farmaci biologici - Evidenza di 2 report semestrali
--------------------------------	---

MALATTIE INFETTIVE	
Obiettivo	Risultato atteso
Medico malattie infettive	Ogni presidio ospedaliero spoke ha almeno un medico di malattie infettive assegnato
Strutture di Microbiologia e virologia	Mantenimento dell'operatività della struttura di Microbiologia del LUI sulle 24H 365 die/anno

FEGATO	
Obiettivo	Risultato atteso
Adottare le Linee di indirizzo per l'identificazione, l'inquadramento clinico e l'invio al trattamento farmacologico dei pazienti affetti da infezione cronica da virus dell'epatite C (HCV)	Verrà assicurata la trasmissione di un report di monitoraggio al 31.12.2020 dei pazienti arruolati alla terapia DAA nel 2020
Utilizzare i codici ICD9 nelle visite ambulatoriali ad indirizzo epatologico	Evidenza dell'utilizzo dei codici ICD9 dal 2° semestre, a seguito dell'adeguamento del G2

MALATTIE RARE	
Obiettivo	Risultato atteso
Alimentare il Registro regionale Malattie Rare di cui al DM 279/2001 con inserimento del 100% dei casi diagnosticati	E' assicurato l'inserimento nel registro regionale di tutti i pazienti che hanno un certificato di esenzione

INCONTINENZA URINARIA	
Obiettivo	Risultato atteso
Partecipare alla stesura e all'implementazione del PDTA a supporto del recepimento del documento tecnico di indirizzo sull'incontinenza di cui all'accordo Stato-Regione n° 15/CSR del 24 gennaio 2018	E' garantita la collaborazione all'ARCS per la definizione del PDTA, anche relativamente all'incontinenza in età pediatrica

ENDOMETRIOSI	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
PDTA Endometriosi	E' garantita la collaborazione alla predisposizione del PDTA

3.6.2. Emergenza urgenza	
PRONTO SOCCORSO	
Obiettivo	Risultato atteso
Pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h	Mantenimento della percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde, ad almeno l'80% (spoke) o 65% (hub) <i>(Dato genn-sett 2019: ASUIUD= 57%; Latisana= 72%; Palmanova= 47%; San Daniele= 70%; Tolmezzo= 61%)</i>
Pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore	Mantenimento della percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore, portandola a valori superiori all'85% (spoke) e 75% (hub) <i>(Dato genn-sett 2019: ASUIUD= 77%; Latisana= 83%; Palmanova= 77%; San Daniele= 86%; Tolmezzo= 83%)</i>
Adesione al Programma di Formazione a distanza (FAD) per operatori socio-sanitari dei Pronto Soccorso attraverso la partecipazione del personale delle Aziende Sanitarie e dei Pronto Soccorso, coinvolti in percorsi e interventi di contrasto alla violenza sulle donne.	E' garantita la partecipazione di almeno il 20% degli operatori socio-sanitari dei Pronto Soccorso al Programma di Formazione a distanza (FAD) sulle azioni di contrasto alla violenza sulle donne

EMERGENZE CARDIOLOGICHE – STEMI	
Obiettivo	Risultato atteso
Aumento della percentuale di accesso diretto al SSR tramite chiamata al 112 dei pazienti con dolore toracico	Incremento del 10% degli accessi tramite 112 ai PS Hub e del 20% ai PS Spoke
Compilazione data-set PACS emodinamica nei 3 Centri Hub nei pazienti con STEMI	E' garantita la compilazione nel $\geq 95\%$ dei dati richiesti per ogni record/paziente con STEMI
Strutturazione del percorso di riabilitazione ambulatoriale/follow-up post STEMI	Evidenza di inserimento in agende dedicate entro 2 mesi dalla dimissione di almeno il 60% dei pazienti con diagnosi di STEMI

EMERGENZE CARDIOLOGICHE – NSTEMI	
Obiettivo	Risultato atteso
Attivazione del sistema CUP Web per la segnalazione e trasferimento dei pazienti in attesa di coronarografia. L'agenda CUP Web di un Hub è visibile ed utilizzabile anche dagli Spoke non di riferimento	Evidenza di segnalazione attraverso l'agenda dedicata del 100% dei pazienti con NSTEMI sottoposti a coronarografia
Strutturazione del percorso di riabilitazione ambulatoriale/follow-up post NSTEMI	Evidenza di inserimento in agende dedicate entro 2 mesi dalla dimissione di almeno il 60% dei pazienti con diagnosi di NSTEMI

EMERGENZE CARDIOLOGICHE – SINDROME AORTICA ACUTA

Obiettivo	Risultato atteso
Implementazione in tutti i presidi ospedalieri dei sistemi di teleradiologia e teleconsulto radiologico e cardiocirurgico per i pazienti con sospetta SAA	Attestazione da parte delle Aziende della messa a regime del sistema di telemedicina entro il 31 marzo 2020.
Utilizzo dei sistemi di telemedicina (teleradiologia, teleconsulto radiologico, teleconsulto cardiocirurgico) nei pazienti con Sindrome Aortica Acuta trasferiti dai centri Spoke ai Centri Hub	% di pazienti con SAA trasferiti dai centri Spoke ai centri Hub per i quali è stato utilizzato il sistema di telemedicina \geq 75% (1 aprile – 31 dicembre 2020)

EMERGENZA SANITARIA

Obiettivo Aziendali	Risultato atteso
Articolazioni territoriali aziendali	Costituzione e attivazione, entro il 31.08.2020, delle articolazioni aziendali territoriali aziendali, secondo le indicazioni regionali.
Formazione Coordinatore di volo sanitario	Il 100% dei coordinatori di volo sanitario (CVS) aziendali partecipa ai percorsi formativi per le attività della centrale.
Formazione degli operatori di ambulanza	Entro il 30 marzo ogni AT deve inviare almeno 3 infermieri al percorso formativo delle AT che operano anche presso la Centrale.
Programmazione turni attività SORES	Il 100% degli operatori formati addetti alle attività di Elisoccorso e SORES partecipa alla programmazione dei turni di attività della Centrale Operativa e dell'Elisoccorso.
Formazione degli operatori di ambulanza delle AT che operano anche presso la Centrale.	Entro il 30 marzo ogni AT deve inviare almeno 3 infermieri al percorso formativo.
Garantire la disponibilità e presenza in Centrale del personale delle AT	Evidenza sui turni di attività della CO della presenza di operatori delle AT: - dal 1 maggio presenza di 1 operatore sulle 12 ore; - dal 1 luglio presenza di 1 operatore sulle 24 ore.
Assicurare la dotazione dei mezzi previsti per l'emergenza urgenza (riferimento alla DGR 2039/2015 e verbali Dipartimenti intraziendali)	Sono attivi tutti i mezzi previsti.

3.6.3 Indicatori di attività ospedaliera

Obiettivo	Risultato atteso
Tasso di ospedalizzazione	Mantenimento del tasso di ospedalizzazione entro il 125 x mille (dato genn-sett 2019 ASU FC= 121,65)

Ricoveri in day hospital medico per acuti con finalità diagnostica	Riduzione del numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica, ricorrendo anche ad un maggiore utilizzo del <i>day service</i> , portando la percentuale al di sotto del 20% per gli adulti e del 40% per i pediatrici – obiettivo valido sia per l'età adulta che pediatrica NOTA: la mancata configurazione del <i>day service</i> nei sistemi ambulatoriali non ha consentito di modificare la performance (Dato genn-sett 2019 adulti: ASUIUD= 28%; Latisana= 3%; Palmanova= 3%; San Daniele= 15%; Tolmezzo= 24% Dato genn-sett 2019 ped: ASUIUD= 58%; Palmanova= 4%; San Daniele= 15%; Tolmezzo= 33%)
Ricoveri medici oltre soglia	Riduzione della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti ≥ 65 anni portandola al di sotto del 4% (Dato genn-sett 2019: ASUIUD= 6%; Latisana= 2%; Palmanova= 2%; San Daniele= 5%; Tolmezzo= 7%)
Mantenimento dell'attività di controllo di appropriatezza delle prestazioni effettuate dagli erogatori pubblici e privati, secondo il piano dei controlli programmato dallo specifico gruppo di coordinamento regionale	Trasmissione ed invio alla DCS di 2 report semestrali dei controlli effettuati, nonché gli eventuali provvedimenti adottati, entro il 31.8.2020 ed entro il 30.3.2021

INSUFFICIENZA CARDIACA CRONICA

Obiettivo	Risultato atteso
Tasso di ricovero per scompenso cardiaco	Mantenimento del tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti di 50-74 anni al di sotto di 200 (dato genn-sett 2019 ASU FC= 159,54)

PANCREAS

Obiettivo	Risultato atteso
Tasso amputazioni maggiori per diabete	Riduzione del tasso di amputazioni maggiori per diabete al di sotto di 28 casi per milione di residenti (dato genn-sett 2019 ASU FC= 42,9)

POLMONE

Obiettivo	Risultato atteso
Tasso di ospedalizzazione per BPCO	Riduzione del tasso di ospedalizzazione per BPCO al di sotto del 55 per 100.000 residenti di 50-74 anni (dato genn-sett 2019 ASU FC= 61,51)

TRAUMA	
Obiettivo	Risultato atteso
Frattura di femore	Trattamento della Frattura di femore entro 48H in almeno il 70% (hub) o 80% (spoke) dei casi trattati dal presidio ospedaliero (Dato genn-sett 2019: ASUIUD= 68%; Latisana= 67%; Palmanova= 46%; San Daniele= 79%; Tolmezzo= 80%)

RENE	
Obiettivo	Risultato atteso
Dialisi peritoneale	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 FVG 2018 =53,41%)

3.6.4. Trapianto e donazione	
Obiettivo CRT	Risultato atteso
Tenere evidenza documentale, per ogni programma trapianto di: - Responsabile programma trapianto - Responsabile equipe 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)

Obiettivo	Risultato atteso
Accordo stato regioni 24 gennaio 2018 sui requisiti minimi per i centri di trapianto	Evidenza dell'attuazione dell'accordo Stato Regioni 24 gennaio 2018 sui requisiti minimi per i centri di trapianto con la definizione della responsabilità dei programmi: - Cuore - Fegato - Rene

CUORE	
Obiettivo	Risultato atteso
Trapianto cardiaco Coinvolgimento del <i>case manager</i> clinico (Hub e Spoke) nel percorso di candidabilità del paziente al trapianto e nel follow-up (successivo al primo anno)	Evidenza della presenza del Case Manager (così come definito dal PDTA) ai meeting presso il Centro Regionale Trapianti (CRT) per valutare la candidabilità al trapianto in almeno il 50% dei pazienti trapiantati. Evidenza della presenza del Case Manager nei meeting presso il CRT per condividere il follow-up dei pazienti successivo al primo anno, in almeno il 50% dei pazienti trapiantati. (Dato rilevato dai verbali del meeting)
Trapianto cardiaco	Evidenza delle modalità di diffusione e adozione del PDTA regionale sul trapianto cardiaco tra i professionisti dei setting clinico-assistenziali
Utilizzo presso Centro trapianti	Utilizzo presso il Centro trapianti di almeno l'85% degli organi prelevati in regione (diretti o in scambio con altre regioni)
Iscrizione in lista d'attesa presso un centro trapianti extra-regione di pazienti residenti in FVG	Il CRT effettua il monitoraggio delle iscrizioni in lista fuori regione con periodicità trimestrale

FEGATO	
Obiettivo	Risultato atteso
Adeguamento strutturale Centro trapianti	Completamento dell'adeguamento strutturale ed organizzativo del centro trapianti alle prescrizioni del Centro Nazionale Trapianti
Iscrizione Centro trapianto	Incremento di almeno il 10% rispetto all'anno 2019 dei pazienti iscritti in lista trapianto presso il centro trapianti dell'ASUIUD
Utilizzo presso Centro trapianti	Utilizzo presso il Centro trapianti di almeno l'85% degli organi prelevati in regione (diretti o in scambio con altre regioni).
Iscrizione in lista d'attesa presso un centro trapianti extra-regione di pazienti residenti in FVG	Il CRT effettua il monitoraggio delle iscrizioni in lista fuori regione con periodicità trimestrale

RENE	
Obiettivo	Risultato atteso
Rete trapiantologica renale	Messa a disposizione di un professionista per ogni presidio ospedaliero per la definizione di strumenti operativi per la rete trapiantologica renale regionale
Potenziamento del programma Trapianti di rene	- Incremento di almeno il 10% dei pazienti inseriti in lista di attesa di trapianto con criteri non standard

	<ul style="list-style-type: none"> - Incremento di almeno il 10% dei pazienti inseriti in lista di attesa di trapianto doppio da donatori con criteri allargati (ex marginali) - Evidenza della presenza dei dati a sistema (G2) propedeutici al monitoraggio dei tempi di iscrizione in lista di trapianto in accordo con quanto definito nel PDTA trapianto di rene - 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 come richiesto in sede di Commissione Regionale)
Tempi di iscrizione in lista	Monitoraggio semestrale dei tempi di iscrizione in lista a cura del referente del programma di trapianto in sede di commissione regionale
Riattivazione programma di DKT	Evidenza dell'iscrizione in lista per i nuovi iscritti di età >55 aa. in almeno il 55%
Incremento trapianti	<ul style="list-style-type: none"> - Incremento 5% casi di trapianto a parità di donazioni - Incremento 10% trapianto da vivente
Iscrizione in lista d'attesa presso un centro trapianti extra-regione di pazienti residenti in FVG	Il CRT effettua il monitoraggio delle iscrizioni in lista fuori regione con periodicità trimestrale

TESSUTI OCULARI

Obiettivo CRT	Risultato atteso
Valutazione fabbisogno	Il CRT effettua la valutazione del fabbisogno di trapianti di cornea in Regione
Il CRT effettua il monitoraggio delle iscrizioni in lista fuori regione con periodicità trimestrale	Il CRT effettua il monitoraggio dei trapianti di cornea effettuati presso strutture extra regione

DONAZIONI DI ORGANI

Obiettivo	Risultato atteso
Definire meccanismi operativi per garantire il collegamento tra DMO e CRT	L'atto aziendale esplicita le modalità attraverso le quali sono definiti i meccanismi operativi per garantire il collegamento tra DMO e CRT
Confronto semestrale tra registro Decessi con Lesione Cerebrale Acuta DLCA e SDO con codici ICD-9 CM	Il Centro regionale trapianti effettua la misurazione del delta tra registro decessi con lesione cerebrale acuta DLCA e SDO con codici ICD-9 CM.
Formalizzazione protocollo per prelievo d'organi	Evidenza del recepimento formale e applicazione del protocollo per prelievo d'organi da paziente con accertamento del decesso con criterio cardiologici DCD (donatore cuore fermo)

Corsi di formazione	Sono realizzati ei corsi di formazione inerenti il percorso del donatore DCD (donatore cuore fermo)
Implementazione protocollo per prelievo d'organi	Evidenza dell'implementazione del protocollo per prelievo d'organi da paziente ECMO (ossigenazione extracorporea a membrana)
Implementazione delle segnalazioni secondo indicatori standard	L'attività di segnalazione viene effettuata nel rispetto degli standard definiti: 5.a. Proc. 1 donatori effettivi (*)/decessi per lesione cerebrale acuta (buono > 16-25%) 5.b. Proc. 2 potenziali donatori (AMC=donatori utilizzati+opposizioni+procurati)/ decessi per lesione cerebrale acuta (buono > 21-40%) (*) per gli Ospedali dove non si effettua l'Accertamento di Morte Cerebrale (AMC) vanno conteggiate le centralizzazioni.
Avvio del programma di procurement di organi in almeno un ospedale di rete	Il Centro regionale trapianti: - conclude il percorsi di avvio al programma di procurement di organi presso l'ospedale di Tolmezzo; - supporta, qualora richiesto, il percorso di avvio del programma di procurement presso altri ospedali di rete

DONAZIONE TESSUTI

Obiettivo	Risultato atteso
Donazioni cornee	Ciascun ospedale registra una performance del 3% dei decessi
Donazione multitessuto	Evidenza del progetto di fattibilità sull'estensione del programma di donazione multitessuto per il Presidio di Tolmezzo-San Daniele
Donazione da vivente	Evidenza dell'aggiornamento dei protocolli per la donazione di opercoli

CELLULE STAMINALI EMATOPOIETICHE

Obiettivo CRT	Risultato atteso
Istituzione trapianto CSE congiunto e formalizzazione Autorità nazionali competenti (CNT-GITMO)	E' garantita la partecipazione al tavolo regionale per la definizione del programma congiunto

3.6.5. Percorso nascita	
Obiettivo	Risultato atteso
Comitato percorso nascita regionale	Adozione delle azioni di miglioramento definite all'interno del Comitato percorso nascita regionale rispettando le tempistiche stabilite
Tagli cesarei: rispettare le soglie indicate nel DM 70/2015 e nell'Accordo Stato Regioni 14/CRS 2018 e rendicontare alla DCS	- Tagli cesarei primari nei PN di I livello o con un numero di parti inferiore o uguale a 1000: $\leq 15\%$ - Tagli cesarei primari nei PN di II livello o con un numero di parti superiore a 1000: $\leq 25\%$
GRAVIDANZE A BASSO RISCHIO Corso di formazione ostetriche	Entro il 30/9/2020 sono realizzati i programmi formativi rivolti alle ostetriche che seguono le gravidanze a basso rischio.
SIMULAZIONE AVANZATA PER LA GESTIONE DELL'EMERGENZE OSTETRICHE Corso di formazione per promuovere e migliorare la qualità della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nelle sale parto regionali. Rendere uniformi competenze tecniche e qualificazione professionale del team dei punti nascita di I e II livello in FVG nella gestione delle emergenze ostetriche	Evidenza della realizzazione di 2 interventi formativi: - almeno 2 edizioni entro il 30/9/2020 - almeno 2 edizioni entro il 31/12/2020
RIANIMAZIONE NEONATALE Corso base di rianimazione neonatale per esecutori realizzato al fine di consolidare le competenze di base di tutto il personale sanitario coinvolto nell'assistenza e nella gestione dei neonati a termine e pre – termine.	- Entro il 31/12/2020 sono realizzate almeno due edizioni
SCREENING E DIAGNOSI PRENATALE Corso di formazione professionisti	Entro il 31/12/2020 è realizzato almeno 1 evento formativo dedicato ai professionisti coinvolti nelle attività di screening e diagnosi prenatale, anche congiuntamente a ASUFO e Burlo

3.6.6 Pediatria	
Obiettivo	Risultato atteso
Rete oncologica pediatrica	E' garantita la partecipazione alla costituzione della rete entro il 31.12.2020
Area emergenza-urgenza	- Evidenza dell'applicazione nella propria organizzazione del documento regionale di trasporto pediatrico in emergenza urgenza entro il 30/8/2020 e comunque entro 4 mesi dalla formalizzazione del documento regionale - Trasmissione di un report relativo all'ultimo quadrimestre che evidenzi l'aderenza al documento

	regionale (almeno il 90% dei trasporti è effettuato secondo le modalità definite)
Tele-refertazione	E' garantita l'implementazione dell'operatività del sistema di tele-refertazione per second opinion in radiologia pediatrica, secondo le indicazioni regionali
Carta dei Servizi pediatrici	Entro il 31.12.2020 è definita 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

3.6.7. Sangue ed emocomponenti	
Obiettivo	Risultato atteso
Accreditamento dei servizi trasfusionali regionali (a scadenza biennale)	Realizzazione delle attività propedeutiche all'accREDITamento per tutte le sedi aziendali
Mantenere l'autosufficienza in emocomponenti ed emoderivati	<ul style="list-style-type: none"> - E' garantito il mantenimento della raccolta di sangue intero, in collaborazione con le associazioni di volontariato, con il reclutamento dei donatori a valori riconducibili almeno al valore medio della raccolta effettuata negli anni 2017-2018 - E' garantita la raccolta complessiva di plasma da inviare al frazionamento industriale secondo piano di produzione concordato con Centro Nazionale Sangue e con Nuovo Accordo Interregionale Plasma, con un contributo percentuale del dipartimento udinese non inferiore allo standard regionale calcolato sulla popolazione attiva alla donazione (18-66 anni), registrata da ISTAT (22 litri/1000 abitanti)
Monitorare l'appropriatezza dell'utilizzo degli emocomponenti ed emoderivati	E' garantita la promozione ed il monitoraggio dell'appropriatezza e dell'efficacia da parte del COBUS degli ospedali aziendali, mediante l'implementazione diffusa di uno strumento di analisi e valutazione dei dati (entro giugno 2020) già validato nel corso del 2019
Implementare la prescrizione trasfusionale informatizzata e i "sistemi barriera" per la trasfusione al letto del paziente	<ul style="list-style-type: none"> - Evidenza dell'adozione diffusa a tutti gli ospedali (obiettivo $\geq 70\%$ delle unità cliniche) della richiesta trasfusionale web da reparto (EMOWARD) - Scelta e progressiva implementazione (obiettivo $\geq 60\%$ delle unità cliniche) di un sistema barriera (sistema di sicurezza nell'identificazione del ricevente e dell'unità trasfusionale appropriata al letto del paziente) negli ospedali aziendali

3.6.8 Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVg	
Obiettivo	Risultato atteso
Programmi già avviati	<ul style="list-style-type: none"> - adattamento delle figure professionali (numero e tipologia dei professionisti) coinvolte nella Rete Cure Sicure FVG, in relazione al nuovo assetto istituzionale - partecipazione dei RAP agli incontri attinenti i programmi specifici Prosecuzione dei programmi di: <ul style="list-style-type: none"> - “Antimicrobial stewardship”, in particolare: <ul style="list-style-type: none"> ○ revisione dei documenti di indirizzo terapeutico secondo le indicazioni del tavolo regionale dei RM ○ diffusione e condivisione dei report regionali sul consumo di antibiotici e sulle resistenze batteriche nelle unità operative ospedaliere, nei distretti e nelle AFT ○ monitoraggio degli indicatori delle “Linee regionali per il riconoscimento precoce e la gestione della sepsi associata alle pratiche assistenziali” secondo le indicazioni del tavolo regionale dei RM ○ identificazione di un referente MMG (link professional) per AFT - Prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza, in particolare: <ul style="list-style-type: none"> ○ diffusione dei dati relativi alla PPS 2019 ○ partecipazione alla revisione e alla messa a regime del documento sui microrganismi alert ○ diffusione dei dati relativi alla sorveglianza sulla ISC 2019 ○ ripetizione della sorveglianza di incidenza sulle ISC e sui comportamenti nel BO ○ monitoraggio applicazione bundle - Sicurezza del farmaco, in particolare: <ul style="list-style-type: none"> ○ prosecuzione del programma per la riduzione del consumo di inibitori di pompa protonica secondo le indicazioni del tavolo regionale RM ○ prosecuzione del programma per la riduzione del consumo di benzodiazepine e degli ipnotici nelle case di riposo secondo le indicazioni del tavolo regionale RM

	<ul style="list-style-type: none"> ○ identificazione di un referente MMG (link professional) per AFT - Violenza a danno degli operatori: secondo le indicazioni del tavolo regionale RM
Trasparenza e informazione	Aggiornamento annuale dei dati presenti sul sito web relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio
Eventi sentinella	Compilazione del questionario per il monitoraggio della implementazione delle raccomandazioni ministeriali per la prevenzione degli eventi sentinella secondo i tempi definiti dalla call regionale
Buone pratiche	Inserimento di almeno una esperienza di buona pratica per la Call for Good Practice (Agenas), secondo le tempistiche e le modalità identificate annualmente da Agenas
Indicatori semestrali di valutazione	Invio alla DCS della valutazione degli indicatori semestrali
Tutti gli ospedali partecipano ai programmi di sorveglianza delle ICA, con evidenza di monitoraggio degli indicatori regionali.	Evidenza della partecipazione al programma regionale

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

Obiettivo	Risultato atteso
Programma dedicato al Personale (operatori)	<p>1. e 2. E' garantita la partecipazione ai lavori del gruppo regionale</p> <p>3. Entro il 31/12/2020, costituzione, sulla base del documento di indirizzo, di gruppi aziendali HPH "Benessere sul posto di lavoro"</p> <p>4. Formazione specifica su stili di vita e stress cronico da parte degli operatori che hanno concluso il ciclo 2019, al fine di aggiornare in itinere la rete HPH e il gruppo "Benessere sul posto di lavoro"</p>
Programma dedicato ai Pazienti	<p>1. e 2. E' garantita la partecipazione ai lavori del gruppo regionale</p> <p>3. E' garantita la partecipazione dei professionisti alla formazione regionale sui principi e criteri HPH alle questioni specifiche della promozione della salute di bambini e adolescenti negli ospedali e nei servizi sanitari</p> <p>4. Entro il 31/12/2020, costituzione sulla base del documento di indirizzo di gruppi aziendali HPH "clinical health promotion"</p>

	5. Entro il 31/12/2020 realizzazione di un corso di aggiornamento per lo sviluppo di protocolli inclusivi di valutazione degli stili di vita e della resilienza nelle patologie croniche, con particolare riferimento all'applicazione delle linee guida Gold Standard Programme (GSP)
Programma dedicato ai Cittadini	Trasmissione al comitato HPH entro il 31/12/2020 dell'elenco degli enti del terzo settore presenti nel proprio territorio (Organizzazioni di Volontariato, Aassociazioni di Promozione Sociale, Imprese Sociali, Enti Filantropici)

3.7 RAPPORTO CON I CITTADINI

3.7.1. Tempi di attesa	
Obiettivo	Risultato atteso
Prestazioni monitorate	<ul style="list-style-type: none"> - Realizzazione dei monitoraggi delle prestazioni di cui all'elenco delle prestazioni ministeriali e regionali soggette a monitoraggio come definite dalla DGR 1815/2019. - Definizione di un monitoraggio aziendale coerente alle indicazioni regionali per: Trattamento intravitreale delle malattie vetriniche tramite agende informatizzate (cod. 14.79) Visita algologica Radioterapia
Monitoraggio tempi di attesa	Viene realizzata l'attività sistematica di monitoraggio dei tempi di attesa secondo le modalità, le tempistiche e per le prestazioni individuate (il monitoraggio dei tempi di attesa della libera professione non consente la distinzione tra 1° accesso/accesso successivo).
Agende di prenotazione	<ul style="list-style-type: none"> - Le agende delle prestazioni ambulatoriali specialistiche sia istituzionali che di libera professione intramoenia sono progressivamente organizzate in modo da consentire la prenotazione online del cittadino - Tutte le agende delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di libera professione intramoenia devono essere informatizzate ed essere rese disponibili a sistema CUP regionale. <p>Viene monitorato il numero di mancate presentazioni per le prenotazioni di alcune strutture aziendali di ambito radiologico e gastroenterologico.</p>

Garanzia erogativa prestazioni ambulatoriali	Nei riguardi dei cittadini per le prestazioni ambulatoriali deve essere assicurata la "garanzia" erogativa: - almeno 90% per la priorità B - almeno 90% per la priorità D - almeno 90% per la priorità P
Garanzia erogativa interventi chirurgici	Nei riguardi dei cittadini per gli interventi chirurgici deve essere assicurata la "garanzia" erogativa almeno del 90% per i codici A
Programmi attuativi aziendali	E' adottato il Programma Attuativo Aziendale sui tempi di attesa entro il 28/2/2020
Rapporto attività istituzionale e libero-professionale	L'Azienda si impegna a garantire le seguenti attività: - monitoraggio dei volumi di attività istituzionale e libera professione; - utilizzo degli strumenti contrattuali disponibili (RAR) e dei fondi della LR 7/2009 (per strutture aziendali e per privato accreditato) per fronteggiare i tempi d'attesa delle prestazioni maggiormente critiche; - monitoraggio della congruità dell'offerta di libera professione rispetto all'offerta istituzionale; - sospensione della libera professione per i medici che non hanno reso disponibili le agende di prenotazione a CUP regionale. - predisposizione del regolamento ASUFC sulla Libera professione in coerenza con le linee di indirizzo regionali.

3.7.2. Innovazione nella gestione delle terapie

Obiettivo	Risultato atteso
Innovazione nella gestione delle terapie	Revisione e consolidamento percorso di prenotazione di TC e RM di follow up per pazienti oncologici residenti nelle ex A.A.S. n. 2 e n. 3 seguiti presso la SOC di Oncologia. L'obiettivo non è corrispondente alle indicazioni delle Linee di gestione. Deve individuata una progettualità concentrata sulle terapie

3.7.3. Rapporto con pazienti e familiari nelle attività di ricovero

Obiettivo	Risultato atteso
Rapporto con i pazienti nelle attività di ricovero	E' trasmessa entro il 31/12/2020 una relazione con la quale vengono illustrate le iniziative intraprese relativamente a

	<ul style="list-style-type: none"> - 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 (ad eccezione dei pazienti coinvolti nel progetto PROMs / PREMs). - 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.
Valutazione PROMs dei pazienti sottoposti ad interventi di ernia inguinale e crurale e PREMs di almeno un percorso clinico o organizzativi	- E' garantita la raccolta dei consensi necessari alla realizzazione delle valutazioni, secondo le indicazioni dell'ARCS

3.8 Flussi informativi

Obiettivo	Risultato atteso
Flussi informativi	Saranno assicurati i necessari livelli di coordinamento con ARCS per il rispetto degli obblighi informativi.

4. IL SISTEMA INFORMATIVO

4.1 RINNOVAMENTO SISTEMI

4.1.1 Sistema informativo dei distretti

Obiettivo	Risultato atteso
Partecipare all'analisi dei processi per area (Servizio Riabilitativo, Punto Unico di Accesso ecc.) con predisposizione degli elaborati di supporto alla definizione dei processi e dei contenuti	Se individuata come Sede Pilota l'Azienda parteciperà ai tavoli regionali, coordinati dalla <i>Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità/ARCS</i> per le finalità indicate atte alla produzione degli elaborati di supporto alla definizione dei processi e dei contenuti con 100% degli elaborati entro il 31/5/2020

Contribuire alla configurazione del sistema creando le condizioni per una fedele rappresentazione nel nuovo sistema dell'organizzazione di tutte le aziende	Se individuata come Sede Pilota l'Azienda parteciperà ai tavoli regionali, coordinati dalla <i>Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità/ARCS</i> per le finalità indicate di configurazione del sistema con 100% degli elaborati entro il 31/5/2020.
Attivare il sistema in accordo con le indicazioni di DCS/ARCS partecipando alla messa a punto del sistema ed organizzando turni del personale per favorire la formazione in aula e sul campo	Se individuata come Sede Pilota l'Azienda parteciperà ai tavoli regionali, coordinati dalla <i>Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità/ARCS</i> per le finalità indicate di messa a punto del sistema e formazione del personale con attivazione del sistema entro il 31/12/2020.

4.1.2 Sistema informativo contabile e economato

Obiettivo	Risultato atteso
Contribuire alla configurazione del sistema creando le condizioni per una fedele rappresentazione nel nuovo sistema dell'organizzazione di tutte le aziende	Se individuata come Sede Pilota l'Azienda parteciperà ai tavoli regionali, coordinati dalla <i>Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità/ARCS</i> per le finalità indicate atte alla configurazione del sistema con 100% degli elaborati entro il 30/6/2020.
Collaborare in termini di test del sistema, opportunamente integrato con i sistemi satelliti	Se individuata come Sede Pilota l'Azienda contribuirà proattivamente al test del sistema e delle integrazioni con i sistemi satellite con sistema funzionante entro il 31/10/2020
Avviamento in tutte le aziende del SSR organizzando turni del personale per favorire la formazione in aula e sul campo	L'Azienda parteciperà alle attività regionali, coordinate dalla <i>Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità</i> per la configurazione, ottimizzazione, formazione e roll out del sistema individuato finalizzate alla produzione di un verbale di collaudo entro i termini indicati con sistema funzionante entro il 31/12/2020.3.

4.1.3 Sistema informativo del personale

Obiettivo	Risultato atteso
Le aziende devono rendersi disponibili a verificare il buon funzionamento del sistema	E' garantita la collaborazione all'attività di avviamento del sistema entro il 30/6/2020

4.1.4 Cartella clinica ospedaliera

Obiettivo	Risultato atteso
Avviamento cartella oncologica comprensiva della Unità Farmacologica antitumorale	E' garantita la collaborazione all'attività di avviamento della cartella entro il 30/6/2020

Predisposizione capitolato cartella clinica	- Nomina referenti gruppo di lavoro entro il 15/2/2020 ; - Collaborazione alla validazione capitolato entro il 30/7/2020
---	--

4.2. DIGITALIZZAZIONE

4.2.1 Ricetta dematerializzata	
Obiettivo	Risultato atteso
Ricette dematerializzate specialistica e farmaceutica	E' garantito il 90% di ricette dematerializzate sul totale delle ricette entro il 31/12/2020 <i>(dema farmaci (DATI MMG) gen-lug ASUIUD 67,83%, AAS3 75,37%, AAS 2 73,89% dema farmaci (specialisti)- gen-lug ASUIUD 63,82%, AAS3 38,43%, AAS 2 68,49% dema specialistica (DATI MMG) gen-ago ASUIUD 62,82%, AAS3 42,90%, AAS 2 59,21%)</i>

4.2.2 Firma digitale	
Obiettivo	Risultato atteso
Firma digitale referti (specialistica, radiologia, analisi chimico cliniche, anatomia patologica), lettera dimissione, verbali pronto soccorso	Entro il 31/12/2020: - G2 Clinico > 98% - Laboratorio e microbiologia >98% - Medicina trasfusionale > 98%, - Anatomia patologica > 98% - Radiologia > 98% - Lettera di dimissione > 98% - Verbali pronto soccorso 98% <i>(Dati genn-sett 2019 ASUFC: G2 clinico= 92%; Laboratorio= 97%; Medicina trasfusionale= 98%; Anatomia Patologica= 100%; Radiologia= 100%; Lettera di dimissione= 84%; Verbali di PS= 89%)</i>

4.2.3 Fascicolo sanitario elettronico	
Obiettivo	Risultato atteso
FSE operatore: formazione sui vantaggi dell'uso dello strumento	E' assicurata la realizzazione di almeno 10 corsi di cui: - 5 corsi entro 30.06.2020 - 5 corsi entro 31.12.2020

4.2.4 Telemedicina

Obiettivo	Risultato atteso
Attivazione a livello regionale in pazienti post-acuti con scompenso cardiaco, diabete o BPCO, selezionati al momento della dimissione dall'ospedale, di una assistenza integrata domiciliare sociosanitaria supportata da strumenti di ICT (telemedicina)	E' garantita la partecipazione alle attività

4.3 INTEGRAZIONE DEI SISTEMI

Obiettivo	Risultato atteso
Censimento dei sistemi informatici delle aziende del SSR da integrare con gli asset regionali.	E' predisposto entro il 31/5/2020 il documento aziendale secondo le linee guida regionali

4.4 ELEMENTI PER IL PIANO INVESTIMENTI

Obiettivo	Risultato atteso
Censimento di tutte le apparecchiature (pc, mobile, stampanti ecc.) dove saranno attivati i sistemi del personale, della contabilità e dei distretti. Per i pc nel censimento va indicata la versione del Sistema Operativo. Sono da riportare anche nuove esigenze indotte dall'introduzione dei nuovi sistemi.	E' predisposto entro il 31/5/2020 l'elenco delle apparecchiature
Censimento di tutto il parco apparecchiature (pc, mobile, stampanti ecc.) con indicazioni di nuove esigenze.	
Indicazioni delle apparecchiature di rete da sostituire con indicazioni delle caratteristiche (doppio alimentatore, ecc.)	E' predisposto entro il 31/12/2020 l'elenco delle apparecchiature

4.5 PRIVACY IN SANITA'

Obiettivo	Risultato atteso
Censimento delle carenze rispetto al GDPR e ABSC	Evidenza del documento di censimento entro il 31/5/2020
Individuazione altri ambiti con criticità (es. prodotti sw)	Evidenza del documento

4.6 SISTEMA PACS REGIONALE

Obiettivo	Risultato atteso
Prosecuzione dell'aggiornamento tecnologico dei sistemi PACS	Blocco dell'alimentazione dell'archivio immagini del livello regionale e l'avvio della conservazione legale diretta dal livello aziendale

Obiettivo	Risultato atteso
Revisione delle modalità di condivisione di referti e immagini diagnostici nell'ambito dei flussi emergenziali interaziendali a seguito del riassetto istituzionale del SSR	E' garantita la collaborazione all'attività di adeguamento al nuovo assetto istituzionale delle modalità di condivisione di referti e immagini diagnostici nell'ambito dei flussi emergenziali interaziendali

Azienda sanitaria Friuli Occidentale

3. LE PROGETTUALITÀ

3.1 PROGETTI DI RIORGANIZZAZIONE

3.1.1 Nuovi atti aziendali	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Nell'ambito dei processi di riorganizzazione dovranno essere approvati i nuovi atti aziendali secondo le modalità stabilite dall'art. 12 comma 6 della LR 27/2018.	E' approvato il nuovo atto aziendale.

3.1.2 Assistenza distrettuale
Si rimanda alle linee del Capitolo 3.3. ASSISTENZA PRIMARIA

3.1.3 Assistenza sociosanitaria
Si rimanda alle linee del Capitolo 3.5. INTEGRAZIONE E ASSISTENZA SOCIO SANITARIA

3.1.4 Controlli qualità e appropriatezza delle prestazioni	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
L'ASFO prosegue le periodiche verifiche sull'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle aziende pubbliche e private secondo il piano dei controlli programmato dallo specifico gruppo regionale per il coordinamento delle attività di controllo delle prestazioni sanitarie.	<ol style="list-style-type: none"> 1. L'ASFO attua ed integra il piano dei controlli, definito dal gruppo di coordinamento regionale e che contiene la quantità e le tipologie di verifiche da eseguire nel corso dell'anno 2020, nonché le modalità ed i tempi di realizzazione. 2. L'ASFO trasmette semestralmente alla Direzione centrale competente un report dei controlli effettuati, nonché gli eventuali provvedimenti adottati con le seguenti scadenze: <ul style="list-style-type: none"> - controlli sull'attività del 1° semestre: entro il mese di agosto del 2020 - controlli sull'attività del 2° semestre: entro il mese di marzo del 2021.

3.1.5. Erogatori privati	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Erogatori privati	Nella definizione degli accordi con le strutture private accreditate, ASFO farà riferimento al fatto che l'accordo regionale con le associazioni rappresentative degli erogatori privati di cui alla DGR 42/2017, che scade il 31.12.2019, viene prorogato per il tempo necessario alla conclusione dei procedimenti derivanti dalla D.G.R. n. 1763/2019, che ha determinato il fabbisogno di prestazioni e di strutture sanitarie ai fine dell'accreditamento, in attuazione dell'articolo 49, comma 3 ter della legge regionale n. 17/2014.

3.1.7 Sicurezza	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. L'azienda predispose, in materia di Sicurezza, un piano aziendale per la prevenzione e la gestione dei casi di violenza contro gli operatori sanitari nei diversi setting assistenziali.	1. E' predisposto, in materia di Sicurezza, un piano aziendale per la prevenzione e la gestione dei casi di violenza contro gli operatori sanitari nei diversi setting assistenziali.
2. Per quanto attiene ai furti, nelle strutture aziendali, l'azienda predispose un piano di prevenzione.	2. E' predisposto un piano di prevenzione, per quanto attiene ai furti.

3.2 ASSISTENZA DI PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA

3.2.1 Piano regionale prevenzione 2020 -2025	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Promozione della salute e di prevenzione, che accompagnano il cittadino in tutte le fasi della vita, nei luoghi di vita e di lavoro.	Individuazione di un referente aziendale per la partecipazione ai lavori di stesura del nuovo PRP.

3.2.2 Migliorare la salute nei soggetti a rischio MCNT e malati cronici	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Progetti di prevenzione cardiovascolare (c.d. screening opportunistico e Cardio 50)	Prosecuzione dei progetti di prevenzione cardiovascolare già avviati ed eventuali progetti relativi ad altre patologie in coerenza con quanto stabilito dal nuovo Piano Nazionale Prevenzione ancora in fase di elaborazione.

3.2.3 Gli screening oncologici in regione Friuli Venezia Giulia	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Mantenere aggiornate, tramite i distretti, le anagrafi sanitarie verificando assistiti in base ai dati del monitoraggio messi a disposizione dalla Direzione Centrale Salute tramite portale screening.	1. L'azienda di impegna al raggiungimento/ mantenimento della % di inviti inesitati < = 1,5%.
2. 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.	L'azienda di impegna al raggiungimento/ mantenimento delle % di adesione pari al: - 70% per la cervice uterina; - 70% per la mammella; - 70% per il carcinoma del colon retto.
CERVICE UTERINA	
1. Assicurare la collaborazione per la riconversione del programma di screening cervicale estendendo la fascia di popolazione obiettivo invitata a screening con HPV-DNA come test primario alla classe d'età 46-64 aa a partire dal 01.07.2020.	1. Viene assicurata la disponibilità di appuntamenti per mantenere l'intervallo di chiamata entro 36 mesi dall'ultimo Pap test, entro 12 mesi dall'ultimo HPV+ con Pap test negativo. 2. Vengono assicurate le 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)
2. Disponibilità a realizzare su richiesta di ogni AFT un intervento formativo sulla riconversione del programma di screening"	2. Viene assicurata la realizzazione degli interventi formativi richiesti.
3. Protocollo per la gestione clinica del secondo livello dello screening cervicale.	3. Formale adozione del protocollo redatto dall' IRCCS CRO Aviano e formazione degli operatori come da indicazioni della DCS.
4. L'ASFO garantisce i prelievi per HPV-DNA test di secondo livello.	4a. Viene garantita la dotazione degli ambulatori di prelievo delle dotazioni informatiche e delle configurazioni CUPWEB già in uso al primo livello 4b. viene garantita la logistica di supporto (trasporto campioni) da realizzarsi secondo indicazioni DCS
MAMMELLA	
1 Continuare a garantire le sedi per l'erogazione dello screening mammografico	Vengono assicurati: - Requisiti check-list DCS rispettati - Collaborazione negli eventuali sopralluoghi di controllo - Risoluzione delle non conformità evidenziate nei sopralluoghi 2019
2. 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	- Viene garantita sia la lettura del primo livello che la gestione del percorso di approfondimento diagnostico da parte di radiologi certificati.

3. 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	L'azienda si impegna al raggiungimento/mantenimento dei seguenti target: - Tempi di attesa per approfondimenti di secondo livello < = 20 gg da esito positivo della mammografia di primo livello - Percentuale di casi di secondo livello chiusi correttamente > = 95% - Tempo di attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella < = a gg 30 - Percentuale di early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso"/totale dei casi chiusi dall'unità senologica inferiore al 10%
COLON RETTO	
1. 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; 2. Garantire l'offerta della colonscopia di approfondimento di secondo livello entro 30 giorni dalla positività del FOBT di screening	L'azienda si impegna: 1. al mantenimento della % di cartelle correttamente compilate >=95% 2. a mantenere il tempo di attesa per colonscopia di approfondimento di secondo livello < o = 30 giorni

3.2.4 Infertilità Procreazione Medicalmente Assistita (PMA)

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Concorrete alla predisposizione di un programma di prevenzione dell'infertilità femminile e maschile.	Predisposizione condivisa del programma e trasmissione alla DCS entro il 31/12/2020

3.2.5 Gli screening neonatali

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
L'ASFO continua, in armonia con quanto fatto negli anni precedenti, a partecipare alle attività collegate agli screening neonatali nonché al programma regionale per l'identificazione precoce di patologie infantili, coordinate dall'IRCCS Burlo Garofolo.	L'azienda partecipa alle attività collegate agli screening neonatali nonché al programma regionale per l'identificazione precoce di patologie infantili.

3.2.6 Prevenzione degli incidenti domestici

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Sensibilizzazione sul problema dell'incidentalità domestica e promozione la cultura della sicurezza abitativa fra operatori sanitari, popolazione generale, gruppi a rischio e caregiver	Diffusione del materiale informativo realizzato anche attraverso l'inserimento nei nuovi portali aziendali.

3.2.7 Migliorare la salute e la sicurezza nei comparti a maggior rischio	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Mantenere un'adeguata vigilanza nei settori edile e agricolo secondo i parametri definiti a livello nazionale (Progettualità che necessita di una successiva revisione dettata dalla revisione organizzativa /normativa in atto) (Report di attività alla DCS)	1a - 5% delle aziende vigilate (647 aziende dato 2018). 1b - Edilizia: il 12% dei cantieri notificati nel 2019 è vigilato. In caso di significative variazioni incrementali, si raggiungerà almeno il numero dei cantieri vigilati nell'anno 2019 (almeno 254). 1c - Agricoltura: vigilare 43 aziende agricole. 1d - Report di attività alla DCS
2. Collaborare con la DCS e le Aziende Sanitarie alla predisposizione delle attività informative e alla sorveglianza sanitaria dei cittadini riconosciuti da INAIL esposti all'amianto ai fini previdenziali ai sensi della L. 257/92	2. Viene garantita la collaborazione alla campagna informativa e ad eventuali altre iniziative regionali per i cittadini riconosciuti esposti all'amianto ai fini previdenziali da INAIL e non già aderenti alla sorveglianza sanitaria per soggetti ex esposti attualmente in atto nelle Aziende Sanitarie.

3.2.8 Promozione della salute nei luoghi di lavoro	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Realizzare interventi di immunizzazione degli operatori sanitari per la prevenzione e il controllo delle infezioni prevenibili da vaccino.	1. 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
2. Partecipare al Progetto CCM "Implementare la rete WHP in Friuli Venezia Giulia" (Progettualità che non risente della revisione organizzativa/normativa in atto)	2a - Operatori PSAL e dei Dipartimenti di Prevenzione che si occupano di Promozione alla Salute formati con corso regionale sul Programma WHP (80% dei 19 operatori censiti al 8/10/2019, 4 per l'ASFO) 2b - Aumento a livello regionale di almeno il 20% delle imprese aderenti alla Rete WHP (attualmente 15). (5 imprese aderenti alla Rete WHP a Pordenone)
3. Partecipare al Progetto inter-istituzionale "Favorire l'empowerment e l'inclusione sociale delle persone in esecuzione penale e promuovere interventi di giustizia riparativa" attraverso interventi formativi a favore dei detenuti delle case circondariali regionali. (Progettualità che potrebbe necessitare di una successiva revisione dettata dalla revisione organizzativa /normativa in atto)	3. L'azienda assicura la partecipazione degli operatori PSAL all'attività di docenza ai corsi sulla formazione generale ai sensi dell'art. 37, co. 1 lett. a) del D.Lgs. 81/08 dei detenuti dimettendi, organizzata nell'istituto penale di Pordenone (n. 7 a Pordenone).

3.2.9 Miglioramento dei sistemi informativi di sorveglianza	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Sviluppo e mantenimento dei sistemi di sorveglianza nella rete della sanità pubblica regionale	L'ASFO assicura l'attività prevista dai programmi di sorveglianza nazionali PASSI, PASSI d'Argento, Okkio alla salute e HBSC (Health Behaviour in School-aged Children), collaborando sia all'esecuzione che nella restituzione dei risultati.

3.2.10 Ambiente e salute. Facilitare una migliore qualità dell'ambiente e del territorio secondo il modello della salute in tutte le politiche	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Programma di controllo regionale per garantire la tutela della salute della popolazione dalle sostanze radioattive presenti nelle acque destinate al consumo umano secondo quanto previsto dal d.lgs. n. 28 del 15 febbraio 2016	1. Effettuazione di 30 campionamenti I campionamenti saranno eseguiti nel secondo trimestre (aprile-giugno) e nel quarto trimestre (ottobre-dicembre) del 2020.
2. Sorveglianza delle acque potabili. Mappatura dei pozzi privati utilizzati nell'ambito delle imprese alimentari.	2. Viene assicurata la prosecuzione della mappatura dei pozzi che approvvigionano gli stabilimenti riconosciuti (Reg. 852/853) e le imprese alimentari.
3. Garantire un numero di controlli coerenti con il piano nazionale annuale dei controlli in materia di REACH/CLP, per quanto attiene target group e tipologia di sostanze controllate.	3. L'azienda assicura il controllo di 5 imprese.

3.2.11 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive, inclusa la resistenza antimicrobica e Piano nazionale di contrasto alle resistenti antimicrobiche 2017-2020 (PNCAR)	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Aumentare la copertura vaccinale nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, gruppi a rischio per patologie)	Viene garantito il mantenimento/ miglioramento delle coperture vaccinali dell'infanzia e dell'adolescenza: 1a Esavalente (proxy del vaccino esavalente sarà considerata la vaccinazione antipolio) a 24 e 36 mesi e 36 mesi (coorte 2017) 1b - MMR (1 ^a e 2 ^a dose) 1c - Offerta attiva della vaccinazione anti herpes zoster nei 65enni: obiettivo di 40% 1d - Vaccinazione antipertosse (dTap) donne in gravidanza: 15%
2. Sviluppare il piano di monitoraggio del PNPV con gli indicatori individuati dal Ministero Salute. Contribuire alla predisposizione di un documento regionale condiviso con le procedure per la gestione della segnalazione/ monitoraggio eventi avversi a vaccinazione	2a - Invio trimestrale DCS degli indicatori 2b - Documento regionale condiviso con le procedure per la gestione della segnalazione/ monitoraggio eventi avversi a vaccinazione

VETERINARIA	
Sistema Informativo Nazionale della Farmacosorveglianza Ricetta Veterinaria Elettronica (SINF-RE) mantenimento funzionalità sistema informativo	Entro 7 giorni dal ricevimento l'azienda assolve tramite SINF-RE il 100% delle richieste pervenute di aggiornamento/nuova richiesta delle anagrafiche / nuove autorizzazioni tramite SINF-RE per le strutture veterinarie, strutture di detenzione e colonie feline

3.2.12 Alimentazione e salute: promozione di un'alimentazione sana, sicura e sostenibile	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Garantire la partecipazione degli operatori dedicati al percorso formativo programmato a livello regionale sull'allattamento al seno	1. L'azienda garantisce la formazione dell'85% degli operatori dedicati
2. Mantenere ed ottimizzare il sistema di rilevazione sull'allattamento al seno alla dimissione e alla seconda vaccinazione	2. Viene assicurato l'inserimento del 100% schede di rilevazione nel sistema 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 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	3. L'azienda garantisce il contributo al 10% delle gare d'appalto di PA e Enti in corso nel 2020.

3.2.13 Sicurezza alimentare, salute e benessere alimentare	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Garantire la partecipazione degli operatori al percorso formativo programmato a livello regionale sui MOCA.	70% degli operatori SIAN formati entro il 31/12/2020
2. Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare e nutrizionale: ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi previsti 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 2019)	Interventi programmati come da PRISAN: - n. 804 interventi ispettivi per settore programmati per il 2020 - il n. audit per settore programmati per il 2020 - n. valutazioni del rischio programmate - n. di campionamenti di alimenti - n. dei controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni
3. Effettuare i controlli sulla condizionalità come da convenzione con il MIPAAF/AGEA	Effettuare, entro il 31/12/2020, il 100% dei controlli previsti per gli atti di interesse della condizionalità e inserire le evidenze ed i verbali in Banca Dati Nazionale (BDN)
4. Progetto Piccole Produzioni Locali: rafforzare gli interventi in accordo con la Direzione centrale agricoltura	4a - 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>4b - Applicare il protocollo PPL malghe 2020 a tutti gli osa aderenti al 100% delle malghe entro il 30/6/2020.</p> <p>4c - Trasmettere entro il 31/12/2020 una relazione finale dettagliata di verifica aziendale. La relazione dovrà riportare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il numero di PPL registrate ed il numero di ispezioni; - un'analisi critica con punti di forza e debolezza del progetto rilevate sul territorio; - il dettaglio delle attività eseguite su: <ul style="list-style-type: none"> - carni suine e avicunicole - carni di specie diverse - prodotti lattiero caseari di malga - vegetali, confetture, conserve, prodotti da forno, erbe aromatiche, prodotti dell'alveare, vegetali fermentati, lumache, ecc...
5. Sistema informativo SICER: Piena funzionalità del sistema per l'Area dell'Igiene e Sicurezza Alimentare degli Alimenti di origine animale (Area B) e SIAN	5. Entro il 31/7 il 100% degli operatori utilizza le principali funzioni del sistema (aggiornamento anagrafi operatori, registrazione C.U., agenda operatore, report di base)
6. Accreditamento comunitario Malattia di Aujeszky	6. Mantenimento delle attività di monitoraggio e controllo ai fini del mantenimento dello status di Regione indenne (Campioni di sangue presso macellazioni familiari, a spot presso macelli, di suini di provenienza fuori Regione)
7. Benessere animale negli allevamenti e durante il trasporto attuazione dei controlli secondo le linee guida operative dettate dalla Task Force benessere animale, istituita con Decreto 659/SPS del 20/08/2015	7. 100% dei controlli sul benessere animale richiesti dal PRISAN 2020 effettuati
8. Anagrafe ovi caprina: attuazione dei controlli come da indirizzi LEA Ministeriali	8. Raggiungimento del 3% dei controlli su base Regionale come richiesto da LEA Ministeriali
9. Paratubercolosi bovina e ovi caprina: attivazione piano regionale di controllo	9. Effettuare presso almeno il 60% degli allevamenti, campioni di sangue finalizzati alla mappatura dello stato sanitario degli allevamenti bovini e ovi caprini in corso di profilassi, coordinando l'attività dei veterinari aziendali (di cui al DM 07 Dicembre 2017) entro il 31/12/2020
10. Genotipizzazione arieti per Scrapie .	<p>10a - Entro il 30/6/2020 il 100% degli allevamenti soggetti al Piano Regionale è individuato e censito</p> <p>10b - Effettuare il 100% dei campioni di sangue sui capi target ai fini di individuare animali resistenti alla malattia, inserire in BDN il dato ed aggiornare lo status sanitario degli allevamenti entro il 31/12/2020</p>

11. Applicazione del PRP sull'Igiene Urbana Veterinaria.	11. Effettuare il 100% dei controlli, di tutte le attività, sulle strutture di ricovero e custodia della Regione Autonoma FVG sia convenzionate che non convenzionate.
--	--

3.3 ASSISTENZA PRIMARIA

3.3.1 Assistenza distrettuale	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Stratificazione della popolazione	1. Entro il 31.03.2020 in ogni distretto è disponibile la stratificazione della popolazione di riferimento per complessità, sulla base dei dati dello strumento ACG, messi a disposizione dalla Regione. La stratificazione è strutturata anche per ogni singola AFT e per singolo MMG.
2. Definizione committenza	2. Entro il 31.12.2020 i distretti, sulla base della stratificazione della popolazione e sulle ulteriori informazioni a disposizione, definiscono, all'interno del PAT, la committenza 2021 per la popolazione di riferimento. Qualora il distretto non abbia una dimensione sufficientemente consistente, la committenza può essere definita anche a livello sovradistrettuale per aggregazioni di distretti.
3. Piano regionale della cronicità	3. L'ASFO garantisce la collaborazione ad ARCS per l'elaborazione del Piano Regionale della Cronicità.
4. Valutazione multidimensionale pazienti ultra 75enni	4. Il 100% dei pazienti ultra 75enni segnalati dai MMG, secondo l'accordo integrativo regionale 2019, come non noti al Distretto ma meritevoli di presa in carico tramite PAI hanno ottenuto una valutazione multidimensionale e un PAI con conseguente presa in carico entro il 30.06.2020.
5. Definizione modello distrettuale	6. Nell'atto aziendale è definito un modello distrettuale coerente con le indicazioni fornite nelle linee di gestione.
6. Accredimento ECM formazione sul campo in AFT	6. Evidenza dell'accrédimento come FSC ai fini ECM delle attività formative e di audit in AFT previste per il 2020.

3.3.2 Assistenza protesica	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Modello di gestione assistenza protesica	L'azienda garantisce la partecipazione al gruppo tecnico regionale.

3.3.3 Disturbi dello Spettro Autistico	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Minori con disturbo autistico	1. Nel 2020 il 100% dei minori con diagnosi di Disturbo dello spettro autistico che si trovino nel 17esimo anno di vita sono rivalutati in UVM per la definizione di un PAI che garantisca la transizione dai servizi di NPI a quelli dell'età adulta.
2. Disturbi dello Spettro Autistico in età adulta	2. L'ASFO collabora per il tramite dei suoi rappresentanti alla definizione delle linee di indirizzo.

3.3.4 Salute mentale	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Presa in carico e cura dei disturbi psichiatrici in età evolutiva	L'ASFO definisce un percorso integrato di presa in carico e di cura dei disturbi psichiatrici gravi all'esordio ed in fase di acuzie in età evolutiva, in coerenza con quanto previsto dal Piano di Salute Mentale Infanzia Adolescenza ed Età Adulta (DGR 732/2018, par.6.1.5.2) L'azienda collabora alla definizione di iniziative regionali volte alla identificazione di disturbi neuropsichici e neuropsichiatrici ad esordio nell'infanzia e adolescenza e vi partecipa attivamente per quanto di competenza.

3.3.5 Disturbi del comportamento alimentare	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Centri diurni	1. ASFO attiva un centro diurno DCA per adulti e uno per minori nel territorio aziendale.

3.3.6 Cure palliative e terapia del dolore	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Terapia del dolore	Sono rispettati i tempi di attesa per la prima visita algologica nel 90% dei casi per ogni classe di priorità, in caso di richiesta appropriata
Cure palliative	1. $\geq 75\%$ dei decessi con diagnosi di tumore avviene a domicilio o in hospice; 2. L'ASFO è dotata di un numero di posti letto hospice accreditati congruo agli standard LEA; 3. L'ASFO adotta le modalità di registrazione dell'attività attualmente non prevista dai sistemi informatici in uso definite dal coordinamento regionale delle cure palliative.

3.3.7 Cure palliative e terapia del dolore in età pediatrica	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Organizzazione delle cure pediatriche e terapia del dolore in ambito pediatrico	1. L'ASFO garantisce la partecipazione alle attività previste in attuazione del Decreto n. 1771/SPS del 27 dicembre 2016 'modalità organizzative per la gestione delle cure palliative in età pediatrica in ambito regionale.
2. Presa in carico pazienti pediatrici	2. L'ASFO garantisce la partecipazione alla predisposizione e alla condivisione di un documento relativo ai criteri di elegibilità per la presa in carico del paziente pediatrico entro il 31/12/2020 nell'ambito dei lavori della Rete.

3.3.8 Consulteri familiari	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Percorso nascita	1. L'azienda implementa il percorso gravidanza fisiologica a gestione ostetrica. 2. In seguito all'individuazione da parte della DCS l'Azienda aderisce, entro il 31.12.2020, alla sperimentazione della scheda informatizzata.
2. Analisi di approfondimento delle gravidanze in età precoce e dei neonati esposti in relazione alla genitorialità precoce	L'Azienda ha già definito protocolli aziendali di accompagnamento e dimissioni per le gravidanze in età precoce e i neonati esposti

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Predisposizione di strumenti e materiali scientifici multi-professionali, finalizzati al miglioramento delle azioni di rete	1. Evidenza degli strumenti e materiali attraverso report da inviare in DCS. L'Azienda avvia percorsi formativi integrati fra CF e SSC per l'approfondimento di strumenti e materiali.
2. Individuazione di casistica caratterizzata da multi-complessità nell'esercizio delle funzioni genitoriali	2. Report con n. tot della casistica individuata e trattata (specificando il nr. degli incontri per ciascuno: individuazione della casistica con l'utilizzo del gestionale in uso ai Consulteri (criteri di selezione tipo di intervento "Gestione interistituzionale dei casi/Unità di valutazione integrata; aree tematiche Maltrattamento/abuso/trascuratezza e Conflittualità/separazione/divorzio)
3. Attivazione di gruppi trasversali di confronto e mutuo – aiuto per genitori, minori, adolescenti	3. Evidenza del nr. di sottogruppi trasversali avviati e delle tematiche trattate
4. Organizzare spazi e momenti di incontro/attività a sostegno della genitorialità complessa	4. Evidenza del nr. di incontri/spazi e attività avviati a sostegno della genitorialità complessa

3.3.8 Consulteri familiari	
ADOZIONI	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Attività di approfondimento relative a: a) Analisi dati adozioni in FVG 2017-2019 b) Approfondimento su fallimenti adottivi in FVG c) Definizione di percorsi formativi per i docenti di ogni ordine e grado di scuola	1. Evidenza di attività per ogni tematica adottiva e invio alla DCS di dettagliata reportistica su: a) analisi dati adozioni in FVG relativi al triennio 2017 - 2019 (report finale entro dicembre 2020) b) fallimenti adottivi in FVG (report finale entro dicembre 2020) c) percorsi formativi per i docenti di ogni ordine e grado di scuola (report attività entro giugno 2020)
2. Perfezionare l'offerta di informazione e formazione alle coppie aspiranti l'adozione, in collaborazione con gli Enti Autorizzati EE.AA. e l'Ufficio Scolastico Regionale.	2. Report aziendale dei programmi di formazione e informazione svolti dai CF in collaborazione con EE.AA e USR, alle coppie aspiranti l'adozione

3.3.8 Consulteri familiari	
Violenza maschile contro le donne	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Definire reti territoriali tra Aziende Sanitarie, Forze dell'Ordine, Procure, Enti Locali (ovvero Servizio Sociale dei Comuni), Centri Antiviolenza e Associazioni, coinvolti in percorsi e interventi di contrasto alla violenza sulle donne.	Evidenza di definizione e sottoscrizione di protocolli operativi per ciascun ambito territoriale di competenza da inviare in DCS

3.3.9 Sanità Penitenziaria	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Miglioramento delle funzioni di sanità penitenziaria	1. L'ASFO garantisce la partecipazione agli incontri del coordinamento in rete al fine di produrre un proprio regolamento di funzionamento interno e di trasmetterlo in DCS entro il 31.03.2020. 2. Entro il 31.12.2020 l'Azienda realizza almeno un evento formativo congiunto tra personale sanitario e penitenziario finalizzato al miglioramento della comunicazione su obiettivi comuni, portando l'attenzione sulla gestione dei detenuti con bisogni sanitari complessi, salute mentale e dipendenza.

3.3.10 Superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
REMS	Entro il 31/12/2020 l'Azienda predispone e invia alla DCS la reportistica relativa alle persone in REMS, ai PTRI

3.3.10 Superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari	
	inviati all'autorità giudiziaria competente e ai progetti finalizzati per l'adozione di soluzioni diverse dalla REMS

3.3.11 Odontoiatria Pubblica	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Odontoiatria pubblica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Erogazione di almeno 1400 prestazioni/anno per centro erogatore 2. Mantenimento della media aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra al livello raggiunto nel 2019 nelle Aziende con valore > 1.5; raggiungimento del valore di 1.5 per le Aziende che nel 2019 hanno raggiunto una media compresa tra 1.0 e 1.5 e del valore di almeno 1.3 nelle Aziende la cui media nel 2019 è risultata < 1.0 3. raggiungimento della media aziendale annua di 1400 prestazioni/riunito; proiezione 2019: 1560/riunito. 4. mantenimento della percentuale aziendale di visite sul totale delle prestazioni erogate al valore raggiunto nel 2019 nelle Aziende che hanno raggiunto l'obiettivo nel corso dell'anno precedente e riduzione di almeno il 5% (rispetto al risultato ottenuto nel 2019) nelle Aziende che non hanno raggiunto l'obiettivo nel corso dell'anno precedente; 5. invio al coordinatore regionale della reportistica trimestrale sulle liste di attesa, con tutte le informazioni previste, entro il mese successivo alla scadenza del trimestre.

3.3.12 Accredитamento	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Partecipazione attiva al programma di accredитamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti	<ol style="list-style-type: none"> 1.a L'azienda consente 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 DCS. 1.b L'azienda mette a disposizione i professionisti appartenenti alle aree professionali indicate dalla DCS, da avviare al percorso formativo dei valutatori dell'accreditamento
2. Partecipazione al programma di accredитamento nazionale degli organismi tecnicamente accredитanti	2. Come da indicazioni della DCS, l'azienda consente ai propri dipendenti inseriti nell'elenco nazionale dei valutatori dell'accreditamento di partecipare alle

	attività organizzate dal Ministero della salute e dall'Agenas
3. Garanzia del funzionamento dell'OTA FVG	3. L'azienda consente ai propri dipendenti, componenti dell'OTA regionale, di svolgere le funzioni previste dalla DGR 2220/2015 e dal Decreto n. 1899/2017

3.4 ASSISTENZA FARMACEUTICA

3.4.1 Tetti spesa farmaceutica	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>1. Tetto per la spesa farmaceutica per acquisti diretti (farmaceutica ospedaliera, diretta e DPC) = 6,69 % del FSR; Tetto acquisto diretto gas medicinali (ATC V03AN) = 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 2020 sono riepilogati nel capitolo dedicato alle risorse finanziarie.</p>	<p>1. Rispetto dei tetti regionali per la spesa fissati a livello nazionale, secondo il monitoraggio AIFA: -farmaceutica ospedaliera, diretta e DPC = 6,69 % del FSR; - Tetto acquisto diretto gas medicinali (ATC V03AN) = 0,2%; Partecipazione al rispetto dei vincoli. - farmaceutica convenzionata = 7,96 % del FSR. Partecipazione al rispetto dei vincoli. (la verifica è effettuata a livello centrale e il rispetto dei tetti è considerato per regione– monitoraggi AIFA periodici)</p> <p>2. Rispetto dei vincoli regionali: Farmaceutica territoriale convenzionata: 115€/pro capite; Farmaceutica territoriale diretta: 74€/pro capite; Farmaceutica territoriale DPC: 36€/procapite; Farmaceutica ospedaliera: -2% valore del 2019 (monitoraggio mensile indicatori linee di gestione a cura della DCS)</p>

3.4.2 Appropriata prescrizione	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
L'ASFO 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 2020 (in particolare per oncologici, immunologici, farmaci per l'epatite C, terapie intra-vitreali, farmaci del PHT_DPC, equivalenti, IPP, nuova nota AIFA 96, EBPM ecc).	<p>Invio alla DCS di due relazioni semestrali (entro 31/10/2020 e 28/02/2021) da cui si evincano:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3 obiettivi assegnati alle U.O aziendali relativi a setting specialistici ad alto impatto di spesa; - 2 obiettivi assegnati alle UO aziendali relativi all'ambito territoriale (distrettuale, ambulatoriale, MMG) al fine di favorire l'appropriatezza;** - Azioni intraprese per le categorie principali <p><i>Modalità di valutazione:</i></p>

	Relazioni inviate nei termini: sì/no (peso 50%) Relazioni congruenti in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 50%)
--	---

3.4.4 Appropriately prescrittiva. Indicatori in ambito territoriale	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Rispetto degli indicatori sartani, IPP, antibiotici e antidepressivi.	Rispetto dei target indicati nelle tabelle sotto riportate- <i>Modalità di valutazione complessiva:</i> 4-5 indicatori a target = raggiunto 3 indicatori a target = parzialmente raggiunto < 3 indicatori a target = non raggiunto

Indicatore	Dato ASFO 2019 8 mesi	Target atteso
Incidenza di sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (anti-ipertensivi)	39,50%	≤ 30 %
Consumo pro –capite di farmaci inibitori di pompa protonica	31,11	≤25 up pro cap

Indicatore	Dato ASFO 2019 8 mesi	Target atteso
Consumo di antibiotici sul territorio DDD 1000 res. pes. die	16,97	≤ 16,50
Consumo di antibiotici in età pediatrica DDD 1000 res. pes. die	15,61	≤ 14,80

Indicatore	Valore aziendale 2018	Target atteso
Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi	23,35	≤21,50

3.4.5 Biosimilari	
Obiettivo	Risultato atteso
Indicatori per categorie di medicinali in cui è disponibile l'alternativa biosimile.	- Invio alla DCS di due relazioni semestrali (entro il 31/10/2020 e 28/02/2021) su schema fornito dalla Direzione Salute descrittive delle attività svolte, dei percorsi attivati con i prescrittori e delle ricadute per il SSR, specificatamente per gli ambiti dell'assistenza

	<p>ospedaliera e territoriale (diretta, DPC e convenzionata).</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i> Relazioni inviate entro il 31.10.20 ed entro il 28.02.21: sì/no secondo schema DCS;</p>
--	---

3.4.6 Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali	
Obiettivo	Risultato atteso
<p>1. Ottimizzazione e monitoraggio della DPC e della diretta</p> <p>2. 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>	<p>1. Invio di due report semestrali (come da schema della DCS) sull'attività svolta nell'ambito della DPC e della distribuzione diretta, entro il 31.10.20 ed entro il 28.02.21.</p> <p>2. Consolidamento degli accordi per l'erogazione del primo ciclo con il Policlinico San Giorgio.</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i> Relazioni sulle attività inviate nei termini: sì/no</p>

3.4.7 Rapporto con le aziende farmaceutiche e biomedicali	
Obiettivo	Risultato atteso
<p>Nel corso del 2020 l'azienda favorisce la diffusione a tutti gli operatori sanitari e l'applicazione a tutte le Strutture aziendali.</p>	<p>Applicazione del regolamento entro il 31.12.2020 da parte di tutte le strutture aziendali-</p> <p>Invio alla DCS delle evidenze entro il 28/02/2021.</p>

3.4.8 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. Mantenimento 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, l'Azienda garantisce modalità di acquisizione e di erogazione che favoriscano l'efficienza del SSR</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i> Evidenza delle azioni intraprese: sì/no</p>

3.4.9 Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	
Obiettivo	Risultato atteso
REGISTRI AIFA E RECUPERO RIMBORSI	
<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>-Armonizzazione dei percorsi aziendali (monitoraggi/controlli effettuati) per la risoluzione di eventuali criticità legate al mancato inserimento o all'inserimento ritardato dei pazienti in piattaforma, che deve essere garantito per il 100% dei casi ai fini della rimborsabilità.</p> <p>- Assicurare l'invio delle Richieste di Rimborso secondo le modalità definite da AIFA per tutti i farmaci con accordo MEA, anche attraverso la nuova piattaforma gestione rimborsi in fase di avvio.</p> <p>- Riscontro agli approfondimenti/richieste di verifica relative ai registri AIFA/procedure di rimborso, inviate nei termini indicati.</p>
PRESCRIZIONI PERSONALIZZATE PSM ITER ELETTRONICO	
<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>Avvio di azioni di sensibilizzazione su quelle strutture/reparti per i quali si rileva un modesto utilizzo dell'iter elettronico, al fine di ridurre l'erogazione derivante da prescrizioni cartacee indotte verso altre aziende.</p>	<p>% delle confezioni erogate in distribuzione diretta nominale hanno una prescrizione effettuata con il sistema PSM - iter elettronico $\geq 90\%$.</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i> Target rilevati dalla DCS.</p> <ul style="list-style-type: none"> - % $\geq 90\%$: obiettivo raggiunto - % tra 75% e 89%: obiettivo parzialmente raggiunto - % < 75%: obiettivo non raggiunto
PRESCRIZIONE INFORMATIZZATA DEI PIANI TERAPEUTICI	
<p>L'ASFO 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 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.</p> <p>Nel favorire l'implementazione di tale sistema informatizzato sarà inoltre assicurato il controllo dei</p>	<p>% di ricorso alla prescrizione informatizzata tramite applicativo PSM-PT per tutti i pazienti: > 65%</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i> 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"> - % PT informatizzati per tutti i pazienti > 65% raggiunto - % PT informatizzati per tutti i pazienti tra 50 e 65% parzialmente raggiunto

piani terapeutici ed il rispetto delle note limitative AIFA.	- % PT informatizzati per tutti i pazienti < 50% non raggiunto
FLUSSI INFORMATIVI FARMACEUTICA	
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 (> 99% confezioni) in fase di erogazione diretta dei medicinali (applicativo PSM). L'ASFO da riscontro ad eventuali approfondimenti richiesti dalla Direzione Centrale, anche su istanza Ministero della Salute, entro 15 giorni dalle comunicazioni.	<p>Verifiche dei dati entro il 10 di ogni mese</p> <p>Integrale copertura fase 3/fase 2 (> 99,5% della spesa negli ambiti previsti).</p> <p>Inserimento codice targatura in fase di erogazione diretta dei medicinali (> 99%).</p> <p>Riscontro entro 15 giorni agli eventuali approfondimenti richiesti o segnalazioni inviate.</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - copertura fase 3/fase 2: target rilevati dalla DCS % > 99,5%: raggiunto % tra 99% e 99,5%: parzialmente raggiunto % < 99%: non raggiunto <ul style="list-style-type: none"> - Targatura: target rilevati dalla DCS: - % confezioni diretta PSM > 99%: raggiunto - % confezioni diretta PSM da 97% a 99%: parzialmente raggiunto - % confezioni diretta PSM < 97%: non raggiunto <ul style="list-style-type: none"> - Riscontri agli approfondimenti effettuati nei termini: sì/no

3.4.10 Farmacovigilanza	
Obiettivo	Risultato atteso
1. L'ASFO assicura la partecipazione dei sanitari interessati e il supporto alle attività organizzate secondo quanto previsto dalle procedure operative AIFA per i CRFV e i RLFV.	<p>1a. Evidenza della partecipazione del responsabile aziendale di FV o di un suo delegato alle attività avviate dalla DCS e agli eventi formativi/workshop organizzati dalla stessa o dall'AIFA (incontri periodici, stato di avanzamento progetti affidati alle Aziende sanitarie, eventi formativi AIFA).</p> <p>1b. Evidenza delle attività di formazione dei responsabili di FV aziendali secondo quanto previsto dalla procedura AIFA per i CRFV/organismi di FV stabilmente definiti (16 ore/anno su tematiche di FV)</p> <p>Modalità di valutazione:</p> <p>Partecipazione agli incontri periodici: sì/no (presenza di almeno l'80% dei RLFV)</p> <p>Evidenza delle 16 ore/anno di formazione prevista per i RLFV: sì/no</p>

<p>Nell'ambito della progettualità pluriennale avviata nel 2018 (Farmacisti in ospedale/territorio) con il coinvolgimento di tutte le Aziende sanitarie, l'azienda garantisce la partecipazione agli incontri periodici del gruppo di Coordinamento e l'invio della relazione scientifica e della rendicontazione come stabilito dalla Convenzione in essere.</p>	<p>Evidenza della partecipazione agli incontri periodici del gruppo di Coordinamento del progetto ed invio della relazione scientifica e della rendicontazione secondo le tempistiche della convenzione in essere.</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Partecipazione agli incontri periodici: sì/no - Presenza della relazione scientifica e della rendicontazione entro le tempistiche previste dalla convenzione in essere: sì/no.
---	---

3.5 INTEGRAZIONE E ASSISTENZA SOCIOSANITARIA

3.5.1 Non autosufficienza	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Assicurare il corretto utilizzo delle risorse destinate del Fondo nazionale per la non autosufficienza attraverso la certificazione delle persone in condizione di disabilità gravissima</p>	<p>Per tutte le persone valutate in sede di UVM sono raccolte le informazioni previste ai sensi dell'art. 3 del DM 26 settembre per certificare la condizione di disabilità gravissima.</p>

3.5.2 Anziani	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Proseguire il progetto regionale PRISMA 7 ovvero il programma intervento di sorveglianza attiva rivolto alla popolazione anziana a rischio di fragilità</p>	<p>L'ASFO definisce i contenuti della seconda fase del programma - intervento di sorveglianza attiva rivolto alla popolazione anziana a rischio di fragilità con indicato il numero di anziani coinvolti, gli interventi programmati e i risultati attesi;</p>
<p>Assicurare la Valutazione Multi Dimensionale a tutte le persone prese in carico</p>	<p>Tutte le persone per le quali è previsto l'accoglimento in un servizio semiresidenziale o residenziale secondo le disposizioni normative vigenti sono valutate con lo strumento Val.Graf-FVG.</p>
<p>Promuovere, avviare, attuare e monitorare i progetti di abitare inclusivo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tutti i progetti di abitare inclusivo autorizzati dalla regione sono attuati previa stipula di apposita convenzione tra i soggetti coinvolti; - il budget di salute è attivato per tutte le persone anziane non autosufficienti inserite nelle sperimentazioni di abitare inclusivo
<p>Dare attuazione alle indicazioni regionali per l'organizzazione ed il funzionamento del servizio di teleassistenza e telesoccorso al fine di migliorare l'appropriatezza del servizio e la presa in carico delle persone</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Le nuove attivazioni sono autorizzate indicando il profilo di bisogno dell'utente nell'apposita modulistica o direttamente nel portale;

	<ul style="list-style-type: none"> - Gli interventi distrettuali sono definiti e modulati in relazione ai profili di bisogno e alle tipologie di allarmi significativi - I Distretti sanitari iniziano ad utilizzare il portale dedicato per la gestione ed il monitoraggio del servizio dei propri utenti (almeno il 10% delle richieste di nuove attivazioni avviene attraverso il portale) a seguito dell'attivazione del portale.
Garantire la prosecuzione del programma di riclassificazione delle residenze per anziani	<ul style="list-style-type: none"> - Per tutte le residenze autorizzate all'esercizio in deroga temporanea con atto in scadenza nel 2020 è stata attuata la procedura di cui al titolo X del D.P.Reg. 144/2015 con il rilascio degli atti previsti. - Per tutte le residenze autorizzate all'esercizio è stata verificata la conformità ai requisiti organizzativi, gestionali, di dotazione strumentale e di personale previsti.
Garantire la prosecuzione del programma di valutazione e di sorveglianza	<ul style="list-style-type: none"> - Sono effettuate almeno 2 interviste di audit per azienda. - L'ASFO redige e trasmette alla Direzione Centrale competente entro il primo semestre del 2020, una relazione illustrativa delle attività di monitoraggio e promozione della qualità svolte nell'anno precedente.

3.5.3 Disabilità	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Assicurare la Valutazione Multi Dimensionale a tutte le persone prese in carico	<ul style="list-style-type: none"> - L'Azienda identifica le persone da valutare con Q-VAD; - Tutte le persone in carico ai servizi residenziali e semiresidenziali sono state valutate con lo strumento Q-VAD (parte sanitaria); - Tutti i nuovi accessi sono sottoposti alla valutazione con Q-VAD.
Promuovere e sostenere percorsi innovativi atti ad assicurare i trattamenti socio-riabilitativi sperimentali a favore di persone con disabilità utilizzando lo strumento del budget di salute	<ul style="list-style-type: none"> - I protocolli per la presa in carico delle persone con disabilità intellettiva e comorbidità psichiatrica sono aggiornati; - Numero di progetti personalizzati sperimentali attivati e co-finanziati;
Condurre e valutare attività sperimentali finalizzate a gestire in sicurezza il processo di somministrazione e di aiuto all'assunzione della terapia farmacologica per le persone con disabilità accolte nei servizi residenziali e semiresidenziali	<ul style="list-style-type: none"> - Nella sperimentazione è coinvolta almeno una struttura per AAS - Tutti gli operatori impiegati nella struttura inclusa nella sperimentazione sono inseriti nei percorsi formativi

- Incident reporting: assenza di eventi o quasi eventi

3.5.4 Minori	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Assicurare la Valutazione Integrata dei minori presi in carico	<ul style="list-style-type: none"> - Per ogni minore accolto in struttura viene effettuata la valutazione con gli strumenti previsti; - Tutti i minori valutati dispongono del relativo profilo di bisogno così come indicato nelle linee di indirizzo;
Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata	<ul style="list-style-type: none"> - Tutti i minori accolti nelle strutture residenziali e semi-residenziali dispongono di un progetto personalizzato per la presa in carica integrata - Riduzione del numero di minori inseriti in strutture residenziali fuori regione - Numero di budget personali sostenuti con il budget di salute (quota sanitaria) attivati per minori afferenti all'area della neuro-psichiatria infantile

3.5.5 Salute Mentale	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Proseguire e consolidare l'attività di rivalutazione delle persone titolari di BIS	Il 65% delle persone con BIS sono (ri)valutate con lo strumento in uso
Promuovere le policy e le progettualità recovery oriented	I Progetti recovery oriented con coinvolgimento di stakerholders e peer support workers sono in aumento rispetto all'anno precedente .
Assicurare i debiti informativi	I piani terapeutici sono inseriti nell'applicativo pointPSM.

3.5.6 Dipendenze	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Proseguire l'attività di valutazione integrata	Almeno cinque operatori sono formati sulla valutazione integrata delle persone con dipendenza patologica organizzata dalla regione
Promuovere l'integrazione tra servizi ed il terzo settore per supportare la rete di cura	Rilevazione delle criticità emerse nel territorio e stesura del piano di intervento
Aumentare gli interventi di prevenzione nelle persone a rischio di disturbi correlati al gioco d'azzardo	Aumento del numero di persone contattate nell'attività di accoglienza, informazione e orientamento per la prevenzione e la gestione del disturbo del gioco d'azzardo.

Sviluppo e consolidamento di interventi finalizzati al miglioramento della presa in carico delle persone con problemi di dipendenza patologica	<ul style="list-style-type: none"> - Numero di Budget di salute attivati; - Esecuzione di test per prevenire e ridurre il rischio di acquisizione e trasmissione delle malattie correlate all'uso di sostanze stupefacenti sul 70% delle persone testabili; - Sviluppo di almeno 1 progetto per favorire la cessazione del fumo
Miglioramento del sistema per la valutazione della presa in carico	Sono predisposti almeno 6 indicatori di processo e di esito attraverso l'invio dei flussi informativi all'Osservatorio

3.6 ASSISTENZA OSPEDALIERA

3.6.1 Governo clinico e reti di patologia	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
MODELLO REGIONALE DI RETE DI PATOLOGIA	
Costituzione di un Nucleo Funzionale (che verrà descritto dal modello regionale di riferimento previsto per febbraio 2020 a cura dell'ARCS) che parteciperà a vario titolo alle attività di formazione e conduzione di reti e PDTA	entro marzo 2020 l'ASFO invia ad ARCS l'evidenza della Costituzione del Nucleo Funzionale e dei referenti Aziendali formati/formandi
Predisposizione piano di miglioramento a breve-medio termine su indicatori individuati da ARCS relativamente ai percorsi del paziente con ictus, con diabete e del paziente con cancro della mammella	- In seguito all'invio dell'elenco indicatori fornito dall'ARCS, l'ASFO predispone un Piano di miglioramento entro il 30.06.2020, con l'indicazione dei tempi di implementazione.
RETE CUORE	
PDTA scopenso cardiaco	<p>Diffusione e adozione del PDTA regionale sullo scopenso cardiaco tra i professionisti dei setting clinico-assistenziali coinvolti.</p> <p>Evidenza del trattamento dei pazienti con insufficienza cardiaca cronica riacutizzata gestiti in Pronto Soccorso (Invio di un report semestrale alla DCS con evidenza del numero dei casi trattati).</p>
RETE ICTUS	
Aggiornamento PDTA	L'Azienda garantisce la partecipazione al gruppo tecnico regionale coordinato da ARCS, per la revisione del PDTA entro settembre 2020.
Realizzazione di audit, con partecipazione di ARCS, con redazione di piano di miglioramento entro 2020	L'Azienda recepisce il report e piano di miglioramento dell'audit coordinato dall'ARCS, entro novembre 2020

Utilizzo degli strumenti di screening su G2 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 nelle strutture identificate	Invio report di monitoraggio I° e II° semestre
RETE MAMMELLA	
Aggiornamento PDTA	L'azienda garantisce la partecipazione alla revisione del PDTA entro settembre 2020, coordinato da ARCS
Realizzazione di audit, con partecipazione di ARCS, con redazione di piano di miglioramento entro 2020 (obiettivo Aziende SSR)	l'Azienda predispose un report e un piano di miglioramento dell'audit coordinato dall'ARCS, entro novembre 2020, con l'indicazione dei tempi di implementazione
RETE MALATTIE REUMATICHE	
Farmaci biologici	Evidenza delle modalità di diffusione e adozione del documento di indirizzo sulla terapia con farmaci biologici, anche nell'ambito della medicina convenzionata
Prescrizione farmaci biologici	100% delle prescrizioni di farmaci biologici avviene con l'utilizzo dello strumento informatizzato per l'appropriatezza prescrittiva (1 report per semestre).
MALATTIE INFETTIVE	
Medico malattie infettive	Ogni presidio ospedaliero spoke ha almeno un medico di malattie infettive assegnato a tempo pieno.
Strutture di Microbiologia e virologia	La struttura di Microbiologia e virologia della PO di Pordenone è già attiva o attivabile sulle 24H 365 die/anno.
FEGATO	
Adozione delle Linee di indirizzo per l'identificazione, l'inquadramento clinico e l'invio al trattamento farmacologico dei pazienti affetti da infezione cronica da virus dell'epatite C (HCV)	Invio monitoraggio N° pazienti arruolati alla terapia DAA nel 2020 – 31.12.2020
Utilizzo dei codici ICD9 nelle visite ambulatoriali ad indirizzo epatologico	Invio dati di attività epatologica (codici diagnosi) giugno e dicembre 2020
MALATTIE RARE	
Alimentare il Registro regionale Malattie Rare di cui al DM 279/2001 con inserimento del 100% dei casi diagnosticati	Tutti i pazienti che hanno un certificato di esenzione sono inseriti nel registro regionale
INCONTINENZA URINARIA	
Partecipazione alla stesura e all'implementazione del PDTA a supporto del recepimento del documento tecnico di indirizzo sull'incontinenza di cui all'accordo Stato-regione n° 15/CSR del 24 gennaio 2018	L'ASFO partecipa alla predisposizione del PDTA entro settembre 2020, anche relativamente all'incontinenza pediatrica (con la collaborazione del Burlo).

ENDOMETRIOSI	
PDTA endometriosi	L'azienda garantisce la collaborazione con la DCS per la predisposizione entro il 31/12/2020 del PDTA per le donne con endometriosi.

3.6.2 Emergenza urgenza	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
PRONTO SOCCORSO	
Pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h	Mantenimento / miglioramento della percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde, ad almeno l'80% (spoke) o 65% (hub) Stima 2019: Pordenone: 54,3% San Vito/Spilimbergo: 64,7%
Pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore	Mantenimento / miglioramento della percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore, portandola a valori superiori all'85% (spoke) e 75% (hub) Stima 2019: Pordenone: 77,5% San Vito/Spilimbergo: 66,6 %
Adesione al Programma di Formazione a distanza (FAD) per operatori socio-sanitari dei Pronto Soccorso attraverso la partecipazione del personale delle Aziende Sanitarie e dei Pronto Soccorso, coinvolti in percorsi e interventi di contrasto alla violenza sulle donne	Almeno il 20% degli operatori socio-sanitari dei Pronto Soccorso coinvolti in percorsi e interventi di contrasto alla violenza sulle donne partecipa al Programma di Formazione a distanza (FAD)
EMERGENZE CARDIOLOGICHE – STEMI	
Aumento della percentuale di accesso diretto al SSR tramite chiamata al 118 dei pazienti con dolore toracico	incremento del 10% degli accessi tramite 112 ai PS Hub (PN, TS, UD) e del 20% ai PS Spoke
Compilazione data-set PACS emodinamica nei 3 Centri Hub nei pazienti con STEMI	presenza e completezza $\geq 95\%$ dei dati richiesti per ogni record/paziente con STEMI
Strutturazione del percorso di riabilitazione ambulatoriale/follow-up post STEMI	Evidenza di inserimento in agende dedicate entro 2 mesi dalla dimissione di almeno il 60% dei pazienti con diagnosi di STEMI
EMERGENZE CARDIOLOGICHE – NSTEMI	
Attivazione in ogni azienda del sistema CUP Web per la segnalazione e trasferimento dei pazienti in attesa di coronarografia.	100% dei pazienti NON URGENTI con NSTEMI sottoposti a coronarografia hanno evidenza di segnalazione attraverso l'agenda dedicata

L'agenda CUP Web di un Hub è visibile ed utilizzabile anche dagli Spoke non di riferimento.	
Strutturazione del percorso di riabilitazione ambulatoriale/follow-up post NSTEMI	Evidenza di inserimento in agende dedicate entro 2 mesi dalla dimissione di almeno il 60% dei pazienti con diagnosi di NSTEMI
EMERGENZE CARDIOLOGICHE – SINDROME AORTICA ACUTA	
Implementazione in tutti i presidi ospedalieri dei sistemi di teleradiologia e teleconsulto radiologico e cardiocirurgico per i pazienti con sospetta SAA	Attestazione da parte della messa a regime del sistema di telemedicina entro il 31 marzo 2020.
Utilizzo dei sistemi di telemedicina (teleradiologia, teleconsulto radiologico, teleconsulto cardiocirurgico) nei pazienti con Sindrome Aortica Acuta trasferiti dai centri Spoke ai Centri Hub	% di pazienti con SAA trasferiti dai centri Spoke ai centri hub per i quali è stato utilizzato il sistema di telemedicina >= 75% (1 aprile- 31 dicembre 2020).
SALA OPERATIVA REGIONALE EMERGENZA SANITARIA (SORES)	
Articolazioni territoriali aziendali	Costituzione e attivazione, entro il 31.08.2020, delle articolazioni aziendali territoriali
Formazione Coordinatore di volo sanitario	Il 100% dei coordinatori di volo sanitario (CVS) aziendali partecipa ai percorsi formativi per le attività della centrale
Formazione degli operatori di ambulanza	Entro il 30 marzo ogni AT deve inviare almeno 3 infermieri al percorso formativo delle AT che operano anche presso la Centrale
Programmazione turni attività SORES	Il 100% degli operatori formati addetti alle attività di Elisoccorso e SORES partecipa alla programmazione dei turni di attività della Centrale Operativa e dell'Elisoccorso
Formazione degli operatori di ambulanza delle AT che operano anche presso la Centrale.	Entro il 30 marzo ogni AT deve inviare almeno 3 infermieri al percorso formativo
Garantire la disponibilità e presenza in Centrale del personale delle AT	Evidenza sui turni di attività della CO della presenza di operatori delle AT: - dal 1 maggio presenza di 1 operatore sulle 12 ore - dal 1 luglio presenza di 1 operatore sulle 24 ore
Assicurare la dotazione dei mezzi previsti per l'emergenza urgenza	L'azienda attiva tutti i mezzi previsti (riferimento alla DGR 2039/2015 e verbali Dipartimenti intraziendali).

3.6.3 Indicatori di attività ospedaliera	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Tasso di ospedalizzazione	Contenimento del tasso di ospedalizzazione entro il 125 x mille. Stima 2019: 122 ‰.
Ricoveri in day hospital medico per acuti con finalità diagnostica	Riduzione del numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica, ricorrendo anche ad un maggiore utilizzo del <i>day service</i> , portando la

	percentuale al di sotto del 20% per gli adulti e del 40% per i pediatrici. Stima 2019: adulti = 18% ; pediatrici=65%
Ricoveri medici oltre soglia	Riduzione della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni, portandola al di sotto del 4% Stima 2019: 1,0%
Controlli di appropriatezza	L'azienda effettua i controlli di appropriatezza delle prestazioni effettuate dagli erogatori pubblici e privati, secondo il piano dei controlli programmato dallo specifico gruppo di coordinamento regionale (si rimanda alla Linea 3.1.4. Controlli qualità e appropriatezza delle prestazioni)
INSUFFICIENZA CARDIACA CRONICA	
Tasso di ricovero per scompenso cardiaco	Mantenimento / Miglioramento del tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti di 50-74 anni, portandolo per ogni azienda sotto il valore di 200 Stima 2019: 164
PANCREAS	
Tasso amputazioni maggiori per diabete	Riduzione del tasso di amputazioni maggiori per diabete portandolo al di sotto di 28 casi per milione di residenti. Stima 2019: 13
POLMONE	
Tasso di ospedalizzazione per BPCO	Riduzione del tasso di ospedalizzazione per BPCO portandolo al di sotto del 55 per 100.000 residenti di 50-74 anni Stima 2019: 45
TRAUMA	
Frattura di femore	Trattamento della Frattura di femore entro 48H in almeno il 70% (hub) o 80% (spoke) dei casi trattati dal presidio ospedaliero Stima 2019: Pordenone: 73,7%, San Vito/Spilimbergo: 76%
RENE	
Dialisi peritoneale	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). Stima 2019: 46%

3.6.4 Trapianto e donazione	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
CUORE	
Trapianto cardiaco Coinvolgimento del <i>case manager</i> clinico (Hub e Spoke) nel percorso di candidabilità del paziente al trapianto e nel follow-up (successivo al primo anno)	Evidenza della presenza del Case Manager (così come definito dal PDTA) ai meeting presso il Centro Regionale Trapianti (CRT) per valutare la candidabilità al trapianto in almeno il 50% dei pazienti trapiantati. Evidenza della presenza del Case Manager nei meeting presso il CRT per condividere il follow-up dei pazienti successivo al primo anno, in almeno il 50% dei pazienti trapiantati. Il dato si rileva manualmente dai registri/verbali del meeting
Trapianto cardiaco	Evidenza delle modalità di diffusione e adozione del PDTA regionale sul trapianto cardiaco tra i professionisti dei setting clinico-assistenziali
Percorsi assistenziali a valenza regionale	Attivazione dei 2 percorsi assistenziali a valenza regionale VAD e ECMO e attivazione registro con monitoraggio semestrale dei decessi in ECMO
Donatore Cuore Fermo (DCD)	Recepimento percorso DCD e collaborazione al percorso di Formazione inerente il DCD
FEGATO	
Percorsi assistenziali a valenza regionale	Partecipazione alla formalizzazione di almeno 2 percorsi assistenziali a valenza regionale, dei quali almeno uno che riguarda i pazienti trapiantati
Iscrizione Centro trapianto	Iscrizione in lista trapianto, presso il centro trapianti dell'ASUIUD, con incremento di almeno il 10% rispetto ai pazienti nell'anno 2019
Iscrizione in lista presso il Centro Trapianti fegato regionale	Evidenza di segnalazione
POLMONE	
Percorsi assistenziali a valenza regionale	- Partecipazione alla formalizzazione della filiera polmone della rete per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti. - Avvio del PDTA Trapianto di Polmone
RENE	
Rete trapiantologica renale	L'azienda individua e mette a disposizione almeno un professionista per la definizione di strumenti operativi per la rete trapiantologica renale regionale
Trapianti di rene	Potenziamento del programma Trapianti di rene con:

	<ul style="list-style-type: none"> - incremento di almeno il 10% dei pazienti inseriti in lista di attesa di trapianto con criteri non standard - incremento di almeno il 10% dei pazienti inseriti in lista di attesa di trapianto doppio con criteri allargati (ex marginali)
Potenziamento del programma Trapianti di rene	<p>a. evidenza della presenza dei dati a sistema (G2) propedeutici al monitoraggio dei tempi di iscrizione in lista di trapianto in accordo con quanto definito nel PDTA trapianto di rene</p> <p>b. riduzione dei Tempi di iscrizione in lista trapianto (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 come richiesto in sede di Commissione Regionale)</p>
Programma nazionale donazione di organi 2018-2020	
1. Confronto semestrale tra registro Decessi con Lesione Cerebrale Acuta DLCA e SDO con codici ICD-9 CM	1. Stima del delta tra registro decessi con lesione cerebrale acuta (DLCA) e SDO con codici ICD-9 CM
2. Implementazione delle segnalazioni secondo indicatori standard	<p>2.a. Proc. 1 donatori effettivi (*)/decessi per lesione cerebrale acuta (buono > 16-25%)</p> <p>2.b. Proc. 2 potenziali donatori (AMC=donatori utilizzati+opposizioni+procurati)/ decessi per lesione cerebrale acuta (buono > 21-40%)</p> <p>(*) per gli Ospedali dove non si effettua l'Accertamento di Morte Cerebrale (AMC) vanno conteggiate le centralizzazioni</p>
DONAZIONE E TESSUTI	
Donazioni cornee	Numero delle donazioni cornee deve essere almeno pari al 3% dei decessi
Donazione multitessuto	In Azienda è già operativo un programma di donazione multitessuto
Atti aziendali	Prevedere all'interno degli atti aziendali obiettivi di donazione e/o di revisione dei protocolli operativi
CELLULE STAMINALI EMATOPOIETICHE	
Istituzione trapianto CSE congiunto e formalizzazione presso Autorità nazionali competenti (CNT- GITMO)	Costituzione di un tavolo interazionale per la definizione di un programma congiunto. Conclusione del percorso entro 31/5/2020.

3.6.5 Percorso Nascita	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Comitato percorso nascita regionale	L'ASFO adotta le azioni di miglioramento definite all'interno del Comitato percorso nascita regionale rispettando le tempistiche stabilite.
Tagli cesarei: rispettare le soglie indicate nel DM 70/2015 e nell'Accordo Stato Regioni 14/CRS 2018 e rendicontare alla DCS	- Tagli cesarei primari nei PN di I livello o con un numero di parti inferiore o uguale a 1000: $\leq 15\%$ Stima 2019: San Vito/Spilimbergo: 13,7% - Tagli cesarei primari nei PN di II livello o con un numero di parti superiore a 1000: $\leq 25\%$ Stima 2019: Pordenone: 19,9%
GRAVIDANZE A BASSO RISCHIO Corso di formazione ostetriche	L'azienda entro il 30/9/2020 realizza i programmi formativi rivolti alle ostetriche che seguono le gravidanze a basso rischio.
SCREENING E DIAGNOSI PRENATALE Corso di formazione professionisti	L'ASFO, anche congiuntamente con ASUFC e Burlo, entro il 31/12/2020 realizza almeno 1 evento formativo dedicato ai professionisti coinvolti nelle attività di screening e diagnosi prenatale

3.6.6 Pediatria	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Rete oncologica pediatrica	Evidenza di costituzione della rete entro il 31/12/2020
Area emergenza-urgenza	- Entro il 30/8/2020 l'Azienda implementa nella propria organizzazione il documento regionale di trasporto pediatrico in emergenza urgenza - l'Azienda presenta un report relativo all'ultimo quadrimestre che evidenzia l'aderenza al documento regionale (almeno il 90% dei trasporti è effettuato secondo le modalità definite)
Tele-refertazione	Entro il 30/6/2020 l'azienda implementa l'operatività del sistema di tele-refertazione per second opinion in radiologia pediatrica
Carta dei Servizi pediatrici	Entro il 31/12/2020 sarà approvata 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.

3.6.7 Sangue ed emocomponenti	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Accreditamento dei servizi trasfusionali regionali	Il servizio è accreditato
Contributo all'autosufficienza regionale e nazionale	-Partecipazione alle attività di raccolta sangue e plasma destinato al frazionamento industriale (pari a 27.000 kg in regione) con adeguamento agli standard qualitativi concordati
Sicurezza ed appropriatezza trasfusionale	- Partecipazione ai programmi regionali di sorveglianza trasfusionale. - Mantenimento dell'attività del Cobus

3.6.8 Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Prosecuzione programmi Rete Cure Sicure	Prosecuzione dei programmi a regime e integrazione con eventuali nuove azioni
Adattamento figure professionali	adattamento delle figure professionali (numero e tipologia dei professionisti) coinvolte nella Rete Cure Sicure FVG, in relazione al nuovo assetto istituzionale e partecipazione dei RAP agli incontri attinenti i programmi specifici.
Trasparenza e informazione	Presenza sul sito web aziendale dei dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio
Eventi sentinella	Compilazione del questionario per il monitoraggio della implementazione delle raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella
Buone pratiche	Inserimento di una esperienza di buona pratica per la Call for Good Practice (Agenas)
Indicatori semestrali di valutazione	Invio dei 2 moduli di valutazione degli indicatori semestrali
Tutti gli ospedali partecipano ai programmi di sorveglianza delle ICA, con evidenza di monitoraggio degli indicatori regionali.	Partecipazione ai programmi di sorveglianza delle ICA
Prosecuzione programma "Antimicrobial stewardship"	- Revisione dei documenti di indirizzo terapeutico secondo le indicazioni del tavolo regionale dei RM - diffusione e condivisione dei report regionali sul consumo di antibiotici e sulle resistenze batteriche nelle unità operative ospedaliere, nei distretti e nelle AFT - monitoraggio degli indicatori delle "Linee regionali per il riconoscimento precoce e la gestione della sepsi associata alle pratiche assistenziali", secondo le indicazioni del tavolo regionale dei RM

	- identificazione di un referente MMG (link professional) per AFT
Prosecuzione programma "Prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza"	- diffusione dei dati relativi alla PPS 2019 - partecipazione alla revisione e alla messa a regime del documento sui microrganismi alert - diffusione dei dati relativi alla sorveglianza sulla ISC 2019 - ripetizione della sorveglianza di incidenza sulle ISC e sui comportamenti nel Blocco Operatorio - monitoraggio applicazione bundle
Prosecuzione programmi Sicurezza del farmaco	- prosecuzione del programma per la riduzione del consumo di inibitori di pompa protonica secondo le indicazioni del tavolo regionale RM - prosecuzione del programma per la riduzione del consumo di benzodiazepine e degli ipnotici nelle case di riposo secondo le indicazioni del tavolo regionale RM - identificazione di un referente MMG (link professional) per AFT
Prosecuzione programmi Violenza a danno degli operatori	Secondo le indicazioni del tavolo regionale RM

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Programma dedicato al Personale (operatori)	1. e 2. E' garantita la partecipazione ai lavori del gruppo regionale. 3. entro il 31/12/2020, costituzione, sulla base del documento di indirizzo, di gruppi aziendali HPH "Benessere sul posto di lavoro" nelle aziende aderenti alla rete HPH. 4. Formazione specifica su stili di vita e stress cronico da parte degli operatori che hanno concluso il ciclo 2019, al fine di aggiornare in itinere la rete HPH e il gruppo "Benessere sul posto di lavoro"
Programma dedicato ai Pazienti	1. e 2. E' garantita la partecipazione ai lavori del gruppo regionale. 3. E' garantita la partecipazione dei professionisti dei servizi coinvolti all'evento formativo regionale realizzato dal Comitato HPH per applicare i principi e i criteri HPH alla questioni specifiche della promozione

	<p>della salute di bambini ed adolescenti negli ospedali e nei servizi sanitari.</p> <p>4. entro il 31/12/2020, costituzione sulla base del documento di indirizzo di gruppi aziendali HPH "clinical health promotion"</p> <p>5. entro il 31/12/2020 ciascuna azienda realizza un corso di aggiornamento per lo sviluppo di protocolli inclusivi di valutazione degli stili di vita e della resilienza nelle patologie croniche, con particolare riferimento all'applicazione delle linee guida Gold Standard Programme (GSP)</p>
Programma dedicato ai Cittadini	L'azienda presenta al comitato HPH entro il 31/12/2020 l'elenco degli enti del terzo settore presenti nel proprio territorio (Organizzazioni di Volontariato; Associazioni di Promozione Sociale; Imprese Sociali; Enti Filantropici).

3.7 RAPPORTI CON I CITTADINI

3.7.1 Tempi di attesa	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Monitoraggio tempi di attesa	<p>L'azienda partecipa ed effettua i monitoraggi regionali e nazionali dei tempi di attesa secondo le modalità individuate dal Piano nazionale di governo delle liste d'attesa (Pngla), di cui alla DGR 1815/19, le seguenti prestazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - prestazioni individuate dalla DGR 1815/2019 - trattamento intravitale delle malattie vetriniche - visita algologica.
Agende di prenotazione	<ul style="list-style-type: none"> - le agende delle prestazioni ambulatoriali specialistiche sia istituzionali che di libera professione intramoenia, così come individuate dal livello regionale, sono progressivamente organizzate in modo da consentire, entro il 31/12/2020, la prenotazione online del cittadino dell'offerta; - tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di libera professione intramoenia, così come individuate dal livello regionale, sono gestite con agende informatizzate e rese disponibili a sistema CUP regionale
Garanzia erogativa prestazioni ambulatoriali	<p>Nei riguardi dei cittadini per le prestazioni ambulatoriali deve essere assicurata la "garanzia" erogativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - almeno 90% per la priorità B; - almeno 90% per la priorità D;

	- almeno 90% per la priorità P.
Garanzia erogativa interventi chirurgici	Nei riguardi dei cittadini per gli interventi chirurgici deve essere assicurata la "garanzia" erogativa almeno del 90% secondo i codici assegnati A.
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.

3.7.2 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.

3.7.3 Rapporto con pazienti e familiari nelle attività di ricovero	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Rapporto con i pazienti nelle attività di ricovero	Entro il 31/12/2020 l'Azienda presenta una relazione con la quale vengono illustrate le iniziative intraprese relativamente a <ul style="list-style-type: none"> - 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 (ad eccezione dei pazienti coinvolti nel progetto PROMs / PREM). - 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.
Valutazione PROMs dei pazienti sottoposti ad interventi di ernia inguinale e crurale e PREM di almeno un percorso clinico o organizzativi	- L'Azienda raccoglie i consensi necessari alla realizzazione delle valutazioni, con il coordinamento da parte di ARCS

- Report inviato alla Direzione centrale salute entro il 31/12/2020.
--

3.8 FLUSSI INFORMATIVI

3.8.2 Obblighi informativi e qualità dei dati amministrativi ai fini amministrativi, epidemiologici e gestionali	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Flussi informativi	L'Azienda si impegna nel costante miglioramento della qualità dei dati presenti nelle basi dati gestionali attualmente in uso.

4. IL SISTEMA INFORMATIVO

4.1 RINNOVAMENTO SISTEMI

4.1.1 Sistema informativo dei distretti	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
A seguito della definizione delle sedi pilota: l'Azienda partecipa all'analisi dei processi per area (Servizio Riabilitativo, Punto Unico di Accesso ecc.) con predisposizione degli elaborati di supporto alla definizione dei processi e dei contenuti	100% degli elaborati entro il 31/05/2020
A seguito della definizione delle sedi pilota: l'Azienda contribuisce alla configurazione del sistema creando le condizioni per una fedele rappresentazione nel nuovo sistema dell'organizzazione di tutte le aziende	100% degli elaborati entro il 31/05/2020
A seguito delle indicazioni di DCS/ARCS: l'Azienda partecipa alla messa a punto del sistema favorendo la formazione del personale	Attivazione sistema presso l'azienda pilota entro il 31/12/2020

4.1.2 Sistema informativo contabile e economato	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
A seguito della definizione delle sedi pilota: l'Azienda contribuisce alla configurazione del sistema	100% elaborati entro il 30/6/2020
A seguito della definizione delle sedi pilota: l'Azienda collabora in termini di test del sistema	Sistema funzionante nell'azienda pilota (verbale collaudo) entro il 31/10/2020
A seguito delle indicazioni di DCS/ARCS:	Sistema funzionante in tutte le aziende (verbale collaudo) entro il 31/12/2020

Avviamento in tutte le aziende del SSR organizzando turni del personale per favorire la formazione in aula e sul campo	
--	--

4.1.3 Sistema informativo del personale	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
In seguito all'acquisizione della piattaforma per la Gestione delle Risorse Umane, l'Azienda sarà disponibile per la verificare del funzionamento del sistema	E' garantita la collaborazione all'attività di avviamento del sistema entro il 30/6/2020

4.1.4 Cartella clinica ospedaliera	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Predisposizione capitolato cartella clinica	- Entro 15/2/2020 l'azienda nomina i referenti gruppo di lavoro per la predisposizione del capitolato. - validazione del capitolato entro il 30/7/2020

4.2 DIGITALIZZAZIONE

4.2.1 Ricetta dematerializzata	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Ricette dematerializzate specialistica e farmaceutica	E' garantito il 90% di ricette dematerializzate sul totale delle ricette entro il 31/12/2020.

4.2.2 Firma digitale	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Firma digitale referti (specialistica, radiologia, analisi chimico cliniche, anatomia patologica), lettera dimissione, verbali pronto soccorso	Entro il 31/12/2020: - G2 Clinico > 98% - Laboratorio e microbiologia >98% - Medicina trasfusionale > 98%, - Anatomia patologica > 98% - Radiologia > 98% - Lettera di dimissione > 98% - Verbali pronto soccorso 98%

4.2.3 Fascicolo sanitario elettronico	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
FSE operatore: formazione sui vantaggi dell'uso dello strumento	Almeno 10 edizioni realizzate a livello aziendale di cui: - 5 corsi entro 30.06.2020 - 5 corsi entro 31.12.2020

4.2.4 Telemedicina	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Attivazione a livello regionale in pazienti post-acuti con scompenso cardiaco, diabete o BPCO, selezionati al momento della dimissione dall'ospedale, di una assistenza integrata domiciliare sociosanitaria supportata da strumenti di ICT (telemedicina).	<ul style="list-style-type: none"> - L'azienda partecipa ai Tavoli regionali per la predisposizione del capitolato della gara d'appalto per l'acquisizione della piattaforma ICT - L'azienda definisce dei team aziendali con il coinvolgimento, per quanto possibile in base alle diverse realtà locali, di specialisti, personale dei distretti, medici di medicina generale, assistenza sociale e associazioni di pazienti per l'analisi della integrazione dei percorsi di cura attivi a livello locale con il supporto della piattaforma ICT - Avviamento del progetto di assistenza domiciliare integrata supportata da ICT, come da indicazioni regionali.

4.3 INTEGRAZIONE DEI SISTEMI

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Censimento dei sistemi informatici delle aziende del SSR da integrare con gli asset regionali.	Predisporre un documento secondo le linee guida regionali entro il 31/5/2020

4.4 ELEMENTI PER IL PIANO INVESTIMENTI

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Censimento di tutte le apparecchiature (pc, mobile, stampanti ecc.) dove saranno attivati i sistemi del personale, della contabilità e dei distretti. Per i pc nel censimento va indicata la versione del Sistema Operativo. Sono da riportare anche nuove esigenze indotte dall'introduzione dei nuovi sistemi.	Elenco apparecchiature entro il 31/5/2020
censimento di tutto il parco apparecchiature (pc, mobile, stampanti ecc.) con indicazioni di nuove esigenze.	Elenco apparecchiature entro il 31/5/2020
Indicazioni delle apparecchiature di rete da sostituire con indicazioni delle caratteristiche (doppio alimentatore, ecc.)	Elenco apparecchiature entro il 31/12/2020

4.5 PRIVACY IN SANITA'

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Censimento delle carenze rispetto al GDPR (Regolamento UE 679/2016) e ABSC	Evidenza del documento entro il 31/5/2020
Individuazione altri ambiti con criticità (es. prodotti sw)	Evidenza del documento

4.6 SISTEMA PACS REGIONALE

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Prosecuzione dell'aggiornamento tecnologico dei sistemi PACS: l'ASFO garantisce il supporto nella fase di attivazione del nuovo flusso di conservazione.</p>	<p>A seguito del documento prodotto dall'ARCS entro marzo 2020: Blocco dell'alimentazione dell'archivio immagini del livello regionale e avvio della conservazione legale diretta dal livello aziendale.</p>
<p>In seguito alla revisione dei flussi a cura dell'ARCS entro aprile 2020: rivalutazione di modalità di condivisione di referti e immagini diagnostici nell'ambito dei flussi emergenziali interaziendali a seguito del riassetto istituzionale del SSR.</p>	<p>L'ASFO, supportata da ARCS e da INSIEL, completa entro dicembre 2020 la revisione dei flussi e delle agende informatizzate</p>

Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico

Burlo Garofolo

3. LE PROGETTUALITÀ

3.1 PROGETTI DI RIORGANIZZAZIONE

3.1.1 Nuovi atti aziendali	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Adozione del nuovo atto aziendale in analogia alle modalità stabilite dall'art. 12 comma 6 della LR 27/2018	Atto aziendale adottato entro le scadenze previste dalla LR

3.1.2 Assistenza territoriale	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Proseguono e si consolidano le attività sui percorsi nascita	Vedere Linea 3.6.5 e Linea 3.3.8
Proseguono e si consolidano le attività sui disturbi del comportamento alimentare e dell'odontoiatria pubblica	Vedere Linea 3.3.5
Transizione dall'età evolutiva all'età adulta, con particolare riferimento ai disturbi dello spettro autistico e alla salute mentale	Vedere Linea 3.3.3 e Linea 3.3.4

3.1.3 Assistenza sociosanitaria	
NON DI PERTINENZA	

3.1.4 Controlli qualità e appropriatezza delle prestazioni	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Applicazione delle verifiche sull'appropriatezza delle prestazioni erogate secondo il piano dei controlli programmato dallo specifico gruppo regionale per il coordinamento delle attività di controllo delle	Invio alla DCS dei seguenti report: - controlli sull'attività del 1° semestre: entro il mese di agosto del 2020 - controlli sull'attività del 2° semestre: entro il mese di marzo del 2021

prestazioni sanitarie secondo quanto previsto dalla DGR 182 del 2 febbraio 2018	
---	--

3.1.5 Erogatori privati

NON DI PERTINENZA

3.1.6 Innovazione terapeutica

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Definizione dei percorsi aziendali per la somministrazione della terapia CAR - T	Definizione del Protocollo di gestione paziente in terapia con CAR – T entro il 30.6.2020

3.1.7 Sicurezza

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Aggiornare il piano aziendale per la prevenzione e la gestione dei casi di violenza contro gli operatori sanitari	Documento aggiornato secondo le indicazioni del tavolo regionale RM (vedi punto 3.2.2 del piano annuale di promozione di sicurezza del paziente, Allegato 1)
Aggiornare il piano aziendale per la prevenzione e la gestione dei casi di furti nelle strutture aziendali	Documento aggiornato

3.1.8 Sede distrettuale di Cividale

NON DI PERTINENZA

3.2 ASSISTENZA DI PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA

3.2.1 Piano regionale prevenzione 2020 -2025

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Piano regionale prevenzione 2020 -2025	Partecipazione su indicazione della DCS e di ASUGI.

3.2.2 Migliorare la salute nei soggetti a rischio mcnt e malati cronici

NON DI PERTINENZA

3.2.3 Gli screening oncologici in regione Friuli Venezia Giulia

CERVIC UTERINA	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:

Tutte le aziende: assicurare la collaborazione per la riconversione del programma di screening cervicale estendendo la fascia di popolazione obiettivo invitata a screening con HPV-DNA come test primario alla classe d'età 46-64 aa a partire dal 01.07.2020	- HPV-DNA e cervico-citologia di secondo livello analizzati presso il laboratorio unico regionale dell'Anatomia Patologica
IRCCS CRO Aviano: coordinare la redazione partecipata di un protocollo per la gestione clinica del secondo livello dello screening cervicale	- Adozione del protocollo entro 30 giorni dalla trasmissione da parte della DCS - Formazione degli operatori come da indicazioni della DCS
Tutte le aziende che garantiscono i prelievi per HPV-DNA test di secondo livello	- Dotare gli ambulatori di prelievo delle dotazioni informatiche e delle configurazioni CUPWEB già in uso al primo livello - Logistica di supporto (trasporto campioni) realizzata secondo indicazioni DCS

3.2.3 Gli screening oncologici in regione Friuli Venezia Giulia MAMMELLA

NON DI PERTINENZA

3.2.3 Gli screening oncologici in regione Friuli Venezia Giulia COLON RETTO

NON DI PERTINENZA

3.2.4 Infertilità

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Tutte le aziende con unità di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) concorrono a predisporre un programma di prevenzione dell'infertilità femminile e maschile.	Predisposizione condivisa del programma e trasmissione alla DCS entro il 31/12/2020.

3.2.5 Gli screening neonatali

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Coordinare e monitorare i lavori finalizzati alla diffusione e applicazione delle procedure regionali per lo screening neonatale audiologico ed oftalmologico, 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 inviato alla DCS

3.2.6 Prevenzione degli incidenti domestici	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Continuare nell'attività di sensibilizzazione della popolazione nella prevenzione degli incidenti domestici	- Divulgazione di materiale informativo di sensibilizzazione, anche attraverso il sito web, nella prevenzione degli incidenti domestici

3.2.7 Migliorare la salute e la sicurezza nei comparti a maggior rischio
NON DI PERTINENZA

3.2.8 Promozione della salute nei luoghi di lavoro	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Tutte le Aziende Sanitarie: 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, influenza) è inserito nei protocolli di sorveglianza sanitaria di tutti gli operatori sanitari, compresi lavoratori atipici e del servizio civile, operanti all'interno del nostro istituto
Tutte le Aziende Sanitarie/PSAL: partecipare al Progetto CCM "Implementare la rete WHP in Friuli Venezia Giulia" - (Progettualità che non risente della revisione organizzativa/normativa in atto)	- Continua la partecipazione del nostro Istituto attraverso la figura dell'RSPPA.
Tutte le Aziende Sanitarie/PSAL: partecipare al Progetto inter-istituzionale "Favorire l'empowerment e l'inclusione sociale delle persone in esecuzione penale e promuovere interventi di giustizia riparativa" attraverso interventi formativi a favore dei detenuti delle case circondariali regionali. (Progettualità che potrebbe necessitare di una successiva revisione dettata dalla revisione organizzativa /normativa in atto)	NON DI PERTINENZA

3.2.9 Miglioramento dei sistemi informativi di sorveglianza	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
- Diffondere il report della rilevazione HBSC realizzata nel 2018 al personale dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende del FVG e nelle scuole - Predisporre il report relativo alla rilevazione 2019 del Progetto OKKIO alla Salute	- Report con i risultati della rilevazione HBSC realizzata nel 2018 diffuso presso i Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende del FVG e nelle scuole - Report con i risultati della rilevazione OKKIO alla Salute 2019 predisposto e inviato in DCS
Mantenere la collaborazione con il network Global Burden of Disease	Valutazione e verifica delle stime nazionali e delle stime preliminari regionali

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
--	---

3.2.10 Ambiente e salute. Facilitare una migliore qualità dell'ambiente e del territorio secondo il modello della salute in tutte le politiche

NON DI PERTINENZA

3.2.11 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive, inclusa la resistenza antimicrobica e piano nazionale di contrasto alle resistenze antimicrobiche 2017-2020 (pncar)

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Aumentare la copertura vaccinale nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, gruppi a rischio per patologie)	- Miglioramento delle coperture vaccinali degli operatori sanitari - Promozione dell'obbligo vaccinale sul sito istituzionale (focus, slider, formazione)
Attivare un programma di sorveglianza ambientale in ambito ospedaliero con metodologie innovative (microbioma e resistoma) e sistemi di sanificazione a base di probiotici	Diminuzione degli eventi "alert" e dei tempi di risposta per l'identificazione dei microorganismi

VETERINARIA

NON DI PERTINENZA

3.2.12 Alimentazione e salute: promozione di un'alimentazione sana, sicura e sostenibile

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Garantire la partecipazione degli operatori dedicati al percorso formativo programmato a livello regionale sull'allattamento al seno	85% 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 - Promozione dell'allattamento al seno sul sito istituzionale (focus, slider, formazione)
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	Partecipazioni alle gare d'appalto ove richiesto

Partecipare alle attività previste per raggiungere la certificazione UNICEF "Ospedale amico del bambino"	<ul style="list-style-type: none"> - Predisposizione della documentazione necessaria alla valutazione di Fase 1 - Organizzazione dell'incontro annuale della Rete Insieme per l'Allattamento di UNICEF
--	--

3.2.13 Sicurezza alimentare, salute e benessere alimentare

NON DI PERTINENZA

3.3 ASSISTENZA PRIMARIA

3.3.1 Assistenza distrettuale

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Piano della cronicità	Partecipazione ai lavori qualora richiesto

3.3.2 Assistenza protesica

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Assistenza protesica	Partecipazione ai lavori qualora richiesto

3.3.3 Disturbi dello spettro autistico

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Minori con disturbo autistico	Nel 2020 per tutti i minori con diagnosi di Disturbo dello spettro autistico che si trovino nel 17esimo anno di vita gli operatori dell'IRCCS collaboreranno per quanto di competenza all'elaborazione di un percorso di cura per garantire il passaggio dai servizi di NPI a quelli dell'età adulta e che possa prevedere anche un PAI vista la variabilità sintomatologica ed i bisogni dei soggetti con questa problematica.

3.3.4 Salute mentale

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Presenza in carico e cura dei disturbi psichiatrici in età evolutiva	Partecipazione, per quanto di competenza, alla definizione di un percorso interaziendale integrato di presa in carico e di cura dei disturbi psichiatrici gravi all'esordio ed in fase di acuzie in età evolutiva, in coerenza con quanto previsto dal Piano di Salute Mentale Infanzia Adolescenza ed Età Adulta (DGR 732/2018, par.6.1.5.2)

	L'istituto collabora alla definizione di iniziative regionali volte alla identificazione di disturbi neuropsichici e neuropsichiatrici ad esordio nell'infanzia e adolescenza e vi partecipa attivamente per quanto di competenza.
--	---

3.3.5 Disturbi del comportamento alimentare	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Centri diurni	L'IRCCS Burlo partecipa, per quanto di competenza, alla definizione di percorsi di accesso presso i centri diurni DCA per pazienti minori, distinti per area geografica regionale (ASUGI, ASUFC e ASUFO) e all'eventuale follow-up per i pazienti noti all'Istituto
Operatività dell'Osservatorio epidemiologico	Reportistica inviata in DCS per i minori

3.3.6 Cure palliative e terapia del dolore	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Terapia del dolore	<ol style="list-style-type: none"> 1. sono rispettati i tempi di attesa per la prima visita antalgica nel 90% dei casi per ogni classe di priorità, in caso di richiesta appropriata 2. viene attivata l'agenda specifica 3. Promozione dell'ambulatorio del dolore e relative attività sul sito istituzionale (focus, slider, formazione, documentazione)

3.3.7 Cure palliative e terapia del dolore in età pediatrica	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Organizzazione delle cure pediatriche e terapia del dolore in ambito pediatrico	<ol style="list-style-type: none"> 1. l'IRCCS Burlo, in qualità di Centro specialistico di riferimento, coinvolge e coordina tutte le Aziende che partecipano alle attività previste in attuazione del Decreto n. 1771/SPS del 27 dicembre 2016; 2. l'IRCCS Burlo garantisce supporto, supervisione clinica e consulenza all'attività di assistenza domiciliare per tutto il territorio regionale 3. l'IRCCS Burlo attiva il coordinamento regionale delle Associazioni di volontariato che si adoperano per i bambini affetti da patologie con bisogni complessi (oncologici e non) e per il supporto alle loro famiglie 4. entro il 31.12.2020 l'IRCCS Burlo, in qualità di Centro specialistico di riferimento, rendiconta alla DCS le suddette attività

Presa in carico pazienti pediatrici	Entro il 31/12/2020, nell'ambito dei lavori della Rete, viene predisposto e condiviso un documento relativo ai criteri di eleggibilità per la presa in carico del paziente pediatrico
-------------------------------------	---

3.3.8 Consulteri familiari	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Percorso nascita	<ol style="list-style-type: none"> 1. Implementazione del percorso gravidanza fisiologica a gestione ostetrica. 2. Adesione alla sperimentazione della scheda informatizzata entro il 31.12.2020, in caso di indicazione dalla DCS 3. Collaborazione e supporto ad Insiel per l'implementazione del flusso di dati sanitari e amministrativi nell'ambito dei percorsi nascita tra ospedali e territorio 4. Valutazione di impatto del trattamento dei dati per gli ambiti di pertinenza
Analisi di approfondimento delle gravidanze in età precoce e dei neonati esposti in relazione alla genitorialità precoce	<ul style="list-style-type: none"> - Definizione di un protocollo aziendale di accompagnamento e dimissione per le gravidanze in età precoce. - Definizione di un protocollo aziendale di accompagnamento e dimissione per i neonati esposti
Definire reti territoriali tra Aziende Sanitarie, Forze dell'Ordine, Procure, Enti Locali (ovvero Servizio Sociale dei Comuni), Centri Antiviolenza e Associazioni, coinvolti in percorsi e interventi di contrasto alla violenza sulle donne	Evidenza di definizione e sottoscrizione di protocolli operativi per ciascun ambito territoriale di competenza da inviare in DC Salute
Perfezionare in tutte le Aziende, dell'offerta di informazione e formazione alle coppie aspiranti l'adozione, in collaborazione con gli Enti Autorizzati EE.AA. e l'Ufficio Scolastico Regionale	Ove richiesto, collaborazione con i CF per quanto di competenza

3.3.9 Sanità penitenziaria
NON DI PERTINENZA

3.3.10 Superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari
NON DI PERTINENZA

3.3.11 Odontoiatria pubblica	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Odontoiatria pubblica	<ol style="list-style-type: none"> 1. erogazione di almeno 1400 prestazioni/anno per centro erogatore 2. mantenimento della media aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra al livello raggiunto nel 2019 nelle Aziende con valore > 1.5; raggiungimento del valore di 1.5 per le Aziende che nel 2019 hanno raggiunto una media compresa tra 1.0 e 1.5 e del valore di almeno 1.3 nelle Aziende la cui media nel 2019 è risultata < 1 3. raggiungimento della media aziendale annua di 1400 prestazioni/riunito 4. mantenimento della percentuale aziendale di visite sul totale delle prestazioni erogate al valore raggiunto nel 2019 nelle Aziende che hanno raggiunto l'obiettivo nel corso dell'anno precedente e riduzione di almeno il 5% (rispetto al risultato ottenuto nel 2019) nelle Aziende che non hanno raggiunto l'obiettivo nel corso dell'anno precedente; 5. invio al coordinatore regionale della reportistica trimestrale sulle liste di attesa, con tutte le informazioni previste, entro il mese successivo alla scadenza del trimestre

3.3.12 Accredитamento	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Partecipazione attiva al programma di accredитamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti	<ol style="list-style-type: none"> a) 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) 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 c) Gli enti del SSR mettono a disposizione i professionisti appartenenti alle aree professionali indicate dalla Direzione centrale salute, al fine della costituzione di gruppi tecnici dedicati alla redazione e/o aggiornamento dei requisiti di autorizzazione e accredитamento di specifiche branche specialistiche (es. PMA, di prossima implementazione)

Partecipazione al programma di accreditamento nazionale degli organismi tecnicamente accreditanti	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
Garanzia del funzionamento dell'OTA FVG	Gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti, componenti dell'OTA regionale, di svolgere le funzioni previste dalla DGR 2220/2015 e dal Decreto n. 1899/2017
Mantenimento ed estensione della certificazione ai sensi della norma ISO 9001:2015	<ul style="list-style-type: none"> - Le strutture già certificate ai sensi della norma ISO 9001:2015 continuano ad adottare la metodologia proposta dalla norma, dando corso, entro le scadenze indicate, alle misure di contenimento dei rischi individuati attraverso le analisi di contesto e dei rischi - Le strutture certificate ai sensi della norma ISO 9001:2015 aggiornano il loro sistema documentale conformemente² a quanto prescritto dagli standard applicabili - Verifica della conformità dei locali della nuova area di allestimento di farmaci galenici sterili ai fini della certificazione ISO 9001:2015 - Estensione della certificazione ISO 9001:2015 alle attività di ricerca della SSD Diagnostica avanzata traslazionale microbiologica - Indagini di soddisfazione sia versus l'utenza (PMA e Oncoematologia) che verso il "cliente" interno (rapporto tra servizi amministrativo gestionali e reparti)
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	<ul style="list-style-type: none"> - La SC Oncoematologia continua ad operare nel rispetto degli standard per la qualità e sicurezza delle cellule staminali ematopoietiche (CSE), 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), dall'Accordo Stato Regioni di cui alla DGR 2049/2019, dagli standard Jacie – Fact del Manuale in settima edizione; dai requisiti dell'accREDITamento istituzionale (DGR 1436/2011) e delle norme ISO applicabili (ISO 9001:2015) - Gli operatori della SC Oncoematologia che operano all'interno del Programma Trapianti di Midollo osseo forniscono i documenti attestanti il mantenimento annuale delle competenze, conformemente agli standard Jacie – Fact in settima edizione

	<ul style="list-style-type: none"> - Gli operatori della SC Oncoematologia che operano all'interno del Programma Trapianti di Midollo osseo collaborano all'implementazione di un Programma Trapianti metropolitano transaziendale - Gli operatori della SC Oncoematologia che operano all'interno del Programma Trapianti di Midollo osseo completano l'impianto documentale del Programma con i documenti mancanti e aggiornano le procedure che hanno 2 anni di vita - Gli operatori della SC Oncoematologia che operano all'interno del Programma Trapianti di Midollo osseo partecipano agli eventi formativi previsti dagli standard del Manuale Jacie – Fact in 7th edizione e per la gestione dei farmaci antitumorali, conformemente al proprio profilo professionale - Gli operatori della SC Oncoematologia collaborano alla ristrutturazione dell'area degenze e diurna, coadiuvati dalla Direzione Sanitaria, al fine di arrecare meno disagio possibile ai pazienti in carico - Formalizzazione dell'allegato tecnico relativo ai servizi di laboratorio (tipizzazione HLA, conta CD34+, test di vitalità) effettuati sulle cellule staminali emopoietiche da ASUITS in convenzione
<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>	<ul style="list-style-type: none"> - 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'autorizzazione e accreditamento istituzionale (DGR 705/2007 e successive modifiche ed integrazioni) e delle norme ISO applicabili (ISO 9001:2015) - Gli operatori della SC Fisiopatologia della Riproduzione e Procreazione Medicalmente Assistita forniscono i documenti attestanti il mantenimento annuale delle competenze; - 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

	<ul style="list-style-type: none"> - 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 - Gli operatori della SC Fisiopatologia della Riproduzione e Procreazione Medicalmente Assistita collaborano alla creazione di una sala criogenica all'interno del blocco operatorio - 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 - Formalizzazione di percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la preservazione della fertilità nel paziente oncologico pediatrico
<p>Mantenimento dell'autorizzazione e accreditamento della branca Medicina Trasfusionale (DGR 2528/2011)</p>	<p>- Mantenimento dell'autorizzazione e accreditamento relativo ai soli impianti e strutture messi a disposizione del personale ASUITS per le attività di pertinenza del Dipartimento di Medicina Trasfusionale e di manipolazione e crioconservazione di cellule staminali ematopoietiche in convenzione</p>
<p>Mantenimento e superamento del rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento di degenze, ambulatori ed aree di emergenza (DGR 3586/2004 e s.m.i. e DGR 1436/2011)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Redazione e aggiornamento, da parte della Direzione sanitaria, in collaborazione con gli operatori sanitari coinvolti per competenza, delle procedure relative alle Raccomandazioni ministeriali vigenti - Verifica da parte di tutte le strutture del Dipartimento di Pediatria (ad eccezione della SC Neonatologia e TIN e del PS pediatrico), del Dipartimento di Chirurgia, nonché dell'Area ginecologica della SC Clinica Ostetrico ginecologica (ad eccezione della PMA), con il supporto delle strutture tecnico amministrative, della conformità ai requisiti autorizzativi strutturali, impiantistici e tecnologici, organizzativi (DGR 3586/2004 rivisitata nel 2016); in caso di non conformità stesura di piano di mitigazione con scadenze temporali - Compilazione, da parte di tutte le strutture del Dipartimento di Pediatria (ad eccezione della SC Neonatologia e TIN e del PS pediatrico), del Dipartimento di Chirurgia, nonché dell'Area

	<p>ginecologica della SC Clinica Ostetrico ginecologica (ad eccezione della PMA), della check list di autovalutazione relativa ai requisiti di accreditamento applicabili agli ambulatori medici, chirurgici e alle aree di degenza di cui alla DGR 1436/2011; in caso di non conformità stesura di piano di mitigazione con scadenze temporali</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revisione organigrammi nominali e funzionali e Guide dei servizi - Rendicontazione dei percorsi di inserimento di neoassunti/neoinseriti, secondo programmi professionali specifici e misurabili - Revisione Procedure/PDTA e informative e consensi informati, con più di 3 anni di vita - Indagini di soddisfazione sui ricoveri e attività ambulatoriali (in collaborazione con URP)
Mantenimento e superamento del rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento delle strutture del percorso Nascita (DGR 3586/2004 e s.m.i. e DGR 1803/2012)	<ul style="list-style-type: none"> - Compilazione, da parte delle strutture SC Clinica Ostetrico ginecologica (area ostetricia), SC Neonatologia e TIN, Sala Parto, SC Anestesia e Rianimazione della check list integrata relativa agli standard e requisiti regionali e nazionali applicabili ai percorsi nascita, inclusi quelli di autorizzazione e accreditamento; in caso di non conformità stesura di piano di mitigazione con scadenze temporali - Revisione organigrammi nominali e funzionali e Guide dei servizi - Rendicontazione dei percorsi di inserimento di neoassunti/neoinseriti, secondo programmi professionali specifici e misurabili - Revisione Procedure/PDTA e informative e consensi informati, con più di 3 anni di vita - Indagini di soddisfazione sui ricoveri e attività ambulatoriali (in collaborazione con URP)

3.4 ASSISTENZA FARMACEUTICA

3.4.1 Tetti spesa farmaceutica	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Tetto per la spesa farmaceutica per acquisti diretti (farmaceutica ospedaliera, diretta e DPC) = 6,69 % del FSR;	- 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>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 2020 sono riepilogati nel capitolo dedicato alle risorse finanziarie.</p>	<p>- Rispetto dei vincoli regionali: monitoraggio mensile indicatori linee di gestione a cura della DCS.</p>
---	--

3.4.2 Appropriately prescrittiva	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>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 2020 (in particolare per oncologici, immunologici, terapie intra-vitreali, farmaci del PHT_DPC, equivalenti, IPP, nuova nota AIFA 96, EBPM ecc).</p>	<p>Invio alla DCS di due relazioni semestrali (entro 31/10/2020 e 28/02/2021) da cui si evincano:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3 obiettivi assegnati alle U.O aziendali relativi a setting specialistici ad alto impatto di spesa nell'ambito dell'oncologia, delle malattie rare e neuropsichiatria; - Azioni intraprese per le categorie principali <p><i>Modalità di valutazione:</i></p> <p>Relazioni inviate nei termini: sì/no (peso 50%)</p> <p>Relazioni congruenti in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 50%)</p>

3.4.3 Attività centralizzate – ARCS
NON DI PERTINENZA

3.4.4 Appropriately prescrittiva. Indicatori in ambito territoriale			
Obiettivo aziendale	Risultato atteso		
<p>Relativamente agli indicatori sartani, IPP, antibiotici e antidepressivi, le tabelle riportano i target per il 2020.</p>	INDICATORE	Media FVG (2018)	Target a cui tendere
	Incidenza di sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (anti-ipertensivi)	37,88%	≤ 30 %
	Consumo pro-capite di farmaci inibitori di pompa protonica	28,57	≤25 up pro cap

Indicatore*	Azienda	Valore aziendale 2018	Target (soglie S.Anna)
Consumo di antibiotici sul territorio DDD 1000 res. pes. die	ASU GI*	13,41	13,41*
	ASU FC	14,50	≤ 13,50
	AS FO	17,09	≤ 16,50
Consumo di antibiotici in età pediatrica DDD 1000 res. pes. die	ASU GI*	15,49	≤ 14,80
	ASU FC	14,28	14,28*
	AS FO	15,47	≤ 14,80
Indicatore	Azienda	Valore aziendale 2018	Target (soglie S.Anna)
Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi	ASU GI	25,40	≤24,50
	ASU FC	21,84	≤21,50
	AS FO	23,35	≤21,50
* Mantenimento valore 2018			
<i>Modalità di valutazione complessiva:</i> 4-5 indicatori a target = raggiunto 3 indicatori a target = parzialmente raggiunto < 3 indicatori a target = non raggiunto			

3.4.5 Biosimilari

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Indicatori per categorie di medicinali in cui è disponibile l'alternativa biosimile	- Invio alla DCS di due relazioni semestrali (entro il 31/10/2020 e 28/02/2021) descrittive delle attività svolte, dei percorsi attivati con i prescrittori e delle ricadute per il SSR, specificatamente per gli ambiti dell'assistenza ospedaliera (diretta, DPC). I dati di spesa e di consumo, rilevati secondo lo schema predisposto dalla DCS, integreranno le relazioni - ARCS invia alle Aziende un quadro riepilogativo strutturato degli Accordi quadro in essere di aggiudicazione per i farmaci biologici/biosimilari e ne dà evidenza alla DCS Modalità di valutazione: Relazioni inviate entro il 31.10.20 ed entro il 28.02.21: sì/no secondo schema DCS

3.4.6 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	Invio di due report semestrali (come da schema della DCS) sull'attività svolta nell'ambito della DPC e della distribuzione diretta entro il 31.10.20 ed entro il 28.02.21 <i>Modalità di valutazione:</i> Relazioni sulle attività inviate nei termini: sì/no

3.4.7 Rapporto con le aziende farmaceutiche e biomedicali	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Nel corso del 2020 gli Enti del SSR armonizzano i regolamenti adottati, ne favoriscono la diffusione a tutti gli operatori sanitari e l'applicazione a tutte le Strutture aziendali	Applicazione del regolamento entro il 31.12.2020 da parte di tutte le strutture aziendali <i>Modalità di valutazione:</i> Invio alla DCS delle evidenze entro il 28/02/2021: sì/no

3.4.8 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. 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 <i>Modalità di valutazione:</i> Evidenza delle azioni intraprese: sì/no

3.4.9 Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
REGISTRI AIFA E RECUPERO RIMBORSI 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	- Per i medicinali soggetti a registro AIFA assicurare la registrazione di tutti i dati richiesti (anche con particolare riferimento ai medicinali innovativi), nel rispetto delle indicazioni

<p>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>autorizzate e dei criteri di eleggibilità definiti dall'AIFA</p> <p>- Assicurare l'invio delle Richieste di Rimborso secondo le modalità definite da AIFA per tutti i farmaci con accordo MEA, anche attraverso la nuova piattaforma gestione rimborsi in fase di avvio.</p> <p><i>Modalità di valutazione</i></p> <p>Evidenza dei percorsi aziendali per la gestione delle criticità in tutti gli Enti del SSR: 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>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>Avvio e implementazione della cartella oncologica pediatrica (Burlo)</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i></p> <p>Due rilevazioni (DCS) del grado di completezza al 30.06.2020 e al 31.12.2020. 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>Le Aziende avvieranno azioni di sensibilizzazione su quelle strutture/reparti per i quali si rileva un modesto utilizzo dell'iter elettronico, al fine di ridurre l'erogazione derivante da prescrizioni cartacee indotte verso altre aziende</p>	<p>- % delle confezioni erogate in distribuzione diretta nominale hanno una prescrizione effettuata con il sistema PSM - iter elettronico $\geq 90\%$</p> <p>La DCS invierà periodicamente agli Enti del SSR un report relativo alle prescrizioni indotte con iter cartaceo verso altre Aziende /IRCCS, per le successive azioni di sensibilizzazione.</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i></p> <p>Target rilevati dalla DCS</p> <ul style="list-style-type: none"> - % $\geq 90\%$: obiettivo raggiunto - % tra 75% e 89%: obiettivo parzialmente raggiunto - % < 75%: obiettivo non raggiunto
<p>PRESCRIZIONE INFORMATIZZATA DEI PIANI TERAPEUTICI</p> <p>Tutte le Aziende garantiranno il ricorso (prima prescrizione e rinnovi) alla prescrizione informatizzata</p>	<p>% PT informatizzati per medicinali soggetti a nota AIFA 39 o 74 o altre indicazioni pediatriche > 65% rispetto al totale dei PT redatti dall'IRCCS.</p>

<p>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><i>Modalità di valutazione:</i></p> <p>Per gli IRCCS (non avendo come parametro di riferimento i residenti) la % di PT informatizzati (> 65%) è calcolata rispetto al totale dei Piani terapeutici redatti dalla struttura (informatizzati + cartacei) e comunicato a fine anno alla DCS.</p> <p>Per il Burlo la valutazione riguarderà i medicinali indicati.</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 (> 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 (> 99,5% della spesa negli ambiti previsti)</p> <p>Inserimento codice targatura in fase di erogazione diretta dei medicinali (> 99%).</p> <p>Riscontro entro 15 giorni agli eventuali approfondimenti richiesti o segnalazioni inviate</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - copertura fase 3/fase 2: target rilevati dalla DCS % > 99,5%: raggiunto % tra 99% e 99,5%: parzialmente raggiunto % < 99%: non raggiunto - Targatura: target rilevati dalla DCS: - % confezioni diretta PSM > 99%: raggiunto - % confezioni diretta PSM da 97% a 99%: parzialmente raggiunto - % confezioni diretta PSM < 97%: non raggiunto - Riscontri agli approfondimenti effettuati nei termini: sì/no

3.4.10 Farmacovigilanza	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Gli Enti del SSR assicurano la partecipazione dei sanitari interessati e il supporto alle attività organizzate secondo quanto previsto dalle procedure operative AIFA per i CRFV e i RLFV</p>	<p>Partecipazione del responsabile aziendale di FV o di un suo delegato alle attività avviate dalla DCS e agli eventi formativi/workshop organizzati dalla stessa o dall'AIFA (incontri periodici, stato di avanzamento</p>

	<p>progetti affidati alle Aziende sanitarie, eventi formativi AIFA).</p> <p>- Formazione dei responsabili di FV aziendali secondo quanto previsto dalla procedura AIFA per i CRFV/organismi di FV stabilmente definiti (16 ore/anno su tematiche di FV)</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i></p> <p>Partecipazione agli incontri periodici: sì/no (presenza di almeno l'80% dei RLFV)</p> <p>Evidenza delle 16 ore/anno di formazione prevista per i RLFV: sì/no</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 come stabilito dalla Convenzione in essere</p>	<p>Partecipazione agli incontri periodici del gruppo di Coordinamento del progetto ed invio della relazione della relazione scientifica e della rendicontazione secondo le tempistiche della convenzione in essere.</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i></p> <p>- Partecipazione agli incontri periodici: sì/no</p> <p>- Presenza della relazione scientifica e della rendicontazione entro le tempistiche previste dalla convenzione in essere: sì/no.</p>

3.5 INTEGRAZIONE E ASSISTENZA SOCIOSANITARIA

3.5.1 Non autosufficienza

NON DI PERTINENZA

3.5.2 Anziani

NON DI PERTINENZA

3.5.3 Disabilità

NON DI PERTINENZA

3.5.4 Minori

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Assicurare la Valutazione Integrata dei minori presi in carico	Per ogni minore per cui si prevede l'accoglienza in struttura viene effettuato almeno un incontro di valutazione integrata ospedale-territorio
Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata	Per ogni minore accolto in struttura collaborazione alla predisposizione del progetto personalizzato per la

	presa in carico integrata ospedale-territorio con formulazione del PAI o suo equivalente.
--	---

3.5.5 Salute mentale

NON DI PERTINENZA

3.5.6 Dipendenze

NON DI PERTINENZA

3.6 ASSISTENZA OSPEDALIERA

3.6.1 Governo clinico e reti di patologia

MODELLO REGIONALE DI RETE DI PATOLOGIA

Obiettivi aziendali	Risultato atteso
Tutte le Aziende SSR costituiscono un Nucleo Funzionale (che verrà descritto dal modello regionale di riferimento previsto per febbraio 2020) che parteciperà a vario titolo alle attività di formazione e conduzione di reti e PDTA	entro marzo 2020 invio ad ARCS dell'evidenza della Costituzione del Nucleo Funzionale e dei referenti Aziendali formati/formandi
Predisposizione piano di miglioramento a breve-medio termine su indicatori individuati da ARCS relativamente ai percorsi del paziente con ictus, con diabete e del paziente con cancro della mammella	- Elenco indicatori fornito da Arcs alle aziende entro marzo 2020 - Predisposizione con indicazione dei tempi di implementazione da parte delle aziende di un Piano di miglioramento entro il 30.06.2020

RETE CUORE

Obiettivo	Risultato atteso
PDTA scompenso cardiaco	Diffusione e adozione del PDTA regionale sullo scompenso cardiaco tra i professionisti dei setting clinico-assistenziali coinvolti Evidenza del trattamento dei pazienti con insufficienza cardiaca cronica riacutizzata gestiti in Pronto Soccorso (Invio di un report semestrale alla DCS con evidenza del numero dei casi trattati)

RETE DIABETE

Obiettivo	Risultato atteso
Definizione della rete diabete	Evidenza di costituzione della rete da parte di ARCS entro marzo 2020

RETE ICTUS

NON DI PERTINENZA

RETE MAMMELLA

NON DI PERTINENZA

RETE MALATTIE REUMATICHE

Obiettivo	Risultato atteso
Farmaci biologici	Evidenza delle modalità di diffusione e adozione del documento di indirizzo sulla terapia con farmaci biologici, anche nell'ambito della medicina convenzionata
Prescrizione farmaci biologici	100% delle prescrizioni di farmaci biologici avviene con l'utilizzo dello strumento informatizzato per l'appropriatezza prescrittiva (1 report per semestre)

RETE ONCOLOGICA

Obiettivo	Risultato atteso
Definizione coordinatore della rete	ARCS entro il 31/3/2020 individua e nomina il coordinatore regionale della rete oncologica

MALATTIE INFETTIVE

Obiettivo	Risultato atteso
Medico malattie infettive	L'IRCCS, tramite accordo convenzionale con ASUGI, assicura la presenza di un medico infettivologo nel Comitato Infezioni Ospedaliero

FEGATO

Obiettivo	Risultato atteso
Tutte le aziende adottano le Linee di indirizzo per l'identificazione, l'inquadramento clinico e l'invio al trattamento farmacologico dei pazienti affetti da infezione cronica da virus dell'epatite C (HCV)	Invio monitoraggio N° pazienti arruolati alla terapia DAA nel 2020 – 31.12.2020
Tutte le Aziende utilizzano i codici ICD9 nelle visite ambulatoriali ad indirizzo epatologico	Invio dati di attività epatologica (codici diagnosi) giugno e dicembre 2020

MALATTIE RARE	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Alimentare il Registro regionale Malattie Rare di cui al DM 279/2001 con inserimento del 100% dei casi diagnosticati	Tutti i pazienti che hanno un certificato di esenzione sono inseriti nel registro regionale

INCONTINENZA URINARIA	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Tutte le Aziende del SSR partecipano alla stesura e all'implementazione del PDTA a supporto del recepimento del documento tecnico di indirizzo sull'incontinenza di cui all'accordo Stato-regione n° 15/CSR del 24 gennaio 2018	ARCS, con la partecipazione di tutte le aziende del SSR, predispone il PDTA entro settembre 2020, anche relativamente all'incontinenza in età pediatrica (con la collaborazione del Burlo).

ENDOMETRIOSI	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
PDTA endometriosi	La DCS con la collaborazione di tutte le aziende predispone entro il 31/12/2020 un PDTA per le donne con endometriosi

3.6.2 Emergenza urgenza	
Obiettivo	Risultato atteso
Pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h	Mantenimento / miglioramento della percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde, ad almeno l'80% (spoke) o 65% (hub) (media regionale 2018 del 50,9% negli Hub e del 62,8% negli spoke - fonte Bersaglio)
Pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore	Mantenimento/miglioramento della percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore, portandola a valori superiori all'85% (spoke) e 75% (hub) (media regionale 2018 del 71,9% negli Hub e 77,0% negli spoke - fonte Bersaglio)
Adesione al Programma di Formazione a distanza (FAD) per operatori socio-sanitari dei Pronto Soccorso attraverso la partecipazione del personale delle Aziende Sanitarie e dei Pronto Soccorso, coinvolti in	Almeno il 20% degli operatori socio-sanitari del Pronto Soccorso pediatrico e dell'Accettazione ostetrico-ginecologica, coinvolti in percorsi e interventi di contrasto alla violenza sulle donne, partecipa al Programma di Formazione a distanza (FAD)

percorsi e interventi di contrasto alla violenza sulle donne.	- Promozione sul sito istituzionale di tutte le attività atte a contrastare la violenza alle donne (focus, formazione, slider,...)
---	--

EMERGENZE CARDIOLOGICHE – STEMI

NON DI PERTINENZA

EMERGENZE CARDIOLOGICHE – NSTEMI

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Attivazione in ogni azienda del sistema CUP Web per la segnalazione e trasferimento dei pazienti in attesa di coronarografia. L'agenda CUP Web di un Hub è visibile ed utilizzabile anche dagli Spoke non di riferimento.	100% dei pazienti con NSTEMI sottoposti a coronarografia hanno evidenza di segnalazione attraverso l'agenda dedicata
Strutturazione del percorso di riabilitazione ambulatoriale/follow-up post NSTEMI	Evidenza di inserimento in agende dedicate entro 2 mesi dalla dimissione di almeno il 60% dei pazienti con diagnosi di NSTEMI

EMERGENZE CARDIOLOGICHE – SINDROME AORTICA ACUTA

NON DI PERTINENZA

SALA OPERATIVA REGIONALE EMERGENZA SANITARIA (SORES)

NON DI PERTINENZA

3.6.3 Indicatori di attività ospedaliera

Obiettivo	Risultato atteso
Tasso di ospedalizzazione	Considerato il mandato dell'Istituto, l'IRCCS contribuisce alla riduzione esclusivamente garantendo l'appropriatezza dei ricoveri erogati.
Ricoveri in day hospital medico per acuti con finalità diagnostica	riduzione del numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica, ricorrendo anche ad un maggiore utilizzo del <i>day service</i> , portando la percentuale al di sotto del 20% 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;
Ricoveri medici oltre soglia	NON di pertinenza: si evidenzia che l'obiettivo è stato stralciato per l'IRCCS con la DGR 2186 dd 18/11/2016

Controlli di appropriatezza	Prosecuzione dei controlli di appropriatezza delle prestazioni effettuate secondo il piano dei controlli programmato dallo specifico gruppo di coordinamento regionale
-----------------------------	--

INSUFFICIENZA CARDIACA CRONICA:

NON DI PERTINENZA

PANCREAS

NON DI PERTINENZA

POLMONE:

NON DI PERTINENZA

TRAUMA

NON DI PERTINENZA

RENE

NON DI PERTINENZA

3.6.4 Trapianto e donazione**CUORE**

NON DI PERTINENZA

FEGATO

NON DI PERTINENZA

POLMONE

NON DI PERTINENZA

RENE

NON DI PERTINENZA

TESSUTI OCULARI

NON DI PERTINENZA

DONAZIONI D'ORGANO	
Obiettivo	Risultato atteso
1. confronto semestrale tra registro Decessi con Lesione Cerebrale Acuta DLCA e SDO con codici ICD-9 CM	NON DI PERTINENZA
2. Formalizzazione protocollo per prelievo d'organi	2. ASU GI e ASU FC recepiscono formalmente e applicano il protocollo per prelievo d'organi da paziente con accertamento del decesso con criterio cardiologici DCD (donatore cuore fermo) L'IRCCS Burlo partecipa, per quanto di competenza.
3. Corsi di formazione	3. ASU GI e ASU FC realizzano dei corsi di formazione inerenti il percorso del donatore DCD (donatore cuore fermo) L'IRCCS Burlo partecipa, per quanto di competenza.
4. Implementazione protocollo per prelievo d'organi	4. Aggiornamento del protocollo esistente
5. Implementazione delle segnalazioni secondo indicatori standard	NON DI PERTINENZA
6. Avvio del programma di procurement di organi in almeno un ospedale di rete	Il Centro regionale trapianti supporta il percorso di avvio del programma di procurement presso l'IRCCS Burlo.

DONAZIONE TESSUTI	
Obiettivo	Risultato atteso
Donazioni cornee	Valutazione di idoneità per tutti i decessi
Donazione multitessuto	NON DI PERTINENZA
Donazione da vivente	NON DI PERTINENZA
Atti aziendali	Prevedere all'interno degli atti aziendali obiettivi di donazione e/o di revisione dei protocolli operativi

CELLULE STAMINALI EMATOPOIETICHE	
Obiettivo	Risultato atteso
Istituzione trapianto CSE congiunto e formalizzazione presso Autorità nazionali competenti (CNT- GITMO)	Costituzione di un tavolo interazionale per la definizione di un programma congiunto. Conclusione del percorso entro 31/5/2020

3.6.5 Percorso nascita	
Obiettivo	Risultato atteso

<p>Comitato percorso nascita regionale</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Le Aziende adottano le azioni di miglioramento definite all'interno del Comitato percorso nascita regionale rispettando le tempistiche stabilite. - Le aziende del SSR mettono a disposizione i loro professionisti sanitari in base alle loro competenze in caso di costituzione di tavoli tecnici specifici legati alle attività del comitato nascita
<p>Tagli cesarei: rispettare le soglie indicate nel DM 70/2015 e nell'Accordo Stato Regioni 14/CRS 2018 e rendicontare alla DCS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tagli cesarei primari nei PN di I livello o con un numero di parti inferiore o uguale a 1000: $\leq 15\%$ - Tagli cesarei primari nei PN di II livello o con un numero di parti superiore a 1000: $\leq 25\%$
<p>GRAVIDANZE A BASSO RISCHIO Corso di formazione ostetriche</p>	<p>Le aziende entro il 30/9/2020 realizzano i programmi formativi rivolti alle ostetriche che seguono le gravidanze a basso rischio.</p> <ul style="list-style-type: none"> - I Punti nascita supportano la sperimentazione della cartella informatizzata per la gestione della gravidanza a basso rischio
<p>SIMULAZIONE AVANZATA PER LA GESTIONE DELL'EMERGENZE OSTETRICHE Corso di formazione per promuovere e migliorare la qualità della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nelle sale parto regionali. Rendere uniformi competenze tecniche e qualificazione professionale del team dei punti nascita di I e II livello in FVG nella gestione delle emergenze ostetriche</p>	<p>ASUFC e Burlo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - entro il 30/9/2020 ciascun ente realizza almeno 2 edizioni del primo modulo del corso di formazione; - entro il 31/12/2020 ciascun ente realizza almeno 2 edizioni del secondo modulo del corso di formazione.
<p>RIANIMAZIONE NEONATALE Corso base di rianimazione neonatale per esecutori realizzato al fine di consolidare le competenze di base di tutto il personale sanitario coinvolto nell'assistenza e nella gestione dei neonati a termine e pre – termine.</p>	<p>ASUFC e Burlo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - entro il 31/12/2020 ciascun ente realizza almeno due edizioni
<p>SCREENING E DIAGNOSI PRENATALE Corso di formazione professionisti</p>	<p>ASUFC, ASUFO e Burlo, anche congiuntamente, entro il 31/12/2020 realizzano almeno 1 evento formativo dedicato ai professionisti coinvolti nelle attività di screening e diagnosi prenatale</p>
<p>PATOLOGIA SINDROMICO - MALFORMATIVA PERINATALE</p>	<p>Predisposizione ed invio alla DCS entro il 31/12/2020, una proposta di percorso di miglioramento nell'ambito della diagnosi della patologia sindromica perinatale</p>

3.6.6 Pediatria	
Obiettivo	Risultato atteso
Rete oncologica pediatrica	Evidenza di costituzione della rete entro il 31/12/2020
Area emergenza-urgenza	Entro il 30/4/2020 dovrà essere formalizzato da parte della DCS il documento sul trasporto pediatrico in emergenza urgenza. - Entro il 31/8/2020 l'IRCCS Burlo implementa nella propria organizzazione il documento regionale di trasporto pediatrico in emergenza urgenza - a fine anno viene presentato un report relativo all'ultimo quadrimestre che evidenzia l'aderenza al documento regionale (almeno il 90% dei trasporti è effettuato secondo le modalità definite)
Tele-refertazione	Entro il 30/6/2020, previa attivazione da parte di INSIEL di una piattaforma dedicata, viene implementata l'operatività del sistema di tele-refertazione per second opinion in radiologia pediatrica.
Farmaci galenici pediatrici	- Evidenza del percorso di centralizzazione presso il Burlo della produzione di farmaci galenici. - Monitoraggio della produzione di galenici per conto di ASUI-GI
Carta dei Servizi pediatrici	Redazione ed approvazione della 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.

3.6.7 Sangue ed emocomponenti	
Obiettivo	Risultato atteso
Accreditamento del Dipartimento di medicina Trasfusionale giuliano-isontino	La Direzione Sanitaria dell'Istituto fornisce collaborazione per le attività propedeutiche alla visita di accreditamento
Monitoraggio dell'appropriatezza dell'utilizzo degli emocomponenti ed emoderivati	I dati relativi all'appropriatezza dell'utilizzo degli emocomponenti ed emoderivati: vengono presentati al Comitato ospedaliero per il Buon Uso del Sangue vengono trasmessi alle Strutture con reportistica semestrale
Implementazione della prescrizione trasfusionale informatizzata e dei "sistemi barriera"	Le Strutture: SCU Clinica Ostetrica e Ginecologica, SSD Gravidanza a rischio, SC Anestesia e Rianimazione

	<p>hanno effettuato almeno il 50% di richieste trasfusionali utilizzando l'applicativo Emonet web.</p> <p>E' stato elaborato lo studio di fattibilità per l'implementazione dei "sistemi barriera" per la trasfusione al letto del paziente</p> <p>L'istituto deve predisporre gli strumenti per consentire alle proprie strutture di effettuare la prescrizione informatizzata delle richieste di sangue che vengono inviate al Dipartimento di Medicina Trasfusionale".</p>
--	--

3.6.8 Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	
Obiettivo	Risultato atteso
Trasparenza e informazione	Presenza sul sito web dell'Istituto dei dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio.
Eventi sentinella	E' stato compilato il questionario AGENAS per il monitoraggio della implementazione delle raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella
Buone pratiche	E' stata inserita almeno una esperienza di buona pratica per la Call for Good Practice (Agenas)
Indicatori semestrali di valutazione	Sono stati trasmessi alla Direzione Centrale Salute gli indicatori semestrali previsti dalla rete cure sicure entro le scadenze prefissate.
Tutti gli ospedali partecipano ai programmi di sorveglianza delle ICA, con evidenza di monitoraggio degli indicatori regionali	Sono stati monitorati gli indicatori regionali relativi alla sorveglianza delle ICA

3.6.9 Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH	
Obiettivo	Risultato atteso
Programma dedicato al Personale (operatori)	<ol style="list-style-type: none"> partecipazione, ove richiesto, alla costituzione entro il 30/6/2020 di un gruppo di lavoro multiprofessionale regionale HPH sul tema Benessere sul posto di lavoro (Decreto DCS n. 1100 del 31.7.2018) in grado di rappresentare e far convergere in una strategia integrata le indicazioni normative, l'analisi dei bisogni in base alle indagini di clima organizzativo e alle autovalutazioni, per avviare azioni efficaci basate sull'evidenza. predisposizione da parte del gruppo di lavoro regionale di un documento di indirizzo sul benessere

	<p>sul luogo di lavoro entro il 31/10/2020 e sua diffusione all'interno dell'Istituto;</p> <p>3. entro il 31/12/2020, costituzione sulla base del documento di indirizzo del gruppo aziendale HPH "Benessere sul posto di lavoro" all'interno dell'Istituto.</p> <p>4. E' garantita la partecipazione alla formazione specifica su stili di vita e stress cronico</p>
Programma dedicato ai Pazienti	<p>1. costituzione entro il 30/6/2020 di gruppo di lavoro multiprofessionale regionale HPH- Patient Engagement (Decreto DCS n. 1100 del 31/7/2018) per implementare gli strumenti della "clinical health promotion".</p> <p>2. predisposizione da parte del gruppo di lavoro regionale di un documento di indirizzo sulla "clinical health promotion" entro il 31/10/2020 e sua diffusione alle aziende</p> <p>3. e' garantita la partecipazione dei professionisti alla formazione regionale sui principi e criteri HPH alle questioni specifiche della promozione della salute di bambini e adolescenti negli ospedali e nei servizi sanitari</p> <p>4. entro il 31/12/2020, costituzione sulla base del documento di indirizzo di gruppi aziendali HPH "clinical health promotion" 5. Realizzazione di un corso di aggiornamento per lo sviluppo di protocolli inclusivi di valutazione degli stili di vita e della resilienza nelle patologie croniche, con particolare riferimento all'applicazione delle linee guida Gold Standard Programme (GSP), entro il 31/12/2020</p>
Programma dedicato ai Cittadini	<p>Presentazione al comitato HPH entro il 31/12/2020 l'elenco degli enti del terzo settore (organizzazioni di volontariato, associazioni di promozione sociale, di patologie croniche, di cittadini coinvolti nei percorsi di cura, imprese sociali, enti filantropici) presenti nel proprio territorio</p>

3.7 RAPPORTO CON I CITTADINI

3.7.1 Tempi di attesa	
Obiettivo	Risultato atteso
Prestazioni monitorate	- Le valutazioni saranno eseguite rispetto all'elenco delle prestazioni ministeriali e regionali soggette a monitoraggio come definite dalla DGR 1815/2019.

	<ul style="list-style-type: none"> - Oltre alle prestazioni di cui alla DGR 1815/2019, saranno oggetto di monitoraggio le seguenti prestazioni di interesse regionale: - trattamento intravitreale delle malattie vetriniche tramite agende informatizzate - visita algologica - radioterapia
Monitoraggio tempi di attesa Aziende del SSR	Le aziende sono tenute a partecipare ed effettuare i monitoraggi regionali e nazionali dei tempi di attesa secondo le modalità, le tempistiche e le prestazioni individuate.
Agende di prenotazione	<ul style="list-style-type: none"> - le agende delle prestazioni ambulatoriali specialistiche sia istituzionali che di libera professione intramoenia sono progressivamente organizzate in modo da consentire la prenotazione online del cittadino dell'offerta; - tutte le agende delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (ad eccezione delle visite oncologiche pediatriche che non hanno tempi di attesa e che vengono accettate in tempo reale direttamente dal reparto e oncologiche ginecologiche che richiedono un "triage" e che vengono prenotate direttamente dall'ambulatorio) e di libera professione intramoenia devono essere informatizzate ed essere rese disponibili a sistema CUP regionale.
Garanzia erogativa prestazioni ambulatoriali	<p>Nei riguardi dei cittadini per le prestazioni ambulatoriali deve essere assicurata la "garanzia" erogativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - almeno 90% per la priorità B; - almeno 90% per la priorità D; - almeno 90% per la priorità P.
Garanzia erogativa interventi chirurgici	Nei riguardi dei cittadini per gli interventi chirurgici deve essere assicurata la "garanzia" erogativa almeno del 90% per i codici assegnati A.
Programmi attuativi aziendali	<ul style="list-style-type: none"> - entro 60 gg dall'Approvazione del Piano Regionale AS FO, Burlo e Cro approvano / aggiornano un nuovo Programma Attuativo Aziendale sui tempi di attesa - AS FC e AS GI in quanto oggetto di riorganizzazione adottano il proprio Programma Attuativo Aziendale sui tempi di attesa entro il 28/2/2020
Le aziende dovranno inoltre far rispettare il rapporto tra attività libero professionale di cui al CCNLL e le	L'azienda garantisce il rispetto del rapporto tra attività istituzionale e attività libero professionale

priorità fissate di "garanzia" per il cittadino assumendo ogni modalità organizzativa necessaria allo scopo	
Nel corso del 2020 la Regione provvederà a diffondere delle linee di indirizzo per la redazione e l'adeguamento dei regolamenti aziendali sulla Libera Professione.	Applicazione delle linee di indirizzo regionali nel Regolamento aziendale sulla libera professione

3.7.2 Innovazione nella gestione delle terapie	
Obiettivo	Risultato atteso
Favorire le innovazioni che, a parità di efficacia terapeutica, riducono il disagio dei pazienti e dei loro familiari, a maggior ragione se tali innovazioni possono produrre semplificazione organizzativa con conseguente riduzione dei costi complessivi del sistema, pur in presenza di un costo maggiore della terapia, a condizione che vengano preventivamente adeguatamente valutati rischi e benefici per i pazienti	Applicazione delle indicazioni regionali

3.7.3 Rapporto con pazienti e familiari nelle attività di ricovero	
Obiettivo	Risultato atteso
Rapporto con i pazienti nelle attività di ricovero	<p>Le aziende dovranno presentare entro il 31/12/2020 una relazione con la quale vengono illustrate le iniziative intraprese relativamente a</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 necessitano 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 (ad eccezione dei pazienti coinvolti nel progetto PROMs / PREMs). - 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.

Valutazione PROMs dei pazienti sottoposti ad interventi di ernia inguinale e crurale e PREMs di almeno un percorso clinico o organizzativi	<ul style="list-style-type: none"> - Le Aziende raccolgono i consensi necessari alla realizzazione delle valutazioni - ARCS organizza coordina la realizzazione delle due valutazioni - report inviato alla Direzione centrale salute entro il 31/12/2020.
--	---

3.8 FLUSSI INFORMATIVI

3.8.1 Rapporti con amministrazioni central

NON DI PERTINENZA

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

Obiettivo	Risultato atteso
Miglioramento della qualità dei dati inseriti nei flussi informativi aziendali	<ul style="list-style-type: none"> - controllo ed invio dei flussi ministeriali entro le scadenze previste - verifica, se richiesta con ARCS dei dati inviati - analisi degli indicatori previsti nel Nuovo Sistema di Garanzia, nel Network delle Regioni "Bersaglio" e nel PNE (Programma Nazionale Esiti)."

4 IL SISTEMA INFORMATIVO

4.1 RINNOVAMENTO SISTEMI

4.1.1 Sistema informativo dei distretti:

NON DI PERTINENZA

4.1.2 Sistema informativo contabile e economato

Obiettivo	Risultato atteso
Sede Pilota: contribuire alla configurazione del sistema creando le condizioni per una fedele rappresentazione nel nuovo sistema dell'organizzazione di tutte le aziende	100% elaborati entro il 30/6/2020
Sede pilota: collaborare in termini di test del sistema, opportunamente integrato con i sistemi satelliti	Sistema funzionante nell'azienda pilota (verbale collaudo) entro il 31/10/2020
Avviamento in tutte le aziende del SSR organizzando turni del personale per favorire la formazione in aula e sul campo	Sistema funzionante in tutte le aziende (verbale collaudo) entro il 31/12/2020

4.1.3 Sistema informativo del personale	
Obiettivo	Risultato atteso
Le aziende devono rendersi disponibili a verificare il buon funzionamento del sistema	Avviamento del sistema in tutte le aziende entro il 30/6/2020

4.1.4 Cartella clinica ospedaliera	
Obiettivo	Risultato atteso
Predisposizione capitolato cartella clinica	- nomina referenti gruppo di lavoro entro il 15/2/2020 ; - validazione capitolato entro il 30/7/2020

4.2 DIGITALIZZAZIONE

4.2.1 Ricetta dematerializzata	
Obiettivo	Risultato atteso
Ricette dematerializzate specialistica e farmaceutica	90% sul totale delle ricette entro il 31/12/2020

4.2.2 Firma digitale	
Obiettivo	Risultato atteso
Firma digitale referti (specialistica, radiologia, analisi chimico cliniche, anatomia patologica), lettera dimissione, verbali pronto soccorso	Entro il 31/12/2020: - G2 Clinico > 98% - Laboratorio e microbiologia >98% - Medicina trasfusionale > 98%, - Anatomia patologica > 98% - Radiologia > 98% - Lettera di dimissione > 98% - Verbali pronto soccorso 98%

4.2.3 Fascicolo sanitario elettronico	
Obiettivo	Risultato atteso
FSE operatore: formazione sui vantaggi dell'uso dello strumento	Almeno 10 corsi realizzati a livello aziendale di cui: - 5 corsi entro 30.06.2020 - 5 corsi entro 31.12.2020

4.2.3 Telemedicina	
Obiettivo	Risultato atteso
Attivazione a livello regionale in pazienti post-acuti con scompenso cardiaco, diabete o BPCO, selezionati al	- Predisposizione del capitolato della gara d'appalto per l'acquisizione della piattaforma ICT

momento della dimissione dall'ospedale, di una assistenza integrata domiciliare sociosanitaria supportata da strumenti di ICT (telemedicina)	<ul style="list-style-type: none"> - Definizione dei team aziendali con il coinvolgimento, per quanto possibile in base alle diverse realtà locali, di specialisti, personale dei distretti, medici di medicina generale, assistenza sociale e associazioni di pazienti per l'analisi della integrazione dei percorsi di cura attivi a livello locale con il supporto della piattaforma ICT - Identificazione della azienda pilota per avviare il progetto di assistenza domiciliare integrata supportata da ICT - Avviamento del sito pilota entro il 31/12/2020.
--	---

4.3 INTEGRAZIONE DEI SISTEMI

Obiettivo	Risultato atteso
Censimento dei sistemi informatici delle aziende del SSR da integrare con gli asset regionali.	Predisporre un documento secondo le linee guida regionali entro il 31/5/2020

4.4 ELEMENTI PER IL PIANO INVESTIMENTI

Obiettivo	Risultato atteso
Censimento di tutte le apparecchiature (pc, mobile, stampanti ecc.) dove saranno attivati i sistemi del personale, della contabilità e dei distretti. Per i pc nel censimento va indicata la versione del Sistema Operativo. Sono da riportare anche nuove esigenze indotte dall'introduzione dei nuovi sistemi.	Elenco apparecchiature entro il 31/5/2020
Censimento di tutto il parco apparecchiature (pc, mobile, stampanti ecc.) con indicazioni di nuove esigenze.	Elenco apparecchiature entro il 31/5/2020
Indicazioni delle apparecchiature di rete da sostituire con indicazioni delle caratteristiche (doppio alimentatore, ecc.)	Elenco apparecchiature entro il 31/12/2020

4.5 PRIVACY IN SANITÀ

Obiettivo	Risultato atteso
Censimento delle carenze rispetto al GDPR e ABSC	Predisporre un documento entro il 31/5/2020
Individuazione altri ambiti con criticità (es. prodotti sw)	Predisporre un documento

4.6 SISTEMA PACS REGIONALE

Obiettivo	Risultato atteso
Prosecuzione dell'aggiornamento tecnologico dei sistemi PACS	Blocco dell'alimentazione dell'archivio immagini del livello regionale e l'avvio della conservazione legale diretta dal livello aziendale.
Obiettivo	Risultato atteso
Valutazione dei possibili scenari di continuità dell'impianto PACS regionale	ARCS elabora entro dicembre 2020 un documento di analisi e valutazione in termini di costi e benefici dei possibili scenari di: <ul style="list-style-type: none"> - continuità dell'impianto PACS regionale al termine del vigente contratto di fornitura (dicembre 2022) - disponibilità di nuovi sistemi gestionali di reparto integrati alla piattaforma dei sistemi informativi ospedalieri.
Obiettivo	Risultato atteso
Revisione delle modalità di condivisione di referti e immagini diagnostici nell'ambito dei flussi emergenziali interaziendali a seguito del riassetto istituzionale del SSR	Le modalità di condivisione di referti e immagini diagnostici nell'ambito dei flussi emergenziali interaziendali sono completamente adeguate al nuovo assetto istituzionale entro dicembre 2020.

Istituto di ricerca e cura a carattere scientifico Centro di Riferimento Oncologico

3. LE PROGETTUALITÀ

3.1 PROGETTI DI RIORGANIZZAZIONE

3.1.4 Controlli qualità e appropriatezza delle prestazioni	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Controlli qualità e appropriatezza delle prestazioni	<p>In linea con quanto già previsto con la DGR 182 del 2 febbraio 2018, l'Istituto proseguirà le verifiche sull'appropriatezza delle prestazioni erogate secondo il piano controlli definito a livello regionale.</p> <p>Saranno inoltrati alla Direzione centrale i report sui controlli effettuati nonché gli eventuali provvedimenti adottati con le seguenti scadenze:</p> <ul style="list-style-type: none"> - controlli sull'attività del 1° semestre: entro il mese di agosto del 2020 - controlli sull'attività del 2° semestre: entro il mese di marzo del 2021.

3.1.7. Sicurezza	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Predisposizione di un piano aziendale per la prevenzione e la gestione dei casi di violenza contro gli operatori sanitari nei diversi setting assistenziali.	Predisposizione piano e pubblicazione nell'area intranet dell'Istituto
Predisposizione di un piano aziendale per la prevenzione e la gestione dei furti	Predisposizione piano

3.2 ASSISTENZA DI PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA

3.2.3. Gli screening oncologici in regione Friuli Venezia Giulia	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<u>Cervice uterina:</u>	Tutti gli interventi formativi richiesti sono stati realizzati

disponibilità a realizzare su richiesta di ogni AFT 1 intervento formativo sulla riconversione del programma di screening	
<u>Cervice uterina:</u> IRCCS CRO: coordinare la redazione partecipata di un protocollo per la gestione clinica del secondo livello dello screening cervicale.	IRCCS CRO: protocollo redatto ed inviato alla Direzione Salute entro 60 giorni dall'adozione definitiva delle linee annuali per la gestione del servizio sanitario e socio-sanitario regionale anno 2020
<u>Cervice uterina:</u> Tutte le aziende che garantiscono i prelievi per HPV-DNA test di secondo livello	<ul style="list-style-type: none"> - dotare gli ambulatori di prelievo delle dotazioni informatiche e delle configurazioni CUPWEB già in uso al primo livello - logistica di supporto (trasporto campioni) da realizzarsi secondo indicazioni DCS
<u>Mammella</u> 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	Garantire sia la lettura del primo livello che la gestione del percorso di approfondimento diagnostico da parte di radiologi certificati
<u>Mammella</u> 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"> - Tempi di attesa per approfondimenti di secondo livello ≤ 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 ≤ 30 gg - Percentuale di early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso"/totale dei casi chiusi dall'unità senologica inferiore al 10%
<u>Colon retto</u> garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica (in particolare la codifica del livello di rischio assicurando di rendere definitiva la compilazione) per gli esami di 2° livello di screening Garantire l'offerta della colonscopia di approfondimento di secondo livello entro 30 giorni dalla positività del FOBT di screening	<ul style="list-style-type: none"> - Percentuale di cartelle correttamente compilate $\geq 95\%$ - Tempo di attesa per colonscopia di approfondimento di secondo livello ≤ 30 giorni

3.2.8. Promozione della salute nei luoghi di lavoro	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Realizzare interventi di immunizzazione degli operatori sanitari per la prevenzione e il controllo delle infezioni prevenibili da vaccino.	<ul style="list-style-type: none"> - Report a dicembre 2020 – analisi dei risultati dello stato di copertura per morbillo, parotite, rosolia, varicella riguardanti tutti i lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria nel corso dell’anno. - Report a dicembre 2020 –verifica della validità in corso della vaccinazione DTPa tramite consultazione del SIASI per gli operatori sanitari sottoposti a sorveglianza sanitaria nel corso dell’anno. Aggiornamento del protocollo di sorveglianza sanitaria, revisione 2020. - Report al 01.02.2021 – verifica del numero di dosi di vaccino antiinfluenzale somministrate, durante la campagna stagionale 2020/2021 e confronto con i dati 2019/2020 Aggiornamento del protocollo di sorveglianza sanitaria – revisione 2020.

3.2.11. Alimentazione e salute: promozione di un'alimentazione sana, sicura e sostenibile	
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 2020 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 2020 in ogni Azienda

3.3 ASSISTENZA PRIMARIA

3.3.6. Cure palliative e terapia del dolore	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Terapia del dolore	sono rispettati i tempi di attesa per la prima visita algologica nel 90% dei casi per ogni classe di priorità, in caso di richiesta appropriata

3.3.7. Cure palliative e terapia del dolore in età pediatrica	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Organizzazione delle cure pediatriche e terapia del dolore in ambito pediatrico	partecipazione alle attività previste in attuazione del Decreto n. 1771/SPS del 27 dicembre 2016

Presa in carico pazienti pediatrici	Entro il 31/12/2020 nell'ambito dei lavori della Rete deve essere predisposto e condiviso un documento relativo ai criteri di eleggibilità per la presa in carico del paziente pediatrico.
-------------------------------------	--

3.3.12. Accredimento	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Partecipazione attiva al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti	1.a il CRO consente a ognuno dei propri dipendenti inseriti nell'elenco regionale dei valutatori dell'accredimento di partecipare ai sopralluoghi per almeno 5 giornate, secondo le indicazioni della Direzione centrale salute. 1.b il CRO mette a disposizione i professionisti appartenenti alle aree professionali indicate dalla Direzione centrale salute, da avviare al percorso formativo dei valutatori dell'accredimento
Partecipazione al programma di accreditamento nazionale degli organismi tecnicamente accreditanti	il CRO consente ai propri dipendenti inseriti nell'elenco nazionale dei valutatori dell'accredimento di partecipare alle attività organizzate dal Ministero della salute e dall'Agenas
Garanzia del funzionamento dell'OTA FVG	il CRO consente ai propri dipendenti, componenti dell'OTA regionale, di svolgere le funzioni previste dalla DGR 2220/2015 e dal Decreto n. 1899/2017

3.4 ASSISTENZA FARMACEUTICA

3.4.1. 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 2020 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>

3.4.2. Appropriately prescrittiva	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
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 2020 (in particolare per oncologici, immunologici, farmaci per l'epatite C, terapie intra-vitreali, farmaci del PHT_DPC, equivalenti, IPP, nuova nota AIFA 96, EBPM ecc).	<p>Invio alla DCS di due relazioni semestrali (entro 31/10/2020 e 28/02/2021) da cui si evincano:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3 obiettivi assegnati nelle schede di budget alle U.O aziendali relativi a setting specialistici ad alto impatto di spesa; - Azioni intraprese per le categorie principali <p><i>Modalità di valutazione:</i> Relazioni inviate nei termini: sì/no (peso 50%) Relazioni congruenti in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 50%)</p>

3.4.5. Biosimilari	
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 31/10/2020 e 28/02/2021) descrittive delle attività svolte, dei percorsi attivati con i prescrittori e delle ricadute per il SSR, specificatamente per gli ambiti dell'assistenza ospedaliera e territoriale (diretta). I dati di spesa e di consumo, rilevati secondo lo schema predisposto dalla DCS, integreranno le relazioni</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i> Relazioni inviate entro il 31.10.20 ed entro il 28.02.21: sì/no secondo schema DCS;</p>

3.4.6. Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Ottimizzazione e monitoraggio 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.	<p>Invio di due report semestrali (come da schema della DCS) sull'attività svolta nell'ambito della distribuzione diretta entro il 31.10.20 ed entro il 28.02.21.</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i> Relazioni sulle attività inviate nei termini: sì/no</p>

3.4.7. Rapporto con le aziende farmaceutiche e biomedicali	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso

Favorire la diffusione a tutti gli operatori sanitari e l'applicazione a tutte le Strutture aziendali del regolamento definito nel 2019	<p>Applicazione del regolamento entro il 31.12.2020 da parte di tutte le strutture aziendali</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i> Invio alla DCS delle evidenze entro il 28/02/2021: sì/no</p>
---	--

3.4.9. Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	
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>	<ul style="list-style-type: none"> - applicazione del percorso aziendale (monitoraggi/controlli effettuati) per la risoluzione di eventuali criticità legate al mancato inserimento o all'inserimento ritardato dei pazienti in piattaforma, che deve essere garantito per il 100% dei casi ai fini della rimborsabilità. - Assicurare l'invio delle Richieste di Rimborso secondo le modalità definite da AIFA per tutti i farmaci con accordo MEA, anche attraverso la nuova piattaforma gestione rimborsi in fase di avvio. <p><i>Modalità di valutazione</i> Evidenza dei percorsi aziendali per la gestione delle criticità: sì/no 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>	<ul style="list-style-type: none"> - Implementazione dei campi obbligatori per il 95% dei pazienti. <p><i>Modalità di valutazione:</i> Due rilevazione (DCS) del grado di completezza al 30.06.2020 e al 31.12.2020. 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</p>	<ul style="list-style-type: none"> - % delle confezioni erogate in distribuzione diretta nominale hanno una prescrizione effettuata con il sistema PSM - iter elettronico $\geq 90\%$. <p>La DCS invierà periodicamente agli Enti del SSR un report relativo alle prescrizioni indotte con iter</p>

<p>monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e la promozione dei medicinali acquisiti centralmente da ARCS.</p> <p>Le Aziende avvieranno azioni di sensibilizzazione su quelle strutture/reparti per i quali si rileva un modesto utilizzo dell'iter elettronico, al fine di ridurre l'erogazione derivante da prescrizioni cartacee indotte verso altre aziende.</p>	<p>cartaceo verso altre Aziende /IRCCS, per le successive azioni di sensibilizzazione.</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i> Target rilevati dalla DCS. - % \geq 90%: obiettivo raggiunto - % tra 75% e 89%: obiettivo parzialmente raggiunto - % < 75%: obiettivo non raggiunto</p>
<p>PRESCRIZIONE INFORMATIZZATA DEI PIANI TERAPEUTICI</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: > 65%</p> <p>Target rilevati dalla DCS. Per le modalità di calcolo dell'indicatore si rimanda alla DGR n. 1912/2018 - % PT informatizzati per tutti i pazienti > 65% raggiunto - % PT informatizzati per tutti i pazienti tra 50 e 65% parzialmente raggiunto - % PT informatizzati per tutti i pazienti < 50% non raggiunto</p> <p>la % di PT informatizzati (> 65%) è calcolata rispetto al totale dei Piani terapeutici redatti dalla struttura (informatizzati + cartacei) e comunicato a fine anno alla DCS.</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 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 (> 99% confezioni) in fase di erogazione diretta dei medicinali (applicativo PSM).</p> <p>Garantire il 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 Integrale copertura fase 3/fase 2 (> 99,5% della spesa negli ambiti previsti). Inserimento codice targatura in fase di erogazione diretta dei medicinali (> 99%). Riscontro entro 15 giorni agli eventuali approfondimenti richiesti o segnalazioni inviate.</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i> - copertura fase 3/fase 2: target rilevati dalla DCS % > 99,5%: raggiunto % tra 99% e 99,5%: parzialmente raggiunto % < 99%: non raggiunto</p> <p>- Targatura: target rilevati dalla DCS: - % confezioni diretta PSM > 99%: raggiunto - % confezioni diretta PSM da 97% a 99%: parzialmente raggiunto - % confezioni diretta PSM < 97%: non raggiunto</p>

	- Riscontri agli approfondimenti effettuati nei termini: sì/no
--	---

3.4.10. Farmacovigilanza	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Assicurare la partecipazione dei sanitari interessati e il supporto alle attività organizzate secondo quanto previsto dalle procedure operative AIFA per i CRFV e i RLFV.	<ul style="list-style-type: none"> - Partecipazione del responsabile aziendale di FV o di un suo delegato alle attività avviate dalla DCS e agli eventi formativi/workshop organizzati dalla stessa o dall'AIFA (incontri periodici, stato di avanzamento progetti affidati alle Aziende sanitarie, eventi formativi AIFA). - Formazione dei responsabili di FV aziendali secondo quanto previsto dalla procedura AIFA per i CRFV/organismi di FV stabilmente definiti (16 ore/anno su tematiche di FV) <p><i>Modalità di valutazione:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Partecipazione agli incontri periodici: sì/no (presenza di almeno l'80% dei RLFV) - Evidenza delle 16 ore/anno di formazione prevista per i RLFV: sì/no
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 come stabilito dalla Convenzione in essere.	<p>Partecipazione agli incontri periodici del gruppo di Coordinamento del progetto ed invio della relazione scientifica e della rendicontazione secondo le tempistiche della convenzione in essere.</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Partecipazione agli incontri periodici: sì/no - Presenza della relazione scientifica e della rendicontazione entro le tempistiche previste dalla convenzione in essere: sì/no.

3.5 INTEGRAZIONE E ASSISTENZA SOCIOSANITARIA

3.5.6. Dipendenze	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Sviluppo e dal consolidamento di interventi finalizzati al miglioramento della presa in carico delle persone con problemi di dipendenza patologica	Almeno 1 progetto per favorire la cessazione del fumo

3.6 ASSISTENZA OSPEDALIERA

3.6.1. Governo clinico e reti di patologia	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Costituzione di un Nucleo Funzionale (che verrà descritto dal modello regionale di riferimento previsto per febbraio 2020) che parteciperà a vario titolo alle attività di formazione e conduzione di reti e PDTA	entro marzo 2020 invio ad ARCS dell'evidenza della Costituzione del Nucleo Funzionale e dei referenti Aziendali formati/formandi
Predisposizione piano di miglioramento a breve-medio termine su indicatori individuati da ARCS relativamente ai percorsi del paziente con cancro della mammella	- Elenco indicatori fornito da Arcs alle aziende entro marzo 2020 - Predisposizione con indicazione dei tempi di implementazione da parte delle aziende di un Piano di miglioramento entro il 30.06.2020
RETE MAMMELLA Aggiornamento PDTA	Partecipazione alla revisione del PDTA da parte di ARCS entro settembre 2020.
RETE MAMMELLA Realizzazione di audit, con partecipazione di ARCS, con redazione di piano di miglioramento entro 2020 (obiettivo Aziende SSR)	- Realizzazione di audit con la partecipazione e il coordinamento di ARCS, - Elaborazione report e predisposizione, con indicazione dei tempi di implementazione, da parte delle aziende di un Piano di miglioramento entro novembre 2020
MALATTIE RARE Alimentare il Registro regionale Malattie Rare di cui al DM 279/2001 con inserimento del 100% dei casi diagnosticati	Tutti i pazienti che hanno un certificato di esenzione sono inseriti nel registro regionale

3.6.3. Indicatori di attività ospedaliera	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Ricoveri in day hospital medico per acuti con finalità diagnostica	riduzione del numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica, ricorrendo anche ad un maggiore utilizzo del <i>day service</i> , portando la percentuale al di sotto del 20% 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;
Ricoveri medici oltre soglia	riduzione della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti ≥ 65 anni portandola al di sotto del 4% (valore medio regionale 2017 di 4,81% - fonte Bersaglio).

Controlli di appropriatezza	Le aziende proseguono ad effettuare i controlli di appropriatezza delle prestazioni effettuate dagli erogatori pubblici e privati, secondo il piano dei controlli programmato dallo specifico gruppo di coordinamento regionale
-----------------------------	---

3.6.4. Trapianto e donazione	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Donazioni cornee	Presso ciascuna azienda devono essere almeno pari al 3% dei decessi
Istituzione trapianto CSE congiunto e formalizzazione presso Autorità nazionali competenti (CNT- GITMO)	Partecipazione al tavolo interazionale per la definizione di un programma congiunto. Conclusione del percorso entro 31/5/2020

3.6.6. Pediatria	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Rete oncologica pediatrica	Evidenza di costituzione della rete entro il 31/12/2020.
Area emergenza-urgenza	<ul style="list-style-type: none"> - Entro il 30/4/2020 dovrà essere formalizzato da parte della DCS il documento sul trasporto pediatrico in emergenza urgenza. - Entro il 30/8/2020 le Aziende implementano nella propria organizzazione il documento regionale di trasporto pediatrico in emergenza urgenza - le Aziende presentano un report relativo all'ultimo quadrimestre che evidenzia l'aderenza al documento regionale (almeno il 90% dei trasporti è effettuato secondo le modalità definite)
Carta dei Servizi pediatrici	Entro il 31/12/2020 le aziende che erogano prestazioni destinate alla fascia di popolazione in età evolutiva devono approvare 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.

3.6.7. Sangue ed emocomponenti	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
accreditamento Istituzionale per le attività di competenza: raccolta, validazione biologica, manipolazione, congelamento, stoccaggio e distribuzione delle Cellule Staminali Emopoietiche	rinnovo accreditamento e autorizzazione regionale SODS Trattamento Cellule Staminali per Terapie Cellulari
Garanzia della sicurezza e dell'appropriatezza trasfusionale attraverso la partecipazione ai programmi regionali di sorveglianza trasfusionale.	<p>1. 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> <ul style="list-style-type: none"> • emocomponente "tracer": globuli rossi concentrati • farmaci "tracer": Antitrombina III e Fibrinogeno; <p>2. implementazione della prescrizione trasfusionale informatizzata e dei "sistemi barriera" per la trasfusione al letto del paziente</p>

3.6.8. Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
partecipazione dei RAP agli incontri attinenti i programmi specifici	È garantita la partecipazione con i propri referenti aziendali
Prosecuzione dei programmi di: - "Antimicrobial stewardship"	<ul style="list-style-type: none"> - revisione dei documenti di indirizzo terapeutico secondo le indicazioni del tavolo regionale dei RM; - diffusione e condivisione dei report regionali sul consumo di antibiotici e sulle resistenze batteriche nelle unità operative ospedaliere; - monitoraggio degli indicatori delle "Linee regionali per il riconoscimento precoce e la gestione della sepsi associata alle pratiche assistenziali" secondo le indicazioni del tavolo regionale dei RM.
Prosecuzione dei programmi di Prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza	<ul style="list-style-type: none"> - diffusione dei dati relativi alla PPS 2019; - partecipazione alla revisione e alla messa a regime del documento sui microrganismi alert; - diffusione dei dati relativi alla sorveglianza sulla ISC 2019; - ripetizione della sorveglianza di incidenza sulle ISC e sui comportamenti nel BO; - monitoraggio applicazione bundle.

Prosecuzione dei programmi di sicurezza del farmaco	prosecuzione del programma per la riduzione del consumo di inibitori di pompa protonica secondo le indicazioni del tavolo regionale RM
Prosecuzione dei programmi sulla Violenza a danno degli operatori	Applicazione delle indicazioni del tavolo regionale RM
Trasparenza e informazione	Presenza sul sito web dei dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio
Eventi sentinella	compilazione del questionario per il monitoraggio della implementazione delle raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella
Buone pratiche	Il CRO ha inserito una esperienza di buona pratica per la Call for Good Practice (Agenas)
Partecipazione ai programmi di sorveglianza delle ICA, con evidenza di monitoraggio degli indicatori regionali.	indicatori regionali monitorati

3.6.9. Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Programma dedicato al Personale (operatori)	<ol style="list-style-type: none"> 1. costituzione entro il 30/6/2020 di gruppo di lavoro multiprofessionale regionale HPH sul tema Benessere sul posto di lavoro (Decreto DCS n. 1100 del 31.7.2018) in grado di rappresentare e far convergere in una strategia integrata le indicazioni normative, l'analisi dei bisogni in base alle indagini di clima organizzativo e alle autovalutazioni, per avviare azioni efficaci basate sull'evidenza. 2. predisposizione da parte del gruppo di lavoro regionale di un documento di indirizzo sul benessere sul luogo di lavoro entro il 31/10/2020 e sua diffusione alle aziende; 3. entro il 31/12/2020, costituzione sulla base del documento di indirizzo di gruppi aziendali HPH "Benessere sul posto di lavoro" nelle aziende aderenti alla rete HPH. <p>4. E' garantita la partecipazione alla formazione specifica su stili di vita e stress cronico</p>
Programma dedicato ai Pazienti	<ol style="list-style-type: none"> 1. costituzione entro il 30/6/2020 di gruppo di lavoro multiprofessionale regionale HPH- Patient Engagement (Decreto DCS n. 1100 del 31/7/2018) per implementare gli strumenti della "clinical health promotion". 2. predisposizione da parte del gruppo di lavoro regionale di un documento di indirizzo sulla "clinical

	<p>health promotion” entro il 31/10/2020 e sua diffusione alle aziende</p> <p>3. e' garantita la partecipazione dei professionisti alla formazione regionale sui principi e criteri HPH alle questioni specifiche della promozione della salute di bambini e adolescenti negli ospedali e nei servizi sanitari</p> <p>4. entro il 31/2/2020 ciascuna azienda realizza un corso di aggiornamento per lo sviluppo di protocolli inclusivi di valutazione degli stili di vita e della resilienza nelle patologie croniche, con particolare riferimento all'applicazione delle linee guida Gold Standard Programme (GSP)</p>
Programma dedicato ai Cittadini	<p>1. Ciascuna azienda presenta al comitato HPH entro il 31/12/2020 l'elenco delle organizzazioni di volontariato che collaborano con l'Istituto</p> <p>2. Organizzazione di almeno un incontro tra la direzione e le associazioni di volontariato</p>

3.7 RAPPORTO CON I CITTADINI

3.7.1. Tempi di attesa	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Prestazioni monitorate	<ul style="list-style-type: none"> - Le valutazioni saranno eseguite rispetto all'elenco delle prestazioni ministeriali e regionali soggette a monitoraggio come definite dalla DGR 1815/2019. - Oltre alle prestazioni di cui alla DGR 1815/2019, saranno oggetto di monitoraggio le seguenti prestazioni di interesse regionale: Visita algologica Radioterapia
Monitoraggio tempi di attesa	Il CRO è tenuto a partecipare ed effettuare i monitoraggi regionali e nazionali dei tempi di attesa secondo le modalità, le tempistiche e le prestazioni individuate.
Agente di prenotazione	<ul style="list-style-type: none"> - le agende delle prestazioni ambulatoriali specialistiche sia istituzionali che di libera professione intramoenia sono progressivamente organizzate in modo da consentire la prenotazione online del cittadino dell'offerta; - tutte le agende delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di libera professione intramoenia

	devono essere informatizzate ed essere rese disponibili a sistema CUP regionale
Garanzia erogativa prestazioni ambulatoriali	Nei riguardi dei cittadini per le prestazioni ambulatoriali deve essere assicurata la "garanzia" erogativa: - almeno 90% per la priorità B; - almeno 90% per la priorità D; - almeno 90% per la priorità P.
Garanzia erogativa interventi chirurgici	Nei riguardi dei cittadini per gli interventi chirurgici deve essere assicurata la "garanzia" erogativa almeno del 90% per i codici assegnati A.
Programmi attuativi aziendali	entro 60 gg dall'Approvazione del Piano Regionale, il CRO approva/aggiorna un nuovo Programma Attuativo Aziendale sui tempi di attesa

3.7.2. 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.	Realizzazione di eventuali proposte emergenti che rispondano ai quesiti indicati

3.7.3. Rapporto con pazienti e familiari nelle attività di ricovero

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Rapporto con i pazienti nelle attività di ricovero	presentazione entro il 31/12/2020 di una relazione con la quale vengono illustrate le iniziative intraprese relativamente a - 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 necessitano 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

	<p>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 (ad eccezione dei pazienti coinvolti nel progetto PROMs / PREMs).</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>
Valutazione PREMs di almeno un percorso clinico o organizzativi	<p>- garantire la raccolta dei consensi necessari alla realizzazione delle valutazioni</p> <p>- report inviato alla Direzione centrale salute entro il 31/12/2020.</p>

3.8 FLUSSI INFORMATIVI

3.8.2. Obblighi informativi e qualità dei dati amministrativi ai fini amministrativi, epidemiologici e gestionali	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Garantire il processo di miglioramento della qualità dei dati contenute nelle basi dati gestionali e le attività di manutenzione e monitoraggio della congruità delle basi dati con il coordinamento dell'ARCS.	Viene garantito il monitoraggio della qualità delle basi dati con il coordinamento dell'ARCS.

4. IL SISTEMA INFORMATIVO

4.1 RINNOVAMENTO STEMI

4.1.2. Sistema informativo contabile e economato	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
contribuire alla configurazione del sistema creando le condizioni per una fedele rappresentazione nel nuovo sistema dell'organizzazione di tutte le aziende secondo le indicazioni regionali	100% elaborati entro il 30/6/2020
Collaborare in termini di test del sistema, opportunamente integrato con i sistemi satelliti	Sistema funzionante nell'azienda pilota (verbale collaudo) entro il 31.10.2020.
Avviamento in tutte le aziende del SSR organizzando turni del personale per favorire la formazione in aula e sul campo	Sistema funzionante in tutte le aziende (verbale collaudo) entro il 31/12/2020

4.1.3. Sistema informativo del personale	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Le aziende devono rendersi disponibili a verificare il buon funzionamento del sistema	Avviamento del sistema in tutte le aziende entro il 30/6/2020

4.1.4. Cartella clinica ospedaliera	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Avviamento cartella oncologica comprensiva della Unità Farmacologica antiblastica	La cartella è operativa presso il CRO entro il 31/3/2020
Predisposizione capitolato cartella clinica	- nomina referenti gruppo di lavoro entro il 15/2/2020 ; - validazione capitolato entro il 30/7/2020

4.2. DIGITALIZZAZIONE

4.2.1. Ricetta de materializzata	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Ricette dematerializzate specialistica e farmaceutica	90% sul totale delle ricette entro il 31/12/2020

4.2.2. Firma digitale	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Firma digitale referti (specialistica, radiologia, analisi chimico cliniche, anatomia patologica), lettera dimissione	Entro il 31/12/2020: - G2 Clinico > 98% - Laboratorio >98% - Anatomia patologica > 98% - Radiologia > 98% - Lettera di dimissione > 98%

4.2.3. Fascicolo sanitario elettronico	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
FSE operatore: formazione sui vantaggi dell'uso dello strumento	Almeno 10 corsi realizzati a livello aziendale di cui: - 5 corsi entro 30.06.2020 - 5 corsi entro 31.12.2020

4.2.4. Telemedicina	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Attivazione a livello regionale in pazienti post-acuti con scompenso cardiaco, diabete o BPCO,	- Predisposizione del capitolato della gara d'appalto per l'acquisizione della piattaforma ICT

<p>selezionati al momento della dimissione dall'ospedale, di una assistenza integrata domiciliare sociosanitaria supportata da strumenti di ICT (telemedicina)</p>	<p>- Definizione dei team aziendali con il coinvolgimento, per quanto possibile in base alle diverse realtà locali, di specialisti, personale dei distretti, medici di medicina generale, assistenza sociale e associazioni di pazienti per l'analisi della integrazione dei percorsi di cura attivi a livello locale con il supporto della piattaforma ICT</p> <p>- Identificazione della azienda pilota per avviare il progetto di assistenza domiciliare integrata supportata da ICT</p> <p>- Avviamento del sito pilota entro il 31/12/2020</p>
--	---

4.3. INTEGRAZIONE SISTEMI

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Censimento dei sistemi informatici delle aziende del SSR da integrare con gli asset regionali.	Predisporre un documento secondo le linee guida regionali entro il 31/5/2020

4.4. ELEMENTI PER IL PIANO INVESTIMENTI

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Censimento di tutte le apparecchiature (pc, mobile, stampanti ecc.) dove saranno attivati i sistemi del personale, della contabilità. Per i pc nel censimento va indicata la versione del Sistema Operativo. Sono da riportare anche nuove esigenze indotte dall'introduzione dei nuovi sistemi.	Elenco apparecchiature entro il 31/5/2020
Censimento di tutto il parco apparecchiature (pc, mobile, stampanti ecc.) con indicazioni di nuove esigenze.	Elenco apparecchiature entro il 31/5/2020
Indicazioni delle apparecchiature di rete da sostituire con indicazioni delle caratteristiche (doppio alimentatore, ecc.)	Elenco apparecchiature entro il 31/12/2020

4.5. PRIVACY IN SANITA'

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Censimento delle carenze rispetto al GDPR e ABSC	Predisporre un documento entro il 31/5/2020
Individuazione altri ambiti con criticità (es. prodotti sw)	Predisporre un documento

4.6 SISTEMA PACS REGIONALE

Obiettivo aziendale	Risultato atteso

Revisione delle modalità di condivisione di referti e immagini a fini diagnostici nell'ambito dei flussi emergenziali interaziendali a seguito del riassetto istituzionale del SSR	Le modalità di condivisione di referti e immagini diagnostici nell'ambito dei flussi emergenziali interaziendali sono completamente adeguate al nuovo assetto istituzionale entro dicembre 2020 secondo le indicazioni di ARCS .
Revisione delle modalità di condivisione di referti e immagini a fini diagnostici nell'ambito dei flussi emergenziali interaziendali a seguito del riassetto istituzionale del SSR	Le modalità di condivisione di referti e immagini diagnostici nell'ambito dei flussi emergenziali interaziendali sono completamente adeguate al nuovo assetto istituzionale entro dicembre 2020 secondo le indicazioni di ARCS .

Agenzia Regionale di Coordinamento per la Salute

ARCS

3. LE PROGETTUALITÀ

3. Progettualità
<p>Le progettualità di ARCS sono riconducibili:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ alle tematiche censite nelle Linee di gestione ➤ al progressivo consolidamento, messa in sicurezza e ottimizzazione delle funzioni già presenti alla data dell'1.1.2019; ➤ alla progressiva presa in carico delle nuove funzioni assegnate dalla L.R. 27/2018 e dalla L. 22/2019, secondo tempi, risorse e modalità definiti dal livello regionale, laddove non già definite nelle Linee per la gestione. <p>Si sottolinea che con le Linee di Gestione 2020 sono state affidate ad ARCS progettualità riferite a funzioni ancora non attivate senza, peraltro, assegnare le correlate risorse ma limitandosi a prevedere che <i>“nel corso del 2020 verranno anche quantificate le quote dei fondi contrattuali da trasferire ad ARCS per la graduale attuazione del proprio atto aziendale, tenuto conto del progressivo trasferimento delle funzioni dalle Aziende, dello svolgimento di attività in forma centralizzata e della realizzazione degli assetti degli enti di nuova costituzione”</i>.</p> <p>Pertanto tali progettualità sono censite nel Piano attuativo, ma la loro realizzazione è subordinata all'effettiva presa in carico nel corso del 2020 della funzione e alla disponibilità delle risorse umane, finanziarie, tecnologiche e logistiche. Per tali progettualità le scadenze dovranno essere necessariamente riprogrammate in base alla data di effettiva attivazione. Le progettualità rientranti in questa casistica sono contrassegnate da specifica nota</p>

3.1 (3.1.1) PROGETTI DI RIORGANIZZAZIONE

3.1.1 (3.1.2) Atto aziendale	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Atto aziendale	<p>ARCS, come anticipato in premessa, si è già dotata del proprio atto aziendale in ottemperanza alle disposizioni di cui all'art. 12, c. 5 della L.R. 27/2018.</p> <p>Nel corso del secondo semestre 2019 sono stati posti in essere interventi di prima attuazione, volti ad assicurare il presidio gestionale di alcune funzioni, nelle more dell'adozione dei provvedimenti previsti dalla vigente disciplina contrattuale in ordine alla graduazione degli incarichi dirigenziali. Gli ulteriori step saranno posti in essere in relazione alla progressiva attivazione delle funzioni.</p>

	L'atto aziendale dovrà essere aggiornato alla luce delle nuove disposizioni regionali (es. DGR 2049 del 29.11.2019 relativa alla rete oncologica)
--	---

3.2 ASSISTENZA DI PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA

3.2.3 (3.2.1) Gli screening oncologici in regione Friuli Venezia Giulia (punto 3.2.3. delle Linee)

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
ARCS collabora e garantisce il supporto statistico epidemiologico per la valutazione dei programmi e per la produzione delle survey annuali per l'Osservatorio Nazionale Screening e per eventuali aspetti specifici dei programmi	<ul style="list-style-type: none"> - Portale SISSR aggiornato con cadenza almeno quadrimestrale e revisione almeno annuale degli indicatori coerentemente con gli obiettivi previsti dalle LLGG. - Survey ONS prodotte a scadenza - Sviluppo dei nuovi indicatori GISCI per il monitoraggio del riconvertito programma di screening cervicale e messa a disposizione a portale SISSR a partire dal 31.03.2020 e con aggiornamento trimestrale - Presentazione alla DCS delle reportistiche da inviare ai programmi nazionali di valutazione delle performance - Report performance radiologi almeno annuale

CERVIC UTERINA

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
ARCS collabora con la Direzione Centrale Salute per il mantenimento della logistica di supporto allo screening cervicale e mammografico	<ul style="list-style-type: none"> - Mantenere la gestione delle agende del primo livello dello screening mammografico e cervicale assicurando corretti tempi di chiamata per quanto di competenza. - Manutenere sul CUPWEB il centro prelievi dello screening cervicale
ARCS regola la gestione delle agende per il primo livello dello screening mammografico e dello screening cervicale	Presentazione alla DCS entro il 31 marzo 2020 di una bozza di regolamento da adottare sentite le Aziende.

MAMMELLA

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
ARCS mantiene il supporto alle Aziende / DCS nell'attività di controllo delle sedi di erogazione dello screening di I livello.	- ARCS: Evidenza effettuazione sopralluoghi di controllo richiesti
ARCS garantisce la continuità dell'attuale assetto organizzativo di erogazione dello screening mammografico basato su Unità mobili	- Garantire la transizione da un aggiudicatario di gara al successivo

3.2.7 (3.2.2) Promozione della salute nei luoghi di lavoro

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
ARCS realizza 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

3.2.9 (3.2.3) Miglioramento dei sistemi informativi di sorveglianza

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
ARCS coordina la realizzazione delle sorveglianze attuate tramite outbound telefonico.	Evidenza della gestione dell'outbound telefonico dei progetti PASSI e PASSI d'Argento

3.3 ASSISTENZA PRIMARIA**3.3.1 Assistenza distrettuale**

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3. Piano regionale della cronicità	ARCS entro il 30.06.2020 elabora in collaborazione con DCS e Aziende il Piano Regionale della Cronicità. <i>Progettualità riferita a nuova funzione, vedi punto 3 ultimo capoverso.</i>
4. Percorso formativo presa in carico	4. ARCS entro il 30.06.2020 predispone un percorso formativo sul tema della presa in carico finalizzato a fornire gli strumenti culturali e operativi per dare avvio al nuovo modello distrettuale

3.3.2 Assistenza Protesica

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Modello di gestione assistenza protesica	ARCS propone alla DCS entro il 30.06.2020 un modello di gestione della protesica che recepisce le linee di indirizzo regionali.
Gara centralizzata per gestione assistenza protesica	Gara avviata non oltre il 30.9.2020.

3.3.12 (3.3.3) Accreditemento

Obiettivo	Risultato atteso
1. Partecipazione attiva al programma di accreditemento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti	1.a Gli enti del SSR consentono a ognuno dei propri dipendenti inseriti nell'elenco regionale dei valutatori dell'accrreditamento di partecipare ai sopralluoghi per

	<p>almeno 5 giornate, secondo le indicazioni della Direzione centrale salute</p> <p>1.b 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>
2. Partecipazione al programma di accreditamento nazionale degli organismi tecnicamente accreditanti	2. 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
3. Garanzia del funzionamento dell'OTA FVG	3. Gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti, componenti dell'OTA regionale, di svolgere le funzioni previste dalla DGR 2220/2015 e dal Decreto n. 1899/2017

3.4 ASSISTENZA FARMACEUTICA

3.4.3 (3.4.1) Attività centralizzate – ARCS	
Obiettivo	Risultato atteso
<p>1- 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 biosimili o a brevetto scaduto;</p>	<p>1.1. Invio alla DCS, entro il 28.02.2021, 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 biosimile 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 biosimili o medicinali equivalenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - adozione del provvedimento di aggiudicazione = <90 giorni - a seguito di richiesta delle Aziende, messa a disposizione del farmaco a magazzino mediante procedura urgente entro 45 giorni. <p><i>Modalità di valutazione:</i></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>
1- ARCS monitora:	

<p>1.2 le carenze dei medicinali e gestisce gli approvvigionamenti dei prodotti a garanzia della continuità dei trattamenti, secondo la “procedura gestione carenze e indisponibilità di farmaci presso il magazzino centralizzato del FVG” di ARCS;</p>	<p>1.2. ARCS invia agli Enti del SSR la procedura. Entro il 28.02.2021 inoltra alla DCS una relazione sulle carenze verificatesi nel 2020 e la loro gestione al fine di garantire la continuità dell’assistenza ai pazienti</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i> relazione inviata: 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 nuovi inserimento nell’elenco DPC.</p>	<p>2. ARCS fornisce alla DCS, entro il 28.02.2021, 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><i>Modalità di valutazione</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 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>3- 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><i>Modalità di valutazione:</i> Ristori effettuati: sì/no</p>
<p>4- ARCS centralizza l’acquisizione di nuovi farmaci per tutte le Aziende sanitarie, qualora siano</p> <ul style="list-style-type: none"> -erogabili da Centri individuati dalla Regione (relativamente alle aziende sanitarie coinvolte); - innovativi; - con erogazione principale in distribuzione diretta. 	<p>4. Invio alla DCS entro il 28.02.2021 di un report che evidenzi la % dei farmaci di nuova commercializzazione acquistati centralmente ed i tempi di acquisizione a decorrere dalla comunicazione dei fabbisogni inviata dalle Aziende ad ARCS.</p> <p>Indicatore: tempi massimi di acquisizione del farmaco = 45 giorni</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 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

3.4.5 (3.4.2) Biosimilari	
Obiettivo	Risultato atteso
Indicatori per categorie di medicinali in cui è disponibile l'alternativa biosimile	ARCS invia alle Aziende un quadro riepilogativo strutturato degli Accordi quadro in essere di aggiudicazione per i farmaci biologici/biosimilari e ne dà evidenza alla DCS <i>Modalità di valutazione:</i> Quadro riepilogativo inviato entro il 31.7.2020 e entro i 31.1.2021.

3.4.7 (3.4.3) Rapporto con le aziende farmaceutiche e biomedicali	
Obiettivo	Risultato atteso
Attraverso gli appositi uffici (es. responsabile trasparenza e anticorruzione) ARCS adotta specifiche disposizioni organizzative relativamente alle attività di informazione svolte dalle aziende farmaceutiche e del settore dei dispositivi medici verso tutto il personale dipendente, al fine di favorire comportamenti uniformi, coerenti ai principi di trasparenza anche con riferimento ad eventuali conflitti di interesse.	- Predisposizioni ed adozione di un regolamento entro il 31.12.2020. <i>Modalità di valutazione:</i> Invio del regolamento alla DCS entro il 31.12.2020.

3.4.8 (3.4.4) Assistenza integrativa	
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.	1. Arcs assicura l'avvio delle procedure di centralizzazione richieste dalle aziende per la dispensazione dei dispositivi medici di cui all'allegato 2. <i>Modalità di valutazione:</i> Evidenza delle azioni intraprese: sì/no

3.4.9 (3.4.5) Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	
Obiettivo	Risultato atteso
FLUSSI INFORMATIVI FARMACEUTICA Le Aziende e ARCS danno riscontro ad eventuali approfondimenti richiesti dalla Direzione Centrale, anche su istanza Ministero della Salute, entro 15 giorni dalle comunicazioni..	Riscontro entro 15 giorni agli eventuali approfondimenti richiesti o segnalazioni inviate. Riscontri agli approfondimenti effettuati nei termini: sì/no

3.6 ASSISTENZA OSPEDALIERA

3.6.1 Governo clinico e reti di patologia	
MODELLO REGIONALE DI RETE DI PATOLOGIA	
Obiettivi ARCS	Risultato atteso
Elaborazione ed implementazione del modello regionale di riferimento	Individuazione modello entro 30 giugno 2020
Organizzazione ed attivazione di iniziative formative atte alla definizione ed identificazione dei referenti aziendali per il governo clinico, che verranno coinvolti nel percorso di formazione.	Calendario attività formative predisposto entro settembre 2020
- Individuazione e monitoraggio degli indicatori selezionati dal Sistema di Garanzia/PNE/Bersaglio relativamente ai percorsi del paziente con ictus, con diabete e del paziente con cancro della mammella.	- Report indicatori giugno 2020

RETE DIABETE	
Obiettivo	Risultato atteso
Definizione della rete diabete	Evidenza di costituzione della rete da parte di ARCS entro settembre 2020 . <i>Progettualità riferita a nuova funzione, vedi punto 3 ultimo capoverso.</i>

RETE ICTUS	
Obiettivo	Risultato atteso
Definizione della rete ictus	- Evidenza di costituzione della rete da parte di ARCS entro settembre 2020
Aggiornamento PDTA	- <i>Revisione da parte di ARCS, con la partecipazione di tutte le aziende del SSR, del PDTA entro dicembre 2020</i>
Realizzazione di audit, con partecipazione di ARCS, con redazione di piano di miglioramento entro 2020 (obiettivo Aziende SSR)	- ARCS effettua il percorso di AUDIT <i>Progettualità riferite a nuova funzione, vedi punto 3 ultimo capoverso.</i>

RETE MAMMELLA	
Obiettivo	Risultato atteso
Definizione della rete mammella	- Evidenza di costituzione della rete da parte di ARCS entro settembre 2020 <i>Progettualità riferite a nuova funzione, vedi punto 3 ultimo capoverso.</i>
Definizione Pdta	Definizione di un pdta regionale (Eusoma)

	<i>Progettualità riferite a nuova funzione, vedi punto 3 ultimo capoverso.</i>
--	--

RETE ONCOLOGICA	
Obiettivo	Risultato atteso
Definizione coordinatore della rete	- ARCS entro il 31/3/2020 individua e nomina il coordinatore regionale della rete oncologica. <i><u>Progettualità riferita a nuova funzione, vedi punto 3 ultimo capoverso.</u></i>

INCONTINENZA URINARIA	
Obiettivo	Risultato atteso
Tutte le Aziende del SSR partecipano alla stesura e all'implementazione del PDTA a supporto del recepimento del documento tecnico di indirizzo sull'incontinenza di cui all'accordo Stato-regione n° 15/CSR del 24 gennaio 2018	ARCS, con la partecipazione di tutte le aziende del SSR, predispone il PDTA entro settembre 2020, anche relativamente all'incontinenza in età pediatrica in collaborazione con il Burlo. <i><u>Progettualità riferita a nuova funzione, vedi punto 3 ultimo capoverso.</u></i>

3.6.2 (3.5.2) Emergenza urgenza	
PRONTO SOCCORSO	
Obiettivo	Risultato atteso
Percorso facilitato e protetto rivolto alle persone disabili gravi con ritardo mentale e deficit comunicativi	ARCS presenta una relazione di fattibilità entro il 30/6/2020 per l'attivazione presso i PS regionali di percorsi facilitati e protetti rivolto alle persone disabili gravi con ritardo mentale e deficit comunicativi. <i><u>Progettualità riferita a nuova funzione, vedi punto 3 ultimo capoverso.</u></i>

SALA OPERATIVA REGIONALE EMERGENZA SANITARIA (SORES)	
Obiettivo ARCS	Risultato atteso
Corsi di formazione	- entro il 28/2/2020 sono stati svolti i corsi di formazione per l'attività di centrale ai Coordinatori di volo sanitario (CVS) operanti nella Aziende - entro il 31/5/2020 sono stati svolti i corsi di formazione per gli operatori di ambulanza delle AT che operano anche presso la centrale.
Ricognizione e unificazione dei contratti dei mezzi di soccorso	Evidenza di una relazione sulla gestione dei mezzi e sulle convenzioni in atto entro 30/04/2020

Defibrillatori	Mappatura omogenea dei defibrillatori presenti sul territorio tramite l'istruzione di una campagna straordinaria per il censimento dei defibrillatori territoriali. (Evidenza del progetto e della sua attivazione operativa) Report con n. defibrillatori segnalati/presenti a seguito della campagna (al 31.12.2020).
Applicare la procedura di triage telefonico a tutte le chiamate di intervento sanitario	Al 31/12/2020 tutti gli operatori di centrale utilizzano il sistema dispatch per il triage telefonico
Uniformità procedure di soccorso	Sono state individuate delle procedure di soccorso da applicare con uniformità su tutto il territorio regionale
Responsabile SORES	E' individuato il responsabile della SORES entro il 29/02/2020 ed avviate le procedure concorsuali per l'incarico di struttura complessa

3.6.8 (3.5.3) Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG

Obiettivo	Risultato atteso
Nel corso del 2020 si prevede la continuazione dei programmi a regime ai quali si aggiungono le seguenti azioni:	<ul style="list-style-type: none"> - 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, misurazione e verifica della loro adozione attraverso la survey regionale - partecipazione dei RAP agli incontri attinenti i programmi specifici - monitoraggio indicatori semestrali - identificazione di almeno una buona pratica per la Call for Good Practice (Agenas) - pubblicazione sul proprio sito internet, dei dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio e dei dati condivisi con il tavolo regionale dei RM
Trasparenza e informazione	ARCS fornisce alle Aziende del SSR il dato relativo ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio onde consentire alle stesse la pubblicazione sul sito web del dato.

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

Obiettivo	Risultato atteso
Programma dedicato al Personale (operatori)	1. costituzione entro il 30/6/2020 di gruppo di lavoro multiprofessionale regionale HPH sul tema Benessere sul posto di lavoro (Decreto DCS n. 1100 del 31.7.2018) in grado di rappresentare e far

	<p>convergere in una strategia integrata le indicazioni normative, l'analisi dei bisogni in base alle indagini di clima organizzativo e alle autovalutazioni, per avviare azioni efficaci basate sull'evidenza.</p> <p>2. predisposizione da parte del gruppo di lavoro regionale di un documento di indirizzo sul benessere sul luogo di lavoro entro il 31/10/2020 e sua diffusione alle aziende;</p> <p>3. predisposizione di format per l'aggiornamento continuo sui temi della gestione dello stress e degli stili di vita</p>
Programma dedicato ai Pazienti	<p>1. costituzione entro il 30/6/2020 di gruppo di lavoro multiprofessionale regionale HPH- Patient Engagement (Decreto DCS n. 1100 del 31/7/2018) per implementare gli strumenti della "clinical health promotion".</p> <p>2. predisposizione da parte del gruppo di lavoro regionale di un documento di indirizzo sulla "clinical health promotion" entro il 31/10/2020 e sua diffusione alle aziende</p> <p>3. predisposizione format regionale per l'aggiornamento sugli Standard HPH della Task Force Children & Adolescents</p>

3.7 (3.6) RAPPORTO CON I CITTADINI

3.7.1 (3.6.1) Tempi di attesa	
Obiettivo	Risultato atteso
Monitoraggio regionali tempi di attesa ARCS	<p>ARCS nel 2020 effettua per conto della Direzione salute i seguenti monitoraggi sui tempi di attesa</p> <p>Prestazioni ambulatoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - monitoraggio mensile: invio entro la fine del mese successivo a quello riferimento; - monitoraggio semestrale: invio entro la fine del mese successivo al semestre di riferimento; - monitoraggio annuale: invio entro la fine del mese successivo all'anno di riferimento. <p>Interventi chirurgici:</p> <ul style="list-style-type: none"> - monitoraggio semestrale: invio entro la fine del secondo mese successivo al semestre SDO di riferimento <p>Libera professione</p> <ul style="list-style-type: none"> - predisposizione di un sistema di monitoraggio entro il 30/6 e invio di due report trimestrali relativi ai

	monitoraggi effettuati (luglio-settembre e ottobre-dicembre)
Monitoraggi nazionali tempi di attesa ARCS	ARCS nel 2020 adegua i sistemi informativi secondo le disposizioni della DGR 1815/2019 e partecipa a tutti i monitoraggi richiesti dalle amministrazioni centrali inviando un report semestrale alla Direzione centrale salute sull'attività svolta
Agende di prenotazione	- ARCS coordina le attività delle aziende affinché le agende delle prestazioni ambulatoriali specialistiche sia istituzionali che di libera professione intramoenia siano progressivamente organizzate in modo da consentire la prenotazione online del cittadino dell'offerta Tutte le agende che ne presentano le caratteristiche idonee all'inserimento on line (criteri predefiniti) sono censite
Clausola valutativa	Arcs presenta entro il 15/2/2020 alla Direzione centrale una relazione che illustra l'andamento dei tempi di attesa. La relazione deve contenere risposte documentate ai seguenti quesiti: a) in che misura, e rispetto a quali prestazioni, le aziende hanno superato i tempi massimi previsti e quali sono le cause principali del mancato rispetto di tali termini; b) quali provvedimenti correttivi sono stati adottati nei casi di superamento dei tempi massimi e quali sono gli esiti di tali provvedimenti; c) quali sono le modalità di applicazione degli strumenti di incentivazione introdotti e quali le eventuali criticità emerse nel renderli operativi; d) qual è stato l'andamento dei tempi di attesa nel corso del 2019 e qual è l'opinione di esperti del settore e di utenti sulla velocità di fruizione delle prestazioni e sul funzionamento del sistema di prenotazione.

3.7.3 (3.6.2) Rapporto con pazienti e familiari nelle attività di ricovero

Obiettivo	Risultato atteso
Valutazione PROMs dei pazienti sottoposti ad interventi di ernia inguinale e crurale e PREMs di almeno un percorso clinico o organizzativi	- ARCS organizza coordina la realizzazione delle due valutazioni - report inviato alla Direzione centrale salute entro il 31/12/2020.

3.7.2 (3.6.3) Innovazione nella gestione delle tecnologie sanitarie	
Obiettivo	Risultato atteso
Aggiornamento e mantenimento del Registro delle Associazioni dei pazienti per la consultazione a supporto dei processi decisionali afferenti alle tecnologie sanitarie oggetto di analisi	Il registro è aggiornato ed alimentato sul sito di ARCS-31/12/2020 Confronto con la direzione centrale salute sui dati delle associazioni inserite nel registro
Organizzazione e realizzazione di confronti ed iniziative formative ed informative con le Associazioni dei pazienti finalizzate a sviluppare l'aspetto dell'impatto della tecnologia sanitaria sul paziente.	Calendario attività formative predisposto entro giugno 2020
Partecipazione attiva delle associazioni dei pazienti nei processi di valutazione delle tecnologie sanitarie (HTA) e trasferimento della percezione del paziente sull'innovazione tecnologica a supporto della definizione dei capitolati di gara per le attività di acquisto centralizzato. ed a supporto della Direzione Centrale Salute e delle Aziende Sanitarie Regionali	Report delle indagini conoscitive delle esperienze e delle esigenze evidenziate dai pazienti utilizzatori delle tecnologie sanitarie disponibile al 31/12/2020

3.8 FLUSSI INFORMATIVI

3.8.1 (3.7.1) Rapporti con amministrazioni centrali (punto 3.8.1 delle Linee)	
Obiettivo	Risultato atteso
Flussi informativi verso amministrazione centrali	ARCS presenta semestralmente per ciascuno dei flussi inviati presso le amministrazioni centrali un rendiconto nel quale sono presenti: <ol style="list-style-type: none"> 1. Codice flusso; 2. Descrizione flusso; 3. Tempistiche di rilevazione (es. annuale, mensile, trimestrale); 4. Termini di invio; 5. Ente inviante; 6. Ente validante; 7. Strutture invianti attese (es. 5 aziende territoriali); 8. Strutture invianti entro la scadenza; 9. Totale record trasmessi al Ministero (o altro ente es. Agenas); 10. % di scarti dal Ministero (o altro ente es. Agenas); 11. % copertura obbligo informativo; 12. criticità riscontrate. 13. ogni altra eventuale informazione utile ai fini informativi.

3.8.2 (3.7.2) Obblighi informativi e qualità dei dati amministrativi ai fini amministrativi, epidemiologici e gestionali

Obiettivo	Risultato atteso
Obblighi informativi	Le aziende sono pertanto impegnate nel costante processo di miglioramento della qualità dei dati in esse contenuti e nelle attività di manutenzione e monitoraggio della congruità delle basi dati con il coordinamento dell'ARCS . Oltre agli indicatori altrimenti definiti, saranno usati come riferimento quelli previsti nel Nuovo Sistema di Garanzia, nel Network delle Regioni "Bersaglio" e nel PNE (Programma Nazionale Esiti)."

4. IL SISTEMA INFORMATIVO**4.1 RINNOVAMENTO SISTEMI****4.1.2 (4.1.1) Sistema informativo contabile e economato**

Obiettivo	Risultato atteso
Sede pilota: contribuire alla configurazione del sistema creando condizioni per una fedele rappresentazione nel nuovo sistema dell'organizzazione di tutte le aziende.	100% elaborati entro il 30.6.2020
Sede pilota: collaborare in termini di test del sistema, opportunamente integrato con i sistemi satelliti	Sistema funzionante nell'azienda pilota (verbale collaudo) entro il 31.10.2020.
Avviamento in tutte le aziende del SSR organizzando turni del personale per favorire la formazione in aula e sul campo	Sistema funzionante in ARCS (verbale collaudo) entro il 31/12/2020, subordinatamente alla disponibilità del nuovo sistema.

4.1.3 (4.1.2) Sistema informativo del personale

Obiettivo	Risultato atteso
Le aziende devono rendersi disponibili a verificare il buon funzionamento del sistema	Avviamento del sistema entro il 30/6/2020, subordinatamente alla disponibilità del nuovo sistema.

4.4 ELEMENTI PER IL PIANO INVESTIMENTI

Obiettivo	Risultato atteso
Censimento di tutte le apparecchiature (pc, mobile, stampanti ecc.) dove saranno attivati i sistemi del personale, della contabilità e dei distretti. Per i pc nel censimento va indicata la versione del Sistema	Elenco apparecchiature entro il 31/5/2020

Operativo. Sono da riportare anche nuove esigenze indotte dall'introduzione dei nuovi sistemi.	
Censimento di tutto il parco apparecchiature (pc, mobile, stampanti ecc.) con indicazioni di nuove esigenze.	Elenco apparecchiature entro il 31/5/2020
Indicazioni delle apparecchiature di rete da sostituire con indicazioni delle caratteristiche (doppio alimentatore, ecc.)	Elenco apparecchiature entro il 31/12/2020

4.5 PRIVACY IN SANITA'

Obiettivo	Risultato atteso
Censimento delle carenze rispetto al GDPR e ABSC	Predisporre un documento entro il 31/5/2020
Individuazione altri ambiti con criticità (es. prodotti sw)	Predisporre un documento entro il 31/12/2020

4.6 SISTEMA PACS REGIONALE

Obiettivo	Risultato atteso
Prosecuzione dell'aggiornamento tecnologico dei sistemi PACS	Blocco dell'alimentazione dell'archivio immagini del livello regionale e l'avvio della conservazione legale diretta dal livello aziendale.
Refertazione multimediale	ARCS: <ul style="list-style-type: none"> - Predisporre entro maggio 2020 il cronoprogramma delle attività propedeutiche alla sperimentazione della soluzione di refertazione multimediale in ambito radiologico. - Avvio entro ottobre 2020 della sperimentazione della nuova piattaforma di refertazione in ambito radiologico presso un sito ospedaliero. - Cura entro dicembre 2020 la definizione delle specifiche tecniche e delle precondizioni necessarie per l'utilizzo dei nuovi profili di integrazione nella refertazione anche in altri ambiti clinico/diagnostici.
Valutazione dei possibili scenari di continuità dell'impianto PACS regionale	ARCS elabora entro dicembre 2020 un documento di analisi e valutazione in termini di costi e benefici dei possibili scenari di: <ul style="list-style-type: none"> - continuità dell'impianto PACS regionale al termine del vigente contratto di fornitura (dicembre 2022) - disponibilità di nuovi sistemi gestionali di reparto integrati alla piattaforma dei sistemi informativi ospedalieri.

Obiettivo	Risultato atteso
Modalita' di revisione dei flussi	In seguito al completamento dell'attuazione del nuovo assetto istituzionale SSR si rende necessario rivedere le modalità di condivisione di referti e immagini diagnostici nell'ambito dei flussi emergenziali interaziendali. Sarà compito di ARCS definire la revisione dei flussi entro aprile 2020.
Revisione delle modalità di condivisione di referti e immagini diagnostici nell'ambito dei flussi emergenziali interaziendali a seguito del riassetto istituzionale del SSR	Le modalità di condivisione di referti e immagini diagnostici nell'ambito dei flussi emergenziali interaziendali sono completamente adeguate al nuovo assetto istituzionale entro dicembre 2020.

8. MONITORAGGIO COSTI E CONSISTENZA RISORSE UMANE

Obiettivo	Risultato atteso
Monitoraggio dei costi del personale e delle dotazioni organiche	Invio alla DCS esiti monitoraggio con cadenza trimestrale. <i><u>Progettualità riferita a nuova funzione, vedi punto 3 ultimo capoverso.</u></i>

IL PRESIDENTE

IL SEGRETARIO GENERALE