

ALLEGATO ALLA DELIBERA N 1223 DEL 7 AGOSTO 2020

CONSOLIDATO CONSUNTIVO 2019 - ALLEGATO 3

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

**ANNO 2019**

---

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

## INDICE

<b>PREMESSA</b> .....	pag. 4
<b>1. IL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE NEL 2019</b>	
1.1 Il Quadro generale .....	“ 6
1.2 L’attuazione delle progettualità .....	“ 6
<b>2. ATTIVITA’ DEL PERIODO</b>	
2.1 Assistenza ospedaliera	
2.1.1 Posti letto .....	“ 13
2.1.2 Pronto soccorso .....	“ 15
2.1.3 Ricoveri .....	“ 20
2.1.4 Specialistica ambulatoriale .....	“ 33
2.1.5 Parti .....	“ 36
2.2 Assistenza territoriale	
2.2.1 Assistenza sanitaria di base .....	“ 39
2.2.2 RSA .....	“ 40
2.2.3 Assistenza domiciliare integrata.....	“ 41
2.2.4 Hospice .....	“ 43
2.2.5 Salute mentale .....	“ 44
<b>3. LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE</b>	
Il personale dipendente .....	“ 45
Monitoraggio del rispetto del vincolo di costo del personale dipendente .....	“ 57
Rendicontazione Risorse Aggiuntive Regionali (RAR) .....	“ 58
<b>4. SINTESI DELLA PROGRAMMAZIONE AZIENDALE NELL’ANNO 2019</b> .....	“ 76
<b>AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI TRIESTE</b>	
Linee Progettuali .....	“ 77
Tabella indicatori .....	“ 159
<b>AAS n. 2 “BASSA FRIULANA-ISONTINA”</b>	
Linee Progettuali .....	“ 161
Tabella indicatori .....	“ 255
<b>AAS n. 3 “ALTO FRIULI-COLLINARE-MEDIO FRIULI”</b>	
Linee Progettuali .....	“ 257
Tabella indicatori Lea .....	“ 323
<b>AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI UDINE</b>	
Linee Progettuali .....	“ 325
Tabella indicatori .....	“ 399
<b>AAS n. 5 “FRIULI OCCIDENTALE”</b>	
Linee Progettuali .....	“ 401
Tabella indicatori Lea .....	“ 472

IRCCS "BURLO GAROFOLO" DI TRIESTE	
Linee Progettuali .....	" 474
Tabella indicatori Lea .....	" 531
IRCCS "CRO" DI AVIANO	
Linee Progettuali .....	" 532
Tabella indicatori Lea .....	" 562
AZIENDA REGIONALE DI COORDINAMENTO PER LA SALUTE	
Linee Progettuali .....	" 563
<b>5. INVESTIMENTI</b> .....	" 586

## PREMESSA

---

La Relazione sullo stato di attuazione del programma annuale consolidato, rappresenta la sintesi delle relazioni sulla gestione che i Direttori Generali degli enti sanitari hanno redatto e approvato per l'anno 2019 e costituisce il documento di valutazione del sistema sanitario regionale e delle sue aziende.

Le deliberazioni giuntali, che hanno regolato la gestione del Servizio sanitario regionale per l'anno 2019 fornendo indirizzi relativamente alla pianificazione strategica, alla programmazione nonché al controllo periodico di gestione sono state le seguenti:

- DGR 2514 del 28.12.2018: Linee annuali per la gestione del servizio sanitario e sociosanitario regionale - anno 2019. approvazione preliminare.
- DGR 448 del 22.03.2019: Linee annuali per la gestione del servizio sanitario e sociosanitario regionale - anno 2019. approvazione definitiva
- DGR 878 del 30.05.2019: Lr 49/1996 programmazione annuale 2019 del servizio sanitario regionale.
- DGR 1012 del 21.06.2019: Patto 2019 tra regione e direttori generali / commissari straordinari degli enti del servizio sanitario regionale.
- DGR 1455 del 30.08.2019: Lr 26/2015, art 33, comma 10 - programmazione degli investimenti nel SSR per gli anni 2019-2021 e riforma delle dgr 735/2018 e 791/2018.
- DGR 1626 del 27.09.2019: Lr 26/2015 - programmazione degli investimenti nel SSR per gli anni 2019-2021.
- DGR 1765 del 18.10.2019: programmazione annuale 2019 del servizio sanitario regionale - modifiche ed integrazioni
- DGR 1812 del 25.10.2019: Lr 26/2015, art 44. gestione del servizio sanitario regionale: I rendiconto semestrale 2019 di valutazione economica, finanziaria e gestionale
- DGR 2052 del 29.11.2019: Lr 49/1996 - programmazione annuale 2019 del servizio sanitario regionale - ulteriori modifiche ed integrazioni
- DGR 2092 del 5.12.2019: Lr 49/1996 e 26/2015 - programmazione degli investimenti nel SSR - attrezzaggio e rinnovo tecnologico del nuovo ospedale e della cittadella della salute di Pordenone.

Tutte gli enti del Servizio sanitario regionale hanno approvato e trasmesso alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità i bilanci consuntivi dell'esercizio 2019. Hanno altresì trasmesso i predetti provvedimenti ai rispettivi Collegi sindacali le cui relazioni sono state inviate a corredo dei relativi bilanci aziendali.

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

Ente	Bilancio consuntivo	Parere collegio sindacale
Asui Ts	Decreto Direttore Generale n. 500 del 29.5.2020	Verbale n. 3 del 26.6.2020
Aas2	Decreto Direttore Generale n. 499 del 29.5.2020	Verbale n. 3 del 26.6.2020
Aas3	Decreto Direttore Generale n. 516 del 29.5.2020 Decreto Direttore Generale n. 680 del 13.7.2020	Verbale n. 3 del 15.7.2020
Asui Ud	Decreto Direttore Generale n. 515 del 29.5.2020	Verbale n. 3 del 15.7.2020
Aas5	Decreto Direttore Generale n. 304 del 29.5.2020 Decreto Direttore Generale n. 430 del 27.7.2020	Verbale n. 6 del 11.6.2020
Burlo	Decreto Direttore Generale n. 62 del 28.5.2020	Verbale n. 3 del 27.5.2020
Cro	Deliberazione Direttore Generale n. 197 del 1.6.2020	Verbale n. 7 del 10.6.2020
Arcs	Decreto Direttore Generale n. 136 del 29.5.2020	Verbale n. 14 del 22.6.2020

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

La Relazione si articola nei seguenti capitoli:

- Capitolo 1: illustra in maniera sintetica quanto svolto dal Servizio Sanitario Regionale nel suo complesso nei vari ambiti di intervento (assistenza primaria, prevenzione, assistenza ospedaliera, promozione sociale);
- Capitolo 2: rappresenta i risultati e le performance raggiunti del Servizio sanitario Regionale nella tutela e nel soddisfacimento del bisogno di salute dei cittadini di questa Regione;
- Capitolo 3: descrive gli aspetti che hanno caratterizzato la gestione e l'andamento del personale nel corso dell'anno;
- Capitolo 4: illustra per ciascun Ente il livello di raggiungimento degli obiettivi definiti dalle Linee progettuali regionali 2018. Per un maggior dettaglio dei criteri utilizzati ai fini della valutazione degli obiettivi si rimanda alla nota esplicativa presente all'inizio del capitolo.
- Capitolo 5: presenta una breve sintesi sull'andamento degli investimenti nel corso del 2019.

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

### 1.1 IL QUADRO GENERALE

Per il Servizio Sanitario Regionale, l'anno 2019 è stato caratterizzato dalla progressiva entrata a regime della legge regionale n. 27 dd. 17.12.2018 "Assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale" di modifica della legge regionale n. 17 del 16 ottobre 2014 che ha determinato la ridefinizione dell'assetto del SSR nelle seguenti Aziende/Enti:

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

I momenti che hanno scandito l'entrata a regime della suddetta legge diriforma sono stati:

- a. avvio dell'Azienda regionale di coordinamento per la salute (ARCS) dal 1.1.2019, attraverso la riconversione dell'EGAS alle funzioni previste dalla predetta legge regionale;
- b. fase di commissariamento, nel corso della quale è stati dati l'avvio al nuovo assetto istituzionale, per le seguenti Aziende/Enti:
  - Azienda regionale di coordinamento per la salute;
  - Azienda sanitaria universitaria integrata di Trieste ed Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 "Bassa Friulana – Isontina", rette da un commissario unico;
  - Azienda sanitaria universitaria integrata di Udine ed Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 "Alto Friuli – Collinare – Medio Friuli", rette da un commissario unico;
- c. nomina dei Direttori Generali delle Aziende/Enti commissariati del SSR entro il 1.1.2020.

### 1.2 L'ATTUAZIONE DELLE PROGETTUALITA'

Per quanto attiene il **MIGLIORAMENTO DELLA SORVEGLIANZA E PREVENZIONE DELLE MALATTIE INFETTIVE**, grazie ai programmi vaccinali in atto nel 2019 e il consolidamento dell'offerta vaccinale a seguito dell'introduzione della legge sull'obbligo vaccinale, il trend delle coperture vaccinali a dicembre 2019 si è mostrato in netto aumento rispetto agli anni precedenti e la maggior parte delle malattie prevenibili da vaccino sotto controllo o con un trend dell'incidenza in netto calo. Si discostano da questo trend quelle malattie i cui programmi di vaccinazione sono iniziati in tempi più recenti o le cui coperture vaccinali non hanno ancora raggiunto livelli adeguati come la varicella.

La pandemia di COVID-19 dei mesi successivi ha purtroppo determinato una riduzione generale delle normali attività vaccinali, sia per lo spostamento di risorse sanitarie verso le attività di controllo della pandemia, sia per le misure di distanziamento sociale imposte alla popolazione.

La loro interruzione, anche se per un breve periodo, ha portato a un accumulo di persone suscettibili e a un maggiore rischio di epidemie di malattie prevenibili da vaccino.

Sarà pertanto necessario un rafforzamento e miglioramento del monitoraggio delle coperture vaccinali così come un rafforzamento e miglioramento delle attività di sorveglianza delle malattie

infettive con l'integrazione e il coordinamento tra le diverse capacità di sorveglianza (epidemiologiche e laboratoristiche) nonché tra i differenti ambiti (umano, veterinario e ambientale) in particolare, per la sorveglianza delle

Nel corso del 2019 sono proseguite le iniziative di comunicazione e di sensibilizzazione della popolazione in relazione a **PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI DOMESTICI**.

Coerentemente con il Piano regionale della Prevenzione, durante il primo semestre del 2019, la DCS ha elaborato il report sulle attività di prevenzione degli incidenti domestici realizzate negli anni precedenti. La reportistica ha riguardato in particolare la rilevazione dei rischi abitativi in un campione di anziani e di persone fragili residenti nelle Aziende della Regione ed i prodotti di comunicazione sulla prevenzione degli incidenti domestici, inclusi nel progetto "Iacasicura", realizzato in collaborazione con la SISSA.

Il report, inviato alle Aziende Sanitarie, è stato diffuso in tutti i territori di competenza fra gli operatori sanitari, i MMG, i PLS, gli OMCEO, le Associazioni di volontariato, le scuole che hanno partecipato ai progetti, i portali aziendali, e durante momenti informativi con la popolazione.

La sorveglianza è riconosciuta quale funzione essenziale dei sistemi sanitari e come tale va espletata a tutti i livelli di governo, anche sviluppando e adottando strumenti atti alla rilevazione delle differenze di genere.

Anche nel 2019, quindi, sono stati mantenuti ed implementati i **SISTEMI DI SORVEGLIANZA** nella rete della sanità pubblica regionale.

Nel corso del 2019 è proseguita l'implementazione della sorveglianza di popolazione PASSI D'Argento, attivata nel 2018, che risulta a regime in tutte le Aziende Sanitarie. L'attività è coordinata e condotta dalla referente regionale; in tutte le aziende è presente un referente aziendale; la gestione delle sostituzioni di tutte le Aziende Sanitarie della Regione è realizzata grazie alla collaborazione di un assistente amministrativo dell'ASUITS, in continuità con il 2018.

Nel corso del 2019 sono state realizzate complessivamente 3.921 interviste, di cui 22 vis a vis. Le interviste telefoniche sono state realizzate dal call center regionale, mentre quelle di visu da intervistatori aziendali.

A dicembre 2019 è stato diffuso fra tutte le Aziende un report realizzato dalla DCS, in collaborazione con la S.O.C Epidemiologia dell'ARCS, realizzato a partire dai dati raccolti nel corso del 2018, utile ai fini della programmazione socio sanitaria a livello regionale e distrettuale ed a supporto della valutazione dei programmi di prevenzione. Il report è stato pubblicato anche sul portale dell'Epidemiologia dell'ISS (Epicentro)

<https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/pdf2019/Stato%20di%20salute%20e%20qualità%20C3%A0%20della%20vita%20della%20popolazione%20ultra%2064enne%20in%20Friuli%20Venezia%20Giulia%20PDA%202018.pdf>

Per quanto riguarda la **SALUTE MENTALE** nell'età adulta, nel 2019 le Aziende hanno proseguito nella predisposizione dei percorsi integrati tra cure primarie e DSM e di interventi formativi. Tale attività è stata tra l'altro arricchita dalla partecipazione di quasi tutte le Aziende regionali al Progetto AIFA: "Depressione: fasi diagnostiche, programmi di cura e ricerca sull'uso degli antidepressivi in Friuli Venezia Giulia", che ha visto coinvolti molti MMG e operatori dei DSM.

Tutte le AAS, inoltre, hanno dichiarato di continuare nella elaborazione di percorsi aziendali congiunti tra NPIA, DSM, PLS e MMG per la fase di transizione delle cure.

Inoltre, attraverso seminari, momenti formativi locali e attività di sistema si è lavorato, per la realizzazione degli obiettivi previsti dal Piano regionale salute mentale 2018-2020, in relazione all'impiego dello strumento del Budget Individuale di Salute, realizzando, tra l'altro una prima attività valutativa regionale, che ne attesta l'efficacia, e avviando al contempo l'adozione di un sistema informativo unico, coerente con metodologie e strumenti per la presa in carico e la realizzazione del progetto personalizzato

Nel corso del 2019 sono proseguiti gli incontri dell'Osservatorio regionale per la **SANITÀ PENITENZIARIA**, al fine di analizzare e monitorare percorsi e interventi, in collaborazione con l'amministrazione penitenziaria e il Tribunale di Sorveglianza. Nel corso del 2019 le Aziende hanno inoltre realizzato vari eventi formativi congiunti tra personale sanitario e penitenziario finalizzati al miglioramento della comunicazione su obiettivi comuni, portando l'attenzione sulla gestione dei detenuti con bisogni sanitari complessi. Tutte le Aziende hanno sviluppato almeno una progettualità di telemedicina innovativa a favore dei detenuti. Infine, sono stati realizzati vari interventi per il miglioramento della presa in carico di detenuti con bisogni complessi legati alla salute mentale e alle dipendenze.

Le Aziende hanno proseguito nel programma di **SUPERAMENTO DEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI** sia attraverso le strutture per l'esecuzione delle misure di sicurezza regionali (REMS), sia attivando percorsi di fronteggiamento della deriva di internamento e predisponendo i progetti riabilitativi personalizzati per le persone internate.

Per i **PROGETTI ATTINENTI LA PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI SOCIO SANITARI**, tra gli interventi a supporto degli **ANZIANI** e della non autosufficienza nel corso del 2019 si è proseguito al consolidamento del processo di riqualificazione della rete dei servizi residenziali e semiresidenziali per anziani, volto a migliorare la capacità di governo, l'appropriatezza, l'equità e la qualità complessiva dell'assistenza da questi fornita. Le politiche adottate hanno inteso portare la persona anziana e i suoi bisogni al centro del sistema e della rete dei servizi, ponendo le basi per una strategia incentrata sulla personalizzazione del processo di cura, da attuare attraverso le azioni di seguito illustrate.

Tutte le Aziende hanno continuato ad attuare quanto previsto dal processo di riclassificazione delle residenze per anziani già autorizzate al funzionamento (titolo X del D.P.Reg. 144/2015), in particolare per quanto riguarda il percorso di accompagnamento delle Residenze per anziani ri-autorizzate all'esercizio, il monitoraggio e la verifica degli adempimenti e adeguamenti previsti per il livello di nuova classificazione rilasciato.

Le Aziende hanno inoltre provveduto a valutare, mediante l'utilizzo del sistema di VMD Val.Graf.-FVG, tutte le persone per le quali è previsto l'accoglimento in un servizio semiresidenziale o residenziale secondo le disposizioni normative vigenti. Le Aziende monitorano, verificano ed eventualmente sollecitano l'utilizzo sistematico dello strumento di VMD Val.Graf.-FVG e dei sistemi informativi e-GENeSys e SIRA-FVG.

In tema di finanziamento dei servizi residenziali e semiresidenziali per anziani, nelle more della definizione del nuovo sistema di regolazione, tutte le Aziende hanno continuato a riconoscere i contributi regionali finalizzati all'abbattimento della retta di accoglienza e gli oneri sanitari nella misura prevista dalle vigenti disposizioni regionali. Tutte le Aziende hanno inoltre provveduto a concludere il percorso già avviato nel 2018 per l'assegnazione dei posti letto convenzionabili aggiuntivi, attribuiti a ciascuna Azienda con DGR n. 1828 del 05/10/2018..



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

Nel 2019 è stato esteso tutti i distretti il *programma – intervento di sorveglianza attiva rivolto alla popolazione anziana a rischio di fragilità*, denominato PRISMA 7 ed avviato sperimentalmente nel 2018. Il programma si inserisce tra le misure di medicina proattiva che mira ad individuare precocemente gli anziani a rischio di fragilità e non noti al sistema salute e alla rete dei servizi socio-sanitari.

Infine si segnala il provvedimento legislativo n.16 del 4 novembre 2019 che ha esteso in forma gratuita a tutti gli over 65 che vivono soli e in condizioni di fragilità sociosanitaria il servizio regionale domiciliare di teleassistenza - telesoccorso "SICURI a CASA". Dopo tale intervento è stato possibile avviare l'iter per l'approvazione da parte della Giunta delle indicazioni regionali per l'attivazione e gestione del servizio ai sensi della L.R. n. 26 / 1996.

Per la **SALUTE MENTALE** sono stati realizzati interventi di qualificazione della rete regionale dei servizi, finalizzati a garantire maggior omogeneità nella presa in carico, con attenzione specifica a promuovere reti integrate intraziendali, con i MMG, e con i soggetti del Terzo Settore, sia per l'età evolutiva che per l'età adulta, anche nella prospettiva di un maggior coinvolgimento degli stakeholders. Inoltre, attraverso seminari, momenti formativi locali e attività di sistema si è lavorato, per la realizzazione degli obiettivi previsti dal Piano regionale salute mentale 2018-2020, in relazione all'impiego dello strumento del Budget Individuale di Salute, realizzando, tra l'altro una prima attività valutativa regionale, che ne attesta l'efficacia, e avviando al contempo l'adozione di un sistema informativo unico, coerente con metodologie e strumenti per la presa in carico e la realizzazione del progetto personalizzato.

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

Al fine di fornire i dati necessari per il governo del sistema regionale dei servizi per la disabilità e il rispetto degli obblighi di comunicazione di carattere nazionale, la Regione ha accompagnato l'intrapreso percorso di informatizzazione sia del flusso relativo ai dati dell'offerta (anche attraverso il finanziamento rivolto agli EE.GG. finalizzato all'acquisizione o modifica di un sistema gestionale informatizzato) sia del flusso relativo alle condizioni di vita delle persone con disabilità grazie all'attività di interfaccia con Insiel per lo sviluppo del sistema informatizzato di VMD.

In quest'ottica, è continuata l'attività di valutazione delle condizioni di vita (ancora in modalità cartacea), già avviata nel 2017 e proseguita nel 2018, per gli utenti in carico ai servizi residenziali e semiresidenziali di cui all'art.6 comma 1 della LR 41/96, raggiungendo una copertura di almeno il 70 % della popolazione di interesse valutata per gli aspetti sanitarie (e il 100% per gli altri aspetti).

Sono continuate le attività delle Aziende finalizzate all'erogazione dei Fondi Gravissimi e SLA, nonché le attività di vigilanza dei servizi residenziali e semiresidenziali sociosanitari per le persone con disabilità.

E' proseguita, inoltre, ad opera delle Aziende titolari dei servizi in delega, l'attività di monitoraggio degli interventi previsti dalla Legge n. 112 del 22 giugno 2016.

Per quanto riguarda le **DIPENDENZE** si sono svolti, a cadenza mensile, gli incontri di coordinamento con i responsabili dei Servizi per le dipendenze, al fine di confrontarsi sui debiti informativi, sugli indicatori di *outcome* raccolti, sulle prassi in uso per l'effettuazione degli accertamenti legali in capo ai Servizi e sulla programmazione e stesura del Piano d'Azione Regionale per le Dipendenze 2019-2021. Inoltre, ogni due mesi, si è tenuto un confronto tra i Servizi per le

dipendenze e i referenti delle Comunità terapeutiche, al fine di migliorare i momenti di raffronto sulla gestione degli invii e delle prese in carico.

Relativamente alle risposte messe in atto per concorrere alla rimozione delle cause sociali e culturali che possono favorire le forme di disturbo da gioco d'azzardo (di seguito DGA), si è continuato a dare esecuzione al Piano operativo regionale 2017 gioco d'azzardo patologico (GAP). Tra le azioni, si è data molta importanza al rafforzamento e al supporto della rete di cura e trattamento. A tal fine, si è previsto un supporto ai Servizi per le dipendenze, nell'ottica di potenziare e favorire l'accesso agli interventi di cura e sostegno dedicati alle persone affette da DGA. Inoltre, con l'obiettivo di potenziare tutti i punti di accesso nella risposta alle persone con DGA, nel 2019 si sono realizzati percorsi formativi specifici di colloquio motivazionale e supervisione clinica per gli operatori dei Servizi. Per quanto concerne l'obiettivo di aumentare le misure alternative alla detenzione, i Servizi per le dipendenze hanno complessivamente aumentato tali misure alternative proporzionalmente ai casi inviati e sono intervenuti nel miglioramento della presa in carico delle persone in misura alternativa e in regime di messa alla prova, in modo particolare per i casi complessi di comorbidità.

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

Sul sito [www.dipendenzeavg.it](http://www.dipendenzeavg.it) è pubblicato il Rapporto 2019 sul Consumo, dipendenza da sostanze e comportamenti di *addiction* in Friuli Venezia Giulia con le informazioni fornite dalle diverse Aziende.

Nel settore dei **MINORI** a livello aziendale è proseguita l'attività di presa in carico integrata dei minori con problematiche di tipo sociosanitario che richiedono l'inserimento in comunità residenziali attraverso la messa in atto di percorsi condivisi tra servizi sanitari e sociali per la valutazione dei bisogni e la definizione dei progetti di presa in carico. Sono inoltre proseguiti i confronti tra servizi aziendali (in particolare la NPI dell'AAS 5 e dell'AAS 2) e Direzione regionale per la definizione del documento regionale delle Linee di indirizzo per la presa in carico dei minori accolti nei servizi residenziali e semiresidenziali.

Nel 2019 è stata mantenuta l'attenzione verso l'**EROGAZIONE DEI LIVELLI DI ASSISTENZA**. L'azione delle aziende è stata orientata a assicurare le prestazioni e i servizi che il servizio sanitario deve garantire ai propri e ad effettuare una riconversione delle proprie attività, diminuendo il numero di prestazioni erogate con minor richiesta (o inappropriate) ed aumentando il numero di quelle maggiormente richieste (o più appropriate). Premesso che devono prioritariamente mantenute le prestazioni urgenti ed indifferibili, nonché quelle che riguardano le attività di prevenzione ed assistenza primaria, nel 2019 sono stati confermati dalla programmazione regionale diversi indicatori di monitoraggio dell'attività sanitaria già avviati negli anni scorsi.

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

- Riduzione del tasso di ospedalizzazione;
- Ricoveri in Day hospital di tipo diagnostico sia per l'età adulta che per l'età pediatrica;
- Ricoveri medici oltre soglia per pazienti  $\geq 65$  anni;

Per quanto attiene il **PIANO SANGUE REGIONALE**, le Aziende del Sistema sanitario regionale hanno contribuito all'autosufficienza, sia per la raccolta di sangue territoriale, secondo il calendario

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

I valori e i principi della **RETE HEALTH PROMOTING HOSPITALS & HEALTH SERVICES( RETE HPH)** (Ospedali e Servizi Sanitari per la promozione della salute) del Friuli Venezia Giulia, abbreviato con l'acronimo "Rete HPH FVG"HPH, applicano l'evidence based health promotion nel contesto assistenziale, consentendo un confronto costante con gli esperti di questo tema a livello internazionale e nazionale, finalizzato al contrasto delle malattie croniche non trasmissibili e al benessere di pazienti, operatori e cittadini. Nel 2019 il focus regionale si è concentrato sulla struttura della rete e la sua formazione professionale, e, in parallelo, sull'operatività progettuale rivolta agli stili di vita di operatori, pazienti e cittadini. In particolare si è mirato a formare i link professional e a implementare le linee di gestione riguardanti la promozione della salute nel setting sanitario integrando standard e indicatori di qualità. Il Comitato di Coordinamento Regionale si è confrontato costantemente durante l'anno per monitorare e misurare lo stato di avanzamento dei percorsi multiprofessionali e multidisciplinari previsti dalle linee di gestione. Tra essi: 1) l'analisi dei bisogni di benessere del personale sanitario e la strategia su tre livelli per integrare l'autovalutazione individuale, organizzativa e dell'alta direzione, finalizzate a piani di miglioramento continui; 2) il percorso dedicato alla cessazione del fumo nel periodo perioperatorio; 3) l'analisi dell'offerta del contesto assistenziale verso gli stili di vita della comunità. Il 30 maggio 2019 a Varsavia, durante la conferenza internazionale della rete HPH, il Coordinamento regionale Rete HPH FVG ha vinto il 2019 Award "Outstanding Fulfilment of HPH Strategy". Il premio definisce la strategia regionale attivata come una "very good practice" in grado di ispirare le altre reti. Le motivazioni che hanno fatto scegliere la rete della regione Friuli Venezia Giulia tra le altre reti riguardano: il modello per la promozione della salute sia nel contesto sanitario che extrasanitario; le policy regionali, le job descriptions dei professionisti che fanno promozione della salute, la collaborazione con i medici del lavoro, le strategie dedicate all'attività fisica e all'alimentazione salutare nei contesti dell'assistenza, i percorsi formativi, l'uso delle strategie HPH per interpretare il cambiamento indotto dalle riforme sanitarie, l'alleanza fra la rete HPH e le reti di scuole che promuovono salute, l'attenzione al Benessere psico emozionale. A livello regionale, i risultati raggiunti sono stati presentati dalle aziende in rete nel corso della 5^ Conferenza Regionale HPH, svoltasi a Udine il 3 dicembre. Nel corso del 2020 continuerà il processo di radicamento e stabilizzazione dell'assetto aziendale della rete (link professional per la promozione della salute) e delle sue modalità di comunicazione intra ed extra aziendale. Al tempo stesso si continuerà l'azione rivolta alla misura oggettiva del benessere psico fisico del personale, primo artefice dell'assistenza di qualità di un servizio, per sostenere il trasferimento di benessere nei percorsi di cura e sostenere il cambiamento degli stili di vita dei pazienti. Un particolare target fa riferimento alla collaborazione con la Task Force Children & Adolescent della rete HPH, per la continuità del lavoro fra setting sanitario e scolastico nei confronti della promozione della salute dei giovani.

In continuità con le progettualità avviate negli anni scorsi, le attività del 2019 per il **RISCHIO CLINICO** sono state caratterizzate dalla messa a regime delle indicazioni e raccomandazione sviluppate nei diversi campi, dalla loro misurazione nonché dalla verifica (anche attraverso visite) sulla loro adozione dei diversi contesti.

Nel **RAPPORTO CON I CITTADINI** sono proseguite 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. Con Dgr 1815/2019 è stato approvato il nuovo **PIANO REGIONALE DI GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA** (Prgla) per gli anni 2019/2021 con l'obiettivo di migliorare i percorsi di intervento attraverso direttive più precise sulle azioni da intraprendere, puntando inoltre sulla responsabilizzazione di tutte le parti coinvolte.

## 2. ATTIVITA' DEL PERIODO

### 2.1 ASSISTENZA OSPEDALIERA

#### 2.1.1. POSTI LETTO

TAB. 1. POSTI LETTO

AZIENDA	PRESIDIO OSPEDALIERO	31.12.2018		Totale Posti Letto 31.12.2018	31.12.2019		Totale Posti Letto 31.12.2019
		Day Hospital	Ordinario		Day Hospital	Ordinario	
ASUITS	P.O. CATTINARA E MAGGIORE TS	50	627	677	50	626	676
AAS2	P.O. GORIZIA E MONFALCONE - SEDE GORIZIA	16	164	180	16	164	180
	P.O. GORIZIA E MONFALCONE - SEDE MONFALCONE	19	185	204	19	185	204
	P.O. LATISANA E PALMANOVA - SEDE LATISANA	10	134	144	10	134	144
	P.O. LATISANA E PALMANOVA - SEDE PALMANOVA	12	159	171	12	135	147
AAS3	P.O. S.DANIELE E TOLMEZZO - SEDE GEMONA	11		11	11		11
	P.O. S.DANIELE E TOLMEZZO - SEDE SAN DANIELE	10	156	166	10	156	166
	P.O. S.DANIELE E TOLMEZZO - SEDE TOLMEZZO	9	171	180	9	171	180
ASUIUD	IST. DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - UDINE	4	93	97	4	95	99
	P.O. S.MARIA DELLA MISERICORDIA UD - SEDE CIVIDALE	5		5	5		5
	P.O. S.MARIA DELLA MISERICORDIA UD - SEDE UDINE	110	901	1.011	110	882	992
AAS5	P.O. S.MARIA DEGLI ANGELI PN - SEDE PORDENONE	36	434	470	36	440	476
	P.O. S.VITO E SPILIMBERGO - SEDE S.VITO	12	141	153	12	141	153
	P.O. S.VITO E SPILIMBERGO - SEDE SPILIMBERGO	6	66	72	6	66	72
BURLO	BURLO GAROFOLO	25	111	136	25	111	136
CRO	CENTRO DI RIFERIMENTO ONCOLOGICO	32	98	130	32	98	130
<b>POSTI LETTO TOTALI REGIONE FVG</b>		<b>367</b>	<b>3.440</b>	<b>3.807</b>	<b>367</b>	<b>3.404</b>	<b>3.771</b>

Inclusi PL a pagamento e SPDC

Esclusi PL culle \_disciplina 31

#### POSTI LETTO PER ACUTI

AZIENDA	PRESIDIO OSPEDALIERO	31.12.2018		Totale Posti Letto 31.12.2018	31.12.2019		Totale Posti Letto 31.12.2019
		Day Hospital	Ordinario		Day Hospital	Ordinario	
ASUITS	P.O. CATTINARA E MAGGIORE TS	48	603	651	48	602	650
AAS2	P.O. GORIZIA E MONFALCONE - SEDE GORIZIA	16	160	176	16	160	176
	P.O. GORIZIA E MONFALCONE - SEDE MONFALCONE	19	161	180	19	161	180
	P.O. LATISANA E PALMANOVA - SEDE LATISANA	10	124	134	10	124	134
	P.O. LATISANA E PALMANOVA - SEDE PALMANOVA	10	145	155	10	121	131
AAS3	P.O. S.DANIELE E TOLMEZZO - SEDE GEMONA	11		11	11		11
	P.O. S.DANIELE E TOLMEZZO - SEDE SAN DANIELE	10	156	166	10	156	166
	P.O. S.DANIELE E TOLMEZZO - SEDE TOLMEZZO	9	171	180	9	171	180
ASUIUD	IST. DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - UDINE	4		4	4		4
	P.O. S.MARIA DELLA MISERICORDIA UD - SEDE CIVIDALE	5		5	5		5
	P.O. S.MARIA DELLA MISERICORDIA UD - SEDE UDINE	110	875	985	110	878	988
AAS5	P.O. S.MARIA DEGLI ANGELI PN - SEDE PORDENONE	36	419	455	36	425	461
	P.O. S.VITO E SPILIMBERGO - SEDE S.VITO	12	135	147	12	135	147
	P.O. S.VITO E SPILIMBERGO - SEDE SPILIMBERGO	6	62	68	6	62	68
BURLO	BURLO GAROFOLO	25	111	136	25	111	136
CRO	CENTRO DI RIFERIMENTO ONCOLOGICO	32	98	130	32	98	130
<b>POSTI LETTO TOTALI PER ACUTI REGIONE FVG</b>		<b>363</b>	<b>3.220</b>	<b>3.583</b>	<b>363</b>	<b>3.204</b>	<b>3.567</b>

AZIENDA	PRESIDIO OSPEDALIERO	31.12.2018		Totale Posti Letto 31.12.2018	31.12.2019		Totale Posti Letto 31.12.2019
		Day Hospital	Ordinario		Day Hospital	Ordinario	
ASUITS	P.O. CATTINARA E MAGGIORE TS	2	24	26	2	24	26
AAS2	P.O. GORIZIA E MONFALCONE - SEDE GORIZIA	0	4	4	0	4	4
	P.O. GORIZIA E MONFALCONE - SEDE MONFALCONE	0	24	24	0	24	24
	P.O. LATISANA E PALMANOVA - SEDE LATISANA	0	10	10	0	10	10
	P.O. LATISANA E PALMANOVA - SEDE PALMANOVA	2	14	16	2	14	16
AAS3	P.O. S.DANIELE E TOLMEZZO - SEDE GEMONA	0	0	0	0	0	0
	P.O. S.DANIELE E TOLMEZZO - SEDE SAN DANIELE	0	0	0	0	0	0
	P.O. S.DANIELE E TOLMEZZO - SEDE TOLMEZZO	0	0	0	0	0	0
ASUIUD	IST. DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - UDINE	0	93	93	0	95	95
	P.O. S.MARIA DELLA MISERICORDIA UD - SEDE CIVIDALE	0	0	0	0	0	0
	P.O. S.MARIA DELLA MISERICORDIA UD - SEDE UDINE	0	26	26	0	4	4
AAS2	P.O. S.MARIA DEGLI ANGELI PN - SEDE PORDENONE	0	15	15	0	15	15
	P.O. S.VITO E SPILIMBERGO - SEDE S.VITO	0	6	6	0	6	6
	P.O. S.VITO E SPILIMBERGO - SEDE SPILIMBERGO	0	4	4	0	4	4
BURLO	BURLO GAROFOLO	0	0	0	0	0	0
CRO	CENTRO DI RIFERIMENTO ONCOLOGICO	0	0	0	0	0	0
<b>POSTI LETTO TOTALI NON ACUTI REGIONE FVG</b>		<b>4</b>	<b>220</b>	<b>224</b>	<b>4</b>	<b>200</b>	<b>204</b>

Discipline: riabilitazione, neuroriabilitazione, lungodegenza, unità spinale

## 2.1.2. PRONTO SOCCORSO

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

STRUTTURA		GENNAIO - DICEMBRE 2018	GENNAIO - DICEMBRE 2019	VARIAZ %
HUB	PS CATTINARA	49.745	51.325	3,18
	PS UDINE	61.657	65.190	5,73
	PS PEDIATRICO UD	17.376	18.537	6,68
	PS PORDENONE	52.603	55.365	5,25
	PS BURLO GAROFOLO	24.599	25.073	1,93
<b>TOTALE HUB</b>		<b>205.980</b>	<b>215.490</b>	<b>4,62</b>
SPOKE	PS GORIZIA	24.019	23.383	-2,65
	PS LATISANA	25.611	26.837	4,79
	PS MONFALCONE	38.268	38.454	0,49
	PS PALMANOVA	31.543	29.656	-5,98
	PS SAN DANIELE	29.693	30.863	3,94
	PS TOLMEZZO	23.670	25.162	6,30
	PS PEDIATRICO PN	17.678	17.834	0,88
	PS SAN VITO	24.204	24.515	1,28
	PS SPILIMBERGO	11.771	11.299	-4,01
<b>TOTALE SPOKE</b>		<b>226.457</b>	<b>228.003</b>	<b>0,68</b>
PPI	PS MAGGIORE	24.150	24.465	1,30
	PS GRADO	3.389	4.599	35,70
	PS LIGNANO	3.908	3.376	-13,61
	PS GEMONA	8.288	7.697	-7,13
	PS CIVIDALE	11.813	12.042	1,94
	PS MANIAGO	3.269	3.469	6,12
	PS SACILE	7.776	7.960	2,37
<b>TOTALE PPI</b>		<b>62.593</b>	<b>63.608</b>	<b>1,62</b>
<b>TOTALE FVG</b>		<b>495.030</b>	<b>507.101</b>	<b>2,44</b>

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

TRIAGE	GENNAIO - DICEMBRE 2018	GENNAIO - DICEMBRE 2019	VARIAZ %
BIANCO	154.407	151.226	-2,06
VERDE	249.977	261.950	4,79
GIALLO	84.453	87.432	3,53
ROSSO	6.168	6.463	4,78
NERO	25	30	20,00
<b>TOTALE</b>	<b>495.030</b>	<b>507.101</b>	<b>2,44</b>

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

		GENNAIO - DICEMBRE 2019				
STRUTTURA		BIANCO	VERDE	GIALLO	ROSSO	NERO
HUB	PS CATTINARA	8.918	27.689	13.465	1.250	3
	PS UDINE	11.801	33.441	18.051	1.890	7
	PS PEDIATRICO UD	1.583	14.143	2.708	103	
	PS PORDENONE	13.279	28.225	12.688	1.168	5
	PS BURLO GAROFOLO	7.608	15.552	1.861	52	
<b>TOTALE HUB</b>		<b>43.189</b>	<b>119.050</b>	<b>48.773</b>	<b>4.463</b>	<b>15</b>
SPOKE	PS GORIZIA	7.691	11.585	3.890	216	1
	PS LATISANA	9.389	13.470	3.725	252	1
	PS MONFALCONE	11.071	21.277	5.895	209	2
	PS PALMANOVA	9.208	13.881	6.165	399	3
	PS SAN DANIELE	15.216	12.091	3.403	152	1
	PS TOLMEZZO	8.171	12.622	4.165	203	1
	PS PEDIATRICO PN	1.702	14.537	1.547	48	
	PS SAN VITO	7.545	13.293	3.483	192	2
	PS SPILIMBERGO	4.650	4.860	1.673	113	3
<b>TOTALE SPOKE</b>		<b>74.643</b>	<b>117.616</b>	<b>33.946</b>	<b>1.784</b>	<b>14</b>
PPI	PS MAGGIORE	14.214	9.364	866	21	
	PS GRADO	3.081	1.405	113		
	PS LIGNANO	1.404	1.435	516	21	
	PS GEMONA	3.966	3.013	686	32	
	PS CIVIDALE	4.008	6.257	1.670	106	1
	PS MANIAGO	2.392	884	186	7	
	PS SACILE	4.329	2.926	676	29	
<b>TOTALE PPI</b>		<b>33.394</b>	<b>25.284</b>	<b>4.713</b>	<b>216</b>	<b>1</b>
<b>TOTALE FVG</b>		<b>151.226</b>	<b>261.950</b>	<b>87.432</b>	<b>6.463</b>	<b>30</b>



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

STRUTTURA	BIANCO			VERDE			GIALLO			ROSSO			
	TOTALE ACCESSI	DI CUI RICOVERATI	%	TOTALE ACCESSI	DI CUI RICOVERATI	%	TOTALE ACCESSI	DI CUI RICOVERATI	%	TOTALE ACCESSI	DI CUI RICOVERATI	%	
HUB	PS CATTINARA	8.918	363	4,07	27.689	5.619	20,29	13.465	5.434	40,36	1.250	954	76,32
	PS UDINE	11.801	197	1,67	33.441	3.855	11,53	18.051	6.816	37,76	1.890	1.562	82,65
	PS PEDIATRICO UD	1.583	4	0,25	14.143	183	1,29	2.708	283	10,45	103	38	36,89
	PS PORDENONE	13.279	108	0,81	28.225	3.179	11,26	12.688	4.683	36,91	1.168	927	79,37
	PS BURLO GAROFOLO	7.608	77	1,01	15.552	267	1,72	1.861	297	15,96	52	27	51,92
<b>TOTALE HUB</b>	<b>43.189</b>	<b>749</b>	<b>1,73</b>	<b>119.050</b>	<b>13.103</b>	<b>11,01</b>	<b>48.773</b>	<b>17.513</b>	<b>35,91</b>	<b>4.463</b>	<b>3.508</b>	<b>78,60</b>	
SPOKE	PS GORIZIA	7.691	200	2,60	11.585	1.330	11,48	3.890	1.112	28,59	216	147	68,06
	PS LATISANA	9.389	219	2,33	13.470	1.337	9,93	3.725	984	26,42	252	167	66,27
	PS MONFALCONE	11.071	95	0,86	21.277	1.428	6,71	5.895	1.304	22,12	209	108	51,67
	PS PALMANOVA	9.208	210	2,28	13.881	1.552	11,18	6.165	1.778	28,84	399	272	68,17
	PS SAN DANIELE	15.216	537	3,53	12.091	1.899	15,71	3.403	961	28,24	152	95	62,50
	PS TOLMEZZO	8.171	228	2,79	12.622	1.458	11,55	4.165	1.116	26,79	203	124	61,08
	PS PEDIATRICO PN	1.702	12	0,71	14.537	450	3,10	1.547	271	17,52	48	26	54,17
	PS SAN VITO	7.545	170	2,25	13.293	1.497	11,26	3.483	879	25,24	192	123	64,06
PS SPILIMBERGO	4.650	179	3,85	4.860	994	20,45	1.673	599	35,80	113	78	69,03	
<b>TOTALE SPOKE</b>	<b>74.643</b>	<b>1.850</b>	<b>2,48</b>	<b>117.616</b>	<b>11.945</b>	<b>10,16</b>	<b>33.946</b>	<b>9.004</b>	<b>26,52</b>	<b>1.784</b>	<b>1.140</b>	<b>63,90</b>	
PPI	PS MAGGIORE	14.214	85	0,60	9.364	602	6,43	866	170	19,63	21	9	42,86
	PS GRADO	3.081		0,00	1.405		0,00	113		0,00			
	PS LIGNANO	1.404	2	0,14	1.435	40	2,79	516	63	12,21	21	5	23,81
	PS GEMONA	3.966	8	0,20	3.013	22	0,73	686	12	1,75	32	1	3,13
	PS CIVIDALE	4.008	52	1,30	6.257	547	8,74	1.670	447	26,77	106	73	68,87
	PS MANIAGO	2.392	19	0,79	884	37	4,19	186	18	9,68	7	3	42,86
	PS SACILE	4.329	41	0,95	2.926	201	6,87	676	121	17,90	29	13	44,83
<b>TOTALE PPI</b>	<b>33.394</b>	<b>207</b>	<b>0,62</b>	<b>25.284</b>	<b>1.449</b>	<b>5,73</b>	<b>4.713</b>	<b>831</b>	<b>17,63</b>	<b>216</b>	<b>104</b>	<b>48,15</b>	
<b>TOTALE FVG</b>	<b>151.226</b>	<b>2.806</b>	<b>1,86</b>	<b>261.950</b>	<b>26.497</b>	<b>10,12</b>	<b>87.432</b>	<b>27.348</b>	<b>31,28</b>	<b>6.463</b>	<b>4.752</b>	<b>73,53</b>	

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

		GENNAIO - DICEMBRE 2019			
STRUTTURA		BIANCO	VERDE	GIALLO	ROSSO
HUB	PS CATTINARA	02:01	02:15	00:27	00:04
	PS UDINE	01:42	01:30	00:18	00:01
	PS PEDIATRICO UD	00:51	00:50	00:15	00:08
	PS PORDENONE	01:23	01:18	00:30	00:03
	PS BURLO GAROFOLO	00:44	00:39	00:09	00:10
SPOKE	PS GORIZIA	01:37	01:29	00:26	00:05
	PS LATISANA	01:12	00:47	00:13	00:05
	PS MONFALCONE	01:27	01:31	00:28	00:06
	PS PALMANOVA	02:09	01:19	00:15	00:03
	PS SAN DANIELE	00:57	00:37	00:13	00:07
	PS TOLMEZZO	01:11	00:50	00:17	00:07
	PS PEDIATRICO PN	00:58	00:56	00:11	00:09
	PS SAN VITO	01:46	01:15	00:15	00:04
PS SPILIMBERGO	01:00	00:43	00:15	00:06	
PPI	PS MAGGIORE	02:12	01:39	00:14	00:07
	PS GRADO	00:02	00:03	00:05	
	PS LIGNANO	00:34	00:24	00:09	00:07
	PS GEMONA	00:33	00:23	00:10	00:04
	PS CIVIDALE	01:08	00:40	00:09	00:02
	PS MANIAGO	00:12	00:11	00:07	00:08
	PS SACILE	00:43	00:30	00:15	00:07
<b>TOTALE FVG</b>	<b>01:20</b>	<b>01:14</b>	<b>00:21</b>	<b>00:04</b>	

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

STRUTTURA		GENNAIO - DICEMBRE 2018			GENNAIO - DICEMBRE 2019		
		accessi cod. verde visitati entro un ora	accessi cod. verde visitati	%	accessi cod. verde visitati entro un ora	accessi cod. verde visitati	%
HUB	PS CATTINARA	7.668	25.831	29,69	9.661	26.538	36,40
	PS UDINE	16.794	29.274	57,37	15.376	31.674	48,54
	PS PEDIATRICO UD	10.491	13.245	79,21	9.604	14.143	67,91
	PS PORDENONE	10.827	21.737	49,81	13.923	25.330	54,97
	PS BURLO GAROFOLO	11.907	15.863	75,06	12.034	15.485	77,71
<b>TOTALE HUB</b>		<b>57.687</b>	<b>105.950</b>	<b>54,44</b>	<b>60.598</b>	<b>113.170</b>	<b>53,55</b>
SPOKE	PS GORIZIA	6.935	11.788	58,83	6.326	11.585	54,61
	PS LATISANA	8.292	11.683	70,97	9.928	13.463	73,74
	PS MONFALCONE	11.412	21.050	54,21	11.920	21.240	56,12
	PS PALMANOVA	8.538	13.770	62,00	6.558	12.166	53,90
	PS SAN DANIELE	7.767	10.108	76,84	8.648	10.908	79,28
	PS TOLMEZZO	8.075	10.832	74,55	7.678	10.829	70,90
	PS PEDIATRICO PN	8.168	13.558	60,24	9.561	14.535	65,78
	PS SAN VITO	7.466	12.464	59,90	8.094	13.292	60,89
PS SPILIMBERGO	3.958	4.771	82,96	3.708	4.860	76,30	
<b>TOTALE SPOKE</b>		<b>70.611</b>	<b>110.024</b>	<b>64,18</b>	<b>72.421</b>	<b>112.878</b>	<b>64,16</b>
PPI	PS MAGGIORE	3.939	8.005	49,21	4.050	8.212	49,32
	PS GRADO	937	937	100,00	1.402	1.405	99,79
	PS LIGNANO	1.465	1.618	90,54	1.286	1.435	89,62
	PS GEMONA	3.040	3.290	92,40	2.767	3.013	91,84
	PS CIVIDALE	4.750	5.896	80,56	4.840	6.248	77,46
	PS MANIAGO	785	822	95,50	868	884	98,19
	PS SACILE	2.332	2.691	86,66	2.507	2.926	85,68
<b>TOTALE PPI</b>		<b>17.248</b>	<b>23.259</b>	<b>74,16</b>	<b>17.720</b>	<b>24.123</b>	<b>73,46</b>
<b>TOTALE FVG</b>		<b>145.546</b>	<b>239.233</b>	<b>60,84</b>	<b>150.739</b>	<b>250.171</b>	<b>60,25</b>

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

STRUTTURA		GENNAIO - DICEMBRE 2018		%	GENNAIO - DICEMBRE 2019		%
		numeratore	denominatore		numeratore	denominatore	
HUB	PS CATTINARA	6.074	16.539	36,73	7.140	17.103	41,75
	PS UDINE	12.642	18.804	67,23	12.967	19.941	65,03
	PS PEDIATRICO UD	11.372	12.247	92,86	11.711	13.017	89,97
	PS PORDENONE	15.356	20.819	73,76	16.755	22.779	73,55
	PS BURLO GAROFOLO	14.712	15.247	96,49	14.269	14.719	96,94
<b>TOTALE HUB</b>		<b>60.156</b>	<b>83.656</b>	<b>71,91</b>	<b>62.842</b>	<b>87.559</b>	<b>71,77</b>
SPOKE	PS GORIZIA	6.314	9.001	70,15	5.549	8.901	62,34
	PS LATISANA	8.050	9.484	84,88	9.242	10.829	85,34
	PS MONFALCONE	11.401	16.785	67,92	11.966	17.138	69,82
	PS PALMANOVA	8.539	11.000	77,63	8.074	10.498	76,91
	PS SAN DANIELE	7.414	8.444	87,80	8.092	9.309	86,93
	PS TOLMEZZO	6.684	8.331	80,23	7.671	9.372	81,85
	PS PEDIATRICO PN	11.176	12.541	89,12	11.491	13.460	85,37
	PS SAN VITO	6.615	9.476	69,81	7.029	10.281	68,37
	PS SPILIMBERGO	2.386	3.323	71,80	2.156	3.328	64,78
<b>TOTALE SPOKE</b>		<b>68.579</b>	<b>88.385</b>	<b>77,59</b>	<b>71.270</b>	<b>93.116</b>	<b>76,54</b>
PPI	PS MAGGIORE	4.075	7.065	57,68	4.580	7.718	59,34
	PS GRADO	900	908	99,12	1.379	1.385	99,57
	PS LIGNANO	1.373	1.452	94,56	1.219	1.295	94,13
	PS GEMONA	3.055	3.209	95,20	2.771	2.938	94,32
	PS CIVIDALE	3.888	4.731	82,18	4.154	5.028	82,62
	PS MANIAGO	696	763	91,22	763	814	93,73
	PS SACILE	2.031	2.358	86,13	2.185	2.580	84,69
<b>TOTALE PPI</b>		<b>16.018</b>	<b>20.486</b>	<b>78,19</b>	<b>17.051</b>	<b>21.758</b>	<b>78,37</b>
<b>TOTALE FVG</b>		<b>144.753</b>	<b>192.527</b>	<b>75,19</b>	<b>151.163</b>	<b>202.433</b>	<b>74,67</b>

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

	2018	2019
Centrale operativa unica 118	16'51"	16'38"

### 2.1.3. RICOVERI

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

AZIENDA	Gennaio - Dicembre 2018	Gennaio - Dicembre 2019	Δ%
AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI TRIESTE	34.467	34.276	-0,6%
AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI UDINE	33.401	33.488	0,3%
ALTO FRIULI-COLLINARE-MEDIO FRIULI	23.233	22.744	-2,1%
BASSA FRIULANA-ISONTINA	33.283	32.978	-0,9%
FRIULI OCCIDENTALE	38.951	38.716	-0,6%
<b>Totale residenti FVG</b>	<b>163.335</b>	<b>162.202</b>	<b>-0,7%</b>
EXTRA-FVG	20.368	19.817	-2,7%
<b>Totale dimissioni FVG</b>	<b>183.703</b>	<b>182.019</b>	<b>-0,9%</b>

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

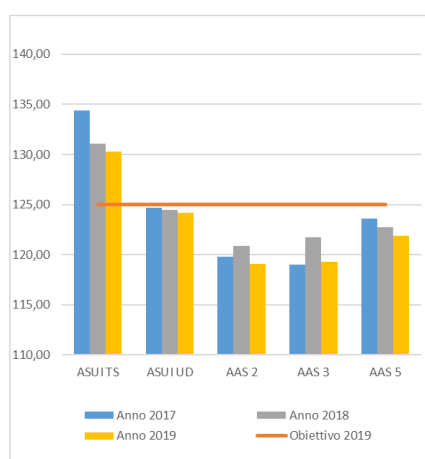
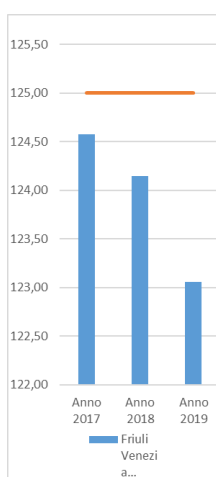
AZIENDA	ORDINARI			DH		
	Gennaio - Dicembre 2018	Gennaio - Dicembre 2019	Δ%	Gennaio - Dicembre 2018	Gennaio - Dicembre 2019	Δ%
ASUITS	23.050	23.217	0,7%	2.784	3.121	12,1%
ASUIUD	31.016	31.626	2,0%	11.001	10.827	-1,6%
AAS3	14.450	14.104	-2,4%	3.161	3.099	-2,0%
AAS2	23.119	22.648	-2,0%	3.993	3.826	-4,2%
AAS5	30.531	30.251	-0,9%	3.867	3.830	-1,0%
BURLO GAROFOLO	7.435	7.499	0,9%	3.872	3.589	-7,3%
CENTRO RIFERIMENTO ONCOLOGICO	3.965	4.096	3,3%	1.476	1.230	-16,7%
CDC - CITTA' DI UDINE	2.109	2.182	3,5%	1.992	1.858	-6,7%
CDC POLICLINICO TRIESTINO - SALUS	1.742	1.691	-2,9%	1.162	1.174	1,0%
CDC POLICLINICO TRIESTINO - PINETA	1.417	1.516	7,0%	.	.	.
CDC - POLICLINICO TRIESTINO	3.159	3.207	1,5%	1.162	1.174	1,0%
CDC - S. GIORGIO	5.024	4.750	-5,5%	4.272	3.531	-17,3%
CDC - SANATORIO TRIESTINO	1.418	1.501	5,9%	847	853	0,7%
<b>Totale FVG</b>	<b>145.276</b>	<b>145.081</b>	<b>-0,1%</b>	<b>38.427</b>	<b>36.938</b>	<b>-3,9%</b>

**TAB. 12. TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE**

RESIDENZA	ANNO 2018	ANNO 2019	Δ%	POPOLAZIONE 31/12/2018	FUGA 2018	TASSO GREZZO	TASSO STANDARD.
ASUITS	32.616	32.535	-0,25%	234.549	2.037	147,40	130,32
ASUIUD	31.640	31.840	0,63%	250.928	2.025	134,96	124,20
AAS3	21.134	20.827	-1,45%	168.060	1.284	131,57	119,32
AAS2	30.434	30.081	-1,16%	249.206	2.377	130,25	119,05
AAS5	35.654	35.452	-0,57%	312.533	4.718	128,53	121,91
<b>Totale regionale</b>	<b>151.478</b>	<b>150.735</b>	<b>-0,49%</b>	<b>1.215.276</b>	<b>12.441</b>	<b>134,27</b>	<b>123,06</b>

Esclusi ricoveri con DRG 391 e ricoveri con modalità di dimissione "trasferito..."

Tasso std per sesso e classi di età quinquennali; censimento 2011.



**TAB. 13. DIMISSIONI DA STRUTTURE FVG**

**DIMISSIONI**

REGIME	Gennaio - Dicembre 2018	Gennaio - Dicembre 2019	Δ%
ORDINARIO	145.276	145.081	-0,1%
DH	38.427	36.938	-3,9%
<b>Totale FVG</b>	<b>183.703</b>	<b>182.019</b>	<b>-0,9%</b>

**GIORNATE DI DEGENZA/ACCESSI**

REGIME	Gennaio - Dicembre 2018	Gennaio - Dicembre 2019	Δ%
ORDINARIO	1.095.091	1.093.450	-0,1%
DH	134.696	139.482	3,6%
<b>Totale FVG</b>	<b>1.229.787</b>	<b>1.232.932</b>	<b>0,3%</b>

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

AZIENDA	ORDINARI			DH		
	Gennaio - Dicembre 2018	Gennaio - Dicembre 2019	Δ%	Gennaio - Dicembre 2018	Gennaio - Dicembre 2019	Δ%
ASUITS	23.050	23.217	0,7%	2.784	3.121	12,1%
ASUIUD	31.016	31.626	2,0%	11.001	10.827	-1,6%
AAS3	14.450	14.104	-2,4%	3.161	3.099	-2,0%
AAS2	23.119	22.648	-2,0%	3.993	3.826	-4,2%
AAS5	30.531	30.251	-0,9%	3.867	3.830	-1,0%
BURLO	7.435	7.499	0,9%	3.872	3.589	-7,3%
CRO	3.965	4.096	3,3%	1.476	1.230	-16,7%
CDC - CITTA' DI UDINE	2.109	2.182	3,5%	1.992	1.858	-6,7%
CDC POLICLINICO TRIESTINO - SALUS	1.742	1.691	-2,9%	1.162	1.174	1,0%
CDC POLICLINICO TRIESTINO - PINETA	1.417	1.516	7,0%	.	.	.
CDC - POLICLINICO TRIESTINO	3.159	3.207	1,5%	1.162	1.174	1,0%
CDC - S. GIORGIO	5.024	4.750	-5,5%	4.272	3.531	-17,3%
CDC - SANATORIO TRIESTINO	1.418	1.501	5,9%	847	853	0,7%
<b>Totale FVG</b>	<b>145.276</b>	<b>145.081</b>	<b>-0,1%</b>	<b>38.427</b>	<b>36.938</b>	<b>-3,9%</b>

**GIORNATE DI DEGENZA/ACCESSI**

AZIENDA	ORDINARI			DH		
	Gennaio - Dicembre 2018	Gennaio - Dicembre 2019	Δ%	Gennaio - Dicembre 2018	Gennaio - Dicembre 2019	Δ%
ASUITS	204.490	198.682	-2,8%	11.275	16.890	49,8%
ASUIUD	301.842	299.014	-0,9%	75.792	76.937	1,5%
AAS3	98.531	99.873	1,4%	4.230	4.327	2,3%
AAS2	176.024	178.346	1,3%	6.443	6.494	0,8%
AAS5	182.461	187.248	2,6%	10.696	10.576	-1,1%
BURLO	29.391	28.742	-2,2%	6.337	6.082	-4,0%
CRO	23.851	24.571	3,0%	9.736	8.877	-8,8%
CDC - CITTA' DI UDINE	8.453	8.841	4,6%	2.163	2.042	-5,6%
CDC POLICLINICO TRIESTINO - SALUS	6.947	7.109	2,3%	1.197	1.190	-0,6%
CDC POLICLINICO TRIESTINO - PINETA	29.376	28.266	-3,8%	.	.	.
CDC - POLICLINICO TRIESTINO	36.323	35.375	-2,6%	1.197	1.190	-0,6%
CDC - S. GIORGIO	27.174	26.148	-3,8%	5.980	5.214	-12,8%
CDC - SANATORIO TRIESTINO	6.551	6.610	0,9%	847	853	0,7%
<b>Totale</b>	<b>1.095.091</b>	<b>1.093.450</b>	<b>-0,1%</b>	<b>134.696</b>	<b>139.482</b>	<b>3,6%</b>

**TAB. 15. DIMISSIONI DA STRUTTURE FVG PER DRG**

TIPO DRG	Gennaio - Dicembre 2018	Gennaio - Dicembre 2019	Δ%
DRG CHIRURGICO	81.873	80.828	-1,3%
DRG MEDICO	93.204	92.838	-0,4%
DRG NEONATO	8.020	7.647	-4,7%
DRG MALDEFINITO	606	706	16,5%
<b>Totale FVG</b>	<b>183.703</b>	<b>182.019</b>	<b>-0,9%</b>

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

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

**TAB. 16. ATTIVITÀ DI RICOVERO PER I PRIMI 10 DRG ANNO 2018**

DRG	Descrizione DRG	Gennaio - Dicembre 2018	Gennaio - Dicembre 2019	Δ%
391	NEONATO NORMALE	6.133	5.841	-4,8%
373	PARTO VAGINALE SENZA DIAGNOSI COMPLICANTI	5.953	5.674	-4,7%
544	SOSTITUZIONE DI ARTICOLAZIONI MAGGIORI O REIMPIANTO DEGLI ARTI INFERIORI	4.587	4.503	-1,8%
087	EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	3.782	4.387	16,0%
127	INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	4.543	4.344	-4,4%
503	INTERVENTI SUL GINOCCHIO SENZA DIAGNOSI PRINCIPALE DI INFEZIONE	4.550	4.148	-8,8%
359	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI SENZA CC	3.840	3.771	-1,8%
162	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETÀ > 17 ANNI SENZA CC	2.944	2.816	-4,3%
410	CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	2.883	2.756	-4,4%
576	SETTICEMIA SENZA VENTILAZIONE MECCANICA = 96 ORE, ETÀ > 17 ANNI	2.261	2.553	12,9%
<b>Totale FVG (primi 10 DRG)</b>		<b>41.476</b>	<b>40.793</b>	<b>-1,6%</b>

## DRG MEDICI

DRG	Descrizione DRG	Gennaio - Dicembre 2018	Gennaio - Dicembre 2019	Δ%
391	NEONATO NORMALE	6.133	5.841	-4,8%
373	PARTO VAGINALE SENZA DIAGNOSI COMPLICANTI	5.953	5.674	-4,7%
087	EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	3.782	4.387	16,0%
127	INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	4.543	4.344	-4,4%
410	CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	2.883	2.756	-4,4%
576	SETTICEMIA SENZA VENTILAZIONE MECCANICA = 96 ORE, ETÀ > 17 ANNI	2.261	2.553	12,9%
089	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETÀ > 17 ANNI CON CC	2.733	2.480	-9,3%
014	EMORRAGIA INTRACRANICA O INFARTO CEREBRALE	2.465	2.383	-3,3%
467	ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE	1.743	1.827	4,8%
395	ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETÀ > 17 ANNI	1.403	1.380	-1,6%
<b>Totale FVG (primi 10 DRG)</b>		<b>33.899</b>	<b>33.625</b>	<b>-0,8%</b>

## DRG CHIRURGICI

DRG	Descrizione DRG	Gennaio - Dicembre 2018	Gennaio - Dicembre 2019	Δ%
544	SOSTITUZIONE DI ARTICOLAZIONI MAGGIORI O REIMPIANTO DEGLI ARTI INFERIORI	4.587	4.503	-1,83%
503	INTERVENTI SUL GINOCCHIO SENZA DIAGNOSI PRINCIPALE DI INFEZIONE	4.550	4.148	-8,84%
359	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI SENZA CC	3.840	3.771	-1,80%
162	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETÀ > 17 ANNI SENZA CC	2.944	2.816	-4,35%
266	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI ECCETTO PER ULCERE DELLA PELLE/CELLULITE SENZA CC	2.313	1.998	-13,62%
381	ABORTO CON DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, MEDIANTE ASPIRAZIONE O ISTEROTOMIA	2.084	1.920	-7,87%
229	INTERVENTI SU MANO O POLSO ECCETTO INTERVENTI MAGGIORI SULLE ARTICOLAZIONI, SENZA CC	1.813	1.760	-2,92%
311	INTERVENTI PER VIA TRANSURETRALE SENZA CC	1.613	1.684	4,40%
225	INTERVENTI SUL PIEDE	1.805	1.593	-11,75%
119	LEGATURA E STRIPPING DI VENE	1.631	1.565	-4,05%
<b>Totale FVG (primi 10 DRG)</b>		<b>27.180</b>	<b>25.758</b>	<b>-5,23%</b>



**TAB. 17. INDICATORI DI ATTIVITÀ OSPEDALIERA**

**RICOVERI ORDINARI**

	AZIENDA	RICOVERI ORDINARI GENNAIO - DICEMBRE 2019					
		%OCCUPAZIONE MEDIA	DEGENZA MEDIA	INDICE DI ROTAZIONE	INDICE DI TURN-OVER	POSTI LETTO (media)	PRESENZA MEDIA GG.
PUBBLICO	AAS3	83,7	7,0	43,2	1,4	327,0	273,8
	ASUITS	88,2	8,5	37,1	1,2	626,8	552,7
	ASUIUD	85,7	9,6	31,8	1,6	995,5	853,1
	AAS2	76,8	7,7	35,7	2,4	634,0	486,7
	AAS5	79,4	6,1	46,9	1,6	645,5	512,6
	BURLO	72,8	3,9	67,7	1,5	111,0	80,8
	CRO	68,0	5,9	41,6	2,8	98,0	66,6
PRIVATO	CITTA DI UDINE	30,6	4,0	28,0	9,2	79,0	24,2
	PINETA DEL CARSO	68,1	19,0	13,0	9,1	108,0	73,6
	S. GIORGIO	52,6	6,0	35,0	5,0	137,0	72,0
	SALUS	36,3	5,0	28,0	8,4	67,2	24,4
	SANATORIO TRIESTINO	30,3	6,0	17,0	14,6	87,0	26,4
<b>Totale FVG</b>		<b>77,8</b>	<b>7,5</b>	<b>37,1</b>	<b>2,2</b>	<b>3.915,9</b>	<b>3.046,8</b>

**RICOVERI DAY HOSPITAL**

	AZIENDA	RICOVERI DAY HOSPITAL GENNAIO - DICEMBRE 2019					
		%OCCUPAZIONE MEDIA	DEGENZA MEDIA	INDICE DI ROTAZIONE	INDICE DI TURN-OVER	POSTI LETTO (media)	PRESENZA MEDIA GG.
PUBBLICO	AAS3	46,1	1,4	103,5	1,6	30,0	13,8
	ASUITS	107,9	5,4	62,4	-0,4	50,0	54,0
	ASUIUD	207,3	7,1	91,6	-3,7	119,0	246,7
	AAS2	36,4	1,7	67,1	3,0	57,0	20,8
	AAS5	62,6	2,8	71,0	1,7	54,0	33,8
	BURLO	77,9	1,7	144,0	0,5	25,0	19,5
	CRO	88,6	7,2	38,4	0,9	32,0	28,4
PRIVATO	CITTA DI UDINE	32,6	1,1	92,9	2,3	20,0	6,5
	S. GIORGIO	50,5	1,5	107,0	1,5	33,0	16,7
	SALUS	23,8	1,0	73,4	3,3	16,0	3,8
	SANATORIO TRIESTINO	136,4	1,0	427,0	-0,3	2,0	2,7
<b>Totale FVG</b>		<b>100,6</b>	<b>3,8</b>	<b>83,4</b>	<b>-0,02</b>	<b>438,0</b>	<b>446,6</b>

**TAB. 18. RICOVERI DIURNO DI TIPO DIAGNOSTICO**

ADULTI

AZIENDA	Gennaio-Dicembre 2018			Gennaio-Dicembre 2019		
	DH medico	DH medico diagnostico	%	DH medico	DH medico diagnostico	%
ASUITS	1.593	455	28,6%	1.727	524	30,3%
GORIZIA	308	33	10,7%	285	18	6,3%
MONFALCONE	232	19	8,2%	287	33	11,5%
LATISANA	132	6	4,5%	104	5	4,8%
PALMANOVA	64	2	3,1%	55	5	9,1%
AAS2	736	60	8,2%	731	61	8,3%
GEMONA	69	0	0,0%	58	0	0,0%
SAN DANIELE	354	44	12,4%	367	60	16,3%
TOLMEZZO	134	32	23,9%	138	35	25,4%
AAS3	557	76	13,6%	563	95	16,9%
IST. DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	28	0	0,0%	12	0	0,0%
CIVIDALE	61	1	1,6%	59	0	0,0%
UDINE	4.337	1.472	33,9%	4.598	1.254	27,3%
ASUIUD	4.426	1.473	33,3%	4.669	1.254	26,9%
PORDENONE	731	186	25,4%	871	204	23,4%
S.VITO	294	9	3,1%	85	6	7,1%
SPILIMBERGO	21	0	0,0%	35	3	8,6%
AAS5	1.046	195	18,6%	991	213	21,5%
BURLO	587	283	0,0%	591	278	47,0%
CRO	206	3	0,0%	165	3	1,8%
CDC CITTÀ DI UDINE	70	0	0,0%	32	0	0,0%
CDC POLICLINICO TRIESTINO - SALUS	69	5	7,2%	44	7	15,9%
CDC SAN GIORGIO	578	1	0,2%	547	2	0,4%
CDC SANATORIO TRIESTINO	18	0	0,0%	10	0	0,0%
<b>TOTALE FVG</b>	<b>9.886</b>	<b>2.551</b>	<b>25,8%</b>	<b>10.070</b>	<b>2.437</b>	<b>24,2%</b>

Indicatore Bersaglio C14.4.2A

Adulti >= 14anni

PEDIATRICI

AZIENDA	Gennaio-Dicembre 2018			Gennaio-Dicembre 2019		
	DH medico	DH medico diagnostico	%	DH medico	DH medico diagnostico	%
ASUTS	1	0	0,0%	2	1	50,0%
GORIZIA						
MONFALCONE	35	5	14,3%	34	2	5,9%
LATISANA				4	1	25,0%
PALMANOVA	26	9	34,6%	33	4	12,1%
AAS2	61	14	23,0%	71	7	9,9%
GEMONA						
SAN DANIELE	34	8	23,5%	21	6	28,6%
TOLMEZZO	5	4	80,0%	10	5	50,0%
AAS3	39	12	30,8%	31	11	35,5%
IST. DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	35	0	0,0%	8		
UDINE	381	248	65,1%	406	246	60,6%
ASUIUD	416	248	59,6%	414	246	59,4%
PORDENONE	174	110	63,2%	177	109	61,6%
S.VITO	58	30	51,7%	54	44	81,5%
SPIRIMBERGO				1	0	0,0%
AAS5	232	140	60,3%	232	153	65,9%
BURLO	1.774	970	54,7%	1.640	835	50,9%
CRO	2	0	0,0%	3	0	0,0%
CDC SAN GIORGIO				1	0	0,0%
<b>TOTALE FVG</b>	<b>2.525</b>	<b>1.384</b>	<b>54,8%</b>	<b>2.394</b>	<b>1.253</b>	<b>52,3%</b>

Indicatore Bersaglio C14.4.2A

Pediatrico <14

**TAB. 19. RICOVERI CON DRG CHIRURGICO IN REGIME ORDINARIO SUL TOTALE DEI RICOVERI ORDINARI**

INDICATORE BERSAGIO C1.6

AZIENDA	GENNAIO-DICEMBRE 2018			GENNAIO-DICEMBRE 2019		
	Ricoveri con DRG CHIRURGICO	Ricoveri ordinari	%	Ricoveri con DRG CHIRURGICO	Ricoveri ordinari	%
ASUITS	8.594	22.416	38,3%	8.995	22.949	39,2%
GORIZIA	2.076	5.166	40,2%	2.187	5.129	42,6%
MONFALCONE	2.744	5.879	46,7%	2.638	5.767	45,7%
LATISANA	1.678	3.900	43,0%	1.741	4.350	40,0%
PALMANOVA	1.617	5.849	27,6%	1.376	5.245	26,2%
AAS2	8.115	20.794	39,0%	7.942	20.491	38,8%
SAN DANIELE	2.457	6.833	36,0%	2.547	6.842	37,2%
TOLMEZZO	2.882	6.444	44,7%	2.844	6.166	46,1%
AAS3	5.339	13.277	40,2%	5.391	13.008	41,4%
ASUIUD	12.466	29.282	42,6%	12.920	29.936	43,2%
PORDENONE	8.021	19.568	41,0%	8.179	19.691	41,5%
S.VITO	2.402	5.424	44,3%	2.517	5.563	45,2%
SPILIMBERGO	2.003	3.660	54,7%	1.474	3.093	47,7%
AAS5	12.426	28.652	43,4%	12.170	28.347	42,9%
BURLO	2.414	6.543	36,9%	2.337	6.756	34,6%
CRO	1.523	3.965	38,4%	1.521	4.096	37,1%
CDC CITTÀ DI UDINE	1.695	2.109	80,4%	1.759	2.182	80,6%
CDC SANATORIO TRIESTINO	1.247	1.418	87,9%	1.355	1.501	90,3%
CDC POLICLINICO TRIESTINO - SALUS	1.444	1.742	82,9%	1.438	1.691	85,0%
CDC POLICLINICO TRIESTINO - PINETA	.	67	.	.	64	.
CDC - POLICLINICO TRIESTINO	1.444	1.809	79,8%	1.438	1.755	81,9%
CDC SAN GIORGIO	2.888	4.370	66,1%	2.705	4.088	66,2%
<b>Totale FVG</b>	<b>58.151</b>	<b>134.635</b>	<b>43,2%</b>	<b>58.533</b>	<b>135.109</b>	<b>43,3%</b>

**TAB. 20. RICOVERI CON DRG INAPPROPRIATI**

AZIENDA	GENNAIO-DICEMBRE 2018			GENNAIO-DICEMBRE 2019		
	DRG INAPPROPRIATI	DRG APPROPRIATI	%	DRG INAPPROPRIATI	DRG APPROPRIATI	%
ASUITS	4.565	18.485	24,7%	4.669	18.548	25,2%
GORIZIA	906	4.260	21,3%	929	4.200	22,1%
MONFALCONE	1.363	5.687	24,0%	1.354	5.622	24,1%
LATISANA	1.006	3.186	31,6%	989	3.835	25,8%
PALMANOVA	1.077	5.634	19,1%	923	4.796	19,2%
AAS2	4.352	18.767	23,2%	4.195	18.453	22,7%
SAN DANIELE	1.167	6.505	17,9%	1.104	6.509	17,0%
TOLMEZZO	1.288	5.490	23,5%	1.223	5.268	23,2%
AAS3	2.455	11.995	20,5%	2.327	11.777	19,8%
IST. DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZION	81	341	23,8%	81	363	22,3%
UDINE	6.035	24.559	24,6%	6.142	25.040	24,5%
ASUIUD	6.116	24.900	24,6%	6.223	25.403	24,5%
PORDENONE	4.192	16.414	25,5%	4.073	16.750	24,3%
S.VITO	1.310	4.889	26,8%	1.441	4.826	29,9%
SPILIMBERGO	1.762	1.964	89,7%	1.354	1.807	74,9%
AAS5	7.264	23.267	31,2%	6.868	23.383	29,4%
BURLO	1.674	5.761	29,1%	1.737	5.762	30,1%
CRO	1.769	2.196	80,6%	1.840	2.256	81,6%
CDC CITTÀ DI UDINE	688	1.421	48,4%	773	1.409	54,9%
CDC SANATORIO TRIESTINO	734	684	107,3%	744	757	98,3%
CDC POLICLINICO TRIESTINO - PINETA	891	526	169,4%	941	575	163,7%
CDC POLICLINICO TRIESTINO - SALUS	584	1.158	50,4%	588	1.103	53,3%
CDC - POLICLINICO TRIESTINO	6.340	11.746	54,0%	6.623	11.862	55,8%
CDC SAN GIORGIO	711	4.313	16,5%	643	4.107	15,7%
<b>TOTALE FVG</b>	<b>31.803</b>	<b>113.473</b>	<b>28,0%</b>	<b>31.548</b>	<b>113.533</b>	<b>27,8%</b>

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

(INDICATORE BERSAGLIO C14.4)

AZIENDA	GENNAIO-DICEMBRE 2018			GENNAIO-DICEMBRE 2019		
	Ricoveri ORDINARI	Ricoveri OLTRESOGLIA	%	Ricoveri ORDINARI	Ricoveri OLTRESOGLIA	%
ASUITS	10.324	533	5,2%	10.527	540	5,1%
GORIZIA	2.398	177	7,4%	2.342	227	9,7%
MONFALCONE	1.689	72	4,3%	1.714	110	6,4%
LATISANA	1.629	29	1,8%	1.713	39	2,3%
PALMANOVA	2.649	84	3,2%	2.757	63	2,3%
AAS2	8.365	362	4,3%	8.526	439	5,1%
SAN DANIELE	2.664	157	5,9%	2.722	140	5,1%
TOLMEZZO	2.255	98	4,3%	2.128	157	7,4%
AAS3	4.919	255	5,2%	4.850	297	6,1%
ASUIUD	9.355	655	7,0%	9.724	589	6,1%
PORDENONE	7.276	229	3,1%	6.965	254	3,6%
S.VITO	1.445	57	3,9%	1.598	33	2,1%
SPILIMBERGO	1.388	16	1,2%	1.381	21	1,5%
AAS5	10.109	302	3,0%	9.944	308	3,1%
BURLO	17	.	.	29	2	6,9%
CRO	1.008	42	4,2%	1.113	45	4,0%
CDC CITTÀ DI UDINE	322	6	1,9%	344	8	2,3%
CDC SANATORIO TRIESTINO	153	48	31,4%	129	39	30,2%
CDC POLICLINICO TRIESTINO - PINETA	65	1	1,5%	58	.	.
CDC POLICLINICO TRIESTINO - SALUS	243	27	11,1%	215	34	15,8%
CDC POLICLINICO TRIESTINO	308	28	9,1%	273	34	12,5%
CDC SAN GIORGIO	551	81	14,7%	542	76	14,0%
<b>TOTALE FVG</b>	<b>45.431</b>	<b>2.312</b>	<b>5,1%</b>	<b>46.001</b>	<b>2.377</b>	<b>5,2%</b>

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

AZIENDA	Anno 2018			Anno 2019		
	fratture di femore operate entro 2 gg	fratture femore	%	fratture di femore operate entro 2 gg	fratture femore	%
<b>ASUITS</b>	<b>345</b>	<b>436</b>	<b>79,1</b>	<b>343</b>	<b>458</b>	<b>74,9</b>
GORIZIA	70	131	53,4	74	135	54,8
MONFALCONE	39	85	45,9	50	97	51,5
LATISANA	20	33	60,6	40	61	65,6
PALMANOVA	65	114	57,0	64	132	48,5
<b>AAS2</b>	<b>194</b>	<b>363</b>	<b>53,4</b>	<b>228</b>	<b>425</b>	<b>53,6</b>
SAN DANIELE	66	93	71,0	78	102	76,5
TOLMEZZO	87	104	83,7	78	96	81,3
<b>AAS3</b>	<b>153</b>	<b>197</b>	<b>77,7</b>	<b>156</b>	<b>198</b>	<b>78,8</b>
UDINE	206	291	70,8	216	311	69,5
IST. DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE		1	0,0		1	0,0
<b>ASUIUD</b>	<b>206</b>	<b>292</b>	<b>70,5</b>	<b>216</b>	<b>312</b>	<b>69,2</b>
PORDENONE	140	180	77,8	155	209	74,2
S.VITO	65	85	76,5	78	111	70,3
SPILIMBERGO	21	38	55,3		2	0,0
<b>AAS5</b>	<b>226</b>	<b>303</b>	<b>74,6</b>	<b>233</b>	<b>322</b>	<b>72,4</b>
<b>TOTALE FVG</b>	<b>1.124</b>	<b>1.591</b>	<b>70,6</b>	<b>1.176</b>	<b>1715</b>	<b>68,6</b>

**TAB. 23. TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER BPCO**

AZIENDA DI RESIDENZA	INDICATORE 2018	INDICATORE 2019
ASUITS	98,2	83,4
ASUIUD	41,2	57,9
AAS3	61,1	73,4
AAS2	57,2	38,6
AAS5	43,9	45,2
<b>TOTALE FVG</b>	<b>59,2</b>	<b>58,0</b>

Indicatore Bersaglio C11A.3.1

**TAB. 24. TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER SCOMPENSO CARDIACO**

<b>AZIENDA DI RESIDENZA</b>	<b>INDICATORE 2018</b>	<b>INDICATORE 2019</b>
ASUITS	203,8	209,1
ASUIUD	152,2	137,3
AAS3	196,4	182,7
AAS2	232,4	182,8
AAS5	201,7	155,7
<b>TOTALE FVG</b>	<b>197,4</b>	<b>171,8</b>

Indicatore Bersaglio C11A.1.1

**TAB. 25. TASSO DI AMPUTAZIONI MAGGIORI PER DIABETE**

<b>AZIENDA DI RESIDENZA</b>	<b>INDICATORE 2018</b>	<b>INDICATORE 2019</b>
ASUITS	36,9	36,9
ASUIUD	23,8	33,1
AAS3	41,5	51,4
AAS2	35,9	33,3
AAS5	25,6	22,4
<b>TOTALE FVG</b>	<b>31,7</b>	<b>33,7</b>

Indicatore Bersaglio C11A.2.4



## 2.1.4 SPECIALISTICA AMBULATORIALE

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

AMBULATORIALE	Gennaio - Dicembre 2018	Gennaio - Dicembre 2019	%
Prestazioni ambulatoriali erogate per residenti	14.870.769	14.928.937	0,39%
Prestazioni ambulatoriali erogate per non residenti	684.696	702.263	2,57%
<b>Totale</b>	<b>15.555.465</b>	<b>15.631.200</b>	<b>0,49%</b>

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

Azienda residenza	Gennaio - Dicembre 2018	Gennaio - Dicembre 2019	%
ASUITS	1.156.467	1.122.528	-2,93%
AAS2	920.998	888.142	-3,57%
AAS3	526.943	528.667	0,33%
ASUIUD	832.035	810.917	-2,54%
AAS5	934.037	949.593	1,67%
<b>FVG</b>	<b>4.370.480</b>	<b>4.299.751</b>	<b>-1,62%</b>

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

Azienda erogazione	Gennaio - Dicembre 2018	Gennaio - Dicembre 2019	%
ASUITS	2.928.357	2.863.563	-2,21%
AAS2	2.727.864	2.691.246	-1,34%
AAS3	1.679.147	1.737.133	3,45%
ASUIUD	3.818.921	3.757.004	-1,62%
AAS5	3.611.226	3.737.236	3,49%
BURLO	259.157	264.969	2,24%
CRO	530.793	580.049	9,28%
<b>FVG</b>	<b>15.555.465</b>	<b>15.631.200</b>	<b>0,49%</b>

**TAB. 29. PRESTAZIONI AMBULATORIALI PER ABITANTE SULLA POPOLAZIONE PESATA**

Azienda residenza	Pop. res 2018	prest. Per abitante		pop. Pesata LG 2019	prest. Abit. Pop. Pesata	
		2018	2019		2018	2019
ASUITS	234.691	4,93	4,78	280.994	4,12	3,99
AAS2	249.734	3,69	3,56	286.442	3,22	3,10
AAS3	167.584	3,14	3,15	193.777	2,72	2,73
ASUIUD	251.502	3,31	3,22	284.675	2,92	2,85
AAS5	312.080	2,99	3,04	337.772	2,77	2,81
<b>FVG</b>	<b>1.215.591</b>	<b>3,60</b>	<b>3,54</b>	<b>1.383.660</b>	<b>3,16</b>	<b>3,11</b>

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

Prestazioni	Gennaio - Dicembre 2018			Gennaio - Dicembre 2019			%		
	Pubblica	Privata	tot	Pubblica	Privata	tot	Pubblica	Privata	tot
ALTRE PRESTAZIONI	399.644	11.572	411.216	418.905	5.810	424.715	5%	-50%	3%
ANESTESIA	30.726	495	31.221	42.605	155	42.760	39%	-69%	37%
CARDIOLOGIA	289.546	60.644	350.190	266.134	57.837	323.971	-8%	-5%	-7%
CHIRURGIA GENERALE	63.118	5.491	68.609	63.053	6.350	69.403	0%	16%	1%
CHIRURGIA PLASTICA	78.712	1.260	79.972	39.269	1.515	40.784	-50%	20%	-49%
CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	14.813	1.621	16.434	15.837	1.005	16.842	7%	-38%	2%
DERMOSIFILOPATIA	127.946	13.267	141.213	119.255	11.823	131.078	-7%	-11%	-7%
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: MEDI	13.596		13.596	13.868		13.868	2%		2%
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADII	470.994	191.653	662.647	489.974	185.188	675.162	4%	-3%	2%
ENDOCRINOLOGIA	91.546	13.490	105.036	100.962	12.858	113.820	10%	-5%	8%
GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA	118.950	40.580	159.530	118.714	40.659	159.373	0%	0%	0%
LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE	10.233.563	687.972	10.921.535	10.387.975	677.884	11.065.859	2%	-1%	1%
MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	382.228	361.639	743.867	375.198	350.242	725.440	-2%	-3%	-2%
NEFROLOGIA	215.771	8.736	224.507	200.402	8.900	209.302	-7%	2%	-7%
NEUROCHIRURGIA	15.138	505	15.643	12.181	3	12.184	-20%	-99%	-22%
NEUROLOGIA	159.530	43.409	202.939	164.261	40.816	205.077	3%	-6%	1%
OCULISTICA	277.496	41.401	318.897	271.649	38.487	310.136	-2%	-7%	-3%
ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIRURGIA	87.582	2.801	90.383	84.773	2.547	87.320	-3%	-9%	-3%
ONCOLOGIA	156.358	24	156.382	141.004		141.004	-10%	-100%	-10%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	168.815	38.749	207.564	167.005	39.026	206.031	-1%	1%	-1%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	125.700	8.888	134.588	135.421	7.550	142.971	8%	-15%	6%
OTORINOLARINGOIATRIA	133.659	7.373	141.032	140.400	6.794	147.194	5%	-8%	4%
PNEUMOLOGIA	106.665	6.988	113.653	99.497	7.351	106.848	-7%	5%	-6%
PSICHIATRIA	17.531	1.473	19.004	18.590	3.483	22.073	6%	136%	16%
RADIOTERAPIA	142.542		142.542	157.197		157.197	10%		10%
UROLOGIA	66.289	9.693	75.982	68.070	10.615	78.685	3%	10%	4%
	7.207	76	7.283	2.016	87	2.103	-72%	14%	-71%
<b>TOTALE FVG</b>	<b>13.995.665</b>	<b>1.559.800</b>	<b>15.555.465</b>	<b>14.114.215</b>	<b>1.516.985</b>	<b>15.631.200</b>	<b>1%</b>	<b>-3%</b>	<b>0,49%</b>

**TAB. 31. TASSO DI PRESTAZIONI DI RM MUSCOLOSCELETRICHE PER 1000 RESIDENTI (>=65 ANNI)**

Azienda di residenza	Numero prestazioni		Var %	Fuga 2018	Popolazione resid. 2018 Over 65	Indicatore	
	2018	2019				2018	2019
ASUITS	1.671	1.150	-31%	63	67.103	24,9	17,1
AAS2	1.399	1.431	2%	372	65.703	21,3	21,8
AAS3	858	727	-15%	206	44.613	19,2	16,3
ASUIUD	1.477	1.437	-3%	135	64.421	22,9	22,3
AAS5	2.331	2.190	-6%	806	73.581	31,7	29,8
<b>TOTALE FVG</b>	<b>7.736</b>	<b>6.935</b>	<b>-10%</b>	<b>1.582</b>	<b>315.421</b>	<b>24,5</b>	<b>22,0</b>

## 2.1.5 PARTI

**TAB. 32. PARTI IN PUNTI NASCITA DELLA REGIONE**

				DI CUI DA MADRI		
AZIENDA		PARTI 2018	PARTI 2019	%	RESIDENTI FVG	NON RESIDENTI IN FVG
AAS2	MONFALCONE	701	701	0	675	26
	LATISANA	2	234	11.600	195	39
	PALMANOVA	777	373	-52	353	20
AAS3	SAN DANIELE	886	816	-8	802	14
	TOLMEZZO	390	386	-1	378	8
ASUIUD	UDINE	1378	1.437	4	1.374	63
AAS5	PORDENONE	1068	1.157	8	888	269
	SAN VITO	759	680	-10	529	151
ASUITS	CATTINARA E MAGGIORE		3		2	1
CDC - S. GIORGIO	SAN GIORGIO	692	680	-2	495	185
BURLO	BURLO GAROFOLO	1478	1.400	-5	1.328	72
	DOMICILIO/ALTRO LUOGO	20	38	90	36	2
<b>TOTALE</b>		<b>8.151</b>	<b>7.905</b>	<b>-3</b>	<b>7.055</b>	<b>850</b>

**TAB. 33 NATI IN PUNTI NASCITA DELLA REGIONE**

				DI CUI DA MADRI		
AZIENDA		NATI 2018	NATI 2019	%	RESIDENTI FVG	NON RESIDENTI IN FVG
AAS2	MONFALCONE	708	705	0	679	26
	LATISANA	2	241	11.950	201	40
	PALMANOVA	780	377	-52	357	20
AAS3	SAN DANIELE	893	824	-8	810	14
	TOLMEZZO	392	389	-1	381	8
ASUIUD	UDINE	1422	1480	4	1414	66
AAS5	PORDENONE	1091	1179	8	902	277
	SAN VITO	760	681	-10	530	151
ASUITS	CATTINARA E MAGGIORE		3		2	1
CDC - S. GIORGIO	SAN GIORGIO	696	684	-2	497	187
BURLO	BURLO GAROFOLO	1507	1418	-6	1344	74
	DOMICILIO/ALTRO LUOGO	20	38	90	36	2
<b>TOTALE</b>		<b>8.271</b>	<b>8019</b>	<b>-3</b>	<b>7.153</b>	<b>866</b>

**TAB. 34. PERCENTUALE PARTI CESAREI**

AZIENDA	2018			2019		
	Parti	Cesarei	%	Parti	Cesarei	%
ASUITS	1	1	100,0	1	1	100,00
MONFALCONE	620	81	13,1	597	76	12,73
LATISANA	4	0	0,0	207	31	14,98
PALMANOVA	722	93	12,9	342	43	12,57
AAS2	1346	174	12,9	1146	150	13,09
SAN DANIELE	837	122	14,6	741	111	14,98
TOLMEZZO	350	41	11,7	337	60	17,80
AAS3	1187	163	13,7	1078	171	15,86
ASUIUD	1200	213	17,8	1245	198	15,90
PORDENONE	863	153	17,7	910	175	19,23
SAN VITO	684	90	13,2	620	92	14,84
AAS5	1547	243	15,7	1530	267	17,45
BURLO	1285	217	16,9	1227	185	15,08
CDC SAN GIORGIO	568	98	17,3	535	108	20,19
<b>TOTALE</b>	<b>7.134</b>	<b>1.109</b>	<b>15,5</b>	<b>6.762</b>	<b>1.080</b>	<b>15,97</b>

**TAB. 35. PERCENTUALE PARTI CESAREI DEPURATI (NTSV)**

AZIENDA	2018			2019		
	Parti	Cesarei	%	Parti	Cesarei	%
ASUITS				1		
MONFALCONE	291	49	16,84	290	46	15,86
LATISANA				90	13	14,44
PALMANOVA	354	51	14,41	178	22	12,36
AAS2	636	100	15,72	558	81	14,52
SAN DANIELE	403	56	13,90	365	54	14,79
TOLMEZZO	163	19	11,66	154	35	22,73
AAS3	566	75	13,25	519	89	17,15
ASUIUD	511	69	13,50	582	63	10,82
PORDENONE	410	66	16,10	497	94	18,91
SAN VITO	331	49	14,80	297	44	14,81
AAS5	741	115	15,52	794	138	17,38
BURLO	635	90	14,17	574	73	12,72
CDC SAN GIORGIO	298	50	16,78	289	52	17,99
<b>TOTALE</b>	<b>3.387</b>	<b>499</b>	<b>15</b>	<b>3.317</b>	<b>496</b>	<b>18</b>

**TAB. 36. PERCENTUALE PARTI INDOTTI**

AZIENDA	2018			2019		
	Parti	Indotti		Parti	Indotti	%
ASUITS				1	1	100,00
MONFALCONE	561	107	19,07	559	137	24,51
LATISANA	2	0	0,00	185	53	28,65
PALMANOVA	639	149	23,32	311	66	21,22
AAS2	1202	256	21,30	1055	256	24,27
SAN DANIELE	734	141	19,21	655	108	16,49
TOLMEZZO	325	61	18,77	293	63	21,50
AAS3	1059	202	19,07	948	171	18,04
ASUIUD	1073	369	34,39	1152	428	37,15
PORDENONE	792	191	24,12	870	257	29,54
S.VITO	606	140	23,10	546	134	24,54
AAS5	1398	331	23,68	1416	391	27,61
BURLO GAROFOLO	525	101	19,24	1155	288	24,94
CDC SAN GIORGIO	1154	281	24,35	512	100	19,53
DOMICILIO/ALTRO LUOGO	19	0	0,00	38		0,00
<b>TOTALE</b>	<b>6.411</b>	<b>1.540</b>	<b>24,02</b>	<b>6.277</b>	<b>1.635</b>	<b>26,05</b>

## 2.2 Assistenza territoriale

### 2.2.1 ASSISTENZA SANITARIA DI BASE

**TAB. 37. ASSISTENZA SANITARIA DI BASE 2018**

AZIENDA	MEDICO	N. MEDICI	ASSISTITI PER CLASSE DI ETA'				TOTALE ASSISTENZA SANITARIA DI BASE	
			00-13	14-64	65-W	TOT	MMG+PLS	TOT. ASSISTITI
AAS3	MMG	116	2.217	100.024	44.981	147.222	131	161.950
	PLS	15	14.695	33		14.728		
ASUITS	MMG	150	2.927	135.859	66.220	205.006	170	224.857
	PLS	20	19.672	179		19.851		
ASUIUD	MMG	164	2.931	154.055	65.158	222.144	187	244.327
	PLS	23	22.156	27		22.183		
AAS2	MMG	166	1.915	150.346	65.741	218.002	192	241.904
	PLS	26	23.763	139		23.902		
AAS5	MMG	193	3.052	193.378	75.195	271.625	228	306.923
	PLS	35	34.976	322		35.298		
FVG	MMG	789	13.042	733.662	317.295	1.063.999	908	1.179.961
	PLS	119	115.262	700		115.962		

(a) assistiti al 31.12.2019

**TAB. 38. COPERTURA DELL'ASSISTENZA**

AZIENDA	ASSISTENZA SANITARIA DI BASE				PEDIATRI DI LIBERA SCELTA			
	ASSISTITI	RESIDENTI AL 31.12.2018	DIFFERENZA	DIFF%	ASSISTITI 0-13	RESIDENTI 0-13 AL 31.12.2018	DIFFERENZA	DIFF %
AAS3	161.950	168.060	-6.110	-3,64	16.912	17.810	-898	-5,04
ASUITS	224.857	234.549	-9.692	-4,13	22.599	23.879	-1.280	-5,36
ASUID	244.327	250.928	-6.601	-2,63	25.087	27.879	-2.792	-10,01
AAS2	241.904	249.206	-7.302	-2,93	25.678	27.194	-1.516	-5,57
AAS5	306.923	312.533	-5.610	-1,80	38.028	39.015	-987	-2,53
<b>TOTALE FVG</b>	<b>1.179.961</b>	<b>1.215.276</b>	<b>-35.315</b>	<b>-2,91</b>	<b>128.304</b>	<b>135.777</b>	<b>-7.473</b>	<b>-5,50</b>

## 2.2.2 RSA

**TAB. 39 DIMISSIONI DEI RESIDENTI IN RSA**

AZIENDA	posti letto 2018	posti letto 2019	dimissioni anno 2018	dimissioni anno 2019	Diff %	Presenza media giornaliera 2019	% Occupazione media
AAS3	151	142	2.106	1.894	-10,07	122,8	86,5
ASUITS	288	288	2.917	2.874	-1,47	267,1	92,7
ASUIUD	144	156	1.718	1.671	-2,74	135,0	86,6
AAS2	179	179	1.676	1.693	1,01	145,8	81,5
AAS5	179	179	2.120	1.865	-12,03	139,9	78,2
<b>Totale FVG</b>	<b>941</b>	<b>944</b>	<b>10.537</b>	<b>9.997</b>	<b>-5,12</b>	<b>810,7</b>	<b>85,9</b>

**TAB. 40. GIORNATE DI DEGENZA DEI RESIDENTI IN RSA**

AZIENDA	posti letto al 31.12.2018	posti letto al 31.12.2019	gg degenza anno 2018	gg degenza anno 2019	Diff %
AAS3	151	142	45.174	44.840	-0,7
ASUITS	288	288	94.915	97.478	2,7
ASUIUD	144	156	45.530	49.282	8,2
AAS2	179	179	50.550	53.231	5,3
AAS5	179	179	54.289	51.081	-5,9
<b>Totale FVG</b>	<b>941</b>	<b>944</b>	<b>290.458</b>	<b>295.912</b>	<b>1,9</b>



## 2.2.3 ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

**TAB. 41. ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA**

### UTENTI

AZIENDA	UTENTI			UTENTI CON PIANO ASSISTENZIALE		
	2018	2019	%	2018	2019	%
AAS3	5.993	6.075	1,37	3.387	3.366	-0,62
ASUITS	9.469	9.645	1,86	5.391	5.201	-3,52
ASUIUD	7.967	8.124	1,97	3.536	3.257	-7,89
AAS2	8.639	8.820	2,10	4.803	4.723	-1,67
AAS5	9.558	9.676	1,23	4.015	4.250	5,85
<b>TOTALE</b>	<b>41.626</b>	<b>42.340</b>	<b>1,72</b>	<b>21.132</b>	<b>20.797</b>	<b>-1,59</b>

### ACCESSI

AZIENDA	ACCESSI			ACCESSI CON PIANO ASSISTENZIALE		
	2018	2019	%	2018	2019	%
AAS3	100.487	103.789	3,29	91.347	94.020	2,93
ASUITS	149.476	145.626	-2,58	129.062	123.217	-4,53
ASUIUD	155.196	148.382	-4,39	128.015	114.427	-10,61
AAS2	122.228	126.821	3,76	106.683	110.251	3,34
AAS5	140.712	143.199	1,77	103.906	113.031	8,78
<b>TOTALE</b>	<b>668.099</b>	<b>667.817</b>	<b>-0,04</b>	<b>559.013</b>	<b>554.946</b>	<b>-0,73</b>

**TAB. 42. UTENTI OVER 65 CON PIANO ASSISTENZIALE**
**AZIENDA**

AZIENDA	Assistiti Over 65 anno 2018	indicatore 2018	Stima Assistiti Over 65 anno 2019	Stima indicatore 2019	Residenti Over 65 31/12/2018
ASUITS	1.532	2,29	1.592	2,38	66.972
AAS2	2.795	4,23	2.887	4,37	66.034
AAS3	1.205	2,65	1.282	2,82	45.439
ASUIUD	1.848	2,84	1.832	2,82	64.992
AAS5	2.898	3,89	2.947	3,96	74.475
<b>Totale FVG</b>	<b>10.278</b>	<b>3,23</b>	<b>10.540</b>	<b>3,32</b>	<b>317.912</b>

**DISTRETTO**

DISTRETTO	Residenti Over 65 31/12/2018	Assistiti Over 65 2018	Assistiti Over 65 2019	indicatore 2018	indicatore 2019
VIA STOCK	17451	411	414	2,36	2,37
VIA PIETA'	14878	395	426	2,65	2,86
VALMAURA	18892	412	442	2,18	2,34
SAN GIOVANNI	15753	314	310	1,99	1,97
DISALLINEAM. TS	-2			0,00	0,00
<b>ASUITS</b>	<b>66.972</b>	<b>1.532</b>	<b>1.592</b>	<b>2,29</b>	<b>2,38</b>
ALTO ISONTINO	18263	785	864	4,30	4,73
BASSO ISONTINO	18972	636	663	3,35	3,49
CERVIGNANO	15244	719	737	4,72	4,83
LATISANA	13555	655	623	4,83	4,60
<b>AAS 2</b>	<b>66.034</b>	<b>2.795</b>	<b>2.887</b>	<b>4,23</b>	<b>4,37</b>
GEMONA	8879	259	264	2,92	2,97
TOLMEZZO	10703	299	280	2,79	2,62
SAN DANIELE	12782	405	360	3,17	2,82
CODROIPO	13075	242	378	1,85	2,89
<b>AAS 3</b>	<b>45.439</b>	<b>1.205</b>	<b>1.282</b>	<b>2,65</b>	<b>2,82</b>
TARCENTO	11065	346	368	3,13	3,33
CIVIDALE	13192	497	432	3,77	3,27
UDINE	40735	1005	1032	2,47	2,53
<b>ASUI UD</b>	<b>64.992</b>	<b>1.848</b>	<b>1.832</b>	<b>2,84</b>	<b>2,82</b>
SAN VITO (EST)	9503	389	404	4,09	4,25
MANIAGO (NORD)	13624	699	805	5,13	5,91
SACILE (OVEST)	14543	588	506	4,04	3,48
AZZANO X (SUD)	13096	537	512	4,10	3,91
PORDENONE	23709	685	720	2,89	3,04
<b>AAS 5</b>	<b>74.475</b>	<b>2.898</b>	<b>2.947</b>	<b>3,89</b>	<b>3,96</b>
<b>Totale FVG</b>	<b>317.912</b>	<b>10.278</b>	<b>10.540</b>	<b>3,23</b>	<b>3,32</b>

## 2.2.4 Hospice

**TAB. 43. DIMISSIONI DA HOSPICE**

<b>AZIENDA</b>	<b>posti letto al 31.12.2018</b>	<b>posti letto al 31.12.2019</b>	<b>dimissioni anno 2018</b>	<b>dimissioni anno 2019</b>	<b>Diff %</b>
ASUITS	20	19	412	393	-4,61
ASUIUD	8	8	217	188	-13,36
AAS2	16	16	269	273	1,49
AAS5	22	22	385	403	4,68
<b>Totale FVG</b>	<b>66</b>	<b>65</b>	<b>1.283</b>	<b>1.257</b>	<b>-2,03</b>

**TAB. 44. GIORNATE DI DEGENZA IN HOSPICE**

<b>AZIENDA</b>	<b>posti letto al 31.12.2018</b>	<b>posti letto al 31.12.2019</b>	<b>gg degenza anno 2018</b>	<b>gg degenza anno 2019</b>	<b>Diff %</b>
ASUITS	20	19	5.809	5.641	-2,89
ASUIUD	8	8	2.131	2.161	1,41
AAS2	16	16	4.800	4.964	3,42
AAS5	22	22	4.972	4.989	0,34
<b>Totale FVG</b>	<b>66</b>	<b>65</b>	<b>17.712</b>	<b>17.755</b>	<b>0,24</b>

## 2.2.5 Salute Mentale

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

AZIENDA	POPOLAZIONE >= 18aa	UTENTI DSM	PREVALENZA per 1000
ASUITS	234.026	4.836	20,66
AAS2	213.314	3.689	17,29
AAS3	144.415	3.258	22,56
ASUIUD	214.460	3.751	17,49
AAS5	262.049	4.696	17,92
<b>TOTALE FVG</b>	<b>1.068.264</b>	<b>20.230</b>	<b>18,94</b>

### 3. LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

---

#### **IL PERSONALE DIPENDENTE ESERCIZIO 2019**

L'anno 2019 è stato caratterizzato dall'avvio della nuova governance del SSR per effetto della legge regionale n. 27 del 17.12.2018. Conseguentemente, tale riorganizzazione ha influito anche sul processo di programmazione sia dal punto di vista formale sia per la tempistica.

In tale contesto, le politiche del personale del SSR, contenute nel documento Linee per la gestione del servizio sanitario regionale approvato nella versione definitiva con DGR n. 448 del 22.03.2019, sono state orientate alla revisione degli assetti organizzativi in vista della costituzione delle nuove aziende con l'obiettivo, contestuale, di adottare misure di contenimento della spesa del personale al fine del progressivo conseguimento dei vincoli stabiliti a livello nazionale.

A tal proposito, nella definizione del limite di spesa del personale SSR per il 2019 si è fatto riferimento al costo proiettato dalle aziende ed enti al 31.12.2018 in sede di Il rendiconto infrannuale 2018, diminuito dell'1%.

Nella determinazione del vincolo si è tenuto conto delle spese di personale al netto:

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

La citata DGR 448/2019 consentiva, tuttavia, di superare il tetto di spesa determinato in presenza di un trend in crescita del valore della produzione.

La manovra del personale da realizzare a cura delle Aziende doveva, pertanto essere costruita nel rispetto del predetto vincolo, da rappresentarsi, altresì, sotto forma di relazione dettagliata, corredata della tabella contenente la dotazione organica per profilo professionale al 31.12.2018, di quella programmata al 31.12.2019 unitamente alla scheda dei costi, sulla base dello schema fornito dagli uffici della Direzione Centrale Salute Politiche Sociali e Disabilità.

Nell'ambito delle azioni da approntare per la costruzione della manovra, inoltre, le Aziende ed Enti dovevano dare priorità all'applicazione delle disposizioni di cui alla DGR 1384/2016 e all'art. 20 del D. Lgs. 75/2017 in materia di stabilizzazione del personale precario.

Per quanto riguarda il piano dei fabbisogni riferito al triennio 2019-2021, nel periodo della gestione commissariale solo il CRO di Aviano, il Burlo Garofolo di Trieste e l'AAS n. 5 "Friuli Occidentale" erano tenuti a tale adempimento in occasione dell'adozione del PAO/PAL 2019. Gli altri enti del SSR avrebbero dovuto definire il piano di fabbisogni 2019 ed approntare tutti gli atti prodromici al piano triennale 2020-2022.

La negoziazione con la Direzione Centrale salute politiche sociali e disabilità ha tenuto conto delle regole sopra definite, nel rispetto delle quali ogni azienda ha adottato il bilancio preventivo 2019.

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

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

Successivamente all'adozione dei bilanci preventivi, in data 02.05.2019 è stato pubblicato nella Gazzetta Ufficiale (Serie Generale n. 101) il Decreto Legge 30 aprile 2019 n. 35, recante "Misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria", convertito con Legge 25 giugno 2019 n. 60.

In sede di conversione è stato introdotto il comma 4-bis dell'articolo 11 che ha comportato per la regione Friuli Venezia Giulia il permanere dei vincoli nazionali stabiliti in materia di personale, ovvero l'ammontare della spesa del 2004 diminuito dell'1,4 per cento (art. 2, comma 71, L. n. 191 del 2009) e la necessità del conseguimento dello stesso nell'anno 2020 (articolo 17, comma 3-bis, del DL 6 luglio 2011 n. 98, convertito dalla Legge 15 luglio 2011 n. 111, come sostituito dall'articolo 1, comma 584 della Legge 23 dicembre 2014 n. 190).

Alla luce delle intervenute modifiche, le prescrizioni contenute nelle Linee di Gestione 2019 per quanto concerne la parte del personale non hanno subito variazione alcuna.

Le regole per la realizzazione della manovra di personale sono state successivamente integrate dalla DGR n. 878 del 30 maggio 2019 di approvazione del documento di "programmazione annuale 2019 del servizio sanitario regionale", nel quale si precisava che:

- la manovra rappresentata nei piani aziendali era solo parzialmente rispondente alla situazione reale, atteso che la stessa teneva conto delle sole cessazioni note e non di quelle effettive che, a consuntivo, risultavano di numero superiore a quanto indicato nel bilancio di previsione;
- in attesa del definitivo consolidamento delle nuove aziende del SSR, la manovra assunzionale dei singoli enti doveva essere attentamente valutata potendo realizzarsi esclusivamente nell'ambito delle risorse disponibili in considerazione della possibile permanenza dei vincoli nazionali stabiliti in materia di contenimento della spesa per il personale e della necessità del loro conseguimento nell'anno 2020;
- la compatibilità economica delle singole assunzioni doveva sussistere non solo nel momento temporale in cui veniva disposta l'assunzione ma anche in previsione dell'impatto che l'assunzione medesima avrebbe prodotto in chiusura di esercizio e del suo trascinarsi, avuto riguardo al finanziamento complessivamente disponibile per il servizio sanitario regionale.

Ulteriori indicazioni hanno riguardato:

- i fondi contrattuali relativamente ai quali le aziende dovevano dare evidenza del rispetto della disposizione di cui all'articolo 23, comma 2, del d.lgs. n. 75/2017;
- le prestazioni aggiuntive per le quali si richiamava la sussistenza delle condizioni di accertata impossibilità a coprire posti di infermiere e di tecnico sanitario di radiologia medica mediante il ricorso a procedure concorsuali, vale a dire nelle more dell'espletamento di procedure concorsuali o di utilizzo di graduatorie concorsuali realizzate a livello regionale. Il ricorso all'acquisto di prestazioni aggiuntive - sia del comparto sia della dirigenza - doveva essere in ogni caso autorizzato dalla Direzione Centrale salute politiche sociali e disabilità.

Da ultimo, con DGR n. 1812 del 25.10.2019 di approvazione del I° rendiconto semestrale 2019 di valutazione economica, finanziaria e gestionale, è stato stabilito che ad integrazione delle voci già indicate dalle Linee di Gestione in detrazione dalla spesa del personale ai fini della valutazione del rispetto del vincolo di spesa, anche "(...) *l'elemento perequativo – erogato ai sensi del comma 440, lettera b) della L. n. 145 del 30.12.2018 a far data dal 1 gennaio 2019 e fino alla definitiva*

sottoscrizione del CCNL del comparto relativo al triennio 2019-2021 che ne disciplina il riassorbimento – costituisce per il 2019 un ulteriore giustificativo ai fini del rispetto del tetto dell'1%, in quanto voce rientrante nel CCNL 2019-2021”.

L'analisi della gestione delle risorse umane del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2019 va quindi, effettuata, in relazione ai contenuti della n. DGR 448 del 22.03.2019 (linee di gestione) e della DGR n. 878 del 30.05.2019 (approvazione del preventivo 2019).

### **IL PERSONALE DIPENDENTE**

L'esposizione che segue rappresenta la dotazione di personale del SSR nel 2019 rilevata dal sistema informativo con i criteri utilizzati nei consueti monitoraggi direzionali.

Per quanto riguarda la manovra del personale a livello regionale, la dotazione di personale alla data del 31.12.2019 si attesta ad un totale di **19.926 unità** e, rispetto alla dotazione di personale risultante al 31.12.2018, registra una diminuzione complessiva di personale dipendente del servizio sanitario regionale **pari a 387 unità**.

Il decremento più importante si registra nel personale del ruolo sanitario (- 287 unità) in cui è compreso anche il dato del personale infermieristico (- 122). In calo anche il personale amministrativo (- 63) e il personale tecnico (-36 unità), fatto salvo l'aumento registrato per il profilo di oss (+ 36). Minima, invece, la diminuzione nel ruolo professionale (- 1 unità).

Di seguito viene rappresentata la dotazione del personale al 31/12/2018 e al 31/12/2019 del SSR, che non comprende il personale appartenente ai servizi delegati delle AAS 3, ASUI UD (ex AAS4), ASS 5.

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

Aziende/Enti SSR	31/12/2018	31/12/2019	diff. 2018/2017	delta %
TOTALE	<b>20.313</b>	<b>19.926</b>	<b>- 387</b>	<b>1,91%</b>

La tabella successiva rappresenta l'andamento a livello aziendale confrontando l'anno 2018 con il 2019.

<b>AZIENDE</b>	<b>31/12/2018</b>	<b>31/12/2019</b>	<b>diff. 2019/2018</b>	<b>delta %</b>
ASUITS	4.179	4.177	-2	-0,05%
A.A.S. 2 - Bassa Friulana - Isontina	3.337	3.272	-65	-1,95%
A.A.S. 3 – Alto Fr. Coll. Medio Fr.	2.137	2.086	-51	-2,39%
ASUIUD *	5.311	5.149	-162	-3,05%
A.A.S. 5 - FRIULI OCCIDENTALE	3.797	3.704	-93	-2,45%
IRCCS Burlo Trieste	708	659	-49	-6,92%
IRCCS Cro Aviano	674	711	37	5,49%
EGAS/ARCS	170	168	-2	-1,18%
<b>TOTALE REGIONE</b>	<b>20.313</b>	<b>19.926</b>	<b>-387</b>	<b>-1,91%</b>

\* comprende anche il personale universitario

Come si può notare dalla tabella la manovra sviluppata nel corso dell'anno registra saldi negativi pressoché in tutte le aziende, fatta eccezione per il CRO di Aviano. Il dato più significativo di decremento si riscontra nell'ASUI UD.

La distribuzione del personale dipendente del SSR per ruolo, categoria contrattuale e profilo professionale alla data del 31.12.2019 è illustrata nella tabella che segue (in calce alla stessa è stato evidenziato il personale appartenente ai Servizi delegati gestiti dalle AAS n° 3, ASUI UD, e AAS 5).



	ASUITS	AAS2	AAS3	ASUIUD	AAS5	BURLO di Trieste	C.R.O. di Aviano	ARCS	TOTALE AL 31/12/2019
<b>RUOLO SANITARIO</b>									
<b>Dirigenti sanitari</b>	92	65	33	97	60	19	36	7	409
di cui responsabile di SOC	4	3	1	2			1		11
<b>Profilo</b>									
Biologi	13	4		31	13	9	20		90
Chimici		2		3	1	1	1		8
Dirigente delle Professioni Sanitarie	10	4	2	8	3	1	2	1	31
Farmacisti	13	10	7	15	10	4	4	6	69
Fisici	8	0		9	1		8		26
Psicologi	48	45	24	31	32	4	1		185
<b>Comparto sanitari</b>	<b>2.231</b>	<b>1.739</b>	<b>1.073</b>	<b>2.747</b>	<b>1.948</b>	<b>346</b>	<b>279</b>	<b>46</b>	<b>10.409</b>
Personale Infermieristico	1.636	1.327	828	1.979	1.435	228	183	44	7.660
Col.Prof.San.Assist.Sanitario	48	41	16	41	62		1		209
Altro personale infermieristico	28	63	53	74	75	68	1		362
Personale di assistenza	55	33	27	28	25	5			173
Tecnici diagnostici/tecnici assistenza	280	109	34	366	175	26	93	1	1.084
Tecnici prev.Ambiente e nei Luoghi di Lavoro	31	38	32	45	47	5	1		199
Personale della riabilitazione	153	128	83	214	129	14	0	1	722
<b>Dirigenti Medici e Veterinari</b>	<b>550</b>	<b>479</b>	<b>296</b>	<b>793</b>	<b>540</b>	<b>139</b>	<b>112</b>	<b>5</b>	<b>2.914</b>
<b>Dirigenti medici</b>	<b>542</b>	<b>464</b>	<b>270</b>	<b>780</b>	<b>518</b>	<b>139</b>	<b>112</b>	<b>5</b>	<b>2.830</b>
di cui responsabile di SOC	25	37	28	53	40	10	13	1	207
Medici	539	463	269	777	515	137	112	5	2.817
Medici_Penitenziario		0	1		1				2
Odontoiatri	3	1		3	1	2			10
Psicologi Equiparati		0			1				1
<b>Dirigenti veterinari</b>	<b>8</b>	<b>15</b>	<b>26</b>	<b>13</b>	<b>22</b>				<b>84</b>
di cui responsabile di SOC	1		3		2				6
<b>Totale ruolo sanitario</b>	<b>2.873</b>	<b>2.283</b>	<b>1.402</b>	<b>3.637</b>	<b>2.548</b>	<b>504</b>	<b>427</b>	<b>58</b>	<b>13.732</b>
<b>RUOLO TECNICO</b>									
<b>Dirigenti tecnici</b>		<b>3</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>25</b>
di cui responsabile di SOC				1	1				2
Analista		2	1	1	1			1	6
Sociologi		1	1	5	2			1	10
Statistico		0			1	4	3	1	9
<b>Comparto tecnico</b>	<b>959</b>	<b>723</b>	<b>514</b>	<b>1.105</b>	<b>831</b>	<b>121</b>	<b>145</b>	<b>5</b>	<b>4.403</b>
Assistente Tecnico	26	11	5	21	6	2	6		77
Aus.Spec.Serv.Socio-Assistenziali	97	31	28	83	26	8	21		294
Aus.Spec.Serv.Tec.Economali	9	15	4	17	13	4	4		66
Col.Prof.Assist.Soc.Esperto		3	1	1					5
Col.Prof.Assistente Sociale	24	15	18	21	17	1			96
Col.Tecn.Prof.Esperto	2	2	1	5	1	1			12
Col.Tecn.Professionale	38	10	8	22	14	2	2	4	100
Op.Tecn.Addetto Assistenza	9	9	3	17	7	1	4		50
Op.Tecnico Coord.Spec. Esperto		2	1	5	5		2		15
Op.Tecnico Specializzato	59	39	17	33	46	1	8		203
OP.Tecnico Specializzato Esperto	33	19	28	38	18	1	6		143
Operatore Socio Sanitario	594	495	373	779	613	80	55	1	2.990
Operatore Tecnico	67	71	27	63	62	18	32		340
Programmatore	1	1			3	2	5		12
<b>totale ruolo tecnico</b>	<b>959</b>	<b>726</b>	<b>516</b>	<b>1.111</b>	<b>835</b>	<b>125</b>	<b>148</b>	<b>8</b>	<b>4.428</b>
<b>RUOLO AMMINISTRATIVO</b>									
<b>Dirigenti amministrativi</b>	18	13	9	11	13	9	7	11	91
di cui responsabile di SOC	7	6	4	6	4	3	3	2	35
<b>Comparto amministrativo</b>	<b>314</b>	<b>245</b>	<b>156</b>	<b>379</b>	<b>301</b>	<b>71</b>	<b>74</b>	<b>88</b>	<b>1.628</b>
<b>Totale ruolo amministrativo</b>	<b>332</b>	<b>258</b>	<b>165</b>	<b>390</b>	<b>314</b>	<b>80</b>	<b>81</b>	<b>99</b>	<b>1.719</b>
<b>RUOLO PROFESSIONALE</b>									
<b>Dirigenti professionali</b>	13	5	3	9	7	3	2	3	45
di cui responsabile di SOC	4	1	0	1	5	1	3	1	16
<b>Comparto professionale</b> Assistente Religioso		0		2					2
<b>Totale ruolo professionale</b>	<b>13</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>11</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>47</b>
<b>TOTALE PER ATTIVITA' SANITARIE</b>	<b>4.177</b>	<b>3.272</b>	<b>2.086</b>	<b>5.149</b>	<b>3.704</b>	<b>712</b>	<b>658</b>	<b>168</b>	<b>19.926</b>
<b>SERVIZI DELEGATI</b>									
Personale servizi in delega			128	58	72				258
<b>TOTALE PERSONALE SSR FVG</b>	<b>4.177</b>	<b>3.272</b>	<b>2.214</b>	<b>5.207</b>	<b>3.776</b>	<b>712</b>	<b>658</b>	<b>168</b>	<b>20.184</b>

comprende il personale universitario della sola ASUI UD (n. 60 unità di cui 56 medici e 4 biologi). Si segnala che il personale universitario, alla data del 31 dicembre 2019, è presente (ma non rilevato) anche nelle seguenti aziende:

- o azienda Ospedaliero Universitaria "Ospedali Riuniti "di Trieste : n. 57 dirigenti medici;
- o IRCCS "Burlo Garofalo" : n. 14 di cui 9 dirigenti medici e 5 dirigenti sanitari
- o IRCCS Cro Aviano: n. 2 unità dirigente medico

La distribuzione della dotazione del personale dipendente regionale per ruolo è illustrata di seguito

<b>RUOLO</b>	<b>31/12/2018</b>	<b>31/12/2019</b>	<b>diff. 2019/2018</b>	<b>delta %</b>
Sanitario	14.019	13.732	-287	-2,05%
<i>di cui personale infermieristico</i>	7.782	7.660	-122	-1,57%
Tecnico	4.464	4.428	-36	-0,81%
<i>di cui operatori socio sanitari</i>	2.954	2.990	36	1,22%
Amministrativo	1.782	1.719	-63	-3,54%
Professionale	48	47	-1	-2,08%
<b>TOTALE SSR</b>	<b>20.313</b>	<b>19.926</b>	<b>-387</b>	<b>-1,91%</b>

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

Il **ruolo sanitario** considerato nel suo insieme complessivo registra un decremento di - 287 unità rispetto al 2018; alla data del 31.12.2019 il personale appartenente al ruolo sanitario del SSR raggiunge un dato complessivo di 13.732 unità. Per quanto riguarda il personale infermieristico alla data del 31.12.2019, il SSR si attesta ad un dato pari a 7.660, con un decremento rispetto al 2018 di - 122 unità.

Il numero dei dirigenti medici e veterinari del SSR si attesta ad un dato complessivo di n. 2.914 unità, di cui n. 2.830 dirigenti medici e n. 84 dirigenti veterinari, mentre sono 535 in totale le unità di personale riconducibili alla categoria "altro personale infermieristico" e "personale di assistenza". La consistenza del personale della riabilitazione al 31.12.2019 risulta di n. 722 unità, mentre i tecnici del ruolo sanitario (tecnici diagnostici/tecnici di assistenza e tecnici della prevenzione ambiente e nei luoghi di lavoro) si attestano complessivamente a n. 1.283 unità.

Il **ruolo tecnico**, complessivamente inteso, nel corso dell'anno 2019 registra una diminuzione di -36 unità. All'interno del ruolo tecnico, si evidenzia, tuttavia, un aumento del profilo professionale OSS, categoria Bs, che registra un dato complessivo al 31.12.2018 di 2990 unità (36 unità in più rispetto al 31.12.2018, dato questo ultimo che conferma il trend in crescita di tale profilo nell'ultimo triennio).

La consistenza di personale del **ruolo professionale** registra un dato complessivo pari a 47 unità (- 1 unità rispetto al 31.12.2018), di cui 45 sono dirigenti e 2 unità appartengono al comparto (assistente sanitario religioso).

Il personale del **ruolo amministrativo** registra una diminuzione di 63 unità rispetto al 2018 attestandosi alla data del 31.12.2019 complessivamente a 1.719 unità di cui 1.628 unità appartengono al comparto e 91 unità alla dirigenza. La diminuzione concerne, in particolare, il personale amministrativo del comparto, in quanto la dirigenza aumenta di 1 unità.

Per quanto riguarda la **dirigenza delle professioni sanitarie**, alla data del 31.12.2019 risultano n. 31 unità in servizio (- 2 rispetto al 2018) e di queste, 2 unità sono titolari di un incarico di direzione di SC (1 in ASUGI e 1 in ASUFC).

Si rappresenta, di seguito, la distribuzione nelle diverse aziende dei dirigenti delle professioni sanitarie confrontando il 2018 e il 2019.

<b>AZIENDE</b>	<b>31/12/2018</b>	<b>31/12/2019</b>	<b>diff. 2019/2018</b>
ASUITS	11	10	-1
A.A.S. 2 - Bassa Friulana - Isontina	4	4	0
A.A.S. 3 - ALTO FR. COLL. MEDIO FR.	2	2	0
ASUIUD	8	8	0
A.A.S. 5 - FRIULI OCCIDENTALE	4	3	-1
IRCCS Burlo Trieste	1	1	0
IRCCS Cro Aviano	2	2	0
EGAS/ARCS	1	1	0
<b>TOTALE REGIONE</b>	<b>33</b>	<b>31</b>	<b>-2</b>

Di seguito la distribuzione del personale del comparto in regime di part-time alla data del 31.12.2019 suddiviso per azienda e il confronto con il 2018.

<b>AZIENDE</b>	<b>31/12/2018</b>	<b>31/12/2019</b>	<b>diff. 2019/2018</b>
A.S.U.I. TS	188	168	-20
A.A.S. 2 - Bassa Friulana - Isontina	199	173	-26
A.A.S. 3 - ALTO FR. COLL. MEDIO FR.	277	280	3
A.S.U.I. UD	547	528	-19
A.A.S. 5 - FRIULI OCCIDENTALE	421	390	-31
I.R.C.C.S. BURLO di Trieste	55	59	4
I.R.C.C.S. C.R.O. di Aviano	66	66	0
EGAS/ARCS	9	11	2
<b>TOTALE REGIONE</b>	<b>1.762</b>	<b>1.675</b>	<b>-87</b>

Con riferimento al personale supplente, va evidenziato un decremento di 29 unità rispetto al dato del 2018:

<b>Supplenti AZIENDE</b>	<b>31/12/2018</b>	<b>31/12/2019</b>	<b>diff. 2019/2018</b>
A.S.U.I. TS	12	5	-7
A.A.S. 2 - Bassa Friulana - Isontina	3	2	-1
A.A.S. 3 - ALTO FR. COLL. MEDIO FR.	7	0	-7
A.S.U.I. UD	4	3	-1
A.A.S. 5 - FRIULI OCCIDENTALE	9		-9
I.R.C.C.S. BURLO di Trieste	0	0	0
I.R.C.C.S. C.R.O. di Aviano	4	0	-4
<b>TOTALE REGIONE</b>	<b>39</b>	<b>10</b>	<b>-29</b>

Si segnala, infine, nella tabella successiva il dato del personale dipendente a tempo determinato presente al 31.12.2019 (già compreso nel numero di unità complessive alla data del 31.12.2019 pari a 19.926).

<b>TEMPI DETERMINATI AZIENDE</b>	<b>31/12/2018</b>	<b>31/12/2019</b>	<b>di cui 15 septies</b>
A.S.U.I. TS	236	265	1
A.A.S. 2 - Bassa Friulana - Isontina	307	245	
A.A.S. 3 - ALTO FR. COLL. MEDIO FR.	108	69	
A.S.U.I. UD	277	174	
A.A.S. 5 - FRIULI OCCIDENTALE	283	173	
I.R.C.C.S. BURLO di Trieste	43	39	1
I.R.C.C.S. C.R.O. di Aviano	49	33	
EGAS/ARCS	8	6	
<b>Totale complessivo</b>	<b>1311</b>	<b>1004</b>	<b>2</b>

Nel corso dell'anno si rileva un decremento del dato del personale a tempo determinato (- 307 unità rispetto al 2018); ciò in linea con politiche assunzionali orientate al graduale superamento del precariato in favore di forme di reclutamento ordinarie.

Per quanto riguarda gli incarichi dirigenziali ex articolo 15-septies del d. lgs 502/92 e s.m.e.i., alla data del 31.12.2018 risultano in servizio n. 2 unità con tale tipologia di rapporto di cui 1 unità presso l'ASUI TS, e 1 unità presso il Burlo Garofolo.

## PERSONALE SOMMINISTRATO

Le aziende hanno fornito l'evidenza dei rapporti di somministrazione alla data del 31.12.2019. Il dato complessivo registra una diminuzione rispetto al 2018 di 37 unità; il ricorso a tale strumento è da ricondursi, principalmente, nella necessità di far fronte alla copertura di organico a garanzia dei livelli essenziali di assistenza nelle more della disponibilità di graduatorie regionali che esitano da procedure di acquisizione centralizzate.

Alla data del 31.12.2019 risultano in forza nelle singole aziende ed enti del SSR i seguenti rapporti di somministrazione:

AZIENDE	rapporti somministrazione al 31/12/2019	RUOLO SAN	RUOLO AMM	RUOLO PROF	RUOLO TEC
ASUI TS	32	1	18	0	13
ASUI UD	0	0	0	0	0
AAS 2	3	1	1	0	1
AAS 3	13	4	3	0	6
AAS 5	62	27	18	0	17
BURLO	33	16	13	0	4
CRO	9	1	4	0	4
EGAS/ARCS	14	0	13	0	1
totale	166	50	70	0	46

Il dato riferito ai rapporti di somministrazione rappresenta forza lavoro in aggiunta al numero di unità complessive di personale dipendente del SSR a tempo determinato e indeterminato alla data del 31.12.2019 pari a 19.926 (a decorrere dal 1.01.2015 il dato dei somministrati non rientra nei monitoraggi del personale dipendente).<sup>1</sup>

### STABILIZZAZIONE PERSONALE PRECARIO (art. 20 D. Lgs n. 75/2017)

In data 15 febbraio 2018 ed in data 7 marzo 2018, l'Amministrazione regionale e le OO.SS del comparto, della dirigenza medica e veterinaria e della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa, hanno sottoscritto i rispettivi Protocolli Regionali di definizione degli obiettivi e delle prime indicazioni in merito all'applicazione delle disposizioni in tema di stabilizzazione del personale precario di cui all'articolo 20 del D. Lgs n. 75/2017 per il triennio 2018-2020 presso le aziende ed enti del SSR della Regione FVG.

<sup>1</sup> *Metodologia e fonte rilevazioni dati*

*I dati sul personale dipendente del SSR sono stati rilevati da INSIEL dal SISR, attraverso il Sistema ASCOT3 personale ed elaborati con il software ORACLE DISCOVERER, continuando nell'opera di rendere sempre più accurata la rilevazione. I dati riferiti al 31 dicembre 2019 sono quelli aggiornati al mese di luglio 2020. La rilevazione comprende il personale con rapporto di lavoro subordinato a tempo determinato e indeterminato e i servizi in delega delle ASS 3, ASUI UD (ex ASS 4), ASS 5. A decorrere dall'anno 2015 non rientrano nelle elaborazioni i rapporti di somministrazione. Rientra nel computo di AOU UD anche il personale universitario.*

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

Le aziende nei singoli piani hanno rappresentato l'evidenza delle assunzioni effettuate in applicazione dell'articolo 20, comma 1, del D. lgs. n. 75/2017 sopra richiamato: nel 2018 risultano stabilizzate n. 166 unità di cui n. 129 del comparto e n. 37 della dirigenza, cui si aggiungono n. 14 unità stabilizzate nel 2019 di cui n. 12 del comparto e n. 2 della dirigenza, per un totale complessivo di n. 180 unità stabilizzate nel SSR nel corso del 2018 e del 2019.

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

Di seguito la tabella di dettaglio.

Denominazione Azienda	Profilo professionale	stabilizzati al 31/12/2019	stabilizzati al 31/12/2018
AAS2	Dirigente medico	1	1
	Dirigente psicologo	0	2
	Dirigente delle professioni sanitarie	0	1
	Collaboratore professionale sanitario - fisioterapista	1	0
	Collaboratore professionale sanitario - infermiere	1	6
	Collaboratore professionale sanitario - ostetrica	0	3
	Collaboratore professionale sanitario - tecnico di laboratorio biomedico	1	0
	Collaboratore tecnico	1	0
Oss	4	0	
		<b>9</b>	<b>13</b>
AAS3	Dirigente medico	0	1
	Collaboratore professionale sanitario - educatore professionale	0	1
	Collaboratore professionale sanitario - infermiere	0	3
	Collaboratore professionale sanitario - ostetrica	0	2
	Operatore tecnico autista di ambulanza	0	2
	Oss	0	1
		<b>0</b>	<b>10</b>
AAS5	Dirigente medico	0	2
	Dirigente sanitario	0	2
	Collaboratore professionale sanitario - infermiere	0	4
	Collaboratore professionale sanitario - infermiere pediatrico	0	1
	Collaboratore professionale sanitario - ostetrica	0	1
Oss	0	2	
		<b>0</b>	<b>12</b>
ASUI UD	Dirigente medico	0	9
	Dirigente odontoiatra	0	1
	Dirigente sanitario	0	3
	Collaboratore professionale sanitario - fisioterapista	0	1
	Collaboratore professionale sanitario - infermiere	0	25
	Collaboratore professionale sanitario - ortottista	0	3
	Collaboratore professionale sanitario - ostetrica	0	2
	Collaboratore professionale sanitario - tecnico di laboratorio biomedico	0	9
	Collaboratore professionale sanitario - tecnico di radiologia medica	0	5
Oss	0	5	
		<b>0</b>	<b>63</b>
ASUI TS	Dirigente medico	0	6
	Dirigente assistente sociale	0	1
	Dirigente psicologo	0	2
	Dirigente biologo	1	0
	Assistente amministrativo	0	1
	Ausiliario	0	3
	Collaboratore amministrativo	0	4
	Collaboratore professionale sanitario - fisioterapista	0	1
	Collaboratore professionale sanitario - infermiere	0	13
	Collaboratore tecnico	1	0
	Oss	0	8
		<b>2</b>	<b>39</b>
BURLO	Dirigente medico	0	5
	Assistente amministrativo	2	0
	Collaboratore amministrativo	0	1
	Collaboratore professionale sanitario - infermiere	0	7
	Collaboratore professionale sanitario - ostetrica	0	9
	Collaboratore professionale sanitario - tecnico di laboratorio biomedico	1	3
	Dietista	0	1
	Logopedista	0	2
		<b>3</b>	<b>28</b>
CRO	Dirigente medico	0	1
		<b>0</b>	<b>1</b>
ARCS	nessuno	0	0
	<b>TOTALE SSR</b>	<b>14</b>	<b>166</b>
	<b>di cui comparto</b>	<b>12</b>	<b>129</b>
	<b>di cui dirigenza</b>	<b>2</b>	<b>37</b>

## CERTIFICAZIONE ONERI CONTRATTUALI RINNOVI 2016-2018

### CCNL COMPARTO DI DATA 21.05.2018

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

CCNL COMPARTO 2016-2018					
AZIENDE	es. 2016	es. 2017	es. 2018	es. 2019	di cui trascinamento
A.A.S. 2	369.925,98	1.116.226,53	3.425.972,35	3.664.243,66	238.271,31
A.A.S. 3	225.235,98	720.566,89	2.128.390,75	2.375.734,89	247.344,14
A.A.S. 5	418.270,01	1.274.510,37	3.779.333,70	4.160.690,96	381.357,26
A.S.U.I. UD	553.442,50	1.715.799,75	5.180.590,71	5.580.887,23	400.296,52
A.S.U.I. TS	485.765,72	1.512.115,72	4.399.157,90	4.825.136,21	425.978,31
I.R.C.C.S. BURLO	73.598,32	227.922,74	673.278,28	721.306,79	48.028,51
I.R.C.C.S. C.R.O.	63.221,87	195.743,89	684.934,90	762.841,72	77.906,81
E GAS /ARCS	6.434,18	41.667,61	149.112,12	183.619,29	34.507,17
<b>TOTALE REGIONE</b>	<b>2.195.894,57</b>	<b>6.804.553,50</b>	<b>20.420.770,72</b>	<b>22.274.460,75</b>	<b>1.853.690,03</b>

### CCNL DIRIGENZA AREA SANITA' DI DATA 19.12.2019

Le aziende hanno rendicontato il costo del rinnovo del CCNL del personale della dirigenza area sanità sottoscritto in data 19.12.2019 e riguardante il triennio 2016-2018. Di seguito il dettaglio dei costi sostenuti dalle aziende per gli incrementi contrattuali negli esercizi 2016, 2017 e a regime, comprensivo degli oneri.

CCNL DIRIGENZA SANITARIA 2016-2018					
AZIENDE	es. 2016	es. 2017	es. 2018	es. 2019	di cui trascinamento
A.A.S. 2	190.262,57	961.595,06	1.208.530,99	1.789.648,27	581.117,27
A.A.S. 3	110.446,31	559.416,00	698.849,94	1.018.560,07	319.710,13
A.A.S. 5	204.547,36	1.032.222,33	1.320.492,68	1.896.415,90	575.923,22
A.S.U.I. UD	285.368,10	1.460.848,09	1.890.258,44	2.744.748,99	854.490,55
A.S.U.I. TS	219.865,22	1.130.936,36	1.406.565,59	2.076.916,93	670.351,35
I.R.C.C.S. BURLO	48.233,16	250.006,23	329.295,22	498.664,66	169.369,44
I.R.C.C.S. C.R.O.	47.477,27	253.828,52	324.048,46	477.064,06	153.015,60
E GAS /ARCS	1.627,25	15.427,05	23.966,28	36.200,40	12.234,12
<b>TOTALE REGIONE</b>	<b>1.107.827,24</b>	<b>5.664.279,64</b>	<b>7.202.007,60</b>	<b>10.538.219,28</b>	<b>3.336.211,69</b>



## MONITORAGGIO DEL RISPETTO DEL VINCOLO DI COSTO IN MATERIA DI PERSONALE

Le aziende ed enti del SSR hanno presentato le risultanze al 31.12.2019 del rispetto dell'obiettivo di costo del personale stabilito dalle Linee di gestione (costo del personale 2° report 2018 proiettato al 31.12.2019 diminuito dell'1%). Si precisa che il costo del personale al 31.12.2019, per essere confrontabile con l'obiettivo imposto, è stato "normalizzato" laddove necessario, con il costo del personale risultante al 2° report 2018: ciò con particolare riferimento all'importo dell'1% dell'accantonamento al fondo incentivazioni (non presente nel 2° report 2018 proiettato).

I dati economici esposti, tenuto conto dei giustificativi, rivelano uno sfioramento del tetto di circa 1,2 milioni di euro oneri riflessi compresi esclusa l'IRAP: va, comunque, precisato che nello sfioramento è compreso anche il c.d. "trascinamento" sull'anno 2019 del rinnovo del CCNL comparto 2016-2018, che non ha costituito un giustificativo per l'esercizio 2019.

Si ricorda che l'ARCS, in virtù dei compiti attribuiti dalla Legge Regionale 17 dicembre 2018, n. 27, nel 2019 non era stata soggetta al tetto di spesa dell'1% in tema di personale.

						VALORE GIUSTIFICATIVI 2019 EX DGR 448 DEL 22.03.2019 aggiornati con DGR n. 1812 del 25.10.2019						
AZIENDA:	PROIEZIONE COSTO DEL PERSONALE AL 31.12.2018 - II° REPORT 2018	1%	TETTO 2019 (CON RAR + ONERI RIFLESSI SENZA IRAP)	COSTO DEL PERSONALE AL 31.12.2019 (CON RAR + ONERI RIFLESSI SENZA IRAP)	SCOSTAMENTO (provvisorio)	INDENNITA' DI VACANZA CONTRATTUALE COMPARTO da 1.04.2019 (+ONERI RIFLESSI SENZA IRAP)	INDENNITA' DI VACANZA CONTRATTUALE DIRIGENZA da 1.04.2019 (+ONERI RIFLESSI SENZA IRAP)	ELEMENTO PEREQUATIVO COMPARTO da 1.01.2019 (+ONERI RIFLESSI SENZA IRAP)	CCNL dirigenza 2016-2018 competenza 2019	totale giustificativi 2019	SPESA DA VALUTARE PER IL RISPETTO DELL'OBIETTIVO	SCOSTAMENTO (-)
ASUITS	196.368.000,00	1.963.680,00	194.404.320,00	197.792.777,77	- 3.388.457,77	528.659,60	447.189,43	918.143,44	1.945.749,25	3.839.741,72	193.953.036,05	<b>451.283,95</b>
AAS2	161.854.733,82	1.618.547,34	160.236.186,48	165.991.833,70	- 5.755.647,22	406.741,05	146.215,55	701.302,53	1.677.332,66	2.931.591,79	163.060.241,91	- <b>2.824.055,43</b>
AAS3	98.727.119,00	987.271,19	97.739.847,81	99.487.770,62	- 1.747.922,81	252.826,32	86.850,61	453.314,61	954.931,27	1.747.922,81	97.739.847,81	-
AAS5	175.449.759,53	1.754.497,60	173.695.261,93	177.818.116,29	- 4.122.854,36	459.627,93	165.216,69	802.821,97	1.776.635,50	3.204.302,09	174.613.814,20	- <b>918.552,27</b>
ASUIUD	244.967.451,00	2.449.674,51	242.517.776,49	244.782.997,39	- 2.265.220,90	601.313,86	214.926,54	1.121.728,86	2.572.907,83	4.510.877,09	240.272.120,30	- <b>2.245.656,19</b>
BURLO	35.934.920,00	359.349,20	35.575.570,80	36.486.410,71	- 910.839,91	80.227,95	108.588,49	127.468,63	467.169,70	783.454,77	35.702.955,94	- <b>127.385,14</b>
CRO	32.797.406,00	327.974,06	32.469.431,94	33.277.015,97	- 807.584,03	62.935,35	41.649,36	132.483,65	447.198,54	684.266,90	32.592.749,07	- <b>123.317,13</b>
<b>TOT</b>	<b>946.099.389,35</b>	<b>9.460.993,89</b>	<b>936.638.395,46</b>	<b>955.636.922,45</b>	<b>- 18.998.526,99</b>	<b>2.392.332,06</b>	<b>1.210.636,67</b>	<b>4.257.263,69</b>	<b>9.841.924,75</b>	<b>17.702.157,16</b>	<b>937.934.765,29</b>	<b>- 1.296.369,83</b>

## **RENDICONTAZIONE RISORSE REGIONALI AGGIUNTIVE 2019**

Le intese regionali sulle risorse aggiuntive (c.d. RAR), sottoscritte nell'anno 2019, per il personale del comparto e della dirigenza, hanno definito il valore delle risorse assegnate a ciascuna Azienda ed Istituto del Servizio Sanitario Regionale per tale esercizio.

Sulla base di quanto previsto dalle direttive di chiusura 2019 (nota Direzione Centrale Salute Politiche Sociali e Disabilità prot. n. 0010577 del 04 maggio 2020), le Aziende hanno predisposto la rendicontazione delle risorse regionali aggiuntive distintamente per le tre aree contrattuali sia in termini economici (allegati nn. 1, 4, 7 alle direttive) che di progettualità (allegati nn. 2, 3, 5, 6, 8, 9 alle direttive).

Le tabelle relative alla "rendicontazione economica" (allegati nn. 1, 4, 7 alle direttive) riportano il riepilogo dei dati forniti dalle Aziende/Istituti, secondo le indicazioni stabilite nella nota sopra citata e contenenti il dettaglio degli importi assegnati, di quelli liquidati al 31 dicembre 2019, del loro impegno, degli eventuali residui degli anni precedenti nonché della relativa quantificazione dell'impegnato nonché del liquidato al 31 dicembre 2019, degli estremi delle eventuali risultanze finali del Collegio dei Sindaci, dell'evidenza degli obiettivi e dei risultati conseguiti così come approvati dall'Organismo Indipendente di Valutazione.

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

Occorre ricordare che a seguito dell'entrata in vigore della c.d. legge Brunetta (25.06.2008), si è reso necessario fornire indicazioni di raccordo per l'applicazione dell'articolo 71 della citata legge ai fini della rendicontazione delle risorse regionali aggiuntive. Tali indicazioni sono state confermate anche per il 2019 richiamandosi in particolare le regole per la gestione dei risparmi derivanti dall'articolo 71, comma 1, del testo coordinato del DL 112/2008 e della L. 133/2008 nelle ipotesi di assenze per malattia del pubblico dipendente.

Conformemente a quanto stabilito, le Aziende hanno rendicontato l'utilizzo delle risorse aggiuntive regionali del 2019 al lordo della trattenuta di cui all'articolo 71, comma 1, in quanto il valore concreto delle economie può essere quantificato solo dopo aver liquidato l'esercizio 2019.

Per effetto di quanto sopra si fa quindi presente che la rendicontazione economica delle risorse regionali aggiuntive 2019 del personale del comparto e dell'area della dirigenza, di seguito illustrata, viene rappresentata al lordo delle trattenute effettuata in applicazione dell'articolo 71 del DL 112/2008 convertito nella L. n. 133/2008.

### Area contrattuale del Comparto

La DGR n. 323 del 01 marzo 2019 ha approvato l'intesa sottoscritta il 25 febbraio 2019 tra l'Assessore Regionale alla Salute Politiche Sociali e Disabilità, e le OO.SS del Comparto riguardante la trattazione complessiva delle risorse regionali aggiuntive da attribuire al personale del Comparto nell'anno 2019.

L'accordo regionale, oltre a confermare quote e vincoli stabiliti dalle parti nel Protocollo di intesa del 27 febbraio 2012 approvato con DGR n. 576/2012 ha previsto l'attribuzione alle Aziende ed Enti del SSR dell'importo complessivo € 16.048.531,76 per il 2019 al netto di qualsiasi onere.

Nel citato accordo le parti hanno, altresì, confermato che i contratti integrativi aziendali, di applicazione dell'intesa, dovevano essere sottoscritti entro 3 mesi dalla data di azione del

provvedimento di Giunta Regionale e pertanto entro 3 mesi dalla data del 01.03.2019. In proposito è stato chiesto alle Aziende di specificare il rispetto di tale prescrizione.

Risultano avere sottoscritto nel rispetto dei 3 mesi i rispettivi contratti integrativi aziendali tutte le aziende ed enti del SSR.

Rispetto alla cifra complessivamente assegnata di € 16.048.531,76 le Aziende hanno comunicato di avere impegnato risorse pari ad € 16.048.433,41 con la conseguenza che residua un importo pari ad € 98,35. Queste ultime, per effetto di quanto previsto dall'intesa regionale del 25 febbraio 2019 (Punto n. 4 di pagina 9 dell'accordo), dovranno tornare nella disponibilità della Regione.

Delle risorse impegnate le aziende hanno comunicato di aver liquidato alla data del 31.12.2019 risorse pari a € 10.028.843,53.

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

- risorse pari ad € 9.069.560,26 per gli obiettivi di cui al Protocollo di intesa del 27 febbraio 2012 approvato con D.G.R. n. 576/2012, confermati anche nell'intesa del 25 febbraio 2019 di cui:
  - 1) € 3.711.867,11 quale quota impegnata per personale turnista;
  - 2) € 5.042.039,22 quale quota impegnata per lavoro notturno e festivo;
  - 3) € 16.031,33 quale quota impegnata per personale ota/oss;
  - 4) € 299.622,60 quale quota per coordinatori e tutor.
- risorse pari ad € 4.912.827,19 per gli obiettivi regionali da perseguire in via prioritaria;
- risorse pari ad € 2.066.045,96 demandati alla contrattazione integrativa aziendale per obiettivi strategici in raccordo con la programmazione regionale e i piani attuativi aziendali non direttamente correlati alle priorità regionali.

Le Aziende hanno, inoltre, fornito oltre alla rendicontazione economica anche quella progettuale delle quote di RAR impegnate e vincolate alle indicazioni regionali (processi di riorganizzazione e/o accorpamento anche interaziendali; assistenza domiciliare nell'ambito dell'assistenza primaria; interventi sociosanitari; percorsi di riabilitazione; qualità delle cure; contenimento dei tempi di attesa; percorsi hub e spoke; integrazione ospedale/territorio e sviluppo percorsi assistenziali; piano regionale della formazione; educazione terapeutica residenziale e altri percorsi diagnostico terapeutici assistenziali regionali; continuità dei servizi assistenziali e tecnico gestionali); come sopra detto, risulta che le aziende abbiano impegnato l'importo complessivo di € 4.912.827,19 di rar prioritariamente correlate ad obiettivi regionali.

Analogamente è stata evidenziata la rendicontazione economica e progettuale delle quote di risorse regionali NON prioritariamente correlate agli obiettivi regionali e la cui destinazione era demandata alla Contrattazione Integrativa Aziendale; di queste risorse, come detto, è stato impegnato un importo complessivo pari € 2.066.045,96.

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

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

#### Area contrattuale della Dirigenza

Per quanto riguarda l'area della dirigenza del SSR, l'importo di risorse regionali aggiuntive complessivamente messo a disposizione dalla Regione per il 2019 è stato pari ad € 7.330.736,27 al netto degli oneri riflessi.

La trattativa inerente le risorse per il personale medico e veterinario, anche nel 2019, si è svolta separatamente da quella riguardante il personale della dirigenza sanitaria professionale tecnica ed amministrativa.

#### Area contrattuale della Dirigenza medica e veterinaria

Relativamente alla dirigenza medica e veterinaria, la DGR n. 744 del 10 maggio 2019 ha approvato l'intesa sottoscritta il 07 maggio 2019 dall'Assessore Regionale alla Salute Politiche Sociali e Disabilità, e dalle OOSS della Dirigenza Medica e Veterinaria riguardante la trattazione complessiva delle risorse regionali aggiuntive da attribuire al personale della Dirigenza Medica e Veterinaria del SSR nell'anno 2019.

L'assegnazione per l'anno 2019 delle risorse regionali aggiuntive per il predetto personale è stato di 6.158.065,78, al netto degli oneri riflessi, ridotti ad € 5.958.065,78, sempre al netto degli oneri riflessi, a seguito dell'assegnazione al Burlo Garofolo di € 200.000,00 per il **“Progetto sperimentale destinato all'IRCSS Burlo Garofolo di Trieste”** con il quale è stato previsto il finanziamento e l'assegnazione di un budget da destinare esclusivamente all'acquisto di prestazioni aggiuntive della dirigenza sanitaria riducendo corrispondentemente l'importo del finanziamento RAR, previa intesa sindacale.

Nel citato accordo le parti hanno, altresì, confermato che i contratti integrativi aziendali, di applicazione dell'intesa, dovevano essere sottoscritti entro 2 mesi dalla data di azione del provvedimento di Giunta Regionale e pertanto entro 2 mesi dalla data del 10.05.2019. In proposito è stato chiesto alle aziende di specificare il rispetto di tale prescrizione.

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

- Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 “Alto Friuli – Collinare – Medio Friuli”;
- Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste ;
- Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine ;
- IRCCS Burlo Garofolo;
- IRCCS Centro di Riferimento Oncologico di Aviano.
- Azienda per l'assistenza sanitaria n. 5 “Friuli Occidentale”;

Rispetto alla cifra complessivamente assegnata di € 5.958.065,78, le Aziende hanno comunicato di avere impegnato risorse pari ad € 5.957.059,15 con la conseguenza che residuano risorse pari a € 1.006,63. Queste ultime, per effetto di quanto previsto dall'intesa regionale del 07 maggio 2019 (Punto n. 3 di pagina 7 dell'accordo), dovranno tornare nella disponibilità della Regione.

Delle risorse impegnate le aziende hanno comunicato di aver liquidato alla data del 31.12.2019 l'importo pari a € 1.743.160,80.

Le Aziende hanno, inoltre, fornito sia la rendicontazione economica che progettuale delle quote di RAR impegnate e vincolate alle indicazioni regionali (processi di riorganizzazione e/o accorpamento anche interaziendali; percorsi di riabilitazione; qualità delle cure; interventi socio –sanitari; progettualità per le malattie cardiovascolari; contenimento dei tempi di attesa; percorsi hub e spoke; integrazione ospedale/territorio e sviluppo percorsi assistenziali; prevenzione); di queste risorse risulta che le aziende abbiano impegnato l'importo complessivo di € 4.095.193,61.

Analogamente è stata evidenziata la rendicontazione economica e progettuale delle quote di risorse regionali NON prioritariamente correlate agli obiettivi regionali e la cui destinazione era demandata alla Contrattazione Integrativa Aziendale; di queste risorse è stato impegnato un importo complessivo pari a € 1.861.865,54.

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

#### Area contrattuale della Dirigenza sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa

Per quanto attiene il personale della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa SPTA, la DGR n. 742 del 10.05.2019 ha approvato l'intesa sottoscritta l'11 aprile 2019 dall'Assessore Regionale alla Salute Politiche Sociali e Disabilità e dalle OOSS della Dirigenza SPTA riguardante la trattazione complessiva delle risorse regionali aggiuntive da attribuire al personale della dirigenza dei ruoli sanitario, professionale, tecnico e amministrativo nell'anno 2019.

L'assegnazione per l'anno 2019 delle risorse regionali aggiuntive per il predetto personale è stato di € 1.172.670,49 al netto degli oneri riflessi. Rispetto alla cifra complessivamente assegnata, le Aziende hanno comunicato di avere impegnato risorse pari ad € 1.172.533,25 con la conseguenza che residuano risorse pari a € 137,24. Queste ultime, per effetto di quanto previsto dall'intesa regionale del 11 aprile 2019 (Punto n. 3 di pagina 7 dell'accordo), dovranno tornare nella disponibilità della Regione.

Delle risorse impegnate le aziende hanno comunicato di non aver liquidato alcun importo alla data del 31.12.2019.

Nel citato accordo le parti hanno, altresì, confermato che i contratti integrativi aziendali, di applicazione dell'intesa, dovevano essere sottoscritti entro 2 mesi dalla data di azione del provvedimento di Giunta Regionale e pertanto entro 2 mesi dalla data del 10.05.2019. In proposito è stato chiesto alle aziende di specificare il rispetto di tale prescrizione.

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

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

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

Risulta che le aziende abbiano impegnato l'importo complessivo di € 919.545,79 di RAR prioritariamente finalizzate agli obiettivi regionali.

Analogamente è stata evidenziata la rendicontazione economica e progettuale delle quote di risorse regionali NON prioritariamente correlate agli obiettivi regionali e la cui destinazione era

demandata alla Contrattazione Integrativa Aziendale; di queste risorse è stato impegnato un importo complessivo pari a € 252.987,46 ed è data evidenza degli obiettivi progettuali correlati a tali risorse.

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

## RENDICONTAZIONE RISORSE REGIONALI AGGIUNTIVE 2019

### Consolidato delle risorse aggiuntive per il personale - Esercizio 2019

Rendicontazione economica risorse regionali aggiuntive Personale del Comparto - Esercizio 2019 ALLEGATO 1																
AZIENDA	quota assegnata da accordo 25 febbraio 2019 (ultima colonna tabella allegata all'accordo)	Importo liquidato al 31.12.2019	Residuo al 31.12.2019	Risorse regionali aggiuntive: IM PORTO RESIDUO esercizio 2017	di cui impegnato	di cui liquidati al 31/12/2018	Risorse regionali aggiuntive: IM PORTO RESIDUO esercizio 2018	di cui impegnato	di cui liquidati al 31/12/2019	RISORSE IMPEGNATE					quota demandata alla CIA per obiettivi strategici in raccordo con program.az. Reg.le e i piani attuativi aziendali	RISORSE NON IMPEGNATE  eventuale importo non impegnato
										quota per personale turnista	quota per lavoro notturno e festivo	quota per personale ota/oss	quota per coordinatori e tutor	quota demandata alla CIA con destinazione prioritaria ad obiettivi regionali		
A.A.S. n. 2 Bassa Friulana Isontina	2.598.464,80	1.776.525,81	821.938,99	180.497,71	180.497,71	-	-	-	-	834.669,84	650.295,97	-	14.000,00	318.797,00	780.701,99	-
A.A.S. n. 3 Alto Friuli - Collinare -Medio Friuli	1.771.032,91	1.005.409,00	765.623,91	-	-	-	997.354,80	997.354,80	995.177,01	238.702,14	789.151,86	-	8.000,00	735.150,00		28,91
A.A.S. n. 5 Friuli Occidentale	2.798.316,23	1.867.640,83	930.675,40	-	-	-	1.032.594,57	1.032.594,57	881.632,64	817.790,00	652.326,26	-	38.864,46	1.103.390,00	185.945,51	-
ASUI Trieste	3.425.516,81	1.256.485,45	2.169.031,36	13.279,19	-	-	485.062,91	144.764,16	-	988.603,26	910.496,19	1.146,83	100.000,00	774.307,89	650.893,20	69,44
ASUI Udine	4.222.992,18	3.441.145,03	781.847,15	-	-	-	-	-	-	534.683,67	1.800.122,39	3.371,50	133.408,14	1.619.880,24	131.526,24	-
Burlo Trieste	547.558,21	415.505,87	132.052,34	-	-	-	11.065,88	11.065,88	-	185.500,00	129.855,52	11.513,00	-	151.622,77	69.066,92	-
CRO Aviano	324.738,06	111.836,54	212.901,52	-	-	-	3.870,89	3.870,89	-	72.438,20	56.271,03	-	5.350,00	152.766,73	37.912,10	-
A.R.C.S.	359.912,56	154.295,00	205.617,56	-	-	-	-	-	-	39.480,00	53.520,00	-	-	56.912,56	210.000,00	-
<b>TOTALE</b>	<b>16.048.531,76</b>	<b>10.028.843,53</b>	<b>6.019.688,23</b>	<b>193.776,90</b>	<b>180.497,71</b>	<b>0,00</b>	<b>2.529.949,05</b>	<b>2.189.650,30</b>	<b>1.876.809,65</b>	<b>3.711.867,11</b>	<b>5.042.039,22</b>	<b>16.031,33</b>	<b>299.622,60</b>	<b>4.912.827,19</b>	<b>2.066.045,96</b>	<b>98,35</b>

Rendicontazione progettuale risorse regionali aggiuntive Personale del Comparto - Esercizio 2019 ALLEGATO 2		
AZIENDA	quote 2019 demandate alla CIA IMPEGNATE con destinaz.prioritaria ad ob regionali	progetti/obiettivi correlati alle RAR destinate prioritariamente agli obiettivi regionali
A.A.S. n. 2 Bassa Friulana Isontina	318.797,00	importo impegnato sui seguenti 49 obiettivi: 1.450,00: garantire beck e front office al paziente nelle sedute pomeridiane di doppler arterioso e venoso; 2.100,00: mantenimento attività urologica; 2.700,00: revisione lista di attesa per intervento chirurgico attraverso verifica dei nominativi in G2; 2.500,00: attività urologica pomeridiana; 8.000,00: consolidamento e mantenimento servizio consulenza infermieristica per la gestione delle lesioni da pressione e/o vascolari; 7.000,00: appropriatezza utilizzo inibitori della pompa protonica a antimicrobial stewardship; 30.000,00:mantenimento dei volumi erogati nel 2018 in diagnostica senologica+ assicurare le sedute di RM pomeridiane in carenza di organico; 10.000,00: mantenimento livelli degli indicatori di qualità assistenziale a fronte dell'elevato turn over del personale; 1.800,00: procurement tessuti oculari; 600: partecipazione del Distretto a programmi avviati finalizzati a implementare i percorsi della rete; 5.000,00: miglioramento cure palliative; 3.000,00: mantenimento attività PUA da parte delle SRD per garantire continuità ospedale/territorio; 3.600,00: attivazione seconda sede riabilitazione comunitaria fisioterapista di comunità a Fiumicello e Lignano; 2.700,00: riduzione all'accesso SOC NPI attraverso percorsi di prevenzione specifici; 2.250,00: percorso formativo per ICA e PUA specifico cure palliative e loro attivazione; 2.250,00: ambulatorio cure palliative; 2.400,00: attivazione di un programma per autori di violenza nelle relazioni affettive; 7.150,00: dalla cura dell'individuo alla cura dei contesti; 5.950,00: traumaticità dei territori e la violenza nelle relazioni affettive; 1.500,00: accesso venoso centrale in cure palliative; 2.400,00: accesso agli animali d'affezione per l'interazione con le persone ricoverate; 1.800,00: percorsi per la domiciliarizzazione del paziente con fragilità; 8.050,00: garantire la continuità assistenziale domiciliare a isorisorse; 1.500,00: riduzione dei tempi procedurali per la presa in carico dell'utente nei diversi percorsi socio-sanitari; 5.200,00: monitoraggio INR degli utenti afferenti al DBI in trattamento anticoagulante; 1.200,00: facilitare la comunicazione tra infermiere disease manager, paziente e MMG; 8.000,00: implementare la cartella integrata ADI; 15.300,00: gestione tecnico sanitaria delle prestazioni urgenti provenienti dalla medicina di base; 11.890,00: mantenimento o miglioramento degli indicatori di qualità ass.le rispetto agli standard regionali; 12.510,00: mantenimento o miglioramento degli indicatori di qualità ass.le rispetto agli standard regionali; 13.800,00: attività occupazionale rivolta al paziente anziano affetto da demenza; 12.072,00: assistenza infermieristica in casa circondariale; 10.000,00: commissioni inps; 9.990,00: prosecuzione dell'attività ERICA nei Distretti est, ovest, alto e basso isontino; 3.200,00: gestione nuove competenze assegnate alla SC gestione gare e contratti, acquisizione lavori beni e servizi; 3.500,00: predisposizione unico documento di gara regionale per l'affidamento del servizio di ristorazione destinato ad ASUGI; 1.500,00: nuovo applicativo regionale per la gestione giuridica ed economica del personale convenzionato; 1.125,00: gestione procedure per l'abilitazione del personale convenzionato all'utilizzo dei sistemi operativi e degli applicativi informatici regionali/aziendali utilizzati dai sanitari della medicina convenzionata; 4.425,00: procedure di scorporo delle funzioni sanitarie, tecniche e amm.va; 2.400,00: verifica delle esenzioni dalla compartecipazione alla spesa sanitaria tramite il supporto del sistema tessera sanitaria; 2.010,00: riattivazione segreteria sul controllo delle ricette spedite dalle farmacie al pubblico; 575,00: aggiornamento delle cartelle delle farmacie e delle altre strutture convenzionate; 5.000,00: partecipazione ai lavori regionali per la revisione dei sistemi informativi amm.va; 12.000: attuazione LR 27/2018; 6.000,00: aggiornamento banca dati inerente la formazione generale dei dipendenti azienda AAS 2; 31.000,00: attuazione LR 27/2018 atti propedeutici allo scorporo per favorire il processo istituzionale organizzativo di riforma tra asu fc e asu gj; 3.900,00: documentazione accessibile: fornire informazioni fruibili anche a coloro che a causa di disabilità necessitano di tecnologie assistive; 18.900,00: percorsi hub e spoke per una piattaforma analisi decentrata PoCT; 3.100,00: gestione attività contrattualistica del CURPE; 2.000,00: ampliamento offerta prestazionale e miglioramento della qualità fornita al cittadino con apertura di progetto sperimentale; 2.500,00: garantire l'attività ambulatoriale per abbattere le liste di attesa anche in carenza di personale infermieristico
A.A.S. n. 3 Alto Friuli - Collinare -Medio Friuli	735.150,00	importo impegnato sui seguenti 9 obiettivi: 309.130,00: continuità servizi assistenziali; 19.845,00: assistenza domiciliare; 34.895,00: qualità delle cure; 4.900,00: educazione terapeutica residenziale e altri percorsi diagnostico terapeutici assistenziali; 2.275,00: piano regionale della formazione; 59.570,00: processi di riorganizzazione e/o accorpamento aziendale; 6.230,00: percorsi di riabilitazione; 6.230,00: contenimento tempi di attesa; 279.300,00: qualità delle cure
A.A.S. n. 5 Friuli Occidentale	1.103.390,00	importo impegnato sui seguenti 28 obiettivi: 12.000,00: trasferimento struttura della chirurgia della fertilità da FN a Sacile; 6.000,00: presa in carico delle donne provenienti dalla base usaf; 3.000,00: applicazione modello organizzativo primary nursing; 6.000,00: riorganizzazione attività riabilitativa; 10.450,00: riorganizzazione delle attività di servizio; 2.500,00: riorganizzazione dell'attività amm.va SS formazione; 9.000,00: prestazioni sanitarie per i cittadini provenienti dalla base usaf di aviano; 4.000,00: riorganizzazione attività di segreteria; 17.500,00: revisione dei processi e semplificazione amm.va; 4.500,00: stesura protocollo tirocini inclusivi dipartimento per le dipendenze; 18.600,00: offerta vaccinazione anti herpes zoster; 9.900,00: applicazione nuovo regolamento sull'accesso ai servizi per le persone con disabilità; 20.900,00: situazioni di criticità in SPDC e REMS; 10.000,00: garantire la presa in carico del paziente nella fase acuta malattia; 5.140,00: budget di salute; 6.000,00: osservazione igiene delle mani; 65.000,00: attività operativa e procedura nora; 20.000,00: attività prefestive garantite per la raccolta sangue; 6.000,00: contenimento tempi di attesa; 30.000,00: piattaforme assistenziali; 60.000,00: avvio consolidamento delle attività legate al progetto rete cure sicure FVG; 4.000,00: eventi formativi; 380.000,00: richiami in servizio; 305.960,00: garanzie dei servizi in carenza di organico; 30.000,00: turni di pronta disponibilità; 39.000,00: attività aggiuntiva; 10.500,00: attività aggiuntiva; 7440,00: turni in PS pediatrico



ASUI Trieste	774.307,89	<p>importo impegnato sui seguenti 63 obiettivi: 9.536,00: accompagnamento malati presso H Cattinara per garantire la continuità degli interventi diagnostici, terapeutici, accoglienza, dimissioni; 8.575,00: predisposizione bozze armonizzate del sistema di gestione della sicurezza antincendio; 129.510,00: assicurare h 12 il funzionamento delle sale operatorie valorizzando soprattutto il personale infermieristico; 170.815,06: mantenimento offerta sedute operatorie raggiunta a ottobre 2018+ assicurare interventi in chirurgia robotica+riduzione tempi di attesa per rottura femore; 2.331,00: definizione di una procedura condivisa tra asui ts e aas2 per la comunicazione esterna nell'ottica dell'integrazione in ASUG; 11.988,00: realizzazione piattaforma decentrata di POCT su tutta l'area giuliano isontina; 1.380,00:completare il trasferimento della UCO di Igiene del Burlo nei locali di Cattinara; 20.018,00: implementazione modello organizzativo a matrice per migliorare la razionalizzazione e la produttività delle risorse tecniche; 8.568,00: elaborazione dati del questionario di gradimento dell'utenza presso le diversi sedi del DMT; 5.620,00: aggiornamento dell'offerta vaccinale per infanzia e adolescenza nella regione FVG; 1.521,00: implementazione e messa a regime del percorso di sorveglianza sanitaria rivolto ai tirocinanti; 259,00: elaborazione della proposta di protocollo regionale finalizzato all'accertamento dell'età dei minori stranieri non accompagnati; 518,00: implementare accordo asuiti e Comune denominato "Patto per la lettura"; 1.813,00: miglioramento presa in carico socio-sanitario degli utenti del DDD attraverso azioni di orientamento, sostegno e accompagnamento nel percorso di riconoscimento dell'invalidità civile e disabilità; 2.331,00: intervento nelle microaree con azioni coerenti e organiche nei settori dell'integrazione sociosanitaria; 1.036,00: messa a punto di un sistema di valutazione per accompagnare, monitorare e valutare i progetti di servizio civile; 13.984,00: garantire continuità assistenziale 7 giorni su 7 nel territorio (Distretto 1); 13.706,00: garantire continuità assistenziale 7 giorni su 7 nel territorio (Distretto 2); 14.012,36: garantire continuità assistenziale 7 giorni su 7 nel territorio (Distretto 3); 13.995,00 garantire continuità assistenziale 7 giorni su 7 nel territorio (Distretto 4); 259,00: garantire quanto previsto nelle procedure comuni per i rapporti tra servizio sociale e le SC TSBADOF; 1.258,00: sviluppo di sinergie per la presa in carico del detenuto; 2.331,00: Cure primarie e Medicina di iniziativa; 23.464,00: trasferimento e ricollocazione di attività aziendali nei vari presidi; 1.406,00: monitoraggio post operatorio semintensivo dei pazienti sottoposti a interventi ricostruttivi; 851,00: consolidamento percorso clinico assistenziale tra soc maxillo facciale-odontostomatologia e anestesia e rianimazione; 1.900,00: fornitura protesi totali e parziali rimovibili a pazienti selezionati seguiti dal Dipartimento delle Dipendenze; 5.891,00: introduzione nuovo software di gestione delle apparecchiature biomediche; 2.832,00: erogazione esami radiologici alla sc radiologia OM; 11.111,00: percorso facilitato per i pazienti con elevato sospetto clinico di neoplasia; 17.501,00: progetto radiologia domiciliare nelle strutture residenziali per anziani; 7.896,00: consolidamento e condivisione con i referenti della formazione della visione integrata del processo formativo; 5.573,00: implementazione della tecnologia e della tracciabilità dei percorsi istologici, citologici e di biologia molecolare; 2.175,00: esaurimento scorte dei farmaci presenti presso il magazzino di via Travnik e riorganizzazione logistica degli spazi; 4.675,00: mantenimento della programmazione e dei tempi di attesa per interventi di chirurgia con durata media 6/8 ore; 18.500,00: mantenimento ruolo hub nel settore cardiovascolare e contenimento dei tempi di attesa per le procedure di cardiologia interventistica; 10.360,00: garanzia supporto all'attività di ECMO in cardiocirurgia; 83.000,00: assicurare la continuità assistenziale nel processo di erogazione delle prestazioni sanitarie; 1.980,00: contenimento tempi di attesa certificazioni idoneità sportiva Medicina dello Sport; 444,00: contenimento tempi di attesa per visite cardiologiche richieste dalla medicina generale; 2.087,00: autonomia a domicilio del paziente operato e del care giver nel percorso fast track chirurgico; 4.403,00: garanzia erogazione prestazioni previste secondo i tempi dello screening regionale e nazionale; 1.701,47: miglioramento livelli di cura; 1.330,00: miglioramento livelli di cura assistenza farmaceutica; 8.693,00: apertura n. 1.500 posizioni dal portale sistema Trieste; 3.572,00: garantire la realizzazione delle attività terapeutiche -riabilitative "di genere"; 828,00: definizione nuova procedura sui budget di salute individuali; 8.396,00: miglioramento continuità assistenziale delle persone ad alta complessità; 3.498,00: riorganizzazione delle procedure di accesso al servizio sanitario regionali dei cittadini comunitari e stranieri; 777,00: accessi domiciliari delle persone valutate in continuità assistenziale; 2.849,00: presa in carico a domicilio dei pazienti in continuità assistenziale; 1.295,00: accessi a domicilio/scuola integrati con altre strutture per i bambini /adolescenti in carico alle strutture; 2.590,00: presa in carico a domicilio di pazienti in continuità assistenziale nelle strutture private accreditate distretto 2; 1.295,00: accessi a domicilio/scuola integrati con altre strutture per bambini e adolescenti in carico alle strutture; 2.072,00: importo impegnato sui seguenti 63 obiettivi: 9.536,00: accompagnamento malati presso H Cattinara per garantire la continuità degli interventi diagnostici, terapeutici, accoglienza, dimissioni; 8.575,00: predisposizione bozze armonizzate del sistema di gestione della sicurezza antincendio; 129.510,00: assicurare h 12 il funzionamento delle sale operatorie valorizzando soprattutto il personale infermieristico; 170.815,06: mantenimento offerta sedute operatorie raggiunta a ottobre 2018+ assicurare interventi in chirurgia robotica+riduzione tempi di attesa per rottura femore; 2.331,00: definizione di una procedura condivisa tra asui ts e aas2 per la comunicazione esterna nell'ottica dell'integrazione in ASUG; 11.988,00: realizzazione piattaforma decentrata di POCT su tutta l'area giuliano isontina; 1.380,00:completare il trasferimento della UCO di Igiene del Burlo nei locali di Cattinara; 20.018,00: implementazione modello organizzativo a matrice per migliorare la razionalizzazione e la produttività delle risorse tecniche; 8.568,00: elaborazione dati del questionario di gradimento dell'utenza presso le diverse sedi del DMT; 5.620,00: aggiornamento dell'offerta vaccinale per infanzia e adolescenza nella regione FVG; 1.521,00: implementazione e messa a regime del percorso di sorveglianza sanitaria rivolto ai tirocinanti; 259,00: elaborazione della proposta di protocollo regionale finalizzato all'accertamento dell'età dei minori stranieri non accompagnati; 518,00: implementare accordo asuiti e Comune denominato "Patto per la lettura"; 1.813,00: miglioramento presa in carico socio-sanitario degli utenti del DDD attraverso azioni di orientamento, sostegno e accompagnamento nel percorso di riconoscimento dell'invalidità civile e disabilità; 2.331,00: intervento nelle microaree con azioni coerenti e organiche nei settori dell'integrazione sociosanitaria; 1.036,00: messa a punto di un sistema di valutazione per accompagnare, monitorare e valutare i progetti di servizio civile; 13.984,00: garantire continuità assistenziale 7 giorni su 7 nel territorio (Distretto 1); 13.706,00: garantire continuità assistenziale 7 giorni su 7 nel territorio (Distretto 2); 14.012,36: garantire continuità assistenziale 7 giorni su 7 nel territorio (Distretto 3); 13.995,00 garantire continuità assistenziale 7 giorni su 7 nel territorio (Distretto 4); 259,00: garantire quanto previsto nelle procedure comuni per i rapporti tra servizio sociale e le SC TSBADOF; 1.258,00: sviluppo di sinergie per la presa in carico del detenuto; 2.331,00: Cure primarie e Medicina di iniziativa; 23.464,00: trasferimento e ricollocazione di attività aziendali nei vari presidi; 1.406,00: monitoraggio post operatorio semintensivo dei pazienti sottoposti a interventi ricostruttivi; 851,00: consolidamento percorso clinico assistenziale tra soc maxillo facciale-odontostomatologia e anestesia e rianimazione; 1.900,00: fornitura protesi totali e parziali rimovibili a pazienti selezionati seguiti dal Dipartimento delle Dipendenze; 5.891,00: introduzione nuovo software di gestione delle apparecchiature biomediche; 2.832,00: erogazione esami radiologici alla sc radiologia OM; 11.111,00: percorso facilitato per i pazienti con elevato sospetto clinico di neoplasia; 17.501,00: progetto radiologia domiciliare nelle strutture residenziali per anziani; 7.896,00: consolidamento e condivisione con i referenti della formazione della visione integrata del processo formativo; 5.573,00: implementazione della tecnologia e della tracciabilità dei percorsi istologici, citologici e di biologia molecolare; 2.175,00: esaurimento scorte dei farmaci presenti presso il magazzino di via Travnik e riorganizzazione logistica degli spazi; 4.675,00: mantenimento della programmazione e dei tempi di attesa per interventi di chirurgia con durata media 6/8 ore; 18.500,00: mantenimento ruolo hub nel settore cardiovascolare e contenimento dei tempi di attesa per le procedure di cardiologia interventistica; 10.360,00: garanzia supporto all'attività di ECMO in cardiocirurgia; 83.000,00: assicurare la continuità assistenziale nel processo di erogazione delle prestazioni sanitarie; 1.980,00: contenimento tempi di attesa certificazioni idoneità sportiva Medicina dello Sport; 444,00: contenimento tempi di attesa per visite cardiologiche richieste dalla medicina generale; 2.087,00: autonomia a domicilio del paziente operato e del care giver nel percorso fast track chirurgico; 4.403,00: garanzia erogazione prestazioni previste secondo i tempi dello screening regionale e nazionale; 1.701,47: miglioramento livelli di cura; 1.330,00: miglioramento livelli di cura assistenza farmaceutica; 8.693,00: apertura n. 1.500 posizioni dal portale sistema Trieste; 3.572,00: garantire la realizzazione delle attività terapeutiche -riabilitative "di genere"; 828,00: definizione nuova procedura sui budget di salute individuali; 8.396,00: miglioramento continuità assistenziale delle persone ad alta complessità; 3.498,00: riorganizzazione delle procedure di accesso al servizio sanitario regionali dei cittadini comunitari e stranieri; 777,00: accessi domiciliari delle persone valutate in continuità assistenziale; 2.849,00: presa in carico a domicilio dei pazienti in continuità assistenziale; 1.295,00: accessi a domicilio/scuola integrati con altre strutture per i bambini /adolescenti in carico alle strutture distretto 2; 2.072,00: presa in carico a domicilio di pazienti in continuità assistenziale nelle strutture private accreditate distretto 3; 777,00: accessi a domicilio/scuola integrati con altre strutture per i bambini /adolescenti in carico alle strutture distretto 3; 2.849,00:</p>
ASUI Udine	1.619.880,24	<p>importo impegnato sui seguenti 6 obiettivi: 333.443,33: processi di riorganizzazione e/o accorpamento iteraziendale; 7.000,00: assistenza domiciliare nell'ambito dell'assistenza primaria; 10.500,00: percorsi di riabilitazione; 118.132,00: qualità delle cure e continuità dei servizi assistenziali tecnico diagnostici; 96.850,00: contenimento tempi di attesa; 1.053.954,91: incremento continuità servizi assistenziali e tecnico diagnostici</p>

**Rendicontazione progettuale risorse regionali aggiuntive  
Personale del Comparto - Esercizio 2019  
ALLEGATO 2**

AZIENDA	quote 2019 demandate alla CIA IMPEGNATE con destinaz.prioritaria ad ob regionali	progetti/obiettivi correlati alle RAR destinate prioritariamente agli obiettivi regionali
ASUI Udine	1.619.880,24	importo impegnato sui seguenti 6 obiettivi: 333.443,33: processi di riorganizzazione e/o accorpamento iteraziendale; 7.000,00: assistenza domiciliare nell'ambito dell'assistenza primaria; 10.500,00: percorsi di riabilitazione; 118.132,00: qualità delle cure e continuità dei servizi assistenziali tecnico diagnostici; 96.850,00: contenimento tempi di attesa; 1.053.954,91: incremento continuità servizi assistenziali e tecnico diagnostici
Burlo Trieste	151.622,77	importo impegnato sui seguenti 13 obiettivi: 111.021,00: continuità dei servizi assistenziali; 1.480,00: supporto al trasferimento delle attività di tossicologia forense da asui ts a burlo; 8.880,00: trasmissione competenze tecnico assistenziali specialistiche nell'assistenza a bambino, bambina, donna; 370,00: eliminazione contenzione con particolare riferiento alle terapie intensive; 3.885,00: programmazione chirurgica pediatrica e ginecologica; 555,00: individuazione percorso inserimento neo assunto; 8.695,00: garantire la funzione di coordinamento in fascia oraria pomeridiana; 2.220,00: monitoraggio in tempo reale delle attività ed offerte ambulatoriali; 3.467,00: predisposizione cecklist a supporto dell'attività del DEC dell'appalato rifiuti e sterilizzazione; 1.665,00: revisione modello organizzaivo e gestionale salute e sicurezza ex D.Lgs 231 del 2001; 2.775,00: acquisizione certificazione iso 21001; 1.110,00: assicurare la presenza ad eventi pomeridiani o nei giorni prefestivi e festivi
CRO Aviano	152.766,73	importo impegnato sui seguenti 9 obiettivi: 46.011,98: incremento attività di tomoterapia; 2.768,69: garanzia supporto controlli di qualità per lo svolgimento attività di RT; 8.817,95: incremento del 7,50% dell'attività PET/CT ambulatoriale; 16.257,33: incremento attività sala operatoria; 10.251,30: incremento attività ricovero ordinario; 27.684,32: aumento qualiquantitativo della casistica trattata in regime ordinario; 21.645,35: incremento delle prestazioni ambulatoriali; 14.623,39: incremento prestazioni per interni ed esterni; 4.256,44: attuazione programmi rete cure sicure fvg
A.R.C.S.	56.912,56	importo interamente assegnato ai processi di riorganizzazione e/o accorpamento
<b>TOTALE</b>	<b>4.912.827,19</b>	

Rendicontazione progettuale risorse regionali aggiuntive Personale del Comparto - Esercizio 2019 ALLEGATO 3		
AZIENDA	quote 2019 demandate alla CIA IMPEGNATE per ob strat in raccordo con progr. reg. le e i piani att.aziendali	progetti/obiettivi correlati alle RAR demandate alla CIA per obiettivi strategici in raccordo con program. reg. le e i piani attuativi aziendali
A.A.S. n. 2 Bassa Friulana Isontina	780.701,99	importo, cui sono stati aggiunti 180.497,71 residui anno 2017, impegnato sui seguenti 95 obiettivi: 2.400,00: gestione malnutrizione paziente oncologico; 2.100,00: avvio ambulatorio orl pazienti oncologici+applicazione e sistemazione VAC; 27.030,00: mantenimento livelli indicatori di qualità a fronte di elevato turn over di personale; 36.100,00: mantenimento livelli indicatori di qualità a fronte di elevato turn over di personale; 6.000,00: garanzia continuità assistenziale nel trasporto dei pazienti; 3.600,00: omogeneizzazione delle competenze degli strumentisti; 13.000,00: mantenimento livelli indicatori di qualità a fronte di elevato turn over di personale; 14.000,00: riorganizzazione del personale infermieristico nella medicina riabilitativa; 2.050,00: revisione degli archivi cartacei; 10.000,00: continuità assistenziale per pazienti a pazienti presi in carico presso medicina e PS; 9.500,00: revisione degli archivi cartacei; 10.000,00: continuità assistenziale per pazienti a pazienti presi in carico presso medicina e PS; 9.500,00: continuità assistenziale per pazienti a pazienti presi in carico presso medicina e PS; 6.500,00: continuità nel trasporto pazienti e materiale biologico; 2.650,00: eliminazione degli archivi cartacei; 2.000,00: ottemperanza a norma 194 del 22.05.1978; 4.500,00: percorso di accreditamento istituzionale; 5.250,00: nuovo infermiere di comunità+recupero crediti CUP San Giorgio+mantenimento attività amm.va Distretto Ovest; 1.000,00: assicurare la referenza amm.va dipartimentale per l'assistenza sanitaria internazionale; 550,00: costruzione nuovo data base per accessi alla SOC NP; 900,00: garantire i percorsi diagnostici presso la neuropsichiatria infantile dei 4 Distretti; 2.700,00: sostegno alla neogenitorialità; 4.500,00: presa in carico bambini di 5-6 anni e riduzione liste di attesa; 2.400,00: applicazione del Decreto Pres. Reg. 57 del 2018; 2.400,00: riaccoglienza utenti con problematiche di abuso alcool e sostanze illegali; 600,00: scorporo servizi per le dipendenze; 7.250,00: trasferimento soggetti tra rianimazioni; 2.400,00: copertura notturna recovery room; 7.350,00: studio elettrofisiologico, ablazione, impianti device biventricolare; 2.400,00: assistenza infermieristica a pazienti sottoposti a test da sforzo cardiopolmonare; 2.000,00: follow up ambulatoriale e in remoto; 7.000,00: istituzione servizio ACUTE PAIN SERVICE; 3.000,00: inserimento dati neonatali nell'applicativo Burlo; 4.100,00: corretta procedura percorso invio campioni biologici; 2.700,00: corretta procedura percorso invio campioni biologici; 14.950,00: piede diabetico, riduzione tempi di attesa trattamento in traumatologia; 12.900,00: incremento attività chirurgica, senologica e bariatrica; 2.400,00: interventi complessi di urologia; 9.340,00: mantenimento attività chirurgica anche in carenza di organico; 9.040,00: mantenimento attività chirurgica nelle varie specialità; 2.250,00: mantenimento attività del team bariatrico; 2.400,00: garanzia attività per gli intraoperatori e laringectomia; 1.000,00: percorso assistenziale per il trattamento chirurgico alla mammella; 1.800,00: assistenza ai pazienti dimessi portatori di colostomie; 1.500,00: trattamento chirurgico nell'obesità patologica; 3.000,00: maggior carico di lavoro e impegno assistenziale in carenza di organico; 2.100,00: diffusione del testing per le malattie infettive; 1.500,00: promuovo la cessazione dell'abitudine al fumo; 2.250,00: interventi per sensibilizzazione a corretti stili di vita; 900,00: interventi per sensibilizzazione a corretti stili di vita; 3.000,00: ottimizzare tempi di attesa presso ambulatorio infermieristico nelle sedi distrettuali di Cormons e Gradisca; 2.700,00: sostegno alla genitorialità; 1.200,00: attività di beck e front office nella radiologia di Monfalcone; 3.000,00: riorganizzazione turnazione infermieristica 12 ore su 6 giorni per attività diagnostica, tac, eco; 10.000,00: mantenimento attività prelievo presso H di GO; 20.300,00: gestione infermieristica in equipe per gestire le dimissioni del paziente cronico; 10.500,00: gestione infermieristica in equipe per gestire le dimissioni del paziente cronico; 27.690,00: migliorare il processo assistenziale del paziente ricoverato; 50.000,00: mantenimento delle funzioni di medicina dello sport; 17.700,00: assicurare una immediata accoglienza al triage; 18.000,00: mantenimento attività in medicina d'urgenza; 2.100,00: gestione flussi di approvvigionamento SOC di PS; 8.500,00: introduzione case-manager; 1.500,00: tirocini inclusivi per persone prese in carico dai servizi sociali e sanitari; 2.460,00: salute e sicurezza nei luoghi di lavoro; 1.950,00: salute e sicurezza nei luoghi di lavoro; 2.460,00: piani di bonifica amianto compatto; 2.760,00: sicurezza nei luoghi di lavoro nel comparto agricoltura; 2.760,00: sicurezza nei luoghi di lavoro nel comparto edile; 2.460,00: sicurezza nei luoghi di lavoro nelle attività portuali e piccola cantieristica da da diporto; 3.870,00: progetto "Marine da diporto"; 1.450,00: attività contrattualistica di materiale protesico per per H unico Palmanova e Latisana; 1.200,00: procedure e atti su contenzioso affidato a risorse interne; 1.650,00: costruzione e gestione interna sito internet ceformed; 4.000,00: recupero crediti ticket ospedali Palmanova a Latisana; 2.000,00: gestione operativa centralini/portinerie; 1.000,00: gestione operativa servizi CUP; 5.000,00: garanzia servizio trasporto in carenza di organico; 5.400,00: configurazione e avviamento nuovi gestionali; 39.080,00: rendicontazione ceformed+impianto controllo pazienti+distribuzione parco auto; 3.840,00: riallineamento finanziamenti; 540,00: aggiornamento cartelle pazienti; 3.940,00: distribuzione diretta farmaci; 8.500,00: integrazione servizi infermieristici; 1.000,00: cartellonistica aziendale; 300,00: tenuta sottofascicoli; 900,00: aggiornamento database elenco dei dirigenti autorizzati ALP; 6.400,00: continuità funzione amm.va; 8.010,00: revisione documentazione aziendale; 1.000,00: elaborazione percorso di sterilizzazione; 15.300,00: mantenimento attività TSRM; 1.500,00: supporto al reparto day surgery per attività chirurgiche; 2.000,00: ampliamento orario di segreteria; 200.000,00: continuità servizi assistenziali; 120.000,00: turni supplementari PPI Lignao in stagione turistica; 64.000,00: punto nascita Latisana.
A.A.S. n. 3 Alto Friuli - Collinare -Medio Friuli	-	
A.A.S. n. 5 Friuli Occidentale	185.945,51	l'importo è stato incrementato di ulteriori 88.494,49 euro residui anni precedenti distribuito sui seguenti 35 obiettivi: 1.500,00: pronta disponibilità fuori sede; 900,00: garanzia attività in carenza di organico; 15.000,00: attività di dialisi per ospiti in vacanza; 4.500,00: compilazione progetto terapeutico- riabilitativo individuale; 900,00: controllo ricoveri eseguiti nel 2019; 10.500,00: attività della DMO di PN; 1.800,00: garanzie delle attività ispettive; 49.650,00: adempimenti modificativi e attuativi dell'atto aziendale; 4.500,00: sorveglianza sanitaria ai tirocinanti degli istituti di formazione esterni; 2.250,00: esercizio fisico agli esposti a MMG; 6.000,00: indagini ambientali nei presidi ospedalieri; 3.300,00: miglioramento qualità e sicurezza del paziente QPS; 4.200,00: medicina convenzionata; 3.000,00: riliquidazioni pensioni CCNL comparto sanità; 8.250,00: revisione sistema di contabilità; 4.800,00: gestione debiti informativi verso banche dati anac; 9.750,00: monitoraggio contratti manutenzioni e servizi; 4.200,00: ospedali aziendali territoriali sacile e maniago; 2.500,00: attività coordinamento organizzazione e supporto; 6.750,00: gestione tecnologie e investimenti; 16.740,00: sicurezza informatica nella PA; 11.250,00: funzionamento dei servizi economici; 8.000,00: portineria centralino pn sorveglianza allarmi; 2.250,00: trasferimento struttura operativa medicina e chirurgia delle fertilità da PN a Sacile, 22.950,00: realizzazione procedure non centralizzate; 4.500,00: area serviziRUP e DEC; 4.000,00: coordinamento delle attività a Sacile e Maniago; 5.600,00: gestione tecnica patrimoniale degli edifici aziendali territoriali con supporto informatico integrato; 10.000,00: riorganizzazione gestionale interdistrettuale di attività di anagrafe sanitaria in materia di stranieri; 7.500,00: mobilità sanitaria internazionale; 19.800,00: controlli ufficiale area SIAN; 4.800,00: protocollo verifica strutture sanitarie; 4.800,00: banca dati SICER; 5.000,00: garanzia attività amm.va del dipartimento di prevenzione; 3.000,00: recupero addebito costo per mancata disdetta applicazione punto 10 della DGR 2034 del 2015.
ASUI Trieste	650.893,20	importo impegnato sui seguenti 33 obiettivi: 25.000,00: assicurare nel periodo estivo le attività di portierato, centralino, trasporti; 450.835,00: assicurare il mantenimento dei LEA nel periodo estivo; 28.000,00: assicurare nel periodo estivo i livelli di attività relativi alla vigilanza antincendio; 5.601,00: revisione di tutte le procedure di prenotazione e incasso per gli sportellisti CUP e manutenzione anagrafe unica; 32.028,00: garantire le prestazioni sanitarie e amministrative previste nei percorsi accertativi medico legali; 11.100,00: realizzazione progetto "overnight"; 845,00: esecuzione tamponi per le ricerche microbiologiche; 1.393,00: controllo correttezza e completezza SDO; 2.114,00: garanzia mantenimento servizi di segreteria a supporto delle attività direzionali; 2.072,00: copertura turni 12 h servizio salute mentale giovani distretto 1; 2.294,00: rispetto tempistiche prima vaccinazione distretto 1; 3.108,00: rispetto tempistiche prima vaccinazione distretto 2; 2.279,00: rispetto tempistiche prima vaccinazione distretto 3; 10.590,00: apertura notturna del centro sanitario di Muggia; 9.700,00: produzione graduatorie definitive PEO; 1.862,00: predisposizione ed espletamento delle procedure concorsuali; 1.924,00: omogeneizzazione delle codifiche regionali del nuovo sistema informativo della gestione del personale; 518,00: applicazione degli accordi regionali per l'attribuzione delle RAR 2019; 1.036,00: attivazione buoni elettronici per l'erogazione dei pasti alternativi alla mensa; 832,00: consegna di 400 carte operatore per la firma digitale in scadenza; 5.859,00: miglioramento piani di manutenzione; 4.003,00: rispetto tempi programmati per l'attuazione degli investimenti; 2.234,00: attuazione del sistema di gestione ambientale; 2.331,00: adozione nuovo sistema gestionale per le attività di controllo di gestione; 12.782,00: gestione partite contabili nei confronti di AAS 2 in vista della fusione; 12.054,00: sicurezza logica /funzionale del sistema informativo; 1.280,00: recupero addebiti alle farmacie; 9.805,00: sistema di monitoraggio e valutazione della qualità dell'assistenza secondo metodologia Tracer; 476,00: implementare l'utilizzo dei dosimetri Mosfet; 2.294,00: garantire il rispetto dei tempi della prima vaccinazione distretto 4; 555,00: gestione attività amme convenzioni e rapporti con terzo settore; 2.535,00: integrazione regolamento per pianificazione e gestione sostenibile del verde di parco S. Giovanni

**Rendicontazione progettuale risorse regionali aggiuntive  
Personale del Comparto - Esercizio 2019  
ALLEGATO 3**

AZIENDA	quote 2019 demandate alla CIA IMPEGNATE per ob- strat in raccordo con progr. reg. le e i piani att.aziendali	progetti/obiettivi correlati alle RAR demandate alla CIA per obiettivi strategici in raccordo con programmaz. reg. le e i piani attuativi aziendali
<b>ASUI Udine</b>	131.526,24	importo interamente impegnato su obiettivi qualitativi e quantitativi di efficienza e sviluppo derivanti da programmazione aziendale.
<b>Burlo Trieste</b>	69.066,92	importo, cui sono stati aggiunti 11.065,88 residui RAR 2018, impegnato sui seguenti 12 obiettivi: 52.664,00: codice internazionale dei sostituti del latte materno (identificazione rischi); 3.700,00: assicurare 10 passi del percorso unicef; 2.849,00: adottare l'applicazione del nuovo assetto incarichi di funzione; 4.477,00: sviluppo sistema automatico di controllo CIG; 1.628,00: sviluppo della sicurezza informatica; 2.442,00: sicurezza gestione antincendio; 5.698,00: attuazione revisione dei sistemi contabili aziendali; 407,00: miglioramento valorizzazione economica dell'attività e della produzione dell'IRCCS; 814,00: controllo conformità fatture elettroniche; 1.221,00: riliquidazione pratiche pensionistiche; 1.383,80: curare raccolta e trasmissione della documentazione relativa all'inserimento sanità del Burlo.
<b>CRO Aviano</b>	37.912,10	importo impegnato nei seguenti 14 obiettivi: 337,82: progetto ministeriale alternanza scuola lavoro; 561,62: riorganizzazione funzioni personale di comparto di Dir. San; 6.343,64: avvio procedura gara protonterapia; 2.721,17: analisi domande provenienti dal centralino; 4.136,00: rendiconto in conto capitale dei progetti del ministero salute; 5.845,58: ricognizione dello stato delle gare di competenza della struttura e pianificazione delle attività; 10.549,59: revisione dei centri di costo in attuazione del nuovo atto aziendale; 1.098,84: garanzia manutenzione del servizio; 1.918,27: aggiornamento del sistema informativo sanitario regionale (SIA SI di Insiel); 519,42: supporto al servizio di comunicazione per la realizzazione del nuovo sito web istituzionale; 1.738,27: risorse umane per le attività di ricerca e di supporto alla ricerca; 1.539,42: monitoraggio dell'appropriatezza della cartelle cliniche; 601,92: linea regionale 3.8.1 tempi di attesa.
<b>A.R.C.S.</b>	210.000,00	importo impegnato sui seguenti 5 obiettivi: 55.865,00: procedure concorsuali centralizzate; 5.885,00: sistema PACS regionale; 15.000,00: processi di riorganizzazione; 3.250,00: supporto all'autonomizzazione di ARS personale convenzionato; 130.000,00: sala operativa regionale emergenza sanitaria (SOES): continuità dei servizi.
<b>TOTALE</b>	<b>2.066.045,96</b>	

Rendicontazione economica risorse regionali aggiuntive  
 Personale della Dirigenza Medica e Vetrinaria - Esercizio 2019  
 ALLEGATO 4

AZIENDA	quota assegnata da accordo 07 maggio 2019 (tabella allegata all'accordo )	Importo liquidato al 31.12.2019	Residuo al 31.12.2019	Risorse regionali aggiuntive: IM PORTO RESIDUO esercizio 2017	di cui impegnato	di cui liquidati al 31/12/2019	Risorse regionali aggiuntive: IM PORTO RESIDUO esercizio 2018	di cui impegnato	di cui liquidati al 31/12/2019	RISORSE IMPEGNATE		RIS NON IMPEGNATE
										quota demandata alla CIA con destinazione prioritaria ad obiettivi regionali	quota demandata alla CIA per ob.strat. in raccordo con progr.reg.le e piani attuati az.li	eventuale importo non impegnato
A.A.S. n. 2 Bassa Friulana Isontina	1.029.915,36	359.290,00	670.625,36				100.000,00	100.000,00	-	406.315,36	623.600,00	-
A.A.S. n. 3 Alto Friuli - Collinare - Medio Friuli	597.883,27	85.070,00	512.813,27				649.192,24	649.192,24	638.820,00	597.840,00		43,27
A.A.S. n. 5 Friuli Occidentale	1.152.768,08	876.830,40	275.937,68				578.551,31	578.551,31	435.063,30	807.100,00	345.668,08	-
ASUI Trieste	1.165.053,36	374.432,40	790.620,96				227.012,51	110.400,00	-	407.820,00	756.270,00	963,36
ASUI Udine	1.670.797,08	47.538,00	1.623.259,08							1.670.797,08	-	-
Burlo Trieste	80.513,73	-	80.513,73				9.786,86	9.786,86	-	80.513,73		
CRO Aviano	210.897,18	-	210.897,18				28.956,16	28.956,16	-	114.569,72	96.327,46	-
A.R.C.S.	50.237,72	-	50.237,72				50067,65*	52,65	-	10.237,72	40.000,00	-
<b>TOTALE</b>	<b>5.958.065,78</b>	<b>1.743.160,80</b>	<b>4.214.904,98</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>1.593.499,08</b>	<b>1.476.939,22</b>	<b>1.073.883,30</b>	<b>4.095.193,61</b>	<b>1.861.865,54</b>	<b>1.006,63</b>

\*di cui aziendali € 52,65 e di cui rar centralizzate: € 50.015,00

**Rendicontazione progettuale risorse regionali aggiuntive con destinazione prioritaria agli obiettivi regionali  
Personale della Dirigenza Medica e Veterinaria - Esercizio 2019  
ALLEGATO 5**

AZIENDA	importo quote 2019 IMPEGNATE per ob. Reg.li	progetti/obiettivi correlati alle RAR destinate prioritariamente agli obiettivi regionali (escluso screening mammografico);
A.A.S. n. 2 Bassa Friulana Isontina	406.315,36	importo impegnato sui seguenti 14 obiettivi. 11.500,00: assicurare l'attività di ambulatorio del piede diabetico; 35.000,00: assicurare le commissioni INPS; 125.000,00: assicurare le colonoscopie da screening fuori orario di lavoro; 75.000,00: assicurare la lettura delle mammografie; 27.000,00: attuazione dei controlli sul benessere animale degli allevamenti durante il trasporto; 25.200,00: controlli in materia di sicurezza alimentare e nutrizionale; 10.000,00: assicurare reperibilità/urgenze endoscopiche a Latisana; 6.000,00: sostituzione cannule tracheali a domicilio; 4.800,00: posizionamento PEG o sondini naso gastrici a domicilio; 50.000,00: assicurare l'ambulatorio diabetologico nella sede di Latisana; 5.000,00: assicurare l'ambulatorio pneumologico nella sede di Palmanova; 19.000,00: mantenimento attività ambulatoriale nella Riabilitazione di Monfalcone in carenza di organico; 7.200,00: incremento di 4 ore settimanali in ambulatorio Riabilitazione a Palmanova e di 2 ore a Latisana
A.A.S. n. 3 Alto Friuli - Collinare - Medio Friuli	597.840,00	importo impegnato sui seguenti 3 obiettivi: 524.160,00: integrazione ospedale/territorio e sviluppo percorsi assistenziali e qualità delle cure; 73.680,00: prevenzione
A.A.S. n. 5 Friuli Occidentale	807.100,00	importo impegnato sui seguenti 25 obiettivi: 24.000,00: copertura turni aggiuntivi SIP, RSA, H Hospice e cure palliative; 12.000,00: dimissioni protette in RSA/SIPH di prossimità; 15.000,00: organizzazione attività medica NP; 12.000,00: attività presso la sede di Maniago; 6.000,00: ECG; 19.200,00: garanzia attività in carenza di organico (medici di chirurgia); 300.000,00: attività operatoria; 6.000,00: cure odontostomatologiche; 95.000,00: attività operatoria e turni aggiuntivi; 67.000,00: garanzia attività (medici di urologia) ; 5.000,00: garanzia attività (medici di ortopedia) 30.000,00: turni aggiuntivi (medici di radiologia); 15.000,00: presa in carico di soggetti afferenti al dip. delle dipendenze HCV positivi; 18.000,00: integrazione tra le direzioni mediche di PN e di San Vito; 42.000,00: attività aggiuntiva (nefrologia e dialisi); 12.500,00: garanzia attività presso le sedi periferiche (pneumologia); 4.200,00: redazioni perizie medico legali e consulenza tecnica di parte per l'azienda; 9.000,00: garanzia offerta attività della vaccinazione anti herpes zoster; 6.000,00: ridurre arretrato delle indagini dovute su presunte neoplasie professionali; 12.000,00: servizi veterinari a favore di macelli privati convenzionati; 57.000,00: garanzia attività e supporto alle attività veterinarie; 7.200,00: partecipazione del personale medico e vet. alla commissione di controllo delle farmacie; 18.000,00: garanzia attività DSM; 6.000,00: garanzia prestazioni ambulatoriali in carenza di organico;
ASUI Trieste	407.820,00	importo impegnato sui seguenti 27 obiettivi: 2.400,00: miglioramento presa in carico di persone con diabete (distretto 1); 1.800,00: attività di eccedenza oraria nel Centro Diurno Adolescenti; 2.400,00: miglioramento presa in carico di persone con diabete (distretto 2); 1.920,00: pronta risposta per problematiche chirurgiche dei pazienti seguiti presso il Centro Sanitario del Distretto 3; 2.400,00: miglioramento presa in carico di persone con diabete (distretto 3); 2.400,00: garantire gli interventi di sanità pubblica; 23.100,00: attività ambulatoriale per persone con disturbo mentale; 12.600,00: garantire le consulenze e presa in carico di persone con disturbo mentale; 12.000,00: prosecuzione dell'attività dell'ambulatorio dedicato ai pazienti con rene policistico; 24.000,00: mantenimento volumi di attività chirurgica insufficienza d'organo e trapianti rene; 10.800,00: ottimizzazione dei piani di cura RM e TAC; 10.800,00: rischio clinico; 24.000,00: head and neck unit; 3.600,00: fornitura protesi; 30.000,00. esecuzione visite nei tempi previsti medicina necropsica; 24.000,00: attività agoaspirativa in collaborazione con le radiologie; 9.000,00: meeting multidisciplinari; 4.800,00: progetti di radiologia domiciliare; 12.960,00: valutazione con RM dei pazienti oncologici; 2.400,00: completare il trasferimento dell'attività della SC UCO di igiene dal Burlo ai nuovi locali del Cattinara; 3.960,00: aggiornamento registro GITMO; 16.380,00: programma operativo gruppo uro-oncologico; 22.500,00: garantire la presenza dell'oncologo a riunioni multidisciplinari; 3.600,00: realizzazione pap test in fase liquida; 96.000,00: aumento attività dell'ambulatorio di endocrinologia, malattie metaboliche dell'osso; 24.000,00: attivazione ambulatorio malattie tromboemboliche; 24.000,00: realizzazione della rete malattie neuromuscolari
ASUI Udine	1.670.797,08	importo impegnato sui seguenti 5 obiettivi: 81.000,00: processi di riorganizzazione e accorpamento interaziendale; 599.400,00: qualità delle cure; 899.797,08: contenimento dei tempi di attesa; 30.000,00: percorsi hub e spoke; 60.600,00: integrazione ospedale e territorio e sviluppo percorsi assistenziali
Burlo Trieste	80.513,73	importo, cui sono stati aggiunti 9.786,86 residui RAR 2018, impegnato sui seguenti 9 obiettivi: 11.400,00: percorsi hub e spoke in emergenza neonatale; 5.400,00: contenimento tempi di attesa (PMA); 9.600,00: assicurare la continuità delle cure in urgenza; 2.700,00: promozione allattamento materno; 2.700,00: riorganizzazione delle attività di farmacologia clinica; 53.400,00: assicurare la continuità delle cure in urgenza; 1.800,00: riorganizzazione delle attività di tossicologia forense; 1.800,00: creare una app per le donne in gravidanza; 1.800,00: modello cartella informatizzata
CRO Aviano	114.569,72	importo impegnato sui seguenti 7 obiettivi: 24.120,00: incremento valore attività per esterni (radioterapia); 15.817,29: incremento del 7,50 attività PET/CT ambulatoriale; 4.020,00: svolgimento attività di radioterapia presso i locali messi a disposizione del Policlinico San Giorgio; 24.420,00: prolungamento sedute operatorie; 38.820,00: garantire attività programmate anche in assenza di turn over (anestesia e rianimazione); 5.272,43: aumento diagnostica varie discipline; 2.100,00: incremento prestazioni ambulatoriali oncologiche
A.R.C.S.	10.237,73	all'importo sono stati aggiunti 52, 65 residui anni precedenti impegnati sui seguenti 2 obiettivi: 3.000,00: acquisti centralizzati beni e servizi; 7.290,38: tempi di attesa
<b>TOTALE</b>	<b>4.095.193,62</b>	

Rendicontazione progettuale ulteriori risorse regionali aggiuntive demandate alla CIA Personale della Dirigenza Medica e Veterinaria - Esercizio 2019 ALLEGATO 6		
AZIENDA	quote 2019 per CIA IMPEGNATE per ob- strat in raccordo con progr. reg. le e i piani att.aziendali	progetti/obiettivi correlati alle RAR demandate alla CIA per obiettivi strategici in raccordo con programmaz. reg. le e i piani attuativi aziendali
A.A.S. n. 2 Bassa Friulana Isontina	623.600,00	importo, cui sono stati aggiunti 100.000,00 residui anno 2018, impegnato sui seguenti 18 obiettivi: 260.000,00: assicurare il regolare funzionamento dei PS aziendali; 45.000,00: assicurare il regolare funzionamento del reparto di medicina di Latisana; 50.000,00: assicurare il regolare funzionamento del reparto di medicina di Palmanova; 65.000,00: assicurare le prestazioni di medicina dello sport a livello aziendale; 10.000,00: attività medico autorizzato ex D.Lgs. 230/1995 per il personale a rischio radiologico; 6.000,00: riscontri diagnostici per malattie professionali; 30.000,00: assicurare l'assistenza medica in carcere e in RSA a Gorizia; 4.800,00: controllo dei pazienti in ventiloterapia domiciliare; 10.800,00: assicurare l'attività clinica e gestione delle problematiche correlate al consumo di sostanze legali e illegali presso la sede di Latisana; 50.000,00: assicurare il regolare funzionamento del reparto di ostetricia e ginecologia di Monfalcone; 36.000,00: assicurare il regolare funzionamento del reparto di ortopedia di Palmanova e Latisana; 36.000,00: assicurare il regolare funzionamento delle cure palliative; 8.000,00: revisione documentazione aziendale e realizzazione sistema integrato qualità sicurezza ambientale; 40.000,00: responsabilità di gestione di strutture a scavalco e/o di gestione delle complessità organizzative articolate in più sedi; 15.000,00: mantenimento dei livelli prestazionali di attività bariatrica; 26.000,00: trasferimento punto nascita di Latisana, supporto attività pediatrica, integrazione turnistica in carenza di organico; 6.000,00: attivazione della visita internistica/endocrinologica all'interno del percorso assistenziale delle malattie metaboliche ed endocrinologiche; 25.000,00: assicurare il regolare funzionamento del reparto di ostetricia e ginecologia di Palmanova e Latisana.
A.A.S. n. 3 Alto Friuli - Collinare - Medio Friuli	-	
A.A.S. n. 5 Friuli Occidentale	345.668,08	all'importo sono stati aggiunti 348.292,85 (88.574,60: residui RAR anni precedenti+259.718,25: residui fondi anni pregressi) impegnati sui seguenti 5 obiettivi: 359.500,00: copertura turni; 18.000,00: riorganizzazione attività di laboratorio; 300.000,00: garanzia attività medici del ps e medicina d'urgenza; 2.400,00: prestazioni sanitarie a favore dei cittadini provenienti dalla base USAF di Aviano.
ASUI Trieste	756.270,00	importo impegnato sui seguenti 24 obiettivi: 1.800,00: qualità delle cure; 4.800,00: garanzie sedute vaccinali 0-6 anni; 2.400,00: assistenza persone con diabità grave senza il sostegno familiare; 18.000,00: consolidamento del ruolo H Hub nel settore cardiovascolare; 5.400,00: assicurare il fabbisogno delle prestazioni specialistiche nelle sedi distrettuali; 16.200,00: contenimento dei tempi di attesa visite cardiologiche; 12.000,00: mantenimento dei tempi di attesa per l'erogazione delle indagini ECD; 150.000,00: mantenimento dell'attività ambulatoriale nelle strutture di endocrinologia e reumatologia; 34.560,00: assicurare la continuità assistenziale in degenza presso H Maggiore (ematologia); 34.560,00: assicurare la continuità assistenziale in degenza presso H Maggiore (oncologia); 34.560,00: assicurare la continuità assistenziale in degenza presso H Maggiore (geriatria); 74.880,00: assicurare la continuità assistenziale in degenza presso H Maggiore (malattie infettive); 25.500,00: mantenimento attività ambulatoriale prime visite esterni (dermatologia); 15.000,00: garanzia tempi di attesa (gastroenterologia); 8.040,00: riduzione liste di attesa (SC UCO CI ORL); 6.000,00: diagnosi e terapia tumori testa - collo; 19.200,00: riapertura ambulatorio divisionale neurochirurgico per visite brevi; 14.040,00: creazione di un percorso facilitato per il paziente con elevato sospetto di neoplasia; 109.440,00: mantenimento/incremento livelli di attività e riduzione tempi di attesa ( radiologia); 23.040,00: garanzia bisogni riabilitativi Distretto 3; 15.000,00: creazione di un ambulatorio a settimana per visite urgenti (chirurgia vascolare); 102.000,00: attività urologica distrettuale; 26.250,00: mantenimento attività ambulatoriale divisionale (nefrologia e dialisi); 3.600,00: assicurare l'adempimento dell'obbligo vaccinale.
ASUI Udine	-	
Burlo Trieste	-	
CRO Aviano	96.327,46	importo impegnato sui seguenti 3 obiettivi: 89.100,00: valutazione multidisciplinare; 4.217,94: revisione appropriatezza cartelle cliniche; 3.000,00: medicina di precisione.
A.R.C.S.	40.000,00	importo impegnato sui seguenti 2 obiettivi: 30.000,00: emergenza e urgenza; 10.000,00: acquisti centralizzati di beni e servizi.
TOTALE	1.861.865,54	

Rendicontazione economica risorse regionali aggiuntive  
Personale della Dirigenza S.P.T.A. - Esercizio 2019  
ALLEGATO 7

AZIENDA	quota assegnata da accordo del 11 aprile 2019	Importo liquidato al 31.12.2019	Residuo al 31.12.2019	Risorse regionali aggiuntive: IM PORTO RESIDUO esercizio 2017	di cui impegnato	di cui liquidati al 31/12/2019	Risorse regionali aggiuntive: IM PORTO RESIDUO esercizio 2018	di cui impegnato	di cui liquidati al 31/12/2019	RISORSE IMPEGNATE		RIS NON IMPEGNATE
										quota demandata alla CIA con destinazione prioritaria ad obiettivi regionali	quota demandata alla CIA per ob.strat. in raccordo con progr.reg.le e piani attuati az.li	eventuale importo non impegnato
A.A.S. n. 2 Bassa Friulana Isontina	165.222,58	-	165.222,58	18.494,85	18.494,85	-	-	-	-	91.922,58	73.300,00	-
A.A.S. n. 3 Alto Friuli - Collinare - Medio Friuli	91.569,15	-	91.569,15				101.246,26	101.246,26	79.260,00	91.560,00	-	9,15
A.A.S. n. 5 Friuli Occidentale	165.222,58	-	165.222,58				197.448,15	197.448,15	170.222,50	148.200,00	17.022,58	-
ASUI Trieste	256.791,73	-	256.791,73				23.417,65	-	-	203.640,00	53.040,00	111,73
ASUI Udine	250.819,83	-	250.819,83	-	-	-	-	-	-	250.819,83	-	-
Burlo Trieste	63.700,27	-	63.700,27	-	-	-	17.262,33	17.262,33	-	41.880,00	21.803,91	16,36
CRO Aviano	87.587,88	-	87.587,88	-	-	-	39.685,82	39.685,82	-	39.766,91	47.820,97	-
A.R.C.S.	91.756,47	-	91.756,47	-	-	-	2.311,00*	2.311,00	-	51.756,47	40.000,00	-
<b>TOTALE</b>	<b>1.172.670,49</b>	<b>0,00</b>	<b>1.172.670,49</b>	<b>18.494,85</b>	<b>18.494,85</b>	<b>0,00</b>	<b>379.060,21</b>	<b>357.953,56</b>	<b>249.482,50</b>	<b>919.545,79</b>	<b>252.987,46</b>	<b>137,24</b>

\* trattasi di rar centralizzate



**Rendicontazione progettuale risorse regionali aggiuntive con destinazione prioritaria agli obiettivi regionali - Personale della Dirigenza S.P.T.A. - Esercizio 2019**  
**ALLEGATO 8**

AZIENDA	importo quote 2019 IMPEGNATE per ob. Reg.li	progetti/obiettivi correlati alle RAR destinate prioritariamente agli obiettivi regionali
A.A.S. n. 2 Bassa Friulana Isontina	91.922,58	importo, cui sono stati aggiunti 8.577,42 residui 207, impegnato sui seguenti 14 obiettivi. 6.000,00: valutazione minori con bilinguismo affetti da ritardo di sviluppo; 3.000,00: supporto a minori 0-6 anni affetti da disturbo dello spettro autistico; 9.000,00: presa in carico degli adolescenti complessi; 19.500,00: ausilio tecnico dello psicologo/psicoterapeuta nelle audizioni del minore/adolescente nelle fasi dibattimentali testimoniali (art. 351, comma 1 CFP); 1.800,00: progetto "dalla cura dell'individuo alla cura dei contesti"; 600,00: gestione dei progetti terapeutici riabilitativi personalizzati; 5.000,00: attivazione percorsi di scorporo e riorganizzazione dell'area bassa friulana; 5.000,00: configurazione e avviamento dei nuovi gestionali+verifiche posizioni debitorie delle costituenti aziende+avvio della fatturazione elettronica; 1.000,00: attuazione LR 27/2018; 37.000,00: atti amm.vi e adempimenti variferiti alle procedure di scorporo; 1.000,00: gestione attività contrattualistica del CURPE; 4.000,00: riorganizzazione delle funzioni amm.ve del Dip. di assistenza primaria; 4.000,00: revisione dei sistemi informaivi; 3.600,00: definizione di procedure per la valutazione della disabilità (L.68/99).
A.A.S. n. 3 Alto Friuli - Collinare - Medio Friuli	91.560,00	importo impegnato sui seguenti 5 obiettivi: 13.200,00: contenimento tempi di attesa; 27.600,00: contenimento spesa farmaceutica e gestione centralizzata del farmaco; 37.200,00: revisione dei processi e semplificazione amministrativa (dirigente amm.vo); 1.560,00: revisione dei processi e semplificazione amministrativa (dirigente sociologo); qualità delle cure (dirigente infermieristico).
A.A.S. n. 5 Friuli Occidentale	148.200,00	importo impegnato sui seguenti 20 obiettivi: 6.600,00: riorganizzazione attività di laboratorio; 12.600,00: ampliamento analisi citogenetiche; 6.300,00: sicurezza informatica nella PA; 1.200,00: gestione tecnica e patrimoniale degli edifici aziendali territoriali; 8.400,00: introduzione di procedure per la gestione coordinata dei debiti informativi verso banche dati Anac; 9.900,00: incentivi per funzioni tecniche per servizi e forniture; 9.600,00: revisione dei processi e semplificazione amm.va; 5.400,00: collaborazione con la direzione strategica; 1.500,00: revisione sistema di contabilità; 6.000,00: adempimenti modificativi e attuativi dell'atto aziendale (dirigenti amm.vi); 4.800,00: adempimenti modificativi e attuativi dell'atto aziendale (dirigenti tecnici); 7.200,00: standard assistenziali DAO DAPA; 25.200,00: garanzia e ottimizzazione dell'attività della struttura (farmacisti); 3.000,00: realizzazione eventi formativi previsti dal piano regionale; 17.400,00: riorganizzazione delle attività della SC NPI a fronte della carenza di organico; 3.600,00: progetto "il mondo da noi"; 3.000,00: attività di vigilanza relativa al regolamento Reach e CLP; 5.400,00: compertura delle commissioni pubblico spettacolo comunali e provinciali; 5.100,00: garanzie delle attività (dirigenti psicologi); 6.000,00: valutazione dell'efficacia dell'intervento psicoeducativo in piccolo gruppo per pazienti fino ai 25 anni.
ASUI Trieste	203.640,00	importo impegnato sui seguenti 38 obiettivi: 1.800,00: contenimento tempi di attesa valutazioni psicologiche minori fino ai 13 anni; 2.040,00: contenimento tempi di attesa nuove valutazioni psicologiche di minori; 1.800,00: maggior disponibilità oraria per prestazioni ambulatoriali (SS anziani e residenze); 1.800,00: consolidare la sperimentazione concernente la domiciliarità innovativa; consultorio familiare D2; 1.800,00: maggior disponibilità oraria per prestazioni ambulatoriali SSD riabilitazione D2; 6.240,00: attività in eccedenza oraria per interventi integrati con Comune e scuole; 3.120,00: contenimento liste di attesa per soggetti help seekers in età fra 15-25 anni; 3.960,00: presa in carico sociosanitaria integrata con servizi sociali dei Comuni per nuclei familiari (Distretto 3); 1.500,00: presa in carico sociosanitaria integrata con servizi sociali dei Comuni per nuclei familiari (D3 bambini e adolescenti); 3.120,00: maggior disponibilità oraria per effettuare prestazioni (SS Consultorio Familiare D4); 2.040,00: presa in carico sociosanitaria integrata con servizi sociali dei Comuni per nuclei familiari (SCBADOF); 12.240,00: continuità assistenziale dei detenuti presso la casa circondariale di TS; 9.000,00: attività ambulatoriale distrettuale per persone con disturbo mentale; 1.800,00: attuazione nuova procedura per la gestione dei budget di salute individuali; 1.800,00: consulenze e presa in carico per pazienti con disturbo mentale severo dal parte del CSM; 1.800,00: presa in carico e mantenimento/aumento dell'attività ambulatoriale erogata a soggetti con disturbi del comportamento alimentare; 10.320,00: assicurare il funzionamento nelle 12 ore di sale operatorie con regia unitaria (direzione infermieristica e ostetrica); 24.300,00: costituzione magazzino buffer presso le sedi Cattinara e Maggiore: attivazione prescrizione nominativa della componente ospedaliera e territoriale con utilizzo del gestionale INSIEL-PSM; 5.400,00: favorire l'utilizzo delle molecole dall'ottimale rapporto costo/efficacia per i medicinali erogati sia in convenzionata che in DPC; 5.400,00: verifica appropriatezza delle richieste dei farmaci e controllo del loro impiego; 1.200,00: completare il trasferimento SC UCO di Igiene dal Burlo ai nuovi locali del Cattinara; 20.400,00: miglioramento produttività risorse tecniche (microbiologia, anatomia, igiene, medicina dei servizi); 4.200,00: realizzazione piattaforma analisi decentrate PoCT su tutta l'area vasta giuliano isontina (SC laboratorio- DA I medicina dei servizi); 6.300,00: mantenimento tempi di risposta delle prestazioni diagnostiche (microbiologia e virologia); 2.640,00: monitoraggio dei poct nella gestione dei pazienti in terapia anticoagulante orale; 2.640,00: esecuzione indagine ricerca mutazione V617F nel gene JAK2 in donatori di sangue; 3.720,00: trattamento di total body irradiation in radioterapia; 3.600,00: adozione nuovo sistema gestionale a servizio delle attività del controllo di gestione; 10.800,00: introduzione nuovo software di gestione apparecchiature biomediche; 3.600,00: revisione del sistema contabile; 3.600,00: ideazione e coordinamento del progetto pluriennale della SCAGLIA (recupero mancati pagamenti per esenzioni non spettanti); 3.600,00: analisi fondi contrattuali anni precedenti e fondi derivanti da LP esistenti al 31.12.18; 2.040,00: disanima tematiche derivanti da unificazione asu/s/aa2; 10.800,00: trasformazione continua erogazione dei servizi della SC informatica e telecomunicazioni; 3.600,00: formulazione degli atti propedeutici alla definizione del nuovo assetto del SSR; 12.420,00: prosecuzione e sviluppo delle attività amm.ve nella logistica di magazzino; 3.600,00: assicurare l'operatività della nuova azienda prevista dalla LR 27/2018 nelle more dell'attuazione del nuovo atto aziendale; 3.600,00: predisposizione delle bozze armonizzate del sistema di gestione della sicurezza antincendio e del regolamento sul divieto di fumo.

**Rendicontazione progettuale risorse regionali aggiuntive con destinazione prioritaria agli obiettivi regionali - Personale della Dirigenza S.P.T.A. - Esercizio 2019  
ALLEGATO 8**

<b>AZIENDA</b>	<b>importo quote 2019 IMPEGNATE per ob. Reg.li</b>	<b>progetti/obiettivi correlati alle RAR destinate prioritariamente agli obiettivi regionali</b>
<b>ASUI Udine</b>	250.819,83	importo impegnato sui seguenti 4 obiettivi: 114.273,82: processi di riorganizzazione e/o accorpamento anche interaziendale; 63.346,01: contenimento dei tempi di attesa; 72.000,00: contenimento spesa farmaceutica e gestione centralizzata del farmaco; 1.200,00: piano regionale formazione.
<b>Burlo Trieste</b>	41.880,00	importo impegnato sui seguenti 9 obiettivi: 4.800,00: contenimento tempi di attesa per le procedure di fecondazione assistita; 8.400,00: sviluppo di nuovi percorsi diagnostici (SC genetica medica); 1.800,00: riorganizzazione delle attività di tossicologia forense; 1.500,00: continuità assistenziale per donne, bambini e adolescenti con bisogni psicosociali complessi; 3.900,00: supporto all'attività di ricerca connessa all'assistenza (dirigenti farmacisti); 15.600,00: assicurare la continuità delle cure in urgenza; 2.280,00: analisi quali-quantitativa dotazione piattaforme della cura; 1.800,00: qualità delle cure: conformità del programma trapianti midollo osseo in età pediatrica.
<b>CRO Aviano</b>	39.766,91	importo impegnato sui seguenti 3 obiettivi: 2.013, 51: corso direttori soc; 15.101,36: incremento volumi attività RT; 22.652,04: aumento attività diagnostica.
<b>A.R.C.S.</b>	51.756,47	importo impegnato sui seguenti 3 obiettivi. 48.566,47: processi di riorganizzazione; 1.200,00: revisione dei processi e semplificazione amministrativa; 1.990,00: contenimento della spesa farmaceutica e gestione centralizzata del farmaco.
<b>TOTALE</b>	<b>919.545,79</b>	

**Rendicontazione progettuale ulteriori risorse regionali aggiuntive demandate alla CIA  
Personale della Dirigenza S.P.T.A. - Esercizio 2019  
ALLEGATO 9**

AZIENDA	quote 2019 per CIA IMPEGNATE per ob strat in raccordo con progr. reg. le e i piani att.aziendali	progetti/obiettivi correlati alle RAR demandate alla CIA per obiettivi strategici in accordo con program maz. reg.le e i piani attuativi aziendali
A.A.S. n. 2 Bassa Friulana Isontina	73.300,00	importo impegnato sui seguenti 18 obiettivi: 3.000,00: implemmentazione attività microbiologia d'urgenza; 1.500,00: mantenimento illevvi di attività del team bariatrico; 1.800,00: attivazione di un programma per autori di violenze nelle relazioni affettive; 1.800,00: medication free per le persone tra i 18 e i 25 anni; 4.000,00: revisione documentazione aziendale e realizzazione sistema integrato qualità sicurezza ambiente; 6.800,00: mantenimento processo di fornitura dei dispositivi medici; 3.400,00: implementazione della istruzione interna"liquidazione farmacie convenzionate"; 2.000,00: gestione regolare dei rimborsi per i farmaci ad alto costo oncologici; 10.000,00: mantenimento delle funzioni di distribuzione diretta dei farmaci; 5.000,00: revisione dell'infrastruttura telematica; 4.000,00: espletamento della funzione di responsabile aziendale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza; 5.000,00: garanzia di mantenimento dei servizi sanitari previsti dal piano sanitario regionale; 1.000,00: gestione nuove competenze assegnate alla SC gestione gare e contratti, acquisizioni lavori, beni e servizi; 4.000,00: recupero crediti ticket ospedali latisana-palmanova; 14.000,00: revisione del SMV P e attività di supporto all'OIV; 3.000,00: interventi di sensibilizzazione e cura per implementare una cultura antifumo in aree specifiche; 18.000,00: promozione della cessazione all'abitudine al fumo realizzando interventi individuali e di gruppo.
A.A.S. n. 3 Alto Friuli - Collinare - Medio Friuli	-	
A.A.S. n. 5 Friuli Occidentale	17.022,58	all'importo sono stati aggiunti 26.138,35 residui anni precedenti impegnati sui seguenti 6 obiettivi: 20.100,00: attività propedeutiche per allestimento nuovo ospedale; 10.800,00: monitoraggio contratti; 1.800,00: recupero crediti anni precedenti; 3.600,00: svolgimento delle attività ispettive in almeno 30 farmacie; 4.800,00: messa a punto progetto personalizzato di transizione dei giovani adolescenti che sono presi in carico dai servizi in delega; 2.060,00: accantonamento quota RAR.
ASUI Trieste	53.040,00	importo impegnato sui seguenti 13 obiettivi: 2.040,00: svolgimento attività di gruppo terapeutica per almeno 30 incontri presso la sede del centro diurno (servizio salute mentale giovani); 2.040,00: attività in eccedenza oraria per garantire la formazione regionale per il trattamento precoce dell'autismo; 2.040,00 (distretto 1): miglioramento attività di cura ospedale-territorio durante la gravidanza e il puerperio; 2.160,00: implementazione di percorsi di formazione/ricerca e intervento nell'ambito dell'autismo; 2.040,00: attività in eccedenza oraria per garantire la formazione regionale per il trattamento precoce dell'autismo; 2.040,00 (distretto 4); 1.800,00: monitoraggio della qualità di vita e del tono dell'umore dei pazienti con sclerosi multipla; 2.040,00: garantire il corrdinamento organizzativo delle attività accertative medico legali attribuite ex lege ed i rapporti con i medici competenti e la CMLP; 2.040,00: verificare che le previsioni del contratto siano rispettate; 15.480,00: formazione del personale nel sistema di verifica degli esiti del nursing; 2.040,00: produzione graduatorie PEO 2019; 3.600,00: sottoscrizione e adozione di atti e provvedimenti in sinergia con il Burlo; 2.040,00: predisposizione degli accordi aziendali; 13.680,00: riorganizzazione dei compiti e delle funzioni .
ASUI Udine		
Burlo Trieste	21.803,91	importo, cui sono stati aggiunti 17.262, 33 residui RAR 2018, impegnato sui seguenti 9 obiettivi: 4.320,78: predisposizione atti propedeutici all'alienazione dell'edificio di via Combi; 4.320,78:adozione e applicazione del nuovo assetto degli incarichi di funzione; 4.320,78:sviluppo sistema automatico di controllo dei CIC; 4.320,78: sviluppo della sicurezza informatica; 4.320,78:ampliamento impianto di videosorveglianza; 4.320,78: revisione dei sistemi contabili aziendali; 4.320,78: miglioramento della valorizzazione economica dell'attività e della produzione dell'IRCCS; 4.320,78:curare la raccolta e la trasmissione della documentazione relativa all'inserito sanità del Burlo; 4.500,00: supporto metodologico ad attività interaziendali per promuovere l'allattamento materno.
CRO Aviano	47.820,97	importo impegnato sui seguenti 9 obiettivi. 10.067,57: monitoraggio flusso F+ attività radiofarmacia; 5.033,79: contratto decentrato del comparto+riclassificazione attività amm.ve; 5.033,79:avvio procedura di gara della prontoterapia + rendicontazione in conto capitale dei progetti del Ministero della Salute; 5.033,79:rendicontazione in conto capitale dei progetti del Ministero della Salute+ riduzione dei tempi di pagamento;5.033,79: ricognizione dello stato delle gare di competenza della struttura e pianificazione delle attività; 10.067, 57: linea3.3.7 rapporto con le aziende farmaceutiche e biomedicali + revisione dei centri di c osto in attuazione del nuovo atto aziendale + contratto decentrato del comparto; 5.033, 79: adeguamento dell'albero dei centri di costo di ascot economato in attuazione del nuovo atto aziendale; 2.516, 89: supporto psicologico oncologia presso FN e San Vito.
A.R.C.S.	40.000,00	allimporto sono stati aggiunti 2.311,00 rar centralizzate anni precedenti impegnati sui seguenti 4 obiettivi: 3.000,00: gestione sistema PACS; 13.000,00: governo delle politiche regionali di acquisto dei farmaci e dei dispositivi medici; 13.311,00: procedure centralizzate gare, logistica e approvvigionamento; 13.000,00: espletamento procedure concorsuali centralizzate.
<b>TOTALE</b>	<b>252.987,46</b>	

### VALUTAZIONE 2019 - NOTA ESPLICATIVA

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

- attuazione al 31/12/2019: le aziende descrivono lo stato di attuazione di quanto previsto nei risultati attesi;
- valutazione Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità (di seguito direzione Centrale Salute): viene rappresentata la valutazione sintetica della Direzione rispetto al raggiungimento dell'obiettivo.

La valutazione è stata effettuata in base ai seguenti criteri:

Un obiettivo può essere considerato:

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

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

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

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

## Azienda sanitaria universitaria integrata di Trieste

### 3.1 PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

<b>3.1.1. Tutela della salute della donna</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Nell'ambito dei corsi di preparazione al parto e nei centri nascita veicolare il messaggio dell'importanza della vaccinazione infantile e dell'adozione di stili di vita sani	Evidenza della promozione delle vaccinazioni da parte delle ostetriche e delle assistenti sanitarie nei corsi di accompagnamento al parto e puerperio e nei centri nascita
Attuazione al 31.12.2019: Nel corso del 2019 in tutti i gruppi post parto c'è stato un intervento degli operatori degli ambulatori vaccinali 61 interventi/ 61 gruppi (897 donne).	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.1.2. Migliorare la salute nei soggetti a rischio MCNT e malati cronici (Programma I PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Screening opportunistico: avvio di uno screening opportunistico su stili di vita e rischio cardiovascolare globale nelle Aziende sanitarie della regione	Il 10 % dei pazienti eleggibili di ogni M.M.G. che aderisce allo screening opportunistico è valutato per la definizione del rischio cardiovascolare. Il risultato del rischio sarà inserito nella piattaforma regionale del rischio cardiovascolare
Attuazione al 31.12.2019: Il gruppo regionale della prevenzione ha formalizzato un progetto pilota per lo screening cardiovascolare (CV) opportunistico dei pazienti con età 45- 60 anni con fattori di rischio cardiovascolare che si presentino presso l'Ambulatorio del medico di medicina generale o distretto sanitario. Il progetto pilota per lo screening CV è stato presentato al congresso regionale della medicina generale organizzato da Ceformed a Grado in data 27 settembre 2017, (programma allegato 1) e agli incontri aziendali su prevenzione cardiovascolare che si sono svolti a Trieste in data 13 dicembre 2018 (all. 2) e a Monfalcone l'8 febbraio 2019 (allegato 3). In ambito delle trattative tra rappresentanti dei medici di medicina generale e regione FVG il progetto di screening CV non è stato approvato come obiettivo regionale negli anni 2018 e 2019, pertanto il progetto non è mai stato avviato.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.1.3. Gli screening oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia (Programma II PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Gestire la transizione del programma regionale di screening della cervice ad HPV-DNA assicurando presso il laboratorio unico regionale dell'Anatomia Patologica di ASUITS tutti gli esami di HPV-DNA primari e tutte le letture dei pap-test secondari.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Laboratorio unico HPV-DNA e cervico-citologia di screening presso l'Anatomia Patologica di ASUITS.</li> <li>- Fascia di popolazione obiettivo 50-64 invitata a screening con HPV-DNA come test primario.</li> <li>- HPV-DNA primari e tutte le letture dei pap-test secondari analizzati presso l'Anatomia Patologica di ASUITS</li> </ul>
Attuazione al 31.12.2019: Obiettivi rispettati, risultato atteso raggiunto	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Assicurare la collaborazione per la riconversione del programma di screening cervicale, inclusi gli aspetti di comunicazione e formazione.	Operatori aziendali formati
Attuazione al 31.12.2019: Obiettivo rispettato	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Garantire i prelievi per HPV-DNA test di primo livello	Dotare gli ambulatori di prelievo delle dotazioni come da nota trasmessa dalla DCS
Attuazione al 31.12.2019: Obiettivo rispettato	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Prelievi per HPV-DNA test di primo livello: Collaborare alla realizzazione della logistica di trasporto dei campioni al laboratorio unico secondo le indicazioni della DCS	Logistica di supporto realizzata secondo indicazioni DCS
Attuazione al 31.12.2019: Obiettivo rispettato	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Refertazione pap-test di screening di primo livello: Garantire la tempestiva lettura dei pap-test primari fino a transizione di programma avvenuta	Lecture dei pap-test primari presso le sedi di attuale competenza fino a transizione del programma ultimata (>80% dei pap test refertati entro 21 giorni dalla data di prelievo) L'area isontina farà già riferimento ad ASUITS nel corso del 2019.
Attuazione al 31.12.2019: Obiettivo rispettato	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

Raggiungere e mantenere un'adesione ai programmi di screening pari al 70 % per la cervice uterina, al 70 % per la mammella, e al 70% per il carcinoma del colon retto	Adesione pari al 70% per la cervice uterina, al 70% per la mammella, e al 70% per il carcinoma del colon retto
Attuazione al 31.12.2019: mammella 70,25% colon-retto: 52,12% cervice 62.25	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Mantenere aggiornate, tramite i distretti, le anagrafi sanitarie verificando assistiti in base ai dati del monitoraggio delle lettere inesitate fatti pervenire dalla Direzione Centrale Salute	- Percentuale di inviti inesitati < = 1,5% - Formale individuazione, con trasmissione alla DCS entro 30 giorni dall'approvazione definitiva delle presenti linee, di un referente amministrativo in ogni distretto - Report alla DCS entro il 31.12.2019 con le azioni intraprese ai fini del contenimento del fenomeno
Attuazione al 31.12.2019: referente amministrativo: dott.ssa Armanda Antinori (individuata a febbraio 2019, attualmente in pensione. Al momento è la segreteria DAT che si occupa delle inesitate (responsabile dott.Giacomo Benedetti) mammella % inesitate 2,32% colon-retto % inesitate 2,66% (dati ricavati dal portale regionale SISSR)	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b>
Continuare a garantire le sedi per l'erogazione dello screening mammografico accertando la permanenza dei requisiti per l'installazione dell'unità mobile e garantendo l'accessibilità da parte delle persone (barriere architettoniche, igiene dei locali, rispetto della privacy, decoro..)	- Requisiti check-list DCS rispettati - Collaborazione negli eventuali sopralluoghi di controllo
Attuazione al 31.12.2019: Tutte le sedi (Trieste, Duino-Aurisina e Muggia) hanno erogato il servizio nel 2019. Presenza del referente aziendale di programma o di un suo collaboratore in tutti i sopralluoghi effettuati. Rispetto dei requisiti della checklist o adeguamento tempestivo delle non conformità segnalate	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Unità senologica: Garantire che i radiologi certificati svolgano sia la lettura del test mammografico di screening sia la gestione del percorso di approfondimento diagnostico dei casi richiamati	Lettura del primo livello e gestione del percorso di approfondimento diagnostico da parte di radiologi certificati
Attuazione al 31.12.2019: Tutti i radiologi certificati leggono le mammografie di I livello e gestiscono l'iter degli approfondimenti necessari per i casi richiamati non negativi al I livello	

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Unità senologica:</p> <p>Garantire la tempestiva e corretta chiusura dell'esito dei casi di secondo livello dello screening mammografico nel G2 clinico, ridurre i richiami intermedi (earlyrecall) dopo approfondimento</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tempi di attesa per approfondimenti di secondo livello &lt; o = 20 gg da esito positivo della mammografia di primo livello</li> <li>- Percentuale di casi di secondo livello chiusi correttamente &gt; = 95%</li> <li>- Tempo di attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella &lt; o = a gg 30</li> <li>- Percentuale di early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso"/totale dei casi chiusi dall'unità senologica inferiore al 10%</li> </ul>
<p>Attuazione al 31.12.2019:</p> <p>attesa approfondimenti Il livello &lt; o = a 20 gg: 42,5%: (non in linea)</p> <p>% casi Il livello chiusi correttamente:98,4%</p> <p>attesa media intervento chirurgico: 42,4 giorni (non in linea)</p> <p>% early recall: 9,64%</p>	
Valutazione	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
<p>Endoscopia:</p> <p>Garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica (in particolare la codifica del livello di rischio assicurando di rendere definitiva la compilazione) per gli esami di 2° livello di screening</p> <p>Garantire l'offerta della colonscopia di approfondimento di secondo livello entro 30 giorni dalla positività del FOBT di screening</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Percentuale di cartelle correttamente compilate &gt;=95%</li> <li>- Mantenimento dei tempi di attesa per la colonscopia di screening entro 30 giorni dalla data del FOBT positivo rispetto al secondo semestre 2018 (&gt; =95% di offerta di colonscopia di screening entro 30 giorni)</li> </ul>
<p>Attuazione al 31.12.2019:</p> <p>Offerta colonscopia entro 30 giorni: 100%</p> <p>Su 886 fobt positivi abbiamo avuto 29 rinunce a proseguire gli accertamenti proposti. Nei 857 casi rimanenti siamo stati in grado di offrire a tutti la colonscopia di approfondimento entro i 30 giorni richiesti</p>	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO

<b>3.1.5. Salute e sicurezza nelle scuole e benessere dei giovani (Programma III PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Collaborano e sostenere percorsi ed azioni coerenti a diffondere in tutta la Regione il modello di Scuola che promuove la salute, che ha lo scopo di migliorare il successo scolastico e facilitare l'azione in favore della salute.</p>	<p>Almeno il 90% delle scuole dovranno esser raggiunte dalla proposta di aderire alla rete Scuole che promuovono salute (SHE).</p>
<p>Attuazione al 31.12.2019:</p>	



33 istituti su 35 sono stati raggiunti dalla proposta di aderire alla rete di Scuole che promuovono salute (SHE).	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Sviluppare progettualità di peereducation nelle scuole della regione. Continuare la diffusione e implementazione dei progetti riconducibili alle buone pratiche, quali modello What's up, Unplugged, peereducation ecc.	Adesione alla progettazione di almeno 16 scuole. Le progettualità saranno inserite nella banca dati PROSA
<p>Attuazione al 31.12.2019:</p> <p>Bulli di sapone: 6 istituti</p> <p>Zooantropologia didattica: 3 istituti</p> <p>Unplugged: 7 istituti + 1 ente formazione</p> <p>Sicuramente: 15 istituti + 4 scuole dell'infanzia</p> <p>Emozioni in regola: 3 istituti</p> <p>Afrodite: 4 istituti + 3 enti formazione</p> <p>In totale 33 istituti (4 scuole dell'infanzia, 18 Istituti comprensivi e 8 scuole secondarie superiori) e 3 enti di formazione</p> <p>Alla progettazione hanno aderito 33 istituti</p> <p>Tutte le progettualità sono state inserite nella banca dati PROSA.</p> <p>Progetto Afrodite Meglio Sapere Tutto (Promozione dei comportamenti protettivi nella sfera delle relazioni affettive e sessuali e prevenzione delle Malattie Sessualmente Trasmesse (M.S.T.), dell'uso di sostanze e di altri comportamenti a rischio, con il metodo della Peer Education): nell'anno scolastico 2018/2019 sono stati coinvolti nel progetto 56 classi (seconde e terze di secondaria di secondo grado) per un totale di 1104 studenti contattati, appartenenti a 4 istituti superiori di secondo grado della area di Trieste. Il progetto ha previsto interventi anche presso 1 Centro di formazione Professionale regionale.</p>	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO

<b>3.1.6. Dipendenze</b>
Per la parte riguardante gli obiettivi relativi (Gioco Azzardo Patologico).
Attuazione al 31.12.2019: Vedere il capitolo 3.3.2.10

<b>3.1.7. Promozione dell'attività fisica (Programma V PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Sviluppo di progetti di attività fisica rivolti alla popolazione adulta	Report su quanto realizzato. Le progettualità saranno inserite in banca dati PROSA
<p>Attuazione al 31.12.2019:</p> <p>Nel sito invecchiamentoattivo.fvg sono inserite tutte le associazioni ed Enti che fanno attività in collaborazione con l'Azienda a tutte le Associazioni è stata data indicazione di registrarsi al sito declinando le attività rivolte alla popolazione adulta.</p>	

Nel 2019 L' Azienda ha chiesto di spostare il finanziamento all'anno successivo ma tutte le Associazioni che avevano avuto il contributo l'anno precedente hanno continuato ed implementato l'attività, Lungavitattiva ha continuato nel 1° semestre 2019 parte dell'attività ed implementato nel secondo semestre anche senza contributo.

Il progetto " Muoviamoci insieme" in collaborazione con Auser ha rivolto l'attività a 200 persone nella fascia della popolazione adulta.

Insieme al Comune e alle Associazioni le Associazioni UISP, Acli, Ass. Benessere attività fisica rivolta alla popolazione anziana con facilitazioni economiche in base all'ISEE utilizzando le sedi dei ricreatori comunali

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Diffusione delle opportunità di attività fisica presenti sul territorio attraverso il sito regionale (invecchiamentoattivo.fvg)	Presenza, sul sito invecchiamentoattivo.fvg, delle attività realizzate in collaborazione con le associazioni
Attuazione al 31.12.2019: Nel sito invecchiamentoattivo.fvg sono inserite tutte le associazioni ed Enti che fanno attività in collaborazione con l'Azienda a tutte le Associazioni è stata data indicazione di registrarsi al sito declinando le attività rivolte alla popolazione adulta.	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Prevenzione degli incidenti stradali	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Continua la collaborazione, mediante iniziative di formazione (progetto regionale Sicuramente), di comunicazione e informazione alla popolazione e amministratori, il consolidamento, coerentemente con il Piano regionale della Prevenzione della rete territoriale, di interventi e iniziative finalizzati alla prevenzione degli incidenti stradali.</li> <li>- Il Dipartimento delle dipendenze in particolare proseguirà l'attività preventiva del progetto "Overnight" nei luoghi del divertimento notturno giovanile, per contrastare i rischi diretti ed indiretti legati all'assunzione di sostanze psicoattive.</li> </ul>
Attuazione al 31.12.2019: Partecipazione all'evento finale a livello regionale del progetto Sicuramente. Garantita la collaborazione.	
Il team di Overnight ha effettuato 17 uscite nel corso del 2019. Sono stati registrati 7.038 contatti totali, che hanno consentito il colloquio informativo, la distribuzione di opuscoli e gadget e l'ascolto attivo dei giovani. Sono state 532 le rilevazioni con etilometro e 253 gli etiltest monouso distribuiti. In tema di promozione di mezzi di trasporto alternativi ai propri, è proseguita la collaborazione con la cooperativa dei taxisti: sono state distribuite ai ragazzi con età "under 29" un totale di 600 tessere taxi (ogni tessera dà diritto a 3 buoni da 5 €, da usare anche in gruppo), durante le serate/notti del fine settimana. Sono stati distribuiti 822 litri di acqua. Il	

team comprendeva anche i peer educators preventivamente formati (12 ragazzi, che si sono iscritti al corso e lo hanno portato a termine). Sono stati 57 gli interventi sanitari fatti per rispondere a situazioni di malessere acuto, anche in collaborazione con il 112.

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

Obiettivo aziendale

Risultato atteso

Prevenzione degli incidenti domestici

ASUITS si impegna a diffondere nel territorio di propria competenza (scuole, associazioni, enti, ecc.) il report delle attività svolte negli anni scorsi che la DCS elaborerà e diffonderà in modo dettagliato.  
ASUITS invierà alla DCS il report sull'attività svolta.

Attuazione al 31.12.2019:

Il report "Rischi abitativi di un campione di persone fragili residenti in Friuli Venezia Giulia" predisposto dalla DCS è stato diffuso fra i MMG e i PLS; gli operatori sanitari dell'ASUITS attraverso la newsletter aziendale; alla popolazione attraverso il portale aziendale, alle Associazioni di Volontariato; agli Istituti Scolastici che hanno partecipato al progetto di alternanza scuola-lavoro legato alla rilevazione del rischio abitativo (ITS Deledda-Fabiani, Ist. Da Vinci – Sandrinelli, Liceo Artistico Nordio); alle Microaree; all'OMCEO della Provincia di Trieste, che ne ha dato diffusione fra gli iscritti

**Valutazione****OBIETTIVO RAGGIUNTO****3.1.10. Miglioramento della qualità nelle attività del dipartimento di prevenzione con particolare riferimento alle attività di vigilanza e controllo (Programma VIII PRP)**

Obiettivo aziendale

Risultato atteso

Partecipare alle fasi V e VI del progetto "Prodotti Finiti FVG" che prevedono:

- V fase: la definizione di un modello di scheda per la valorizzazione (pesatura) dei prodotti finiti;
- VI fase: la stima delle risorse impiegate per ogni prodotto finito

- Predisposizione di un modello di scheda di valorizzazione condivisa a livello regionale
- Almeno il 90% dei questionari inviati dal gruppo di progetto dovranno essere correttamente compilati dagli operatori del dipartimento di prevenzione intervistati

Attuazione al 31.12.2019:

Il modello di scheda è stato predisposto dal gruppo di ricerca e approvato dal comitato di valorizzazione durante gli incontri del 19/3 e 15/4 2019.

Gli operatori del Dipartimento di Prevenzione hanno completato almeno il 90% dei questionari

**Valutazione****OBIETTIVO RAGGIUNTO**

SIAN/VET

Partecipare alla formazione degli auditor e al programma di mantenimento della qualifica

- Mantenimento della qualifica di 7 auditor ufficiali

Attuazione al 31.12.2019:

Visti il pensionamento della dott.ssa Mari Grazia Cella ed il licenziamento della dott.ssa Anna Carone il numero

<p>degli auditor ufficiali è sceso a 5.</p> <p>VETB: 3 AUDIT al fine del mantenimento della qualifica</p> <p>Gli auditor ufficiali del SIAN hanno effettuato tre audit ciascuno per il mantenimento della qualifica</p>	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>SPSAL</p> <p>Partecipare attivamente al programma regionale di audit, scegliendo il comparto di interesse a seconda della specificità territoriale.</p>	<p>Partecipazione al programma di audit regionale nell'ambito dell'attività portuale, di specifico interesse territoriale, con avvio della fase realizzativa</p>
<p>Attuazione al 31.12.2019:</p> <p>Eseguiti n. 3 audit nuovi e n. 4 verifiche su audit eseguiti nel 2018 (come previsto dal Progetto BRIC). Tutti i dati sono registrati su Me.La.</p>	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO

<b>3.1.11. Migliorare la salute e la sicurezza nei comparti a maggior rischio (Programma IX PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Mantenere un'adeguata vigilanza nei settori edile e agricolo secondo i parametri definiti a livello nazionale</p>	<p>L'attività verrà svolta sulla base dei parametri indicati dalla DCS, rispondenti alle indicazioni nazionali:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 439 aziende vigilate, sulla base delle indicazioni della DCS (5%, obiettivo LEA).</li> <li>- Edilizia: attività di vigilanza svolta in 164 cantieri.</li> <li>- Agricoltura: attività di vigilanza svolta in 4 aziende agricole</li> </ul>
<p>Attuazione al 31.12.2019:</p> <p>491 aziende vigilate</p> <p>182 cantieri ispezionati</p> <p>4 aziende agricole vigilate</p> <p>Tutti i dati sono registrati su MeLa</p>	
Valutazione	<b>1. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>2. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>3. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.1.12. Emersione e prevenzione delle malattie professionali in Friuli Venezia Giulia e promozione della salute nei luoghi di lavoro (Programma X PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Proseguire in ogni azienda il programma integrato di promozione della salute dei dipendenti, che coinvolga i medici competenti, per la declinazione operativa delle azioni dell'obiettivo specifico "Progetto pilota per un programma integrato di salute e benessere dei dipendenti pubblici..." del PRP.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Report sui lavoratori a rischio cardiovascolare globale</li> <li>- Offerta di percorsi per smettere di fumare</li> </ul>

Attuazione al 31.12.2019:  
 I questionari somministrati ai dipendenti ASUGI visitati nel corso della sorveglianza sanitaria al 31.12.2019 sono risultati 940.  
 Ai dipendenti che presentavano un aumento dei valori di colesterolo totale o di trigliceridi e/o un valore del Body Max Index superiore o uguale al valore di 25 e' stato consegnato durante la visita medica, o inviato assieme al referto, materiale informativo sulla corretta alimentazione.  
 A tutti i fumatori e' stato offerto di seguire il percorso previsto per i dipendenti dal progetto "Azienda libera dal fumo". I dati sono stati presentati alla riunione annuale del riesame.

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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,
Adottare e applicare le nuove LLGG regionali sulla tubercolosi	- LLGG regionali sulla tubercolosi applicate

Attuazione al 31.12.2019:

Procedura Prevenzione e controllo delle infezioni prevenibili con vaccino ed applicazione delle Linee Guida Regionali per la prevenzione della TBC negli operatori sanitari e nei volontari di data 10.12.2019. Disponibile sul sito intranet aziendale all'interno del MANUALE delle procedure ed istruzioni operative 2019 del Dipartimento di Prevenzione, SC Igiene Sanità Pubblica.

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
-------------	---------------------

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Studi di sorveglianza OKKIO alla Salute e HBSC	Collaborazione agli studi di sorveglianza ed alla restituzione dei risultati emersi

Attuazione al 31.12.2019:

Il personale del DIP ha contribuito alla rilevazione e all'inserimento dei dati dello studio di sorveglianza regionale OKKIO alla Salute 2019; i cui dati sono stati inviati al Burlo (referente regionale dello studio) per l'analisi a livello regionale.

Lo studio di sorveglianza HBSC ha cadenza quadriennale (l'ultima rilevazione è del 2018), nel 2019 il Ministero doveva restituire alle Aziende i risultati per la divulgazione, ma questi non sono mai arrivati.

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Studi di sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento	Collaborazione nel dare continuità agli studi di sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento

Attuazione al 31.12.2019:

È stata data collaborazione nel dare continuità agli studi di sorveglianza PASSI e PASSI D'Argento.

Nel corso del 2019 il call center regionale ha realizzato 270 interviste di PASSI e 831 di Passi d'Argento; le 3 interviste vis a vis richieste sono state realizzate da una assistente sanitaria del DIP

L'assistente amministrativo del DiP ha proseguito la collaborazione con la DCS (Referente Regionale e per

l'ASUITS) per la gestione delle sostituzioni relative a tutte le Aziende Sanitarie della Regione	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Partecipazione attiva alle attività del "Gruppo Tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali " di cui al Decreto n°630/SPS del 12.08.15 e della "Cabina di Regia" di cui al Decreto in° 695/SPS del 19.05.2017.	Partecipazione al "Gruppo Tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali "e alla "Cabina di Regia".

Attuazione al 31.12.2019:

Il dott. Patussi ha partecipato alle riunioni del Gruppo tecnico presso la DCS. I verbali delle stesse sono stati redatti dalla DCS.

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Sorveglianza delle acque potabili. Mappatura dei pozzi privati utilizzati nell'ambito delle imprese alimentari.	Attività non prevista in quanto nella provincia di Trieste non risultano essere presenti pozzi utilizzati allo scopo.

Attuazione al 31.12.2019:

Attività non prevista in quanto nella provincia di Trieste non risultano essere presenti pozzi utilizzati allo scopo.

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Ogni azienda sanitaria provvede alla nomina di nuovi ispettori Reach/CLP tra il personale che ha partecipato al percorso di formazione/addestramento.	Prosecuzione dell'attività di formazione per futuri ispettori REACH (almeno 2 ispettori operativi tra ASUITs e AAS2)

Attuazione al 31.12.2019:

i due operatori incaricati seguono il percorso di formazione, sulla base della comunicazione del Dr. Pischiutti, in cui viene evidenziata la non necessità di nuovi ispettori a fronte della prossima fusione in ASUGI

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Ogni Azienda Sanitaria garantisce un numero di controlli coerenti con il piano nazionale annuale dei controlli in materia di REACH/CLP, per quanto attiene target group e tipologia di sostanze controllate,	1 controllo (almeno 3 controlli complessivi tra l'ASUITs e l'AAS2)

Attuazione al 31.12.2019:

Effettuato 1 controllo su liquido sigarette elettroniche (15 ottobre 2019). Documentazione agli atti.

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--------------------	----------------------------

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Realizzare interventi di immunizzazione dei volontari ospedalieri per la prevenzione e il controllo delle infezioni prevenibili da vaccino	E' adottato e applicato un protocollo vaccinale per i volontari ospedalieri per il controllo dell'immunizzazione e la vaccinazione per malattie prevenibili con vaccino (morbillo, -parotite, -rosolia, -varicella, pertosse, influenza) comprendente altresì misure per il controllo e la prevenzione della tubercolosi secondo Linee guida regionali.
Attuazione al 31.12.2019: Procedura Prevenzione e controllo delle infezioni prevenibili con vaccino ed applicazione delle Linee Guida Regionali per la prevenzione della TBC negli operatori sanitari e nei volontari di data 10.12.2019. Disponibile sul sito intranet aziendale all'interno del MANUALE delle procedure ed istruzioni operative 2019 del Dipartimento di Prevenzione, SC Igiene Sanità Pubblica.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Garantire l'offerta attiva e gratuita delle vaccinazioni assicurando il proseguimento delle campagne vaccinali già avviate e quelle di nuova introduzione (in particolare l'herpes zoster negli anziani)	Miglioramento delle coperture vaccinali dell'infanzia e dell'adolescenza: - esavalente - MMR ( 1 <sup>a</sup> e 2 <sup>a</sup> dose) - Offerta attiva della vaccinazione anti herpes zoster nei 65enni con l'obiettivo di copertura del 35%
Attuazione al 31.12.2019: Esavalente: coorte 2017= 92.09% -MMR_ 1° dose MMR coorte 2017= 92,15% 2° dose MMR coorte 2003 = 85,37% -Zoster: La copertura della coorte 1954 è uguale a 5,2%. Nel corso dell'anno 2019 è stato tuttavia necessario recuperare la coorte di nascita 1953 che a fine 2019 ha una copertura vaccinale di 21,3%	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO: Esa - MMR</b> <b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO: Zoster</b>
Attivare la campagna di vaccino-profilassi rivolta ai pazienti adulti ematologici, in particolare con asplenia funzionale o chirurgica, neoplasie ematologiche, malattie mieloproliferative croniche/ mielodisplasie, malattie linfoproliferative, trapianto di cellule staminali ematopoietiche.	Vaccino-profilassi verso pneumococco, meningococco, emofilo, influenza secondo le Linee Guida della Regione FVG specificamente disegnate per il paziente ematologico.
Attuazione al 31.12.2019: È stato avviato Il centro vaccinale dedicato ai soggetti appartenenti alle categorie a rischio previste dall'obiettivo presso il CUSA – EMATOLOGIA. Gli accessi al centro sono stati 54 per un totale di 74 vaccinazioni eseguite. Il personale medico e la coordinatrice del centro vaccinale unico del Dipartimento di Prevenzione erano presenti alle sedute vaccinali assieme al personale medico e infermieristico del CUSA- EMATOLOGIA per la collaborazione e il supporto tecnico dal 18.09.2019 al 18.12.2019 con cadenza bimensile.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<p>Veterinari implementazione regionale del Sistema Informativo Nazionale della Farmacosorveglianza Ricetta Veterinaria Elettronica (SINF-RE) (entro il 2019):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- autorizzazione detenzione scorta</li> <li>- formazione interna per l'utilizzo dell'applicativo SINF-RE</li> <li>- anagrafe ministeriale centralizzata delle strutture PET</li> </ul>	<p>Autorizzazione tramite SINF-RE di almeno il 90% delle autorizzazioni alla detenzione scorta già autorizzate in cartaceo, autorizzazione tramite SINF-RE di tutte le nuove autorizzazione detenzione scorta, cura a cascata della formazione interna al fine di adottare l'applicativo SINF-RE, inserimento ed aggiornamento nel SINF-RE delle anagrafiche delle strutture veterinarie e strutture di detenzione. L'eventuale implementazione delle colonie feline (funzione attualmente non attiva) qualora tecnicamente possibile sarà subordinata al censimento aggiornato da parte dei Comuni, cui compete ex Legge Reg. 20/2012.</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Attuazione al 31.12.2019:

L'applicativo SINF-RE non risulta attivo al 31 dicembre 2019, come pure l'anagrafe centralizzata delle strutture PET. In ogni caso le autorizzazioni detenzione scorta vengono monitorate e verificate con cadenza programmata nel programma di farmaco vigilanza.

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>ASUITS (presidio Cattinara Maggiore) partecipano ai programmi di sorveglianza delle ICA, con evidenza di monitoraggio degli indicatori regionali.</p>	<p>Indicatori regionali monitorati</p>
<p>Attuazione al 31.12.2019: Partecipazione di ASUITS garantita e monitoraggio rispettato</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

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

<p>Obiettivo aziendale</p>	<p>Risultato atteso</p>
<p>Applicare il protocollo regionale sull'assistenza sanitaria alle persone migranti ed inviare i dati di attività</p>	<p>Report mensile</p>
<p>Attuazione al 31.12.2019: Report inviati regolarmente come verificabile in GIFRA (protocollo aziendale)</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>Garantire la formazione dei propri operatori sull'antimicrobial stewardship</p>	<p>Almeno il 25% di medici prescrittori formati</p>
<p>Attuazione al 31.12.2019: Monitoraggio, elaborazione e diffusione di reportistica sulle antibiotico resistenze in ospedale e territorio Il report è stato elaborato a cadenza semestrale. I dati (di ASUITS e di ASS2) sono stati inviati alla CIOT Il report del I semestre è stato presentato al corso ASUGI del 19 novembre; dati scorporati per SC sono stati discussi nell' Audit su antibioticoteraia del 7 ottobre</p>	



Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Diffondere a tutti gli operatori sanitari la reportistica regionale sulle resistenze batteriche	Report inviato in formato elettronico a tutti gli operatori sanitari coinvolti in prescrizione e somministrazione di farmaci
Attuazione al 31.12.2019: Diffusione delle indicazioni ai reparti e verbali di audit	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO

<b>3.1.17. Alimentazione e salute: promozione di un'alimentazione sana, sicura e sostenibile (Programma XV PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Garantire la partecipazione degli operatori dedicati al percorso formativo programmato a livello regionale sull'allattamento al seno	80% operatori dedicati formati in ogni Azienda
Attuazione al 31.12.2019: Al 31/12/2019 23/25 (92%) operatori dedicati sono stati formati con il corso regionale "Protezione allattamento" secondo la metodologia Problem Based Learnig.BL	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Mantenere ed ottimizzare il sistema di rilevazione sull'allattamento al seno alla dimissione e alla seconda vaccinazione	100% schede inserite nel sistema di rilevazione regionale entro un mese dalla dimissione e dalla seconda vaccinazione
Attuazione al 31.12.2019: Nel 2019 è stato mantenuto il rilevamento delle schede allattamento alla seconda vaccinazione. Sono state inserite 1132 schede relative ai dati sull'alimentazione del bambino.	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Monitorare le gare di appalto di PA e Enti già mappate nel 2016 e fornire il proprio contributo nelle gare d'appalto in corso nel 2019 per favorire il maggior consumo di frutta e verdura, la riduzione del consumo di sale, usando quello iodato, l'utilizzo di prodotti preferibilmente tipici e a filiera corta	ASUITS contribuisce al 10% delle gare d'appalto di PA e Enti in corso nel 2019
Attuazione al 31.12.2019: Il SIAN ha contribuito alle gare d'appalto di: Comune di Trieste per pasti domiciliari ITIS ARDISS polo universitario di Gorizia SISSA Per un totale del 100%	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO

Prosegue l'attività di verifica della presenza/offerta di sale iodato negli esercizi di vendita e nella ristorazione collettiva (Item inserito nella programmazione del Controllo Ufficiale).	Verifica, nel 70% dei controlli svolti sugli esercizi di vendita e nella ristorazione collettiva, della presenza/offerta di sale iodato
Attuazione al 31.12.2019: Il sale iodato è stato verificato in 96 strutture su un totale di 129 ispezionate (74%). Tali dati vengono estratti dal sistema SICER in maniera discontinua e di difficile verificabilità.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.1.18. Sicurezza alimentare, salute e benessere animale</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Garantire la partecipazione degli operatori al percorso formativo programmato a livello regionale sui MOCA. Redigere una procedura condivisa per l'attività di controllo ufficiale	Partecipazione del 70% degli operatori SIAN al percorso formativo che verrà programmato a livello regionale sui MOCA. Partecipazione di almeno un referente SIAN al percorso di redazione della procedura condivisa regionale.
Attuazione al 31.12.2019: 3 operatori SIAN pari al 25% hanno partecipato al Corso regionale sui MOCA che ha avuto luogo il 21 e 22/11/2019 a Pordenone Relativamente al secondo punto la Regione non ha ancora attivato il percorso di redazione della procedura condivisa regionale; si chiede pertanto lo stralcio dell'obiettivo	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi contenuti nel Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare e nutrizionale anche attraverso l'attività di ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base ai criteri del rischio, delle imprese alimentari; a parità di rischio dovrà essere mantenuto almeno il tasso di copertura 2018	Interventi relativi alle attività di ispezione, audit, campionamento e classificazione: SCIAN - n. 350 interventi ispettivi - n. 200 valutazioni del rischio - il n. 6 audit per settore programmati per il 2019 - 100% di campioni ufficiali di alimenti programmati - n. 8 dei controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN VET - n. 230 interventi ispettivi su imprese alimentari registrate e riconosciute programmati per il 2019; - il n. 3 audit su imprese alimentari riconosciute programmati per il 2019 ; - effettuare il 100% di campionamenti su matrici alimentari e 33 valutazioni del rischio su imprese alimentari registrate programmate di cui 16 congiunti con la SIAN - n. 8 controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni .

<p>Attuazione al 31.12.2019:</p> <p>SCIAN:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•352 interventi ispettivi</li> <li>•352 valutazioni del rischio</li> <li>•6 audit</li> <li>•100% dei campioni programmati (169)</li> <li>•16 controlli congiunti SIAN e VET</li> </ul> <p>VET B:</p> <p>241 interventi ispettivi</p> <p>3 audit</p> <p>31 valutazioni del rischio (16 con SIAN)</p> <p>16 controlli congiunti con SIAN</p>	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Effettuare i controlli sulla condizionalità come da convenzione con il MIPAAF/AGEA	15 controlli. Il numero potrà variare in seguito al rilascio da parte dell'AGEA dell'elenco delle Aziende che hanno richiesto i contributi nell'ambito del sistema delle condizionalità per l'anno 2019 (luglio 2019)
<p>Attuazione al 31.12.2019:</p> <p>Sono stati effettuati 17 controlli sulle condizionalità come da convenzione MIPAAF/AGEA ed i dati sono stati inseriti nel sistema di rilevamento ufficiale "controlli" della Banca dati nazionale degli allevamenti.</p>	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Rafforzare gli interventi del Progetto Piccole Produzioni Locali in accordo con la Direzione centrale agricoltura	Sarà garantita l'informazione capillare e la formazione sul territorio, informando le Aziende del Settore Alimentare della conclusione del Progetto e delle possibili evoluzioni delle PPL. Verrà prodotta una relazione finale dettagliata di verifica Aziendale riportante il numero di PPL registrate ed il numero di ispezioni, un'analisi critica con punti di forza e debolezza del Progetto rilevate sul territorio. La relazione dovrà altresì riportare il dettaglio delle attività eseguite su: <ul style="list-style-type: none"> <li>- carni suine e avicunicole</li> <li>- carni di specie diverse</li> <li>- prodotti lattiero caseari di malga</li> <li>- vegetali, confetture, conserve, prodotti da forno, erbe aromatiche, prodotti dell'alveare, vegetali fermentati, lumache, ecc...</li> </ul>
<p>Attuazione al 31.12.2019:</p> <p>L'attuazione del progetto PPL è continuata nel corso del 2019 e gli interventi correlati sono stati effettuati. La</p>	

relazione finale è stata prodotta.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Potenziare la funzionalità del sistema informativo SICER per l'Area dell'Igiene e Sicurezza Alimentare degli Alimenti di origine animale (Area B) e SIAN	Adozione del sistema informatico SICER al 31 dicembre 2019, in funzione della disponibilità dello stesso
Attuazione al 31.12.2019: Il sistema informatico SICER è stato adottato seppur con molte criticità non ancora risolte a livello regionale	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Procedere nelle attività del Piano regionale di monitoraggio e controllo della Malattia di Aujeszky dei suini, al fine di richiedere l'accreditamento per Regione indenne	Verranno controllati gli allevamenti della coorte individuati dal Piano regionale, al fine di richiedere lo status di Regione indenne.  Il piano dei controlli per l'anno 2019 relativo alla Malattia di Aujeszky sarà emanato dalla Regione dopo la valutazione da parte della Commissione Europea dell'attività svolta nell'anno 2018
Attuazione al 31.12.2019: Son state effettuate le previste attività di controllo con cinque campionamenti nei tre allevamenti rientranti nel campione soggetto a controllo. La Regione ha ottenuto lo status di regione ufficialmente indenne dalla malattia di Aujeszky.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Attuazione dei controlli sul benessere animale negli allevamenti e durante il trasporto secondo le linee guida operative dettate dalla Task Force benessere animale, istituita con Decreto 659/SPS del 20/08/2015	N. 8 controlli in allevamento e 5 controlli su strada relativi al rispetto del benessere animale richiesti dal PRISAN 2019.
Attuazione al 31.12.2019: Effettuati nove controlli in allevamento e quattro controlli su strada. Non è stato possibile effettuare cinque controlli su strada in quanto questi vengono svolti congiuntamente all'Ufficio veterinario per gli adempimenti comunitari, e tali controlli nel 2019 sono stati quattro e non cinque come ipotizzato a inizio anno.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Attuazione dei controlli sull'anagrafe ovi caprina come da indirizzi LEA Ministeriali	Raggiungimento del 3% dei controlli su base Regionale come richiesto da LEA Ministeriali.  Per l'ASUITs sono previsti 3 controlli.
Attuazione al 31.12.2019: Sono stati eseguiti tre controlli in aziende di allevamento di ovini e caprini su un totale di 86 aziende che detengono ovini e/o caprini.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Applicazione del PRP sull'Igiene Urbana Veterinaria.	Effettuazione del 100% dei controlli sulle strutture di ricovero e custodia sia convenzionate che non convenzionate.

	Saranno controllate le strutture convenzionate o non convenzionate registrate ai sensi del D.Pr. Reg. 241Pres./17
Attuazione al 31.12.2019: Sono state sottoposte a controllo tutte le sei strutture convenzionate e non convenzionate, registrate ai sensi del D. P. Reg. 241/17.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

### 3.2. ASSISTENZA DISTRETTUALE E ASSISTENZA SOCIO SANITARIA

#### 3.2.1 ASSISTENZA DISTRETTUALE

<b>3.2.1.1 Assistenza primaria</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Verifica del livello di raggiungimento degli obiettivi definiti negli AAIRR	1. Rispetto della tempistica prevista negli AAIRR e rendicontazione relativa alla DCS
Attuazione al 31.12.2019: Rispettate le tempistiche previste eccetto quando riscontrate criticità nei sistemi informativi regionali. In particolare nell'allineamento dei sistemi informativi regionali con quelli adottati dai singoli MMG. Verifiche e criticità sono state condivise nell'ambito del Comitato aziendale	
2. Ricognizione dello stato di attuazione dei CAP e dei Presidi ospedalieri per la salute a livello regionale e delle prospettive di orientamento dei servizi finalizzate al miglioramento della presa in carico della cronicità	2. Mappatura organizzativa e di funzionamento dei CAP aziendali e dei Presidi ospedalieri per la salute (nr. e tipologia del personale dipendente e convenzionato dedicato, orari di apertura, descrizione delle attività svolte e relativi volumi, dotazioni strumentali) e obiettivi raggiunti in termini di follow up o presa in carico delle persone affette da patologie croniche. Invio di un report al 31.12.2018 entro il 30.06.2019.
Attuazione al 31.12.2019: Presso le sedi distrettuali di Aurisina e Muggia è attiva la medicina di gruppo integrata con le attività distrettuali che corrisponde alle linee progettuali previste per l'attivazione dei CAP sebbene tali modalità organizzative non sono mai state formalizzate in tal senso. Il report al 30 giugno è stato inviato.	
3. Coordinamento a livello regionale delle attività degli uffici aziendali deputati alla gestione dei rapporti con i professionisti convenzionati	3. Invio entro il 30.04.2019 di un report annuale al 31.12.2018 sullo stato di attuazione degli Accordi integrativi regionali, secondo un format condiviso con i Servizi aziendali e inviato dalla DCS; invio di analogo report semestrale, entro il 31.07.2019
Attuazione al 31.12.2019: Raggiunto. Inviata nota entro i termini previsti.	

4. Informatizzazione di tutte le sedi aziendali di continuità assistenziale per permettere a tutti i MCA la registrazione informatica delle prestazioni erogate e delle informazioni sanitarie a garanzia della continuità delle cure sull'apposito applicativo messo a disposizione da INSIEL	4. ASUITS: Tutte le sedi di continuità assistenziale sono dotate di postazioni informatiche già attivate
Attuazione al 31.12.2019: Le sedi sono state informatizzate. Tuttavia l'utilizzo delle postazioni non è stato avviato Il sistema INSIEL (decisione-formazione-credenziali d'accesso) e tutta l'informatizzazione è partita ufficialmente a febbraio 2020.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.2.1.2 Attività distrettuali a supporto delle cure di lungo termine</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Partecipazione dei referenti aziendali al gruppo tecnico che supporta la definizione e l'implementazione delle politiche, strategie e attività nell'area della cronicità in tutte le classi di età 2. Istituzione di un gruppo aziendale dedicato all'implementazione di reti assistenziali per la presa in carico di persone di tutte le età che necessitano di cure a lungo termine	1. Evidenza della partecipazione 2. Report che riporta il censimento dei servizi/attività/PDTA/reti esistenti al 31.12.2018 in relazione al Piano nazionale della cronicità, entro il 30.06.2019
Attuazione al 31.12.2019: Report inviato in data 27 giugno 2019.	
<b>Valutazione</b>	<b>1. OBIETTIVO STRALCIATO 2. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.2.1.2.1 Diabete mellito</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Miglioramento della Gestione integrata del diabete in coerenza con DGR 1676/2015	1.a. Organizzazione di una giornata di formazione per MMG dedicata alla Gestione integrata della malattia diabetica, puntualizzando gli obiettivi da perseguire, gli esami di follow up da eseguire, la prescrizione dell'autocontrollo e delle strisce reattive. 1.b. Organizzazione di audit clinico in ambito distrettuale, al fine di valutare le performance individuali e di gruppo e gli scostamenti dai valori definiti dalle linee guida di riferimento.
Attuazione al 31.12.2019: 1. Organizzato e realizzato corso di formazione per MMG, tenutosi il 12/12/2019 dedicato alla gestione integrata della malattia diabetica ed alla prescrizione dell'autocontrollo e delle strisce reattive. Presentato in	

<p>occasione del corso il report sulla prescrizione delle strisce realizzato in collaborazione con la S.C. Assistenza Farmaceutica .</p> <p>2. Realizzato incontro di audit clinico in data 12/12/2019 contestualmente al corso di formazione e a Distretti riuniti su richiesta dei Medici di Medicina Generale.</p>	
<p>2. Partecipazione dei professionisti aziendali identificati ai fini della creazione della Rete diabetologica regionale con coordinamento unico regionale, al fine di armonizzare l'offerta diabetologica su tutto il territorio regionale</p>	<p>2. Mappatura dell'offerta diabetologica aziendale con evidenza delle criticità. Invio del report entro ottobre 2019.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2019:</p> <p>Il dott. Candido, in qualità di referente aziendale del Tavolo Regionale sul diabete, ha partecipato agli incontri del tavolo ed alla costruzione dei documenti delle rete dedicata alle patologie del pancreas e diabete. In particolare è stato coordinatore del gruppo che ha realizzato il documento: "Ricognizione dell'esistente e confronto sugli standard professionali diabetologici territoriali" (non ancora deliberato dalla Regione). Gli incontri si sono tenuti nelle date:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 12 novembre 2019</li> <li>- 03 settembre 2019</li> <li>- 13 giugno 2019</li> <li>- 11 giugno 2019</li> <li>- 14 maggio 2019</li> <li>- 01 aprile 2019</li> <li>- 24 gennaio 2019</li> </ul>	
<p>3. Partecipazione dei professionisti aziendali identificati ai fini della creazione e formalizzazione della Rete regionale per il piede diabetico.</p>	<p>3. Mappatura dell'offerta diabetologica aziendale integrata con quella dell'Area Isontina dedicata al piede diabetico con evidenza delle criticità. Invio del report entro ottobre 2019.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2019:</p> <p>Il dott. Candido, in qualità di referente aziendale del Tavolo Regionale sul diabete, ha partecipato agli incontri del tavolo (per le date vedi obiettivo precedente) ed alla costruzione dei documenti delle rete dedicata alle patologie del pancreas e diabete. Ha contribuito alla realizzazione e revisione del documento sul piede diabetico (non ancora deliberato dalla Regione) che comprende la mappatura dell'offerta diabetologica.</p> <p>Realizzata nel 2019 su mandato del Commissario ed inviata alla Direzione Proposta Progettuale del modello organizzativo delle attività diabetologiche in ASUGI con sezione dedicata al piede diabetico che comprende la mappatura dell'offerta diabetologica e proposta riorganizzativa delle attività.</p>	
<p>4. Partecipazione dei professionisti aziendali identificati ai fini della creazione della Rete diabetologica pediatrica regionale con coordinamento unico regionale, al fine di armonizzare l'offerta su tutto il territorio regionale.</p>	<p>4. ASUITS collaborerà con L'IRCCS Burlo Garofolo. In particolare ASUITS collaborerà con la SS Endocrinologia e Diabetologia dell'IRCCS Burlo per la mappatura relativa alla transizione del giovane con diabete dalla Struttura diabetologica pediatrica del Burlo alla diabetologia Aziendale.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2019:</p> <p>Il dott. Candido, in qualità di referente aziendale del Tavolo Regionale sul diabete, ha partecipato agli incontri</p>	

del tavolo (per le date vedi obiettivo precedente) ed alla costruzione dei documenti della rete dedicata alle patologie del pancreas e diabete. In particolare a contribuito alla revisione del “Documento di indirizzo per la gestione del diabete in età evolutiva” (non ancora deliberato dalla Regione) redatto in collaborazione con la Pediatria.	
5. Applicazione del documento revisionato dal tavolo tecnico regionale Programma di educazione terapeutica rivolto al soggetto diabetico in particolare per l'organizzazione dei campi residenziali	5.a Organizzazione e partecipazione dei professionisti aziendali, per l'anno 2019, dei campi residenziali in collaborazione con l'associazione di volontariato Nuova Assodiabetici Trieste ed in linea con quanto previsto dal documento revisionato dal tavolo tecnico regionale 5.b Invio del report relativo entro ottobre 2019.
Attuazione al 31.12.2019: 1. E' stato organizzato e tenuto il Campo residenziale di Educazione Terapeutica rivolto al soggetto diabetico nel periodo dal 02 al 07 settembre 2019 in linea con quanto previsto dal documento revisionato dal tavolo tecnico regionale. 2. E' stato redatto ed inviato il report finale e la valutazione del responsabile del corso che vengono allegati al presente documento.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.2.1.2.2 Scopenso cardiaco</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Creazione di una rete aziendale per la presa in carico e la gestione dello scopenso cardiaco	1. ASUITS darà evidenza dei servizi e dei percorsi relativi alla presa in carico e alla gestione dei soggetti con SC in tutti i setting di cura (domicilio – assistenza primaria – assistenza distrettuale – ospedale per acuti)
Attuazione al 31.12.2019: Obiettivo raggiunto. Presenza di PDTA	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.2.1.2.3 BPCO</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Partecipazione dei referenti aziendali al gruppo tecnico per la condivisione e l'eventuale revisione del documento regionale propedeutico all'attivazione di una rete aziendale per la presa in carico e la gestione della BPCO coerente con i contenuti del documento stesso 2. Creazione di una rete aziendale per la presa in carico e la gestione della BPCO	1. Evidenza della partecipazione 2. ASUITS darà evidenza dei servizi e dei percorsi relativi alla presa in carico e alla gestione della BPCO in tutti i setting di cura (domicilio – assistenza primaria – assistenza distrettuale – ospedale per acuti)
Attuazione al 31.12.2019:	



Obiettivo raggiunto. Presenza di PDTA	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b>

<b>3.2.1.2.4 Sindromi dementigene</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Sindromi dementigene	Nel 2019 ASUITS parteciperà a un tavolo di lavoro finalizzato all'attuazione del "Piano nazionale demenze - Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze" (accordo n. 135 del 30 ottobre 2014), secondo le indicazioni e i programmi che verranno definiti dalla DCS.
Attuazione al 31.12.2019: Partecipazione garantita.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b>

<b>3.2.1.3 Riabilitazione</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Individuazione professionisti delle AAS, ASUI e IRCSS per l'avvio dei lavori sul Piano Regionale della Riabilitazione.	1. Messa a disposizione e partecipazione dei professionisti individuati al gruppo di lavoro sul Piano Regionale della Riabilitazione.
Attuazione al 31.12.2019: Nominati i professionisti per il gruppo di lavoro non sono stati fatti incontri e nel frattempo si è costituito un gruppo Aziendale per condividere i contenuti	
2. Monitoraggio attività dei gruppi integrati neuromuscolari (GIN)	2. ASUITS: Predisposizione di reportistica sulle attività dei gruppi integrati neuromuscolari (GIN) entro dicembre 2019
Attuazione al 31.12.2019: Nominati i professionisti del gruppo, fatte 3 riunioni e attuata negli ultimi mesi 6 mesi 2019 rete operativa (ospedaliera e territoriale) per pazienti con patologia grave neuromuscolare ( miastenie sla) Neuropatie croniche e gravi acute.	
3. Organizzazione evento formativo sul PDTA per la sclerosi multipla	3. Messa a disposizione dei professionisti per l'evento formativo sul PDTA per la sclerosi multipla
Attuazione al 31.12.2019: Nominati i professionisti, riunioni fatte e operativita' in atto per i pazienti con sclerosi multipla	
4. Approvazione PDTA Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) e avvio dei lavori di monitoraggio del PDTA	4. ASUITS: PDTA SLA e monitoraggio entro dicembre 2019
Attuazione al 31.12.2019: Riunioni fatte e protocolli di gestione SLA in atto tra neurologia, pneumologia, territorio e riabilitazione n. 30	

pazienti 2019	
5. Individuazione professionisti delle AAS, ASUI e IRCSS per l'avvio dei lavori sul PDTA riabilitazione oncologica	5. Messa a disposizione dei professionisti e partecipazione dei professionisti individuati al gruppo di lavoro sul PDTA riabilitazione oncologica
Attuazione al 31.12.2019: Nominati i professionisti che hanno partecipato agli incontri organizzati dall'Assessorato	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b> <b>MANCA L'INVIO DELLA REPORTISTICA GIN</b>

<b>3.2.1.4 Assistenza Protesica</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Continuazione dei lavori per la revisione dei percorsi di assistenza protesica e per la formazione dei professionisti sanitari	1. Attuazione delle nuove procedure di erogazione dell'assistenza protesica e attivazione dei percorsi semplificati stabiliti da nuove linee di indirizzo regionali
Attuazione al 31.12.2019: Nel corso del 2019 sono stati fatti incontri formali ed informali incontri per attuare le nuove procedure secondo le linee di indirizzo regionali e applicazione dei nuovi LEA. Attuazione delle nuove procedure anche se persistono delle criticità	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.2.1.5 Superamento della contenzione</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Dare attuazione alla DGR n. 1904/2016	1. Invio di un report di monitoraggio al 31.12.2019 del fenomeno della contenzione in tutte le strutture sanitarie, socio-sanitarie e assistenziali secondo quanto disposto nella DGR 1904/2016
Attuazione al 31.12.2019: Trieste città libera dalla contenzione. Trieste vanta, è utile ricordarlo, di essere indicata come città da prendere ad esempio dal Comitato Nazionale di Bioetica (report del 23 aprile 2015) grazie all'impegno profuso da un gruppo di lavoro interdisciplinare e intersettoriale, al quale hanno collaborato molti interlocutori istituzionali e non. Report inviato. Inoltre è stato realizzato un adesivo da apporre nell'area di accesso delle strutture a indicazione della non contenzione.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

### 3.2.2 ASSISTENZA SOCIOSANITARIA

<b>3.2.2.1 Anziani non autosufficienza</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso

Anziani non autosufficienza	<p>- ogni azienda sanitaria nella stipula degli accordi con il privato accreditato dovrà prevedere nel rispettivo budget annuale e/o pluriennale il volume dei ricoveri per livello assistenziale ed in relazione al proprio fabbisogno.</p> <p>- le aziende sanitarie in sede di UVD determinano la tipologia di ricovero e la conseguente durata della degenza ai sensi della DGR 2151/2015 nonché di valutare con attenzione la necessità di prolungare per motivi clinici sanitari la durata del ricovero oltre i valori soglia ad oggi previsti di 30 o 40 gg.</p>
Attuazione al 31.12.2019: ASUITS ha rispettato le indicazioni regionali	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.2.2.1.1 Processo di riclassificazione delle strutture residenziali per anziani già funzionanti</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Riclassificazione delle strutture residenziali per anziani già funzionanti	ASUITS continuerà ad attuare quanto previsto dal processo di riclassificazione delle residenze per anziani già autorizzate al funzionamento (titolo X del D.P.Reg. 144/2015), in particolare per quanto riguarda il percorso di accompagnamento delle Residenze per anziani ri-autorizzate all'esercizio, il monitoraggio e la verifica degli adempimenti e adeguamenti previsti per il livello di nuova classificazione rilasciato.
Attuazione al 31.12.2019: ASUITS ha continuato ad attuare quanto previsto dal processo di riclassificazione delle residenze per anziani già autorizzate al funzionamento (titolo X del D.P.Reg. 144/2015),	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.2.2.1.2 Sistema di VMD Val.Graf.-FVG e procedure di accesso nelle residenze per anziani convenzionate</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
VMD Val.Graf.-FVG	Al fine di garantire maggior equità e ridurre i margini di discrezionalità di trattamento per gli accessi ai posti letto convenzionati in strutture residenziali per anziani, ASUITS definirà, sulla base degli indirizzi che verranno forniti dalla Regione e nel rispetto delle specificità presenti a livello locale, procedure uniformi e condivise a livello territoriale per l'ingresso nelle strutture residenziali convenzionate.

Attuazione al 31.12.2019: I Distretti sanitari, nel 2019, hanno valutato mediante l'utilizzo del sistema VMD Val.Graf. -FVG, tutte le persone per le quali era previsto un accoglimento in un servizio semiresidenziale o residenziale per anziani convenzionato.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b>

<b>3.2.2.1.3 Sistema di finanziamento</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Sistema di finanziamento	<p>1. Per l'anno 2019, tutte le Aziende continuano a riconoscere i suddetti finanziamenti nella misura prevista dalle vigenti disposizioni regionali.</p> <p>2. Le Aziende, inoltre, concludono il percorso avviato nel 2018 per l'assegnazione dei posti letto convenzionabili aggiuntivi, attribuiti a ciascuna Azienda con DGR n. 1828 del 05/10/2018, secondo le procedure e modalità ivi indicate.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2019:</p> <p>1 Obiettivo raggiunto.</p> <p>2. Con decreto n. 717 dd. 19.09.2019 si è preso atto dell'esito dei lavori della Commissione per l'assegnazione dei posti letto convenzionabili, autorizzando la stipula delle convenzioni con le strutture risultate idonee e contestualmente differendo la stipula degli accordi con le strutture risultate idonee con deroga, assegnando un termine massimo fino al 31.12.2019 per il raggiungimento delle conformità necessarie.</p> <p>I posti letto complessivamente assegnati ammontano a 249 dei 290 attribuibili, compresi i posti assegnati con deroga e differimento della stipula.</p> <p>Con decreto n. 718 dd. 20.09.2019 è stato approvato lo schema di convenzione e con successivi decreti n. 719, 720, 721, 722, 723 e 724 dd. 20.09.2019 si è provveduto alla stipula delle convenzioni con le strutture residenziali risultate idonee.</p> <p>L'obiettivo è raggiunto, nei termini della proroga richiesta alla DCS con nota prot. n. 49432 dd. 26.07.2019, in ragione delle criticità e specificità ivi evidenziate.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>1. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>2. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.2.2.1.4 Monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani	<p>ASUITS proseguirà nelle attività di verifica e approfondimento dei percorsi avviati negli anni precedenti e realizzerà almeno due visite di audit approfondite.</p> <p>Provvederà inoltre a redigere e trasmettere alla Direzione Centrale competente entro il primo</p>

	semestre del 2019, una relazione illustrativa delle attività di monitoraggio e promozione della qualità svolte nell'anno precedente.
Attuazione al 31.12.2019: Sono state realizzate due visite di audit presso una struttura residenziale per anziani, in riferimento al progetto presentato in collaborazione con il Comune di Trieste	
<b>Valutazione</b>	<b>1. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>2. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.2.2.1.5 Flussi e sistemi informativi</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Flussi e sistemi informativi	ASUITS si impegna a monitorare, verificare ed eventualmente sollecitare l'utilizzo sistematico dello strumento di VMD Val.Graf.-FVG e dei sistemi informativi e-GENeSys e SIRA-FVG. Per l'anno 2019, ASUITS provvederà inoltre ad assolvere i debiti informativi verso la Regione sulla base delle richieste e indicazioni fornite dalla Regione stessa.
Attuazione al 31.12.2019: In accordo al regolamento aziendale e alle indicazioni regionali: Definite le modalità e procedure per effettuare la valutazioni tramite val.graf nell'area della domiciliarità della residenzialità come prima valutazione e nelle valutazioni successive (setting). L'utilizzo sistema è garantito. Verifica e controllo delle successive valutazioni a carico delle residenze. Il Sira viene monitorato costantemente e sollecitate le strutture convezionate all'utilizzo corretto e completo.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.2.2.1.6 Sperimentazioni "Abitare possibile" e "Domiciliarità innovativa"</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Sperimentazioni "Abitare possibile" e "Domiciliarità innovativa"	Tutte le Aziende sostengono e incentivano lo sviluppo delle sperimentazioni "Abitare possibile" e "Domiciliarità innovativa" di cui alla DGR 671/2015 e DGR 2089/2017, attivate nel proprio territorio aziendale.
Attuazione al 31.12.2019: ASUITS ha partecipato al tavolo regionale promosso dall'area welfare per l'implementazione e consolidamento della sperimentazione e dei progetti do "Abitare possibile" e "Domiciliarità innovativa", inserite da anni nelle progettualità dei PDZ. Lo strumento è utilizzato dai servizi di salute mentale delle dipendenze dai servizi distrettuali in particolare destinati alla popolazione fragile anziana e con disabilità. Nel corso del 2019 sono proseguiti gli inserimenti di anziani e disabili nei progetti di Domiciliarità innovativa e Abitare possibile, con progetti integrati tra Azienda e Comune di Trieste. Sono stati proposti all'Azienda e al Comune di Trieste due accordi di partenariato relativi a 2 nuovi progetti di domiciliarità da parte di soggetti del	

Terzo settore (Coop. AMICO e coop. Lybra). ASUITS ha aderito con decreto n.770/2019 dd. 08/10/2019

**Valutazione****OBIETTIVO RAGGIUNTO****3.2.2.1.7 Sperimentazione screening popolazione anziana fragile e servizio telesoccorso**

## Obiettivo aziendale

## Risultato atteso

1. Adozione del regolamento regionale relativo all'attivazione e gestione del servizio di presa in carico di tele assistenza domiciliare "sicuri a casa"
2. Sperimentazione Progetto PRISMA 7
3. Estensione del progetto PRISMA 7 a tutte le AAS e ASUI della regione

1. Il regolamento è adottato da ASUITS con atto formale entro il 31.12.2019
2. I distretti ASUITS individuati nel 2018 proseguono le attività previste dal protocollo in uso
3. Evidenza della rilevazione sugli abitanti >75 dei distretti ASUITS

Attuazione al 31.12.2019:

Il regolamento è stato adottato.

L'attività distrettuale è proseguita come previsto. Le attività di monitoraggio grazie al programma Prisma 7 si sono consolidate e hanno favorito una più efficace presa in carico e sorveglianza delle persone con maggiore fragilità

**Valutazione**

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

**3.2.2.2 Disabilità**

## Obiettivo aziendale

## Risultato atteso

1. Valutazione degli utenti dei servizi residenziali e semiresidenziali

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

Attuazione al 31.12.2019:

Il 70% delle persone che frequentano i servizi residenziali e semiresidenziali sono stati valutati con la scheda Q-VAD ed inviate in Area Welfare

**Valutazione****OBIETTIVO RAGGIUNTO****3.2.2.2.1 Fondo gravissimi**

## Obiettivo aziendale

## Risultato atteso

Fondo gravissimi

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

Attuazione al 31.12.2019: Sono stati segnalate tutte le persone che avevano i requisiti (70)	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.2.2.2.2 Fondo SLA</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Fondo SLA	ASUITS provvederà a continuare le attività di valutazione, raccolta di documentazione e segnalazione dei nuovi casi di SLA e dei casi per i quali si è riscontrato un aggravamento, fornendo all'Ente delegato (Area Welfare) tutta la documentazione necessaria alla valutazione selettiva, coordinando tali attività con quelle previste dalla DGR 817/2017
Attuazione al 31.12.2019: Ogni quadrimestre vengono segnalati in Area Welfare i nuovi casi e le modifiche delle situazioni ed al 31 dicembre di ogni anno vengono risegnalati tutti con la modifica della documentazione necessaria come da DGR 817/2017	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.2.2.2.3 Vigilanza servizi semiresidenziali e residenziali sociosanitari destinati a persone con disabilità</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Servizi semiresidenziali e residenziali sociosanitari	ASUITS provvederà alla verifica e controllo della documentazione nelle fasi di revisione del sistema di regolamentazione dei servizi residenziali e semiresidenziali destinati all'accoglimento delle persone con disabilità. L'obiettivo è di verifica dei requisiti di almeno il 30% delle strutture.
Attuazione al 31.12.2019: Obiettivo parzialmente raggiunto.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>

<b>3.2.2.2.4 Dopo di noi</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Dopo di noi	ASUITS partecipa al Comitato Tecnico dell'Accordo di Programma con il Comune di Trieste e gli ambiti con personale di ASUITs per collaborare e condividere i percorsi avviati o da avviare per l'attuazione dei progetti dell'abitare inclusivo, presenti già nei PdZ.
Attuazione al 31.12.2019:	

ASUITS ha garantito la partecipazione per il tramite della Direzione Sociosanitaria e il suo staff	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.2.2.2.5 Autismo</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Partecipazione dei referenti aziendali al Tavolo tecnico sull'autismo	1. ASUITS darà evidenza della partecipazione
Attuazione al 31.12.2019: ASUITS ha garantito la partecipazione con il dott. Zago	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b>

<b>3.2.2.1 Minori</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Supporto al processo di riclassificazione delle strutture residenziali e semiresidenziali; 2. Partecipare/collaborare al processo di presa in carico integrata dei minori accolti in strutture residenziali e semiresidenziali 3. Ridurre il numero dei minori inviati fuori regione	1. Attuazione delle procedure previste per la riclassificazione delle strutture residenziali e semiresidenziali per minori; 2. Partecipazione alle equipe integrate per la valutazione dei minori accolti in strutture residenziali e semiresidenziali, in stretto raccordo con i Servizi sociali dei Comuni del proprio territorio 3. Evidenza della riduzione del numero di invii fuori regione
Attuazione al 31.12.2019: 1- le procedure previste per la riqualificazione delle strutture semiresidenziali e residenziali non sono all'oggi state prodotte dalla regione. 2- Le SCBADOF distrettuali di ASUITS (ora ASUGI) hanno definito un percorso aziendale per la valutazione integrata dei minori accolti nelle strutture "Procedure di monitoraggio e revisione dei progetti dei minori in carico alla SCBADOF inseriti in comunità educative psicoeducative e terapeutiche intra ed extra regionali). Tali procedure sono state attuate dal 1/7/2019 per tutti i minori in comunità 3- Numero di invii fuori regione 1	
<b>Valutazione</b>	<b>1. OBIETTIVO STRALCIATO 2. OBIETTIVO RAGGIUNTO 3. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.2.2.4 Salute mentale</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Miglioramento dell'integrazione tra cure primarie e specialistiche con particolare riferimento alla presa in carico dei disturbi mentali comuni	1. Evidenza di percorsi integrati tra cure primarie e DSM e di interventi formativi



<p>Attuazione al 31.12.2019:</p> <p>Realizzato un evento formativo CEFORMED il 03/05/2019 a favore dei MMG referenti per le AFT a Monfalcone sul trattamento della Depressione secondo MhGap – IG. Realizzata una formazione successiva per le AFT il 12/06/2019 dove tramandare i contenuti appresi nella prima formazione regionale. Inoltre nel corso del 2019 una parte di attività di consulenza, in particolare per i disturbi minore dedicata ai MMG,, è stata svolta presso i Distretti Sanitari, concordando in queste sedi delle giornate di presenza dei psichiatri e dei psicologi del DSM.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
2. Definizione di un percorso aziendale congiunto (NPIA, DSM, PLS e MMG) per la definizione della fase di transizione delle cure dai servizi per l'età evolutiva ai servizi per l'età adulta	2. Invio in Direzione entro il 31.12.2019 del percorso aziendale congiunto NPIA, DSM, PLS e MMG) per la definizione della fase di transizione delle cure
<p>Attuazione al 31.12.2019:</p> <p>Nel 2018 si è provveduto a definire e il protocollo di transizione dai servizi per l'età evolutiva ai servizi per l'età adulta. Per la sua attuazione e consolidamento nel 2019 si sono svolti incontri mensili, anche in previsione di un eventuale integrazione con la parte isontina.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b> <b>MANCA L'EVIDENZA DI INVIO DEL DOCUMENTO</b>
3. Utilizzo dello strumento >BIS nell'ambito di programmi terapeutico riabilitativi per l'età evolutiva	3. Invio in Direzione entro il 31.12.2019 di un report con l'evidenza di programmi attivati presso ogni NPIA e/o Distretto
<p>Attuazione al 31.12.2019:</p> <p>Attività conclusa regolarmente.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
4. Miglioramento e valutazione dell'impiego della metodologia del BIS nei DSM (età adulta), nell'ambito del Capitolato unico Regionale per la cogestione e coprogettazione di BIS con gli Enti del Terzo Settore	4. Partecipazione ai Tavoli Tecnici Regionali e all'attività formativa prevista, degli operatori già individuati dai DSM, avvio attività di valutazione degli esiti con individuazione del profilo di salute dei beneficiari dei PTRI con BIS,
<p>Attuazione al 31.12.2019:</p> <p>Gli operatori già individuati dai DSM ed altri operatori con interesse strategico nella materia oggetto della formazione, hanno partecipato ai Tavoli Tecnici Regionali e all'attività formativa prevista. Si è avviata l'attività di valutazione degli esiti con la somministrazione delle schede predisposte ai 70 nominativi individuati dalla Regione.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
5. Condivisione tra i diversi DSM regionali delle attività relative al percorso terapeutico e riabilitativo delle persone in contatto con i Servizi, in una prospettiva di massima personalizzazione degli interventi e sviluppo di empowerment da parte dei destinatari degli stessi	5. Adozione dello strumento unico regionale a supporto del percorso terapeutico abilitativo personalizzato (di prossima informatizzazione).

Attuazione al 31.12.2019: Presenza visione dello strumento regionale proposto e iniziata la discussione interna per l'adozione dello stesso	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.2.2.5 Disturbi del comportamento alimentare</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Operatività dei Centri Diurni presso ASUITS/Burlo/AAS2 (previo Accordo), ASUIUD, AAS5	1. Operatività dei Centri Diurni DCA presso ogni Azienda (invio alla DC di un report con identificazione del referente, individuazione dell'equipe funzionale ed evidenza di volumi di attività per adulti e minori
<p>Attuazione al 31.12.2019: L'ASUITS non ha attivato un centro diurno in quanto afferisce come da accordi a quello dell'AAS2. E' stato istituito il Servizio per i Disturbi del Comportamento Alimentare, nominato il referente e costituita l'equipe. Referente per ASUITS è stata individuata la dott.ssa Sara Monticolo mentre l'equipe funzionale è composta da: 1 infermiere, 1 educatore professionali a tempo determinato, 2 psicologi di cui la referente e 1una psicologa con contratto Summai per 20 ore settimanali, 1 dietista per 6 ore settimanali, 1 psichiatra e 1 medico nutrizionista per consulenze). Al 31/12/2019 sono state effettuate 1947 prestazioni per 120 persone maggiorenni e 682 prestazioni per 18 minorenni.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
2. Operatività dell'Osservatorio epidemiologico	2. Reportistica inviata in DC da parte dell'IRCCS Burlo Garofolo per i minori e di ASUIUD per gli adulti: in ogni SSTSBA ASUITS viene individuato un referente DCA <18 anni che terrà un data base con l'evidenza delle informazioni da inviare al Burlo per il monitoraggio
<p>Attuazione al 31.12.2019: ASUITS ha contribuito per la parte id competenza</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.2.2.6 Cure palliative e terapia del dolore</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Consolidamento dell'ASSISTENZA H24 7 su 7: sono garantite cure palliative domiciliari 7 giorni su 7, dalle 8 alle 20, attraverso l'erogazione diretta degli operatori dell'équipe e per le restanti fasce orarie attraverso una delle seguenti modalità: Pronta disponibilità dedicata (servizio h24 garantito dall'UCP), Consulenza telefonica (Medici dei servizi di Continuità assistenziale e al 118)	1. Assistenza garantita h 24 7 giorni su 7 (con pronta disponibilità notturna) con evidenza dell'organizzazione e dell'attività svolta mediante relazione semestrale da inviare alla DCS entro luglio 2019 e gennaio 2020

<p>Attuazione al 31.12.2019:</p> <p>Nella provincia di Trieste assistenza garantita h24 7 giorni su 7 attraverso l'erogazione diretta degli operatori dell'equipe cure palliative nella fascia diurna dal lunedì al venerdì, nelle restanti fasce orarie e giornate attraverso i medici della continuità assistenziale, del 118 e del SID.</p> <p>Si segnala ancora il sottodimensionamento delle equipe di cure palliative: attualmente 2 per un territorio di 230000 abitanti circa.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>
2. Revisione dei criteri di accesso alla rete delle cure palliative da parte di un gruppo tecnico regionale	2. Partecipazione al gruppo tecnico regionale degli esperti aziendali identificati dalle singole Aziende e approvazione dei criteri entro il primo semestre del 2019 e successiva applicazione
<p>Attuazione al 31.12.2019:</p> <p>Partecipazione assicurata quando convocate le riunioni. In attesa dei criteri regionali.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
3. Monitoraggio della registrazione degli accessi di assistenza domiciliare per cure palliative nel sistema informativo con codifica ICD9	3. Redazione di report semestrale da inviare alla DCS entro luglio 2019 e gennaio 2020
<p>Attuazione al 31.12.2019:</p> <p>Codifica puntuale in G2 clinico di tutte le valutazioni sia domiciliari che ambulatoriali con codifica ICD9. Reportistica come da scarico dei dati dell'applicativo di riferimento</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
4. Miglioramento delle modalità di presa in carico del paziente in cure palliative, in coerenza con le indicazioni della DGR 165/2016. Costituzione di un gruppo tecnico di lavoro a livello regionale	4. Partecipazione al gruppo regionale dei professionisti aziendali che si occupano di cure palliative con l'obiettivo di definire un sistema informativo omogeneo per la registrazione e rilevazione dei dati
<p>Attuazione al 31.12.2019:</p> <p>Garantita la partecipazione al tavolo di lavoro regionale.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
5. Percentuale di malati oncologici deceduti a domicilio	5. Uguale o superiore al 75%
<p>Attuazione al 31.12.2019:</p> <p>Percentuale è raggiunta se si considerano gli assistiti presi in carico dalle cure palliative (attualmente organico sottodimensionato): percentuali di malati oncologici deceduti fuori da ospedale presi in carico dalla SSD Rete Cure Palliative)</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
6. Criteri di priorità della visita algologica	6. Sono adottati criteri di priorità della prima visita algologica, garantendone la fruibilità agli utenti tramite link al CUP centralizzato Regionale
<p>Attuazione al 31.12.2019:</p>	

Sono adottati criteri di priorità della prima visita algologica, garantendone la fruibilità agli utenti tramite link al CUP centralizzato Regionale	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
7. Adottare le codifiche ambulatoriali e di ricovero di terapia antalgica definite nel corso del 2018	7. Sono adottate le codifiche di terapia antalgica ambulatoriali e di ricovero definite nel 2018 entro il primo semestre 2019
Attuazione al 31.12.2019: Sono adottate le codifiche di terapia antalgica ambulatoriali e di ricovero definite nel 2018 entro il primo semestre 2019	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
8. Rispetto dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni di terapia del dolore	8. ASUITS garantisce il rispetto dei tempi di attesa per prima visita algologica ambulatoriale con priorità B e D in almeno il 75% dei casi, a partire dal secondo semestre 2019
Attuazione al 31.12.2019: ASUITS garantisce il rispetto dei tempi di attesa per prima visita algologica ambulatoriale con priorità B e D in almeno il 75% dei casi, a partire dal secondo semestre 2019	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
9. Attivazione della reperibilità algologica h 24 – 7 giorni su 7 o di analogo modello organizzativo centralizzato su base regionale nelle ASUI e AAS sedi di centro Hub	9. Viene implementata la reperibilità algologica h 24 - 7 giorni su 7 per i centri Hub o con modello organizzativo centralizzato su base regionale
Attuazione al 31.12.2019: ASUITS ha implementata la reperibilità algologica h 24 - 7 giorni su 7 per i centri Hub o con modello organizzativo centralizzato su base regionale	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.2.2.7 Consulteri familiari</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Implementazione del percorso gravidanza fisiologica a gestione ostetrica	1. Evidenza dell'attivazione del percorso
Attuazione al 31.12.2019: Nel 2019 il percorso gravidanza fisiologica seguita dall'ostetrica è stato attivato secondo Raccomandazioni Regionali. Le ostetriche hanno seguito in affiancamento con la ginecologica n 48 gravidanze a basso rischio.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
2. Implementazione dell'offerta della visita domiciliare ostetrica in puerperio in tutte le Aziende, anche al di fuori di situazioni di fragilità	2. Report con n. tot. visite domiciliari in puerperio/parti (specificando il nr. delle visite in situazioni di fragilità)
Attuazione al 31.12.2019: Criteri di scelta per l'effettuazione della visita domiciliare: Problemi di allattamento; Continuità; assistenziale	

con il Burlo; Rischio psicosociale; Problemi di salute materna. Complessivamente sono state svolte 337 visite domiciliari	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
3. Promozione del tema della donazione del cordone ombelicale e del ruolo delle vaccinazioni infantili nell'ambito dei corsi di accompagnamento alla nascita	3. Evidenza di materiale che attesti la presentazione dei temi (locandine corsi, etc..)
Attuazione al 31.12.2019: Durante gli Incontri di Accompagnamento alla Nascita viene promosso il tema della donazione del cordone ombelicale con invio al servizio deputato di IRCCS per approfondimento. Le vaccinazioni vengono promosse da operatori dei centri vaccinali all'interno dei gruppi post parto. 2019: n. gruppi 61 pari a 897 donne.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
4. Implementazione di percorsi aziendali per la donna in età post fertile	4. Evidenza documentale del percorso aziendale
Attuazione al 31.12.2019: I percorsi in età post fertile sono tra i mandati del Consultorio Familiare. Il numero di interventi eseguiti durante il 2019 relativi a problematiche della menopausa e del climaterio sono stati 751.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
5. Analisi di approfondimento delle gravidanze in età precoce e i neonati esposti	5. Definizione di protocolli aziendali di accompagnamenti e dimissione per le gravidanze in età precoce e i neonati esposti
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Adozioni</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Partecipazione al Tavolo regionale per l'adozione nazionale e internazionale	1. Evidenza di partecipazione dei referenti aziendali
Attuazione al 31.12.2019: Le referenti individuate da ASUITS, dott.ssa Maria Antonietta Vanto e dott.ssa Renata Ravelli hanno partecipato a tutte le sedute convocate dal Tavolo regionale Adozioni convocate nel 2019, nonché ai sottogruppi di lavoro "Dati adozioni" e "Fallimenti adottivi". Registro presenze presso Direzione Centrale Salute	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
2. Implementazione, in tutte le Aziende, dell'offerta di informazione e formazione in collaborazione con gli Enti Autorizzati EE.AA., la Scuola e il Tribunale per i Minorenni	2. Evidenza di attivazione attraverso report con dati relativi all'anno 2019
Attuazione al 31.12.2019: I CCFF di ASUITS hanno organizzato e realizzato, come da protocollo regionale, in collaborazione con gli EE.AA. n. 1 gruppo con 6 incontri di informazione e formazione per le coppie disponibili all'adozione, svoltosi	

dal 20 maggio al 1 luglio 2019 presso la sede del CF del Distretto n.2. Hanno partecipato 6 rappresentanti degli Enti e 14 persone inviate dai quattro Distretti.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
3. Analisi e implementazione dei processi di monitoraggio e valutazione dei percorsi adottivi di maggiore criticità	3. Evidenza dei processi di monitoraggio e valutazione attraverso report e dati relativi all'anno 2019
Attuazione al 31.12.2019: Sono stati monitorati e valutati tutti i percorsi adottivi in carico ai CCFF nel 2019 secondo le indicazioni del protocollo regionale, rilevando le situazioni di maggiore criticità nel primo anno di inserimento in famiglia che hanno rappresentato circa il 30% della casistica v. report obiettivi di budget 2019 dei Distretti	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
4. Analisi della casistica di fallimento adottivo	4. Report sulla tematica dei fallimenti adottivi esito del percorso aziendale e regionale
Attuazione al 31.12.2019: Non si sono registrati casi di fallimenti adottivi nel corso del 2019	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.2.2.8 Sanità penitenziaria</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Realizzazione di eventi formativi congiunti tra personale sanitario e penitenziario finalizzati al miglioramento della comunicazione su obiettivi comuni, portando l'attenzione sulla gestione dei detenuti con bisogni sanitari complessi.	Almeno n. 1 evento aziendale di formazione congiunta realizzato al 31.12.2019 (indicazione del personale formato e verifica della soddisfazione dei partecipanti).
Attuazione al 31.12.2019: Sono stati realizzati 2 eventi formativi:12/02/2019–27/03/2019 E' stato formato un totale di 127 persone. Nelle due edizioni l'indice di soddisfazione dei partecipanti è stato il seguente: 12/02/2019 valutazione complessiva gradimento: efficacia 4, rilevanza 4.1, qualità 4.1, media complessiva 4.1.27/03/2019 valutazione complessiva gradimento: efficacia 3.8, rilevanza 4.1, qualità 4.2, media complessiva 4.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Sviluppo della telemedicina in carcere	Almeno n. 1 progettualità di telemedicina innovativa sviluppata a favore dei detenuti (descrizione del progetto e indicazione degli interventi effettuati al 31.12.2019).
Attuazione al 31.12.2019: 1. 18/02/2019 è stata predisposta la linea progettuale, nello specifico: dotazione kit mobili device a favore delle persone ristrette presso la Casa Circondariale di Trieste Enrico Mari, Funzione di Sanità Penitenziaria. Razionale: in un contesto chiuso, dove la stessa architettura rappresenta un rischio d'intervento e di gestione	

dei pazienti cronici e non, l'utilizzo di un sistema di monitoraggio, rilevamento e gestione dei dati, come proposto da questo progetto, garantisce una gestione integrata degli assistiti, permettendo un monitoraggio costante ed una prevenzione di eventi acuti con conseguente accesso al pronto soccorso, evitando così lo spostamento del detenuto, che oltre all'attivazione dei servizi dell'emergenza territoriale implica anche l'attivazione del NTP Nucleo Traduzioni Penitenziario per il piantonamento. Inoltre la dotazione di kit-mobili di device raffigura un'innovazione in ambito penitenziario, e l'impatto di tale sperimentazione può avere a livello regionale e nazionale un riscontro estremamente significativo di un new management di salute in ambito penitenziario. 21/02/2019 è stata inviata lettera di richiesta ampliamento dei servizi ICT con prolungamento di un mese della durata del servizio di monitoraggio (10 mesi complessivi) e acquisizione di 1 ulteriore kit mobile - HEALTHNET - CUP: E81E17000010005 CIG: YCC2451AAE per la Funzione di Sanità Penitenziaria, alla gestione Servizi e alla Direzione Amministrativa di ASUITs.

07/08/2019 si è tenuta la prima giornata formativa sull'utilizzo dei devices e della HealthPlatform, dando il via alle attività di servizio di monitoraggio di pazienti con patologie croniche attraverso il Kit Mobile nella Casa Circondariale Ernesto Mari di Trieste Funzione di Sanità Penitenziaria ASUITs.

Sono stati arruolati al progetto detenuti con le seguenti caratteristiche; patologie croniche diabete-scompenso cardiaco-ipertensione arteriosa e detenuti in sciopero della fame/sete.

Risultati:

cambiamento tecnologico;

garanzia continuità nella comunicazione dei processi di cura

attività clinica assistenziale 'in rete

risposta sanitaria specifica per l'istituzione carcere, pur nel rispetto delle norme generali delle regole dell'istituzione

gestione della salute dei detenuti con bisogni complessi attraverso metodologie innovative

diminuzione accessi Pronto soccorso

monitoraggio costante ed una prevenzione di eventi acuti

riduzione attivazione dei servizi dell'emergenza territoriale

sicurezza pubblica, attraverso la riduzione delle traduzioni e i piantonamenti del paziente detenuto nei luoghi di cura o di accertamento clinico

abbattimento costi.

2. Istituzione cartella clinica odontoiatrica informatizzata. In fase di implementazione teledentistry, telemedicina applicata all'odontoiatria, per la diagnosi e l'inquadramento della priorità della terapia per le patologie odontoiatriche.

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Miglioramento della presa in carico di detenuti con bisogni complessi legati alla salute mentale e alle dipendenze, attraverso la partecipazione congiunta del medico e infermiere di sanità penitenziaria, dei DSM e dei servizi delle dipendenze.	Intervento organizzativo individuato per la presa in carico dei detenuti con bisogni complessi (descrizione dell'intervento e rilevazione dei casi presi in carico al 31.12.2019).
<p>Attuazione al 31.12.2019:</p> <p>1. Implementazione organizzativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- presenza degli operatori del DDD e del DSM alla riunione mensile condivisa con area sicurezza, area educativa, sanità penitenziaria. Riunioni denominate Grandi Sorvegliati per la discussione e presa in carico dei</li> </ul>	

detenuti con bisogni complessi;

- costituzione di un gruppo paritetico, Direzione Casa Circondariale-Sanità Penitenziaria- DSM/DDD per la condivisione e gestione di progettualità per la gestione delle situazioni complesse di detenuti con disagio psichico e dipendenza patologica

2. colloqui di presa in carico congiunti tra personale di sanità penitenziaria e personale del DDD e DSM al 31/12/2019:

- ddd 53 - dsm 18.

Inoltre, il Dipartimento delle dipendenze ha seguito un totale di 117 persone in carcere (97 maschi e 20 femmine). Le prestazioni sono state garantite da personale dei diversi profili professionali, ma in modo prevalente dal medico e dallo psicologo con incarico specifico, sia in modo programmato che su chiamata della sanità penitenziaria. I 14 casi complessi con comorbidità psichiatrica sono stati presi in carico congiuntamente col DSM. Nel 2019 è stato svolto anche un percorso formativo trasversale (due edizioni), che ha coinvolto operatori aziendali e del Ministero della Giustizia. Periodiche riunioni intra-aziendali di coordinamento tra i Dipartimenti e la Sanità penitenziaria; mensilmente sono state effettuate riunioni di coordinamento tra operatori dei dipartimenti, della sanità penitenziaria e dell'area educativa dell'amministrazione penitenziaria e polizia penitenziaria.

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
-------------	---------------------

### 3.2.2.9 Superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari

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

Attuazione al 31.12.2019:

Il DSM continua a lavorare a stretto contatto con l'autorità giudiziaria competente, rispettando il limite dei 45 giorni per la presentazione dei PTRI e spesso anticipandolo. Nel corso del 2019 sono stati accolti 2 persone di altre Aziende del FVG. In ottobre 2019 la Struttura Rems è stata chiusa per adeguamenti strutturali legati alla sicurezza.

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
-------------	---------------------

### 3.2.2.10 Dipendenze

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



	<p>come relativi agli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale</p> <p>1.5 Report con l'esito di 3 indicatori di outcome relativi all'esito dei trattamenti in capo al SSR per rispondere alle problematiche relative alla dipendenza, quali drop-out e follow - up</p> <p>1.6 Report rispetto ai soggetti under 25 anni afferenti ai servizi rispetto quantità e problematiche all'accesso</p>
<p>Attuazione al 31.12.2019:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Il direttore del dipartimento delle dipendenze ha partecipato alle riunioni mensili del gruppo tecnico operativo nelle seguenti date: 17/01, 06/02, 19/03, 29/04, 21/05, 10/06, 03 e 23/07, 20/09, 12/12. Non sono state convocate le riunioni nei mesi di agosto, ottobre e novembre.</li> <li>- Sono stati regolarmente inviati i flussi informativi alla regione per L'Osservatorio regionale.</li> <li>- Trasmessi i report previsti ai punti 1.3, 1.4, 1.5 e 1.6, ai fini della stesura del report annuale dell'Osservatorio, che è in via di pubblicazione nel sito.</li> </ul>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
2. Partecipazione al tavolo tecnico di confronto regionale con il terzo settore sui trattamenti alcologici	2. Partecipazione dei referenti Aziendali dei trattamenti alcologici ad almeno il 70% delle riunioni indette
<p>Attuazione al 31.12.2019:</p> <p>Riunioni convocate nelle date: 15/1, 27/2, 27/3, 29/5, 29/08, 09/10, 20/11. La referente per il DDD è sempre stata presente.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
3. Realizzazione di una sperimentazione dell'uso del budget personale.	3. Report su sperimentazione budget personale
<p>Attuazione al 31.12.2019:</p> <p>Il DDD ha proseguito la sperimentazione dello strumento del budget di salute utilizzando parte del proprio budget di struttura. Nel 2019 sono stati fatti 10 budget di salute, di cui 5 per persone in misura alternativa alla detenzione (fondi regionali finalizzati allo sviluppo del reinserimento di questo target), che presentavano bisogni di particolare complessità da richiedere una maggiore personalizzazione del programma. Per tutti gli utenti la presa in carico è stata fatta in collaborazione altri servizi del territorio.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
4. Diffusione dell'offerta di testing per le malattie infettive correlate all'uso di sostanze stupefacenti negli utenti che afferiscono ai Servizi per le dipendenze	4. Almeno il 70% di testati sui testabili
<p>Attuazione al 31.12.2019:</p> <p>Risultato raggiunto</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
5. Ridurre di almeno il 10% le persone inviate nelle strutture residenziali extraregionali	5. Relazione sul numero di invii nelle strutture per la terapia riabilitativa della dipendenza, con evidenza del

	dettaglio delle strutture di invio e motivazione espressa per gli invii fuori regione.
Attuazione al 31.12.2019: Gli invii in comunità di pazienti del DDD sono stati 13 in comunità regionali e 24 in quelle extraregionali. Nelle strutture fuori regione sono state inserite le persone che non hanno trovato risposta localmente, o per mancanza di posti liberi o per mancanza di programmi specialistici ad hoc (utenti donne, adolescenti con problematiche complesse, comorbidità psichiatrica, misure alternative alla detenzione, polidipendenza).	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

### 3.2.4 ODONTOIATRA PUBBLICA

<b>ODONTOIATRIA PUBBLICA</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Odontoiatria pubblica	<p>ASUITS nel 2019 conta di raggiungere e/o confermare tutti gli obiettivi previsti nelle linee di gestione regionali per il SSR:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ogni centro erogatore erogherà più di 1400 prestazioni/anno;</li> <li>• la media aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra (&gt; 1,5) sarà mantenuta</li> <li>• la media aziendale annua di prestazioni/riunito non sarà inferiore a 1400;</li> <li>• la percentuale aziendale di visite sul totale delle prestazioni erogate sarà mantenuta al valore raggiunto nel 2018;</li> <li>• la cartella clinica elettronica è attiva dal 1.9.2017;</li> <li>• all'interno del carcere di Trieste sono attivi gli ambulatori odontoiatrici sia nella sezione maschile che in quella femminile;</li> <li>• la SC clinica di chirurgia maxillo facciale ed odontostomatologia ha 40 riuniti</li> </ul> <p>Per il tramite del coordinatore regionale del programma regionale, inoltre, ASUITS collaborerà con la DCS per la definizione delle modifiche ed implementazioni della delibera di riferimento con lo scopo di aumentare la platea degli aventi diritto e l'efficienza e l'efficacia della offerta odontoiatrica pubblica.</p>
Attuazione al 31.12.2019: ASUITS ha rispettato le indicazioni regionali per quanto di competenza	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

### 3.3 ASSISTENZA FARMACEUTICA E ASSISTENZA INTEGRATIVA

3.3.1 Tetti spesa farmaceutica	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Tetto per la spesa farmaceutica per acquisti diretti (farmaceutica ospedaliera, diretta e DPC) = 6,89 % del FSR;</p> <p>Tetto per la spesa farmaceutica convenzionata = 7,96 % del FSR.</p> <p>Nello specifico i vincoli di spesa fissati a livello regionale per il 2019 sono riepilogati nel capitolo dedicato alle risorse finanziarie.</p>	<p>Rispetto dei tetti fissati a livello nazionale: la verifica è effettuata a livello centrale e il rispetto dei tetti è considerato per regione– monitoraggi AIFA periodici</p> <p>Rispetto dei vincoli regionali: monitoraggio mensile indicatori linee di gestione a cura della DCS (da definire con ARUE)</p>
<p>Attuazione al 31.12.2019:</p> <p>ASUITS ha rispettato i vincoli regionali assegnati per la farmaceutica Diretta, DPC e Convenzionata.</p> <p>Per quanto riguarda la Farmaceutica ospedaliera, dove il target assegnato è -0,5%, si fa presente che già in sede di contrattazione con la Regione era stato chiesto l'innalzamento, considerato che nel biennio 2017-2019 questo avrebbe significato complessivamente per ASUITS arrivare al -1,5%, rispetto alla ASS2 cui veniva concesso un +6,22%, ASUIUD un +6,80% e il CRO di Aviano un +19%. Tali differenze risultavano discriminanti per ASUITS, azienda ad alta specialità che, come le altre, si può imbattere in casi di estrema complessità oltre che dal trattamento costoso (ad esempio a maggio sono stati diagnosticati due casi di emofilia acquisita per il cui trattamento in acuto si sono resi necessari € 500.000).</p>	
<b>Valutazione</b>	<p><b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b></p> <p>I TETTI NAZIONALI RIPORTATI SONO AGGREGATI A LIVELLO REGIONALE (NON AZIENDALE) E LA VERIFICA DEL RISPETTO È EFFETTUATA A LIVELLO CENTRALE. DALL'ULTIMO REPORT AIFA GENNAIO-DICEMBRE 2019(PRIMO RILASCIO) IL TETTO PER LA CONVENZIONATA RISULTA RISPETTATO (6,90% VS 7,96% TARGET), IL TETTO PER I GLI ACQUISTI DIRETTI DEI GAS MEDICINALI RISULTA RISPETTATO (0,12% VS 0,20%). IL TETTO PER GLI ACQUISTI DIRETTI <u>NON</u> È STATO RISPETTATO (10,81% VS 6,69% TARGET)</p>

3.3.2 Appropriata prescrizione	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Le Aziende invieranno un report semestrale alla DCS con evidenza sia delle iniziative di audit e feedback adottate, sia delle azioni più significative intraprese nel corso del primo e del secondo semestre del 2019 (in particolare per oncologici, immunologici, farmaci per l'epatite C, terapie intra-vitreali, farmaci del PHT_DPC, equivalenti, IPP, ecc).</p>	<p>ASUITS invierà alla DCS due relazioni semestrali (entro 31/08/2019 e 28/02/2020) da cui si evincano:</p> <p>3 obiettivi assegnati alle UO aziendali relativi a setting specialistici ad alto impatto di spesa in ospedale:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- iniezioni intravitreali (mantenere il rapporto bevacizumab/ranibizumab+ aflibercept al valore di</li> </ul>

	<p>3,5)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- riportare l'indice di utilizzo dei carbapenemi al valore medio ospedaliero per le strutture che nel 2018 si sono mantenute al di sopra</li> <li>- portare in utilizzo l'emicizumab rispetto il complesso protrombinico per pz emofiliaci</li> </ul> <p>3 obiettivi assegnati alle UO aziendali/MMG di continuità assistenziale/appropriatezza (uso vitamina D 2019 &lt; 2018, utilizzo fentanyl 2019 &lt;2018, riduzione uso omega-3 nel 2019)</p> <p>Azioni intraprese per le categorie principali</p>
<p>Attuazione al 31.12.2019:</p> <p>In riferimento al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva ASUITS ha inviato comunicazioni/reportistica agli operatori sanitari (MMG, PLS, Specialisti ambulatoriali e Ospedalieri, infermieri) al fine di favorire l'utilizzo appropriato dei farmaci dal miglior rapporto costo/efficacia. Sono stati inviati alert e comunicazioni sui farmaci PPI, fentanil, farmaci a base di ossicodone/naloxone, farmaci per il dolore neuropatico, farmaci per l'ipertrofia prostatica, febuxostat, calcioantagonisti, omega-3, antibiotici, farmaci GLP-1, insuline, teriparatide, associazioni tra ezetimibe e statine, febuxostat, nimesulide, vitamina D, EBPM, benzodiazepine, farmaci per l'ipertensione polmonare, farmaci per artrite reumatoide, spondilite anchilosante, artrite psoriasica, colite ulcerosa, morbo di Crohn, farmaci per la sclerosi multipla, farmaci per l'emofilia acquisita. In aggiunta, a seguito dell'entrata in commercio e disponibilità di biosimilari o generici ad alto impatto di spesa o di nuove terapie sono state tempestivamente aggiornate le tabelle con i costi annui di terapia e inviate ai prescrittori (HIV, ipertensione polmonare, colite ulcerosa, morbo di Crohn, psoriasi a placche, artrite reumatoide, artrite psoriasica, spondiloartrite anchilosante, belimumab per LES, sclerosi multipla, palbociclib e ribociclib, farmaci per leucemia mieloide cronica, immunoterapia, TKI per ALK-mutati, mieloma multiplo).</p> <p>C'è stato un confronto tra farmacisti e richiedenti per stabilire le esizialità delle richieste e se tutte le eventuali alternative dal miglio rapporto costo efficacia fossero state esplorate, fornendo a riguardo considerazioni desunte dalla letteratura oltre ai costi aggiornati di terapia, in particolare per farmaci quali onco ematologici, biologici per le affezioni reumatiche, gastriche e della cute, farmaci per la sclerosi multipla ed anti HIV. A tal fine sono state elaborate e spedite con protocollo interno 150 note di approfondimento aventi temi riguardanti la sicurezza l'efficacia il budget impact e le possibili alternative dei farmaci richiesti alla SC Assistenza farmaceutica.</p> <p>Mensilmente è stato effettuato il monitoraggio dell'andamento dei costi farmaceutici generati dalle UUOO nei canali dell'ospedaliera e della distribuzione diretta, con riepilogo trasmesso ai direttori di struttura. Sulla base di tali dati sono stati effettuati 13 incontri con le UUOO a maggior impatto ed incremento di spesa, dove sono stati discussi i principali farmaci/categorie di farmaci ad alto impatto di spesa e appropriatezza e relativi consumi, e le tabelle aggiornate dei costi annui di terapia. In particolare, sono stati effettuati 7 incontri nel I quadrimestre sui dati di consumo relativi all'anno 2018 (UUOO incontrate: oncologia, ematologia, pneumologia, malattie infettive, clinica e patologie del fegato, oculistica, neurologia, anestesia e rianimazione), 4 incontri nel II quadrimestre sui dati di consumo relativi ai primi mesi del 2019, presentazione PTA diabete aggiornato, discussione PDTA melanoma (UUOO incontrate: Clinica Medica, Oculistica, Ematologia, Dermatologia, Oncologia), 2 incontri nel III quadrimestre sui dati del periodo gennaio-settembre 2019</p>	

(strutture incontrate: Distretto 1, Distretto 2, Distretto 3, Distretto 4, Pneumologia).

Per farmaci ad alto impatto di budget richiesti e non compresi nel PTA, la Farmacia ha elaborato dossier specifici di approfondimento inviati alla Direzione Sanitaria per la decisione sull'eventuale acquisto. Sono stati a tal fine valutati ed approntati dossier per 42 richieste per farmaci ad alto impatto di spesa non presenti in PTA.

Per farmaci a basso impatto di budget, non presenti in PTA, si è provveduto ad interloquire col richiedente per accertarsi che quelli in dotazione aziendale non potevano effettivamente intercettare il problema clinico per cui era stato chiesto di ricorrere a farmaci extra PTA.

Tutte le richieste riguardanti l'impiego di farmaci off label sono state corredate da una relazione di approfondimento ad opera dei farmacisti che veniva inviata alla Direzione Sanitaria, assieme alla richiesta del clinico, per la decisione sull'eventuale assenso all'impiego. Sono a tal fine stati valutati ed approntati i dossier per 323 richieste di farmaci da impiegarsi off label.

E' stato effettuato il monitoraggio delle richieste riguardanti antibiotici/antivirali quali Ceftazidima+Avibactam, Ceftolozano+Tazobactam, Ertapenem, Daptomicina, Dalbavancina, Linezolid, Tedizolid, Tigeciclina, Ceftarolina, Fidaxomicina, Fosfomicina (391 terapie), antifungini quali Caspofungina, Ambisome, Isavuconazolo, Voriconazolo (86 terapie) e farmaci vari per criticità di impiego dovuta a sicurezza, costi elevati ecc quali Dexmetedomina, Immunoglobuline arricchite in IgM, Alfa-1 antitripsina (58 terapie) ritenuti a criticità d'uso e la cui spedizione è avvenuta previa compilazione di un format dedicato e dopo validazione ad opera del farmacista. Nel corso dell'anno sono state riviste tutte le schede di richiesta nominativa degli antibiotici e antifungini e sono state predisposte delle schede riepilogative per i farmaci ev, riportanti le indicazioni per la diluizione del farmaco da infondere e per la eventuale conservazione dei residui.

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

Sono state effettuate 2 riunioni della Commissione Terapeutica Aziendale (19.06 e 19.12.2019) con l'approntamento e la discussione di 17 dossier. Inoltre, nella prima seduta è stato approvato il nuovo PTA dei farmaci per la cura del diabete, a seguito di una revisione delle terapie disponibili e delle esigenze sia dell'ospedale che del territorio.

In ambito specialistico ospedaliero sono stati identificati i seguenti obiettivi specifici:

- iniezioni intravitreali (mantenere il rapporto bevacizumab/ranibizumab+aflibercept al valore di 3,5)
- riportare l'indice di utilizzo dei carbapenemi al valore medio ospedaliero per le strutture che nel 2018 si sono mantenute al di sopra
- portare in utilizzo l'emicizumab rispetto al complesso protrombinico per pz emofilici

Le azioni intraprese in merito a tali obiettivi sono state:

monitoraggio di tutte le nuove richieste di farmaci intravitreali con dispensazione di ranibizumab e aflibercept solo quando non ricorrevano le condizioni per l'utilizzo del bevacizumab intravitreale. L'attività specifica ha consentito che in ASUITS il 54% delle prescrizioni totali di intravitreali riguardassero Bevacizumab (63% se non si considerano i pazienti trattati con impianto di desametasone).

N iniezioni 2019	Pazienti 2019	% pz trattati con i diversi farmaci	Costo ivato 2019
---------------------	------------------	-------------------------------------------	---------------------

bevacizumab (Avastin)	3.085	766	54%	26.818
desametasone impianto (Ozurdex)	330	208	15%	297.558
ranibizumab (Lucentis)	628	198	14%	378.691
aflibercept (Eylea)	1.048	252	18%	628.639
Totale	5.091	1.424	100%	1.331.706

Non è stato mantenuto il rapporto di 3,5 come prefissato ma la quota di utilizzo di Bevacizumab intravitreale (63% del totale) è verosimilmente la più elevata in Regione ed una tra le più elevate in Italia.

invio a tutti i direttori di UO (nel mese di marzo 2019) di un report con le DDD di carbapenemi/100 gg di degenza relative agli anni 2017 e 2018, con un remind sull'importanza di limitare l'uso di carbapenemi.

invio a tutti i direttori di UO (nel mese di agosto 2019) di un report con le DDD di carbapenemi/100 gg di degenza relative al primo quadrimestre 2019 vs analogo periodo del 2018 e del 2017.

invio a tutti i direttori di UO (nel mese di novembre 2019) di un report con le DDD di carbapenemi/100 gg di degenza relative ai primi 8 mesi del 2019 vs analogo periodo del 2018 e del 2017.

nel mese di giugno 2019 è stato inviato a tutte le UUOO un report che descrive il consumo di antibiotici sistemici negli Ospedali di ASUITS per il periodo 2005-2018, con dettaglio per gli ultimi cinque anni. Il documento si divide in tre parti: spiegazione del tipo di analisi, dati di consumo, descrizione del raggiungimento degli obiettivi in materia di utilizzo di antibiotici che si era prefissata ASUITS.

Nella seduta del 19.06.2019 della CTA, emicizumab è stato inserito in PTA a seguito di richiesta di inserimento effettuata dalla SC Assistenza Farmaceutica, al fine di renderlo prontamente disponibile in ASUITS. E' stata aperta una discussione, ancora in corso, per sostituire il Feiba attualmente in uso in un paziente candidabile ad emicizumab, che ad oggi rifiuta il cambio di terapia (scelta del paziente).

In ambito territoriale, sono stati identificati, discussi e approfonditi nel corso di un incontro condiviso con tutte le AFT i seguenti obiettivi:

uso di vitamina D 2019 < 2018

uso di fentanyl 2019 < 2018

uso di omega-3 2019 < 2018

Le azioni intraprese in merito a tali obiettivi sono state:

invio puntuale e periodico di un report personalizzato ai MMG, invio di 6 newsletter di interesse farmaceutico

invio di specifiche comunicazioni sugli obiettivi indicati (omega-3, fentanil e vitamina D), che sono state oggetto di approfondimento con le AFT nel corso di un incontro in plenaria.

Invio ad ogni MMG di email personalizzate in caso di scostamento di utilizzo di tali medicinali dalle medie aziendali (4 invii personalizzati).

ASUITS ha inviato alla DCS le due relazioni semestrali richieste nei tempi previsti (entro 31/08/2019 e 28/02/2020).

#### Valutazione

#### OBIETTIVO RAGGIUNTO

REPORT SEMESTRALI (I SEMESTRE E ANNO INTERO) INVIATI NEI TERMINI E COERENTI CON GLI OBIETTIVI ASSEGNATI

### 3.3.4 Appropriately prescriptive. Indicators in territorial scope

Obiettivo aziendale

Risultato atteso

<p>Relativamente ai medicinali a brevetto scaduto e alla prescrizione di antibiotici sono riportati i target per il 2019.</p>	<p>ASUITS porrà in essere tutte le iniziative (circolari, email, incontri,...) con i prescrittori (MMG, PLS e ospedalieri) per il raggiungimento dei valori target individuati.</p>																				
<p>I target sui medicinali a brevetto scaduto potranno essere aggiornati con nota DCS non appena disponibili gli ultimi dati nel portale AIFA/MEF nonché in funzione di nuove scadenze brevettuali ovvero di associazioni fisse presenti sul mercato.</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>CLASSE</th> <th>% media FVG (gen-ago 2018)</th> <th>% target nazionale a cui tendere</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>C08CA – derivati diidropiridinici</td> <td>91,0%</td> <td>92,1%</td> </tr> <tr> <td>C09BA – ACE inibitori e diuretici</td> <td>93,9%</td> <td>95,3%</td> </tr> <tr> <td>N03AX – Altri antiepilettici</td> <td>94,0%</td> <td>98,7%</td> </tr> <tr> <td>N06AX – Altri antidepressivi</td> <td>77,2%</td> <td>80,8%</td> </tr> </tbody> </table>	CLASSE	% media FVG (gen-ago 2018)	% target nazionale a cui tendere	C08CA – derivati diidropiridinici	91,0%	92,1%	C09BA – ACE inibitori e diuretici	93,9%	95,3%	N03AX – Altri antiepilettici	94,0%	98,7%	N06AX – Altri antidepressivi	77,2%	80,8%					
CLASSE	% media FVG (gen-ago 2018)	% target nazionale a cui tendere																			
C08CA – derivati diidropiridinici	91,0%	92,1%																			
C09BA – ACE inibitori e diuretici	93,9%	95,3%																			
N03AX – Altri antiepilettici	94,0%	98,7%																			
N06AX – Altri antidepressivi	77,2%	80,8%																			
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>INDICATORE</th> <th>Media FVG (2017)</th> <th>Target a cui tendere</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Incidenza di sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (anti-ipertensivi)</td> <td>37,95%</td> <td>≤ 3 %</td> </tr> <tr> <td>Consumo pro capite di farmaci inibitori di pompa protonica</td> <td>28,06</td> <td>≤25 up pro cap</td> </tr> </tbody> </table>	INDICATORE	Media FVG (2017)	Target a cui tendere	Incidenza di sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (anti-ipertensivi)	37,95%	≤ 3 %	Consumo pro capite di farmaci inibitori di pompa protonica	28,06	≤25 up pro cap											
INDICATORE	Media FVG (2017)	Target a cui tendere																			
Incidenza di sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (anti-ipertensivi)	37,95%	≤ 3 %																			
Consumo pro capite di farmaci inibitori di pompa protonica	28,06	≤25 up pro cap																			
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicatore</th> <th>Azienda</th> <th>Valore aziendale 2017</th> <th>Target (valore 2016)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="5">Consumo di antibiotici sul territorio DDD 10 o res. pes. die</td> <td>ASUI-TS</td> <td>13,94</td> <td>13,24</td> </tr> <tr> <td>AS 2</td> <td>14,38</td> <td>14, 6</td> </tr> <tr> <td>AAS 3</td> <td>14,98</td> <td>1 ,50</td> </tr> <tr> <td>ASUI-UD</td> <td>14,68</td> <td>14,46</td> </tr> <tr> <td>AS 5*</td> <td>17,21</td> <td>16,50*</td> </tr> </tbody> </table>	Indicatore	Azienda	Valore aziendale 2017	Target (valore 2016)	Consumo di antibiotici sul territorio DDD 10 o res. pes. die	ASUI-TS	13,94	13,24	AS 2	14,38	14, 6	AAS 3	14,98	1 ,50	ASUI-UD	14,68	14,46	AS 5*	17,21	16,50*
Indicatore	Azienda	Valore aziendale 2017	Target (valore 2016)																		
Consumo di antibiotici sul territorio DDD 10 o res. pes. die	ASUI-TS	13,94	13,24																		
	AS 2	14,38	14, 6																		
	AAS 3	14,98	1 ,50																		
	ASUI-UD	14,68	14,46																		
	AS 5*	17,21	16,50*																		

	Consumo di antibiotici in età pediatrica	ASUI-TS	17,71	16,68
	DDD 1000 res. pes. die	AAS 2	14,68	14,06
		AAS 3	15,38	14,46
		ASUI-UD**	13,56	13,56**
		AAS 5	15,52	14,93

Attuazione al 31.12.2019:

ASUI-TS ha inviato a tutti prescrittori (MMG e ospedalieri) i grafici del costo/terapia per le categorie in cui si registrava un maggiore scostamento dal target (es. calcioantagonisti diidropiridinici). Sono stati effettuati specifici incontri con AFT, MMG e DSM per il miglioramento dell'appropriatezza d'uso dei farmaci antidepressivi e un incontro con le AFT per sensibilizzare sulle corrette indicazioni, rimborsabilità e sicurezza degli inibitori di pompa protonica e le EBPM. E' stato organizzato un incontro con la cardiologia per il monitoraggio dei dati di prescrizione e l'appropriatezza dei farmaci cardiologici. E' stato emesso un alert per l'uso corretto degli antibiotici secondo indicazioni AIFA. Sono stati inviati ai MMG report sul tema della politerapia e l'organizzazione di un evento di formazione.

Prescrizione dei medicinali a brevetto scaduto (indicatori AIFA-MEF presenti sul sistema Tessera Sanitaria)







	C08CA		C09BA		N03AX		N06AX	
	% Consumi in DDD	Risparmio	% Consumi in DDD	Risparmio	% Consumi in DDD	Risparmio	% Consumi in DDD	Risparmio
TARGET LINEE 2019	92,1		95,3		98,7		80,8	
ASUI-TS	88,09%	€ 65.322	94,03%	€ 5.670	91,61%	€ 186.256	83,38%	
AAS 2	90,93%	€ 28.255	92,25%	€ 69.156	90,47%	€ 176.390	73,29%	€ 32.399
AAS 3	93,59%		93,32%	€ 12.622	90,32%	€ 147.375	72,45%	€ 30.416
ASUI-UD	94,40%		91,70%	€ 21.506	91,19%	€ 213.148	69,45%	€ 56.484
AAS 5	91,13%	€ 89.015	93,56%	€ 69.042	92,52%	€ 174.188	75,68%	€ 30.903
<b>FVG</b>	<b>€ 182.592</b>		<b>€ 177.996</b>		<b>€ 897.357</b>		<b>€ 150.202</b>	

AZIENDA DI RESIDENZA	Numeratore - Nr confezioni C09C-C09D	Denominatore - Nr confezioni C09	Indicatore (Target ≤30%)
ASUI-TS	228.121	675.353	33,78
AAS 2	265.881	728.248	36,51
AAS 3	180.368	484.294	37,24
ASUI-UD	280.377	656.878	42,68
AAS 5	333.450	840.159	39,69
<b>TOTALE REGIONE</b>	<b>1.288.197</b>	<b>3.384.932</b>	<b>38,06</b>








Incidenza di sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (anti-ipertensivi)








AZIENDA DI RESIDENZA	Unità posologiche complessive 2018	Popolazione Pesata Linee 2019	Indicatore Target ( $\leq 25$ u.p. pro capite)	
ASUI-TS	5.666.990	271.696	20,86	
AAS 2	8.530.705	276.243	30,88	
AAS 3	6.031.069	186.277	32,38	
ASUI-UD	7.712.220	272.524	28,30	
AAS 5	9.877.280	320.087	30,86	
<b>TOTALE REGIONE</b>	<b>37.818.264</b>	<b>1.326.827</b>	<b>28,50</b>	

Consumo pro –capite di farmaci inibitori di pompa protonica

AZIENDA DI RESIDENZA	NUMERATORE	DENOMINATORE	INDICATORE (target)	INDICATORE	
ASUI-TS	140.562.760	8.831.905	16,68	15,92	
AAS 2	151.991.120	10.053.195	14,06	15,12	
AAS 3	92.010.980	6.598.835	14,46	13,94	
ASUI-UD	145.048.150	10.360.525	13,56	14,00	
AAS 5	218.191.450	14.394.140	14,93	15,16	
<b>TOTALE REGIONE</b>	<b>747.804.460</b>	<b>50.238.600</b>		<b>14,89</b>	

Consumo di antibiotici in età pediatrica DDD 1000 res. pes. die

AZIENDA DI RESIDENZA	NUMERATORE	DENOMINATORE	INDICATORE (target)	INDICATORE	
ASUI-TS	1.275.396.390	99.169.040	13,24	12,86	
AAS 2	1.372.279.450	100.828.695	14,06	13,61	
AAS 3	937.333.290	67.991.105	14,50	13,79	
ASUI-UD	1.385.450.840	99.471.260	14,46	13,93	
AAS 5	1.933.961.920	116.831.755	16,50	16,55	
<b>TOTALE REGIONE</b>	<b>6.904.421.890</b>	<b>484.291.855</b>		<b>14,26</b>	

Consumo di antibiotici sul territorio DDD 1000 res. pes. die

ASUI-TS è l'azienda regionale che ha conseguito il più elevato numero di target specificati (3 su 4)

<b>Valutazione</b>	<p><b>OBBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b></p> <p>L'OBBIETTIVO RIGUARDA IL RAGGIUNGIMENTO DEI TARGET AIFA-MEF E S' ANNA. RAGGIUNTI 4/8 TARGET (CRITERI VALUTAZIONE DA DGR 448/2019)</p> <p>PER LA PARTE DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA SI RIMANDA ALL'OBBIETTIVO PRESCRITTORI</p>
--------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3.3.5 Biosimilari	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Indicatori per categorie di medicinali in cui è	ASUI-TS invierà alla DCS due relazioni semestrali

disponibile l'alternativa biosimile	(entro il 31/08/2019 e 28/02/2020) da cui si evincano le attività svolte, i percorsi attivati con i prescrittori ed i monitoraggi effettuati per i singoli ambiti (ospedaliero, domiciliare, residenziale e semiresidenziale), e le ricadute sul SSR, sulla base dello schema di rilevazione delle informazioni che la DCS invierà alle AASS
<p>Attuazione al 31.12.2019:</p> <p>Si riportano le azioni intraprese da ASUITS in tema di biosimilari:</p> <p>Ogni richiesta nominale per pazienti naive di farmaci biologici che hanno presenza contemporanea sul mercato di farmaci biosimilari è stata intercettata dai farmacisti aziendali e discussa con il medico nel caso la scelta ricadesse sul farmaco ad impatto di spesa maggiore.</p> <p>Nel corso del 2019 sono state inviate 14 comunicazioni ai clinici inerenti farmaci biosimilari, sia di carattere generale che su singoli casi.</p> <p>Si è provveduto all'inserimento di alternative biosimilari nel Prontuario (es. insulina glargine e lispro) per favorire ricadute economicamente vantaggiose anche sul territorio. In merito alle insuline, il 20.03.2019 è stata effettuata 1 riunione con i due referenti aziendali per il diabete (un ospedaliero e un territoriale) nella quale, a seguito dell'analisi dei dati di consumo dei farmaci per il diabete in tutti i canali distributivi e del confronto dei costi, è stato approvato il nuovo PTA dei farmaci per la cura del diabete, in vigore dal 19.06.2019, comprendente i due biosimilari di insulina glargine e lispro.</p> <p>E' stata predisposta ed inviata a MMG e specialisti apposita nota sulla disponibilità di medicinali biosimilari a base di teriparatide.</p> <p>ASUITS ha inviato report come richiesto dalla DCS, dal quale si evince che:</p> <p>nei canali dell'ospedaliera e della diretta (responsabili dell'80.5% della spesa di questi medicinali), nei quali la dispensazione viene effettuata dal farmacista ospedaliero, la quota di impiego dei biosimilari raggiunge rispettivamente il 90% (DDD ospedaliera) e l'87% (unità posologiche diretta), nonostante ci siano alcuni principi attivi per i quali nel 2019 non era ancora disponibile da ARCS l'alternativa biosimile (alfa 1 antitripsina e teriparatide) o il primo aggiudicatario di gara era l'originator (insulina lispro, enoxaparina 2000 UI).</p> <p>nel canale della DPC (responsabile del 19.5% della spesa di questi medicinali), la quota di biosimilari si attesta in termini di DDD al 39% (in aumento di 9 punti % rispetto al primo semestre del 2019). Per follitropina alfa e somatropina la prescrizione è indotta da specialisti esterni ad ASUITS. Per insulina glargine il dato comprende anche prodotti per i quali non è disponibile il biosimilare (Lantus flacone e insulina Toujeo), economicamente vantaggiosi. Per pegfilgrastim, il biosimilare è disponibile da luglio 2019. Al netto di queste 4 molecole, la quota di DDD di biosimilare sale dal 39 all'84%.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>RELAZIONE E REPORT TRASMESSI SECONDO INDICAZIONE</b>

<b>3.3.6 Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Ottimizzazione e monitoraggio della DPC	ASUITS effettuerà le seguenti azioni: - Evidenza di accordi per l'erogazione del I ciclo con le

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.	strutture private accreditate entro il 31.08.19 - Invio di due report semestrali sull'attività svolta nell'ambito della DPC e della distribuzione diretta entro il 31.08.19 ed entro il 28.02.20.
<p>Attuazione al 31.12.2019:</p> <p>Si riportano le azioni intraprese da ASUITS:</p> <p>ASUITS ha assicurato il ricorso al I° ciclo di terapia e si è impegnata per il massimo rispetto delle indicazioni rispetto al primo ciclo sia nelle proprie strutture che in quelle convenzionate (es Pineta del Carso). E' stato organizzato un incontro per implementare l'erogazione diretta del I ciclo da parte del IRCCS Burlo, anche di medicinali DPC. Altresì sono stati forniti dal servizio farmaceutico dati di prescrizione di farmaci indotti da specialisti dello stesso IRCCS (somatropina, farmaci nota AIFA 74) per sensibilizzarne un uso appropriato.</p> <p>Relativamente ai medicinali di nuova autorizzazione all'immissione in commercio e che sono inseriti nell'elenco dei farmaci erogabili in DPC è stato attuato ogni utile percorso per evitare aggravii di costo generati dall'erogazione tramite il canale convenzionale nelle more della effettiva disponibilità di tali medicinali in DPC correlandosi con i prescrittori ed inviando apposite email. In caso di ricorso all'erogazione convenzionata sono stati effettuati tutti gli approfondimenti anche con i prescrittori per valutarne le motivazioni e in caso di difformità (es. mancanza PT specialistico si provvede al recupero di quanto indebitamente prescritto). Sono stati messi in atto approfondimenti con i prescrittori sui medicinali antidiabetici GLP-1 e sui farmaci PCSK9 per correlarne l'utilizzo agli esiti di salute.</p> <p>ASUITS ha pubblicato periodicamente gli elenchi dei medicinali DPC sul proprio sito istituzionale e sull'intranet aziendale a disposizione dei prescrittori e tramite newsletter farmaceutica periodica, così come l'elenco regionale dei centri autorizzati alla prescrizione di determinati medicinali.</p> <p>La distribuzione diretta del primo ciclo è in leggero calo in numero di pazienti (-5%); di questo sono stati informati con una circolare dedicata tutti i prescrittori in corso d'anno (luglio). La spesa è scesa del -1% a fronte di un -15% in termini di unità posologiche.</p> <p>La distribuzione diretta in strutture residenziali/semiresidenziali/ADI (non nominali) sale del 9% in termini di unità posologiche, corrispondenti a un +1% della spesa.</p> <p>Relativamente agli accordi per l'erogazione del I ciclo con le strutture private accreditate, è stato stipulato l'accordo che definisce l'erogazione del I ciclo di terapia con la Casa di Cura Pineta del Carso (Protocollo 38399/ T. Gen 3.C.2.) con decorrenza dal 01 gennaio 2017 e scadenza 31 dicembre 2019 ed è stata definita la bozza del contratto con la Casa di Cura Salus - Policlinico Triestino.</p> <p>ASUITS ha inviato alla DCS le due relazioni semestrali richieste nei tempi previsti (entro 31/08/2019 e 28/02/2020).</p>	
<b>Valutazione</b>	<p><b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p> <p><b>RELATIVAMENTE ALL'EVIDENZA DI ACCORDI CON LE STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE PER LA FORNITURA DEL I CICLO DI TERAPIA ASUITS FA RIFERIMENTO AD UN ACCORDO IN ESSERE DAL 01.01.2017 CON UNA CASA DI CURA (PINETA DEL CARSO) E AD UNA BOZZA DI ACCORDO CON LA SECONDA STRUTTURA.</b></p> <p><b>INVIO DEI REPORT SULLE ATTIVITÀ SECONDO RICHIESTA</b></p>

<b>3.3.7 Rapporto con le Aziende Farmaceutiche e Biomedicali</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Gli enti del SSR, attraverso gli appositi Uffici (es. responsabili della trasparenza e dell'anticorruzione) adottano specifiche disposizioni organizzative relativamente alle attività d'informazione svolte dalle Aziende farmaceutiche e del settore dei dispositivi medici verso tutti gli operatori sanitari al fine di favorire comportamenti uniformi, coerenti a principi di trasparenza anche con riferimento ad eventuali conflitti di interesse	ASUITS predisporrà un regolamento e lo adotterà entro il 31.12.2019.
Attuazione al 31.12.2019: Regolamento adottato con decreto n. 908 del 9 dicembre 2019 trasmesso alla DCS prot. gen. 74972 dd 10/12/19	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.3.8 Assistenza integrativa</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
La dispensazione dei dispositivi medici di cui all'allegato 2 del DPCM 12 gennaio 2017 è garantita in forma diretta secondo le disposizioni della DGR n. 1783 del 22.09.2017, punto 8.e. A tal fine le aziende sanitarie implementano i relativi percorsi. Nelle more della completa attuazione di quanto previsto dalla DGR 12/2018 relativamente agli ausili per diabetici, le Aziende garantiscono modalità di acquisizione e di erogazione che favoriscano l'efficienza del SSR	<ol style="list-style-type: none"> <li>ASUITS darà evidenza delle azioni intraprese per l'implementazione/messa a regime della distribuzione diretta dei dispositivi medici di cui all'allegato 2 del DPCM 12 gennaio 2017.</li> <li>L'Azienda garantirà nelle more della completa attuazione di quanto previsto dalla DGR 12/2018 relativamente agli ausili per diabetici, modalità di acquisizione e di erogazione tramite i servizi distrettuali.</li> </ol>
Attuazione al 31.12.2019: ASUITS ha assicurato il monitoraggio e la verifica dell'appropriatezza d'uso dei dispositivi per l'assistenza integrativa al fine di porre in essere ogni azione utile ad una razionalizzazione della spesa e dei consumi di tali prodotti. E' stata effettuata un'analisi delle strisce per la glicemia per classi del diabete e relativi consumi di strisce per valutare eventuali sovra o sotto-utilizzi secondo quanto previsto dalla DGR 1253 dd.30.5.2005 avente ad oggetto "Modalità di erogazione a carico del SSR degli ausili per l'autocontrollo della glicemia a favore di pazienti affetti da diabete mellito" e della DGR 161 DD.3.2.2006, stabiliscono che il numero giornaliero di controlli glicemici ed il quantitativo mensile di strisce erogabili a carico del SSR. Sono state inviate email personalizzate ai singoli MMG che si sono discostati dalle indicazioni per la prescrizione di strisce della glicemia secondo la classe di appartenenza (classe 3 e 4). In esito a tali azioni ASUITS ha ridotto la spesa in convenzione per i presidi per il diabete nel 2019 vs 2018 (-5,6%) riportando il valore pro capite al di sotto del dato regionale. Si è valutata la possibilità di implementare la distribuzione diretta tramite distretti di alcuni prodotti AFIR, economicamente vantaggiosa per il SSR sfruttando l'entrata di ASUITS nella logistica	

centralizzata al fine di ridurre la spesa convenzionata di tali prodotti, ma vi sono criticità sia in merito agli spazi che alla necessità di ulteriore personale da assumere per implementare tale attività.

**Valutazione**

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

**3.3.9 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 risksharing. La richiesta del farmaco dovrà sempre essere accompagnata dalla scheda di registrazione paziente nel registro.</p>	<p>ASUITS darà evidenza dei monitoraggi/controlli effettuati/percorsi aziendali per la risoluzione di eventuali criticità e assicurerà l'invio delle richieste di rimborso secondo le modalità definite da AIFA per tutti i farmaci con accordo MEA, dando riscontro per gli approfondimenti/richieste di verifica relative ai registri AIFA/procedure di rimborso nei termini indicati.</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Attuazione al 31.12.2019:

Registri AIFA e recupero rimborsi

I farmacisti ASUITS hanno evaso il 100% delle richieste di farmaci su registro web based o cartaceo, soltanto se correttamente compilato dal medico richiedente. Posizioni divergenti sono state sanate con i compilatori richiedenti prima della fornitura. Tutti i cicli di cura conclusi sono stati processati per accedere alle procedure di rimborso (100% riscontrabile da portale AIFA). Nel corso del 2019 tale attività ha consentito la restituzione da parte delle Aziende di un valore pari a € 565.287 con note di credito ad ASUITS.

**Valutazione****OBIETTIVO RAGGIUNTO**

<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>ASUITS assicurerà l'implementazione dei campi obbligatori per il 95% dei pazienti per entrambe le rilevazioni previste dalla DCS (al 30.06.2019 e al 31.12.2019).</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Attuazione al 31.12.2019:

Cartella oncologica informatizzata

Obiettivo mantenuto

**Valutazione****OBIETTIVO RAGGIUNTO**

**I RILEVAZIONE: CSO 97,62%, ONCOLOGIA MAGGIORE 94,73% (MEDIA= 96,02%)**

**II RILEVAZIONE: CSO 98,52%, ONCOLOGIA MAGGIORE 95,19% (MEDIA= 96,86%)**

<p>Prescrizioni personalizzate PSM iter elettronico</p> <p>Per le Aziende servite dalla logistica centralizzata, la</p>	<p>Per ASUI-TS, al termine della fase di inserimento nella logistica centralizzata avvio utilizzo applicativo: %</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM dovrà essere garantita per il 90% delle confezioni destinate alla distribuzione diretta nominale erogate mediante lo stesso applicativo, anche al fine di consentire un puntuale monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e la promozione dei medicinali acquisiti centralmente da ARCS</p>	<p>confezioni almeno 30%</p>
<p>Attuazione al 31.12.2019:</p> <p>Prescrizioni personalizzate PSM iter elettronico</p> <p>ASUITS ha attivato i buffer della logistica centralizzata per la distribuzione territoriale tramite distretti (con centralizzazione della distribuzione personalizzata tramite PSM nelle sedi della Farmacia di Cattinara e del Maggiore di quanto in precedenza distribuito tramite la Farmacia di Strada della Rosandra) dal 23.09.2019.</p> <p>Nel mese di ottobre è stato inviato un remind specifico sull'uso di PSM a tutti i dirigenti medici e direttori delle UUOO Oncologia, Ematologia, Oncologia senologica e dell'apparato riproduttivo femminile, Pneumologia, Medicina Clinica - reumatologia.</p> <p>Complessivamente, secondo i dati rilevati centralmente dalla DCS e trasmessi alle AASS il 18.12.2019, nel periodo gennaio-settembre 2019 ASUITS ha prescritto tramite PSM il 98,9% delle confezioni erogate tramite PSM, in linea con l'obbiettivo regionale.</p>	
<p><b>Valutazione</b></p>	<p><b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p> <p><b>MODALITÀ DI VALUTAZIONE DEFINITA CON DGR N. 448/2019</b></p> <p><b>PSM ELETTRONICO 99,2 % (SOLO ASUITS)</b></p> <p><b>PSM ELETTRONICO: 99,2% (TOTALE: IN+OUT)</b></p> <p><b>PSM TUTTO: 80,58%</b></p> <p><b>PERSONALIZZATA TUTTA (ASCOT + PSM): 97,76%</b></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>ASUITS assicurerà l'effettuazione delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM per almeno il 65% di tutti pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2019:</p> <p>Prescrizione informatizzata dei piani terapeutici</p>	

ASUITS ha attivato i buffer della logistica centralizzata per la distribuzione territoriale tramite distretti (con centralizzazione della distribuzione personalizzata tramite PSM nelle sedi della Farmacia di Cattinara e del Maggiore di quanto in precedenza distribuito tramite la Farmacia di Strada della Rosandra) dal 23.09.2019.

Nel mese di febbraio 2019 è stato inviato un remind sull'uso di PSM-PT a tutti i dirigenti medici e direttori di UO dei presidi ospedalieri Cattinara e Maggiore.

Il 06.05.2019 è stato effettuato specifico corso di formazione a PSM-PT per i prescrittori della UO Medicina Clinica. Si è provveduto all'ulteriore implementazione dell'informatizzazione delle strutture abilitate alla prescrizione di PT per i farmaci anti-diabetici.

Nel mese di ottobre è stato inviato un remind specifico sull'uso di PSM-PT a tutti i dirigenti medici e direttori delle UUOO Oncologia, Ematologia, Oncologia senologica e dell'apparato riproduttivo femminile, Pneumologia, Medicina Clinica - reumatologia.

Complessivamente, secondo i dati rilevati centralmente dalla DCS e trasmessi alle AASS il 18.12.2019, nel periodo gennaio-settembre 2019 ASUITS ha prescritto tramite PSM-PT nel 73% dei casi, in linea con l'obiettivo regionale.

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>MODALITÀ DI VALUTAZIONE DEFINITA CON DGR N. 448/2019</b> <b>PSM-PT: 74%</b>
<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 (&gt; 99% confezioni) in fase di erogazione diretta dei medicinali (applicativo PSM).</p> <p>Le Aziende e l'ARCS danno riscontro ad eventuali approfondimenti richiesti dalla Direzione Centrale, anche su istanza Ministero della Salute, entro 15 giorni dalle comunicazioni.</p>	<p>ASUITS effettuerà le verifiche e i controlli di congruenza dei flussi informativi entro il 10 di ogni mese, garantendo integrale copertura della fase 3/fase 2 (&gt; 99,5% della spesa negli ambiti previsti).</p> <p>ASUITS assicurerà l'inserimento del codice targatura in fase di erogazione diretta dei medicinali (&gt; 99%), per tutte le dispensazioni effettuate tramite PSM.</p> <p>ASUITS darà riscontro alla DCS entro 15 giorni per gli approfondimenti richiesti o le segnalazioni inviate.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2019:</p> <p>Flussi informativi farmaceutica</p> <p>ASUITS garantisce integrale copertura della fase 3/fase 2 (&gt; 99,5% della spesa negli ambiti previsti).</p> <p>ASUITS assicura l'inserimento del codice targatura in fase di erogazione diretta dei medicinali (&gt; 99%), per tutte le dispensazioni effettuate tramite PSM. Per i prodotti dispensati tramite PSM e non dotati di codice targatura (es. vaccini per immunoterapia specifica) viene inserito un codice targatura fittizio, come da indicazioni di Insiel.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>



	<b>MODALITÀ DI VALUTAZIONE DEFINITA CON DGR N. 448/2019</b> <b>FASE3/FASE 2: 99,35</b> <b>TARGATURA (CONFEZIONI): 99,92%</b>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>3.3.10 Farmacovigilanza</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Gli Enti del SSR assicurano la partecipazione dei sanitari interessati e il supporto alle attività organizzative.	ASUITS assicurerà: la partecipazione dei sanitari interessati alle progettualità avviate dalla DCS e alle attività formative organizzate dalla stessa (partecipazione a incontri periodici, stato di avanzamento dei progetti affidati alle Aziende sanitarie)
Nell'ambito della progettualità pluriennale avviata nel 2018 (Farmacisti in ospedale/territorio) con il coinvolgimento di tutte le Aziende sanitarie, gli Enti del SSR dovranno garantire la partecipazione agli incontri periodici del gruppo di Coordinamento e l'invio della relazione scientifica e della rendicontazione secondo le tempistiche stabilite dalla convenzione in essere.	ASUITS assicurerà: la partecipazione agli incontri periodici del gruppo di Coordinamento del progetto ed evidenza della relazione scientifica e della rendicontazione: secondo le tempistiche della convenzione in essere.
Partecipazione ai tre nuovi moduli FAD da parte dei Responsabili di farmacovigilanza e dai loro collaboratori (da loro individuati) al fine di migliorare la qualità delle informazioni inserite in RNF	ASUITS assicurerà: la partecipazione da parte di tutti gli operatori sanitari individuati
Gli Enti dovranno assicurare azioni per incentivare la segnalazione on-line	ASUITS assicurerà l'aumento delle segnalazioni on-line del 15% rispetto alla rilevazione del 31.8.2018.
"Sicurezza del farmaco"	<ul style="list-style-type: none"> <li>- messa a regima della diffusione della reportistica periodica destinata ai medici di medicina generale;</li> <li>- adeguamento alla indicazioni regionali sulla gestione degli elastomeri;</li> <li>- applicazione delle raccomandazioni ministeriali: <ul style="list-style-type: none"> <li>raccomandazione per la riconciliazione farmacologica;</li> <li>prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici;</li> <li>prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike";</li> <li>prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati;</li> <li>prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica;</li> <li>corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di</li> </ul> </li> </ul>



	<p>Cloruro di Potassio -KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio.</p> <p>- mantenimento delle azioni sull'uso prudente dei farmaci con particolare riferimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>alla riduzione del consumo di inibitori di pompa protonica a meno di 25 unità posologiche procapite (diretta+convenzionata e dpc);</li> <li>alla riduzione del consumo di benzodiazepine e degli ipnotici nelle case di riposo.</li> </ul>
<p>Attuazione al 31.12.2019:</p> <p>ASUITS ha assicurato la partecipazione dei sanitari interessati alle attività formative organizzate dalla DCS: incontro regionale di aggiornamento sulla farmacovigilanza del 21.06.2019; incontri di aggiornamento e/op del gruppo di Coordinamento del progetto pluriennale farmacisti in ospedale/territorio del 10.01-07.03-27.06-25.07-20.09.2019.</p> <p>ASUITS ha inviato alla DCS le relazioni scientifiche e rendicontazioni relative al progetto pluriennale farmacisti in ospedale/territorio in data 03.05.2019.</p> <p>In merito alla partecipazione ai tre nuovi moduli FAD da parte dei Responsabili di farmacovigilanza e dai loro collaboratori (da loro individuati) al fine di migliorare la qualità delle informazioni inserite in RNF, i corsi sono stati effettuati dal 100% degli operatori sanitari individuati (Dr.ssa Mansi, Dr.ssa Roni, Dr.ssa Carniel, Dr. Colla, Dr.ssa Sottosanti, Dr. Di Girolamo).</p> <p>Come iniziative sensibilizzanti la prevenzione delle ADR e l'uso in sicurezza dei farmaci sono state trasmesse ai responsabili di farmacovigilanza delle Strutture 27 note sui rischi di utilizzo di farmaci rilasciate da EMA ed AIFA.</p> <p>E' stato elaborato un report sull'andamento annuale delle segnalazioni di ADR in ASUITS e rendicontato l'impegno sul tema delle diverse Strutture sia in un audit cui hanno partecipato tutti i coordinatori infermieristici in data 5 marzo 2019 sia negli incontri periodici tra la responsabile di farmacovigilanza e i referenti di farmacovigilanza di reparto.</p> <p>In merito alla segnalazione on-line, il 1.8.2019 è stata inviata una circolare a tutti i Direttori di UUOO e referenti di farmacovigilanza, RID e coordinatori infermieristici per richiamare l'attenzione alla segnalazione delle reazioni avverse e all'utilizzo della piattaforma Vigifarmaco.</p> <p>In corso d'anno sono stati effettuati 40 incontri con gli operatori sanitari delle UUOO, finalizzati a implementare la segnalazione di ADR da parte di tutti gli operatori che vengano a conoscenza di una sospetta reazione avversa a farmaci, con particolare riguardo alla segnalazione on-line.</p> <p>Complessivamente, secondo i dati rilevati centralmente dalla DCS e trasmessi alle AASS il 18.12.2019, nel periodo 01.01-03.12.2019 ASUITS ha effettuato segnalazioni on-line nel 74% dei casi, in linea con l'obiettivo regionale (pari al 72%).</p>	
<p><b>Valutazione</b></p>	<p><b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p> <p>PARTE ATTIVITÀ/INCONTRI PERIODICI E PROGETTUALITÀ</p> <p><b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p> <p>PARTE FAVI-FAD: PARTECIPAZIONE 100%</p>

**OBIETTIVO RAGGIUNTO**  
**PARTE SEGNALAZIONE ON-LINE**
**VINCOLI OPERATIVI LINEE 2018 (DGR 448/2019)**

Valori rilevati da report monitoraggio indicatori Linee 2019 gennaio-dicembre 2019

VINCOLO	TARGET	VALORE 2018
Diretta	72,00	<b>67,74</b>
DPC	33,00	<b>31,17</b>
Convenzionata	118,00	<b>117,72*</b>
Ospedaliera	- 0,5 %	<b>+ 10,6%</b>

\* Valore al lordo dei farmaci B02BDper pz emofilici gravi (spesa annua &gt; 500.000 euro)

**3.4 ACCREDITAMENTO**

3.4 Accreditamento	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Partecipazione attiva al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti 2. Partecipazione al programma di accreditamento nazionale degli organismi tecnicamente accreditanti 3. Garanzia del funzionamento dell'OTA FVG	1. ASUITS consentirà a ognuno dei propri dipendenti inseriti nell'elenco regionale dei valutatori dell'accREDITAMENTO di partecipare ai sopralluoghi per almeno 5 giornate, secondo le indicazioni della Direzione centrale salute 2. ASUITS metterà a disposizione i professionisti appartenenti alle aree professionali indicate dalla Direzione centrale salute, da avviare al percorso formativo dei valutatori dell'accREDITAMENTO 3. ASUITS consentirà ai dipendenti inseriti nell'elenco nazionale dei valutatori dell'accREDITAMENTO di partecipare alle attività organizzate dal Ministero della salute e dall'AGENAS 4. ASUITS consentirà ai dipendenti, componenti dell'OTA regionale, di svolgere le funzioni previste dalla D.G.R. n. 2220/2015 e dal Decreto n. 1899/2017
Attuazione al 31.12.2019: ASUITS ha rispettato il mandato regionale	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
1. Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive (Linea 3.2.15 SSR 2019) 2. Mantenimento della conformità agli standard dell'accREDITAMENTO istituzionale da parte delle strutture già accreditate	1. Revisione ed aggiornamento del sistema di procedure documentate del DIP in previsione dell'accREDITAMENTO dei servizi vaccinali 2. Esecuzione di audit interni alla Medicina dello sport e alla RSA San Giusto

Attuazione al 31.12.2019: L'attività è stata svolta correttamente secondo le previsioni	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

### 3.5 ASSISTENZA OSPEDALIERA

3.5.1. Insufficienze d'organo e trapianti	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Cuore	<p>1. Utilizzo presso il Centro trapianti di almeno l'85% degli organi prelevati in regione (diretti o in scambio con altre regioni).</p> <p>2. Realizzazione del percorso formativo per la gestione dei pazienti portatori di VAD (partecipazione di almeno 2 operatori x AAS/ASUI) ASUITS parteciperà all'attività in presenza di indicazioni in tal senso. Esistono già ora incontri periodici con CCH di ASUIUD sul tema VAD, finalizzati alla selezione e gestione dei pazienti.</p>
Attuazione al 31.12.2019: Asuits ha rispettato le indicazioni regionali	
Valutazione	OBIETTIVO STRALCIATO
Fegato	<p>1. Garantire la diffusione dei PDTA "Alterazione enzimi epatici" ai vari livelli dell'organizzazione: è prevista una attività formativa per i MMG attraverso un riunione Cefomed ipotizzata come provinciale che unisca le diverse realtà territoriali a cui partecipino tra gli altri i diversi direttori dei distretti</p> <p>Si considera inoltre di attivare un evento aziendale ospedaliero atto alla diffusione delle linee guida nei diversi reparti ospedalieri</p> <p>2. Potenziamento del programma Trapianti di Fegato con:</p> <p>a. Segnalazione per l'iscrizione in lista trapianto, presso il centro trapianti dell'ASUIUD, di almeno 40 pazienti nell'anno 2019 (ASUITS 8, AAS2 8, AAS3 6, ASUIUD 8, AAS5 10). (valutazione da parte del CRT)</p> <p>b. Utilizzo presso il Centro trapianti di almeno l'85% degli organi prelevati in regione (diretti o in scambio con altre regioni).</p> <p>La clinica patologie del fegato ASUITS proseguirà la sua attività di coordinamento aziendale per la valutazione della indicazione a trapianto e la</p>

	successiva preparazione dei potenziali candidati 3. Attivazione di un ambulatorio per visite di Epatologia (Medicina interna a indirizzo Epatologico) per ogni presidio ospedaliero spoke> almeno 4 ore/settimana a decorrere dal mese di maggio Il programma attuale è quella del monitoraggio e della rilevazione della attività epatologica nell'area isontina con condivisione di programmi in previsione di un attività congiunta a partire dal 2020 compatibilmente con le risorse presenti.			
Attuazione al 31.12.2019: Asuits ha rispettato le indicazioni regionali				
<b>Valutazione</b>	<b>1. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b> <b>2. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>3. OBIETTIVO STRALCIATO</b>			
Pancreas	1. Riduzione del tasso di amputazioni maggiori per diabete portandolo per tutte le AAS/ASUI al di sotto di 28 casi per milione di residenti (valore medio regionale 2017 di 30,08 x milione – fonte Bersaglio).			
Attuazione al 31.12.2019:				
Ricoveri Amputazioni Maggiori per diabete per distretto	2016	2017	2018	2019
Distretto 1	2	2	2	0
Distretto 2		1	1	1
Distretto 3	3	3	1	4
Distretto 4	3	6	1	3
NUMERATORE ASUITS	8	12	5	8
DENOMINATORE ASUITS	234.955	234.746	234.691	234.549
TASSO ASUITS			35,49	35,51
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b> <b>36,9</b>			
Polmone	1. Partecipazione alla revisione/stesura del PDTA regionale sulla BPCO da parte dei professionisti coinvolti 2. Riduzione del tasso di ospedalizzazione per BPCO portandolo per tutte le AAS/ASUI al di sotto del 55 per 100.000 residenti di 50-74 anni (valore medio regionale 2017 del 66,99 per 100.000 residenti – fonte Bersaglio).			

	3. Aumento dell'appropriatezza di utilizzo dell'ossigenoterapia domiciliare (riduzione maggiore del 10% della spesa, rispetto al valore 2017)		
Attuazione al 31.12.2019: Asuits ha rispettato le indicazioni regionali			
ricoveri BPCO per Distretto	2017	2018	2019
Distretto 1	10	16	11
Distretto 2	21	19	11
Distretto 3	30	18	31
Distretto 4	25	23	12
C11A.3.1 ("BPCO")	2017	2018	2019
Target 55 x 100mila ab.			
NUMERATORE	101	96	85
DENOMINATORE	129.923	130.881	131.483
TASSO ASUGI	77,74	73,35	64,65
<b>Valutazione</b>	<b>1. OBIETTIVO STRALCIATO</b> <b>2. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b> <b>83,4</b> <b>3. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b>		
Rene	1. Evidenza dell'attivazione, nelle varie aziende sanitarie del percorso formativo di 2° livello sul PDTA "Malattia renale cronica stadi I-III e IV-V". Nell' anno 2018 si è provveduto a livello Regionale con la partecipazione di ASUITS a "formare i formatori" per questo PDTA Regionale; nel 2019 si organizzeranno in ambito Aziendale gli eventi formativi necessari a diffondere la conoscenza di questo percorso. 2. Potenziamento della dialisi peritoneale, dei trapianti e dell'emodialisi domiciliare con l'obiettivo di ridurre i pazienti in emodialisi presso i centri dialisi al di sotto del 52% del totale (trapiantati + emodializzati + in dialisi peritoneale) (valore regionale 2017 del 54,34%). 3. Potenziamento del programma Trapianti di rene con: a. riduzione dei Tempi di iscrizione in lista trapianto (differenza tra inserimento in donor manager T3 e		

	raccolta del consenso all'avvio dell'iter per l'inserimento in lista T0 < 6 mesi almeno nel 75% dei casi che hanno dato il consenso) b. aumento dei casi di trapianto (almeno 55/anno comprensivi di tutte le tipologie di trapianto).
<p>Attuazione al 31.12.2019: ASUITS ha rispettato le indicazioni regionali per quanto di competenza. In particolare nel 2019: emodialisi 146 peritoneale 47 trapiantati 129 emodialisi/ (emodialisi + peritoneale + trapiantati) = 146/322 = 45.3%</p> <p>Tutti i dati evidenziano quindi che gli emodializzati sono ampiamente sotto il 50% rispetto ai trapiantati +peritoneali</p> <p>Si osserva dal 2012 ad oggi una tendenza a riduzione di tutti i pazienti globalmente trattati e una netta riduzione degli emodializzati nonché un incremento dei pazienti in dialisi peritoneale che si mantiene stabile intorno a 50 pazienti negli ultimi 3 anni</p> <p>Il numero dei trapiantati si è ridotto nell'ultimo anno e ciò è dovuto dal fatto che a Trieste sono stati trapiantati nel 2019 solo 8 pazienti (5 a Udine e 3 fuori regione) rispetto al 2018 (21 pazienti 18 a Ud 3 fuori regione) e in più c'è stata una maggior mortalità nei pazienti trapiantati.</p> <p>Tenendo conto dell'errore nella formulazione dell'obiettivo per ASUITS nel 2019: iniziato il percorso T0 per 14 pazienti: 2 pazienti hanno completato il percorso &lt; 6 mesi 1 in 7 mesi gli altri la maggioranza, per motivi clinici o per altri motivi non erano ancora stati inviati (T1) al 31 dicembre 2019 anche se avevano quasi completato il percorso: il tempo medio era al 31 dic 2019 di 5.9 mesi</p>	
<b>Valutazione</b>	<p><b>1. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b> MANCA L'EVIDENZA DI ATTIVAZIONE DEL PERCORSO FORMATIVO</p> <p><b>2. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> 49,24</p> <p><b>3. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b> MANCA RENDICONTAZIONE OBIETTIVO</p>
Tessuti oculari	Nel 2019 la Clinica Oculistica di ASUITS continuerà ad incrementare il numero di trapianti di cornea essendo aumentato il numero di pazienti in attesa per tale trattamento mirando a raggiungere i 70 trapianti.
<p>Attuazione al 31.12.2019: Nel 2019 per la Clinica Oculistica di ASUITS 21 trapianti in quanto spesso le cornee non sono state disponibili dalla banca specifica</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Donazione d'organi e altri tessuti	1. Avvio dell'attività di prelievo d'organi da paziente

	<p>con accertamento del decesso con criteri cardiologici (almeno 3 casi nel 2019).</p> <p>2. Implementazione delle segnalazioni secondo indicatori standard:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proc. 1 donatori effettivi/decessi per lesione cerebrale acuta (&gt; 16-25%)</li> <li>- Proc. 2 numero di accertamenti - AMC= (donatori utilizzati + opposizioni + procurati)/ decessi per lesione cerebrale acuta (&gt; 21-40%)</li> </ul>
<p>Attuazione al 31.12.2019: Asuits ha rispettato le indicazioni regionali</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.5.2. Emergenza urgenza</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Ictus	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mantenimento dell'attività di Trombolisi endovenosa/endoarteriosa per l'anno 2019 al di sopra di 350 pazienti trattati nel territorio regionale (399 nei 2017 - fonte SDO) (per Asuits &gt;= 100)</li> <li>2. Misurazione dei tempi intercorrenti fra triage in pronto soccorso, allertamento-TAC e TAC-trombolisi venosa (implementazione dei campi informatici necessari a elaborare i dati specifici) con riduzione del 20% tempo complessivo triage in pronto soccorso-trombolisi per le strutture che hanno tempi &gt; 1 ora; l'obiettivo è raggiunto anche per riduzioni percentuali inferiori purché il risultato sia &lt; 1 ora.</li> <li>3. Implementazione con evidenza di configurazione in ogni Azienda, di un database informatizzato per la raccolta di tutte le valutazioni con NIHSS, indice di Barthel (BI) e mRSpre e post evento in tutti i pazienti con ictus, da rilevare su tutti i codici ictus con DRG 14 o codici ICD-9-CM relativa a: 430.x, 431.x, 432.x, 433.x1, 434.x1, 436.x, 437.3, 438.x, 784.3 (afasia)</li> <li>4. Utilizzo del database informatizzato per la raccolta di tutte le valutazioni con NIHSS, indice di Barthel (BI) e mRSpre e post evento in tutti i pazienti con ictus, in almeno l'85% degli episodi di ricovero con DRG 14 o codici ICD-9-CM relativa a: 430.x, 431.x, 432.x, 433.x1, 434.x1, 436.x, 437.3, 438.x, 784.3 (afasia). (Report ultimo trimestre anno)</li> <li>5. Evidenza dell'informazione alla cittadinanza: (es opuscolo/volantino, video, eventi, ecc.) sui</li> </ol>

	<p>segni/sintomi da non sottovalutare per anticipare la chiamata di soccorso e rendere tempestivi i soccorsi in caso di ictus.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2019:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. mantenimento dell'attività d'urgenza con 651 ricoveri per stroke in ASUGI (dati regionali), 371 ricoveri in stroke unit (dati G2) 153 trombolisi e 54 trombectomie eseguite dal team di Trieste reperibile 24 H e con guardia attiva</li> <li>2. risultato raggiunto, possibile nella maggior parte dei casi con una riduzione dell'intertempo pronto soccorso - esecuzione della trombolisi &lt; 60 minuti ( con alcune eccezione relativi ai singoli casi)</li> <li>3. implementazione del database informatizzato NHSS e utilizzo della Barthel Index solo in alcuni casi e' stato informatizzata solo alla fine del dicembre 2019 -inizio 2020 si e' iniziato ad usarla nel dicembre 2019</li> <li>4. eventi sia rivolti alla popolazione sia eventi con il convegno del Triveneto della rete cuore cervello con tutte le stroke unit e le cardiologie del triveneto nel dicembre 2019 con diffusione su giornali e video ( interviste e incontri con associazione ALICE)</li> </ol>	
<b>Valutazione</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></li> <li>2. <b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></li> <li>3. <b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></li> <li>4. <b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></li> <li>5. <b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></li> </ol>
Emergenze cardiologiche	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Compilazione della scheda STEMI (PACS Emodinamica) &gt; 95% delle 4 variabili. ASUITS partecipa costantemente al Gruppo di Lavoro regionale contribuendo al flusso dati ed alla sua analisi.</li> <li>2. Attivazione della tele-radiologia Hub&amp;Spoke per le sindromi aortiche acute</li> <li>3. Implementazione di una scheda di valutazione dello storm aritmico &gt; 95% dei casi inseriti a sistema (periodo dal 1 luglio al 31 dicembre)</li> </ol>
<p>Attuazione al 31.12.2019: Obiettivi pienamente rispettati</p>	
<b>Valutazione</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></li> <li>2. <b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></li> <li>3. <b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></li> </ol>
Trauma	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Trattamento della Frattura di femore entro 48H in almeno il 70% (hub) o 80% (spoke) dei casi trattati dal presidio ospedaliero (media regionale 2017 del 71,1% - fonte PNE). I dati ASUITS 2018 segnalano un raggiungimento del target (79.35%) e nel 2019 vi è l'impegno a mantenere questo standard.</li> <li>2. Degenza media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – ricoveri urgenti (indicatore Bersaglio</li> </ol>



				C5.18.1 <= 1,5 gg) 3. - Attesa media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – ricoveri urgenti (indicatore Bersaglio C5.18.2 < = 8 gg)		
Attuazione al 31.12.2019:						
	2018			2019		
Fratture di femore	Operate	tot	%	Operate	tot	%
	entro 2gg			entro 2gg		
ASUITS (target 70%)	345	436	79,10%	342	457	74,80%
C5 18.1 risultato ASUITS 2,0 gg C5 18.2 risultato ASUITS 7,8 gg						
<b>Valutazione</b>				<b>1. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>74,9</b> <b>2. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b> <b>1,97</b> <b>3. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>8,00</b>		
Pronto soccorso ed urgenza emergenza				1. Aumentare la percentuale di pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde, ad almeno l'80% (spoke) o 65% (hub) 2. Aumentare la percentuale di pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto Soccorso meno di 4 ore, portandola a valori superiori all'85% (spoke) e 75% (hub)		
Attuazione al 31.12.2019:						
<b>Codici verdi visitati entro 1 ora</b>						
	2018			2019		
	tot	entro 1 ora	%	tot	entro 1 ora	%
PS CATTINARA	27.010	7.667	28,4%	27.699	9.658	34,9%
PS MAGGIORE	8.885	3.938	44,3%	9.363	4.051	43,3%
ASUITS	35.895	11.605	32,3%	37.062	13.709	37,0%
<b>Codici verdi permanenza entro 4 ore NON OBI NON RICOVERI-</b>						
	2018			2019		
	tot	entro 4 ore	%	tot	entro 4 ore	%

PS CATTINARA	18.609	7.486	40,23%	19.047	8.430	44,26%
PS MAGGIORE	7.952	4.705	59,17%	8.475	5.178	61,10%
<b>ASUITS</b>	<b>26.561</b>	<b>12.191</b>	<b>45,90%</b>	<b>27.522</b>	<b>13.608</b>	<b>49,44%</b>

<b>Valutazione</b>	<b>1. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b> <b>36,40</b> <b>2. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b> <b>41,75</b>
--------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>3.5.3. Reti di patologia</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Malattie rare	1. ASUITS parteciperà, attraverso i propri referenti nominati per ciascun gruppo nosologico, agli incontri regionali la predisposizione del PDTA; 2. ASUITS prosegue nell'alimentazione del registro regionale provvedendo all'aggiornamento dello stesso (inserimento nuovi casi e pulizia dei casi usciti dal sistema) 3. ASUITS proseguirà, ove possibile, condividendo con l'IRCCS Burlo Garofolo modalità e tempi, nelle attività di presa in carico dei pazienti affetti da Malattie rare nel momento della transizione dall'età pediatrica a quella adulta
Attuazione al 31.12.2019: ASUITS ha rispettato le indicazioni regionali	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Malattie reumatiche	1. formalizzazione dei documenti di indirizzo sulla terapia con farmaci biologici e evidenza della diffusione a tutti i professionisti anche nell'ambito della medicina convenzionata 2. utilizzo dello strumento informatizzato per l'appropriatezza prescrittiva (1 report per semestre)
Attuazione al 31.12.2019: ASUITS ha rispettato le indicazioni regionali	
<b>Valutazione</b>	<b>1. OBIETTIVO STRALCIATO</b> <b>2. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b> <b>MANCA L'EVIDENZA DEL REPORT</b>
Insufficienza cardiaca cronica	1. Riduzione del tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti di 50-74 anni, portandolo per ogni AAS/ASUI sotto il valore di 200

		(valore medio regionale 2017 di 215,39 – fonte Bersaglio)		
Attuazione al 31.12.2019:				
<b>C11A.1.1 ("scompenso")</b>				
Target 200 x 100mila ab.	2017	2018	2019	
NUMERATORE	195	166	172	
DENOMINATORE	82.005	82.447	82.717	
<b>TASSO ASUITS</b>	<b>237,79</b>	<b>201,34</b>	<b>207,94</b>	
ricoveri SCOMPENSO per Distretto	2017	2018	2019	
Distretto 1	50	38	40	
Distretto 2	36	32	36	
Distretto 3	60	56	55	
Distretto 4	44	39	39	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b>			
	<b>209,1</b>			
Infettivologica	1. La S.C. U. di Malattie Infettive svolge anche attività di consulenza per tutte le strutture di ASUITS . 2. Le strutture di Microbiologia e Virologia (presidi ospedalieri HUB) sono attivabili sulle 24h 365 die/anno.			
Attuazione al 31.12.2019:				
Obiettivo rispettato				
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>			

<b>3.5.4 Pediatria</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Pediatria	ASUITS mette a disposizione il proprio referente per la partecipazione ai lavori del tavolo regionale e implementerà nel corso del 2019 le specifiche attività in collaborazione con l'IRCCS Burlo Garofolo di: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Area emergenza-urgenza: Definizione di un modello operativo per il trasporto pediatrico in emergenza urgenza</li> <li>- Chirurgia pediatrica: Consolidamento del modello previsto per la Chirurgia pediatrica e proposta di un modello per la chirurgia specialistica in ambito pediatrico.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tele-refertazione: Sviluppo e operatività del sistema di tele-refertazione per second opinion in radiologia pediatrica</li> <li>- Malattie complesse e/o croniche: Definizione di un modello assistenziale a rete integrata che assicuri la qualità e continuità delle cure con predisposizione di un percorso diagnostico terapeutico assistenziale che preveda anche la fase di transizione, nei seguenti ambiti: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Oncoematologia</li> <li>o Malattie nefrologiche</li> <li>o Malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI)</li> <li>o Diabete</li> <li>o Malattie neuromuscolari</li> </ul> </li> <li>- Cure palliative pediatriche: in relazione a quanto previsto dal Decreto 1771/2016, implementazione del modello di rete e definizione di un percorso assistenziale.</li> <li>- Salute mentale in età evolutiva: Il Comitato regionale per l'assistenza pediatrica e adolescenziale collabora con l'Area competente della Direzione centrale salute per l'attuazione degli obiettivi del Piano che riguardano la salute mentale in età evolutiva.</li> <li>- Farmaci galenici pediatrici: definizione di un modello per la centralizzazione presso l'IRCCS Burlo Garofolo della produzione di farmaci galenici.</li> <li>- Carta dei Servizi pediatrici: le Aziende che erogano prestazioni destinate alla fascia di popolazione in età evolutiva predispongono una Carta dei servizi specifica per l'assistenza in età pediatrica e adolescenziale, secondo le modalità previste dall'Accordo Stato Regioni del 21 dicembre 2017, rep atti n. 248.</li> <li>- Formazione: Le Aziende promuovono attività formative relative alle tematiche oggetto di progettualità per il 2019 (trasporto pediatrico, oncoematologia, malattie nefrologiche, malattie infiammatorie croniche intestinali, diabete, malattie neuromuscolari, cure palliative).</li> </ul>
<p>Attuazione al 31.12.2019:</p> <p>ASUITS ha rispettato le indicazioni regionali per quanto di competenza</p>	

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
-------------	---------------------

### 3.5.5 Percorso nascita

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

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

Attuazione al 31.12.2019:  
ASUITS sta proseguendo nel programma

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
-------------	---------------------

Integrazione territorio-ospedale	ASUITS nel 2019 si impegna a mantenere il percorso di continuità Ospedale e territorio dopo la dimissione dal punto nascita (secondo interaziendale con IRCCS Burlo Garofolo) e conseguentemente a mantenere l'offerta domiciliare alle situazioni di fragilità e vulnerabilità anche per motivi sanitari (Taglio Cesareo, difficoltà di allattamento, problemi sanitari della madre)
----------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Attuazione al 31.12.2019:  
ASUITS sta proseguendo nel programma

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
-------------	---------------------

Formazione	ASUITS si impegna ad attivare un percorso formativo relativo alla presa in carico delle donne con gravidanza fisiologica e a partecipare ai percorsi formativi regionali.
------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Attuazione al 31.12.2019:  
ASUITS sta proseguendo nel programma

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
-------------	---------------------

### 3.5.6 Sangue ed emocomponenti

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

Piano annuale di produzione. 1) Il Dipartimento Interaziendale di Medicina Trasfusionale (DIMIT) si impegnerà a raccogliere nei propri centri fissi (Maggiore, Gorizia, Monfalcone), un numero di emocomponenti pari al numero raccolto nel 2018, secondo quanto concordato tra il Coordinamento Trasfusionale Regionale e le Associazioni e Federazioni dei donatori di sangue.	1) Mantenimento dell'attività di raccolta sangue intero ed emocomponenti nei centri fissi (Maggiore, Gorizia e Monfalcone) equivalente alla raccolta del 2018 (18.000 unità + 3%). 2) Raccogliere un quantitativo di plasma di 5300Kg + 3%.
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>(Il numero complessivo di unità raccolte sarà inferiore di circa il 10% rispetto al 2018 per cessione dell'Automoteca ad AAS. 2)</p> <p>2) Anche per la raccolta di plasma, aderiremo all'accordo di programmazione del Coordinatore Regionale Sangue che prevede la raccolta di plasma di almeno 26500 kg in FVG. Il DIMT contribuirà alla raccolta con una quota del 20% (la percentuale è inferiore al 2018 in quanto dal 1 dicembre 2018, l'Autoemoteca è stata trasferita al CURPE.</p>	
<p>Attuazione al 31.12.2019:</p> <p>Garanzia della sicurezza e dell'appropriatezza trasfusionale attraverso la partecipazione ai programmi regionali di sorveglianza trasfusionale.</p> <p>1) Nel 2019, presso i centri fissi di raccolta (Maggiore, Gorizia e Monfalcone), sono state raccolte 17870 unità di sangue intero, plasma e piastrine, -1,4% rispetto al 2018</p> <p>2) Nel 2019, abbiamo raccolto 5956 kg di plasma (Report Regionale)</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>1) Il DIMT continuerà anche nel 2019, a promuovere nell'ambito dei COBUS, il monitoraggio dell'appropriatezza delle richieste trasfusionali, con valutazione finale dei risultati e relative azioni correttive entro dicembre 2019.</p>	<p>1) Report trimestrali riportanti i dati di completezza e appropriatezza delle richieste trasfusionali. Divulgazione dei suddetti report ai Comitati per il Buon Uso del Sangue di ASUITS, AAS 2 e IRCCS Burlo Garofolo. Invio dei report alle singole strutture di ASUITS. Attivazione audit nelle strutture con livelli di appropriatezza inferiori alla media dipartimentale.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2019:</p> <p>1) I report trimestrali sulla appropriatezza e completezza delle richieste trasfusionali sono stati preparati dalla SCIT, e sono stati illustrati e discussi in occasione dei 6 incontri dei Comitati per il Buon Uso del Sangue (2 presso ASUITS, 2 AAS 2 e 2 al Burlo) tenuti nel 2019 (le presentazioni sono disponibili presso il DIMT)</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>2) Oltre all'appropriatezza, saranno monitorati anche i consumi di concentrati eritrocitari, Antitrombina III e fibrinogeno al fine di verificare l'andamento rispetto a quanto previsto dal Documento del Ministero della Salute sul Programma di Autosufficienza Nazionale del Sangue e dei suoi prodotti 2018.</p> <p>I dati di consumo verranno presentati e discussi negli incontri del Comitato per il Buon Uso del Sangue.</p> <p>Per raggiungere i dati di consumo previsti dalla programmazione nazionale, le strutture di ASUITS, IRCCS Burlo Garofolo e AAS 2 (Gorizia e Monfalcone) dovranno applicare le Raccomandazioni per il Buon Uso del Sangue introdotte nel 2018.</p> <p>Il consumo di concentrati eritrocitari in FVG nel 2018,</p>	<p>2) Produzione di report sul monitoraggio dei consumi di emocomponenti ed emoderivati e presentazione ai COBUS. Confronto dei consumi delle strutture afferenti al DIMT con i consumi degli altri Dipartimenti della Regione FVG e con quanto previsto dal documento di programmazione nazionale.</p>

<p>è stato stimato dal Ministero della Salute essere pari a 43,5 unità/1000 abitanti (media Nazionale 42,5) mentre il consumo di antitrombina III stimato è pari a 1,5 UI procapite/anno.</p>	
<p>Attuazione al 31.12.2019:</p> <p>2) Nel corso dei summenzionati 6 incontri dei Comitati per il Buon Uso del Sangue, sono stati illustrati i dati di consumo di concentrati eritrocitari, plasma e piastrine e confrontati con i dati Regionali.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>3) Implementazione della prescrizione trasfusionale informatizzata e dei "sistemi barriera" per la trasfusione al letto del paziente. Le aziende devono predisporre gli strumenti per consentire alle strutture di ASUITS, IRCCS Burlo Garofolo e AAS. 2 (Gorizia e Monfalcone) di effettuare la prescrizione informatizzata delle richieste di sangue.</p> <p>Attualmente, l'84% delle strutture di ASUITS e il 35% delle strutture dell'IRCCS Burlo Garofolo sono conformi, mentre a Gorizia e Monfalcone nessuna struttura è conforme.</p>	<p>3) Miglioramento della percentuale di strutture delle diverse aziende che prescrivono con modalità informatica.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2019:</p> <p>3) Nel 2019, la percentuale delle richieste trasfusionali effettuate per via informatica (Emonetweb) sul totale di richieste trasfusionali pervenute sono state: Ospedale Maggiore 95,5%, Ospedale di Cattinara 95,0%, IRCCS Burlo 31,8%, Ospedali di Gorizia e Monfalcone 0%. Come Dipartimento di Medicina Trasfusionale, abbiamo ribadito in tutti gli incontri dei Comitati per il Buon Uso del Sangue, l'importanza di effettuare le richieste per via informatica e ci siamo sempre resi disponibili per la formazione del personale dei reparti. Se ottimi risultati sono stati ottenuti in ASUITS, questi sono scarsi (Burlo) o nulli nelle sedi Isontine.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b>
	<p>LA MANCATA ATTUAZIONE È LEGATA ALL'INCOMPATIBILITÀ DELL'APPLICATIVO INSIEL CHE NON È COMPATIBILE CON I BROWSER NECESSARI ALL'IMPIEGO DEGLI ALTRI APPLICATIVI INSIEL</p>

<b>3.5.7 Erogazione dei livelli di assistenza</b>				
Obiettivo aziendale		Risultato atteso		
1. contenimento del tasso di ospedalizzazione entro il 125 x mille.		1. contenimento del tasso di ospedalizzazione entro il 125 x mille.		
Monitoraggio dell'indicatore sanitario al 31.05.2019:				
Attuazione al 31.12.2019:				
Tasso di ospedalizzazione (fonte SISSR direzionale)				
	2016	2017	2018	2019
ASUITS	134,17	134,07	130,75	130,08

Si nota come il tasso di ospedalizzazione continui a scendere in maniera importante. Come sempre detto Trieste sconta non solo la composizione della popolazione, ma anche i fenomeni di disagio sociale, le aree di povertà, il fatto che molti anziani vivano da soli e la considerazione che nelle grandi città in ogni caso l'ospedale vicino costituisce momento di attrazione. Per questi motivi, come già segnalato sia nel corso degli incontri di negoziazione in DCS sia per iscritto nel PAL ASUITS 2019, il dato (seppur ottimo considerando la discesa dell'ultimo decennio) non può essere paragonato a quello degli altri territori regionali e il target fissato non appare realistico né probabilmente corretto, pur a fronte di una ben articolata organizzazione territoriale.

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b>					
	<b>130,32</b>					
2. ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica	2. riduzione del numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica, ricorrendo anche ad un maggiore utilizzo del day service, portando la percentuale al di sotto del 20% per gli adulti e del 40% per i pediatrici					
Attuazione al 31.12.2019:						
<b>DH medici diagnostici</b>	<b>2018</b>			<b>2019</b>		
P.O. CATTINARA E MAGGIORE TS	1.593	455	28,56%	1.725	523	30,32%
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b>					
	<b>Adulti 30,3</b>					
3. ricoveri medici oltre soglia per pazienti $\geq 65$ anni	3. riduzione della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti $\geq 65$ anni portandola al di sotto del 4% (valore medio regionale 2017 di 4,81% - fonte Bersaglio).					
Attuazione al 31.12.2019:						
<b>RICOVERI OLTRE SOGLIA</b>	<b>2018</b>			<b>2019</b>		
	<b>TOT</b>	<b>OLTRE</b>	<b>%</b>	<b>TOT</b>	<b>OLTRE</b>	<b>%</b>
ASUITS CATTINARA E MAGGIORE TS	10.324	533	5,16%	10.528	540	5,13%
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b>					
	<b>5,1</b>					

### 3.6 RETE CURE SICURE FVG

<b>RETE CURE SICURE FVG</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
programmi a regime	Nel corso del 2019 si prevedono la continuazione dei



	<p>programmi a regime ai quali si aggiungono le seguenti azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- adattamento delle figure professionali (numero e tipologia dei professionisti) coinvolte nella Rete Cure Sicure FVG, in relazione al nuovo assetto istituzionale;</li> <li>- mantenimento delle indicazioni e delle raccomandazioni ministeriali fino ad ora sviluppate, messa a regime di eventuali nuove raccomandazione e misurazione e verifica della loro adozione con riferimento alle strutture ospedaliere e ai distretti sanitari;</li> <li>- aggiornamento dei referenti aziendali dei flussi informativi istituzionali nazionali relativi al rischio clinico;</li> <li>- implementazione degli eventi formativi aziendali specifici per il tema come definito dal PFR 2019.</li> <li>- Adozione e diffusione delle linee di indirizzo regionale per la gestione delle infezioni in ambito pediatrico (per esempio se minori giunti in Pronto Soccorso con mezzi propri)</li> </ul>
<p>Attuazione al 31.12.2019: ASUITS ha rispettato le indicazioni regionali per quanto di competenza</p>	
<p>“AntimicrobialStewardship”</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- diffusione e condivisione dei report regionali sul consumo di antibiotici e sulle resistenza batteriche nelle unità operative ospedaliere, nei distretti e nelle AFT;</li> <li>- riduzione del consumo di antibiotici in ospedale e sul territorio: in particolare di cefalosporine e chinolonici (ambito ospedaliero e territoriale) e carbapenemi (ambito ospedaliero);</li> <li>- formazione aziendale specifica per personale medico (in particolare medici ospedalieri e medici di medicina generale) sul tema della lettura dell’antibiogramma e sulla prescrizione antibiotica mirata come da indicazioni del gruppo di coordinamento regionale;</li> <li>- adozione delle “Linee regionali per il riconoscimento precoce e la gestione della sepsi associata alle pratiche assistenziali” e monitoraggio degli indicatori riportati nel documento;</li> <li>- partecipazione al processo di revisione dei documenti regionali sulla gestione delle infezioni nell’adulto;</li> <li>- partecipazione al processo di valutazione delle</li> </ul>

	<p>attività di stewardship aziendali mediante l'analisi dell'aderenza agli standard definiti nell'ambito del programma regionale;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- promozione di attività per il coinvolgimento dei cittadini sul tema dell'uso appropriato degli antibiotici;</li> <li>- implementazione della rete territoriale dei link professional relativi al programma di AntimicrobialStewardship.</li> </ul>
<p>Attuazione al 31.12.2019: ASUITS ha rispettato le indicazioni regionali per quanto di competenza</p>	
<p>“Controllo delle infezioni correlate all’assistenza”</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- effettuazione di una simulazione di evento epidemico (preparedness) che coinvolga le unità operative di Pronto Soccorso e di Terapia Intensiva;</li> <li>- effettuazione della rilevazione secondo metodo HALT mirata a stimare la prevalenza di infezioni correlate all’assistenza in almeno una casa di riposo per distretto sanitario;</li> <li>- effettuazione della PPS biennale (prevalenza puntuale sulle ICA e sulla prescrizione di antibiotici) negli ospedali per acuti;</li> <li>- aggiornamento dei documenti regionali già esistenti sulla tematica;</li> <li>- effettuazione sorveglianza sulle infezioni del sito chirurgico e della compliance alle raccomandazioni dei comportamenti dei blocchi operatori.</li> </ul>
<p>Attuazione al 31.12.2019: ASUITS ha rispettato le indicazioni regionali per quanto di competenza</p>	
<p>“Sicurezza del farmaco”</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- messa a regima della diffusione della reportistica periodica destinata ai medici di medicina generale;</li> <li>- adeguamento alla indicazioni regionali sulla gestione degli elastomeri;</li> <li>- applicazione delle raccomandazioni ministeriali: <ul style="list-style-type: none"> <li>raccomandazione per la riconciliazione farmacologica;</li> <li>prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici;</li> <li>prevenzione degli errori in terapia con farmaci “Look-alike/sound-alike”;</li> <li>prevenzione dell’osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati;</li> <li>prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica;</li> </ul> </li> </ul>

	<p>corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio -KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio.</p> <p>- mantenimento delle azioni sull'uso prudente dei farmaci con particolare riferimento:</p> <p>alla riduzione del consumo di inibitori di pompa protonica a meno di 25 unità posologiche procapite (diretta+convenzionata e dpc);</p> <p>alla riduzione del consumo di benzodiazepine e degli ipnotici nelle case di riposo.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2019:</p> <p>ASUITS ha rispettato le indicazioni regionali per quanto di competenza (vedi anche obiettivi assistenza farmaceutica)</p>	
Gestione della nutrizione e della idratazione nelle case di riposo	avvio al programma per la corretta gestione della nutrizione e della idratazione nelle case di riposo.
<p>Attuazione al 31.12.2019:</p> <p>ASUITS ha rispettato le indicazioni regionali per quanto di competenza.</p> <p>I Distretti hanno attivato il programma</p>	
<b>Valutazione</b>	<p><b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p> <p>- PARTECIPAZIONE AL PROCESSO DI REVISIONE DEI DOCUMENTI REGIONALI SULLA GESTIONE DELLE INFEZIONI NELL'ADULTO;</p> <p>- MANTENIMENTO DELLE AZIONI SULL'USO PRUDENTE DEI FARMACI CON PARTICOLARE RIFERIMENTO:</p> <p>ALLA RIDUZIONE DEL CONSUMO DI INIBITORI DI POMPA PROTONICA A MENO DI 25 UNITÀ POSOLOGICHE PROCAPITE (DIRETTA+CONVENZIONATA E DPC);</p> <p>ALLA RIDUZIONE DEL CONSUMO DI BENZODIAZEPINE E DEGLI IPNOTICI NELLE CASE DI RIPOSO.)</p>

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

Rete HPH	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Personale dipendente	<p>- benessere soggettivo e dimensioni psico-fisiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• medici competenti e coordinamento regionale della rete HPH individuano una strategia per implementare la valutazione del benessere soggettivo nel corso delle visite periodiche (scheda informatizzata/informatizzabile dalla quale è possibile estrarre i dati necessari alle valutazioni)</li> <li>• al momento della visita periodica, il medico competente misura le dimensioni del benessere</li> </ul>

	<p>psico-fisico attraverso una breve anamnesi e la valutazione della composizione corporea (rapporto massa grassa/massa magra)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• nel caso di indice che indirizza verso una situazione di squilibrio fra le componenti, il medico competente:</li> <li>• promuove strategie di equilibrio psico-fisico</li> <li>• consiglia un'alimentazione finalizzata a riequilibrare il rapporto massa grassa/massa magra</li> <li>• propone un'attività fisica adeguata</li> <li>• individua uno o più obiettivi target di miglioramento per la visita successiva</li> <li>• i medici competenti collaborano con il comitato HPH di cui sono parte integrante, per la ricognizione dell'offerta aziendale riguardante sani stili di vita (evidenza di offerta dedicata agli operatori su stili di vita e gestione dello stress)</li> </ul>
<p>Attuazione al 31.12.2019: ASUITS ha proseguito anche nel 2019 nelle attività descritte.</p>	
Pazienti	<ul style="list-style-type: none"> <li>- astensione del fumo di tabacco in fase peri-operatoria</li> <li>- tutti i soggetti fumatori ai quali viene programmato un intervento chirurgico sono informati sui benefici della sospensione del fumo, nelle settimane precedenti e successive, sulla guarigione dopo intervento chirurgico e vengono invitati all'astensione</li> </ul>
<p>Attuazione al 31.12.2019: ASUITS ha proseguito anche nel 2019 nelle attività descritte.</p>	
Cittadini	<ul style="list-style-type: none"> <li>- promozione dell'attività fisica e della sana alimentazione presso le sedi dell'assistenza ospedaliera e territoriale</li> </ul>
<p>Attuazione al 31.12.2019: ASUITS ha proseguito anche nel 2019 nelle attività descritte.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

### 3.8 RAPPORTO CON I CITTADINI

<b>3.8.1. Tempi d'attesa</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Tempi d'attesa	- Le valutazioni saranno eseguite rispetto all'elenco delle prestazioni ministeriali e regionali soggette a monitoraggio (allegato: Elenco delle prestazioni

oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa).

- La rilevazione, ai fini del raggiungimento degli obiettivi, viene svolta per differenza tra la data assegnata per l'erogazione della prestazione e la data del contatto con il SSR per la prenotazione, in rapporto alla classe di priorità (per alcune prestazioni di valenza regionale la responsabilità è attribuita ai soli Hub).

- Contestualmente al monitoraggio regionale ASUITS manterrà anche il monitoraggio ministeriale.

- ASUITS proseguirà ad organizzare le agende delle prestazioni ambulatoriali specialistiche per consentire la prenotazione online del cittadino dell'offerta.

- Nei riguardi dei cittadini deve essere assicurata la "garanzia" erogativa per le priorità B al > 95%, per la priorità D al > 90% e per le priorità P al > 85%.

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

- ASUITS sospenderà la libera professione intra-moenia ai medici delle strutture che non hanno reso disponibili a CUP regionale tutte le agende di prenotazione delle visite/prestazioni.

- ASUITS garantirà altresì il rispetto dei tempi d'attesa per gli interventi indicati, secondo i codici di priorità A (per almeno il 95% della casistica), B, C e D (per almeno il 90% della casistica) del punto 2 dell'allegato A. Anche per tali tipologie di attività, il mancato rispetto dei valori soglia indicati determina, per i medici delle strutture interessate, la sospensione della possibilità di svolgere la libera professione specifica.

Attuazione al 31.12.2019:

ASUITS nei monitoraggi regionali dei TA (che escludevano le prestazioni in priorità P) ha raggiunto le migliori performance regionali, con percentuali di raggiungimento dei TA per le prestazioni oggetto del monitoraggio nettamente superiori alla media regionale.

Nello specifico le prestazioni in priorità B sono state erogate nei tempi previsti dalla normativa nel 76% delle richieste (media regionale 72%) e in priorità D nel 75% delle richieste (media regionale 65%). Le maggiori criticità in priorità B si sono rilevate nell'erogazione nei tempi previsti dalla normativa per alcune prime visite (in particolare prima visita ortopedica, prima visita endocrinologica, prima visita gastroenterologica, prima visita oncologica e prima visita pneumologica) e in alcune prestazioni di radiodiagnostica (TC addome, TC rachide; RM encefalo e RM colonna) mentre in priorità D in alcune prime visite (prima visita vascolare, prima visita endocrinologica, prima visita ortopedica, prima visita dermatologica e prima visita gastroenterologica) e per limitate prestazioni di radiodiagnostica (mammografia, RM encefalo).

Per il resto ASUITS ha seguito le indicazioni regionali

Tempi d'attesa	ASUITS renderà alla DCS le modalità di utilizzo del finanziamento attribuito con la legge 7/2009, tenendo conto che una quota di almeno il 40% è da utilizzare per l'acquisto di prestazioni dagli erogatori privati convenzionati, in aggiunta al budget assegnato per il periodo 2017-2019 con la stipula degli accordi adottati con la DGR n. 42/2017.
Attuazione al 31.12.2019: ASUITS ha seguito le indicazioni regionali	
Tempi d'attesa	A seguito dell'approvazione del nuovo Piano Nazionale di governo delle liste d'attesa (Pngla) per gli anni 2018/2020, la Regione provvederà all'adozione del Piano Regionale di Governo delle liste di attesa. Successivamente entro 60 giorni dall'adozione del Piano Regionale, a loro volta ASUITS si impegna ad adottare un nuovo Programma Attuativo Aziendale o aggiornare quello in uso, in coerenza con quanto definito in ambito regionale e a provvedere all'invio dello stesso alla Regione.
Attuazione al 31.12.2019: ASUITS ha seguito le indicazioni regionali	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>

<b>3.8.2. Innovazione nella gestione delle terapie</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Innovazione nella gestione delle terapie	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.
Attuazione al 31.12.2019: 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.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b>

<b>3.8.3 Rapporto con pazienti e familiari nelle attività di ricovero</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
ASUITS proseguirà anche nel 2019 con le modalità di gestione dei rapporti con i pazienti e i loro familiari nel corso delle attività di ricovero, avviate a partire dal 2017.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apertura dei reparti di terapia intensiva e semi-intensiva con accesso senza limite di tempo e orario a un care giver per volta (fa eccezione la necessità di isolamento). ASUITS ha attuato nel 2018 un ampliamento del tempo di accesso ai care giver nelle terapie intensive e nel 2019 verrà completato il programma riducendo ulteriormente i limiti di tempo e di orario</li> <li>2. Presenza del care giver in corso di visita nei reparti di degenza per i pazienti che necessitano di un supporto per comprendere ciò che viene eseguito sulla propria persona. Per quanto riguarda ASUITS il progetto è già stato avviato e concluso nel 2018 e nel 2019 si provvederà a attuare alcune azioni correttive rivolte ai reparti/percorsi risultati non perfettamente aderenti rispetto alle indicazioni ricevute.</li> <li>3. Contatto telefonico dopo la dimissione da un intervento chirurgico o da altre tipologie di trattamento (recall) con il fine di far sentire al cittadino la vicinanza della struttura che lo ha curato, nonché acquisire utili informazioni per cogliere opportunità di miglioramento dei servizi offerti. L'attività di recall è stata avviata in ASUITS nel 2017 e mantenuta presso le SSCC chirurgiche nel 2018. Prosegue pertanto nel 2019.</li> <li>4. Individuazione del medico responsabile della gestione del ricovero del paziente con il fine di assicurare il riferimento professionale che assicura la coerenza delle diverse azioni che caratterizzano l'intera degenza. In ASUITS la documentazione relativa al medico responsabile della gestione del ricovero è, ad oggi e oramai da anni, presente in cartella clinica quale parte integrante della stessa.</li> </ol>
<p>Attuazione al 31.12.2019:</p> <p>ASUITS ha proseguito anche nel 2019 nelle attività descritte.</p> <p>Le azioni sono state attribuite alle strutture come obiettivo di budget annuale</p>	
<b>Valutazione</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></li> <li><b>2. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></li> <li><b>3. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></li> <li><b>4. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></li> </ol>

## 4. IL SISTEMA INFORMATIVO

4. IL SISTEMA INFORMATIVO	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Riorganizzazione dei servizi ICT Censimento dei principali Servizi ICT a supporto della funzionalità ed organizzazione delle Aziende e redazione di un Piano di riorganizzazione	Redazione del piano di riorganizzazione
Attuazione al 31.12.2019: Obiettivo regionale	
Valutazione	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
Revisione sistemi	90% degli incontri
Ascot gestione personale e economato e contabilità	
Partecipazione ai gruppi di lavoro (Gestione Risorse Umane, Gestione contabilità)	31.3.2019 30.9.2019
Individuazione siti pilota	31.12.2018
Configurazione e avviamento siti	
Configurazione siti rimanenti	
Attuazione al 31.12.2019: Partecipazione agli incontri organizzati dalla Regione	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Cartella clinica	Risultato atteso
Partecipazione gruppo di lavoro	90% incontri
Individuazione siti pilota	30.6.2019
Configurazione e avviamento siti	30.9.2019
Attuazione al 31.12.2019: Partecipazione agli incontri organizzati dalla Regione	
Valutazione	OBIETTIVO STRALCIATO
Ricetta dematerializzata	Risultato atteso
Completamento della ricetta dematerializzata	Farmaceutica >90%
Attuazione al 31.12.2019: 79,27% totale, 89,80% per i MMG e 37,67% per gli specialisti	
Valutazione	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
Firma digitale	Risultato atteso
Firma digitale	Referti ambulatoriali per interni ed esterni > 95% Laboratorio e microbiologia >98% Radiologia > 98% Lettera di dimissione > 98%



	Pronto soccorso >98%
<p>Attuazione al 31.12.2019:</p> <p>Referti ambulatoriali per interni ed esterni &gt; 95,17%</p> <p>Laboratorio e microbiologia &gt;99,44%</p> <p>Radiologia &gt; 99%</p> <p>Lettera di dimissione &gt; 95,65% (dicembre 2019: 98,46%)</p> <p>Pronto soccorso &gt;95%</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>MANCA L'INDICAZIONE DELLA BIFFATURA</b>
Sicurezza informatica	ASUITS ha attivato un percorso di miglioramento della sicurezza informatica sia dal punto di vista della sicurezza fisica che logica e funzionale il cui obiettivo è il raggiungimento delle Misure Minime di sicurezza obbligate da AgID (sia a livello minimo che standard che, in parte e a medio termine, avanzato) e di quanto previsto dal GDPR. Nonostante gli sforzi profusi non è immaginabile il raggiungimento della messa a norma completa entro il 2019.
<p>Attuazione al 31.12.2019:</p> <p>ASUITS ha attivato un percorso di miglioramento della sicurezza informatica sia dal punto di vista della sicurezza fisica che logica e funzionale il cui obiettivo è il raggiungimento delle Misure Minime di sicurezza obbligate da AgID (sia a livello minimo che standard che, in parte e a medio termine, avanzato) e di quanto previsto dal GDPR. Nonostante gli sforzi profusi non è immaginabile il raggiungimento della messa a norma completa entro il 2019.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>
Rinnovamento SIASI	
SALUTE MENTALE:	
Individuazione del sito pilota e pianificazione estensione alle altre aziende	31.1.2019
Configurazione e avviamento del sistema nel sito pilota	31.05.2019
Estensione del sistema ad altre due aziende	31.12.2019
<p>Attuazione al 31.12.2019:</p> <p>Obiettivo regionale</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b>
Rinnovamento SIASI	
SALUTE MENTALE:	
Individuazione del sito pilota e pianificazione estensione alle altre aziende	31.1.2019
Configurazione e avviamento del sistema nel sito pilota	31.05.2019

Estensione del sistema ad altre due aziende	31.12.2019
Attuazione al 31.12.2019: Obiettivo regionale	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b>
Regolamento europeo GDPR n. 679/2016 e D.lgs. 196/2003 come modificato dal D.lsg. 101/2018 Partecipazione obbligatoria del Direttore Generale/Commissario, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario al corso sul trattamento dei dati personali realizzato dalla DCS	Partecipazione al corso
Attuazione al 31.12.2019: Partecipazione garantita	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Predisposizione delle informative per le ditte esterne in accordo all'art. 28 del GDPR 679/2017	50% entro 31.05.2019 85% entro 30.10.2019 100% entro 31.12.2019
Attuazione al 31.12.2019: Informative predisposte	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Gestione dell'attività sanitaria in ambito ospedaliero	<p>a. Potenziamento, revisione ed estensione delle integrazioni dei sistemi clinico sanitari Si auspica che tutte le integrazioni tra sistemi INSIEL e software di terze parti e di apparecchi medicali già richieste possano essere realizzate.</p> <p>b. Normalizzazione della gestione delle credenziali, individuazione ed attivazione sistema Single Sign on Si collaborerà con la DCS nella scelta dei nuovi sistemi, da molto tempo richiesti ed auspicati.</p> <p>c. Revisione del sistema CUS con particolare attenzione alla scheda medica elettronica (par. 3.6.2)</p> <p>d. Sviluppo e operatività del sistema di tele refertazione per Second Opinion in radiologia pediatrica (par.3.6.4)</p> <p>e. Implementazione della prescrizione trasfusionale informatizzata (par. 3.6.6)</p> <p>In ASUITS è implementato e con configurazione consolidata da anni il sistema Emonetweb in uso in quasi il 90% dei casi. I sistemi barriera potranno essere implementati non appena disponibile la possibilità di identificazione certa del paziente da</p>

	Emonetweb.
Attuazione al 31.12.2019: a-realizzazione solo dell'integrazione anagrafica Insiel vs cartella dialisi, solo predisposizione dell'integrazione anagrafica Insiel vs UFA, come da disponibilità regionale;	
b- obiettivo regionale	
c- obiettivo regionale	
d-NA ad ASUIGI	
e- obiettivo regionale	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Gestione dell'attività sanitaria in ambito di assistenza distrettuale	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Collegamento informatico presso tutte le sedi aziendali (obt. 4 par. 3.2.1.1)</li> <li>b. Piattaforma di connessione con la medicina generale</li> <li>c. Avviamento del nuovo sistema di iscrizione ai MMG presso tutte le aziende del SSR</li> <li>d. Avviamento del sistema di logistica, gestione e distribuzione degli ausili, protesi e ortesi in fase di acquisizione dall'ARCS</li> <li>e. Avvio di un tavolo tecnico congiunto (DCS, Federfarma e MMG/PLS) per analizzare tutti i processi che possono diventare "paperless" attraverso l'utilizzo della ricetta dematerializzata</li> </ul>
Attuazione al 31.12.2019:	
Obiettivo regionale	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Gestione dell'attività sanitaria in ambito di assistenza socio sanitaria	- Adozione e configurazione di un unico strumento regionale per i DSM (obt. 5 par. 3.2.2.4)
Attuazione al 31.12.2019:	
Obiettivo regionale	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Gestione dell'attività dell'Area Welfare (par. 3.2.3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. supporto alla revisione, implementazione, manutenzione evolutiva piattaforma FAD</li> <li>b. supporto all'impostazione e all'avvio di un sistema informativo sulla cooperazione sociale</li> <li>c. sviluppo del sistema di VMD Val.Graf-FVG. e supporto all'utilizzo</li> <li>d. revisione processi operativi SIL e adeguamento sistema informativo SILweb</li> </ul>
Attuazione al 31.12.2019:	
L'area welfare era nel 2019 di competenza AAS2	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b>

Sistema informativo Cooperazione sociale	a. sviluppare un sistema informativo per la gestione dell'Albo regionale delle cooperative sociali e consentire il monitoraggio delle attività e delle risorse nell'ambito dei servizi sociosanitari, socio assistenziali e socio educativi
Attuazione al 31.12.2019: Obiettivo regionale	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Gestione dell'attività della Odontoiatria pubblica (par. 3.2.4)	supporto all'avviamento della cartella clinica elettronica entro il 31.1.2019
Attuazione al 31.12.2019: ASUITS già operativa da anni	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Potenziamento dell'infrastruttura per la Continuità Operativa	- Potenziamento delle reti geografiche e locali - Razionalizzazione dei data center aziendali
Attuazione al 31.12.2019: Obiettivo regionale	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Sistema direzionale regionale	a. Implementazione del Data Warehouse gestionale b. Sviluppo del registro regionale dei dispositivi medici impiantabili
Attuazione al 31.12.2019: Obiettivo regionale	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>4.1 Sistema PACS regionale</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Rinnovo del sistema PACS regionale con aggiornamento delle sue componenti tecnologiche	Aggiornamento delle precondizioni impiantistiche e logistiche Supporto tecnico alle attività di installazione.
Attuazione al 31.12.2019: Realizzato quanto necessario coerentemente con gli sviluppi regionali	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Consultazione/visualizzazione di referti e immagini in situazione emergenziale inter-aziendale: prosecuzione della messa a regime del caso d'uso negli ambiti clinici previsti dalla programmazione sanitaria regionale.	ASUITS garantisce supporto tecnico e clinico nelle attività di messa a punto e collaudo dei sistemi di collegamento Spoke-Hub.
Attuazione al 31.12.2019:	

Supporto tecnico e clinico di messa a punto garantito, coerentemente con gli sviluppi regionali	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Collaudo presso un sito pilota della soluzione di integrazione SIO/PACS per la produzione di un referto multimediale in Radiologia, già testata in ambiente di prova e avvio della soluzione a livello regionale.	ASUITS garantisce il supporto tecnico e clinico per le attività di collaudo e avviamento presso gli altri siti regionali secondo il programma che sarà redatto da ARCS d'intesa con INSIEL e con il fornitore PACS.
Attuazione al 31.12.2019: Supporto tecnico e clinico garantito, coerentemente con gli sviluppi regionali	
Valutazione	OBIETTIVO STRALCIATO
Proseguimento dell'estensione sistema PACS all'intero ambito dell'endoscopia ambulatoriale (broncoscopia, cistoscopia, isteroscopia, ...) in relazione alle esigenze cliniche espresse dalle Aziende.	Entro marzo ASUITS conferma le esigenze cliniche nei vari ambiti dell'endoscopia ambulatoriale e predispone un piano di attuazione delle precondizioni tecnologiche per l'adozione dei profili di integrazione versus G2 e PACS.  Entro l'anno ASUITS si impegna ad attivare il flusso di integrazione versus G2 e PACS almeno per uno degli ambiti clinici individuati.
Attuazione al 31.12.2019: Comunicazioni effettuate nei tempi previsti, inoltre ASUITS ha comunicato la già completa integrazione al PACS delle endoscopie di cui trattasi	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Potenziamento delle funzionalità elaborative con moduli aggiuntivi per l'analisi diagnostica evoluta in distretti anatomici specifici, secondo motivate richieste aziendali e in coerenza con il progetto regionale di sviluppo dei sistemi informativi ospedalieri.  Perfezionamento dell'integrazione dei sistemi PACS dell'ASUITS nell'impianto PACS regionale.	ASUITS presenta entro marzo un documento di richiesta motivata di moduli di post elaborazione da integrare nel sistema PACS regionale.  ASUITS completa l'integrazione versus il sistema PACS regionale in coerenza con il piano operativo di INSIEL.
Attuazione al 31.12.2019: Richiesta moduli non inoltrata in quanto ASUITS non si avvale dei sistemi di noleggio del PACS regionale. Perfezionamento dell'integrazione realizzato coerentemente con gli sviluppi regionali	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO

## 8.1 FORMAZIONE

Formazione	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Accreditemento di eventi FAD gestiti su piattaforma HTL.	1. Accreditemento di n. 1 evento FAD entro il 30.09.2019;

2. Utilizzo della funzione "iscrizione on line" agli eventi	2. Utilizzo della funzione "iscrizione on line" per almeno 5 eventi RES entro il 30.11.2019
Attuazione al 31.12.2019: ASUITS ha rispettato quanto previsto	
<b>Valutazione</b>	<b>1. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>2. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b>

## TABELLA INDICATORI

			ASUITS	
			DATO AZIENDA	DATO DIREZIONE
1.	PREVENZIONE			
LEA	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base	>= 95%	92,09%	93,10%
1.a				
LEA	Difterite-tetano	>= 95%	92,89%	93,10%
1.b				
LEA	Antipolio	>= 95%	92,89%	93,10%
1.c				
LEA	Antiepatite B	>= 95%	92,90%	93,32%
2	PREVENZIONE			
LEA	Vaccinazione raccomandate MPR	>= 90%	92,15%	94,46%
3	PREVENZIONE			
LEA	Vaccinazione raccomandata contro l'influenza dell'anziano	>=70%	53,40%	53,40%
	Vaccinazione anti herpes zoster nei 65	>= 35%		5,20%
7	PREVENZIONE			
LEA	Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro	>=85	51,64%	51,64
8	TUTELA DELLA SALUTE NEI LUOGHI DI LAVORO			
LEA	Percentuale di unità controllate sul totale di unità da controllare	>= 5%	5,60%	5,6
9	SANITA' ANIMALE			
LEA	Percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina	>= 98%	100,00%	>= 98%
10.a	SANITA' ANIMALE			
LEA	Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi bovina/bufalina	>= 98% del 20% allevamenti	100,00%	>= 98% del 20% allevamenti
10.b	SANITA' ANIMALE			
LEA	Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi ovicaprina	>= 98% del 10% dei capi	100,00%	>= 98% del 10% dei capi
11	SANITA' ANIMALE			
LEA	Percentuale di aziende ovicaprine controllate (3%) per anagrafe ovicaprina	>= 98% del 3% aziende	100,00%	>= 98% del 3% aziende
12	SALUTE DEGLI ALIMENTI			
LEA	Percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati dal Piano Nazionale Residui	>=98%	98,00%	>=98%
13	SALUTE DEGLI ALIMENTI			
	Percentuale di unità controllate sul totale delle imprese alimentari registrate	>= 20%	14,30%	14,3
14	DISTRETTUALE			
	Tassi di ospedalizzazione evitabile con la metodologia sviluppata dall'Agenzia statunitense AHRQ per i Prevention Quality Indicators (PQIs): indicatore complessivo da 14.a a 14.1	somma indicatori <= 115	116,00	100,1
15	ASSISTENZA DOMICILIARE			
	Percentuale di anziani >=65 trattati in ADI con PAI	>= 3,8%	2,23%	2,38%
17	SPECIALISTICA AMBULATORIALE			
	Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1000 residenti (>=65 anni)	<= 24	17,07	17,10
18	FARMACEUTICA			
	Incidenza di sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (anti-ipertensivi)	<=30%	37,67%	33,78
19	FARMACEUTICA			
	Consumo pro-capite di farmaci inibitori di pompa protonica	25 up pro cap	20,90	20,86%
20	SALUTE MENTALE			
	utenti in carico nei centri di salute mentale per 1.000 abitanti	>=10	20,00	20,66

			ASUITS	
			DATO AZIENDA	DATO DIREZIONE
21	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	>= 38%	39,90%	39,20%
22	Rapporto tra i ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza (allegato B Patto Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inapproprietezza in regime ordinario	<= 0,32	0,25%	0,25
24	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 48 h in regime ordinario (criterio pne)	>70%	74,80%	74,90%
BERSAGLIO valore 2014 226,31 (C.11a.1.1)	CUORE riduzione del tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti di 50-74 anni	< 200	207,94	209,10
	RENE potenziamento della Dialisi peritoneale e dei trapianti con l'obiettivo di ridurre i pazienti in emodialisi al di sotto del 52% del totale (trapiantati + emodializzati + in dialisi peritoneale)	< 52%	45,30%	49,24%
BERSAGLIO (C11.a.2.4)	PANCREAS riduzione del tasso di amputazioni maggiori per diabete	< 28 per milione di residenti	35,51	36,9
BERSAGLIO (C11.a.3.1)	POLMONE riduzione del tasso di ospedalizzazione per BPCO	< 55 per 100.000 residenti 50- 74 anni	64,65	83,4
	ICTUS aumento dell'attività di Trombolisi endovenosa/endoarteriosa al di sopra nel 2019 di almeno 350 trattamenti nel territorio regionale	100 trattamenti	153,00	166
	TRAUMA trattamento della frattura di femore entro 48 h in almeno il 70% (hub) o 80% (spoke) dei casi trattati dal presidio ospedaliero;	>= 70% hub per presidio	74,80%	74,90%
	TRAUMA trattamento traumatologia in urgenza - degenza media preoperatoria	<1,5 gg	2,00%	1,97%
	TRAUMA trattamento traumatologia in urgenza - attesa media preoperatoria	< 8 gg	7,80%	8,00%
BERSAGLIO (C16.2)	PRONTO SOCCORSO ED EMERGENZA URGENZA aumentare la percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con	>= 65% hub	37,00%	36,40%
BERSAGLIO (C16.3)	PRONTO SOCCORSO ED EMERGENZA URGENZA aumentare la percentuale dei pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto Soccorso meno di 4 ore	>= 75% hub	49,44%	41,75%
Tasso standardizzato	TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE contenimento al 125 x mille	125 x mille	130,08	130,32
BERSAGLIO (C14.2.a)	DAY HOSPITAL MEDICO DI TIPO DIAGNOSTICO - ADULTI riduzione dei numero di ricoveri in Day Hospital medico per acuti con finalità diagnostica portando la percentuale al di sotto del 20% per gli adulti e del 40% per i pediatrici	< 30% adulti	30,32%	30,30%
BERSAGLIO (C14.4)	RICOVERI MEDICI OLTRE SOGLIA riduzione della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni portandola al di sotto del 4%	< 4%	5,13%	5,10



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

### 3.1 PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

<b>3.1.1 Tutela della salute della donna</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Nell'ambito dei corsi di preparazione al parto e nei centri nascita veicolare il messaggio dell'importanza della vaccinazione infantile e dell'adozione di stili di vita sani	Evidenza della promozione delle vaccinazioni da parte delle ostetriche e delle assistenti sanitarie nei corsi di accompagnamento al parto e puerperio e nei centri nascita
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
Garantita adeguata informativa sulla promozione delle vaccinazioni, da parte delle ostetriche e delle assistenti sanitarie, nei corsi di accompagnamento al parto e puerperio, nei centri nascita e nelle sedi consultoriali.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.1.2 Migliorare la salute nei soggetti a rischio MCNT e malati cronici (Programma I PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<u>Screening opportunistico</u> : avvio di uno screening opportunistico su stili di vita e rischio cardiovascolare globale nelle Aziende sanitarie della regione	Il 10 % dei pazienti eleggibili di ogni M.M.G. che aderisce allo screening opportunistico è valutato per la definizione del rischio cardiovascolare. Il risultato del rischio deve essere inserito nella piattaforma regionale del rischio cardiovascolare
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
L'attività non è stata realizzata perché non ricompresa negli accordi AIR FVG né negli Accordi integrativi aziendali (AIA) dei MMG.	
<b>Motivazione dello scostamento dal risultato atteso</b>	
L'attività non è stata realizzata perché non prevista negli accordi AIR FVG né negli Accordi integrativi aziendali (AIA) dei MMG.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b>

<b>3.1.3 Gli screening oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia (Programma II PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
assicurare la collaborazione per la riconversione del	- Operatori aziendali formati

programma di screening cervice, inclusi gli aspetti di comunicazione e formazione.	
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
Collaborazione assicurata mediante partecipazione a riunioni periodiche accreditate come FSC il 24 gennaio, 12 febbraio, 12 marzo, 9 aprile, 14 maggio, 5 e 11 giugno, 9 luglio, 10 settembre, 8 ottobre, 12 novembre, organizzato a cura di AAS2.	
Partecipato a:	
Corso per operatori a Trieste il 21 e 22 marzo 2019 organizzato a cura di ASUITS	
Corso ostetriche organizzato in collaborazione con Regione/Insiel il 16 aprile a Palmanova	
Corso IRCCRO_19176 "Screening oncologici e comunicazione: la formazione continua del personale del front office", svoltosi a Udine il 10 ottobre 2019 dedicato al personale delle segreterie screening di primo e secondo livello.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Tutte le aziende che garantiscono i prelievi per HPV-DNA test di primo livello	- Dotare gli ambulatori di prelievo delle dotazioni come da nota trasmessa dalla DCS
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
Il risultato era già stato raggiunto al 30/6.	
Gli ambulatori di prelievo sono stati dotati della strumentazione necessaria indicata da DCS.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Tutte le aziende che garantiscono i prelievi per HPV-DNA test di primo livello: Collaborano alla realizzazione della logistica di trasporto dei campioni al laboratorio unico secondo le indicazioni della DCS	- Logistica di supporto realizzata secondo indicazioni DCS
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
Il risultato era già stato raggiunto al 30/6.	
Logistica di supporto realizzata secondo indicazioni DCS, organizzato e codificato il trasporto al laboratorio unico; inizio nuovo screening dal 02 luglio 2019	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Tutte le Aziende che attualmente refertano pap-test di screening di primo livello: garantire la tempestiva lettura dei pap-test primari fino a transizione di programma avvenuta	- Letture dei pap-test primari presso le sedi di attuale competenza fino a transizione del programma ultimata (>80% dei pap test refertati entro 21 giorni dalla data di prelievo)
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
Le letture dei pap test primari sono state garantite presso le sedi di competenza fino a transizione del programma ultimata.	
Sono stati effettuati audit sia nell'area isontina (che fa riferimento alla Anatomia Patologica di Trieste) che nella bassa friulana (che afferisce alla Anatomia Patologica di Udine) per la riduzione dei tempi di attesa fra prelievo e risposta del pap test.	
La procedura in essere prevede l'invio del prelievo da parte delle ostetriche di screening entro 24 ore.	
L'eventuale sfioramento dei tempi di risposta è dovuto alle criticità delle anatomie patologiche extraziendali con le quali, tuttavia, sussiste una comunicazione e collaborazione continua atta ad individuare soluzioni	

<p>organizzative che possano ridurre i tempi di risposta.</p> <p>I tempi di refertazione previsti sono stati rispettati a partire dal 2° semestre 2019 da parte del Laboratorio Unico presso Anatomia Patologica di Trieste in quanto il passaggio ad HPV test per tutte le donne invitate dell'area isontina ha comportato la lettura di un'unica modalità di test da parte dell'Anatomia Patologica di Trieste entro una settimana, con generazione automatica di risposta (se negativa) e con appuntamento al secondo livello nei tempi previsti (se positiva).</p> <p>Per l'area Bassa friulana, il passaggio parziale per fasce d'età ad HPV test ha alleggerito l'Anatomia Patologica di Udine che referta i pap test di screening nei tempi previsti.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b>
	<p>L'AZIENDA DEVE FARSÌ CARICO DEL MONITORAGGIO DEI TEMPI E DEI RELATIVI INTERVENTI A CORRETTIVO PER IL CONTENIMENTO DEI TEMPI CHE COMUNQUE NELL'ISONTINO SEDE DI EFFETTIVA REFERTAZIONE DEI PAP TEST HA RAGGIUNTO RITARDI CRITICI PER LA TENUTA DEL PROGRAMMA E CHE SOLO IL PASSAGGIO DELL'ATTIVITÀ ALL'ANATOMIA PATOLOGICA DI ASUGI HA PERMESSO DI FAR RIENTRARE</p>
<p>Tutte le Aziende Sanitarie: raggiungere e mantenere un'adesione ai programmi di screening pari al 70 % per la cervice uterina, al 70% per la mammella, e al 70% per il carcinoma del colon retto</p>	<p>Adesione pari al 70% per la cervice uterina, al 70% per la mammella, e al 70% per il carcinoma del colon retto</p>
<p><b>Attuazione al 31.12.2019</b></p> <p>Cervice uterina: adesione 60%</p> <p>Mammella: adesione grezza: 68,0% - adesione corretta: 75,0%</p> <p>Colon retto: adesione 58,3%</p> <p>Fonte: Portale SISSR</p>	
<p><b>Motivazione dello scostamento dal risultato atteso</b></p> <p>Rispettato il tasso di adesione corretta per la mammella; si rilevano delle criticità nel rispetto del target per la cervice uterina e per il colon retto.</p> <p>In merito alla cervice uterina a partire dal mese di ottobre è stata segnalata una anomala riduzione del numero dei Pap test (adesione) afferenti nell'area isontina. Dopo un'attenta valutazione effettuata dal Responsabile aziendale di screening con l'Anatomia Patologica di TS è emerso che il calo dell'adesione non era reale ma riconducibile al fatto che una quota di attività veniva, in precedenza, registrata come prestazione di screening mentre si trattava di pap test eseguiti "spontaneamente" con esenzione e autocertificazione (legge Veronesi) o durante visite ginecologiche extra-screening.</p> <p>Con l'avvio della nuova organizzazione, questo tipo di errore è stato eliminato in quanto l'attività di screening avviene in spazi distinti, con strumentazione dedicata e personale abilitato e formato specificamente a registrare questo tipo di prestazioni.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>
<p>Tutte le Aziende Sanitarie: mantenere aggiornate, tramite i distretti, le anagrafi sanitarie verificando assistiti in base ai dati del monitoraggio delle lettere inesitate fatti pervenire dalla Direzione Centrale Salute</p>	<p>Percentuale di inviti inesitati &lt; = 1,5%</p> <p>Formale individuazione, con trasmissione alla DCS entro 30 giorni dall'approvazione definitiva delle presenti linee, di un referente amministrativo in ogni distretto.</p>

	Report alla DCS entro il 31.12.2019 con le azioni intraprese ai fini del contenimento del fenomeno.
<p><b>Attuazione al 31.12.2019</b></p> <p>La percentuale di inviti inesitati è: 1,5%</p> <p>E' proseguito il lavoro di verifica da parte della segreteria di screening delle lettere inesitate.</p> <p>Con nota prot. N. 49888 di data 27/08/2019, l'Azienda ha comunicato formalmente alla DCS il nominativo di un referente amministrativo per ciascun Distretto preposto alla verifica degli inviti inesitati.</p> <p>Nel corso del 2019 sono stati abilitati n. 4 operatori aziendali all'utilizzo dell'apposita funzionalità, messa a punto da INSIEL e gestibile tramite portale screening con la quale agevolare il controllo sugli inviti inesitati, la rettifica delle anagrafiche e il reinvio della persona.</p> <p>Tali operatori hanno altresì partecipato alla relativa formazione sull'uso dell'applicazione, organizzata il 3 ottobre 2019 a Tavagnacco (UD) presso Insiel.</p> <p>Non è stato trasmesso un apposito report al 31.12.2019 alla DCS sulle azioni intraprese ma l'attività è stata comunque realizzata come di seguito viene relazionato.</p> <p>E' proseguito il lavoro di verifica da parte della segreteria di screening delle lettere inesitate; mediante comunicazioni e contatti continui con i servizi anagrafe distrettuali si sono superate molte criticità nella correzione degli indirizzi.</p> <p>Tutte le lettere inesitate segnalate dalla DCS/ARCS sono state puntualmente controllate dalla segreteria di screening, corrette e confrontati i dati con le anagrafi comunali.</p> <p>Già a partire dall'anno 2018 la verifica delle lettere inesitate è stata centralizzata in capo ad un operatore della segreteria-screening per tutta l'azienda al fine di uniformare il percorso ed i risultati, avendo rilevato una discrepanza fra Isontino e Bassa Friulana.</p> <p>Nel corso del 2019 l'attività di controllo è proseguita e consolidata individuando un referente per ciascun distretto che si è interfacciato con la segreteria di screening per la risoluzione dei casi relativi alle lettere inesitate e favorire il riallineamento tra anagrafe comunale e anagrafe sanitaria, anche utilizzando le apposite funzionalità messe a disposizione da INSIEL nel portale di screening.</p>	
<p><b>Motivazioni dello scostamento dal risultato atteso</b></p> <p>Sebbene non sia stato trasmesso formalmente alla DCS un apposito report al 31.12.2019, l'attività di verifica e formazione da parte delle segreterie di screening in raccordo con i distretti e la comunicazione con i Comuni ai fini della registrazione ed allineamento delle variazioni richieste è stata realizzata ed è agli atti. Certamente la riorganizzazione del SSR in atto e l'avvenuto scorporo dell'Azienda al 31.12.19 hanno influito sulla comunicazione di cui all'oggetto.</p>	
<p><b>Valutazione</b></p> <p>Tutte le aziende sanitarie: continuare a garantire le sedi per l'erogazione dello screening mammografico accertando la permanenza dei requisiti per l'installazione dell'unità mobile e garantendo l'accessibilità da parte delle persone (barriere architettoniche, igiene dei locali, rispetto della privacy, decoro...)</p>	<p><b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b></p> <p>Tutte le aziende sanitarie</p> <p>Requisiti check-list DCS rispettati</p> <p>Collaborazione negli eventuali sopralluoghi di controllo</p>
<p><b>Attuazione al 31.12.2019</b></p> <p>- I requisiti richiesti dalla DCS sono stati rispettati. Agli atti del Dipartimento di Prevenzione i verbali dei</p>	

<p>sopralluoghi effettuati dall'ARCS/DCS unitamente agli operatori nelle varie sedi aziendali per la verifica delle check list.</p> <p>- La partecipazione degli operatori aziendali è stata sempre assicurata in tutti i sopralluoghi come risulta dai verbali agli atti del DP.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Tutte le aziende con unità senologica: garantire che i radiologi certificati svolgano sia la lettura del test mammografico di screening sia la gestione del percorso di approfondimento diagnostico dei casi richiamati	- Lettura del primo livello e gestione del percorso di approfondimento diagnostico da parte di radiologi certificati
<p><b>Attuazione al 31.12.2019</b></p> <p>Il referente aziendale di screening ha costantemente monitorato la situazione raccordandosi con i direttori delle due SOC di Radiologia aziendali, al fine di garantire, da parte dei Radiologi Certificati, la lettura del primo livello e la gestione del percorso di approfondimento diagnostico che è avvenuto nei tempi previsti.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Tutte le aziende con unità senologica: garantire la tempestiva e corretta chiusura dell'esito dei casi di secondo livello dello screening mammografico nel G2 clinico, ridurre i richiami intermedi (early recall) dopo approfondimento	<p>Tempi di attesa per approfondimenti di secondo livello &lt; 0 = 20 gg da esito positivo della mammografia di primo livello</p> <p>Percentuale di casi di secondo livello chiusi correttamente &gt; = 95%</p> <p>Tempo di attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella &lt; 0 = a gg 30</p> <p>Percentuale di early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso"/totale dei casi chiusi dall'unità senologica inferiore al 10%</p>
<p><b>Attuazione al 31.12.2019</b></p> <p>Il 77,4% dei casi ha un tempi di attesa per approfondimenti di secondo livello &lt;= 20 gg da esito positivo della mammografia di primo livello</p> <p>Percentuale di casi di secondo livello chiusi correttamente: 39,8%</p> <p>Tempo di attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella: dato non disponibile</p> <p>Percentuale di early recall: 9,9%</p> <p>Fonte: Portale SISSR</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>
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	Percentuale di cartelle correttamente compilate >= 95%
<p><b>Monitoraggio dell'indicatore sanitario al 31.12.2019</b></p> <p>97,2%</p> <p>Fonte: Portale SISSR</p>	

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
garantire l'offerta della colonscopia di approfondimento di secondo livello entro 30 giorni dalla positività del FOBT di screening	Tempo di attesa per colonscopia di approfondimento di secondo livello <= 30 giorni
<b>Monitoraggio dell'indicatore sanitario al 31.12.2019</b> 83,4% casi con colonscopia entro 30 giorni Fonte: Portale SISSR	
Valutazione	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

3.1.4 Gli screening neonatali (Programma II PRP)	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Diffusione e applicazione di una procedura regionale per lo screening neonatale audiologico ed oftalmologico e del PDTA aggiornato per lo screening neonatale metabolico esteso, per l'identificazione precoce della fibrosi cistica e dell'emoglobinopatia nella popolazione a rischio.	diffusione e applicazione delle procedure con report al Burlo
<b>Attuazione al 31.12.2019</b> Garantita diffusione e applicazione delle procedure regionali per lo screening neonatale audiologico, oftalmologico e screening neonatale metabolico esteso con inserimento dati nel portale di Padova e nel portale regionale (report del Burlo) Avviato screening emoglobinopatie nella popolazione a rischio dal 1 marzo 2019 con invio presso il laboratorio di Pordenone, come da indicazioni regionali (sotto il coordinamento di Pordenone). Al 31/12/2019 non è stato avviato alcun programma per l'identificazione precoce della fibrosi cistica da parte del centro hub di riferimento (Burlo).	
<b>Motivazione dello scostamento dal risultato atteso</b> Al 31/12/2019 non è stato ancora avviato alcun programma per l'identificazione precoce della fibrosi cistica da parte del centro hub di riferimento (Burlo) per cui tale tipologia di screening non si è potuta realizzare.	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO OBIETTIVO STRALCIATO: IDENTIFICAZIONE PRECOCE FIBROSI CISTICA

3.1.5 Salute e sicurezza nelle scuole e benessere dei giovani (Programma III PRP)	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Le aziende sanitarie collaborano e sostengono percorsi ed azioni coerenti a diffondere in tutta la Regione il modello di Scuola che promuove la salute, che ha lo scopo di migliorare il successo scolastico e facilitare l'azione in favore della salute.	almeno il 90% delle scuole del territorio di pertinenza dell'AAS2 dovranno esser raggiunte dalla proposta di aderire alla rete Scuole che promuovono salute (SHE).
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	

Il 100% delle scuole del territorio di pertinenza AAS2 (pari a n. 25 della Provincia Gorizia e n. 12 della Provincia Udine) sono state raggiunte dalla proposta di aderire alle rete Scuole che promuovono la salute (SHE) sia per l'anno scolastico 2018-2019 che per l'a.s. 2019-2020 .

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Sviluppo, da parte di tutte le aziende sanitarie, di progettualità di peer education nelle scuole della regione. Continua la diffusione e implementazione dei progetti riconducibili alle buone pratiche, quali modello What's up, Unplugged, peer education ecc	Aderiscono alla progettazione almeno 50 % delle scuole del territorio di pertinenza dell'AAS2. Le progettualità dovranno esser inserite in banca dati PROSA
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
<p>Numero 30 scuole su 37 presenti sul territorio AAS2 (pari al 81%) svolgono attività continuative con progettazione annuale in base alla linea Scuole che promuovono salute e Ospedali e Servizi Sanitari che promuovono salute (Sistema What's Up).</p> <p>E' stata diffusa a tutte le scuole l'offerta di promozione ed educazione alla salute che include le schede di adesione ai progetti. Peer education attiva con fondo regionale dedicato e focus sulle dipendenze nelle 3 scuole che aderiscono al progetto What's Up ContaminAction (2 di esse già aderenti al Sistema What's Up); attività di peer education previste in tutte le 25 scuole che aderiscono al Sistema What's Up sulle life skills in generale e nelle 5 scuole che aderiscono alla sua declinazione nel territorio dell'ambito di Latisana: progetto "Ben Essere a Scuola". Una scuola di Marano Lagunare ha aderito al progetto Unplugged per l'a.s. 2018/2019.</p> <p>Il 100% dei Progetti (pari a n. 3) è stato inserito in Banca Dati PROSA: Sistema What's Up, What's Up ContaminAction, Ben Essere a Scuola</p>	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Tutte le Aziende Sanitarie: sviluppo di progetti di attività fisica rivolti alla popolazione adulta	Report su quanto realizzato Le progettualità dovranno esser inserite in banca dati PROSA
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
<p>La relazione/report sulle attività svolte è stata predisposta e trasmessa via mail alla DCS in data 27/12/19 e, successivamente, rinviata alla Referente regionale del gruppo attività motoria con mail dd 17/2/2020.</p> <p>Sono stati inseriti nella banca dati PROSA i due progetti finanziati tramite bando (100%)</p>	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Tutte le Aziende Sanitarie: diffusione delle opportunità di attività fisica presenti sul territorio attraverso il sito regionale (invecchiamentoattivo.fvg)	Presenza, sul sito, delle attività realizzate in collaborazione con le associazioni
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
Sul sito "invecchiamentoattivo" sono pubblicate tutte le attività realizzate dalle associazioni registrate.	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO

<b>3.1.8 Prevenzione degli incidenti stradali (Programma VI PRP)</b>	
<b>Prevenzione degli incidenti stradali</b>	
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
Sono proseguite e consolidate, mediante iniziative di comunicazione e informazione alla popolazione e amministratori, coerentemente con il Piano regionale della Prevenzione della rete territoriale, gli interventi e le iniziative finalizzati alla prevenzione degli incidenti stradali.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.1.9 Prevenzione degli incidenti domestici (Programma VII PRP)</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Prevenzione degli incidenti domestici	La DCS elaborerà il report delle attività svolte negli anni scorsi. Alle Aziende sanitarie sarà restituito e dettagliato e queste a loro volta dovranno diffonderlo nei territori di loro competenza (scuole, associazioni, enti, ecc.) con report da inviare alla DCS.
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
Il referente aziendale per la prevenzione degli incidenti domestici ha predisposto in data 27/12/2019 relazione annuale 2019 delle attività realizzate da AAS2 per la Linea VII PRP - Prevenzione incidenti domestici e l'ha trasmessa alla Referente regionale il 18 febbraio 2020 ai fini della stesura del report congiunto del Programma VII prevenzione Incidenti Domestici relativo al 2019.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.1.10 Miglioramento della qualità nelle attività del dipartimento di prevenzione con particolare riferimento alle attività di vigilanza e controllo (Programma VIII PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Partecipare alle fasi V e VI del progetto "Prodotti Finiti FVG" che prevedono: V fase: la definizione di un modello di scheda per la valorizzazione (pesatura) dei prodotti finiti; VI fase: la stima delle risorse impiegate per ogni prodotto finito	- Collaborazione alla definizione di un modello di scheda di valorizzazione condivisa a livello regionale e vistata dal responsabile scientifico del progetto - almeno il 90% dei questionari inviati dal gruppo di progetto dovranno essere correttamente compilati dagli operatori dei dipartimenti di prevenzione intervistati
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
Collaborato alla definizione del modello di scheda condivisa a livello regionale. E' stata assicurata la partecipazione del personale del Dip.to di Prevenzione alla compilazione delle schede di valorizzazione dei prodotti finiti secondo il calendario previsto, nelle giornate dal 10-14 giugno 2019 (programma agli atti della SC Igiene Alimenti Origine Animale). Questionari compilati inviati da parte di tutti i partecipanti del corso (100%)	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
SIAN/VET: partecipare alla formazione degli auditor e al	Conclusioni della formazione di due tecnici dell'AAS2



programma di mantenimento della qualifica	
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
I due tdp del SIAN non hanno completato la formazione perché il numero degli auditor presenti in AAS2 era già sufficiente a garantire, ed ha effettivamente assicurato, l'esecuzione di tutti gli audit previsti dalla programmazione regionale.	
<b>Motivazioni dello scostamento dal risultato atteso</b>	
Il numero di auditor AAS2 formati era già adeguato a garantire l'esecuzione degli audit programmati per cui, in carenza di tecnici della prevenzione, si è ritenuto opportuno utilizzare a pieno tali risorse per rispettare al 100% gli indicatori regionali anziché per attività formative ulteriori.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
SPSAL: partecipare attivamente al programma regionale di audit, scegliendo il comparto di interesse a seconda della specificità territoriale.	Operatori formati secondo le indicazioni del PRP, costituzione del gruppo di auditor regionali, individuazione delle aziende su cui avviare l'audit sui SGSL da parte auditor regionali e avvio della fase realizzativa
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
Attività non realizzata in attesa di indicazioni regionali	
<b>Motivazioni dello scostamento dal risultato atteso</b>	
La DCS non ha fornito indicazioni per individuare le aziende su cui avviare l'audit.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b>

<b>3.1.11 Migliorare la salute e la sicurezza nei comparti a maggior rischio (Programma IX PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Tutte le AAS: mantenere un'adeguata vigilanza nei settori edile e agricolo secondo i parametri definiti a livello nazionale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 5% delle aziende vigilate.</li> <li>o Edilizia: l'attività di vigilanza nei cantieri deve essere finalizzata al raggiungimento del 12% dei cantieri notificati l'anno precedente. In caso di significative variazioni incrementali, si dovrà raggiungere almeno il numero dei cantieri vigilati nell'anno 2018.</li> <li>o Agricoltura: vigilare 128 aziende agricole a livello regionale (Report di attività alla DCS)</li> </ul>
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
Controllate 332 aziende pari al 3,16%	
Controllati 97 cantieri edili pari al 5,82% (nel 2018 erano stati verificati 92 cantieri)	
Controllate 24 aziende agricole (nel 2018 erano state vigilate 16 aziende agricole). Il report di attività è stato trasmesso dal referente regionale del gruppo agricoltura (direttore SC PSAL di ASUIUD) alla DCS con nota ASUFC prot. n. 0016588 dd 12/02/2020.	
<b>Motivazioni dello scostamento dal risultato atteso</b>	
L'attività di vigilanza non ha raggiunto il risultato previsto per carenza di personale tecnico nell'organico dello PSAL. Nel 2019 presenti n. 6 UPG (ufficiali di polizia giudiziaria) rispetto ai 14 necessari.	

<b>Valutazione</b>	<b>1. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b> <b>2. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b> <b>3. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Tutte le Aziende Sanitarie: proseguire in ogni azienda il programma integrato di promozione della salute dei dipendenti, che coinvolga i medici competenti, per la declinazione operativa delle azioni dell'obiettivo specifico "Progetto pilota per un programma integrato di salute e benessere dei dipendenti pubblici..." del PRP.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Report sui lavoratori a rischio cardiovascolare globale</li> <li>- Offerta di percorsi per smettere di fumare</li> </ul>

**Attuazione al 31.12.2019**

- Nell'ambito della sorveglianza sanitaria periodica per i dipendenti Aziendali, è proseguita la raccolta sistematica dei dati relativi al rischio cardiovascolare per i dipendenti sottoposti a visita da parte del medico competente. Il report verrà redatto a cura della Medicina del Lavoro dell'Università di Trieste.
- I medici competenti, nell'ambito della sorveglianza sanitaria periodica individuano, tra i soggetti fumatori, coloro i quali risultano orientati a smettere di fumare e li indirizzano all'Ambulatorio aziendale per il trattamento specialistico, attivato dalla SC Dipendenze.
- Sono proseguiti gli incontri del tavolo aziendale sul tabacco. E' stata garantita l'offerta aziendale di percorsi per smettere di fumare dalla SC Dipendenze in tutte le 4 sedi aziendali (Gorizia, Monfalcone, Palmanova e Latisana), in collaborazione con i medici competenti.

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
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, 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,
Tutte le Aziende Sanitarie: adottare e applicare le nuove LLGG regionali sulla tubercolosi	LLGG regionali sulla tubercolosi applicate

**Attuazione al 31.12.2019**

- Nell'ambito della sorveglianza sanitaria periodica dei dipendenti aziendali, il medico competente verifica lo stato immunologico ed invia i dipendenti non immunizzati ai centri vaccinali per la profilassi delle infezioni prevenibili con vaccino.
- Le LLGG regionali sulla tubercolosi sono applicate

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--------------------	----------------------------

<b>3.1.13 Miglioramento dei sistemi informativi e di sorveglianza (Programma XI PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Studi di sorveglianza OKKIO alla Salute e HBSC	Tutte le Aziende: collaborare agli studi di sorveglianza ed alla restituzione dei risultati emersi
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
L'Azienda ha partecipato agli studi di sorveglianza OKKIO alla Salute e HBSC garantendo la restituzione dei dati alla Regione.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Obiettivo aziendale:</b> Studi di sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento	<b>Risultato atteso:</b> Tutte le Aziende: dare continuità agli studi di sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
L'azienda ha partecipato agli studi di sorveglianza sia di Passi che Passi d'argento	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.1.14 Ambiente e salute, facilitare una migliore qualità dell'ambiente e del territorio, secondo il modello della salute in tutte le politiche (Programma XII PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Partecipazione attiva alle attività del "Gruppo Tecnico inter- istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali " di cui al Decreto n°630/SPS del 12.08.15 e della "Cabina di Regia" di cui al Decreto in° 695/SPS del 19.05.2017.	Evidenza di partecipazione al "Gruppo Tecnico inter- istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali " e alla "Cabina di Regia".
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
Garantita la partecipazione al tavolo regionale, se convocati.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Sorveglianza delle acque potabili. Mappatura dei pozzi privati utilizzati nell'ambito delle imprese alimentari.	Proseguire la mappatura dei pozzi che approvvigionano gli stabilimentiriconosciuti(Reg.852/853)eleimprese alimentari.
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
Proseguita la sorveglianza delle acque potabili. Mappate 126 imprese alimentari e sorvegliati i pozzi privati. Agli atti della SC Igiene degli alimenti il report elaborato dal sistema SICER.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Ogni azienda sanitaria provvede alla nomina di nuovi ispettori Reach/CLP tra il personale che ha partecipato al percorso di formazione/addestramento.	Almeno 3 ispettori per ciascuna azienda sanitaria (comunicazione alla Direzione Centrale Salute)
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
Il risultato era già stato raggiunto al 30/6, come precisato nella nota della Direzione Centrale Salute prot. 8881 dd 15.04.2019.	

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Ogni Azienda Sanitaria garantisce un numero di controlli coerenti con il piano nazionale annuale dei controlli in materia di REACH/CLP, per quanto attiene target group e tipologia di sostanze controllate	almeno 3 controlli per Azienda
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
Piano Nazione Controlli REACH /CLP e crono programma rispettati: 8 controlli effettuati	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO

<b>3.1.15 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive, inclusa la resistenza antimicrobica (Programma XIII PRP 2018-2019) e piano nazionale di contrasto alle resistenze antimicrobiche 2017-2020 (PNCAR).</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Tutte le Aziende Sanitarie: realizzare interventi di immunizzazione dei volontari ospedalieri per la prevenzione e il controllo delle infezioni prevenibili da vaccino	è adottato e applicato un protocollo vaccinale per i volontari ospedalieri per il controllo dell'immunizzazione e la vaccinazione per malattie prevenibili con vaccino (morbillo, -parotite, -rosolia,-varicella, pertosse, influenza) comprendente altresì misure per il controllo e la prevenzione della tubercolosi secondo Linee guida regionali.
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
<p>E' stato adottato ed applicato il "Protocollo per la gestione della sorveglianza sanitaria dei lavoratori atipici e dei volontari" che individua il percorso seguito da AAS2 per la programmazione e l'esecuzione della sorveglianza sanitaria ai soggetti non dipendenti che frequentano a vario titolo l'Azienda e orientata anche alla tutela di soggetti terzi. Il documento del 29/11/2019 è stato pubblicato sull'area intranet aziendale.</p> <p>E' stato inoltre predisposto un protocollo per l'Assistenza integrativa non sanitaria da parte delle associazioni di volontariato che offre al volontario ospedaliero la possibilità di accedere gratuitamente, ai servizi vaccinali, in accordo con il Responsabile la SC Igiene e sanità pubblica del Dipartimento di Prevenzione. Il documento è stato pubblicato sull'area intranet in data 30/12/19.</p>	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Garantire l'offerta attiva e gratuita delle vaccinazioni assicurando il proseguimento delle campagne vaccinali già avviate e quelle di nuova introduzione (in particolare l'herpes zoster negli anziani)	<p>Miglioramento delle coperture vaccinali dell'infanzia e dell'adolescenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- esavalente</li> <li>- MMR ( 1<sup>^</sup> e 2<sup>^</sup> dose)</li> </ul> <p>Offerta attiva della vaccinazione anti herpes zoster nei 65enni con l'obiettivo di copertura del 35%</p>
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
<p>I tassi di copertura vaccinale per l'infanzia e l'adolescenza sono tutti migliorati rispetto all'anno 2018:</p> <p>III dose esavalente: 93.8 % (dato 2018: 92.38 %)</p> <p>I° dose MMR: 91.17 % (dato 2018: 88.92 %)</p>	

Il° dose MMR: 89.52 % (dato 2018: 84.8 %)  
 Relativamente invece alla vaccinazione anti herpes zoster, l'offerta è stata garantita ma non è stato possibile rispettare il target regionale previsto per carenza di personale (assistenti sanitarie) che non si è potuta colmare nel 2019.

**Motivazioni dello scostamento dal risultato atteso**

L'indicatore relativo alla vaccinazione anti herpes-zoster non è stato raggiunto per difficoltà di garantire il turnover e l'acquisizione di figure di assistenti sanitarie nel corso del 2019.

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO: ESAVALENTE E MMR OBIETTIVO NON RAGGIUNTO: HERPES ZOSTER
<p><u>Veterinari</u> implementazione regionale del Sistema Informativo Nazionale della Farmacosorveglianza Ricetta Veterinaria Elettronica (SINF-RE) (entro il 2019):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- autorizzazione detenzione scorta</li> <li>- formazione interna per l'utilizzo dell'applicativo SINF-RE anagrafe ministeriale centralizzata delle strutturePET</li> </ul>	<p>Le AAS autorizzano tramite SINF-RE almeno il 90% delle autorizzazione detenzione scorta già autorizzate in cartaceo, autorizzano tramite SINF-RE tutte le nuove autorizzazione detenzione scorta, curano a cascata la formazione interna al fine di adottare l'applicativo SINF-RE, inseriscono ed aggiornano nel SINF-RE le anagrafiche delle strutture veterinarie, strutture di detenzione e colonie feline.</p>

**Attuazione al 31.12.2019**

- 100% delle autorizzazioni detenzione scorta già autorizzate in cartaceo sono state autorizzate tramite SINF-RE
- 100% delle nuove autorizzazione detenzione scorta effettuate tramite SINF-RE
- formati n. 2 dirigenti veterinari (uno per ciascuna area territoriale veterinaria) all'utilizzo dell'applicativo SINF-RE nell'ambito della riunione mensile del 19 luglio 2019. Il numero degli operatori già formati era comunque sufficiente a garantire l'operatività
- autorizzate e registrate nel SINF-RE le anagrafiche di tutte le strutture veterinarie e di detenzione presenti nel territorio di competenza;
- non pervenuta alcuna indicazione regionale per l'inserimento e aggiornamento nel SINF-RE delle colonie feline. Sistema non operativo e funzionante per questa parte.

**Motivazioni dello scostamento dal risultato atteso**

Relativamente all'inserimento e aggiornamento nel SINF-RE delle colonie feline, il sistema SINF-RE non è operativo per questo tipo di attività e non sono pervenute indicazioni specifiche regionali su come attivare il collegamento.

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Tutti gli ospedali partecipano ai programmi di sorveglianza delle ICA, con evidenza di monitoraggio degli indicatori regionali.</p>	<p>indicatori regionali monitorati</p>

**Attuazione al 31.12.2019**

L'Azienda partecipa ai programmi di sorveglianza e di monitoraggio degli indicatori regionali.  
 Nel corso del 2019 sono stati inviati alla DCS: il report del 2° semestre 2018 con lettera prot. n.18853 di data 29.03.2019 ed il report del 1° semestre 2019 con lettera prot. n.56510 del 27.09.2019. L'invio del report del 2° semestre 2019, previsto per marzo 2020, è stato rinviato dalla Regione a data da definirsi a causa

dell'emergenza Covid-19 in corso.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.1.16 Comunicazione del rischio e gestione delle emergenze</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Applicare il protocollo regionale sull'assistenza sanitaria alle persone migranti ed inviare i dati di attività	Report mensile
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
Garantito il regolare invio alla DCS del report mensile sull'assistenza ai migranti	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Garantire la formazione dei propri operatori sull'antimicrobial stewardship	In ogni azienda almeno il 25% di medici prescrittori formati
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
<p>Il corso sul "buon uso degli antibiotici" AAS2-19207 si è tenuto il 22/11/2019 nell'Ospedale di Gorizia. Vi hanno partecipato 66 operatori di cui n. 42 dirigenti medici e n. 26 altri operatori delle professioni sanitarie.</p> <p>Nel triennio 2016-2018 erano già stati formati 204 medici (106+48+50).</p> <p>Complessivamente quindi nel quadriennio 2016-2019 sono stati formati n. 246 medici prescrittori (106+48+50+42) che, rapportati alla numero di medici e odontoiatri presenti in AAS2 al 31/12/2019 (pari a 468), determina una percentuale di unità formate pari al <b>52,56%</b>.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Diffondere a tutti gli operatori sanitari la reportistica regionale sulle resistenze batteriche	Report inviato in formato elettronico a tutti gli operatori sanitari coinvolti in prescrizione e somministrazione di farmaci
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
<p>Il report regionale 2018 sul Consumo di antibiotici in Friuli Venezia Giulia è stato diffuso a tutti gli operatori aziendali con mail dd 22/11/2019 nonché pubblicato sull'area intranet aziendale (<a href="http://intranetaas2.ass2.sanita.fvg.it/">http://intranetaas2.ass2.sanita.fvg.it/</a>) e sul sito internet AAS2 al seguente indirizzo: <a href="http://www.aas2.sanita.fvg.it/it/azienda_informa/news/newsdettaglio.html?name=2019_99_12.html">http://www.aas2.sanita.fvg.it/it/azienda_informa/news/newsdettaglio.html?name=2019_99_12.html</a></p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.1.17 Alimentazione e salute: promozione di un'alimentazione sana, sicura e sostenibile (Programma XV PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Garantire la partecipazione degli operatori dedicati al percorso formativo programmato a livello regionale sull'allattamento al seno	80% operatori dedicati formati in ogni Azienda
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
Garantita la partecipazione degli operatori al percorso formativo regionale: formato l'83% degli operatori dedicati.	

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Mantenere ed ottimizzare il sistema di rilevazione sull'allattamento al seno alla dimissione e alla seconda vaccinazione	100% schede inserite nel sistema di rilevazione regionale entro un mese dalla dimissione e dalla seconda vaccinazione
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
Inserite a sistema il 100% delle schede dei nati entro un mese dalla dimissione	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Monitorare le gare di appalto di PA e Enti già mappate nel 2016 e fornire il proprio contributo nelle gare d'appalto in corso nel 2019 per favorire il maggior consumo di frutta e verdura, la riduzione del consumo di sale, usando quello iodato, l'utilizzo di prodotti preferibilmente tipici e a filiera corta	contributo al 10% delle gare d'appalto di PA e Enti in corso nel 2019 in ogni Azienda
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
Sono stati individuati e contattati n. 9 Comuni del territorio AAS2 con appalti in scadenza nel 2019 nell'ambito della ristorazione scolastica o assistenziale. Di questi, 6 Comuni hanno comunicato di aver inserito nei nuovi capitolati redatti le specifiche previste dal Programma XV del Piano Regionale della Prevenzione. La % delle gare d'appalto di PA e Enti in cui è stato fornito un contributo sul totale delle gare in corso del 2019 è stata quindi pari al 66,66%.	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Prosegue l'attività di verifica della presenza/offerta di sale iodato negli esercizi di vendita e nella ristorazione collettiva (Item inserito nella programmazione del Controllo Ufficiale).	La verifica dovrà essere effettuata almeno nel 70% dei controlli svolti sugli esercizi di vendita e nella ristorazione collettiva
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
Eseguiti dal SIAN 98 controlli su un totale di 106 pianificati pari al 92%.	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO

<b>3.1.18 Sicurezza alimentare, salute e benessere animale</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Garantire la partecipazione degli operatori al percorso formativo programmato a livello regionale sui MOCA. Redigere una procedura condivisa per l'attività di controllo ufficiale	70% degli operatori SIAN formati. Partecipazione di referenti di ogni SIAN alla redazione della procedura condivisa
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
Il corso regionale si è svolto a S. Vito al Tagliamento (UD) nel mese di novembre: vi hanno partecipato 9 operatori su 12 del SIAN (pari al 75%). Di questi, 8 operatori su 12 hanno completato la formazione e conseguito l'attestato ECM cioè risultano ufficialmente formati (pari al 66,7%).	
Tali operatori hanno anche contribuito alla redazione di una procedura di controllo ufficiale comune, ancora in fase di formalizzazione da parte della Regione FVG.	

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi contenuti nel Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare e nutrizionale anche attraverso l'attività di ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base ai criteri del rischio, delle imprese alimentari; a parità di rischio dovrà essere mantenuto almeno il tasso di copertura 2018</p>	<p>interventi ispettivi in almeno il 20% delle imprese alimentare di settore</p> <p>il n. 6 audit per settore n. di campionamenti di alimenti di valutazione del rischio programmati</p> <p>realizzazione del 100% dei campioni previsti dal Piano regionale controlli</p> <p>il 100% dei controlli avviene congiuntamente tra Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni</p>
<p><b>Attuazione al 31.12.2019</b></p> <p>Effettuato il 100 % dei controlli (fonte dati: SICER) corrispondente a 751 imprese alimentari</p> <p>Eseguiti n. 6 audit nel settore alimenti (SIAN) e n. 14 audit nel settore alimenti di origine animale (SIAOA).</p> <p>Effettuati tutti i campioni programmati (100%) delle matrici di origine animale e MOCA</p> <p>Effettuati tutti i controlli (100%) congiunti tra SIAN e Servizi di Igiene degli alimenti di origine animale.</p>	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Effettuare i controlli sulla condizionalità come da convenzione con il MIPAAF/AGEA</p>	<p>Effettuare il 100% dei controlli previsti per gli atti di interesse della condizionalità e inserire le evidenze ed i verbali in BDN</p>
<p><b>Attuazione al 31.12.2019</b></p> <p>Al 31.12.2019 sono stati eseguiti 29 controlli sui 31 pianificati, pari al 93,5%. Avendo tuttavia pianificato, in eccesso, il numero di allevamenti da controllare, la convenzione con il MIPAAF/AGEA è stata comunque rispettata.</p>	
<p><b>Motivazione dello scostamento dal risultato atteso</b></p> <p>Il risultato raggiunto ha risentito della carenza in organico di dirigenti veterinari, nonostante sia stata attuata una redistribuzione dei carichi di lavoro tra le unità presenti. Nel corso dell'anno sono mancate n.2 unità di personale dirigente per quiescenza e ulteriori n. 2 unità sono state sospese. Solo a fine anno, sono stati assunti n. 2 veterinari a tempo determinato ma trattandosi di personale neo-assunto dovevano essere appena formati.</p>	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Rafforzare gli interventi del Progetto Piccole Produzioni Locali in accordo con la Direzione centrale agricoltura</p>	<p>Garantire l'informazione capillare e la formazione sul territorio, informando le Aziende del Settore Alimentare della conclusione del Progetto e delle possibili evoluzioni delle PPL. Stesura di una relazione finale dettagliata di verifica Aziendale. Tale relazione dovrà riportare, il numero di PPL registrate ed il numero di ispezioni, un'analisi critica con punti di forza e debolezza del Progetto rilevate sul territorio. La relazione dovrà altresì riportare il dettaglio delle attività eseguite su:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- carni suine e avicunicole</li> <li>- carni di specie diverse</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- prodotti lattiero caseari dimalga</li> <li>- vegetali, confetture, conserve, prodotti da forno, erbe aromatiche, prodotti dell'alveare, vegetali fermentati,</li> <li>- lumache, ecc..</li> </ul>
<p><b>Attuazione al 31.12.2019</b></p> <p>AAS 2 non ha PPL di competenza veterinaria al momento.</p> <p>Eseguita informazione ai richiedenti in ordine alle potenzialità della PPL e realizzati interventi formativi ed ispettivi, in particolare rispetto a due imprese agricole (una del territorio isontino ed una della Bassa Friulana). Entrambe le imprese non sono state tuttavia registrate come "PPL".</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Potenziare la funzionalità del sistema informativo SICER per l'Area dell'Igiene e Sicurezza Alimentare degli Alimenti di origine animale (Area B) e SIAN	Piena funzionalità del sistema informatico SICER al 31 dicembre 2019
<p><b>Attuazione al 31.12.2019</b></p> <p>La funzionalità operativa di SICER è stata pienamente raggiunta nonostante alcune criticità che hanno richiesto una progressiva revisione del programma. Il sistema è stato implementato con tutti i controlli effettuati.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Procedere nelle attività del Piano regionale di monitoraggio e controllo della Malattia di Aujeszky dei suini, al fine di richiedere l'accreditamento per Regione indenne	controllo del 100% degli allevamenti della coorte individuati dal Piano regionale necessari al fine di richiedere lo status di Regione indenne
<p><b>Attuazione al 31.12.2019</b></p> <p>Al 31.12.2019 l'attività è risultata in linea con le disposizioni regionali: 100% dei controlli effettuati con raggiungimento dell'obiettivo regionale di indennità Prot. n. 0023812/P del 03/12/2019 Direzione Salute.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Attuazione dei controlli sul benessere animale negli allevamenti e durante il trasporto secondo le linee guida operative dettate dalla Task Force benessere animale, istituita con Decreto 659/SPS del 20/08/2015	n. 38 interventi di controllo sul rispetto del benessere animale richiesti dal PRISAN 2019
<p><b>Attuazione al 31.12.2019</b></p> <p>Sono stati eseguiti i 38 controlli sul rispetto del benessere animale attraverso l'esecuzione di visite/uscite on-site e contestuale redazione di apposite check-list e relazioni finali condivise dagli operatori e seguendo gli eventuali follow-up (esecuzione prescrizioni, applicazione sanzioni, ecc.).</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Attuazione dei controlli sull'anagrafe ovi caprina come da indirizzi LEA Ministeriali	Raggiungimento del 3% dei controlli su base Regionale come richiesto da LEA Ministeriali
<p><b>Attuazione al 31.12.2019</b></p> <p>E' stato raggiunto il livello di controllo atteso del 3%, rispettando le procedure previste</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Applicazione del PRP sull'Igiene Urbana Veterinaria.	Effettuare il 100% dei controlli sulle strutture di ricovero e

	custodia della Regione Autonoma FVG sia convenzionate che non convenzionate
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
Effettuato il 100% dei controlli attesi presso le strutture di ricovero e custodia, sia convenzionate che non convenzionate con la Pubblica Amministrazione, secondo quanto stabilito dal DPGR 241/2017.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

### 3.2 ASSISTENZA DISTRETTUALE E ASSISTENZA SOCIOSANITARIA

<b>3.2.1.1 Assistenza primaria</b>	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Verifica del livello di raggiungimento degli obiettivi definiti negli AAIRR	1. Rispetto della tempistica prevista negli AAIRR e rendicontazione relativa alla DCS, condizionatamente alla tempestiva messa a disposizione dei dati da parte della Regione
2. Ricognizione dello stato di attuazione dei CAP e dei Presidi ospedalieri per la salute a livello regionale e delle prospettive di orientamento dei servizi finalizzate al miglioramento della presa in carico della cronicità	2. Mappatura organizzativa e di funzionamento dei CAP aziendali e dei Presidi ospedalieri per la salute (nr. e tipologia del personale dipendente e convenzionato dedicato, orari di apertura, descrizione delle attività svolte e relativi volumi, dotazioni strumentali) e obiettivi raggiunti in termini di follow up o presa in carico delle persone affette da patologie croniche. Invio di un report al 31.12.2018 entro il 31.03.2019
3. Coordinamento a livello regionale delle attività degli uffici aziendali deputati alla gestione dei rapporti con i professionisti convenzionati	3. Invio entro il 31.01.2019 di un report annuale al 31.12.2018 sullo stato di attuazione degli Accordi integrativi regionali, secondo un format condiviso con i Servizi aziendali e inviato dalla DCS; invio di analogo report semestrale, entro il 31.07.2019
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
<p>1. Relativamente al punto 1 l'attività è stata realizzata. In particolare: con nota prot. n. 5210 dd. 29.01.2019 trasmessi i dati su costi personale di studio MMG in attuazione dell'AIR 2016-2018 a riscontro richiesta della DCS dd 25.01.2019; con nota prot. n. 22670 dd 15.04.2019 forniti i dati sugli specialisti ambulatoriali interni e professionisti sui residui del finanziamento aggiuntivo regionale, monte storico al 31.10.2004 e situazione al 31.12.2018 in relazione all'AIR 2011 (su richiesta DCS prot. n.8504 dd. 9.04.2019); con mail dd 21.05.2019 trasmesso prospetto fondo ponderazione qualitativa quote capitarie specialisti ambulatoriali per gli anni dal 2015 al 2019, in riscontro a mail DCS dd. 16.5.2019.</p> <p>Con nota prot. 54661 dd. 20.09.2019 recante "rendicontazione fondi contrattuali, residui accantonati e attività di medicina convenzionata" fornito riscontro a richiesta DCS dd. 10.09.2019 ricevuta tramite posta elettronica (mail).</p> <p>Con decreto del C.S. n. 555 dd 25/10/19 "LIQUIDAZIONE COMPENSI AI COMPONENTI DEGLI UFFICI DISTRETTUALI DELLA MEDICINA GENERALE IN APPLICAZIONE DEGLI ACCORDI REGIONALI RECEPITI CON</p>	

D.G.R. N. 1007 DEL 06/05/2005 E D.G.R. N. 1963 DEL 26/10/2018" è stata autorizzata la liquidazione dei compensi spettanti per l'anno 2018 ai componenti degli Uffici Distrettuali della Medicina Generale dei 4 Distretti sulla base del grado di raggiungimento degli obiettivi approvati con decreto del DG n. 890 del 19.12.2018.

2. Relativamente al punto 2 il report sullo stato di attuazione dei CAP aziendali al 31.12.2018, completo di reportistica, è stato inviato alla DCS via PEC con nota prot 18984 di data 29/03/2019 a firma del Direttore del Dipartimento di Assistenza Primaria.

3. Relativamente al punto 3 il risultato è già stato raggiunto al 31/7. A seguito delle richieste pervenute dalla DCS, è stato trasmesso quanto segue:

- Nota prot. 6252 dd 1.02.2019 con cui è stato inviato il **report annuale al 31.12.2018 sullo stato di attuazione degli Accordi integrativi regionali**, ai sensi della DGR n. 2514/2018 PUNTO 3.2 "ASSISTENZA DISTRETTUALE E ASSISTENZA SOCIO SANITARIA";

- Nota prot. 43212 dd 19.7.2019 con cui è stata inviato in anticipo rispetto al termine del 31.7 il **report semestrale sulla ricognizione sull'organizzazione dell'Assistenza Primaria e i dati di spesa**, anche in proiezione per l'anno 2019, ai sensi della DGR n. 448/2019 PUNTO 3.2 "ASSISTENZA DISTRETTUALE E ASSISTENZA SOCIO SANITARIA";

- Si segnalano anche le note: prot. n. 5210 dd 29.01.2019 con cui sono stati trasmessi i costi del personale di studio dei MMG in relazione all'AIR 2016-2018 (su richiesta della DCS dd 25.01.2019); la nota prot. n. 22670 dd 15.04.2019 con cui si sono forniti i dati sugli specialisti ambulatoriali interni e professionisti sui residui del finanziamento aggiuntivo regionale, monte storico al 31.10.2004 e situazione al 31.12.2018 in relazione all'AIR 2011 (su richiesta DCS dd. 9.04.2019); mail dd 21.05.2019 a riscontro mail DCS dd 16.05.2019 con cui è stato trasmesso debitamente compilato il prospetto riepilogativo del Fondo per la ponderazione qualitativa delle quote orario di specialisti ambulatoriali interni e professionisti per gli anni dal 2015 al 2019.

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>ANCHE IN RELAZIONE ALL'OBIETTIVO DELL'INFORMATIZZAZIONE DELLE SEDI AZIENDALI</b>
--------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>3.2.1.2 Attività distrettuali a supporto delle cure di lungo termine</b>	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Partecipazione dei referenti aziendali al gruppo tecnico che supporta la definizione e l'implementazione delle politiche, strategie e attività nell'area della cronicità in tutte le classi di età	1. Evidenza della partecipazione
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b>
2. Istituzione di due gruppi aziendali (uno per la Bassa Friulana e una per l'area Isontina) dedicato all'implementazione di reti assistenziali per la presa in carico di persone di tutte le età che necessitano di cure a lungo termine	2. Report che riporta il censimento dei servizi/attività/PDTA/reti esistenti al 31.12.2018 nelle due aree aziendali in relazione al Piano nazionale della cronicità, entro il 30.06.2019
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
1. Il tavolo tecnico regionale sulla cronicità non è stato attivato	

2. Inviato alla DCS il report che riporta il censimento servizi/attività/PDTA/reti esistenti alla data del 31/12/2018 per diabete e scompenso cardiaco, in allegato alla nota prot. 18984 dd 29/3/19, a firma del Direttore del Dipartimento di Assistenza Primaria. Gli incontri e le attività delle reti per diabete e scompenso cardiaco sono proseguite e si sono consolidate nel corso dell'anno 2019 (vedasi linee progettuali n. 3.2.1.3 e n. 3.2.1.4)

E' stata inoltre strutturata una rete aziendale multidisciplinare e multiprofessionale per la presa in carico e la gestione dei pazienti con BPCO che ha coinvolto operatori delle strutture territoriali ed ospedaliere (Dipendenze, Distretti, Medicina Generale Convenzionata, Direzione Sanitaria, Medicina Interna, Pneumologia, Pronto Soccorso e Riabilitazione). La rete è stata delineata in tutti i setting assistenziali all'interno del PDTA aziendale "PERCORSO ASSISTENZIALE DEL PAZIENTE CON BRONCOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA" pubblicato sull'area intranet aziendale in data 12/12/19. Sul punto vedasi anche linea 3.2.1.4 BPCO.

**Motivazioni dello scostamento dal risultato atteso**

1. Il tavolo tecnico regionale sulla cronicità non è stato attivato.

**3.2.1.3 Diabete mellito**

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

**Attuazione al 31.12.2019**

Sono stati effettuati incontri con tutte le AFT distrettuali (Distretto Alto Isontino: incontri AFT del 20/02, 12/06 e 12/12/2019; DBI Monfalcone incontri congiunti delle 3 AFT del 21/03 e 18/09/2019; Distretto Est incontri AFT Cervignano del 24/01 e del 16/05 2019; Distretto Ovest: incontri AFT Latisana del 21/08 e 13/11/2019 e incontri AFT San Giorgio di N. del 21/08 e del 24/10/2019) e sono stati inviati ai coordinatori delle AFT i dati di monitoraggio definitivi riferiti all'anno 2018 per l'effettuazione di audit.

Report periodico messo a punto dalla Farmacia, destinato a tutti gli MMG di AAS2, con evidenza dell'attività prescrittiva di ciascuno, nel periodo esaminato. Nel corso dell'anno sono stati inviati n. tre report per ogni MMG (in data 13/08/2019 per i primi 5 mesi 2019, in data 8/10/2019 per i primi 6 mesi 2019 ed il 17/12/2019 per i primi 9 mesi 2019).

Con nota prot 18984 di data 29/03/2019 del Direttore del Dipartimento di Assistenza Primaria è stato inviato alla DCS il report finale 2018 coi risultati del monitoraggio sul diabete e sull'attività svolta relativamente all'applicazione del PDTA aziendale DELLA PERSONA CON DIABETE TIPO II NON INSULINO TRATTATO E NON COMPLICATO, in coerenza con la DGR 1676/2015.

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
2. Partecipazione dei professionisti aziendali identificati ai fini della creazione della Rete diabetologica regionale con coordinamento unico regionale, al fine di armonizzare l'offerta diabetologica su tutto il territorio regionale	Mappatura dell'offerta diabetologica aziendale con evidenza delle criticità. Invio del report entro ottobre 2019.

**Attuazione al 31.12.2019**

<p>Garantita la partecipazione al tavolo regionale.</p> <p>Elaborato un documento/report aziendale sull'organizzazione dell'offerta diabetologica aziendale in AAS2 e nella futura ASUGI, in collaborazione con il Centro diabetologico distrettuale di ASUITS.</p> <p>Il report è stato inviato dal Gruppo di Lavoro inter-aziendale sull'Area Tematica Diabetologica alla Direzione Aziendale di AAS2 e ASUITS in data 11/9/2019.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
3. Partecipazione dei professionisti aziendali identificati ai fini della creazione e formalizzazione della Rete regionale per il piede diabetico.	Mappatura dell'offerta diabetologica aziendale dedicata al piede diabetico con evidenza delle criticità. Invio del report entro ottobre 2019.
<p><b>Attuazione al 31.12.2019</b></p> <p>Garantita la partecipazione al tavolo regionale.</p> <p>Elaborato un documento/report aziendale sul percorso diagnostico terapeutico assistenziale per il piede diabetico. in AAS2 e nella futura ASUGI, in collaborazione con il Centro diabetologico distrettuale di ASUITS.</p> <p>Il report è stato inviato dal Gruppo di Lavoro inter-aziendale sull'Area Tematica Diabetologica alla Direzione Aziendale di AAS2 e ASUITS in data 11/9/2019.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
4. Partecipazione dei professionisti aziendali identificati ai fini della creazione della Rete diabetologica pediatrica regionale con coordinamento unico regionale, al fine di armonizzare l'offerta su tutto il territorio regionale.	Mappatura dell'offerta diabetologica pediatrica aziendale con evidenza delle criticità. Invio del report entro ottobre 2019.
<p><b>Attuazione al 31.12.2019</b></p> <p>Il risultato è già stato raggiunto al 30/6.</p> <p>Individuata il referente aziendale (pediatra) che partecipa al tavolo regionale. Inviati a febbraio 2019 i dati richiesti dal tavolo regionale: "Mappatura diabetologia-endocrinologia pediatrica regionale e diabete".</p> <p>L'invio del report avviene da parte del centro hub di riferimento (Burlo)</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
5. Applicazione del documento revisionato dal tavolo tecnico regionale Programma di educazione terapeutica rivolto al soggetto diabetico in particolare per l'organizzazione dei campi residenziali	Invio del report relativo entro ottobre 2019.
<p><b>Attuazione al 31.12.2019</b></p> <p>Il Programma di educazione terapeutica per il paziente diabetico è stato applicato nell'ambito di n. 2 corsi residenziali a cui si è partecipato dal 24 al 28 settembre a Lignano e dal 7 al 10 ottobre 2019 a Forni di Sopra.</p> <p>Agli atti della SSD di Diabetologia la Relazione sull'attività formativa (FSC) accreditata svolta a cui hanno partecipato le équipes (medici, infermieri e dietista) dei Centri diabetologici di Gorizia e Monfalcone.</p> <p>L'obiettivo consisteva nell'applicazione del documento regionale e l'invio del report entro ottobre. Considerato che la formazione residenziale si è completata ad ottobre e che il protocollo regionale prevede l'invio di un report con il follow up a 6 mesi dei pazienti trattati durante i campi residenziali, il report finale è stato trasmesso, via posta elettronica (mail), alla referente DCS per la diabetologia (ora ARCS) in dd 3/5/2020, come previsto dal documento tecnico regionale.</p>	

**Motivazione dello scostamento dal risultato atteso**

La formazione sul campo si è completata ad ottobre ed il protocollo regionale prevede l'invio di un report con il follow up a 6 mesi dei pazienti trattati durante i campi residenziali per cui non era possibile trasmettere il report entro il mese di ottobre perchè mancavano i dati di follow up richiesti dalla regione. Il report è stato trasmesso alla referente DCS per la diabetologia (ora ARCS) con mail dd 3/5/2020.

**Valutazione****OBIETTIVO RAGGIUNTO****3.2.1.4 Scompenso cardiaco**

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

**Attuazione al 31.12.2019**

La rete aziendale è consolidata. Si è proseguito nell'attuazione del percorso assistenziale sullo scompenso cardiaco avviato negli anni precedenti, mantenendo attivi gli ambulatori scompenso di competenza integrata cardiologico – internistica nelle strutture di Cardiologia di Gorizia, Monfalcone, Palmanova e Latisana e nelle strutture di Medicina Interna di Gorizia, Monfalcone e Palmanova.

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

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

Periodicamente vengono monitorati gli indicatori del percorso assistenziale. I risultati relativi al tasso di ospedalizzazione sono in costante miglioramento: nel corso del 2019 AAS2 ha riportato il tasso entro il target < 200 per 100.000 ab. (Tasso std 50-74 anni: 2017=271,3; 2018=229,4; 2019=182,8).

**Valutazione****OBIETTIVO RAGGIUNTO****3.2.1.4 BPCO**

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

**Attuazione al 31.12.2019**

1. Il responsabile aziendale della Pneumologia ha partecipato al tavolo regionale per la stesura/revisione del PDTA regionale sulla BPCO.

2. L'Azienda ha istituito un gruppo di lavoro multidisciplinare e multiprofessionale, composto da medici, psicologi, infermieri e fisioterapisti delle SC Dipendenze, Distretti, Direzione Sanitaria, Medicina Interna, Pneumologia, Pronto Soccorso, Riabilitazione e Medicina Generale Convenzionata per la stesura del PDTA aziendale. Il gruppo di lavoro si è incontrato nell'ambito di un evento di formazione sul campo (codice corso AAS2\_19091) dal titolo "La gestione del paziente con BPCO in AAS2", tenutosi da aprile a dicembre 2019 nelle sedi di Monfalcone e Palmanova per un totale di 5 incontri (17/04-12/06-18/09-13/11 e 12/12/2019).

Il gruppo di lavoro ha elaborato il "PERCORSO ASSISTENZIALE DEL PAZIENTE CON BRONCOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA" mutuando il metodo GIMBE per la contestualizzazione locale del Consensus regionale 2016 "Percorsi Assistenziali per i Medici di Medicina Generale ed Ospedalieri in Friuli Venezia Giulia: la Bronco Pneumopatia Cronico Ostruttiva (BPCO)" aggiornato con il Report 2019 "Strategia globale per la diagnosi, il trattamento e la prevenzione della BPCO".

Il documento aziendale è stato completato in data 12/12/2019 ed è pubblicato sull'area intranet aziendale.

La rete aziendale per la presa in carico e la gestione della BPCO è stata delineata in tutti i setting assistenziali all'interno del PDTA. Il percorso dovrà essere revisionato in relazione alla riorganizzazione aziendale.

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--------------------	----------------------------

### 3.2.1.5 Riabilitazione

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

#### Attuazione al 31.12.2019

1. Si garantisce la partecipazione al tavolo regionale, se convocati.

2. Costituito nel 2018 il gruppo GIN (Gruppo integrato neuromuscolare) di AAS2. Attivo mensilmente l'ambulatorio multidisciplinare del gruppo GIN presso l'Ospedale di Monfalcone. Nel corso del 2019 sono state effettuate n. 75 visite e sono stati valutati n. 54 pazienti. La valutazione multidisciplinare ha comportato: prescrizione di ausili e trattamenti riabilitativi su problematiche specifiche e attività di follow-up.

Per quanto attiene al settore neuroevolutivo, è stato predisposto il programma riabilitativo in 9 pazienti adulti (3 affetti da SLA, 1 da SMA2, 1 da distrofia dei cingoli e 4 distrofie di Steinert) e 6 minori seguiti dalla



<p>Neuropsichiatria infantile affetti da MN. Agli atti della SC Riabilitazione il report di attività 2019.</p> <p>La SC Riabilitazione, in collaborazione con la SC Neuropsichiatria infantile ha inoltre elaborato un documento aziendale "Percorso di consolidamento della rete delle malattie neuromuscolari in AAS2 Bassa Friulana Isontina" in data 16/12/2019 al fine di adeguare i programmi riabilitativi individuali agli standard di cura internazionali.</p> <p>3. Garantita la partecipazione all'evento formativo su "Il PDTA della sclerosi multipla nella Regione FVG" svoltosi a Udine il 21 novembre 2019, con n. 3 dirigenti medici in qualità di relatori.</p> <p>4. Il PDTA regionale sulla SLA non è stato formalizzato dalla Regione entro fine anno per cui non è stato possibile avviarne l'implementazione e monitoraggio in azienda. I professionisti aziendali hanno sempre partecipato al tavolo tecnico regionale.</p> <p>5. Individuati i professionisti e garantita la loro partecipazione al gruppo di lavoro regionale per l'avvio dei lavori sul PDTA di riabilitazione oncologica. Il tavolo è stato attivato in data 8/4/2019 con la presenza di n. 2 medici oncologi di AAS2 (uno di area isontina ed uno dell'area Bassa Friulana).</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Motivazione dello scostamento dal risultato atteso**

Relativamente al punto 4. il PDTA regionale sulla SLA non è stato formalizzato entro fine anno per cui non è stato possibile avviarne la sua applicazione e monitoraggio in ambito aziendale.

**Valutazione****OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO**

**IL PDTA SULLA SLA È STATO APPROVATO CON DECRETO 409/SPS DEL 22/2/2019**

<b>3.2.1.6 Assistenza Protesica</b>	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Continuazione dei lavori per la revisione dei percorsi di assistenza protesica e per la formazione dei professionisti sanitari	Attuazione delle nuove procedure di erogazione dell'assistenza protesica e attivazione dei percorsi semplificati stabiliti da nuove linee di indirizzo regionali
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
<p>L'attività aziendale è stata realizzata per quanto riguarda l'attuazione delle nuove procedure di erogazione dell'Assistenza Protesica e attivazione dei percorsi semplificati stabiliti dalle nuove linee di indirizzo regionali.</p> <p>Partecipato all'unico incontro del Tavolo Regionale sull'Assistenza Protesica che si è riunito il giorno 15/11/2019 presso l'ARCS di Udine per avviare i lavori di stesura del Regolamento attuativo della DGR 265/2018. E' disponibile agli atti della SSD Medicina legale una bozza del Regolamento attuativo elaborato, quale esito della riunione e del successivo lavoro svolto in remoto dal gruppo di lavoro.</p> <p>L'attività formativa per la diffusione delle nuove linee guida regionali non si è potuta realizzare in quanto la Regione non ha ancora attivato i programmi di formazione dei professionisti sanitari.</p> <p>In ogni caso l'Azienda ha organizzato già a dicembre 2018 un evento accreditato sul tema "Le linee di indirizzo regionali per l'assistenza protesica ai sensi della DGR 65/2018" presso la sede di Palmanova. Nel 2019 gli interventi formativi sono proseguiti con il corso ECM AAS2_19195 su "Scegliere gli ausili: autonomia ed assistenza" svolto nell'Ospedale di Gorizia il 24 ottobre 2019 ed il corso ECM AAS2_19197 "Scegliere gli ausili: ergonomia e spazi abitativi" tenutosi nell'Ospedale di Palmanova il 31/10/19.</p>	
<b>Motivazioni dello scostamento dal risultato atteso</b>	
L'attività formativa per la diffusione delle nuove linee guida regionali non si è potuta realizzare in quanto la Regione non ha ancora attivato i programmi di formazione dei professionisti sanitari	



Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
-------------	---------------------

<b>3.2.1.7 Superamento della contenzione</b>	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Dare attuazione alla DGR n. 1904/2016	1. Invio di un report di monitoraggio al 31.12.2019 del fenomeno della contenzione in tutte le strutture sanitarie, socio-sanitarie e assistenziali secondo quanto disposto nella DGR 1904/2016
<p><b>Attuazione al 31.12.2019</b></p> <p>E' stato elaborato da parte dei valutatori aziendali del nucleo rischio clinico il report di monitoraggio 2019 del fenomeno della contenzione nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie sia per il territorio isontino che della Bassa Friulana.</p> <p>E' stata inoltre redatta la relazione sullo "Stato di attuazione degli obiettivi indicati nelle linee guida per l'abolizione della contenzione nei presidi sanitari del territorio regionale presso l'AAS n.2 Bassa Friulana-Isontina", come richiesto dalla DCS con nota prot. 3540/P dd 6/02/2020 e su riscontro della istanza prot. 0007122-P dd 27/12/2019 pervenuta dal Difensore Civico FVG.</p> <p>Tutta la documentazione è stata anticipata dalla SC Controllo di Gestione ASUGI alla Direzione Centrale Salute con mail dd 17/4/2020 e trasmessa formalmente con nota PEC ASUGI prot. gen 30958-P dd 24/4/2020.</p>	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO

### 3.3 ASSISTENZA SOCIOSANITARIA

<b>3.3.2.1.1 sistema di classificazione dei ricoveri nelle RSA</b>	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Nella stipula degli accordi con il privato accreditato l'Azienda dovrà prevedere nel rispettivo budget annuale e/o pluriennale il volume dei ricoveri per livello assistenziale ed in relazione al proprio fabbisogno	Evidenza, nell'accordo con il privato accreditato della previsione del volume dei ricoveri per livello assistenziale ed in relazione al proprio fabbisogno
<p><b>Attuazione al 31.12.2019</b></p> <p>Nel territorio AAS2 è presente una sola struttura privata accreditata che effettua ricoveri in RSA in regime di convenzione: Ospizio Marino di Grado. Con tale struttura è stato stipulato a fine 2018 un accordo per il biennio 2019-2020. Nel 2019 non si è ritenuto necessario apportare alcuna modifica dell'accordo sottoscritto.</p>	
Valutazione	OBIETTIVO STRALCIATO
in sede di UVD è necessario determinare la tipologia di ricovero in RSA (rispetto ai tre livelli assistenziali) e la conseguente durata della degenza ai sensi della citata delibera nonché di valutare con attenzione la necessità di prolungare per motivi clinici sanitari la durata del ricovero oltre i valori soglia ad oggi previsti di 30 o 40 gg.	Evidenza, in sede di UVD, della definizione della tipologia del ricovero in RSA della durata di degenza e dell'eventuale necessità di prolungare la durata del ricovero oltre i valori soglia previsti

**Attuazione al 31.12.2019**

L'accesso in RSA avviene regolarmente e sistematicamente mediante valutazione multidimensionale verbalizzata, in cui è definito il livello assistenziale e la durata della degenza. Tale durata può essere prorogata per ragioni clinico/assistenziali su proposta del Medico Responsabile clinico, avallata dall'UVM. Agli atti delle sedi PUA distrettuali i verbali di valutazione per accoglimento in RSA.

**Valutazione****OBIETTIVO RAGGIUNTO****3.3.2.1.2 Processo di riclassificazione delle strutture residenziali per anziani già funzionanti****Obiettivo Aziendale**

Proseguire nel processo di riclassificazione delle residenze per anziani già autorizzate al funzionamento

**Risultato atteso**

Evidenza del monitoraggio e verifica degli adempimenti e adeguamenti previsti per il livello di nuova classificazione rilasciato

**Attuazione al 31.12.2019**

Al 31.12.2019 sono state monitorate ed autorizzate a titolo definitivo n.22 strutture residenziali per anziani che hanno ottemperato a tutte le prescrizioni impartite. Le rimanenti 3 strutture, avendo ottenuto delle prescrizioni con scadenza nel 2020, 2021 e 2022 hanno avuto la deroga temporanea.

**Valutazione****OBIETTIVO RAGGIUNTO****3.3.2.1.3 Sistema di VMD Val.Graf.-FVG e procedure di accesso nelle residenze per anziani convenzionate****Obiettivo Aziendale.**

Definire, sulla base degli indirizzi che verranno forniti dalla Regione e nel rispetto delle specificità presenti a livello locale, procedure uniformi e condivise a livello territoriale per l'ingresso nelle strutture residenziali convenzionate.

**Risultato atteso**

Evidenza delle procedure aziendali

**Attuazione al 31.12.2019**

Le linee guida regionali sulle liste d'attesa non sono state formalizzate, in via definitiva, da parte della Regione nel corso del 2019; per tale motivo non si potuto procedere ad alcuna condivisione con gli ambiti territoriali di competenza.

In ogni caso la Direzione Socio-sanitaria ha assicurato supporto alle strutture residenziali nel percorso di ingresso degli ospiti, in particolar modo attraverso la verifica dei profili di bisogno emergenti dalle Val.Graf, compilate in sede di UVD, applicando quanto previsto dalla DGR n. 92/2019 "LR 10/1998: aggiornamento del progetto di introduzione del sistema di valutazione multidimensionale di cui all'allegato A della DGR 2052/2010 e adozione della nuova versione del sistema di valutazione multidimensionale Val.Graf. FVG 2019".

**Motivazione dello scostamento dal risultato atteso**

Le linee guida regionali sulle liste d'attesa non sono state formalizzate, in via definitiva, da parte della Regione nel corso del 2019 pertanto non si potuto procedere alla condivisione con gli ambiti territoriali di competenza.

**Valutazione****OBIETTIVO STRALCIATO**

<b>3.3.2.1.3 Sistema di finanziamento</b>	
Obiettivo Aziendale.	Risultato atteso
<p>Continuare a riconoscere i finanziamenti per l'abbattimento della retta di accoglienza nella misura prevista dalle vigenti disposizioni regionali.</p> <p>Conclusione del percorso avviato nel 2018 per l'assegnazione dei posti letto convenzionabili aggiuntivi, attribuiti a ciascuna Azienda con DGR n. 1828 del 05/10/2018, secondo le procedure e modalità ivi indicate.</p>	<p>Evidenza dei finanziamenti erogati alle strutture</p> <p>Evidenza della conclusione del percorso avviato nel 2018 per l'assegnazione dei posti letto convenzionabili aggiuntivi, secondo le modalità previste dalla DGR 1828/2018</p>
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
<p>Per i posti letto aggiuntivi sono state adottate le nuove convenzioni nel corso del 2019 (rif. Determina dirigenziale n.253/2019, Decreto CS n. 313/2019, Decreto CS n. 363/2019): strutture Umberto I Latisana, Rosa Mistica Cormons, San Salvatore Gradisca d'Isonzo, Zaffiro Rivignano, Pensione ISA Monfalcone, Casa Comunale Sarcinelli Cervignano. Per le altre strutture e per i posti letto già autorizzati, le convenzioni in essere sono proseguite in continuità con le modalità dell'anno precedente e sono stati erogati i relativi finanziamenti per l'abbattimento della retta di accoglienza.</p> <p>In merito al secondo punto, il risultato è già stato raggiunto al 31.7, come di seguito riportato:</p> <p>in data 28.12.2018 pubblicato il bando con scadenza 14.01.2019;</p> <p>a seguito della DGR 95/2019 dd. 25.01.2019 riapertura; termini del bando con scadenza 05.03.2019 di cui al decreto CS n. 64 dd. 14.02.2019;</p> <p>determina n. 253 dd. 18.04.19 di assegnazione dei posti letto aggiuntivi pubblicata sul sito;</p> <p>notifica formale della determina alle strutture assegnatarie e raccolta accettazione nuovi posti letto assegnati;</p> <p>predisposizione schema di convenzione congiunto con equipie di ASUITS;</p> <p>in data 22.05.19 invio formale alle residenze per anziani AAS2 dello schema di convenzione predisposto;</p> <p>raccolta osservazioni delle residenze per anziani e relativo esame con elaborazione apposito riscontro AAS;</p> <p>approvazione schema di convenzione con decreto CS n. 313 del 06.06.2019;</p> <p>in data 19/06/2019 inviate tutte le convenzioni sottoscritte dal Commissario AAS2 alle strutture residenziali assegnatarie di posti letto aggiuntivi.</p> <p>Al 29.07.2019: risulta che 6 residenze per anziani su 6 hanno restituito l'accordo controfirmato e quindi è stato assegnato il 100% dei posti aggiuntivi convenzionabili previsti.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.3.2.1.4 Monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani</b>	
Obiettivo Aziendale.	Risultato atteso
<p>prosecuzione delle attività di verifica e approfondimento dei percorsi avviati negli anni precedenti nelle residenze per anziani</p>	<p>almeno due visite di audit approfondite nelle residenze per anziani</p>

<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
Sono state effettuate visite di Audit approfondite presso le strutture: Umberto I di Latisana il 28.01, Casa Serena di Grado il 11.04, Struttura comunale Casa Albergo di Monfalcone il 27.06. e Casa Comunale Sarcinelli di Cervignano il 12.09.2019.	
Sono inoltre state eseguite ulteriori visite, a vario titolo, presso le seguenti strutture: Zaffiro di Rivignano, Ianus di Palmanova, Villa San Giusto di Gorizia, La Cjase di Cormons, San Salvatore di Gradisca, San Vincenzo de Paoli di Gorizia, Corradini di Ronchi dei Legionari, Isa 2000 di Monfalcone, Casa Mafalda di Aiello del Friuli.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Rendicontazione delle attività di monitoraggio e promozione della qualità svolte nell'anno precedente nelle residenze per anziani	Trasmissione alla DCS di una relazione illustrativa delle attività di monitoraggio e promozione della qualità svolte nell'anno precedente, entro il 30 giugno 2019.
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
Il risultato è stato raggiunto.	
La relazione è stata inviata alla DCS con nota prot. 39154/P/DIRGEN dd 28.06.2019.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.3.2.1.5 Flussi e sistemi informativi</b>	
Obiettivo Aziendale.	Risultato atteso
Assolvere i debiti informativi verso la Regione sulla base delle richieste e indicazioni fornite dalla Regione stessa	Debiti informativi assolti
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
Debiti informativi assolti secondo le indicazioni regionali	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.3.2.1.5 Sperimentazione "Abitare possibile" e "Domiciliarità innovativa"</b>	
Obiettivo Aziendale.	Risultato atteso
sostenere e incentivare nel proprio territorio la sperimentazione di forme abitative per anziani fragili denominate "Abitare possibile" e "Domiciliarità innovativa" di cui alla DGR 671/2015 e DGR 2089/2017: Prosecuzione del modello sperimentale di housing sociale (Casa Gandin) in collaborazione con il Comune di Gonars	a) Evidenza della prosecuzione delle attività di competenza dell'AAS, secondo quanto previsto dalla convenzione stipulata con il Comune di Gonars
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
Attivato il servizio semiresidenziale di "Casa Gandin". Sono state consolidate nel corso del 2019 le modalità di gestione delle persone accolte nella struttura in semiresidenzialità (valutazioni UVM e presa in carico). Per	

difficoltà di inquadramento normativo da parte dei competenti uffici regionali non è stata ancora implementata la nuova convenzione relativamente alla residenzialità.

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--------------------	----------------------------

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

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

#### Attuazione al 31.12.2019

1. Il documento di indirizzo regionale è stato approvato solo nel 2020 con DGR n.161 del 07/02/2020 ad oggetto "LR 26/1996 Disciplina del servizio del telesoccorso-telecontrollo: indicazioni regionali per l'attivazione e la gestione del servizio di presa in carico di teleassistenza domiciliare 'sicuri a casa' ". Non è stato, pertanto, possibile recepire ed applicare il regolamento in ambito aziendale nel corso del 2019.

2. La rilevazione sugli abitanti >75 enni dei distretti a partire dell'estensione del programma del all'AAS2 è stata eseguita secondo le indicazioni regionali. La rilevazione è stata effettuata da Tesantelevita, incaricata dalla DCS, che ha trasmesso con regolarità i report elaborati. Sono disponibili i data-base criptati con gli elenchi e gli esiti delle interviste telefoniche effettuate da "Tesan Televita" sul campione regionale.

#### Motivazione dello scostamento dal risultato atteso

1. Non essendo stato approvato il regolamento regionale entro fine anno non è stato possibile recepirlo nel contesto aziendale.

### 3.3.2.1.8 Disabilità

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

#### Attuazione al 31.12.2019

Valutati gli utenti accolti nelle strutture residenziali e semi-residenziali dei 4 Distretti, con le seguenti percentuali:

100% degli utenti accolti nelle strutture per disabili del Distretto Alto Isontino

77% degli utenti accolti nelle strutture per disabili del Distretto Basso Isontino

77% degli utenti accolti per disabili del Distretto EST.

84,7% degli utenti accolti nelle strutture per disabili del Distretto OVEST

Agli atti dei singoli Distretti le relative schede di valutazione effettuate.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.3.2.1.8 Fondo Gravissimi</b>	
Obiettivo Aziendale.	Risultato atteso
Partecipazione alla rilevazione del numero di persone con disabilità gravissima secondo le indicazioni regionali	Evidenza della rilevazione secondo le indicazioni regionali
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
Garantita la segnalazione alla DCS dei nuovi casi ed il monitoraggio necessario per la continuità dei casi già in carico.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.3.2.1.8 Fondo SLA</b>	
Obiettivo Aziendale.	Risultato atteso
1. Valutazione e segnalazione dei nuovi casi all'Ente delegato (Area Welfare) secondo le indicazioni regionali	1. Evidenza dell'attività svolta secondo le indicazioni regionali
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
Garantita la segnalazione all'Area Welfare dei nuovi casi ed il monitoraggio necessario per la continuità dei casi già in carico.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.3.2.1.11 Vigilanza servizi semiresidenziali e residenziali sociosanitari destinati a persone con disabilità</b>	
Obiettivo Aziendale.	Risultato atteso
Prosecuzione delle attività di vigilanza e controllo dei servizi residenziali e semiresidenziali destinati all'accoglimento delle persone con disabilità	Attività di vigilanza e controllo su almeno il 30% dei servizi/strutture collocati sul territorio di competenza
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
L'attività di vigilanza e controllo è stata svolta dal Dipartimento di Prevenzione: sono state impartite prescrizioni, autorizzazioni all'esercizio e formulati pareri di adeguamenti igienico-sanitari alle strutture per disabili e case famiglia presenti sul territorio di competenza.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.3.2.1.14 Autismo</b>	
Obiettivo Aziendale.	Risultato atteso

1. Partecipazione dei referenti aziendali al Tavolo tecnico sull'autismo	1. Evidenza della partecipazione
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
<p>Il tavolo tecnico regionale sull'autismo non è mai stato convocato nel corso del 2019.</p> <p>E' tuttavia proseguita, per tutto il 2019, la partecipazione degli operatori al percorso di formazione regionale sul trattamento precoce dei "Disturbi dello Spettro dell'Autismo". Inoltre, nelle 4 sedi territoriali della SC di Neuropsichiatria aziendale sono state organizzate le équipes funzionali per l'autismo che hanno lavorato declinando a livello distrettuale l'applicazione delle linee d'indirizzo per DSA.</p>	
<b>Motivazioni dello scostamento dal risultato atteso</b>	
Il tavolo tecnico regionale sull'autismo non è mai stato convocato nel corso del 2019.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b>

<b>3.3.2.1.15 Minori</b>	
Obiettivo Aziendale.	Risultato atteso
1. Supporto al processo di riclassificazione delle strutture residenziali e semiresidenziali;	1. Tutte le strutture per minori già operanti nel territorio aziendale sono riclassificate secondo le indicazioni regionali
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b>
2. Partecipare/collaborare al processo di presa in carico integrata dei minori accolti in strutture residenziali e semiresidenziali	2. Esistenza di un protocollo territoriale coerente con le linee regionali sulla presa in carico integrata dei minori in strutture residenziali e semiresidenziali, che ne definisca modalità e tempi
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b>
3. Ridurre il numero dei minori inviati fuori regione	3. Evidenza della riduzione del numero di invii fuori regione
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
<p>1. Gli operatori dell'AAS2 hanno partecipato al tavolo di lavoro organizzato dall'Area Welfare.</p> <p>Le linee guida regionali per la riclassificazione delle strutture residenziali e semiresidenziali per minori sono state approvate preliminarmente con DGR n.123 del 30 gennaio 2020 per cui l'obiettivo non era perseguibile in ambito aziendale nel corso del 2019.</p> <p>2. L'attività non era realizzabile: vedi punto 1 (le linee d'indirizzo non sono state approvate nel 2019 per cui non era possibile definire un protocollo territoriale coerente con le indicazioni regionali)</p> <p>3. La presa in carico integrata dei minori accolti in strutture residenziali e semiresidenziali è stata garantita. Precisato che in FVG non erano presenti comunità terapeutiche per minori accreditate, il numero degli invii nelle comunità extra-regionali è risultato allineato con l'anno precedente (4 casi) ed il dato AAS2 è stato il più basso della Regione (report agli atti della SC Welfare).</p>	
<b>Motivazioni dello scostamento dal risultato atteso</b>	
Relativamente ai punti 1. e 2. l'obiettivo non era perseguibile in quanto le "Linee guida per la qualificazione dei percorsi di presa in carico dei minori che necessitano di accoglienza in strutture residenziali e semiresidenziali" sono	

state approvate in via preliminare dalla Giunta Regionale con la DGR 123 di data 30 gennaio 2020.  
 In merito al punto 3, il numero degli invii nelle comunità terapeutiche fuori regione è risultato allineato all'anno precedente (n. 4 minori) ed è comunque il dato più basso a livello regionale.

<b>3.3.2.1.15 Salute mentale</b>	
Obiettivo Aziendale.	Risultato atteso
1. Miglioramento dell'integrazione tra cure primarie e specialistiche con particolare riferimento alla presa in carico dei disturbi mentali comuni	1. Evidenza di percorsi integrati tra cure primarie e DSM e di interventi formativi
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Obiettivo Aziendale</b> 2. Definizione di un percorso aziendale congiunto (NPIA, DSM, PLS e MMG) per la definizione della fase di transizione delle cure dai servizi per l'età evolutiva ai servizi per l'età adulta.	2. Invio in Direzione entro il 31.12.2019 del percorso aziendale congiunto NPIA, DSM, PLS e MMG) per la definizione della fase di transizione delle cure
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b> <b>MANCA L'EVIDENZA DI INVIO DEL DOCUMENTO</b>
3. Utilizzo dello strumento >BIS nell'ambito di programmi terapeutico riabilitativi per l'età evolutiva	3. Invio in Direzione entro il 31.12.2019 di un report con l'evidenza di programmi attivati presso ogni NPIA e/o Distretto
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
4. Miglioramento e valutazione dell'impiego della metodologia del BIS nei DSM (età adulta), nell'ambito del Capitolo unico Regionale per la cogestione e co-progettazione di BIS con gli Enti del Terzo Settore	4. Partecipazione ai Tavoli Tecnici Regionali e all'attività formativa prevista, degli operatori già individuati dai DSM, avvio attività di valutazione degli esiti con individuazione del profilo di salute dei beneficiari dei PTRI con BIS,
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
5. Condivisione tra i diversi DSM regionali delle attività relative al percorso terapeutico e riabilitativo delle persone in contatto con i Servizi, in una prospettiva di massima personalizzazione degli interventi e sviluppo di empowerment da parte dei destinatari degli stessi	5. Adozione dello strumento unico regionale a supporto del percorso terapeutico riabilitativo personalizzato (di prossima informatizzazione).
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
1. Partecipato con personale medico e infermieristico dei CSM all'attività di formazione a cascata tenuta dall'AIFA il 03/05/2019 a Monfalcone nell'ambito del progetto regionale sull'utilizzo dello strumento mhGAP e degli antidepressivi nelle persone con disturbi mentali comuni. A seguire, gli operatori formati di ciascun CSM territoriale hanno incontrato, nei rispettivi ambiti, i MMG allo scopo di illustrare la metodologia specifica del mhGAP (che prevede una prima fase di valutazione del caso, una seconda fase di presa in carico del paziente e la fase conclusiva di tipo terapeutico) per orientare il medico negli interventi da attuare nel percorso di cura della persona con disturbi depressivi. Tali incontri si sono svolti: per il Distretto Est il 12/12/2019 a Palmanova,	



per il Distretto Ovest il 18/09/2019 a Latisana e San Giorgio di Nogaro, per il Distretto Alto Isontino il 16/9/2019 nell'ambito dell'AFT a Gorizia e per il Distretto Basso Isontino in UDMG in dd 6/9/19 e nell'incontro AFT dd 13/11/19.

Il 21/03/2019 è stato, inoltre, presentato ed attivato, a Palmanova, l'Ambulatorio Ansia e Depressione rivolto alla popolazione per la prima accoglienza di utenti e gruppi con disturbi di ansia e depressione.

2. Si sono svolti diversi incontri tra gli operatori dei CSM (psicologo, psichiatra, infermiera e assistente sociale) e della SC Neuropsichiatria infantile per elaborare un percorso aziendale congiunto (NPIA, DSM, PLS e MMG) per la definizione della fase di transizione delle cure dai servizi per l'età evolutiva ai servizi per l'età adulta. Visto il processo di riforma del SSR in corso che prevedeva, a fine anno, la cessazione dell'AAS2 per confluire in parte nell'Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale (area Bassa Friulana) ed in parte nell'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (area Isontina) sono stati creati gruppi di lavoro e percorsi distinti, sotto il coordinamento della NPI aziendale. In particolare, nella Bassa Friulana è stato elaborato il protocollo "Gestione dell'emergenza/urgenza psichiatrica in età evolutiva" in collaborazione con l'area di Emergenza di Palmanova, la Pediatria di Latisana e Palmanova, il DSM/CSM, il Servizio Dipendenze, i PLS e la Direzione Medica Ospedaliera di Latisana e Palmanova. Per l'ambito isontino è stato realizzato il documento "Percorso aziendale congiunto per la definizione della fase di transizione delle cure dai servizi per l'età evolutiva ai servizi per l'età adulta", in collaborazione con gli operatori di tutti i servizi territoriali dell'area isontina.

3. In tutte le 4 sedi territoriali della SC di Neuropsichiatria infantile è stato utilizzato lo strumento BIS per progetti personalizzati, sia di tipo individuale che di gruppo. Il report conclusivo dei progetti attivati in tutte le sedi distrettuali e la tabella di dettaglio delle spese sostenute per i servizi erogati dalle tre cooperative (Itaca, Consorzio Mosaico, Ancora servizi) è stato trasmesso alla SC Economico-finanziaria ai fini della rendicontazione economica delle attività sovra-aziendali trattandosi di progettualità finanziata con contributo sovra-aziendale.

4. Gli operatori dei CSM hanno partecipato nelle date del 16/05, 06/06 e 14/06 all'attività formativa organizzata dalla Regione per la co-gestione e co-progettazione di BIS con gli enti del Terzo Settore ed hanno partecipato, il 24/05 e il 26/11, al tavolo tecnico Regionale BIS. Sono state compilate ed inviate in Regione, da parte dei 4 CSM aziendali, le schede Honos relative ai soggetti beneficiari dei PTRI.

5. In data 23/08/2019 gli operatori dei CSM hanno partecipato all'incontro organizzato dalla DCS per l'adozione di uno strumento unico regionale denominato point PSM. Nessun'altra comunicazione è seguita, dopo tale incontro, da parte della competente Direzione Regionale nel corso del 2019 (la prima richiesta è pervenuta a febbraio 2020). Nel frattempo i Servizi hanno tuttavia censito le macchine in dotazione e definito la lista degli operatori da abilitare per il nuovo software rimanendo in attesa di nuove indicazioni da parte della Regione.

### 3.3.2.1.16 Disturbi del comportamento alimentare

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

#### Attuazione al 31.12.2019

Il Centro Diurno DCA aziendale è attivo nell'Ospedale di Monfalcone già dal 2018, con individuazione del referente e dell'equipe funzionale multidisciplinare e multiprofessionale composta da: 1 psichiatra, 1 neuropsichiatra infantile, 2 psicologi, 2 dietiste, 1 assistente sociale, 1 educatore professionale, 1 medico

internista/nutrizionista e 1 pediatra (per i minori).

Il Centro è organizzato per 5 giorni alla settimana e la sua attività è rivolta sia a soggetti adulti che in età evolutiva per i quali si prevede la presenza del neuropsichiatra infantile.

Il report con i dati di attività 2018 e 2019 relativi ai minori in carico presso l'ambulatorio DCA è stato inviato il 27/1/2020 al Referente per l'attività dell'Osservatorio epidemiologico per l'età evolutiva (fascia di età 0-18 anni) dell'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste.

Il report con i dati di attività 2019 inerenti i pz adulti è stato trasmesso il 20/2/2020 al referente dell'Osservatorio Regionale per i DCA.

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--------------------	----------------------------

### 3.3.2.1.16 Cure palliative e terapia del dolore

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Consolidamento dell'ASSISTENZA H24 7 su 7: sono garantite cure palliative domiciliari 7 giorni su 7, dalle 8 alle 20, attraverso l'erogazione diretta degli operatori dell'équipe e per le restanti fasce orarie attraverso una delle seguenti modalità: Pronta disponibilità dedicata (servizio h24 garantito dall'UCP), Consulenza telefonica (Medici dei servizi di Continuità assistenziale e al 118)	<b>1. Assistenza garantita h 24 7 giorni su 7 (con pronta disponibilità notturna) in ogni AAS e ASUI con evidenza dell'organizzazione e dell'attività svolta mediante relazione semestrale da inviare alla DCS entro luglio 2019 e gennaio 2020</b>
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>
2. Revisione dei criteri di accesso alla rete delle cure palliative da parte di un gruppo tecnico regionale	2. Partecipazione al gruppo tecnico regionale degli esperti aziendali identificati dalle singole Aziende e approvazione dei criteri entro il primo semestre del 2019 e successiva applicazione
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
3. Monitoraggio della registrazione degli accessi di assistenza domiciliare per cure palliative nel sistema informativo con codifica ICD9	3. Redazione di report semestrale da inviare alla DCS entro luglio 2019 e gennaio 2020
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
4. Miglioramento delle modalità di presa in carico del paziente in cure palliative, in coerenza con le indicazioni della DGR 165/2016. Costituzione di un gruppo tecnico di lavoro a livello regionale	4. Partecipazione al gruppo regionale dei professionisti aziendali che si occupano di cure palliative con l'obiettivo di definire un sistema informativo omogeneo per la registrazione e rilevazione dei dati
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
5. Percentuale di malati oncologici deceduti a domicilio	5. Uguale o superiore al 75%
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>
6. Criteri di priorità della visita algologica	6. Tutte le AAS e ASUI/IRCCS adottano i criteri di priorità della prima visita algologica, garantendone la fruibilità agli utenti tramite link al CUP centralizzato Regionale

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
7. Adottare le codifiche ambulatoriali e di ricovero di terapia antalgica definite nel corso del 2018	7. Tutte le AAS e ASUI/IRCCS adottano le codifiche di terapia antalgica ambulatoriali e di ricovero definite nel 2018 entro il primo semestre 2019
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
8. Rispetto dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni di terapia del dolore	8. Le AAS e ASUI/IRCCS garantiscono il rispetto dei tempi di attesa per prima visita algologica ambulatoriale con priorità B e D in almeno il 75% dei casi, a partire dal secondo semestre 2019.
Valutazione	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

#### Attuazione al 31.12.2019

L'organizzazione dell'attività aziendale di cure palliative riferita al 1° semestre è stata relazionata in occasione del Rendiconto infrannuale al 30/6/19, approvato con decreto del C.S. n. 432/2019 e trasmesso in data 12/8/19 alla DCS.

La relazione del 2° semestre è stata inviata alla DCS con PEC ASUFC 0010607/P/GEN dd 31/1/2020 a firma del Direttore del Dipartimento di Assistenza Primaria.

Partecipato al 100% degli incontri del gruppo tecnico regionale svolti a Udine presso la DCS il 15/4 e il 27/6/2019, durante i quali il gruppo ha definito, come criterio unico ed omogeneo di accesso alla rete di cure palliative (sia per quelle di base che quelle avanzate) per tutta la regione, la scheda/score NECPAL, da utilizzarsi sia da parte dei MMG che degli specialisti ospedalieri. L'implementazione di tali criteri in AAS2 è avvenuta adottando un apposito Protocollo aziendale di accesso alle cure palliative datato 11/11/19 (pubblicato nell'area intranet) con allegato il modello-tipo di scheda da compilarsi per ciascun paziente preso in carico dalla rete. Il protocollo è stato applicato nel territorio AAS2, da parte dei MMG, degli specialisti ospedalieri ed ambulatoriali, in favore di loro pazienti che rientrano nei criteri di inclusione nella rete aziendale delle cure palliative.

Il report con i dati di attività del 1° semestre sono stati riportati nel Rendiconto infrannuale, approvato con decreto del C.S. n. 432/2019 e trasmesso in data 12/8/19 alla DCS. I dati di attività di tutta l'annualità 2019 non erano disponibili a gennaio 2020.

Di seguito viene riportato il Report di monitoraggio della registrazione degli accessi di assistenza domiciliare per cure palliative nel sistema informativo con codifica ICD9 (fonte dati: SIASI) dell'anno 2019 raffrontato con il 2018, distinti per Distretto.

#### Numero di Utenti con Diagnosi ICD9 V667 (cure palliative)

	Anno 2018	Anno 2019	di cui nuovi rispetto al 2018
DIS.N. 01 - ALTO ISONTINO	69	104	94
DIS.N. 02 - BASSO ISONTINO	104	96	82
DIS.N. 03 - CERVIGNANO DEL FRIULI	120	124	82
DIS.N. 04 - LATISANA	67	68	46
<b>TOTALE</b>	<b>360</b>	<b>392</b>	<b>304</b>

**Numero di accessi domiciliari degli utenti con Diagnosi ICD9 V667**

	Anno 2018		Anno 2019	
	Infermieri	FKT	Infermieri	FKT
DIS.N. 01 - ALTO ISONTINO	1.430	45	2112	101
DIS.N. 02 - BASSO ISONTINO	1.462	37	1235	17
DIS.N. 03 - CERVIGNANO DEL FRIULI	2.895	119	3.005	135
DIS.N. 04 - LATISANA	1.636	62	2142	105
<b>TOTALE</b>	<b>7.423</b>	<b>263</b>	<b>8.494</b>	<b>358</b>

Partecipato agli incontri del gruppo tecnico regionale a Udine il 15/4/19 e il 27/6/19 durante i quali sono state affrontate anche le tematiche legate alla registrazione e rilevazione dei dati in un sistema informativo ad hoc per le cure palliative. Era stato calendarizzato un incontro per il 16/9/2019 dedicato specificamente dell'informatizzazione della rete di cure palliative, con la presenza anche del Responsabile dei Sistemi Informativi di ARCS, ma tale incontro è stato successivamente annullato. Non ci sono state altre convocazioni del gruppo tecnico regionale da parte della DCS.

Deceduti a domicilio: 17,9 %. Deceduti non in ospedale 49,3%

Le agende sono prenotabili secondo i criteri di priorità regionali. La prestazione è prenotabile on-line nelle sedi di Gorizia, Latisana, Palmanova.

L'azienda ha adottato il sistema di codifica previsto dal catalogo regionale, in particolare nello stesso è attualmente prevista la visita di terapia del dolore e non la specifica dizione "vista algologica". La modifica del catalogo regionale è prerogativa di ARCS. Tutte le 4 sedi ospedaliere hanno differenziato per priorità le agende di visita di terapia del dolore.

Nel monitoraggio aziendale dei tempi d'attesa è stata inserita anche la prestazione di visita di terapia del dolore. Non è stato possibile raggiungere l'obiettivo del rispetto dei tempi di attesa nel secondo semestre 2019 per le priorità B e D in almeno il 75% dei casi, per carenza di offerta determinata dalla mancanza di personale medico-anestesista.

**Motivazione dello scostamento dal risultato atteso**

In merito al punto 8. non è stato possibile raggiungere l'obiettivo del rispetto dei tempi di attesa nel secondo semestre 2019 per le priorità B e D in almeno il 75% dei casi, per carenza di offerta determinata dalla mancanza di personale medico-anestesista.

**3.3.2.1.17 Consulteri familiari**

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Implementazione del percorso gravidanza fisiologica a gestione ostetrica	1. Vedi punto percorso nascita
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
2. Implementazione dell'offerta della visita domiciliare ostetrica in puerperio in tutte le Aziende, anche al di fuori	2. Vedi punto percorso nascita

di situazioni di fragilità	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
3. Promozione del tema della donazione del cordone ombelicale e del ruolo delle vaccinazioni infantili nell'ambito dei corsi di accompagnamento alla nascita	3. Evidenza di materiale che attesti la presentazione dei temi (locandine corsi, etc..)
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
4. Implementazione di percorsi aziendali per la donna in età post fertile	4. Evidenza documentale del percorso aziendale
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
5. Analisi di approfondimento delle gravidanze in età precoce e i neonatesposti	5. Definizione di protocolli aziendali di accompagnamento e dimissioni per le gravidanze in età precoce e i neonati esposti
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vedi Linea 3.5.5 Percorso nascita</li> <li>2. Vedi Linea 3.5.5 Percorso nascita</li> <li>3. In tutti i corsi parto viene distribuito materiale informativo sul tema della donazione del cordone ombelicale condiviso con la Banca organi di Padova</li> <li>4. Sono stati organizzati n. 3 incontri su diverse tematiche legate alla menopausa in data 25/11- 2/12 e 9/12/19 nella sede del Consultorio di Cervignano (perché centrale nel territorio aziendale) con la presenza di un dirigente medico-ginecologo, della dietista e dello psicologo. Il percorso formativo si è concluso con l'elaborazione di un documento aziendale sugli interventi da attuare per la presa in carico della donna in età post-fertile.</li> <li>5. E' stato predisposto un protocollo per la presa in carico delle donne in gravidanza in età precoce, condiviso tra Area Isontina e Bassa Friulana, ma visti i nuovi scenari organizzativi definiti dalla Legge di riforma n. 27/2018 si è ritenuto di rinviarne la sua applicazione in relazione ai protocolli in essere nelle nuove Aziende ASUGI e ASUFC.</li> </ol>	

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

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
4. Analisi della casistica di fallimento adottivo	4. Report sulla tematica dei fallimenti adottivi esito del percorso aziendale e regionale
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
<p>Si è partecipato al 100% delle convocazioni del Tavolo regionale per l'adozione nazionale e internazionale.</p> <p>E' stata implementata l'offerta informativa e formativa svolta in collaborazione con gli EE.AA. attivando un corso in più rispetto al 2018. Agli atti della SC Età evolutiva, famiglia e disabilità le evidenze documentali sull'attività svolta.</p> <p>E' stata effettuata l'analisi e l'implementazione del monitoraggio e valutazione delle criticità adottive. Agli atti della SC Età evolutiva, famiglia e disabilità i report dei diversi interventi svolti.</p> <p>Si è partecipato al tavolo regionale ed, in particolare, al lavoro del sottogruppo dedicato ai fallimenti adottivi, che ha permesso la definizione di parametri condivisi di individuazione del fallimento e l'elaborazione di una unica scheda regionale di rilevazione delle criticità. Sulla base di questi strumenti si è potuto verificare l'assenza di casi di fallimenti adottivi nell'AAS2 nel corso del 2019. Agli atti le evidenze documentali del percorso svolto.</p>	

<b>3.3.2.1.18 Sanità penitenziaria</b>	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Realizzazione di eventi formativi congiunti tra personale sanitario e penitenziario finalizzati al miglioramento della comunicazione su obiettivi comuni, portando l'attenzione sulla gestione dei detenuti con bisogni sanitari complessi.	1. Almeno n. 1 evento aziendale di formazione congiunta realizzato al 31.12.2019 (indicazione del personale formato e verifica della soddisfazione dei partecipanti)
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
2. Sviluppo della telemedicina in carcere.	2. Almeno n. 1 progettualità di telemedicina innovativa sviluppata a favore dei detenuti (descrizione del progetto e indicazione degli interventi effettuati al 31.12.2019)
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
3. Miglioramento della presa in carico di detenuti con bisogni complessi legati alla salute mentale e alle dipendenze, attraverso la partecipazione congiunta del medico e infermiere di sanità penitenziaria, dei DSM e dei servizi delle dipendenze.	3. Intervento organizzativo individuato per la presa in carico dei detenuti con bisogni complessi (descrizione dell'intervento e rilevazione dei casi presi in carico al 31.12.2019)
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
<p>Svolta una formazione sul campo di tipo osservazionale sulle "Malattie cardiovascolari e stress lavoro-correlato nel personale impiegato nella casa circondariale di Gorizia" a cui hanno partecipato operatori della Casa circondariale (personale amministrativo, educatore, psicologo e polizia penitenziaria) ed infermieri del Distretto. E' stato somministrato un questionario su base volontaria per valutare la percezione del proprio stato di salute</p>	

e la conoscenza dei fattori di rischio per MCV; sono stati rilevati dati antropometrici e parametri vitali, eseguiti ECG, e tenuti incontri individuali di sensibilizzazione e counselling per promuovere un corretto stile di vita. Relazione agli atti della SC Distretto Alto Isontino.

Elaborata una procedura tra la Casa Circondariale di Gorizia e la SC di Cardiologia di Gorizia per la trasmissione/refertazione degli ECG eseguiti con modalità di telemedicina. È stata realizzata la configurazione del sistema G2 clinico per consentire la refertazione delle visite erogate presso l'ambulatorio presente all'interno del carcere con firma digitale dei referti prodotti, nonché la possibilità di effettuare la prescrizione elettronica.

Il servizio di telemedicina realizzato prevede l'invio, con cadenza settimanale e via rete, alla SC di Cardiologia di Gorizia, degli E.C.G. eseguiti in carcere nei precedenti 7 gg e le relative prescrizioni su ricetta elettronica. Il referto E.C.G. viene successivamente ritirato dalla Coordinatrice della Sanità Penitenziaria presso l'ambulatorio cardiologico ospedaliero e allegato al Fascicolo Sanitario del Ristretto. Qualora si ravvisi la necessità di avere una risposta immediata per un dubbio diagnostico, la trasmissione dell'E.C.G. è preceduta da una chiamata al medico di turno dell'Unità Coronarica, dando le generalità del paziente e riferendo della sintomatologia presentata dallo stesso. A refertazione completata, il cardiologo contatta il personale sanitario di turno della Casa Circondariale e, se necessario, viene avviata la procedura d'uscita in urgenza (come da protocollo) per eventuale consulenza cardiologica.

Elaborata ed applicata ai detenuti con bisogni complessi una "procedura per lo screening del disagio di salute mentale" in collaborazione con il DSM con allegato un questionario che ha lo scopo di accertare e trattare con tempestività eventuali stati di disagio psicologico e di prevenire casi di rischio suicidiario in carcere.

### 3.3.2.1.19 Superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Presa in carico delle persone internate in REMS da parte delle equipe multiprofessionali dei CSM di residenza	Predisposizione e invio all'autorità giudiziaria competente, entro 45 giorni dalla data di ingresso delle persone in REMS, dei PTRI finalizzati all'adozione di soluzioni diverse dalla REMS
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
Due utenti del CSM di Latisana e un utente del CSM Alto Isontino sono stati inseriti in REMS con individuazione di un progetto finalizzato e costante affiancamento e presa in carico da parte degli operatori del Servizio. Nessun utente del CSM di Palmanova e del CSM Basso Isontino è stato accolto in REMS nel 2019.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

### 3.3.2.1.20 Dipendenze

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Collaborazione con l'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze	1.1 Partecipazione dei referenti del gruppo tecnico operativo ad almeno il 70% delle riunioni indette dall'Osservatorio sulle Dipendenze 1.2 Invio e validazione dei dati per i flussi informativi regionali raccolti dell'osservatorio 1.3 Rendicontazione delle azioni previste dal Piano

	<p>operativo GAP 2017</p> <p>1.4 Report con l'esito di almeno 3 indicatori di outcome relativi agli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale</p> <p>1.5 Report con l'esito di 3 indicatori di outcome relativi all'esito dei trattamenti in capo al SSR per rispondere alle problematiche relative alla dipendenza, quali drop-out e follow -up</p> <p>1.6 Report rispetto ai soggetti under 25 anni afferenti ai servizi rispetto quantità e problematiche all'accesso</p>
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
2. Partecipazione al tavolo tecnico di confronto regionale con il terzo settore sui trattamenti alcolici	2. Partecipazione dei referenti Aziendali dei trattamenti alcolici ad almeno il 70% delle riunioni indette
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
3. Realizzazione di una sperimentazione dell'uso del budget personale.	3. Report su sperimentazione budget personale
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
4. Diffusione dell'offerta di testing per le malattie infettive correlate all'uso di sostanze stupefacenti negli utenti che afferiscono ai Servizi per le dipendenze	4. Almeno il 70% di testati sui testabili
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
5. Ridurre di almeno il 10% le persone inviate nelle strutture residenziali extraregionali	5. Relazione sul numero di invii nelle strutture per la terapia riabilitativa della dipendenza, con evidenza del dettaglio delle strutture di invio e motivazione espressa per gli invii fuori regione.
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
<p>1.1. Il direttore della SC Dipendenze ha partecipato al 90 % degli incontri indetti dall'Osservatorio regionale sulle Dipendenze nelle seguenti date: 6/2/-19/3-17/4-21/5-3/7-23/7-20/9 e 23/10/19.</p> <p>1.2 Garantito invio e validazione dei dati per i flussi informativi regionali dell'Osservatorio</p> <p>1.3 Le azioni previste dal Piano operativo GAP 2017 sono state rendicontate. Presi in carico n.71 utenti nelle sedi di Gorizia e Monfalcone e n. 56 nelle sedi di Palmanova e Latisana. Il report con le attività svolte a favore degli utenti con disturbo da Gioco d'azzardo patologico è agli atti della SC Dipendenze.</p> <p>1.4 Predisposto Report con l'esito di 3 indicatori di outcome relativi agli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale (agli atti della SC).</p> <p>1.5 Predisposto Report con l'esito di 3 indicatori di outcome relativi all'esito dei trattamenti di risposta alle problematiche relative alla dipendenza quali drop-out e follow-up (agli atti della SC).</p> <p>1.6 Predisposto Report rispetto ai soggetti under 25 anni afferenti ai servizi rispetto quantità e problematiche all'accesso (agli atti della SC).</p> <p>Gli operatori della struttura hanno partecipato a tutti gli incontri (100%) organizzati dal tavolo tecnico di confronto regionale con il terzo settore sui trattamenti alcolici (in data 15/1 e 29/8/19 presso l'area Welfare).</p>	



Realizzati n. 12 progetti personalizzati inerenti la sperimentazione sull'uso del budget di salute, in collaborazione con gli Ambiti di Cervignano e Latisana e con l'Opera diocesana Betania di Udine. Predisposto report di attività (agli atti della SC)

La % prevista dei testati su testabili (>=70%) è stata garantita in tutte le 4 sedi aziendali:

Palmanova: 72%; Latisana: 75%; Monfalcone 85%; Gorizia 76%. (fonte MFP5).

Elaborata relazione dettagliata e motivata sul numero di invii effettuati, nel corso del 2019, nelle Comunità terapeutiche per le dipendenti regionali ed extraregionali e trasmessa alla DCS con nota prot. n. 0076493 dd 30/12/2019.

## AREA WELFARE

### 3.2.3.2 Anziani

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Supporto alla Direzione Centrale salute, politiche sociali e disabilità nelle attività di assistenza tecnica, manutenzione evolutiva, monitoraggio flussi dati e produzione reportistica sistema informativo SIRA-FVG e GENeSys	elenco regionale strutture residenziali per anziani autorizzate – anno 2019

**Attuazione al 31.12.2019**  
 L'Area Welfare ha garantito supporto alla DCS nelle attività di assistenza tecnica, manutenzione, monitoraggio e produzione della reportistica dal Sistema informativo SIRA-FVG e GENeSys.  
 Sono stati predisposti e trasmessi ufficialmente alla DCS, con mail del 26/09/2019, i seguenti elenchi:  
 elenco residenze anziani 2019  
 elenco Centri diurni 2019  
 elenco strutture chiuse.

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Utilizzo sistema informativo SIRA-FVG e GENeSys	formazione operatori azienda per l'assistenza sanitaria n.2 a richiesta

**Attuazione al 31.12.2019**  
 Sono stati realizzati 2 corsi di formazione sul campo nelle seguenti giornate:  
 01.04.2019 a Palmanova;  
 08.04.2019 a Cervignano.  
 I fogli firme dei partecipanti sono depositati presso il Servizio di Formazione Aziendale di Palmanova.

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO

### 3.2.3.3 Disabilità

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Supporto alla Direzione Centrale salute, politiche sociali e disabilità nelle attività richieste relativamente all'applicazione del "Regolamento per il trasferimento e	erogati i contributi per l'anno 2019 ai malati di SLA

l'utilizzo delle risorse destinate al finanziamento delle azioni 2 e 3 del programma di attuazione degli interventi della regione Friuli Venezia Giulia a favore dei malati di sclerosi laterale amiotrofica (SLA)"	
<p><b>Attuazione al 31.12.2019</b></p> <p>E' stato garantito supporto alla DCS nell'applicazione del Regolamento per la distribuzione delle risorse destinate a favore dei malati di SLA. L'attività è consistita in:</p> <p>supporto ai territori (AAS e SSC) nell'attività di loro competenza</p> <p>attività amministrative finalizzate all'approvazione delle graduatorie e all'erogazione dei contributi</p> <p>comunicazione agli interessati, alle AAS e ai Servizi sociali dei comuni (SSC) territorialmente competenti dell'avvenuta concessione o del diniego del beneficio</p> <p>gestione comunicazioni relative ai movimenti in corso d'anno</p> <p>vigilanza, sollecitazione e accompagnamento degli enti sullo svolgimento dei compiti ad essi attribuiti nel rispetto dei tempi e delle modalità previste</p> <p>help desk.</p> <p>L'approvazione della graduatoria e l'erogazione dei contributi è stata disposta con le determinazioni dirigenziali dell'Area Welfare n. 106 dd 6/2/19, n. 326 dd 14/5/19, n. 454 dd 31/7/19 e n. 567 dd 1/10/19.</p>	
<p><b>Valutazione</b></p>	<p><b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p>

<p><b>3.2.3.4 Minori</b></p>	
<p>Obiettivo aziendale</p>	<p>Risultato atteso</p>
<p>Supporto alla Direzione Centrale salute, politiche sociali e disabilità nell'accompagnamento dell'attuazione delle linee di indirizzo per la presa in carico dei minori in strutture residenziali e semiresidenziali</p>	<p>- bozza linee di indirizzo</p>
<p><b>Attuazione al 31.12.2019</b></p> <p>E' stato garantito supporto alla DCS per la stesura del documento nonchè ad alcune comunità della regione per la valutazione d'impatto dell'applicazione delle Linee di indirizzo (incontri svolti: in dd 10/1 con La Viarte, in dd 27/02 con Agenzia 2001 e in dd 29/03 con Arcobaleno).</p> <p>La bozza definitiva del documento "Linee di indirizzo per la qualificazione dei percorsi di presa in carico dei minori accolti in strutture residenziali e semiresidenziali" è stata predisposta.</p>	
<p><b>Valutazione</b></p>	<p><b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p>

<p><b>3.2.3.5 Dipendenze</b></p>	
<p>Obiettivo aziendale</p>	<p>Risultato atteso</p>
<p>Supporto alla Direzione Centrale salute, politiche sociali e disabilità nelle attività richieste relativamente alla gestione dell'Osservatorio delle Dipendenze</p>	<p>- report 2018 consumo, dipendenze da sostanze e comportamenti di adiction in FVG</p>
<p><b>Attuazione al 31.12.2019</b></p> <p>E' stato predisposto il report 2018 dell'Osservatorio Dipendenze FVG su "Consumo, dipendenza da sostanze e</p>	

comportamenti di addiction in Friuli Venezia Giulia" ed è stato pubblicato al seguente indirizzo: <http://www.dipendenzefvg.it/dipendenze/report/>.

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--------------------	----------------------------

<b>3.2.3.6 Salute Mentale</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Supporto alla Direzione centrale salute nell'implementazione del gestionale salute mentale età adulta ed età evolutiva	relazione attività relativamente all'implementazione del gestionale salute mentale FVG
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
<p>Di seguito si relazionano le attività realizzate:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- incontri con DCS, Servizi e Insiel finalizzati all'avvio del nuovo gestionale nelle seguenti date: 17.01.2019, DSM AAS5; 17.01.2019, NPI AAS5; 21.01.2019, NPI Burlo; 04.02.2019, tutte NPI della Regione; 22.08.2019, DSM AAS3; 23.08.2019, DSM AAS2; 29.08.2010, DSM AAS1.</li> <li>- incontri del gruppo di lavoro (DCS e Insiel): in dd 5.03.2019; 9.04.2019; 23.04.2019; 13.05.2019; 11.06.2019; 05.07.2019.</li> <li>- 4 giornate di supporto on job per il rilascio del gestionale in AAS5 nel mese di dicembre (per CSM San Vito, CDA, CSM Azzano X, CSM Maniago, CSM Sacile).</li> </ul>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

## ODONTOIATRIA PUBBLICA

<b>3.2.4 Odontoiatria pubblica</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Mantenere/migliorare le performance erogative ed organizzative di odontoiatria pubblica	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. prestazioni/anno per centro erogatore <math>\geq 1400</math>;</li> <li>2. media aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra deve essere mantenuta al livello raggiunto nel 2018 nelle Aziende con valore <math>&gt; 1.5</math>; deve raggiungere tale valore per le Aziende che nel 2018 hanno raggiunto una media compresa tra 1.0 e 1.5 e deve raggiungere il valore di almeno 1.3 nelle Aziende la cui media nel 2018 è risultata <math>&lt; 1</math></li> <li>3. n° prestazioni/riunito <math>\geq 1400</math>;</li> <li>4. la percentuale aziendale di visite sul totale delle prestazioni erogate deve essere mantenuta al valore raggiunto nel 2018 nelle Aziende che hanno raggiunto l'obiettivo nel corso dell'anno precedente e deve essere ridotta di almeno il 5% (rispetto al risultato ottenuto nel 2018) nelle Aziende che non hanno raggiunto l'obiettivo nel corso dell'anno precedente;</li> <li>5. fornire alla DCS per il tramite del Coordinamento</li> </ol>

	<p>regionale una comunicazione trimestrale sulle liste di attesa e tutte le informazioni previste dalla convenzione;</p> <p>6. all'interno di ciascun carcere presente sul territorio regionale deve essere attivato l'ambulatorio odontostomatologico, per garantire in sede la presa in carico e la cura dei detenuti;</p> <p>7. al fine di ottimizzare le risorse e garantire cure di qualità grazie alla numerosità della casistica trattata, andranno progressivamente intraprese azioni – attraverso la riduzione del numero delle sedi erogatrici di prestazioni odontostomatologiche – tese a garantire la presenza di almeno due riuniti per le sedi dell'area isontina entro il 2019</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Attuazione al 31.12.2019**

Hanno raggiunto l'obiettivo i centri erogatori di Gorizia, Gradisca d'isonzo e Cervignano; non lo raggiungono S. Giorgio di N. (833 prestazioni) e Latisana (1016 prestazioni.) per ragioni legate alla carenza di personale medico (presente 1 solo medico SUMAI sulle due sedi) ed infermieristico del Distretto OVEST. Il centro erogatore di Monfalcone non ha potuto lavorare per ragioni strutturali (opere di ristrutturazione in corso).

L'obiettivo è stato raggiunto: la media aziendale di prestazioni/ore odontoiatra è pari a 1,8.

Hanno raggiunto l'obiettivo le sedi di Gorizia e Gradisca d'Isonzo; non lo hanno raggiunto Cervignano (con 1017 prestazioni/riunito), S. Giorgio di N. (con 833 prestazioni/riunito e Latisana (con 1016 prestazioni/riunito)

L'obiettivo è stato raggiunto: la percentuale aziendale di visite sul totale delle prestazioni è pari a 17% (18% nel 2018).

Il Direttore dell'Odontostomatologia di Gorizia ha garantito regolarmente al Coordinatore regionale la comunicazione periodica sulle liste di attesa e tutte le informazioni richieste.

La realizzazione dell'ambulatorio odontostomatologico presso la Casa Circondariale di Gorizia richiedeva alcuni interventi di adeguamento e ristrutturazione edile ed impiantistica. Nel corso del 2019 è stato affidato l'appalto per l'esecuzione dei lavori che si sono conclusi il 16/12/2019 (la tempistica ha subito dei ritardi per motivi di natura amministrativa dovuti al Ministero di Grazia e Giustizia). Per il primo semestre 2020 è previsto il collaudo degli impianti, la sanificazione degli ambienti, un periodo di addestramento/affiancamento per gli assistenti alla poltrona e l'attrezzaggio dell'ambulatorio per l'avvio dell'attività clinica entro giugno 2020.

L'organizzazione definita dal Coordinamento Regionale per l'area isontina prevede n. 4 riuniti per la sede Gorizia, 2 per la sede di Monfalcone, 1 per la sede di Gradisca. Nel corso del 2019 l'obiettivo è stato rispettato per Gorizia (con 4 riuniti funzionanti), lo sarà per Monfalcone a ristrutturazione avvenuta (con 2 riuniti), mentre la sede di Gradisca può operare con un solo riunito perché mancano gli spazi e la logistica idonei a realizzare un possibile potenziamento di tale centro da 1 a 2 riuniti.

**Motivazione dello scostamento dal risultato atteso**

I centri erogatori di Latisana e S. Giorgio di N. non hanno raggiunto il target per ragioni legate alla carenza di personale medico (presente 1 solo medico SUMAI sulle due sedi per complessive 27,5 h/settimanali) ed infermieristico (assistenti alla poltrona) del Distretto OVEST. La sede di Monfalcone non ha potuto lavorare per ragioni strutturali ma è stato avviato l'iter per la sua ristrutturazione e potenziamento (da 1 a 2 riuniti). Il progetto è stato approvato ed i fondi sono stati stanziati entro fine anno. I lavori verranno realizzati nel corso

del 2020.

I centri erogatori di Latisana, S. Giorgio di N. e Cervignano non hanno raggiunto il target per ragioni legate alla carenza di personale medico ed infermieristico del Distretto OVEST.

Per l'area isontina l'obiettivo è stato rispettato per Gorizia (con 4 riuniti) lo sarà per Monfalcone a ristrutturazione avvenuta (con 2 riuniti), mentre non è possibile rispettarlo per Gradisca perché mancano gli spazi idonei a realizzare un possibile potenziamento di tale centro da 1 a 2 riuniti.

**Valutazione**

**OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO**

### 3.3 ASSISTENZA FARMACEUTICA

#### 3.3.1 Tetti spesa farmaceutica

Obiettivo	Risultato atteso
Tetto per la spesa farmaceutica per acquisti diretti (farmaceutica ospedaliera, diretta e DPC) = 6,89 % 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
Tetto acquisto diretto gas medicinali (ATC V03AN) = 0,2%	Rispetto dei vincoli regionali: monitoraggio mensile indicatori linee di gestione e cura della DCS (da definire con ARUE)
Tetto per la spesa farmaceutica convenzionata = 7,96 % del FSR.	
Nello specifico i vincoli di spesa fissati a livello regionale per il 2019 sono riepilogati nel capitolo dedicato alle risorse finanziarie.	

CHIARIMENTI OBIETTIVO TETTI SPESA FARMACEUTICA ex DGR 1815/2019

Rispetto dei tetti fissati per la farmaceutica "acquisti diretti" (tetto 6,69% farmaceutica ospedaliera, diretta e DPC), tetto acquisto diretto gas medicinali - ATC V03AN (tetto 0,2%) e tetto farmaceutica territoriale (7,96 "farmaceutica convenzionata")

**Valutazione**

**OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO**

**I TETTI NAZIONALI RIPORTATI SONO AGGREGATI A LIVELLO REGIONALE (NON AZIENDALE) E LA VERIFICA DEL RISPETTO È EFFETTUATA A LIVELLO CENTRALE. DALL'ULTIMO REPORT AIFA GENNAIO-DICEMBRE 2019 (PRIMO RILASCIO) IL TETTO PER LA CONVENZIONATA RISULTA RISPETTATO (6,90% VS 7,96% TARGET), IL TETTO PER I GLI ACQUISTI DIRETTI DEI GAS MEDICINALI RISULTA RISPETTATO (0,12% VS 0,20%). IL TETTO PER GLI ACQUISTI DIRETTI NON È STATO RISPETTATO (10,81% VS 6,69% TARGET)**

I tetti nazionali riportati sono aggregati a livello regionale (non aziendale) e le elaborazioni per la verifica del rispetto degli stessi vengono effettuate a livello centrale (AIFA).

Gli Enti del SSR contribuiscono al rispetto dei predetti tetti promuovendo azioni di appropriatezza ed efficientamento. Le Linee per la Gestione 2019 hanno inoltre fissato dei vincoli aziendali relativi alla spesa farmaceutica diretta, DPC, convenzionata e ospedaliera; tali indicatori sono mensilmente monitorati e disponibili per ciascuna Azienda attraverso il report "Monitoraggio indicatori Linee per la Gestione 2019".

#### **Attuazione al 31.12.2019**

Per il primo punto, la verifica è di competenza regionale. AAS2 contribuisce al rispetto dei tetti fissati a livello centrale promuovendo azioni di appropriatezza ed efficientamento.

Per il secondo punto risultano i seguenti Valori per AAS2 a dicembre 2019 (Fonte: "Report DCS - Monitoraggio indicatori linee per la gestione 2019 dicembre"):

farmaceutica territoriale convenzionata: 120,56 (standard 118,00)

farmaceutica territoriale diretta: 72,38 (standard 72,00);

distribuzione per conto 41,69 (standard 33,00)

farmaceutica ospedaliera (al netto dei vaccini e dei farmaci per l'atrofia muscolare spinale -SMA): +1,3% (standard: - 2,0% rispetto al valore registrato nell'anno 2018)

#### **Motivazioni dello scostamento dal risultato atteso**

Lo scostamento è motivato da diversi determinanti, primariamente la diffusione di terapie con nuovi farmaci registrati a livello centrale dall'AIFA: anticoagulanti orali, nuovi oncologici, intravitreali per la degenerazione maculare, dermatologici, antiemofilici e prodotti per la fibrosi cistica.

#### **Valutazione**

**SI RIMANDA AL PROSPETTO A FINE CAPITOLO**

### **3.3.2 Appropriately prescriptive**

Obiettivo	Risultato atteso
Le Aziende invieranno un report semestrale alla DCS con evidenza sia delle iniziative di audit e feedback adottate, sia delle azioni più significative intraprese nel corso del primo e del secondo semestre del 2019 (in particolare per oncologici, immunologici, farmaci per l'epatite C, terapie intra-vitreali, farmaci del PHT_DPC, equivalenti, IPP, ecc).	<p>Invio alla DCS da parte delle Aziende di due relazioni semestrali (entro 31/08/2019 e 28/02/2020) da cui si evincano:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 3 obiettivi assegnati alle U.O aziendali relativi a settings specialistici ad alto impatto di spesa</li> <li>- 3 obiettivi assegnati alle UO aziendali/MMG di continuità assistenziale/appropriatezza</li> <li>- Azioni intraprese per le categorie principali</li> </ul> <p><u>Modalità di valutazione:</u> Relazioni inviate nei termini: sì/no (peso 50%) Relazioni congruenti in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 50%)</p>

#### **Attuazione al 31.12.2019**

I reparti ospedalieri hanno ricevuto dei target di prescrizione finalizzati all'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse economiche. Le categorie sono quelle a maggior impatto economico e per le quali siano disponibili delle opzioni

terapeutiche non più coperte da brevetto di comprovata efficacia clinica, sia in ambito prettamente ospedaliero sia in ambito di continuità assistenziale.

La relazione del 1° semestre 2019 è stata inviata alla DCS con prot. n. 48570 dd 20/8/19 e la relazione del 2° semestre 2019 è stata inviata alla DCS con prot. n. 15764 dd 24/2/2020.

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>REPORT SEMESTRALI (I SEMESTRE E ANNO INTERO)</b> <b>INVIATI NEI TERMINI E COERENTI CON GLI OBIETTIVI</b> <b>ASSEGNATI</b>
--------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### 3.3.4 Appropriately prescriptive. Indicators in territorial scope

Obiettivo Aziendale.	Nuovo risultato atteso (ex DGR 1812/2019)															
<p>Relativamente ai medicinali a brevetto scaduto e alla prescrizione di antibiotici sono riportati i target per il 2019. I target sui medicinali a brevetto scaduto potranno essere aggiornati con nota DCS non appena disponibili gli ultimi dati nel portale AIFA/MEF nonché in funzione di nuove scadenze brevettuali ovvero di associazioni fisse presenti sul mercato.</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>CLASSE</th> <th>% media FVG (gen- ago 2018)</th> <th>% target nazionale a cui tendere</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>C08CA – derivati diidropiridinici</td> <td>91,00%</td> <td>92,10%</td> </tr> <tr> <td>C09BA – ACE inibitori e diuretici</td> <td>93,90%</td> <td>95,30%</td> </tr> <tr> <td>N03AX – Altri antiepilettici</td> <td>94,00%</td> <td>98,70%</td> </tr> <tr> <td>N06AX – Altri antidepressivi</td> <td>77,20%</td> <td>80,80%</td> </tr> </tbody> </table>	CLASSE	% media FVG (gen- ago 2018)	% target nazionale a cui tendere	C08CA – derivati diidropiridinici	91,00%	92,10%	C09BA – ACE inibitori e diuretici	93,90%	95,30%	N03AX – Altri antiepilettici	94,00%	98,70%	N06AX – Altri antidepressivi	77,20%	80,80%
	CLASSE	% media FVG (gen- ago 2018)	% target nazionale a cui tendere													
	C08CA – derivati diidropiridinici	91,00%	92,10%													
	C09BA – ACE inibitori e diuretici	93,90%	95,30%													
	N03AX – Altri antiepilettici	94,00%	98,70%													
	N06AX – Altri antidepressivi	77,20%	80,80%													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>INDICATORE</th> <th>Media FVG (2017)</th> <th>Target a cui tendere</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Incidenza di sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (anti- ipertensivi)</td> <td>37,95%</td> <td>≤ 30 %</td> </tr> <tr> <td>Consumo pro – capite di farmaci inibitori di pompa protonica</td> <td>28,06</td> <td>≤25 up pro cap</td> </tr> </tbody> </table>	INDICATORE	Media FVG (2017)	Target a cui tendere	Incidenza di sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (anti- ipertensivi)	37,95%	≤ 30 %	Consumo pro – capite di farmaci inibitori di pompa protonica	28,06	≤25 up pro cap							
INDICATORE	Media FVG (2017)	Target a cui tendere														
Incidenza di sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (anti- ipertensivi)	37,95%	≤ 30 %														
Consumo pro – capite di farmaci inibitori di pompa protonica	28,06	≤25 up pro cap														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicatore</th> <th>Valore aziendale 2017</th> <th>Target (valore 2016)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Indicatore	Valore aziendale 2017	Target (valore 2016)													
Indicatore	Valore aziendale 2017	Target (valore 2016)														

	Consumo di antibiotici sul territorio DDD 1000 res. pes. die	14,38	14,06
	Consumo di antibiotici in età pediatrica DDD 1000 res. pes. die	14,68	14,06
<p><b>Modalità di valutazione complessivi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 6-8 indicatori a target = <b>RAGGIUNTO</b></li> <li>- 4-5 indicatori a target = <b>PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b></li> <li>- &lt;4 indicatori a target = <b>NON RAGGIUNTO</b></li> </ul> <p><b>Modalità di valutazione complessivi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 6-8 indicatori a target = <b>raggiunto</b></li> <li>- 3-5 indicatori a target = <b>parzialmente raggiunto</b></li> <li>- &lt;3 indicatori a target = <b>non raggiunto</b></li> </ul>			

**Attuazione al 31.12.2019**

La AAS2 ha promosso la prescrizione dei farmaci a brevetto scaduto operando sia a livello di induzione ospedaliera sia in ambito prescrittivo territoriale. A livello ospedaliero si è assegnato ai reparti l'obiettivo di garantire almeno il 95% delle prescrizioni alla dimissione con molecole a brevetto scaduto, relativamente alle principali categorie dagli indicatori AIFA-MEF (fatti salvi i casi di: intolleranza, mancata risposta, proseguimento della terapia).

A livello territoriale, i MMG hanno ricevuto report di monitoraggio delle prescrizioni tramite la scheda medico regionale.

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b> L'OBIETTIVO RIGUARDA IL RAGGIUNGIMENTO DEI TARGET AIFA-MEF E S' ANNA . RAGGIUNTI 1/8 TARGET (CRITERI VALUTAZIONE DA DGR 448/2019)
--------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>3.3.5 Biosimilari</b>	
Obiettivo Aziendale.	Nuovo risultato atteso (ex DGR 1812/2019)
Indicatori per categorie di medicinali in cui è disponibile l'alternativa biosimile	Invio alla DCS di due relazioni semestrali (entro il 31/08/2019 e 28/02/2020) da cui si evincano le attività svolte, i percorsi attivati con i prescrittori ed i monitoraggi effettuati per i singoli ambiti (ospedaliero, domiciliare, residenziale e semiresidenziale), da cui si evincano le ricadute sul SSR. A tal fine la DCS invierà uno schema di rilevazione delle informazioni per



	consentire confronti omogenei. <u>Modalità di valutazione:</u> Relazioni inviate entro il 31.08.19 ed entro il 28.02.2020: sì/no secondo schema DCS;
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
<p>Nel rispetto del recente quadro normativo, i reparti ospedalieri sono stati stimolati all'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse economiche nell'ambito dei biosimilari. Le categorie sono state quelle a maggior impatto economico e per le quali sono disponibili delle opzioni terapeutiche, non più coperte da brevetto, di comprovata efficacia clinica.</p> <p>È stato regolarmente monitorato il comportamento dei reparti nelle aree a maggior impatto di spesa: sia ospedaliera sia territoriale.</p> <p>La relazione del 1° semestre 2019 è stata inviata alla DCS con prot. n. 48570 dd 20/08/19 e la relazione del 2° semestre 2019 è stata inviata alla DCS con prot. n. 15764 dd 24/02/2020.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>RELAZIONE E REPORT TRASMESSI SECONDO INDICAZIONE</b>

<b>3.3.6 Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali</b>	
Obiettivo Aziendale.	Nuovo risultato atteso
Erogazione dei medicinali da parte delle strutture sanitarie (diretta e primo ciclo a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale) secondo la DGR 12/2018.	1. Invio di due report semestrali sull'attività svolta nell'ambito della DPC e della distribuzione diretta entro il 31.08.19 ed entro il 28.02.20. La DCS invierà un prototipo di report per la rilevazione omogenea dei dati.
Ottimizzazione e monitoraggio della DPC	<b>2. Evidenza di accordi per l'erogazione del I ciclo con le strutture private accreditate entro il 31.08.2019</b>
	<u>Modalità di valutazione:</u> Relazioni inviate nei termini: sì/no
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
<p>La AAS2 ha garantito regolarmente la distribuzione diretta tramite le proprie farmacie ospedaliere: sia il 1° ciclo di terapia sia l'erogazione alle strutture residenziali, semi residenziali e assistenza domiciliare, RSA e ADI.</p> <p>La AAS2 si è dotata di un'istruzione operativa aziendale per l'erogazione del 1° ciclo di terapia e di una per la prescrizione in off-label, entrambe pubblicate sull'area intranet aziendale e disponibili per i prescrittori.</p> <p>La distribuzione diretta presso le strutture private accreditate non era normativamente possibile in quanto nel territorio aziendale non erano presenti strutture private accreditate dotate di farmacisti e farmacia.</p> <p>La relazione del 1° semestre 2019 è stata inviata alla DCS con prot. n. 48570 dd 20/08/19 e la relazione del 2° semestre 2019 è stata inviata alla DCS con prot. n. 15764 dd 24/02/2020.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>1. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>2. OBIETTIVO STRALCIATO</b>

<b>3.3.7 Rapporto con le Aziende Farmaceutiche e Biomedicali</b>	
Obiettivo Aziendale.	Nuovo risultato atteso
Gli enti del SSR, attraverso gli appositi Uffici (es. responsabili della trasparenza e dell'anticorruzione) adottano specifiche disposizioni organizzative relativamente alle attività d'informazione svolte dalle Aziende farmaceutiche e del settore dei dispositivi medici verso tutti gli operatori sanitari al fine di favorire comportamenti uniformi, coerenti a principi di trasparenza anche con riferimento ad eventuali conflitti di interesse	Le aziende predispongono un regolamento e lo adottano entro il 31.12.2019.  <u>Modalità di valutazione:</u> Invio del regolamento predisposto alla DCS entro il 31.12. 2019 sì/no
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
La AAS2 "Bassa Friulana Isontina" si è dotata di un regolamento aziendale sulle disposizioni organizzative relativamente alle attività d'informazione svolte dalle Aziende farmaceutiche del settore dei dispositivi medici verso tutti gli operatori sanitari.  Il documento è stato adottato con Decreto del CS n. 675 del 19 dicembre 2019 ad oggetto "Approvazione del regolamento per l'informazione medico scientifica e per l'accesso degli informatori e degli specialisti nell'ambito dell'AAS2 Bassa Friulana-Isontina" ed è stato trasmesso alla DCS dal Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza con nota prot. n. 75584/P/GEN del 20/12/2019.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.3.8 Assistenza integrativa</b>	
Obiettivo Aziendale.	Nuovo risultato atteso
<ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. implementazione/messa a regime della distribuzione diretta dei dispositivi medici di cui all'allegato 2 del DPCM 12 gennaio 2017</li> <li>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</li> </ol> <u>Modalità di valutazione:</u> Evidenza delle azioni intraprese: sì/no
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Con riferimento alle modalità di gestione con ricadute più vantaggiose per il SSR, la AAS2 ha realizzato una consistente distribuzione diretta di cateteri e prodotti per stomia.</li> <li>2. Inoltre, ha prontamente adottato i contenuti relativi ai dispositivi per diabetici previsti dalla DGR 12/2018, "Rinnovo dell'Accordo quadro regionale sulla distribuzione per conto dei medicinali, sulla revisione dei prezzi massimi di rimborso degli ausili e dei dispositivi di assistenza integrativa per diabetici e sui servizi erogati dalle farmacie convenzionate pubbliche e private". È rimasta a disposizione per implementare la distribuzione per conto delle strisce per l'autodeterminazione della glicemia, in forma mista o esclusiva, al prezzo regionale di 0,13 euro (+IVA).</li> </ol>	

La relazione del 1° semestre 2019 è stata inviata alla DCS con prot. n. 48570 dd 20/08/19 e la relazione del 2° semestre 2019 è stata inviata alla DCS con prot. n. 15764 dd 24/02/2020.

<b>Valutazione</b>	<b>1. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>2. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b>
--------------------	--------------------------------------------------------------------

<b>3.3.9 Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica</b>	
Obiettivo Aziendale.	Nuovo risultato atteso
<b>Registri AIFA e recupero rimborsi</b> 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.	Evidenza dei monitoraggi/controlli effettuati/percorsi aziendali per la risoluzione di eventuali criticità. Assicurare l'invio delle Richieste di Rimborso secondo le modalità definite da AIFA per tutti i farmaci con accordo MEA.  <u>Modalità di valutazione</u> Presenza di un percorso aziendale 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
<b>Attuazione al 31.12.2019</b> La AAS2 ha erogato i farmaci soggetti a registro AIFA solo a fronte di apposita documentazione attestante la compilazione dei medesimi: è stato costruito un archivio delle richieste comprovante la conformità tecnica e amministrativa delle erogazioni. La AAS2 ha centralizzato le funzioni di farmacia ospedaliera in un'unica sede, così da migliorare il controllo dei processi. Si è altresì definito un protocollo generale per la richiesta dei beni sanitari: ogni richiesta è sempre soggetta a tracciatura informatica, una sezione è specificatamente dedicata ai farmaci soggetti a registro AIFA. E' stata svolta un'importante azione di recupero economico attraverso i solleciti ai prescrittori per la chiusura dei trattamenti. Circa 300.000 euro di rimborsi maturati. E' stata redatta un'apposita procedura di "GESTIONE REGISTRI AIFA E RECUPERO RIMBORSI" approvata il 28/11/19 e pubblicata sull'area intranet aziendale.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Cartella oncologica informatizzata</b> 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.	Implementazione dei campi obbligatori per il 95% dei pazienti.  <u>Modalità di valutazione:</u> Due rilevazione (DCS) del grado di completezza al 30.06.2019 e al 31.12.2019. L'obiettivo si intende raggiunto se entrambe le rilevazioni raggiungono il 95%.
<b>Monitoraggio dell'indicatore sanitario al 31.12.2019</b>	

30.06.2019: 88.3%

31.12.2019: 97,2%

**Motivazione dello scostamento dal risultato atteso**

Sebbene la prima rilevazione non abbia pienamente soddisfatto il target regionale, si evidenzia il netto miglioramento della performance aziendale nel 2° semestre 2019

**Valutazione****OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO**

**I RILEVAZIONE: GORIZIA/MONFALCONE 88,77%,  
LATISANA/PALMANOVA 98,05% (MEDIA= 88.91%)**  
**II RILEVAZIONE: GORIZIA/MONFALCONE 97.61%,  
LATISANA/PALMANOVA 99.48% (MEDIA= 98.54%)**

**Prescrizioni personalizzate PSM iter elettronico**

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

% delle confezioni erogate in distribuzione diretta nominale hanno una prescrizione effettuata con il sistema PSM - iter elettronico  $\geq 90\%$

Modalità di valutazione: Target rilevati dalla DCS.

%  $\geq 90\%$ : obiettivo raggiunto

% tra 75% e 89%: obiettivo parzialmente raggiunto

%  $< 75\%$ : obiettivo non raggiunto

**Attuazione al 31.12.2019**

Il dato è stato fornito dalla SC Farmacia unica azionaria ed è costruito sulla base delle ricette emesse dai medici prescrittori di AAS2 e dai medici prescrittori delle altre Aziende sanitarie regionali, rispetto ai pazienti di AAS2.

	2017	2018	2019
numero ricette PSM	10.100	11.943	11.255
numero ricette PSM_ELETTRONICO	5.211	7.254	7.673
% PSM ELETTRONICO	51,59%	60,74%	68,17%

Il trend 2017-2018-2019 evidenzia un netto miglioramento della performance prescrittiva realizzata nell'ultimo triennio.

**Nuovo Obiettivo aziendale (ex DGR 1812/2019)**

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

**Nuovo Risultato atteso (ex DGR 1812/2019)**

% delle confezioni erogate in distribuzione diretta nominale hanno una prescrizione effettuata con il sistema PSM - iter elettronico  $\geq 90\%$

Modalità di valutazione:

Target rilevati dalla DCS.

%  $\geq 90\%$ : obiettivo raggiunto

% tra 75% e 89%: obiettivo parzialmente raggiunto

%  $< 75\%$ : obiettivo non raggiunto

**Le Aziende dovranno promuovere adeguate azioni**

<p><b>di sensibilizzazione delle proprie strutture/reparti, al fine di ridurre l'erogazione derivante da prescrizioni cartacee indotte verso altre aziende.</b></p>	<p><b>In questa fase, ai fini della valutazione, non saranno prese in considerazione le confezioni erogate a seguito di prescrizioni indotte da altre aziende.</b></p>
<p><b>Attuazione al 31.12.2019</b></p> <p>Aggiornati regolarmente gli "schedoni" dei farmaci prescrivibili. Organizzate riunioni con Oncologia e Gastroenterologia così da promuovere l'utilizzo di PSM.</p> <p>Il dato non è calcolabile da parte dell'Azienda. I target verranno rilevati dalla DCS.</p>	
<p><b>Valutazione</b></p>	<p><b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b></p> <p><b>MODALITÀ DI VALUTAZIONE DEFINITA CON DGR N. 448/2019</b></p> <p><b>PSM ELETTRONICO 79.3 %(SOLO AAS2)</b></p> <p><b>PSM ELETTRONICO: 60.37% (TOTALE: IN+OUT)</b></p> <p><b>PSM TUTTO: 88.76%</b></p> <p><b>PERSONALIZZATA TUTTA (ASCOT + PSM): 92.01%</b></p>
<p><b>Prescrizione informatizzata dei piani terapeutici</b></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><u>Modalità di valutazione:</u></p> <p>Target rilevati dalla DCS. Per le modalità di calcolo dell'indicatore si rimanda alla DGR n. 1912/2018</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- %PT informatizzati per tutti i pazienti &gt; 65% raggiunto</li> <li>- % PT informatizzati per tutti i pazienti tra 50 e 65% parzialmente raggiunto</li> <li>- % PT informatizzati per tutti i pazienti &lt; 50% non raggiunto</li> </ul>
<p><b>Attuazione al 31.12.2019</b></p> <p>Il dato non è calcolabile da parte dell'Azienda. I target verranno rilevati dalla DCS</p>	
<p><b>Valutazione</b></p>	<p><b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b></p> <p><b>MODALITÀ DI VALUTAZIONE DEFINITA CON DGR N. 448/2019</b></p> <p><b>PSM-PT: 61%</b></p>
<p><b>Flussi informativi farmaceutica</b></p> <p>Implementazione, verifiche e controlli di congruenza dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali <u>entro il 10 di ogni mese</u>, da parte dei responsabili individuati, utilizzando la reportistica a disposizione sul portale SISR (mancati invii, prezzi medi, revocati, ecc), con particolare riferimento ai disallineamenti derivanti da possibile mancato invio. Va assicurata, per il corretto calcolo del</p>	<p>Verifiche dei dati entro il 10 di ogni mese</p> <p>Integrale copertura fase 3/fase 2 (&gt; 99,5% della spesa negli ambiti previsti).</p> <p>Inserimento codice targatura in fase di erogazione diretta dei medicinali (&gt; 99%).</p> <p>Riscontro entro 15 giorni agli approfondimenti richiesti o segnalazioni inviate.</p>

<p>rispetto dei tetti di spesa, l'integrale copertura della fase 3 su fase 2 (100% della spesa negli ambiti previsti) per quanto riguarda la distribuzione diretta, nonché l'inserimento a sistema del codice targatura (&gt; 99% confezioni) in fase di erogazione diretta dei medicinali (applicativo PSM).</p> <p>Le Aziende e l'ARCS danno riscontro ad eventuali approfondimenti richiesti dalla Direzione Centrale, anche su istanza Ministero della Salute, entro 15 giorni dalle comunicazioni.</p>	<p><b>Modalità di valutazione:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- copertura fase 3/fase 2: target rilevati dalla DCS</li> <li>% &gt; 99,5%: raggiunto</li> <li>% tra 99 e 99,5: parzialmente raggiunto</li> <li>% &lt; 99%: non raggiunto</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Targatura: target rilevati dalla DCS:</li> <li>- % confezioni diretta PSM &gt; 99%: raggiunto</li> <li>- % confezioni diretta PSM da 97% a 99%: parzialmente raggiunto</li> <li>- % confezioni diretta PSM &lt; 97%: non raggiunto</li> </ul> <p>Riscontri agli approfondimenti effettuati nei termini: sì/no</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Attuazione al 31.12.2019**

La AAS2 garantisce la regolarità dei flussi. Inserisce i codici targatura in fase di erogazione diretta dei medicinali. L'Azienda dà riscontro alle richieste di approfondimento, in merito ai flussi ministeriali ospedalieri e territoriali, formulate dalla Direzione centrale salute entro 15 giorni dalla ricezione delle istanze. Nessuna criticità segnalata dalla Regione.

<p><b>Valutazione</b></p>	<p><b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p> <p><b>MODALITÀ DI VALUTAZIONE DEFINITA CON DGR N. 448/2019</b></p> <p><b>FASE3/FASE 2: 99,74%</b></p> <p><b>TARGATURA (CONFEZIONI): 99,53%</b></p>
---------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**3.3.10 Farmacovigilanza**

<p>Obiettivo Aziendale.</p>	<p>Nuovo risultato atteso</p>
<p>Gli Enti del SSR assicurano la partecipazione dei sanitari interessati e il supporto alle attività organizzative.</p>	<p>Evidenza della partecipazione alle progettualità avviate dalla DCS e alle attività formative organizzate dalla stessa (partecipazione incontri periodici, stato di avanzamento progetti affidati alle Aziende sanitarie)</p>

**Attuazione al 31.12.2019**

L'AAS2 ha partecipato a tutte le riunioni organizzate dalla Regione (10/01/19, 27/03/19, 21/06/19).

<p><b>Valutazione</b></p>	<p><b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p>
---------------------------	-----------------------------------

<p>Nell'ambito della progettualità pluriennale avviata nel 2018 (Farmacisti in ospedale/territorio) con il coinvolgimento di tutte le Aziende sanitarie, gli Enti del SSR dovranno garantire la partecipazione agli incontri periodici del gruppo di Coordinamento e l'invio della relazione scientifica e della rendicontazione secondo le tempistiche stabilite dalla convenzione in essere.</p>	<p>Partecipazione agli incontri periodici del gruppo di Coordinamento del progetto ed evidenza della relazione scientifica e della rendicontazione: secondo le tempistiche della convenzione in essere.</p> <p><u>Modalità di valutazione:</u> Partecipazione agli incontri periodici sì/no Presenza SI/NO della relazione scientifica e della rendicontazione entro le tempistiche previste dalla convenzione in essere.</p>
<p><b>Attuazione al 31.12.2019</b></p> <p>L'AAS2 ha partecipato a tutti gli incontri organizzati dalla Regione (07/03/19, 29/05/19, 25/07/19, 20/09/19). Agli atti della SC Farmacia Unica aziendale la relazione scientifica della dott.ssa V.R. inviata alla DCS con mail dd 11/4/19 e la relazione del dott. L.P. inviata alla DCS con nota prot. 172/P dd 2/1/2020.</p>	
<p><b>Valutazione</b></p>	<p><b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p>
<p>Partecipazione ai tre nuovi moduli FAD da parte dei Responsabili di farmacovigilanza e dai loro collaboratori (da loro individuati) al fine di migliorare la qualità delle informazioni inserite in RNF</p>	<p>Evidenza di partecipazione da parte di tutti gli operatori sanitari individuati</p> <p><u>Modalità di valutazione:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. obiettivo raggiunto: evidenza di partecipazione del 100% degli operatori sanitari individuati</li> <li>2. obiettivo parzialmente raggiunto: evidenza di partecipazione degli operatori sanitari individuati compresa tra il 70% e il 99%</li> <li>3. obiettivo non raggiunto: evidenza di partecipazione minore del 70% degli operatori sanitari individuati</li> </ol>
<p><b>Attuazione al 31.12.2019</b></p> <p>Tutti i farmacisti incaricati (100%) hanno concluso e superato il corso come comunicato dal Centro regionale di Farmacovigilanza con mail dd 22/01/2020.</p>	
<p><b>Valutazione</b></p>	<p><b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p>
<p>Gli Enti dovranno assicurare azioni per incentivare la segnalazione on-line</p>	<p>Aumento della % di segnalazioni on-line rispetto alla modalità cartacea al 31/12/2019</p> <p><u>Modalità di valutazione:</u> Conriferimento alla rilevazione delle segnalazioni on-line effettuate nel periodo 01/01/2018 - 31/08/2018</p>

	<table border="1"> <tr> <td></td> <td><b>% di segnalazioni on-line/segналazioni totali (01/01/2018-31/08/2018)</b></td> </tr> <tr> <td><b>AAS2</b></td> <td>&lt;=50%</td> </tr> </table>		<b>% di segnalazioni on-line/segналazioni totali (01/01/2018-31/08/2018)</b>	<b>AAS2</b>	<=50%
	<b>% di segnalazioni on-line/segналazioni totali (01/01/2018-31/08/2018)</b>				
<b>AAS2</b>	<=50%				
	<p>L'obiettivo sarà diversificato nel seguente modo:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. obiettivo raggiunto: aumento delle segnalazioni on-line del 20%</li> <li>2. obiettivo parzialmente raggiunto: aumento delle segnalazioni on-line del 15%</li> <li>3. obiettivo non raggiunto: aumento delle segnalazioni on-line inferiore al 15%</li> </ol>				
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>					
Segnalazioni on-line incrementate del 477% (Dato fornito dalla Direzione Centrale Salute con mail del 22/01/2020.)					
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>				

### VINCOLI OPERATIVI LINEE 2019 (DGR 488/2019)

Valori rilevati da report monitoraggio indicatori Linee 2019 gennaio-dicembre 2019

VINCOLO	TARGET	VALORE 2019
Diretta	72,00	<b>72,38</b>
DPC	33,00	<b>41,69</b>
Convenzionata	118,00	<b>120,56</b>
Ospedaliera	- 2 %	<b>+ 1,3 %</b>

### 3.4 ACCREDITAMENTO

<b>3.4 Accreditamento</b>	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Partecipazione attiva al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti</li> <li>2. Partecipazione al programma di accreditamento nazionale degli organismi tecnicamente accreditanti</li> <li>3. Garanzia del funzionamento dell'OTAFVG</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gli enti del SSR consentono a ognuno dei propri dipendenti inseriti nell'elenco regionale dei valutatori dell'accREDITAMENTO di partecipare ai sopralluoghi per almeno 5 giornate, secondo le indicazioni della Direzione centrale salute</li> <li>2. Gli enti del SSR mettono a disposizione i professionisti appartenenti alle aree professionali indicate dalla Direzione centrale salute, da avviare al percorso formativo dei valutatori dell'accREDITAMENTO</li> <li>3. Gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti</li> </ol>



	<p>inseriti nell'elenco nazionale dei valutatori dell'accreditamento di partecipare alle attività organizzate dal Ministero della salute e dall'Agenas</p> <p>4. Gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti, componenti dell'OTA regionale, di svolgere le funzioni previste dalla D.G.R. n. 2220/2015 e dal Decreto n.1899/2017.</p>
<p><b>Attuazione al 31.12.2019</b></p> <p>I valutatori aziendali hanno partecipato a tutti i sopralluoghi richiesti dalla DCS.</p> <p>I professionisti aziendali (n. 2 dirigenti medici e 2 assistenti sanitarie) hanno partecipato all'edizione di giugno e settembre del percorso formativo regionale .</p> <p>Il referente aziendale dell'OTA ha partecipato a tutte le attività organizzate dal Ministero della salute e dall'Agenas.</p> <p>Il referente OTA ha svolto le funzioni previste, compresa la formazione.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

### 3.5 ASSISTENZA OSPEDALIERA

<b>3.5.1 Insufficienze d'organo e trapianti - cuore</b>	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Partecipazione al percorso formativo per la gestione dei pazienti portatori di VAD	Partecipazione di almeno 2 operatori al percorso formativo per la gestione dei portatori di VAD
<p><b>Attuazione al 31.12.2019</b></p> <p>Partecipato al un incontro svolto a giugno 2019. Non si sono state altre iniziative nel 2° semestre.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.5.1 Insufficienze d'organo e trapianti - Fegato</b>	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Garantire la diffusione dei PDTA "Alterazione enzimi epatici" ai vari livelli dell'organizzazione	Evidenza della diffusione dei PDTA
<p><b>Attuazione al 31.12.2019</b></p> <p>Garantita la presentazione e diffusione a tutti i dirigenti medici delle 4 SOC di Medicina aziendali del PDTA per la "presa in carico clinico-assistenziale delle persone affette da alterazione degli enzimi epatici" approvato dal gruppo tecnico regionale e validato della DCS.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Segnalazione per l'iscrizione in lista trapianto, presso il centro trapianti dell'ASUIUD, di almeno 40 pazienti nell'anno 2019	<p><b><u>Nuovo risultato atteso (ex DGR 1812/2019)</u></b></p> <p><b>Segnalazione da parte dell'AAS2 di almeno 8 pazienti suscettibili di possibile trapianto</b></p>

<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
<p>Precisato che i reparti di AAS2 possono solo segnalare all'ambulatorio epatologico di UD i casi che sono suscettibili di eventuale trapianto per una loro presa in carico e non direttamente per il trapianto, nel corso del 2019 AAS2 ha complessivamente segnalato n. 7 pazienti all'ambulatorio epatologico di Udine per una loro valutazione ai fini dell'iscrizione in lista trapianto (1 da parte della Medicina di Monfalcone, 5 dalla Medicina di Latisana e 1 da parte della Medicina di Palmanova).</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Attivazione di un ambulatorio per visite di Epatologia (Medicina interna a indirizzo Epatologico) per ogni presidio ospedaliero spoke > almeno 4 ore/settimana a decorrere dal mese di maggio	Evidenza dell'attivazione dell'ambulatorio per visite di Epatologia (Medicina interna a indirizzo Epatologico) per ogni presidio ospedaliero spoke > almeno 4 ore/settimana a decorrere dal mese di maggio
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
<p>L'ambulatorio di Epatologia del P.O. di Gorizia-Monfalcone è attivo già dal 2003 nella sede di Gorizia. Nel corso del 2019 l'agenda CUP per esterni è stata adeguata portandola alle richieste 4 ore/settimana (tutti i giovedì pomeriggio dalle ore 14 alle ore 18). Vengono inoltre garantite le consulenze interne per reparti e PS.</p> <p>Nel P.O. di Latisana e Palmanova, l'ambulatorio è attivo dal 2018 nella sede di Latisana e garantisce le prime visite ed i controlli per pz esterni tutti i martedì pomeriggio (dalle 14 alle 17) ed un ulteriore pomeriggio a settimana (il giovedì) per consulenza interne, PS, Distretto e follow-up.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.5.1 Insufficienze d'organo e trapianti - pancreas</b>	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Riduzione del tasso di amputazioni maggiori per diabete portandolo per tutte le AAS/ASUI al di sotto di 28 casi per milione di residenti (valore medio regionale 2017 di 30,08 x milione – fonte Bersaglio)	tasso di amputazioni maggiori per diabete <= 28 casi per milione di residenti (criteri di calcolo Bersaglio).
<b>Monitoraggio dell'indicatore sanitario al 31.12.2019</b>	
33,4 casi per milione di residenti	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b>
	<b>33,3</b>

<b>3.5.1 Insufficienze d'organo e trapianti - Polmone</b>	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Partecipazione alla revisione/stesura del PDTA regionale sulla BPCO da parte dei professionisti coinvolti	Partecipazione alla revisione/stesura del PDTA regionale sulla BPCO da parte dei professionisti coinvolti.
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
<p>Il responsabile aziendale della SSD di Pneumologia ed un'infermiera professionale della medesima struttura hanno partecipato al tavolo regionale per la stesura/revisione del PDTA regionale sulla BPCO.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b>

Riduzione del tasso di ospedalizzazione per BPCO portandolo per tutte le AAS/ASUI al di sotto del 55 per 100.000 residenti di 50-74 anni (valore medio regionale 2017 del 66,99 per 100.000 residenti – fonte Bersaglio).	tasso di ospedalizzazione per BPCO<=55 per 100.000 residenti di 50-74 anni (criteri di calcolo Bersaglio).
<b>Monitoraggio dell'indicatore sanitario al 31.12.2019</b>	
36,3 per 100.000 residenti di 50-74 anni	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
	<b>38,6</b>
Aumento dell'appropriatezza di utilizzo dell'ossigenoterapia domiciliare (riduzione maggiore del 10% della spesa, rispetto al valore 2017)	riduzione della spesa per ossigeno terapia domiciliare rispetto al valore 2017 >=10%
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
Si riporta di seguito i dati di costo 2017-2018 e 2019 dell'ossigenoterapia domiciliare (Fonte: Contabilità Generale)	
Costo 2017: € 1.270.860,97	
Costo 2018: 1.491.986,78	
Tetto di spesa 2019 (2017 – 10%): € 1.143.775	
Costo 2019: 959.824,25	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.5.1 Insufficienze d'organo e trapianti - Rene</b>	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Attivazione nelle varie aziende sanitarie del percorso formativo di 2° livello sul PDTA "Malattia renale cronica stadi I-III e IV-V".	Evidenza dell'attivazione del percorso formativo di 2° livello sul PDTA "Malattia renale cronica stadi I-III e IV-V".
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
Partecipato al "Corso di Formazione di II Livello sul PDTA Regionale della Malattia Renale Cronica" il 15/11/2019 a Palmanova.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Potenziamento della dialisi peritoneale, dei trapianti e dell'emodialisi domiciliare con l'obiettivo di ridurre i pazienti in emodialisi presso i centri dialisi al di sotto del 52% del totale (trapiantati + emodializzati + in dialisi peritoneale) (valore regionale 2017 del 54,34%).	potenziamento della dialisi peritoneale con l'obiettivo di ridurre i pazienti in emodialisi presso i centri dialisi al di sotto del 52% (trapiantati + emodializzati + in dialisi peritoneale)
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
Al 31.12.2019: valore 54,32%	
<b>Motivazione dello scostamento dal risultato atteso</b>	
Come già segnalato nel rendiconto al 30.6, il target previsto non era raggiungibile per carenze di organico medico e infermieristico, età avanzata e complessità clinica dei pazienti.	

Valutazione	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
	<b>56,09</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
<b>Attuazione al 31.12.2019</b> valore 67% (già analizzate le criticità in sede di Commissione regionale).	
Valutazione	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

<b>3.5.1 Insufficienze d'organo e trapianti – Tessuti oculari</b>	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Mantenimento del programma di donazione cornee rispetto al 2017	N° di donazioni di cornee >= al valore rilevato nell'anno 2017
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
<u>P.O. di Gorizia e Monfalcone:</u>	
Nel 2017 sono stati eseguiti <b>83 prelievi di cornee</b> così suddivisi:	
- Ospedale di Gorizia: 48 prelievi	
- Ospedale di Monfalcone: 35 prelievi	
Nel 2019 sono stati eseguiti <b>76 prelievi:</b>	
- Ospedale di Gorizia: 42 prelievi.	
- Ospedale di Monfalcone: 34 prelievi	
 <u>P.O. di Latisana e Palmanova:</u>	
Nel 2017 sono stati eseguiti <b>41 prelievi</b> di cornee così suddivisi:	
- Ospedale Palmanova: 22 cornee	
- Ospedale Latisana: 19 prelievi (9 cornee + 10 bulbi)	
 Nel 2019 sono stati eseguiti <b>30 prelievi</b> di cornee così suddivisi:	
- Ospedale Palmanova: 12 cornee	
- Ospedale Latisana: 18 prelievi (5 cornee + 13 bulbi)	
La riduzione del numero di prelievi eseguiti nei due presidi ospedalieri è da imputare all'aumento dei deceduti non idonei alla donazione.	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO

<b>3.5.1 Insufficienze d'organo e trapianti – Donazione d'organi e altri tessuti</b>	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso

Implementazione delle segnalazioni secondo indicatori standard	Proc. 1 donatori effettivi/decessi per lesione cerebrale acuta (> 16-25%) Proc. 2 numero di accertamenti - AMC = (donatori utilizzati + opposizioni + procurati) /decessi per lesione cerebrale acuta (> 21-40%)
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
1. 11,1% (1 donatore/9 decessi per lesione cerebrale) nel P.O. Gorizia	
2. 44,4% (4 mancate donazioni/9 decessi per lesione cerebrale) nel P.O. Gorizia	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>

<b>3.5.2 Emergenza urgenza- ictus</b>	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Mantenimento dell'attività di Trombolisi endovenosa/endoarteriosa per l'anno 2019 al di sopra di 350 pazienti trattati nel territorio regionale (399 nei 2017 - fonte SDO).	Rispetto del protocollo aziendale di Trombolisi endovenosa/endoarteriosa
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
Il protocollo aziendale viene rispettato	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Misurazione dei tempi intercorrenti fra <i>triage in pronto soccorso, allertamento-TAC e TAC-trombolisi venosa</i> (implementazione dei campi informatici necessari a elaborare i dati specifici) con riduzione del 20% tempo complessivo <i>triage in pronto soccorso-trombolisi</i> per le strutture che hanno tempi > 1 ora; l'obiettivo è raggiunto anche per riduzioni percentuali inferiori purché il risultato sia < 1 ora.	Misurazione dei tempi intercorrenti fra <i>triage in pronto soccorso, allertamento-TAC e TAC-trombolisi venosa</i> (implementazione dei campi informatici necessari a elaborare i dati specifici) con riduzione del 20% tempo complessivo <i>triage in pronto soccorso- trombolisi</i> per le strutture che hanno tempi > 1 ora; l'obiettivo è raggiunto anche per riduzioni percentuali inferiori purché il risultato sia < 1 ora.
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
Nel 2019 sono state effettuate 9 trombolisi con alteplase nel P.O. di Gorizia. I tempi intercorrenti fra triage e trombolisi nei pazienti sottoposti a trombolisi sono risultati > 1 ora in tutti i casi trattati. Vi è tuttavia da considerare che i casi trattati a Gorizia hanno avuto un percorso non lineare in quanto, di regola, i pz per i quali vi è il sospetto di evento cerebrovascolare acuto, vengono trasportati direttamente con l'ambulanza dal territorio/domicilio al centro Hub di Trieste.	
I pochi casi che arrivano in PS a Gorizia sono pazienti che sono stati esclusi dal triage telefonico fatto dal neurologo di TS o che arrivano direttamente con mezzi propri al PS di Gorizia.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b>
Utilizzo del database informatizzato per la raccolta di tutte le valutazioni con NIHSS, indice di Barthel (BI) e mRS pre e post evento in tutti i pazienti con ictus, in almeno l'85% degli episodi di ricovero con DRG 14 o codici ICD-9-CM in prima posizione relativa a: 430.x,	% di episodi di ricovero con DRG 14 o codici ICD-9-CM in prima posizione relativa a: 430.x, 431.x, 432.x, 433.x1, 434.x1, 436.x, 437.3, 438.x, 784.3 (afasia). (Report ultimo trimestre anno)

431.x, 432.x, 433.x1, 434.x1, 436.x, 437.3, 438.x, 784.3 (afasia). (Report ultimo trimestre anno)	
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
Rilevazione effettuata nel 4° trimestre 2019 sia per l'area isontina (nelle SC di Medicina interna Gorizia, Medicina interna Monfalcone, Neurologia e Riabilitazione) che per la Bassa Friulana (nelle SC di Medicina interna Palmanova, Medicina interna Latisana, Area Emergenza Palmanova, Area Emergenza Latisana e Riabilitazione).	
Per quanto riguarda il Presidio Ospedaliero di Gorizia-Monfalcone la percentuale di presenza delle scale in oggetto è: NIHSS: 54,8%, Indice Barthel: 85,6%.	
Per quanto riguarda i ricoveri presso il Presidio Ospedaliero di Palmanova-Latisana la percentuale di presenza delle scale in oggetto è: NIHSS: 53%, Indice Barthel: 65%.	
Report agli atti del Nucleo Rischio clinico.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Fornire adeguata informazione alla cittadinanza: (es opuscolo/volantino, video, eventi, ecc.) sui segni/sintomi da non sottovalutare per anticipare la chiamata di soccorso e rendere tempestivi i soccorsi in caso di ictus	Evidenza dell'informazione alla cittadinanza: (es opuscolo/volantino, video, eventi, ecc.) sui segni/sintomi da non sottovalutare per anticipare la chiamata di soccorso e rendere tempestivi i soccorsi in caso di ictus
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
Realizzato depliant informativo su "Emergenza ICTUS, prevenzione e cura" pubblicato sul sito aziendale e diffuso a tutte le strutture aziendali nel mese di dicembre 2019.	
E' stato inoltre distribuito presso le sedi aziendali materiale informativo sui segni e sintomi dell'ictus (dépliant, poster.) fornito dalla Associazione di volontariato A.L.I.Ce (Associazione lotta all'ictus cerebrale) di Udine e Trieste da mettere a disposizione dei cittadini che si rivolgono alle strutture della AAS2 "Bassa Friulana Isontina".	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>3.5.2 Emergenza urgenza- emergenze cardiologiche</b>	
L'obiettivo relativo alla compilazione della scheda STEMI (PACS emodinamica) non è di competenza dell'AAS2 in quanto non dispone del servizio di emodinamica	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Attivazione della tele-radiologia Hub & Spoke per le sindromi aortiche acute	Evidenza dell'attivazione della tele-radiologia Hub & Spoke per le sindromi aortiche acute
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
Nella Radiologia di Gorizia-Monfalcone è attivo il protocollo per il trasferimento immagini verso il centro HUB di riferimento (TS).	
Relativamente alla Radiologia di Palmanova-Latisana il protocollo sulle sindromi aortiche acute è stato definito e pubblicato ma la Tele-radiologia non è stata avviata entro il 31/12 perché la SC non ha ricevuto indicazioni in merito alla procedura da adottare per applicare il servizio con l'Hub di riferimento (UD).	
Allo stato attuale, la SC di Radiologia di Palmanova-Latisana, appartenendo alla medesima azienda dell'HUB (ASUFC), ha comunque ottenuto la visibilità delle immagini sul sistema PACS.	

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Implementazione di una scheda di valutazione dello storm aritmico > 95% dei casi inseriti a sistema (periodo dal 1 luglio al 31 dicembre)	% casi inseriti a sistema nel periodo 1 luglio -31 dicembre 2019 >=95%
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
Obiettivo non realizzabile: al 31.12.2019 la Scheda di valutazione non era disponibile.	
<b>Motivazione dello scostamento dal risultato atteso</b>	
Al 31.12.2019 Scheda di valutazione non disponibile.	
Valutazione	OBIETTIVO STRALCIATO

3.5.2 Emergenza urgenza- trauma	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Trattamento della Frattura di femore entro 48H in almeno il 70% (hub) o 80% (spoke) dei casi trattati dal presidio ospedaliero (media regionale 2017 del 71,1% - fonte PNE).	% della Frattura di femore trattate entro 48H >=80% (criteri di calcolo PNE)
<b>Monitoraggio dell'indicatore sanitario al 31.12.2019</b>	
% della Frattura di femore trattate entro 48H : 54,3% (il dato 2018 era pari a 53,4% quindi comunque si evidenzia un miglioramento rispetto all'anno precedente).	
Valutazione	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
	<b>Gorizia - Monfalcone 53,48</b> <b>Latisana - Palmanova 53,89</b>
Riduzione dei tempi di trattamento di tutta la traumatologia	1. Degenza media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – ricoveri urgenti: Riduzione e/o mantenimento al di sotto di 1,5 gg (criterio Bersaglio C5.18.1 <= 1,5 gg) 2. Attesa media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – ricoveri urgenti (indicatore Bersaglio C5.18.2 <= 8 gg)
<b>Monitoraggio dell'indicatore sanitario al 31.12.2019</b>	
Degenza media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – ricoveri urgenti: 1,79 Attesa media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – ricoveri urgenti: 10,06	
Valutazione	1. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
	<b>1,79</b>
	2. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
	<b>9,84</b>

3.5.2 Emergenza urgenza- Pronto soccorso ed urgenza emergenza	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso

Aumentare la percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde, ad almeno l'80% (spoke) o 65% (hub) (media regionale 2017 del 49,6% negli Hub e del 66,69% negli spoke - fonte Bersaglio).	% dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codiceverde >= 80% (criteri Bersaglio)
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Monitoraggio dell'indicatore sanitario al 31.12.2019**

% dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h: 59,3%

**Motivazione dello scostamento dal risultato atteso**

Il dato risente della carenza di dirigenti medici in PS

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b> Gorizia 54,61 Latisana 73,74 Monfalcone 56,12 Palmanova 53,90
--------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------

Aumentare la percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore, portandola a valori superiori all'85% (spoke) e 75% (hub) (media regionale 2016 del 71,13% negli Hub e 80,57% negli spoke - fonte Bersaglio)	% di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore >= 85%(criteri Bersaglio)
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Monitoraggio dell'indicatore sanitario al 31.12.2019**

% di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore: 73,8%

**Motivazione dello scostamento dal risultato atteso**

Il dato risente della carenza di dirigenti medici in PS

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b> Gorizia 62,34 Latisana 85,34 Monfalcone 69,82 Palmanova 76,91
--------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**3.5.3 Reti di patologia – malattie rare**

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Registro regionale di cui al DM 279/2001	Alimentare il registro regionale di cui al DM 279/2001 (aggiornamento dati del registro con inserimento del 100% dei casi in prevalenza al 30 novembre 2019 e pulizia dei casi che sono usciti dal sistema) e produrre alla DCS un report di attività

**Attuazione al 31.12.2019**

AAS2 non è centro per le malattie rare.

In ogni caso, nell'ambito della collaborazione Hub e Spoke, è stato condiviso un percorso per l'invio dei casi più complessi in carico all'ambulatorio endocrinologico della Medicina di Gorizia e Monfalcone, verso l'ambulatorio



del centro Hub di Trieste.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.5.3 Reti di patologia – malattie reumatiche</b>	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Partecipare alla definizione del documento di indirizzo sulla terapia con farmaci biologici (obiettivo condiviso con le farmacie aziendali e servizio farmaceutico regionale), ed evidenza della diffusione a tutti i professionisti coinvolti anche nell'ambito della medicina convenzionata.	Evidenza della diffusione del documento ai professionisti coinvolti anche nell'ambito della medicina convenzionata
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
Nessuna convocazione ricevuta da parte del tavolo tecnico regionale.	
<b>Motivazione dello scostamento dal risultato atteso</b>	
Nessuna convocazione ricevuta da parte del tavolo tecnico regionale.	
Utilizzo dello strumento informatizzato per l'appropriatezza prescrittiva (1 report per semestre).	Elaborazione di un report per semestre
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
L'Azienda non è a conoscenza dello strumento informatizzato previsto dall'obiettivo. AAS2 ha tuttavia predisposto e trasmesso alle 4 SC aziendali di Medicina Interna, a partire da marzo 2019, un Report mensile di analisi delle prescrizioni di farmaci di reumatologia, sia per l'area isontina che per l'area Bassa Friulana, con evidenza dei principi attivi utilizzati e della spesa complessiva maturata (distribuzione diretta e ospedaliera).	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b>

<b>3.5.3 Reti di patologia – insufficienza cardiaca cronica</b>	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Riduzione del tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti di 50-74 anni, portandolo per ogni AAS/ASUI sotto il valore di 200 (valore medio regionale 2017 di 215,39 – fonte Bersaglio)	Tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti di 50-74 anni $\leq 200$ Criteri di calcolo Bersaglio
<b>Monitoraggio dell'indicatore sanitario al 31.12.2019</b>	
182,8 per 100.000 residenti di 50-74 anni	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>182,8</b>

<b>3.5.3 Reti di patologia – infettivologia</b>	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Ogni presidio ospedaliero spoke ha almeno un medico	<b>Ogni presidio ospedaliero spoke ha almeno un</b>

di malattie infettive assegnato a tempo pieno alla direzione medica.	<b>medico di malattie infettive assegnato a tempo pieno alla direzione medica.</b>
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
L'organizzazione AAS2 per l'attività del medico di malattie infettive non prevede l'assegnazione a tempo pieno di una unità per ciascuna direzione medica ospedaliera, ma permette comunque di far fronte tempestivamente a tutte le necessità aziendali.	
<b>Motivazione dello scostamento dal risultato atteso</b>	
Le risorse mediche presenti non consentono una assegnazione a tempo pieno di n. 1 medico infettivologo per ciascun Presidio Ospedaliero.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b>

### 3.5.4 Pediatria

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Partecipazione ai lavori regionali in relazione a: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Area emergenza-urgenza</li> <li>2. Chirurgia pediatrica:</li> <li>3. Tele-refertazione</li> <li>4. Malattie complesse e/o croniche</li> <li>5. Cure palliative:</li> <li>6. Salute mentale in età evolutiva</li> </ol>	Evidenza della partecipazione ai tavoli regionali
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
Partecipazione garantita ai seguenti tavoli regionali: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Partecipato al tavolo regionale sulle "Cure palliative pediatriche" negli incontri svolti presso DCS di Udine il 9/10/2019 e presso ASUIUD il 9/12/19</li> <li>- Partecipato al gruppo di lavoro regionale sulle Malattie Neuromuscolari per l'elaborazione del PDTA pediatrico delle malattie neuromuscolari.</li> </ul>	
Carta dei Servizi pediatrica: le Aziende che erogano prestazioni destinate alla fascia di popolazione in età evolutiva predispongono una Carta dei servizi specifica per l'assistenza in età pediatrica e adolescenziale, secondo le modalità previste dall'Accordo Stato Regioni del 21 dicembre 2017, rep atti n. 248.	Evidenza della Carta dei servizi specifica per l'assistenza in età pediatrica e adolescenziale.
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
Vista la riorganizzazione definita dalla LR 27/2018 di Riforma del SSR ed il previsto scorporo di AAS2, si è ritenuto opportuno predisporre due Carte dei servizi distinte per l'assistenza in età pediatrica e adolescenziale: una per l'Area Isontina (ora confluita in ASUGI), ed un'altra per la Bassa Friulana (ora confluita in ASUFC), pur con le criticità legate alla chiusura, da luglio 2019, del Punto Nascita di Palmanova e la riapertura di quello di Latisana.	
Entrambi i documenti sono stati trasmessi entro fine anno ai rispettivi servizi URP ospedalieri per la successiva pubblicazione ma andranno tuttavia aggiornati in relazione all'organizzazione in essere nei nuovi enti di	

destinazione (ASUGI e ASUFC).	
<i>Formazione:</i> Le Aziende promuovono attività formative relative alle tematiche oggetto di progettualità per il 2019 (trasporto pediatrico, onco-ematologia, malattie nefrologiche, malattie infiammatorie croniche intestinali, diabete, malattie neuromuscolari, cure palliative).	Evidenza della promozione di attività formativa in tema di: trasporto pediatrico, onco-ematologia, malattie nefrologiche, malattie infiammatorie croniche intestinali, diabete, malattie neuromuscolari, cure palliative.
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
Organizzati 2 incontri con i PLS dell'AAS2 sulle tematiche delle malattie nefrologiche (il 10 aprile 2019 dal titolo "Enuresi notturna e disturbi minzionali") e sulle malattie infiammatorie croniche intestinali (il 15.05.2019 dal titolo "MICI e sistema immunitario; caratteristiche dei farmaci biosimilari; verità e bufale sugli integratori alimentari")	
Partecipato ad un'attività formativa sul diabete presso AAS3 (in data 2/4, 24/4 e 15/5/2019).	
Partecipato ad un evento organizzato dall'IRCCS Burlo di TS (centro hub) sul Trasporto neonatale in data 8/11/2019.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.5.5 Percorso nascita</b>	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
<u>Gravidanza fisiologica a gestione ostetrica</u> Nel corsodel2019 vengono completate le azioni necessarie allapiena attuazione del programma della gravidanza a basso rischio che le Aziende implementano a livello locale	Consolidamento del percorso nascita gravidanza a basso rischio a gestione ostetrica nell'area isontina, in attesa della definizione da parte della Regione degli strumenti idonei per la gestione in autonomia da parte delle ostetriche.  Messa a regime dell'ambulatorio gravidanza basso rischio nella sede consultoriale a Palmanova, in attesa della definizione da parte della Regione degli strumenti idonei per la gestione in autonomia da parte delle ostetriche.
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
1. E' proseguita l'attività degli ambulatori gravidanza fisiologica nell'area isontina Non sono pervenute indicazioni dalla Regione circa gli strumenti idonei per la gestione autonoma delle gravidanze a basso rischio (es. tessera elettronica/card da assegnare al personale ostetrico per la prescrizione diretta degli esami previsti dal percorso gravidanza).	
2. In attesa della definizione regionale degli strumenti idonei per la gestione autonoma delle gravidanze a basso rischio da parte delle ostetriche, è stato attivato l'ambulatorio a basso rischio nella sede consultoriale di Cervignano e mantenuto l'ambulatorio gravidanza presso l'Ospedale di Palmanova. Non è stato possibile attivare l'ambulatorio gravidanza fisiologica anche nella sede consultoriale di Palmanova per carenza di personale medico e ostetrico, derivata anche dalla riorganizzazione disposta dalla Regione, da luglio 2019, con la chiusura del Punto nascita di Palmanova e la riapertura di quello di Latisana che ha richiesto un progressivo spostamento di risorse mediche e ostetriche in tale sede.	

**Motivazioni dello scostamento dal risultato atteso**

1. Non sono pervenute indicazioni dalla Regione circa gli strumenti idonei per la gestione autonoma delle gravidanze a basso rischio
2. Non è stato possibile attivare l'ambulatorio gravidanza fisiologica nella sede consultoriale di Palmanova per carenza di personale medico e ostetrico, dovuta anche alla riorganizzazione disposta dalla Regione che ha richiesto un progressivo spostamento, da luglio 2019, di risorse dalla sede di Palmanova a quella di Latisana. In ogni caso, nell'ambito dello stesso Distretto Est è stato comunque attivato l'ambulatorio gravidanza basso rischio nella sede consultoriale di Cervignano con la presenza di personale ostetrico quindi il servizio è garantito alle puerpere della Bassa Friulana.

Valutazione	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
<p><u>Integrazione territorio-ospedale</u></p> <p>Le Aziende collaborano alla realizzazione dell'Agenda della gravidanza e la implementano sul territorio di competenza. Per garantire la continuità assistenziale in puerperio le Aziende definiscono un percorso aziendale per il post-partum per mamma e neonato, anche prevedendo l'offerta della visita ostetrica domiciliare.</p>	<p>Il percorso per il post-partum per mamma e neonato è attivo a Gorizia e Grado e implementazione del servizio a Monfalcone e Cormons.</p> <p>Implementazione del servizio nell'area della bassa friulana.</p>

**Attuazione al 31.12.2019**

1. Il percorso post-partum per mamma e neonato, con l'offerta di visita ostetrica domiciliare, era già attivo a Gorizia e Grado ed è stato consolidato nel corso del 2019. Tale servizio è stato implementato anche nelle sede di Monfalcone mentre non è stato possibile attivarlo a Cormons per mancanza di risorse ostetriche.
  2. Relativamente all'area della Bassa Friulana, la visita ostetrica domiciliare è stata garantita, nel Distretto Ovest, a tutte le donne in puerperio residenti nel comune di San Giorgio di Nogaro; a seguito della chiusura del punto nascita di Palmanova e la riapertura di quello di Latisana, tale servizio è stato esteso, nel 2° semestre, a tutte le puerpere residenti nel comune di Palmanova che abbiano partorito a Latisana.
- E' proseguito il "progetto Grappoli" che prevede la visita ostetrica domiciliare con eventuali altri operatori aziendali per le donne che partoriscono nel punto nascita della Bassa Friulana e che manifestano problemi di fragilità psicosociale.
- Garantita adeguata informativa sulla promozione delle vaccinazioni, allattamento al seno e sostegno alle puerpere ed al neonato da parte delle ostetriche e delle assistenti sanitarie, nei corsi di accompagnamento al parto e puerperio, nei punti nascita ospedalieri e nelle sedi consultoriali.

**Motivazioni dello scostamento dal risultato atteso**

Relativamente al punto 1. non è stato possibile attivare il percorso per il post-partum nella sede Cormons per mancanza di risorse ostetriche, determinata anche dalla riorganizzazione disposta dalla Regione che ha richiesto un progressivo spostamento di risorse ostetriche verso il punto nascita di Latisana. Il percorso è comunque già attivo nelle sedi di Gorizia, Grado e Monfalcone.

Valutazione	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
<p><u>Parto analgesia</u></p> <p>Le Aziende in cui è operativo uno o più Punti nascita:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. sviluppano/aggiornano una Carta dei servizi specifica per il percorso nascita con le informazioni previste dalla DGR 1083/2012 relative ad ogni Punto</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evidenza della carta dei servizi per ognuno dei punti nascita</li> <li>2. Evidenza della pubblicazione nei siti internet dell'offerta relativa al percorso nascita nel territorio di competenza, ivi comprese le tecniche di controllo del</li> </ol>

<p>nascita aziendale, ivi compresa l'offerta di parto-analgesia;</p> <p>2. rendono visibile nei siti aziendali l'offerta relativa al percorso nascita nel territorio di competenza, ivi comprese le tecniche di controllo del dolore in travaglio/parto;</p> <p>3. definiscono procedure formalizzate e condivise a livello multiprofessionale, facilmente consultabili e periodicamente aggiornate, per tutte le fasi del percorso di parto-analgesia, dalla visita anestesiologicala in gravidanza, all'erogazione della prestazione in travaglio, alle richieste estemporanee e al monitoraggio post-partum;</p> <p>4. promuovono corsi aziendali di formazione specifica sulla parto-analgesia farmacologica e non, rivolti a tutte le figure professionali coinvolte e le Aziende con Ostetricie di Il livello promuovono programmi formativi, anche sul campo, rivolti al territorio regionale;</p> <p>5. monitorano l'attività e le eventuali complicanze.</p>	<p>dolore in travaglio/parto;</p> <p>3. Evidenza di procedure, per ciascuno dei punti nascita, formalizzate e condivise a livello multiprofessionale per tutte le fasi del percorso di parto-analgesia, dalla visita anestesiologicala in gravidanza, all'erogazione della prestazione in travaglio, alle richieste estemporanee e al monitoraggio post-partum;</p> <p>4. Evidenza di almeno un corso aziendale di formazione specifica sulla parto-analgesia farmacologica e non.</p> <p>5. Evidenza del monitoraggio</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

#### **Attuazione al 31.12.2019**

1. Per il territorio isontino (punto nascita di Monfalcone) è stata predisposta la "Carta dei Servizi per il percorso nascita isontino", con la collaborazione di personale ostetrico, ginecologi, pediatri, anestesisti e psicologi. Il documento è stato completato entro fine anno ed inviato all'Ufficio Grafica aziendale per la revisione grafica prima della successiva pubblicazione.

Anche per l'area Bassa Friulana (punto nascita di Latisana) è stata predisposta la Carta dei servizi per il percorso nascita presente sul territorio della Bassa Friulana. Il documento è stato pubblicato sul sito aziendale in data 7/11/2019.

2. Nelle Carte dei Servizi di cui al punto precedente sono riportate tutte le informazioni circa l'offerta di servizi ospedalieri e territoriali nel territorio di competenza, ivi comprese le tecniche di controllo del dolore in travaglio/parto.

3. Tutte le informazioni necessarie sulle varie fasi del percorso di parto-analgesia sono contenute nelle Carte dei Servizi di cui ai punti 1. e 2. Inoltre nell'ambito isontino è stato elaborato, in data 10/9/2019, un protocollo per l'utilizzo del protossido d'azoto in sala parto e pubblicato sull'area intranet aziendale. L'offerta nel punto nascita di Monfalcone è stata quindi ulteriormente implementata offrendo questo servizio che prevede l'utilizzo del protossido di azoto nel parto analgesia.

4. E' stato organizzato, nell'Ospedale di Monfalcone, un corso di formazione sul campo in data 28.05.19 sull'utilizzo del "Protossido di azoto nell'analgesia in ostetricia" ed un corso FAD sempre sull'uso del protossido nel parto analgesia, a cui hanno partecipato tutte le ostetriche del punto nascita di Monfalcone.

Per quanto riguarda il Punto nascita di Latisana è stato effettuato un incontro informativo con la popolazione nel Comune di Latisana il 14/12/2019 durante il quale gli operatori della SC hanno affrontato il tema dell'Analgesia non farmacologica.

5. Nei punti nascita di Monfalcone e di Latisana (dalla sua riapertura) il monitoraggio dell'attività e la rilevazione delle eventuali complicanze è stato effettuato regolarmente sia da parte delle ostetriche tramite registro elettronico in sala parto, sia da parte degli anestesisti attraverso la compilazione della scheda/cartella anestesiologicala e raccolta dei dati relativi alle complicanze su file elettronico.

Valutazione	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
<p><u>Tagli cesarei primari e parti indotti</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tagli cesarei primari nei PN con <math>\leq 1000</math> parti/anno: <math>\leq 15\%</math></li> <li>- tagli cesarei primari nei PN di II livello o comunque con <math>&gt; 1.000</math> parti/anno: <math>\leq 25\%</math></li> </ul>	<p>tagli cesarei primari nei PN con <math>\leq 1000</math> parti/anno: <math>\leq 15\%</math></p>
<p><b>Monitoraggio dell'indicatore sanitario al 31.12.2019</b></p> <p>% tagli cesarei primari nei PN: 13,1%</p>	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	<p><b>Monfalcone 12,73</b></p> <p><b>Latisana 14,98</b></p> <p><b>Palmanova 12,57</b></p>
<p><u>Formazione</u></p> <p>Le Aziende promuovono programmi di formazione per gli operatori di sala parto per il mantenimento delle competenze e abilità tecniche e non tecniche. I PN di II livello promuovono corsi di formazione in simulazione rivolti anche agli operatori di sala parto dei PN di I livello. Gli operatori del 118 che svolgono il servizio di STAM assistono a 3 parti fisiologici. Le aziende, inoltre, promuovono corsi di formazione rivolti alle ostetriche che seguono il percorso gravidanza a basso rischio a gestione ostetrica, di cui alla DGR 723/2018.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Almeno un corso di formazione per gli operatori di sala parto per il mantenimento delle competenze e abilità tecniche e non tecniche.</li> <li>2. Almeno un corso di formazione rivolti alle ostetriche che seguono il percorso gravidanza a basso rischio a gestione ostetrica, di cui alla DGR 723/2018.</li> </ol>
<p><b>Attuazione al 31.12.2019</b></p> <p>Per il territorio Isontino:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) il 9/04/2019 è stato organizzato presso la SC di Ostetricia-Ginecologia di Monfalcone, il corso dal titolo "Tecnica del parto operativo con ventosa KIWI"; il 17/12/19 la SC ha inoltre partecipato con personale medico e ostetriche al corso organizzato dal Burlo dal titolo "Emergenze ostetriche".</li> <li>2) il percorso gravidanza a basso rischio a gestione ostetrica è attivo nel territorio isontino già dal 2012 per cui le ostetriche che seguono la gravidanza sono già state formate negli anni precedenti.</li> </ol> <p>Per il territorio della Bassa Friulana:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Realizzato programma di formazione sul campo dal 1/10 al 20/12/2019 per l'addestramento del personale del comparto (OSS; infermieri e ostetriche) della SOC di Latisana e Palmanova con la presenza di tutor di reparto (2 ostetriche + 2 medici), finalizzato al mantenimento e consolidamento delle competenze e abilità tecniche e non di tutti gli operatori della SOC. Il corso prevedeva almeno 10 h di formazione per ciascun operatore ed è stato organizzato in occasione del trasferimento del Punto nascita dalla sede di Palmanova a quella di Latisana al fine di rafforzare le competenze con particolare riguardo ai neo-assunti.</li> <li>2) Non sono stati organizzati corsi rivolti specificamente alle ostetriche che seguono la gravidanza a basso rischio.</li> </ol>	
<p><b>Motivazione dello scostamento dal risultato atteso</b></p>	

Relativamente al punto 2. le ostetriche che seguono il percorso di gravidanza a basso rischio nell' isontino sono già state tutte formate.

Quanto invece alla Bassa Friulana, la riapertura nel Punto nascita di Latisana ha comportato uno sforzo organizzativo notevole (quali il trasloco, la necessità di formare nuovi operatori, l'accreditamento della nuova sede) tale da non consentire di organizzare anche un corso di formazione dedicato alle ostetriche che seguono il percorso gravidanza a basso rischio, focalizzando piuttosto l'attenzione sul consolidamento delle competenze e abilità tecniche di tutti gli operatori della SOC, con particolare riguardo ai neo-assunti.

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>
--------------------	-----------------------------------------

### 3.5.6 Sangue ed emocomponenti

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
raccolta di plasma destinato al frazionamento industriale per la produzione di farmaci emoderivati in quantità sufficiente a garantire la produzione programmata di farmaci emoderivati concordata con le regioni aderenti al Nuovo Accordo Interregionale Plasma (valore soglia 26.000 Kg), con adeguamento della produzione agli standard qualitativi concordati in sede di coordinamento interregionale con il fornitore del servizio di plasma-derivazione	Produzione di plasma $\geq$ 26000 KG

#### Attuazione al 31.12.2019

Al 31.12.19 inviati 28.642 Kg.

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--------------------	----------------------------

Mantenimento della quota di compensazione interregionale (emocomponenti ed emoderivati) concordata con la pianificazione nazionale (Centro Nazionale Sangue) e interregionale (Nuovo Accordo Interregionale Plasma).	Quota di compensazione interregionale $\geq$ 7000 unità di sangue
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------

#### Attuazione al 31.12.2019

quota compensazione extraregionale 8.616 unità

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--------------------	----------------------------

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	Evidenza di almeno 2 monitoraggi infrannuali sul buon uso del sangue
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------

#### Attuazione al 31.12.2019

Sull'area isontina vengono effettuati audit/monitoraggi trimestrali sul consumo di sangue

Sull'area Bassa Friulana sono stati effettuati due monitoraggi infrannuali e pubblicati sull'area intranet

aziendale	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
implementazione della prescrizione trasfusionale informatizzata e dei "sistemi barriera" per la trasfusione al letto del paziente.	Evidenza dell'avvio della prescrizione trasfusionale almeno negli ospedali di Latisana e Palmanova
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
La prescrizione trasfusionale informatizzata non è stata avviata, mentre è attivo da molti anni il "sistema barriera" GRICODE.	
<b>Motivazione dello scostamento dal risultato atteso</b>	
La prescrizione trasfusionale informatizzata non è stata avviata per difficoltà di natura tecnica legate all'installazione dell'applicativo dedicato ("emoward") nelle postazioni delle varie SC e SS dei due presidi ospedalieri di Palmanova e Latisana e nelle RSA e Hospice.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b>
	LA MANCATA ATTUAZIONE È LEGATA ALL'INCOMPATIBILITÀ DELL'APPLICATIVO INSIEL CHE NON È COMPATIBILE CON I BROWSER NECESSARI ALL'IMPIEGO DEGLI ALTRI APPLICATIVI INSIEL

<b>3.5.6 Erogazione dei livelli di assistenza</b>	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Contenimento del tasso di ospedalizzazione	del tasso di ospedalizzazione <=125 x mille
<b>Monitoraggio dell'indicatore sanitario al 31.12.2019</b>	
119,2 per mille	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
	<b>119,05</b>
riduzione del numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica, ricorrendo anche ad un maggiore utilizzo del <i>day service</i> ,	% ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica <= 20% per gli adulti e 40% per i pediatrici (criteri di calcolo Bersaglio)
<b>Monitoraggio dell'indicatore sanitario al 31.12.2019</b>	
% ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica: 8,2% per adulti, 9,9% pediatrici	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
	<b>Adulti 8,3</b> <b>Pediatrici 9,9</b>
riduzione della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni	percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni <=4%(criteri di calcolo Bersaglio)
<b>Monitoraggio dell'indicatore sanitario al 31.12.2019</b>	
percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni: 5,15%	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b>
	<b>5,1</b>



**3.6 RETE CURE SICURE FVG**

<b>3.6 Rete Cure sicure FVG</b>	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
continuazione nel 2019 dei programmi a regime e integrazione con nuove azioni	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. adattamento delle figure professionali (numero e tipologia dei professionisti) coinvolte nella Rete Cure Sicure FVG, in relazione al nuovo assetto istituzionale;</li> <li>2. mantenimento delle indicazioni e delle raccomandazioni ministeriali fino ad ora sviluppate, messa a regime di eventuali nuove raccomandazione e misurazione e verifica della loro adozione con riferimento alle strutture ospedaliere e ai distretti sanitari;</li> <li>3. aggiornamento dei referenti aziendali dei flussi informativi istituzionali nazionali relativi al rischio clinico;</li> <li>4. implementazione degli eventi formativi aziendali specifici per il tema come definito dal PFR 2019.</li> </ol>
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. L'adattamento delle figure professionali (numero e tipologia dei professionisti) coinvolte nella Rete Cure Sicure FVG, in relazione al nuovo assetto istituzionale, è stato effettuato mediante il rinnovo delle commissioni aziendali che trattano le seguenti tematiche: infezioni nelle organizzazioni sanitarie, diabete, cure libere da contenzione, buon uso del sangue e nucleo operativo rischio clinico.</li> <li>2. Garantito mantenimento delle indicazioni e delle raccomandazioni ministeriali fino ad ora sviluppate, messa a regime di eventuali nuove raccomandazione e misurazione e verifica della loro adozione con riferimento alle strutture ospedaliere e ai distretti sanitari. Sono state presidiate le raccomandazioni ministeriali rispetto al buon uso del sangue, prevenzione del rischio di suicidio, farmaci triturabili.</li> <li>3. Sono stati individuati i referenti aziendali dei flussi informativi istituzionali nazionali relativi al rischio clinico ed i nominativi sono stati inviati alla DCS.</li> <li>4. Implementati eventi formativi aziendali specifici per il tema come definito dal PFR 2019 con particolare riferimento a: microrganismi sentinella, inibitori di pompa protonica, sepsi nei vari setting assistenziali, buon uso degli antibiotici, scabbia, buon uso del sangue, non contenzione e coinvolgendo, in alcuni contesti, anche i Medici di Medicina Generale.</li> </ol>	
Implementazione del programma "Antimicrobial Stewardship"	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Almeno un corso di formazione aziendale specifica per personale medico (in particolare medici ospedalieri e medici di medicina generale) sul tema della lettura dell'antibiogramma e sulla prescrizione antibiotica mirata come da indicazioni del gruppo di coordinamento regionale;</li> <li>2. adozione e diffusione delle linee di indirizzo regionali per la gestione delle infezioni in ambito pediatrico;</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. adozione delle "Linee regionali per il riconoscimento precoce e la gestione della sepsi associata alle pratiche assistenziali" e monitoraggio degli indicatori riportati nel documento;</li> <li>4. evidenza di attività di coinvolgimento dei cittadini sul tema dell'uso appropriato degli antibiotici</li> <li>5. riduzione del consumo di antibiotici in ospedale e sul territorio: in particolare di cefalosporine e chinolonici (ambito ospedaliero e territoriale) e carbapenemi (ambito ospedaliero)</li> <li>6. partecipazione al processo di revisione dei documenti regionali sulla gestione delle infezioni nell'adulto</li> <li>7. partecipazione al processo di valutazione delle attività di stewardship aziendali mediante l'analisi dell'aderenza agli standard definiti nell'ambito del programma regionale</li> <li>8. diffusione e condivisione dei report regionali sul consumo di antibiotici e sulle resistenze batteriche nelle unità operative ospedaliere, nei distretti e nelle AFT (programma Antimicrobial stewardship)</li> <li>9. nomina di link professional territoriali della linea Antimicrobial</li> </ol>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Attuazione al 31.12.2019**

1. Svolto in Ospedale a Gorizia il 22/11/2019 il corso di formazione aziendale specifico per personale medico (in particolare medici ospedalieri e MMG) sul tema della lettura dell'antibiogramma e sulla prescrizione antibiotica mirata, come da indicazioni del gruppo di coordinamento regionale.
2. Le linee di indirizzo regionali per la gestione delle infezioni in ambito pediatrico sono state pubblicate nell'area intranet il 02/08/2019.
3. Adozione delle "Linee regionali per il riconoscimento precoce e la gestione della sepsi associata alle pratiche assistenziali" e monitoraggio degli indicatori riportati nel documento, pubblicato nell'area intranet il 02/08/2019.
4. Inviata in data 16/9/19 mail di sensibilizzazione a tutte le associazioni di volontariato di Tutela dei Cittadini presenti sul territorio con allegato depliant informativo "Usare gli antibiotici in modo corretto" per favorire la diffusione di tali documenti presso i loro associati, rendendosi disponibili ad ulteriori informazioni ed attività.
5. Report sul consumo di antibiotici in ospedale e sul territorio pubblicato sul sito intranet il 31/05/2019 e comunicazione inviata a tutto il personale operante in Azienda rispetto al tema in oggetto il 22/11/2019.
6. Partecipato al processo di revisione dei seguenti documenti regionali sulla gestione delle infezioni nell'adulto: "Bundle per la prevenzione delle infezioni Correlate all'assistenza connesse alle pratiche assistenziali" (Direzione centrale salute).
7. Partecipato al processo di valutazione delle attività di stewardship aziendali mediante l'analisi dell'aderenza agli standard definiti nell'ambito del programma regionale. HALT effettuato a livello territoriale nel mese di

<p>giugno 2019 (report inviato il 18/06/2019) e PPS svolta nel mese di ottobre 2019 in ambito ospedaliero, come da indicazioni regionali. Inviato report AAS2 alla DCS in data 02.12.2019. Svolti, inoltre, 67 incontri di FSC AAS2_19126 "Rischio clinico: indicazione e appropriatezza prescrittiva della terapia antibiotica (antimicrobial stewardship)".</p> <p>8. Garantita diffusione e condivisione del report regionale sul consumo di antibiotici e sulle resistenze batteriche nelle unità operative ospedaliere, nei distretti e nelle AFT, pubblicato nell'area intranet il 31/05/2019.</p> <p>9. Nominati i link professional territoriali della linea Antimicrobial: è stato identificato un operatore per ogni distretto laddove mancante (Alto e Basso Isontino), mentre nei Distretti Est e Ovest tali figure erano presenti da molti anni.</p>	
<p>Implementazione del programma "Controllo delle infezioni correlate all'assistenza"</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. effettuazione di una simulazione di evento epidemico (preparedness) che coinvolga le unità operative di Pronto Soccorso e di Terapia Intensiva;</li> <li>2. effettuazione della rilevazione secondo metodo HALT mirata a stimare la prevalenza di infezioni correlate all'assistenza in almeno una casa di riposo per distretto sanitario;</li> <li>3. effettuazione della PPS biennale (prevalenza puntuale sulle ICA e sulla prescrizione di antibiotici) negli ospedali per acuti;</li> <li>4. effettuazione sorveglianza sulle infezioni del sito chirurgico</li> <li>5. valutazione della compliance alle raccomandazioni dei comportamenti dei blocchi operatori.</li> <li>6. Partecipazione all'aggiornamento dei documenti regionali</li> </ol>
<p><b>Attuazione al 31.12.2019</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sull'area isontina: effettuata simulazione evento epidemico in data 6.11.19 in PS a Monfalcone e in dd 16.12.2019 in PS a Gorizia.</li> </ol> <p>Sull'area Bassa Friulana eseguita simulazione evento epidemico a Palmanova il 07/11/19 (evento epidemico - preparedness), a Latisana il 13/12/19 (evento epidemico - preparedness). Realizzato, inoltre, un corso di formazione aziendale il 22/11/19.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Rilevazione con metodo HALT svolta nel mese di giugno: <ul style="list-style-type: none"> <li>- nel Distretto Basso Isontino presso "Casa di riposo Serena di Grado" il 04.06.2019, nel Distretto Alto Isontino presso "Casa di riposo S. Giusto di Gorizia" il 10.06.2019. La comunicazione è stata inviata alla DCS in data 24.06.19 dal nucleo aziendale di Rischio clinico.</li> <li>- per il Distretto Est rilevazione effettuata presso "ASP Ardito Desio" di Palmanova e presso "Casa Mafalda" di Aiello; il report è stato inviato alla DCS il 18/06/19. Per il Distretto Ovest rilevazione effettuata nella "ASP G. Chiabà" di S. Giorgio di N. e nella Casa Riposo "Umberto I" di Latisana; il report è stato inviato il 18/06/19.</li> </ul> </li> <li>3. PPS svolta nel mese di ottobre 2019, come da indicazioni regionali. Inviato report AAS2 alla DCS in data 02.12.2019</li> </ol>	

4. La sorveglianza sulle infezioni del sito chirurgico è stata effettuata come da protocollo regionale dal mese di ottobre a dicembre 2019 (termine sorveglianza 30 aprile 2020, data ultima follow-up). Il report con gli esiti della rilevazione doveva essere trasmesso entro il 30/4/20 alla DCS ma i termini sono stati sospesi a causa dell'emergenza COVID. L'attività è stata comunque realizzata.
5. La rilevazione della compliance nei blocchi operatori è stata completata al 31/12/2019. Il report con gli esiti della rilevazione doveva essere trasmesso entro il 30/4/20 alla DCS ma i termini sono stati sospesi a causa dell'emergenza COVID. L'attività è stata comunque realizzata.
6. E' stata sempre garantita la partecipazione ai tavoli regionali per l'aggiornamento dei documenti.

Implementazione del programma "Sicurezza del farmaco":

1. messa a regime della diffusione della reportistica periodica destinata ai medici di medicina generale;
2. adozione e diffusione del documento regionale sulla gestione degli elastomeri
3. Evidenza di almeno un monitoraggio sull'applicazione delle seguenti raccomandazioni ministeriali:
  - o raccomandazione per la riconciliazione farmacologica;
  - o prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici;
  - o **prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike";**
  - o prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati;
  - o prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica;
  - o corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio -KCl- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio.
4. Evidenza di un intervento in almeno due case di riposo nel territorio dell'azienda per rivedere le prescrizioni di benzodiazepine e degli ipnotici degli ospiti.
5. **Riduzione del consumo di inibitori di pompa protonica a meno di 25 unità posologiche procapite (diretta+convenzionata e dpc)**
6. avvio programma sulla corretta gestione della nutrizione e idratazione nelle case di riposo

**Attuazione al 31.12.2019**

1. Report periodico messo a punto dalla SC Farmacia assieme alla Regione, destinato a tutti gli MMG di AAS2, con evidenza dell'attività prescrittiva di ciascuno, nel periodo esaminato. Nel corso dell'anno sono stati inviati n. tre report per ogni MMG (in data 13/08/2019 per i primi 5 mesi 2019, in data 8/10/2019 per i primi 6 mesi 2019 ed il 17/12/2019 per i primi 9 mesi 2019). L'8/10/2019 è stato anche inviato il report sulla sicurezza del farmaco contemplato dal programma regionale di gestione del rischio clinico.

2. Pubblicato sul sito intranet aziendale il documento regionale sulla gestione degli elastomeri e garantita la sua diffusione attraverso l'invio tramite mail a tutti gli operatori aziendali in data 1.04.2019.
3. Effettuati i seguenti monitoraggi secondo le raccomandazioni ministeriali:
  - prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici: eseguito monitoraggio per la prevenzione degli errori in terapia attraverso la check-list in uso nelle SC Oncologia dell'AAS N.2.
  - prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike": il documento è stato diffuso ai reparti e viene monitorato mediante la valutazione delle schede di terapia e dei moduli di read-back. Vengono inoltre effettuate valutazioni sulla sicurezza del farmaco mediante walk safety around controllando la gestione dei farmaci "Look-alike/sound-alike" all'interno delle strutture.
  - Aggiornato protocollo sulla prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati, inviato e pubblicato in intranet;
  - prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica: la valutazione viene effettuata mediante la valutazione delle segnalazioni di Incident Reporting che vengono discusse mediante audit.
  - corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio -KCl- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio: la verifica viene effettuata mediante la valutazione delle segnalazioni di Incident Reporting che vengono discusse con appositi audite. Vengono inoltre effettuate valutazioni sulla sicurezza del farmaco mediante walk safety around controllando la gestione delle soluzioni concentrate di KCl all'interno delle strutture.
4. Effettuato intervento per la riduzione del consumo di benzodiazepine per gli ospiti della casa di riposo S. Giusto di Gorizia, Ianus di Palmanova, Casa Comunale Sarcinelli di Cervignano, Casa Mafalda di Aiello del Friuli e proseguito presso Casa riposo Umberto I di Latisana.
5. Report periodico messo a punto dalla SC Farmacia assieme alla Regione, destinato a tutti gli MMG di AAS2, con evidenza dell'attività prescrittiva di ciascuno, nel periodo esaminato. Nel corso dell'anno sono stati inviati n. tre report per ogni MMG (in data 13/08/2019 per i primi 5 mesi 2019, in data 8/10/2019 per i primi 6 mesi 2019 ed il 17/12/2019 per i primi 9 mesi 2019). Il report di valutazione delle lettere di dimissione con prescrizione PPI con confronto tra anno 2018 e anno 2019 è a disposizione presso il Nucleo Operativo Rischio Clinico. È stato organizzato corso di aggiornamento AAS2\_19208 "Guida all'appropriatezza prescrittiva dell'uso degli inibitori di pompa (PPI) e la polifarmacoterapia nella popolazione anziana" a Monfalcone il 21/10/2019 e a Palmanova il 28/10/2019. E' stato aggiornato e pubblicato nell'area intranet aziendale il protocollo "Gli inibitori della pompa protonica (PPI): raccomandazioni per l'appropriatezza prescrittiva".

Di seguito il dato 2018 e 2019 del consumo procapite di inibitori di pompa protonica

(Fonte: Direzione Centrale Salute - Monitoraggio indicatori linee per la gestione)

	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>DELTA</b>	<b>DELTA%</b>
UNITA' PPI	29,50	30,88	1,38	4,68%

6. Nell'ambito delle visite di audit effettuate presso le case di riposo (vedi Linea 3.3.2.1.4 Monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani) sono state somministrate apposite griglie di rilevazione di voci specifiche sia per la nutrizione che per l'idratazione (valutazione rischio disidratazione, corretto fabbisogno alimentare, uso di schede adeguate ecc.) al fine di verificare la corretta adozione ed applicazione delle indicazioni aziendali.

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>OBIETTIVO STRALCIATO</b> <b>RIDUZIONE DEL CONSUMO DI INIBITORI DI POMPA PROTONICA A MENO DI 25 UNITÀ POSOLOGICHE PROCAPITE (DIRETTA+CONVENZIONATA E DPC)</b>
--------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

<b>3.7 Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH</b>	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Costituzione di un gruppo di lavoro sul benessere organizzativo	Almeno tre riunioni del gruppo aziendale
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
Il gruppo di lavoro aziendale sul benessere organizzativo è stato costituito con lettera prot. n. 0046600 d.d. 7/8/2019, a firma del Vice Commissario sanitario. Nel corso dell'anno sono stati realizzati n. 3 incontri in data 29/8/2019, 17/10/2019 e 28/11/2019. I fogli firme dei presenti è agli atti del Servizio di Promozione Salute AAS2.	
Partecipazione alla formazione specifica sulla valutazione del benessere soggettivo e dimensioni psico fisiche degli operatori	Evidenza della partecipazione
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
Il Responsabile del Servizio Promozione Salute ed il Medico competente hanno partecipato al Corso Annuale di alta formazione e aggiornamento in NeuroImmunoModulazione, Metabolismo, Nutrizione Clinica e Riabilitazione Fisico-Motoria, tenutosi a Venezia dal 15/02/2019 al 21/09/2019 avente come obiettivi didattico-formativi: l'applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based practice (EBM - EBN - EBP) al fine di misurare la resilienza e l'impatto del carico stressogeno sull'individuo.	
I medici competenti e il coordinamento regionale della rete HPH individuano una strategia per implementare la valutazione del benessere soggettivo nel corso delle visite	<ul style="list-style-type: none"> <li>– al momento della visita periodica, il medico competente misura le dimensioni del benessere psico-fisico attraverso una breve anamnesi e la valutazione della composizione corporea (rapporto massa grassa/massa magra)</li> <li>– i medici competenti collaborano con il comitato HPH di cui sono parte integrante, per la ricognizione dell'offerta aziendale riguardante sani stili di vita (evidenza di offerta dedicata agli operatori su stili di vita e gestione dello stress).</li> </ul>
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
Il gruppo di coordinamento regionale della rete HPH ed i medici competenti hanno individuato un'apposita scheda di rilevazione dei segni e sintomi di stress. La scheda è stata somministrata, su base volontaria, durante la Conferenza regionale della Rete HPH (tenutasi a Udine il 3/12/19) per superare le criticità rappresentate dai medici competenti riguardanti l'inserimento di tale prassi nelle attività della visita periodica di sorveglianza. E' seguita la discussione in plenaria per decifrare i sintomi ed acquisire strumenti di consapevolezza atti a	

riorientare gli stili di vita e la gestione dello stress cronico. L'elaborazione dei dati raccolti ha evidenziato la prevalenza di stanchezza al mattino e di fenomeni collegati all'iperattivazione del sistema simpatico (vasocostrizione periferica e insonnia).

I piani di miglioramento attivi sono sinergici e coerenti con la procedura già attivata dalla rete HPH (procedura "Resilienza sul posto di lavoro e standard psicoemozionali") che prevede l'autovalutazione e le sinergie.

I medici competenti hanno collaborato con il gruppo HPH per la ricognizione dell'offerta aziendale riguardante sani stili di vita. AAS2 garantisce percorsi ad hoc al personale con informativa diffusa sulla rete intranet aziendale e nell'ambulatorio del medico competente per mettere in atto un cambiamento salutare nell'ambiente di lavoro e rinforzare l'identità professionale e personale degli operatori. Altri piani di miglioramento sono in fase di valutazione quali: la possibilità di effettuare brevi pause per il personale turnista di reparto, l'attivazione di equipe miste di supporto al medico competente nell'attività di riorientamento "stili di vita e stress", l'attivazione di percorsi collegati all'INAIL.

#### **Motivazione dello scostamento dal risultato atteso**

In merito al punto 1. la valutazione della composizione corporea era fattibile solo acquisendo strumentazione adeguata (sperimentazione possibile tramite dispositivo BIA-ACC analisi clinica della composizione corporea); inoltre la formazione regionale sul tema della composizione corporea prevista per il 7/4/2019 è stata sospesa e realizzata solo a fine anno (3/12/19). Per superare tali criticità che rendevano non perseguibile l'obiettivo così come era stato costruito inizialmente, il gruppo di coordinamento regionale della rete HPH ed i medici competenti hanno condiviso di somministrare la scheda individuata di rilevazione dei segni e sintomi di stress in occasione della Conferenza regionale della Rete HPH (tenutasi a Udine il 3/12/19) e di attivare un piano di miglioramento in relazione agli esiti rilevati.

Rilevazione dell'offerta aziendale dedicata agli operatori su stili di vita e gestione dello stress nell'ambito delle attività del comitato aziendale HPH

Trasmissione della rilevazione al comitato regionale HPH

#### **Attuazione al 31.12.2019**

La scheda di rilevazione dell'offerta aziendale (con allegato depliant aziendale su stili di vita degli operatori) è stata trasmessa alla DCS in data 11/12/2019.

Nella seconda metà dell'anno: somministrazione in via sperimentale, al momento della visita periodica effettuata dal medico competente, della scheda di valutazione sul benessere psico-fisico condivisa a livello regionale.

Evidenza delle schede somministrate al campione identificato dal coordinamento regionale.

Definizione di un progetto di miglioramento sulla base degli esiti della rilevazione

#### **Attuazione al 31.12.2019**

Per superare le criticità rappresentate dai medici competenti riguardanti l'inserimento di tale prassi nelle attività della visita periodica di sorveglianza, il gruppo regionale HPH ha deciso di lavorare sulla rilevazione soggettiva (autovalutazione) individuando un'apposita scheda di rilevazione dei segni e sintomi di stress. La scheda è stata somministrata, su base volontaria, durante la Conferenza regionale della Rete HPH (tenutasi a Udine il 3/12/19). E' seguita la discussione in plenaria per decifrare i sintomi e acquisire strumenti di consapevolezza atti a riorientare gli stili di vita e la gestione dello stress cronico. L'elaborazione dei dati raccolti ha evidenziato la prevalenza di stanchezza al mattino e di fenomeni collegati all'iperattivazione del sistema simpatico (vasocostrizione periferica e insonnia) e la necessità di intervenire sull'empowerment individuale dell'operatore, che diventa funzionale sia alla sua salute e benessere che al trasferimento di competenze ai cittadini/ assistiti.

I piani di miglioramento attivati sono sinergici e coerenti con la procedura già attivata dalla rete HPH (procedura

"Resilienza sul posto di lavoro e standard psicoemozionali") che prevede l'autovalutazione e le sinergie.	
Identificare la rete dei link professional	Nominare almeno un rappresentate per: prevenzione, distretto, dipartimenti clinici, salute mentale, dipendenze
<b>Attuazione al 31.12.2019</b> I nominativi dei Link Professional per la rete HPH sono stati individuati con nota di data 7/8/2019 Prot. 46621, a firma del Vice Commissario Sanitario.	
Pazienti - astensione del fumo di tabacco in fase peri-operatoria • tutti i soggetti fumatori ai quali viene programmato un intervento chirurgico sono informati sui benefici della sospensione del fumo, nelle settimane precedenti e successive, sulla guarigione dopo intervento chirurgico e vengono invitati all'astensione	Allestire informativa e darne opportuna diffusione
<b>Attuazione al 31.12.2019</b> Acquisita la documentazione da parte del Coordinamento regionale, effettuati incontri con il gruppo regionale per definire la strategia di comunicazione. Diffusione nell'ambito del Comitato HPH della documentazione internazionale HPH sul tema. <a href="http://www.clinhp.org/iframe/Vol1_Issue1_p27_28.pdf">http://www.clinhp.org/iframe/Vol1_Issue1_p27_28.pdf</a> Linee guida: fumatori con chirurgia programmata: The Gold Standard Programme. Informativa pubblicata in Intranet AAS2	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

### 3.8. RAPPORTO CON I CITTADINI

<b>3.8.1 Tempi d'attesa</b>	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Monitoraggi tempi d'attesa	Realizzazione dei monitoraggi regionali e ministeriali
<b>Attuazione al 31.12.2019</b> I report di monitoraggio regionale e ministeriale sono stati trasmessi secondo le modalità e le scadenze definite dalla DCS.	
organizzare le agende delle prestazioni ambulatoriali specialistiche per consentire la prenotazione online del cittadino dell'offerta.	Evidenza della prenotabilità on line delle prestazioni indicate dalla Regione
<b>Attuazione al 31.12.2019</b> La prenotabilità on line per alcune prestazioni era già attiva. Nel corso del 2019 non sono pervenute dalla Regione ulteriori indicazioni circa nuove prestazioni per le quali attivare la prenotabilità on line.	
Tutte le agende di prenotazione (sia istituzionali che di libera professione) sono disponibili a CUP	Evidenza della prenotabilità a CUP di tutte le agende di attività istituzionale e libero professionale
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	



Tutte le agende di prenotazione (sia istituzionali che di libera professione) sono visibili a CUP.	
Assicurare la "garanzia" erogativa per le priorità B al > 95%, per la priorità D al > 90% e per le priorità P al > 85%.	<p>% di prestazioni monitorate prescritte in priorità B ed erogate entro 10gg &gt;=95%</p> <p>% di prestazioni monitorate prescritte in priorità D ed erogate entro 30gg se visite oppure <b>60</b> gg se diagnostiche &gt;=90%</p> <p>% di prestazioni monitorate prescritte in priorità P ed erogate entro 180gg &gt;=85%</p>
<p><b>Attuazione al 31.12.2019</b></p> <p><b>Priorità B:</b>  numero prestazioni che <b>rispettano</b> l'obiettivo: <b>9</b>  numero prestazioni che <b>non rispettano</b> l'obiettivo: <b>32</b>  numero prestazioni <b>non valutabili</b> per mancanza di richieste o perché di valenza regionale: <b>2</b></p> <p><b>Priorità D:</b>  numero prestazioni che <b>rispettano</b> l'obiettivo: <b>13</b>  numero prestazioni che <b>non rispettano</b> l'obiettivo: <b>28</b>  numero prestazioni <b>non valutabili</b> per mancanza di richieste o perché di valenza regionale: <b>2</b></p> <p><b>Priorità P:</b>  numero prestazioni che <b>rispettano</b> l'obiettivo: <b>29</b>  numero prestazioni che <b>non rispettano</b> l'obiettivo: <b>13</b>  numero prestazioni <b>non valutabili</b> per mancanza di richieste o perché di valenza regionale: <b>2</b></p>	
<p><b>Motivazioni dello scostamento dal risultato atteso:</b></p> <p>Non è stata garantita la percentuale di erogazione entro i tempi previsti in <b>priorità B</b> per le seguenti prestazioni: Visita cardiologica; Visita neurologica; Visita ortopedica; Visita otorinolaringoiatrica; Visita urologica; Visita dermatologica; Visita gastroenterologica; Visita pneumologica; Mammografia; TC senza e con contrasto Torace; TC senza e con contrasto Addome superiore; TC senza e con contrasto Addome inferiore; TC senza e con contrasto Addome completo; TC senza e con contrasto Capo; TC senza e con contrasto Rachide e speco vertebrale; TC senza e con contrasto Bacino; RMN Cervello e tronco encefalico; RMN Pelvi, prostata e vescica; RMN Muscoloscheletrica; RMN Colonna vertebrale; Ecografia Capo e collo; Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici; Ecocolordoppler dei vasi periferici; Ecografia Addome; Ecografia Mammella; Colonscopia; Sigmoidoscopia con endoscopia flessibile; Esofagogastroduodenoscopia; Elettrocardiogramma; Elettrocardiogramma dinamico (Holter); Spirometria; Elettromiografia.</p> <p>Non è stata garantita la percentuale di erogazione entro i tempi previsti in <b>priorità D</b> per le seguenti prestazioni: Visita cardiologica; Visita neurologica; Visita oculistica; Visita ortopedica; Visita ginecologica; Visita otorinolaringoiatrica; Visita urologica; Visita dermatologica; Visita gastroenterologica; Visita pneumologica; TC senza e con contrasto Torace; TC senza e con contrasto Capo; TC senza e con contrasto Rachide e speco vertebrale; TC senza e con contrasto Bacino; RMN Cervello e tronco encefalico; RMN Pelvi, prostata e vescica; RMN Muscoloscheletrica; RMN Colonna vertebrale; Ecografia cardiaca; Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici; Ecocolordoppler dei vasi periferici; Ecografia Addome; Colonscopia; Sigmoidoscopia con endoscopia flessibile; Esofagogastroduodenoscopia; Elettrocardiogramma dinamico (Holter); Spirometria; Elettromiografia.</p>	

<p>Non è stata garantita la percentuale di erogazione entro i tempi previsti in <b>priorità P</b> per le seguenti prestazioni: Visita oculistica; Visita dermatologica; Mammografia; RMN Cervello e tronco encefalico; RMN Pelvi, prostata e vescica; Ecografia cardiaca; Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici; Ecografia Addome; Ecografia Mammella; Colonscopia; Esofagogastroduodenoscopia; Fondo Oculare.</p>	
<p>Le AAS/ASUI/IRCCS dovranno garantire altresì il rispetto dei tempi di attesa per gli interventi indicati, secondo i codici di priorità A (per almeno il 95% della casistica), B, C e D (per almeno il 90% della casistica) del punto 2 dell'allegato A</p>	<p>% di interventi chirurgici monitorati e prescritti con priorità A che rispettano i tempi d'attesa &gt;=95%</p> <p>% di interventi chirurgici monitorati e prescritti con priorità B,C e D che rispettano i tempi d'attesa &gt;=90%</p>
<p><b>Attuazione al 31.12.2019</b></p> <p><b>Priorità A:</b>                      numero interventi che <b>rispettano</b> l'obiettivo: <b>4</b>                      numero interventi che <b>non rispettano</b> l'obiettivo: <b>9</b>                      numero interventi <b>non valutabili</b> per mancanza di richieste o perché non erogate in azienda: <b>5</b>.</p> <p><b>Priorità B:</b>                      numero interventi che <b>rispettano</b> l'obiettivo: <b>6</b>                      numero interventi che <b>non rispettano</b> l'obiettivo: <b>5</b>                      numero interventi <b>non valutabili</b> per mancanza di richieste o perché non erogate in azienda: <b>7</b>.</p> <p><b>Priorità C:</b>                      numero interventi che <b>rispettano</b> l'obiettivo: <b>10</b>                      numero interventi che <b>non rispettano</b> l'obiettivo: <b>1</b>                      numero interventi <b>non valutabili</b> per mancanza di richieste o perché non erogate in azienda: <b>7</b>.</p> <p><b>Priorità D:</b>                      numero interventi che <b>rispettano</b> l'obiettivo: <b>7</b>                      numero interventi che <b>non rispettano</b> l'obiettivo: <b>3</b>                      numero interventi <b>non valutabili</b> per mancanza di richieste o perché non erogate in azienda: <b>8</b>.</p>	
<p><b>Motivazioni dello scostamento dal risultato atteso:</b></p> <p>Non è stata garantita la percentuale di erogazione entro i tempi previsti in <b>priorità A</b> per i seguenti interventi chirurgici: Artroprotesi d'anca; Cataratta; Emorroidectomia; Neoplasia del colon retto; Neoplasia della prostata; Neoplasia del rene; Neoplasia dell'utero; Riparazione ernia inguinale; Tonsillectomia.</p> <p>Non è stata garantita la percentuale di erogazione entro i tempi previsti in <b>priorità B</b> per i seguenti interventi chirurgici: Artroprotesi d'anca; Emorroidectomia; Neoplasia del colon retto; Riparazione ernia inguinale; Tonsillectomia.</p> <p>Non è stata garantita la percentuale di erogazione entro i tempi previsti in <b>priorità C</b> per i seguenti interventi chirurgici: Tonsillectomia.</p> <p>Non è stata garantita la percentuale di erogazione entro i tempi previsti in <b>priorità D</b> per i seguenti interventi chirurgici: Artroprotesi d'anca; Neoplasia della vescica; Tonsillectomia.</p>	
<p>Rispettare il rapporto tra attività libero professionale di cui al CCNLL e le priorità fissate di "garanzia" per il</p>	<p>Evidenza del rispetto del rapporto tra attività libero professionale e attività istituzionale di cui al CCNLL</p>

cittadino assumendo ogni modalità organizzativa necessaria allo scopo, rivedendo l'organizzazione erogativa (rapporto tra offerta e domanda, analisi della tipologia di domanda, calibrazione del sistema di gestione delle code affrontando la contingenza, influenza della domanda, ecc.) e ricorrendo alla finalizzazione delle risorse contrattuali di risultato del personale, nonché delle RAR allo scopo stanziato, oltre che delle risorse previste dalla L.R. n.7/2009.

### Attuazione al 31.12.2019

Nel 2019 è stato rispettato il rapporto tra attività libero professionale e attività istituzionale.

Di seguito si riporta una tabella riepilogativa con i dati del 2019.

<b>Rapporto SIASA/Libera Professione</b>			
<b>Presidi ospedalieri AAS2 - 2019</b>			
EROGATORI	SIASA	LP	% LP/SIASA
ANATP	10.036	991	10%
ANESD	3.399	41	1%
ANEST	5.174	48	1%
CARDI	35.814	4.698	13%
CHGEN	20.490	2.478	12%
DERMO	17.521	522	3%
DIABE	21.075	469	2%
DIET	6.365		0%
GASTR	22.987	287	1%
LABOR	1.811.606		0%
MEDIC	21.019	1.506	7%
MEDLV	873		0%
MEDTR	9.046		0%
NEFRO	45.131		0%
NEURO	35.878	1.740	5%
OCULI	31.661	7.450	24%
ODONT	8.358		0%
ONCOL	23.785	175	1%
ORTOP	34.880	6.229	18%
OSTET	38.823	8.258	21%
OTORI	24.050	2.163	9%

PEDIA	1.523		0%	
PNEUM	12.527	539	4%	
PSICH	967	25	3%	
RADDI	110.641	5.703	5%	
RIABI	56.867	1.001	2%	
UROLO	13.597	1.136	8%	
Le AAS/ASUI rendicontano alla DCS le modalità di utilizzo del finanziamento attribuito con la legge 7/2009, tenendo conto che una quota di almeno il 40% è da utilizzare per l'acquisto di prestazioni dagli erogatori privati convenzionati, in aggiunta al budget assegnato per il periodo 2017-2019 con la stipula degli accordi adottati con la DGR n. 42/2017				Evidenza della rendicontazione trasmessa alla DCS, circa la modalità di utilizzo del finanziamento attribuito con la LR 7/2009
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>				
<p>La rendicontazione è stata trasmessa alla DCS con nota ASUGI prot. 32849-P del 30/4/2020 ad oggetto "Rendicontazione delle attività finalizzate e/o delegate dalla Regione 2019 della soppressa AAS2 Bassa Friulana Isontina".</p> <p>Per l'anno 2019, i fondi di cui alla LR 7/2009 non sono stati utilizzati per acquisto di prestazioni dagli erogatori privati convenzionati.</p>				
<p>A seguito dell'approvazione del nuovo Piano Nazionale di governo delle liste d'attesa (Pngla) per gli anni 2018/2020, la Regione provvederà all'adozione del Piano Regionale di Governo delle liste di attesa. Successivamente entro 60 giorni dall'adozione del Piano Regionale, a loro volta le Aziende sanitarie dovranno adottare un nuovo Programma Attuativo Aziendale o aggiornare quello in uso, in coerenza con quanto definito in ambito regionale e provvedere all'invio dello stesso alla Regione.</p> <p>Analogamente, nel corso del 2019 la Regione provvederà a diffondere delle linee di indirizzo per la redazione e l'adeguamento dei regolamenti aziendali sulla Libera Professione.</p>		<p>Adozione del Programma Attuativo Aziendale del Governo delle liste di attesa in coerenza con quello che verrà definito in ambito regionale e trasmissione dello stesso alla DCS</p> <p>Adeguamento del regolamento aziendale sulla Libera professione in coerenza con le linee di indirizzo che verranno diffuse dalla Regione</p>		
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>				
<p>Con DGR 1815 del 25.10.2019 è stato approvato il nuovo Piano Regionale di governo delle liste d'attesa comprensivo delle linee per la disciplina dei percorsi e dei meccanismi che assicurano la coerenza fra i tempi massimi di attesa e il diritto all'esercizio dell'attività libero professionale. Il Piano prevede l'adozione del Programma Attuativo Aziendale entro i successivi 60 gg.</p> <p>Con DGR 2195 del 20.12.2019, il termine per l'adozione del Piano è stato posticipato al 28.2.2020 sia per ASUFC che per ASUGI, in quanto oggetto di riorganizzazione.</p> <p>Entrambe le Aziende hanno adottato il Programma Attuativo Aziendale del Governo delle liste d'attesa entro i tempi previsti.</p>				

Valutazione	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
<b>3.8.2 Rapporto con pazienti e familiari nelle attività di ricovero</b>	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
In tutte le degenze intensive e semi-intensive sono abolite le limitazioni non motivatamente necessarie (es. effettiva necessità di isolamento) poste a livello temporale per i care giver indicati dai pazienti, con presenza di uno per volta	Nelle degenze intensive e semi-intensive della Regione, sono abolite le limitazioni non motivatamente necessarie (es. effettiva necessità di isolamento) poste a livello temporale per i care giver indicati dai pazienti, con presenza di uno per volta
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
<p>Già nel 2017 era stata effettuata la formazione specifica ed implementato il modello di terapia Intensiva aperta per 6 ore al giorno nella Medicina d'urgenza dell'Ospedale di Palmanova e di Latisana.</p> <p>La formazione ed il modello sono stati estesi anche alla Terapia intensiva di Monfalcone e nelle degenze intensive della Cardiologia di Gorizia e Monfalcone. La Terapia intensiva di Gorizia aveva già da diversi anni abolito le limitazioni se non motivatamente necessarie.</p>	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Proposta del questionario ad almeno il 90% dei pazienti dimessi dopo un intervento di chirurgia programmata e svolta in ricovero ordinario	L'obiettivo è raggiunto se l'Azienda ottiene un valore $\geq 90\%$ .
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
<p>Elaborato il report annuale 2018 "Contatto telefonico dopo dimissione da un reparto chirurgico dopo intervento" e presentato in data 11/2/19 alle strutture del Dipartimento chirurgico dei due presidi ospedalieri. Realizzato incontro multiprofessionale di audit e analisi dei dati il 15/10/19 a Palmanova con il Dip.to Chirurgico di Latisana-Palmanova ed il 17/10/19 a Gorizia con il Dip.to Chirurgico di Gorizia-Monfalcone.</p> <p>Elaborato il report annuale 2019 "Contatto telefonico dopo dimissione da un reparto chirurgico dopo intervento". Il report è stato pubblicato sul sito Internet e Intranet aziendale. Per l'anno 2019 il rapporto tra il numero di schede raccolte (questionari proposti ai pazienti candidabili) ed il numero di utenti candidabili (pazienti con età <math>\geq 18</math>anni sottoposti ad intervento chirurgico in regime di ricovero ordinario programmato e dimesso a domicilio) è stato pari al <b>72,98%</b>.</p>	
Valutazione	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
Ogni paziente ricoverato in ospedale deve ricevere l'informazione di chi è il medico responsabile della gestione del proprio caso e che, pertanto, assicura la coerenza delle diverse azioni che caratterizzano l'intera degenza	È identificato il medico responsabile per la gestione del singolo paziente ricoverato
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
Tutti i reparti hanno identificato una modalità per l'individuazione del medico responsabile della gestione del ricovero del paziente.	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO

#### 4. IL SISTEMA INFORMATIVO

4.1 Il Sistema informativo	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Censimento dei principali Servizi ICT a supporto della funzionalità ed organizzazione delle Aziende e redazione di un Piano di riorganizzazione	Redazione del piano di riorganizzazione
<p><b>Attuazione al 31.12.2019</b></p> <p>L'obiettivo non era chiaro vista la riorganizzazione prevista dalla LR di riforma del SSR. Non sono pervenuti chiarimenti da parte della Direzione Centrale Salute in merito al risultato atteso.</p>	
<p><b>Motivazione dello scostamento dal risultato atteso</b></p> <p>Non sono pervenuti chiarimenti da parte della Direzione Centrale Salute in merito al risultato atteso.</p>	
Valutazione	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
Regolamento europeo GDPR n. 679/2016 e D.LGS. 196/2003 come modificato dal D. Lgs. 101/2018	Partecipazione del Direttore Generale/ Commissario, Direttore Amministrativo/ <b>Viceministro amministrativo</b> , Direttore Sanitario/ <b>Viceministro sanitario</b> al corso sul trattamento dei dati personali realizzato dalla DCS
<p><b>Attuazione al 31.12.2019</b></p> <p>Il corso si è tenuto nella sede del Consiglio regionale a Trieste in data 21 maggio 2019.</p> <p>Per AAS2 hanno partecipato: il Commissario straordinario, il Vice-commissario amministrativo ed il Vice-commissario sanitario</p>	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Partecipazione ai gruppi di lavoro (Gestione Risorse Umane, Gestione contabilità) Configurazione e avviamento secondo la tempistica definita a livello regionale	90% degli incontri Configurazione e avviamento secondo la tempistica regionale
<p><b>Attuazione al 31.12.2019</b></p> <p>Gli operatori AAS2 hanno partecipato alle attività dei vari gruppi di lavoro ed in particolare: Partecipato al 100% degli incontri svolti in data 20/5 e 3/6/2019 a Udine (per il gruppo di lavoro Contabilità, Economato e Controllo di gestione) durante i quali sono state condivise alcune scelte tecniche ed è stato presentato il nuovo software. In seguito, tuttavia, non sono stati convocati ulteriori incontri da parte della DCS per cui l'attività si è bloccata per cause non riconducibili a scelte aziendali.</p> <p>Per il gruppo di lavoro delle risorse umane, garantita la partecipazione al 100% degli incontri organizzati a Udine dalla DCS e INSIEL propedeutici all'avvio del nuovo sistema operativo HR Giuridico/economico (sistema SIGMA di GPI) che sostituirà ASCOT PERSONALE. Gli incontri hanno riguardato l'area economica e previdenziale e si sono svolti nei mesi di maggio/giugno. Successivamente non sono stati convocati ulteriori incontri e l'attività si è interrotta per cause indipendenti dall'Azienda.</p> <p>La configurazione e l'avvio dei nuovi sistemi non è avvenuta entro fine anno per scelta regionale.</p>	
<p><b>Motivazione dello scostamento dal risultato atteso</b></p> <p>Dopo una prima fase, svolta nel primo semestre, durante la quale i gruppi di lavoro Contabilità, Controllo di</p>	

<p>Gestione, Economato e Personale hanno garantito la propria partecipazione ai rispettivi tavoli tecnici regionali, l'attività si è bloccata. L'avvio dei nuovi sistemi non è avvenuto per cause non riconducibili all'Azienda.</p>	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Partecipazione gruppo di lavoro sulla Cartella clinica Configurazione e avviamento secondo la tempistica definita a livello regionale</p>	<p>90% incontri Configurazione e avviamento secondo la tempistica regionale</p>
<p><b>Attuazione al 31.12.2019</b></p> <p>L'attività non era realizzabile. Nel corso dell'anno 2019 non sono pervenute convocazioni dalla DCS in merito ai gruppi di lavoro sulla Cartella clinica nè sono state fornite informazioni o indicate tempistiche relative alla configurazione e all'avviamento della nuova Cartella.</p>	
<p><b>Motivazioni dello scostamento dal risultato atteso</b></p> <p>Nel corso dell'anno 2019 non sono pervenute convocazioni dalla DCS in merito ai gruppi di lavoro sulla Cartella clinica e non sono state fornite tempistiche e informazioni relative alla configurazione e all'avviamento della nuova Cartella.</p>	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Completamento della ricetta dematerializzata</p>	<p>Farmaceutica &gt;90%</p>
<p><b>Attuazione al 31.12.2019</b></p> <p>Tutte le Strutture aziendali sono state configurate per la prescrizione dematerializzata di prestazioni e farmaci. L'utilizzo dello strumento dipende dal comportamento degli operatori.</p> <p>Di seguito i dati rilevati dal cruscotto direzionale (calcolati sull'erogato della farmaceutica). % dematerializzata MMG anno 2019: 74% (dato 2018: 71,86%); % dematerializzata specialisti 68,22% (2018: 61,64%)</p> <p><i>Fonte: Cruscotto direzionale Visual Analytics - Erogato farmaceutica</i></p>	
<p><b>Motivazioni dello scostamento dal risultato atteso</b></p> <p>L'utilizzo dello strumento dipende dal comportamento degli operatori. Si evidenzia un progressivo incremento nell'utilizzo della ricetta dematerializzata, rispetto all'anno precedente, sia da parte degli MMG che degli specialisti ambulatoriali ed ospedalieri.</p>	
Valutazione	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
<p>Firma digitale</p> <p>Produzione e trasmissione <i>Patient Summary</i> da parte dei mmg/pls</p> <p>Tutte le Aziende garantiscono la tracciabilità (biffatura su applicativo GECO) sull'avvenuta presa visione dell'informativa rispetto al trattamento dei dati personali di base; la singola biffatura è valida nell'ambito dell'anagrafica degli assistiti regionale.</p>	<p>Referti ambulatoriali per interni ed esterni &gt; 95% Laboratorio e microbiologia &gt;98%</p> <p>Radiologia &gt; 98% Lettera di dimissione &gt;98% Pronto soccorso &gt;98%</p> <p>Produzione e trasmissione <i>Patient Summary</i> attivato &gt; 80% dei mmg/pls</p> <p>100% degli accessi</p>

**Attuazione al 31.12.2019**

Referti ambulatoriali per interni ed esterni: 91,3% (escluso radiologia)

Laboratorio e microbiologia: non di competenza AAS2 (dato fornito dai centri hub di riferimento)

Radiologia: 99,9%

Lettera di dimissione: 91,5%

Pronto soccorso >88,0%

Produzione e trasmissione *Patient Summary* attivato > 80% dei mmg/pls: non sono pervenute indicazioni dalla DCS in merito alle modalità di trasmissione delle informazioni contenute nei *patient summary* redatti dai singoli MMG/PLS

Biffatura su applicativo GECO: il servizio (adeguamento dell'applicativo GECO con le indicazioni sulle nuove modalità di presa visione dell'informativa) è stato attivato in tutte le strutture ospedaliere e territoriali dalla data del 28/05/2019.

% accessi: dato non disponibile a livello aziendale

Valutazione	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO NON RAGGIUNTI GLI OBIETTIVI RELATIVE A REFERTI AMBULATORIALI, LETTERA E PRONTO SOCCORSO E PATIENT SUMMERY
sicurezza fisica e logica/funzionale del sistema informativo, anche in attinenza ai temi relativi alla circolare n. 2/2017 del 18 aprile 2017 di AgID "misure minime di sicurezza" ed entrata in vigore del GDPR – (Regolamento UE 2016/679)	31.12.2019

**Attuazione al 31.12.2019**

Nel corso del 2019, in continuità con le attività intraprese negli anni precedenti e sulla base dell' analisi del contesto che hanno evidenziato la necessità di nuovi interventi mirati, sono state implementate varie azioni atte ad aumentare il livello di sicurezza fisica e logica dei sistemi informativi aziendali. Nello specifico, gli ambiti gestiti sono riconducibili alle seguenti aree:

Infrastruttura informatica

Postazioni di lavoro

Aspetti organizzativi

Le attività svolte per ciascun ambito sono state:

Infrastruttura informatica

Acquisto nuovi apparati di rete LAN per sostituire quelli in EOS [giugno]

Rimozione regola visibilità su firewall non più necessaria [giugno]

Impostazione ACL per segregazione traffico dispositivi POS [giugno]

Revisione server NPS per policy di accesso alla rete [giugno]

Sostituzione switch di rete in EOS con altri nuovi apparati - Sede Cervignano [giugno]

Affidamento in Consip RL6 per revisione fisica 75 armadi di rete [giugno]



Cessazione collegamenti SPC su ambito AAS2 non più necessari [luglio]  
 Sostituzione switch di rete in EOS con altri nuovi apparati - Sede Latisana [luglio]  
 Sostituzione switch di rete armadi di rete sale operatorie ospedale Gorizia con apparati che permettono configurazioni di sicurezza avanzate [agosto]

Postazioni di lavoro  
 Acquisto 400 nuovi pc e relativi monitor per dismettere postazioni con sistema operativo Windows XP [gennaio]  
 Rilascio di critical patch per Antivirus Officescan [marzo]  
 Acquisto 400 nuovi pc e relativi monitor per dismettere postazioni con sistema operativo Windows XP [giugno]  
 Rilascio di critical patch per Antivirus Officescan [luglio]

**Aspetti organizzativi**

Introduzione nuovo meccanismo di gestione credenziali utente amministratore locale workstation – LAPS [gennaio]  
 Modifica delle modalità di assegnazione e gestione delle credenziali di dominio agli utenti [marzo]  
 Inizio dei test per aggiornamento massivo centralizzato versione browser Internet Explorer [aprile]  
 Relativamente agli interventi effettuati sono state inviate le seguenti comunicazioni alla DCS-Sistema Informativo: prot. n. 75631 e prot. n. 75632 del 20/12/2019

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
SALUTE MENTALE: Configurazione e avviamento del sistema secondo le tempistiche definite a livello regionale	Configurazione e avviamento del sistema secondo le tempistiche definite a livello regionale  Partecipazione al gruppo di lavoro (90% delle presenze)
ASSISTENZA TERRITORIALE: predisposizione dei requisiti per capitolato tecnico	

**Attuazione al 31.12.2019**

SALUTE MENTALE: il 23 agosto 2019 si è tenuto a Palmanova l'incontro per l'avvio del nuovo applicativo con la presenza degli operatori del Servizio Informativo aziendale ed i referenti dei CSM, dell'Area Welfare e della DCS. E' stata definita e completata, entro fine anno, l'analisi delle postazioni e della configurazione del nuovo applicativo mentre si è concordato di avviare il nuovo sistema nel 2020 vista la riorganizzazione in atto del SSR ed il previsto scorporo di AAS2 al 31.12.19.

ASSISTENZA TERRITORIALE: Nel corso dell'anno 2019 non sono pervenute convocazioni in merito al gruppo di lavoro

**Motivazioni dello scostamento dal risultato atteso**

SALUTE MENTALE: Si è concordato di avviare il nuovo sistema per la Salute Mentale nel 2020 vista la riorganizzazione in atto del SSR ed il previsto scorporo di AAS2 al 31.12.19.

ASSISTENZA TERRITORIALE: Nel corso dell'anno 2019 non sono pervenute convocazioni in merito al gruppo di lavoro

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
-------------	---------------------

Predisposizione delle informative per le ditte esterne in accordo all'art. 28 del GDPR 679/2017	50% entro 31.05.2019 85% entro 30.10.2019 100% entro 31.12.2019
-------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------

**Attuazione al 31.12.2019**

Predisposta l'informativa per le ditte esterne ai sensi del GDPR 679/2017 ed approvata con Decreto commissariale n. 464 dd 5/9/2019 ad oggetto "APPROVAZIONE MODULI AZIENDALI DI "DESIGNAZIONE A RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO DEI DATI DI TITOLARITÀ A.A.S. N. 2 "BASSA FRIULANA, ISONTINA", NOMINA AD AUTORIZZATO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI NONCHÉ QUELLI INERENTI LA RICHIESTA DI V.P.N. "VIRTUAL PRIVATE NETWORK".

La SC Acquisti lavori, beni e servizi ha inviato l'informativa di cui al GDPR 679/2017 al 100% delle ditte esterne, su ogni gara o prosecuzione contrattuale.

La SSD Sistema Informativo e Informatico ha inviato l'informativa, entro il mese di febbraio 2020 al 100% dei fornitori di competenza (inviata 16 PEC relative a 16 contratti con le quali sono state trasmesse le informative).

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Gestione dell'attività sanitaria in ambito ospedaliero	<p>a. <b>Potenziamento, revisione ed estensione delle integrazioni dei sistemi clinico sanitari</b></p> <p>b. <b>Normalizzazione della gestione delle credenziali, individuazione ed attivazione sistema Single Sign On</b></p> <p>c. Implementazione della prescrizione trasfusionale informatizzata</p>

**Attuazione al 31.12.2019**

Per i punti a) e b) durante l'anno 2019 la Regione non ha fornito informazioni o tempistiche per l'avvio delle attività indicate.

In merito al punto c) si rinvia a quanto già scritto nella linea 3.5.6. Sangue ed emocomponenti per la prescrizione trasfusionale informatizzata.

**Motivazioni dello scostamento dal risultato atteso**

Relativamente ai punti a) e b) durante l'anno 2019 non sono state fornite tempistiche e informazioni relative alle attività indicate.

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Gestione dell'attività sanitaria in ambito di assistenza distrettuale	<p>Collegamento informatico presso tutte le sedi aziendali</p> <p><b>Piattaforma di connessione con la medicina generale</b></p> <p>Avviamento del nuovo sistema di iscrizione ai MMG presso tutte le aziende del SSR</p> <p><b>Avviamento del sistema di logistica, gestione e distribuzione degli ausili, protesi e ortesi in fase di acquisizione dall'ARCS</b></p>

**Attuazione al 31.12.2019**

Effettuato collegamento informatico presso tutte le sedi distrettuali AAS 2

Nel corso del 2019 non sono pervenuti i chiarimenti necessari da parte della Direzione Centrale Salute per l'avvio

della piattaforma di connessione con la medicina generale  
 Non sono state fornite tempistiche e informazioni alle Aziende per l'avvio del nuovo sistema di iscrizione ai MMG  
 Non sono pervenuti i chiarimenti necessari da parte della Direzione Centrale Salute per l'avvio del nuovo sistema di gestione e distribuzione degli ausili/protesi e ortesi in fase di acquisizione da parte dell'ARCS.

**Motivazioni dello scostamento dal risultato atteso**

In merito ai punti b), c) e d) non sono pervenuti i necessari chiarimenti e le indicazioni da parte della Direzione Centrale Salute per la realizzazione delle attività previste.

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Gestione dell'attività sanitaria in ambito di assistenza socio sanitaria	Adozione e configurazione di un unico strumento regionale per i DSM

**Attuazione al 31.12.2019**

In data 23 agosto 2019 si è tenuto a Palmanova l'incontro per l'avvio del nuovo applicativo con la presenza degli operatori del Servizio Informativo aziendale ed i referenti dei CSM, dell'Area Welfare e della DCS.  
 Entro fine anno è stata completata l'attività di analisi delle postazioni e della configurazione del nuovo applicativo per il DSM mentre si è concordato di avviare il nuovo sistema nel 2020 alla luce del previsto scorporo dell'AAS2.

**Motivazioni dello scostamento dal risultato atteso**

Si è concordato di avviare il nuovo applicativo nel 2020 vista la riorganizzazione del SSR di cui alla LR di riforma ed il previsto scorporo dell'AAS2.

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Gestione dell'attività dell'Area Welfare (par. 3.2.3)	supporto alla revisione, implementazione, manutenzione evolutiva piattaforma FAD supporto all'impostazione e all'avvio di un sistema informativo sulla cooperazione sociale sviluppo del sistema di VMD Val.Graf-FVG. e supporto all'utilizzo revisione processi operativi SIL e adeguamento sistema informativo SILweb

**Attuazione al 31.12.2019**

L'area Welfare è dotata di un sistema informativo autonomo.  
 Nel merito si rimanda a quanto già riportato per le linee progettuali afferenti all'Area Welfare (par. 3.2.3).

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Sistema informativo Cooperazione sociale	collaborare allo sviluppo un sistema informativo per la gestione dell'Albo regionale delle cooperative sociali e consentire il monitoraggio delle attività e delle risorse nell'ambito dei servizi sociosanitari, socio assistenziali e socio educativi.

**Attuazione al 31.12.2019**

Durante l'anno 2019 non sono pervenute richieste di collaborazione allo sviluppo di un sistema informativo per la gestione dell'Albo regionale delle cooperative sociali.

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Gestione dell'attività della Odontoiatria Pubblica	Supporto all'attività della cartella clinica elettronica
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
Si è ritenuto opportuno non procedere all'avvio della cartella elettronica per l'Odontoiatria Pubblica visto lo scorporo AAS2 previsto dalla legge di riforma SSR che avrebbe comportato importanti conseguenze nella gestione dei dati raccolti.	
<b>Motivazioni dello scostamento dal risultato atteso</b>	
Si è ritenuto opportuno non procedere all'avvio della cartella elettronica per l'Odontoiatria Pubblica visto lo scorporo aziendale previsto dalla legge di riforma SSR dal 01/01/2020 che avrebbe comportato importanti conseguenze nella gestione dei dati raccolti.	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO

<b>4.1 Sistema PACS regionale</b>	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Rinnovo del sistema PACS regionale con aggiornamento delle sue componenti tecnologiche	Aggiornamento delle precondizioni impiantistiche e logistiche Supporto tecnico alle attività di installazione.
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
E' stato fornito il supporto tecnico necessario all'installazione, presso i locali tecnici aziendali, dei nuovi apparati previsti per l'aggiornamento tecnologico dell'infrastruttura centrale, nonché il supporto utile alla sostituzione delle workstation di refertazione.	
Il collaudo definitivo è stato sospeso in attesa del completamento degli allestimenti previsti presso le sale operatorie dell'ospedale di Gorizia e di Monfalcone ad opera del fornitore ed è stato completato nel mese di dicembre 2019.	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Consultazione/visualizzazione di referti e immagini in situazione emergenziale inter-aziendale: prosecuzione della messa a regime del caso d'uso negli ambiti clinici previsti dalla programmazione sanitaria regionale.	Le Aziende garantiscono supporto tecnico e clinico nelle attività di messa a punto e collaudo dei sistemi di collegamento Spoke-Hub.
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
Consultazione/visualizzazione di referti e immagini in situazione emergenziale inter-aziendale attiva per entrambi gli Hub di riferimento (ASUIUD e ASUITS) secondo le architetture attualmente disponibili.	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Collaudo presso un sito pilota della soluzione di integrazione SIO/PACS per la produzione di un referto multimediale in Radiologia, già testata in ambiente di prova e avvio della soluzione a livello regionale.	Le Aziende garantiscono il supporto tecnico e clinico per le attività di collaudo e avviamento presso gli altri siti regionali secondo il programma che sarà redatto da ARCS d'intesa con INSIEL e con il fornitore PACS.

<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
<b>Obiettivo stralciato dalla DGR 1812/2019</b>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b>
Proseguimento dell'estensione sistema PACS all'intero ambito dell'endoscopia ambulatoriale (broncoscopia, cistoscopia, isteroscopia, ...) in relazione alle esigenze cliniche espresse dalle Aziende.	Entro marzo ogni Azienda conferma le esigenze cliniche nei vari ambiti dell'endoscopia ambulatoriale e predispone un piano di attuazione delle precondizioni tecnologiche per l'adozione dei profili di integrazione versus G2 e PACS. Entro l'anno ogni Azienda si impegna ad attivare il flusso di integrazione versus G2 e PACS almeno per uno degli ambiti clinici individuati.
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
<p>L'azienda non ha avuto evidenza di nuove esigenze cliniche nei vari ambiti dell'endoscopia ambulatoriale. In carenza di richieste cliniche specifiche, si è proceduto ad un'analisi sull'opportunità di estendere il sistema PACS nei vari settori dell'endoscopia ambulatoriale.</p> <p>Premesso che non tutte le telecamere censite sono riconducibili a colonne utilizzate in ambito ambulatoriale, la mappatura attuata ha portato ad individuare, in primis, quali settori strategici su cui poter estendere il PACS, le colonne endoscopiche degli ambulatori ospedalieri di Pneumologia ed Urologia di Gorizia, ed, in una fase successiva, l'ambulatorio di Isteroscopia di Latisana, non appena verrà acquisita la nuova colonna.</p> <p>Rilevato che la colonna della SC Urologia di Gorizia risultava essere supportata dal costruttore ed idonea alla digitalizzazione, è stata individuato tale ambito clinico come idoneo per poter attivare il flusso di integrazione versus G2 e PACS.</p> <p>Il Direttore della SC di Urologia, incontrato ed informato mediante l'invio del documento del caso d'uso generale per la gestione delle immagini endoscopiche, ha dimostrato disponibilità all'estensione al PACS regionale nell'ambulatorio della propria struttura.</p> <p>A dicembre 2019 è stata acquistata e installata una postazione per l'acquisizione delle immagini endoscopiche per l'integrazione al sistema PACS aziendale nell'ambulatorio urologico del P.O. di Gorizia.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Potenziamento delle funzionalità elaborative con moduli aggiuntivi per l'analisi diagnostica evoluta in distretti anatomici specifici, secondo motivate richieste aziendali e in coerenza con il progetto regionale di sviluppo dei sistemi informativi ospedalieri.	Ogni azienda presenta entro marzo un documento di richiesta motivata di moduli di post elaborazione da integrare nel sistema PACS regionale.
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
Non sono pervenute, da parte delle strutture aziendali, richieste di moduli aggiuntivi per l'analisi diagnostica evoluta in distretti anatomici specifici.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

## 8. FORMAZIONE

### 8.1 Formazione

Obiettivo aziendale enti SSR	Risultato atteso
<p>Accreditamento di eventi FAD gestiti su piattaforma HTL.</p> <p>Utilizzo della funzione "iscrizione on line" agli eventi</p>	<p>1. Accreditamento di n. 1 evento FAD entro il 30.09.2018;</p> <p>2. Utilizzo della funzione "iscrizione on line" per almeno 5 eventi RES entro il 30.11.2019</p>
<p><b>Monitoraggio dell'attività al 30.06.2019</b></p> <p>L'attività aziendale è in linea</p> <p>Accreditata la formazione in FAD</p> <p>L' "iscrizione on line" è in fase di realizzazione per almeno 1 evento ma con delle criticità riguardanti il sistema di indirizzi mail non in linea per la gestione del sistema. E' stato affrontato questo argomento anche con la Formazione Regionale.</p>	
<p><b>Attuazione al 31.12.2019</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Accreditato n. 1 evento FAD: corso "ASS2_19176 Corso di Medicina del dolore per Medici di Medicina generale (MMG) - Regione FVG".</li> <li>2. La funzione "iscrizione on line" è stata utilizzata per l'evento FAD di cui al punto precedente mentre non è stato possibile estenderla per altri eventi residenziali per criticità di natura tecnica ed organizzativa. In particolare, la piattaforma regionale presentava diversi problemi nella registrazione e identificazione delle persone e nell'utilizzo delle sue funzionalità.</li> </ol>	
<p><b>Motivazioni dello scostamento del risultato atteso</b></p> <p>Non è stato possibile estendere l'utilizzo della funzione in oggetto a 5 eventi residenziali perchè la piattaforma regionale presentava diversi problemi nella registrazione e identificazione delle persone e nell'utilizzo delle sue funzionalità.</p>	
<b>Valutazione</b>	<p><b>1. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p> <p><b>2. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b></p>

## TABELLA INDICATORI

			AAS2	
			DATO AZIENDA	DATO DIREZIONE
1. LEA	PREVENZIONE Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base	>= 95%	93,06%	93,61%
1.a LEA	Difterite-tetano	>= 95%	93,18%	93,40%
1.b LEA	Antipolio	>= 95%	93,06%	93,61%
1.c LEA	Antiepatite B	>= 95%	92,82%	93,22%
2 LEA	PREVENZIONE Vaccinazione raccomandate MPR	>= 90%	92,14%	92,76%
3 LEA	PREVENZIONE Vaccinazione raccomandata contro l'influenza dell'anziano	>= 70%	60,3%	60,30%
	Vaccinazione anti herpes zoster nei 65	>= 35%		0,70%
7 LEA	PREVENZIONE Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro	>=85	69	69
8 LEA	TUTELA DELLA SALUTE NEI LUOGHI DI LAVORO Percentuale di unità controllate sul totale di unità da controllare	>= 5%	3,16%	3,16
9 LEA	SANITA' ANIMALE Percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina	>= 98%	100%	>= 98%
10.a LEA	SANITA' ANIMALE Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi bovina/bufalina	>= 98% del 20% allevamenti	100%	>= 98% del 20% allevamenti
10.b LEA	SANITA' ANIMALE Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi ovicaprina	>= 98% del 10% dei capi	100,00%	>= 98% del 10% dei capi
11 LEA	SANITA' ANIMALE Percentuale di aziende ovicaprine controllate (3%) per anagrafe ovicaprina	>= 98% del 3% aziende	100%	>= 98% del 3% aziende
12 LEA	SALUTE DEGLI ALIMENTI Percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati dal Piano Nazionale Residui	>=98%	100%	>=98%
13	SALUTE DEGLI ALIMENTI Percentuale di unità controllate sul totale delle imprese alimentari registrate	>= 20%	17%	17
14	DISTRETTUALE Tassi di ospedalizzazione evitabile con la metodologia sviluppata dall'Agenzia statunitense AHRQ per i Prevention Quality Indicators (PQIs): indicatore complessivo da 14.a a 14.1	somma indicatori <= 115	97,8	87,15
15	ASSISTENZA DOMICILIARE Percentuale di anziani >=65 trattati in ADI con PAI	>= 3,8%	3,85%	4,37%
17	SPECIALISTICA AMBULATORIALE Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1000 residenti (>=65 anni)	<= 24	21,81	21,80
18	FARMACEUTICA Incidenza di sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (anti-ipertensivi)	<=30%	36,51	36,51
19	FARMACEUTICA Consumo pro-capite di farmaci inibitori di pompa protonica	25 up pro cap	30,88	30,88
20	SALUTE MENTALE utenti in carico nei centri di salute mentale per 1.000 abitanti	>=10	17,3	17,29
21	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	>= 38%	38,76%	38,80%
22	Rapporto tra i ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (allegato B Patto Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	<= 0,32	0,23	0,227
23	Percentuale di parti cesarei	<20%	13,10%	13,09%
24	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 48 h in regime ordinario	>70%	54,32%	53,60%
BERSAGLIO valore 2014 226,31 (C.11a.1.1)	CUORE riduzione del tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti di 50-74 anni	< 200	182,8	182,80

			AAS2	
			DATO AZIENDA	DATO DIREZIONE
	RENE potenziamento della Dialisi peritoneale e dei trapianti con l'obiettivo di ridurre i pazienti in emodialisi al di sotto del 52% del totale (trapiantati + emodializzati + in dialisi peritoneale)	< 52%	54,32%	56,09%
BERSAGLIO (C11.a.2.4)	PANCREAS riduzione del tasso di amputazioni maggiori per diabete	< 28 per milione di residenti	33,4	33,30
BERSAGLIO (C11.a.3.1)	POLMONE riduzione del tasso di ospedalizzazione per BPCO	< 55 per 100.000 residenti 50-74 anni	36,3	38,6
	TRAUMA trattamento della frattura di femore entro 48 h in almeno il 70% (hub) o 80% (spoke) dei casi trattati dal presidio ospedaliero;	>=80% spoke per presidio MN-GO	54,3	53,48% go-mn
				53,89% la-pa
	TRAUMA trattamento traumatologia in urgenza - degenza media preoperatoria	<1,5 gg		1,79%
	TRAUMA trattamento traumatologia in urgenza - attesa media preoperatoria	< 8 gg		9,84%
BERSAGLIO (C16.2)	PRONTO SOCCORSO ED EMERGENZA URGENZA aumentare la percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1 h rispetto al totale dei pazienti con codice verde (media regionale 2014 del 66,19% - fonte Bersaglio)	>= 80% spoke	59,3	55,59% go-mn
				64,32% la-pa
BERSAGLIO (C16.3)	PRONTO SOCCORSO ED EMERGENZA URGENZA aumentare la percentuale dei pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto Soccorso meno di 4 ore	>= 85% spoke	73,80%	67,26% go-mn
				81,19% la-pa
BERSAGLIO (C7.1)	MATERNO INFANTILE mantenimento della percentuale dei parti cesarei depurati (NTSV) al di sotto del 20% dei parti totale dei parti depurati	< 20%	13,10%	14,52%
BERSAGLIO valore 2014 26,78	MATERNO INFANTILE i parti indotti farmacologicamente devono essere ridotti al di sotto del 20%	< 20%		24,27%
Tasso standardizzato	TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE contenimento al 125 x mille	125 x mille	119,02	119,05
BERSAGLIO (C14.2.a)	DAY HOSPITAL MEDICO DI TIPO DIAGNOSTICO - ADULTI riduzione dei numero di ricoveri in Day Hospital medico per acuti con finalità diagnostica portando la percentuale al di sotto del 20% per gli adulti e del 40% per i pediatrici	< 20% adulti	8,20%	8,30%
BERSAGLIO (C14.2.2)	DAY HOSPITAL MEDICO DI TIPO DIAGNOSTICO - PEDIATRICI riduzione dei numero di ricoveri in Day Hospital medico per acuti con finalità diagnostica portando la percentuale al di sotto del 20% per gli adulti e del 40% per i pediatrici	< 40% pediatrici	9,90%	9,90%
BERSAGLIO (C14.4)	RICOVERI MEDICI OLTRE SOGLIA riduzione della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni portandola al di sotto del 4%	< 4%	5,10%	5,10%



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

### 3.1 PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

<b>3.1.1. Tutela della salute della donna</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Nell'ambito dei corsi di preparazione al parto e nei centri nascita veicolare il messaggio dell'importanza della vaccinazione infantile e dell'adozione di stili di vita sani	Evidenza della promozione delle vaccinazioni da parte delle ostetriche e delle assistenti sanitarie nei corsi di accompagnamento al parto e puerperio e nei centri nascita
<u>Attuazione al 31.12.2019</u>	
L'assistenza alla gravidanza e al puerperio prevede la promozione delle vaccinazioni, in particolare la vaccinazione contro la pertosse, quella antiinfluenzale durante il periodo invernare e la vaccinazione contro la rosolia nell'immediato post parto per le donne recettive.	
L'informazione è stata garantita:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- dall'ostetrica e/o dall'assistente sanitaria, durante i corsi di accompagnamento alla nascita, su tutte le sedi (Tarvisio, Tolmezzo, Gemona, San Daniele e Codroipo);</li> <li>- in occasione delle visite di controllo durante la gravidanza;</li> <li>- al momento del ricovero in occasione del parto;</li> <li>- durante il puerperio, sia in occasione delle visite domiciliari, sia nell'ambulatorio mamma/bambino.</li> </ul>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.1.2 Migliorare la salute nei soggetti a rischio MCNT e malati cronici (Programma I PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Screening opportunistico: avvio di uno screening opportunistico su stili di vita e rischio cardiovascolare globale	Il 10% dei pazienti eleggibili di ogni M.M.G. che aderisce allo screening opportunistico è valutato per la definizione del rischio cardiovascolare. Il risultato del rischio deve essere inserito nella piattaforma regionale del rischio cardiovascolare.
<u>Attuazione al 31.12.2019</u>	
Screening opportunistico non avviato.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b>

Cardio 50: verrà data continuità al progetto Cardio 50 sui territori dei Distretti di Gemona e San Daniele	Adesione del 60% della popolazione invitata
<u>Attuazione al 31.12.2019</u>	
Nell'anno 2019 lo screening Cardio 50 si è svolto nel Distretto di Gemona, dove sono stati valutati n. 293 soggetti dei 411 soggetti eleggibili raggiungendo un'adesione del 71%. Nel territorio di San Daniele il progetto si è limitato alla popolazione afferente al CAP di Buja, per carenza di organico da dedicare alla chiamata attiva.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>

<b>3.1.3. Gli screening oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia (Programma II PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Assicurare la collaborazione per la riconversione del programma di screening cervicale	Operatori formati
<u>Attuazione al 31.12.2019</u>	
E' stata garantita la formazione di tutti gli operatori interessati.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Prelievi per HPV-DNA test di primo livello	Dotare gli ambulatori di prelievo delle dotazioni come da nota DCS Logistica di supporto (trasporto campioni) realizzata secondo indicazioni DCS
<u>Attuazione al 31.12.2019</u>	
Gli ambulatori sono dotati delle attrezzature e la logistica di supporto è garantita secondo le indicazioni DCS.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Garantire la tempestiva lettura dei pap-test primari fino a transizione del programma ultimata	Lecture dei pap-test primari presso le sedi di attuale competenza fino a transizione del programma ultimata (>80% dei pap-test refertati entro 21gg)
<u>Attuazione al 31.12.2019</u>	
Sono garantite le lecture dei pap-test primari in tempi congrui con le indicazioni della DCS. Il dato è disponibile al giugno 2019 ed è pari al 99,44%	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Raggiungere e mantenere un'adesione ai programmi di screening	Adesione pari al 70% per la cervice uterina, al 70% per la mammella, e al 70% per il carcinoma del colon retto
<u>Attuazione al 31.12.2019</u>	
Adesione screening cervice uterina: 66,64% (Giugno 2019) Adesione screening colon retto: Distretto di Tolmezzo: 58,36%; Distretto di Gemona: 55,87%; Distretto di San Daniele: 59,19%; Distretto di Codroipo: 61,97% Adesione screening mammella: 74,05%	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>
Mantenere aggiornate, tramite i distretti, le anagrafi	Percentuale di inviti inesitati <= 1,5%

<p>sanitarie verificando assistiti in base ai dati del monitoraggio delle lettere inesitate fatti pervenire dalla Direzione Centrale Salute.</p>	<p>Formale Individuazione e Comunicazione alla DCS, entro 30gg dall'approvazione delle linee di gestione, di un referente amministrativo per ogni distretto</p> <p>Report alla DCS entro il 31.12.2019 con le azioni intraprese per il contenimento del fenomeno.</p>
<p><u>Attuazione al 31.12.2019</u></p> <p>In ciascun distretto sono state individuate le risorse e le modalità operative per gestire gli inesitati e verificare le anagrafiche. I nominativi dei referenti sono stati inviati in regione.</p> <p>Gli operatori hanno partecipato ad un primo corso di formazione con Insiel, durante il quale erano emerse delle perplessità. Il secondo aggiornamento che doveva completare l'iter e far poi definire le azioni correttive, non è stato organizzato nel 2019, sospendendo il completamento dell'obiettivo.</p> <p>Il dato degli inesitati è messo a disposizione dalla DCS a fine anno. AAS3 si caratterizza storicamente per avere un basso numero di inesitati (&lt;1%)</p>	
<p><b>Valutazione</b></p>	<p><b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p>
<p>Garantire le sedi per l'erogazione dello screening mammografico accertando la permanenza dei requisiti per l'installazione dell'Unità Mobile e garantendo l'accessibilità (barriere architettoniche, igiene locali ecc.)</p>	<p>Requisiti check list DCS rispettati</p> <p>Collaborazione negli eventuali sopralluoghi di controllo</p>
<p><u>Attuazione al 31.12.2019</u></p> <p>Per il 2019 tutte le sedi aziendali sono in possesso dei requisiti declinati nella check list DCS. I controlli si sono svolti sempre in luoghi idonei all'attività.</p>	
<p><b>Valutazione</b></p>	<p><b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p>
<p>Garantire che i radiologi certificati svolgano sia la lettura del test mammografico di screening sia la gestione del percorso di approfondimento diagnostico dei casi richiamati</p>	<p>Lettura del primo livello e gestione del percorso di approfondimento diagnostico da parte di radiologi certificati</p>
<p><u>Attuazione al 31.12.2019</u></p> <p>L'attività è garantita in entrambe le sedi.</p>	
<p><b>Valutazione</b></p>	<p><b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p>
<p>Garantire la tempestiva e corretta chiusura dell'esito dei casi di secondo livello dello screening mammografico nel G2 clinico</p> <p>Ridurre i richiami intermedi (early recall) dopo approfondimento.</p>	<p>Tempo d'attesa per approfondimento di secondo livello ≤ 20gg da esito positivo della mammografia di primo livello</p> <p>Percentuale di casi di secondo livello chiusi correttamente ≥ 95%</p> <p>Tempo d'attesa medio prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella ≤30gg</p>

	Percentuale di early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso"/totale dei casi chiusi dall'unità senologica) < 10%
<p><u>Attuazione al 31.12.2019</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tempo d'attesa per approfondimento di secondo livello ≤ 20gg da esito positivo della mammografia di primo livello = 46%</li> <li>- Percentuale di casi di secondo livello chiusi correttamente 100% (dato desunto dalla segreteria dello screening)</li> <li>- Tempo d'attesa medio prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella = 22,4 gg</li> <li>- Percentuale di early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso"/totale dei casi chiusi dall'unità senologica) &lt; 10% = Tolmezzo: 5,53%; San Daniele: 3,13%</li> </ul>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>
Garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica (in particolare la codifica del livello di rischio assicurando di rendere definitiva la compilazione) per gli esami di 2° livello di screening Garantire l'offerta della colonscopia di approfondimento di secondo livello entro 30gg dalla positività del FOBT di screening	Percentuale di cartelle correttamente compilate ≥ 95%  Tempo di attesa per colonscopia di 2° livello ≤ 30 gg
<p><u>Attuazione al 31.12.2019</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Percentuale di cartelle correttamente compilate: 95,8%</li> <li>- Tempo di attesa per colonscopia di 2° livello presente a sistema: Sede di Tolmezzo = 89,83%; Sede di San Daniele = 77,78%. AAS3 ha offerto per tutto il 2019 disponibilità di posti entro i tempi stabiliti, i casi non nei tempi derivano da esigenze specifiche dei pazienti.</li> </ul>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p><b>3.1.4 Gli screening neonatali (Programma III PRP)</b></p>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Partecipare ai lavori (coordinati dal IRCSS Burlo) finalizzati alla diffusione e applicazione di una procedura regionale per lo screening neonatale audiologico e per lo screening neonatale oftalmologico con aggiornamento del PDTA, per lo screening neonatale metabolico esteso, per l'identificazione della fibrosi cistica e dell'emoglobinopatia nella popolazione a rischio	Diffusione e applicazione delle procedure con report al Burlo
<p><u>Attuazione al 31.12.2019</u></p> <p>La partecipazione ai lavori è sempre garantita.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>OBIETTIVO STRALCIATO: IDENTIFICAZIONE PRECOCE</b>

	<b>FIBROSI CISTICA</b>
--	------------------------

<b>3.1.5 Salute e sicurezza nelle scuole e benessere dei giovani (Programma III PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Diffondere il modello di Scuola che promuove la salute, che ha lo scopo di migliorare il successo scolastico e facilitare l'azione in favore della salute.	Almeno il 90% delle scuole dovranno esser raggiunte dalla proposta di aderire alla rete Scuole che promuovono salute (SHE).
<u>Attuazione al 31.12.2019</u>	
La proposta di adesione alla rete Scuole che promuovono salute è stata inviata a 22 scuole (22 su 23 pari al 96%) con nota prot. 29746/2019.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Sviluppo di progettualità di peer education nelle scuole. Continua la diffusione e implementazione dei progetti riconducibili alle buone pratiche, quali modello What's up, Unplugged, peer education ecc	Aderiscono alla progettazione almeno 50% delle scuole (12 scuole) Le progettualità dovranno essere inserite in banca dati PROSA
<u>Attuazione al 31.12.2019</u>	
Il Dipartimento di prevenzione ha direttamente dato attuazione alle attività ed alle azioni indicate dagli obiettivi in 12 scuole del territorio aziendale. Sono state inoltre attivate numerose progettualità nelle altre scuole del territorio aziendale, concordate e condivise dal punto di vista metodologico attraverso i protocolli di intesa tra gli ambiti dei SSC e della Scuola territoriale della salute del codroipese, i dipartimenti territoriali, i comuni e le scuole. Sono stati inseriti in banca dati PRO.SA i progetti "Emozioni in regola" e "Unplugged."	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

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

<b>3.1.7 Promozione dell'attività fisica (Programma V PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Sviluppo di progetti di attività fisica rivolti alla popolazione adulta	Report su quanto realizzato Le progettualità dovranno essere inserite in banca dati PROSA
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Diffusione delle opportunità di attività fisica presenti sul territorio attraverso il sito regionale invecchiamentoattivo.fvg.	Presenza, sul sito, delle attività realizzate in collaborazione con le associazioni
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<u>Attuazione al 31.12.2019</u>	
Sono stati inseriti in banca dati PRO.SA i progetti: "Profitness" e "Promozione dell'attività fisica indirizzata ai dipendenti dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 3 Alto Friuli – Collinare – Medio Friuli".	
Rispetto all'offerta di Attività Fisica Adattata (AFA) nel 2019 è aumentato il numero delle nuove valutazioni (da 896 a 1.121), delle palestre (da 24 a 25) e vi è stato un incremento dei corsi attivi (da 68 a 75).	
L'invio del report di quanto attivato è stato trasmesso in data 20/11/2019 al coordinatore del tavolo regionale del programma V, al fine del loro inserimento sul sito regionale invecchiamentoattivo.fvg.	
Messa a regime del "Centro per la Prescrizione e Somministrazione dell'Esercizio Fisico" per pazienti con malattie croniche (MCNT) presso Presidio Ospedaliero per la Salute di Gemona	Report attività a fine giugno e dicembre 2019
<u>Attuazione al 31.12.2019</u>	
L'attività del Centro è stata avviata e sono garantite 20 ore di attività in palestra a settimana, distribuite su quattro giorni. I report attestanti le prestazioni effettuate e il lavoro svolto dai professionisti dedicati sono stati trasmessi con nota n. 44918 dd 30.09.2019 e nota n. 48961 dd 04.05.2020.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.1.8 Prevenzione degli incidenti stradali (Programma VI PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Consolidamento degli interventi finalizzati alla prevenzione degli incidenti stradali	Iniziative di comunicazione e informazione alla popolazione
<u>Attuazione al 31.12.2019</u>	
Non sono state programmate le iniziative regionali e locali inizialmente previste.	
Tuttavia, l'AAS3 ha realizzato azioni di promozione di mobilità sicura, in accordo con associazioni di volontariato e interagendo con gli istituti scolastici del territorio.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.1.9 Prevenzione degli incidenti domestici (Programma VII PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Sensibilizzazione della popolazione nella prevenzione degli incidenti domestici	Diffondere nel territorio (scuole, associazioni, enti ecc.) il report elaborato dalla DCS sulle attività svolte negli anni scorsi Report inviato alla DCS.
<u>Attuazione al 31.12.2019</u>	
Report trasmesso e pubblicato nel sito aziendale al link: <a href="http://www.aas3.sanita.fvg.it/it/chi_siamo/organigramma/struttura-dettaglio.html?path=/5_dip_prevenzione/struttura.html&amp;content=0&amp;extracontent=c_documenti_utili.html">http://www.aas3.sanita.fvg.it/it/chi_siamo/organigramma/struttura-dettaglio.html?path=/5_dip_prevenzione/struttura.html&amp;content=0&amp;extracontent=c_documenti_utili.html</a>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.1.10 Miglioramento della qualità nelle attività del dipartimento di prevenzione con particolare riferimento alle attività di vigilanza e controllo (Programma VIII PRP)</b>	
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
partecipazione al progetto "Prodotti Finiti FVG" V fase: definizione modello di scheda per la valorizzazione (pesatura) dei prodotti finiti VI fase: stima risorse impiegate per ogni prodotto finito	Presenza di un modello di scheda di valorizzazione condivisa a livello regionale e vistata dal responsabile del progetto  Almeno il 90% dei questionari inviati dal gruppo dovranno essere correttamente compilati dagli operatori
<u>Attuazione al 31.12.2019</u> L'attività di compilazione delle schede di pesatura è stata eseguita dal 17 al 21 giugno 2019 da parte del 96% dei presenti in servizi. Il 04/12 si è partecipato alla restituzione dei dati emersi dalla compilazione delle schede.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
SIAN/VET: partecipare alla formazione degli auditor e al programma di mantenimento della qualifica	Mantenimento dei 14 auditor ufficiali formati
<u>Attuazione al 31.12.2019</u> La programmazione audit congiunta SIAN/VET A,B e C ha garantito il mantenimento della qualifica di tutti gli auditor nell'anno 2019.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
SPSAL: partecipare attivamente al programma regionale di audit, scegliendo il comparto di interesse a seconda della specificità territoriale.	Operatori formati secondo le indicazioni del PRP, partecipazione alla costituzione del gruppo di auditor regionale
<u>Attuazione al 31.12.2019</u> Il gruppo degli auditor regionale non si è ancora insediato. Gli operatori sono a disposizione per la realizzazione del programma regionale di audit.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b>
<b>3.1.11 Migliorare la salute e la sicurezza nei comparti a maggior rischio (Programma IX PRP)</b>	
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
Mantenere un'adeguata vigilanza nei settori edile e agricolo secondo i parametri definiti a livello nazionale	- 5% delle aziende vigilate (367 unità) - Edilizia: almeno 130 cantieri vigilati (10% dei cantieri notificati nel 2018). - Agricoltura: vigilare 25 aziende agricole Report di attività alla DCS
<u>Attuazione al 31.12.2019</u> Nel 2019 sono state vigilate il 5,9% delle aziende (pari a 434 unità locali) ed in particolare 135 cantieri e 25 aziende agricole. Report inviato alla DCS in data 27.02.2020, prot. n. 24590.	
<b>Valutazione</b>	<b>1. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>2. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>3. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Proseguire il programma integrato di promozione della salute dei dipendenti, che coinvolge i medici competenti, per la declinazione operativa delle azioni dell'obiettivo specifico "Progetto pilota per un programma integrato di salute e benessere dei dipendenti pubblici.." del PRP.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Report sui lavoratori a rischio cardiovascolare globale</li> <li>- Offerta di percorsi per smettere di fumare</li> </ul>

Attuazione al 31.12.2019

- **RISCHIO CARDIOVASCOLARE:** nel corso del 2019 si è provveduto a somministrare i questionari sugli stili di vita e il rischio cardiovascolare ai dipendenti in età >a 40 anni, nel corso delle visite periodiche espletate. I questionari sono stati consegnati all'Istituto di Medicina del Lavoro dell'Università di Trieste che provvederà all'inserimento ed elaborazione dei dati con valutazione del rischio cardiovascolare secondo la stima del modello europeo SCORE.
- **FUMO:** Durante gli incontri del tavolo regionale, è emerso un problema di risorse attualmente non disponibili e necessarie per un progetto di offerta dei percorsi per smettere di fumare. E' stato proposto di individuare alcuni centri di riferimento con risorse dedicate anche esterne alle aziende sanitarie. Si è evidenziata la necessità di organizzare interventi formativi per i formatori, di cui il primo si è tenuto a Udine il 15 novembre 2019.

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

Attuazione al 31.12.2019

Nel corso della sorveglianza sanitaria obbligatoria si è applicata la procedura di sorveglianza sanitaria dei dipendenti AAS3 aggiornata (nel giugno 2019) con le linee guida Regionali del FVG su sierologia malattie infettive e Tbc; è pronta per l'approvazione anche una procedura di sorveglianza sanitaria per i lavoratori atipici e frequentatori collegata con quella per i dipendenti. E' consolidata da tempo la collaborazione tra il servizio di sorveglianza sanitaria, il dipartimento di prevenzione e l'infettivologo di riferimento nonché la DMO per tutti i casi indice per il controllo delle malattie infettive trasmissibili.

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
-------------	---------------------

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



Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Studi di sorveglianza Okkio alla Salute e HBSC	Collaborare agli studi di sorveglianza ed alla restituzione dei risultati emersi
<u>Attuazione al 31.12.2019</u>	
Lo studio OKKIO è stato concluso. Il report regionale dell'HBSC è stato presentato dalla DCS il 10 dicembre 2019.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Studi di sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento	Dare continuità allo studio di sorveglianza PASSI e iniziare PASSI d'Argento
<u>Attuazione al 31.12.2019</u>	
L'attività di sorveglianza della popolazione PASSI e PASSI d'Argento è stata effettuata in collaborazione con ARCS.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.2.14 Ambiente e salute, facilitare una migliore qualità dell'ambiente e del territorio, secondo il modello della salute in tutte le politiche (Programma XII PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Partecipazione attiva alle attività del "Gruppo Tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali" di cui al Decreto n°630/SPS del 12.08. e della "Cabina di Regia" di cui al Decreto n° 695/SPS del 19.05.2017.	Evidenza di partecipazione al "Gruppo Tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali" e alla "Cabina di Regia".
<u>Attuazione al 31.12.2019</u>	
Al gruppo ha partecipato il Direttore del Dipartimento con tecnici di settore.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Sorveglianza delle acque potabili. Mappatura dei pozzi privati utilizzati nell'ambito delle imprese alimentari.	Proseguire la mappatura dei pozzi che approvvigionano gli stabilimenti riconosciuti (Reg. 852/853), le imprese alimentari
<u>Attuazione al 31.12.2019</u>	
E' stata eseguita la mappatura dei pozzi privati utilizzati nell'ambito delle imprese alimentari (individuati 3 pozzi). Tutte le attività di controllo relative ai regolamenti 852 e 853 sono inserite nel SICER.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Nomina nuovi ispettori Reach/CLP tra il personale che ha partecipato ai corsi di formazione	Nomina 3 ispettori. Comunicazione alla DCS
<u>Attuazione al 31.12.2019</u>	
Il numero di 3 ispettori fa riferimento all'area vasta (vedi nota esplicativa DCS nr 8881/2019.). In AAS3 sono presenti 2 ispettori. A livello di area vasta il risultato è raggiunto.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

Controlli coerenti con il piano nazionale annuale dei controlli in materia di REACH/CLP, per quanto	Almeno 3 controlli
<u>Attuazione al 31.12.2019</u> Effettuati tutti i controlli previsti.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.1.15 - Miglioramento sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive (Programma XIII PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Interventi di immunizzazione dei volontari ospedalieri	- Adottato e applicato protocollo vaccinale per i volontari ospedalieri per (morbillo, parotite, rosolia, varicella, pertosse, influenza) e misure per il controllo e la prevenzione della tubercolosi secondo Linee guida regionali
<u>Attuazione al 31.12.2019</u> Nel 2019 non sono stati presenti volontari	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b>
Assicurare il proseguimento delle campagne vaccinali già avviate e quelle di nuova introduzione (herpes zoster negli anziani)	- Miglioramento delle coperture vaccinali dell'infanzia e dell'adolescenza - esavalente - MMR 1a e 2a dose - Offerta attiva della vaccinazione anti herpes zoster nei 65enni con copertura >35%
<u>Attuazione al 31.12.2019</u> Copertura vaccinale anno 2019. coorte dei nati nell'anno 2017 (n.970): Vaccinati d3 esavalente(n.899) : 92,7% Vaccinati d1 MMR (n.894): 92,2% Vaccinati Coorte 2012 d2 MMR (n.1268) : 81,3% Effettuata l'offerta attiva e gratuita di vaccino herpes zoster ai nati nell'anno 1954. Convocati n.2274, vaccinati n.970. Copertura 42,7%.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Veterinari: implementazione regionale del Sistema Informativo Nazionale della Farmacovigilanza Ricetta Elettronica (SINF-RE) entro il 2019: - Autorizzazione detenzione scorta - Formazione interna SINF-RE - Anagrafe ministeriale centralizzata delle strutture PET	Autorizzazione tramite SINF-RE di almeno il 90% delle autorizzazioni già autorizzate in cartaceo 1. Nuove autorizzazioni in SINF-RE 2. Formazione interna su SINF-R
<u>Attuazione al 31.12.2019</u>	

SINF-RE è stato implementato al 100% delle autorizzazioni già autorizzate in formato cartaceo ed è costantemente alimentato. La formazione (in modalità FSC) è stata effettuata a novembre da parte del coordinatore regionale.

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Gli ospedali partecipano ai programmi di sorveglianza delle ICA, con evidenza di monitoraggio degli indicatori regionali.	Indicatori regionali monitorati
<u>Attuazione al 31.12.2019</u>	
Gli indicatori sono stati monitorati e trasmessi secondo le indicazioni della DCS.	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Applicare il protocollo regionale sull'assistenza sanitaria alle persone migranti ed inviare i dati di attività	Report mensile
<u>Attuazione al 31.12.2019</u>	
Invio mensile del report alla DCS.	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Garantire la formazione dei propri operatori sull'antimicrobial stewardship.	Almeno il 25% di medici prescrittori formati
<u>Attuazione al 31.12.2019</u>	
Sono stati formati il 79% dei MMG dei distretti 3 e 4, secondo il piano formativo aziendale.	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Diffondere a tutti gli operatori sanitari la reportistica regionale sulle resistenze batteriche	Report inviato in formato elettronico a tutti gli operatori sanitari coinvolti in prescrizione e somministrazione di farmaci
<u>Attuazione al 31.12.2019</u>	
Il report è stato trasmesso a tutti gli operatori coinvolti, in data 10.06.2019.	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Garantire la partecipazione degli operatori dedicati al percorso formativo programmato a livello regionale sull'allattamento al seno	80% operatori dedicati formati
<u>Attuazione al 31.12.2019</u>	
Il 72% degli operatori dedicati è già stato formato. Il mancato raggiungimento del target indicato è dovuto alle	

criticità del personale, soprattutto della dirigenza medica pediatrica.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Mantenere ed ottimizzare il sistema di rilevazione sull'allattamento al seno alla dimissione e alla seconda vaccinazione	100% schede inserite nel sistema di rilevazione regionale entro un mese dalla dimissione e dalla seconda vaccinazione
<u>Attuazione al 31.12.2019</u>	
Su entrambe le sedi di Ostetricia (San Daniele e Tolmezzo) i dati sull'allattamento al seno vengono inseriti entro un mese dalla dimissione.	
Durante la seconda vaccinazione sono puntualmente rilevati i dati sull'allattamento.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Monitorare le gare di appalto di PA e Enti già mappate nel 2016 e fornire il proprio contributo nelle gare d'appalto in corso nel 2018 per favorire il maggior consumo di frutta e verdura, la riduzione del consumo di sale, usando quello iodato, l'utilizzo di prodotti preferibilmente tipici e a filiera corta	Contributo al 10% delle gare d'appalto di PA e Enti
<u>Attuazione al 31.12.2019</u>	
Il contributo dell'AAS 3 è stato dato in 8 gare d'appalto su 12 in scadenza nel corso del 2019 (66%).	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Proseguire l'attività della verifica della presenza/offerta di sale iodato degli esercizi di vendita e nella ristorazione collettiva	Verifica effettuata almeno nel 70% dei controlli su esercizi di vendita e ristorazione collettiva
<u>Attuazione al 31.12.2019</u>	
Nel corso del 2019 in tutti gli esercizi di vendita e ristorazione che sono stati sottoposti a controllo è stata anche verificata la presenza/offerta di sale iodato.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.1.18 Sicurezza alimentare e di salute e benessere animale</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Formazione operatori sui MOCA	70% degli operatori formati
Redigere procedura condivisa per l'attività di controllo ufficiale	Partecipazione dei referenti SIAN alla redazione della procedura condivisa
<u>Attuazione al 31.12.2019</u>	
A fine novembre una parte di operatori hanno partecipato alla prima edizione del corso regionale MOCA. La seconda edizione è stata programmata nei primi mesi del 2020. Successivamente alla formazione di tutti gli operatori coinvolti sarà possibile redigere la procedura condivisa.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi	VETETRINARIA Origine Animale, come da PRISAN:

<p>contenuti nel Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare (PRISAN) anche attraverso l'attività di ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base ai criteri del rischio, delle imprese alimentari; a parità di rischio dovrà essere mantenuto almeno il tasso di copertura 2017</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 100% interventi ispettivi Stabilimenti 853/04</li> <li>- 100% interventi ispettivi Stabilimenti 852</li> <li>- n. 33 audit</li> <li>- 100% campionamenti come da PRISAN (Piano Matrici, PNR, PNAA)</li> <li>- n. 33 valutazioni del rischio</li> <li>- n. 20 controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni.-</li> </ul> <p>SIAN, come da PRISAN:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 100% interventi ispettivi Stabilimenti 852</li> <li>- n. 6 Audit</li> <li>- 100% Campionamenti come da PRISAN (Piano Matrici)</li> <li>- Valutazione rischio 100% delle attività controllate</li> <li>- n. 20 controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni</li> </ul>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Attuazione al 31.12.2019

VETERINARIA Origine Animale, come da PRISAN:

- Eseguite il 75.8 % delle scadenze previste nel piano 853 2019 (controllati n. 226 stabilimenti riconosciuti). Si evidenzia che nel corso dell'anno è aumentato l'impegno richiesto all'equipe che svolge i controlli per le sedute di macellazione (1249 effettuate contro 1100 attese)
- Eseguite il 71 % delle scadenze previste per il piano 852 Svet (controllati n. 135 stabilimenti registrati).
- Eseguiti 34 audit su 33 previsti
- Eseguiti n. 104 campioni programmati su n. 105 previsti PNR, eseguiti n. 124 campioni su n. 124 previsti PNAA, eseguiti n. 117 campioni su 117 previsti
- Eseguite 34 valutazioni del rischio su 33 previste
- Eseguiti più di 20 sopralluoghi congiunti. In AAS3 i tecnici della prevenzione lavorano in piattaforma e l'area alimenti comprende sia competenze Veterinarie che Sian.

SIAN interventi ispettivi 852: 47% degli interventi ispettivi sugli Stabilimenti 852

- Audit 6;
- Campionamento piano matrici 100% (104);
- Valutazione rischio effettuata contestualmente agli interventi ispettivi: 6
- Eseguiti più di 20 sopralluoghi congiunti. In AAS3 i tecnici della prevenzione lavorano in piattaforma e l'area alimenti comprende sia competenze Veterinarie che Sian.

Il parziale raggiungimento dell'obiettivo sul piano controlli 852 e 853 è da correlare alla riduzione di forza lavoro degli operatori della prevenzione (tecnici e veterinari) già ad inizio anno e ad una lunga assenza di un veterinario. La stabilizzazione della dotazione organica si era verificata solo ad ottobre 2019. Nell'ultimo periodo si sono registrate ulteriori riduzioni d'organico per mobilità verso altra regione.

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Controlli sulla condizionalità come da convenzione con MIPAAF/AGEA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- effettuare il 100% dei controlli previsti</li> <li>- inserire evidenze e verbali in BDN</li> </ul>
<u>Attuazione al 31.12.2019</u>	
Effettuati il 100% dei controlli previsti da AGEA, le cui evidenze e verbali sono state tutte inserite in BDN	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Rafforzare gli interventi del Progetto Piccole Produzioni Locali in accordo con la Direzione centrale agricoltura.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Garantire l'informazione capillare e la formazione sul territorio, informando le Aziende del Settore Alimentare della conclusione del Progetto e delle possibili evoluzioni delle PPL.</li> <li>- Stesura di una relazione finale dettagliata di verifica Aziendale. La relazione dovrà riportare n. PPL registrate, n. ispezioni, punti di forza e debolezza del progetto rilevati sul territorio.</li> <li>- La relazione dovrà altresì riportare il dettaglio delle attività eseguite su                         <ul style="list-style-type: none"> <li>- carni suine e avicunicole</li> <li>- carni di specie diversa</li> <li>- prodotti lattiero caseari di malga</li> <li>- vegetali, confetture, conserve, prodotti da forno, erbe aromatiche, prodotti dell'alveare, vegetali fermentati, lumache, ecc...</li> </ul> </li> </ul>
<u>Attuazione al 31.12.2019</u>	
<p>Sian: procede l'attività di formazione alle aziende della conclusione del Progetto e delle possibili evoluzioni.</p> <p>VET A-C/VET B: eseguita la formazione annuale prevista nell'ambito delle PPL malghe. Attivato uno stabilimento PPL carne. Eseguite le attività di campionamento a valle propedeutiche alla stagione di alpeggio nelle malghe PPL FVG.</p> <p>Le relazioni sono state trasmesse in DCS per il successivo invio al Ministero.</p>	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Potenziare la funzionalità del sistema informativo Sicer per l'Area dell'Igiene e Sicurezza Alimentare degli Alimenti di origine animale (Area B) e SIAN.	Piena funzionalità del sistema informatico SICER al 31 dicembre 2019.
<u>Attuazione al 31.12.2019</u>	
Nel 2019 con il sistema SICER è stata eseguita tutta la programmazione del comparto e della dirigenza della sicurezza alimentare, nonché la reportistica e la rendicontazione dell'attività stessa. E' stata altresì effettuata la formazione ai referenti e coordinatori, in merito a monitoraggio e rendicontazione con l'utilizzo del sistema informativo, e due sedute di formazione sul campo con gli operatori per la corretta registrazione dell'attività eseguita in SICER.	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Procedere nelle attività del Piano regionale di monitoraggio e controllo della Malattia di Aujeszky dei	100% allevamenti della coorte (ingrassi > 30 Capi e riproduzioni) (100% della coorte) individuati dal Piano

suini, al fine di richiedere l'accreditamento per Regione indenne.	regionale da controllare al fine di richiedere lo status di Regione indenne.
<u>Attuazione al 31.12.2019</u>	
Eseguito il 100% dell'attività indicata dalla DCS nelle Riunioni Regionali (controllo annuale negli allevamenti industriali, mantenimento dell'attività di vigilanza nel campo dei requisiti inerenti la biosicurezza). Ottenimento in data 28.11.2019 con decisione (UE) n. 2019/1970 status per la Regione Friuli Venezia Giulia di regione Indenne dalla Malattia di Aujeszky.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Attuazione dei controlli sul benessere animale negli allevamenti e durante il trasporto secondo le linee guida operative dettate dalla Task Force benessere animale, istituita con Decreto 659/SPS del 20/08/2015	100% controlli previsti da Prisan di controllo sul rispetto del benessere animale richiesti dal PRISAN e i controlli previsti sul benessere durante il trasporto.
<u>Attuazione al 31.12.2019</u>	
Eseguito 100% dei controlli previsti (72), considerando sia controlli benessere animale in allevamento e controlli check-list al trasporto.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Attuazione dei controlli sull'anagrafe ovi caprina come da indirizzi LEA Ministeriali.	Raggiungimento del 3% dei controlli come richiesto da LEA Ministeriali.
<u>Attuazione al 31.12.2019</u>	
Controllati 20 allevamenti sui 20 richiesti (Stabella LEA).	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Applicazione del PRP sull'Igiene Urbana Veterinaria.	Effettuare il 100% dei controlli sulle strutture di ricovero e custodia sia convenzionate che non convenzionate.
<u>Attuazione al 31.12.2019</u>	
Eseguito il 100% dei controlli previsti sulle strutture di custodia convenzionate e non convenzionate.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

### 3.2 ASSISTENZA DISTRETTUALE E ASSISTENZA SOCIOSANITARIA

#### 3.2.1 ASSISTENZA DISTRETTUALE

<b>3.2.1.1 Assistenza primaria</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Verifica del livello di raggiungimento degli obiettivi definiti negli AAIRR	1. Rispetto della tempistica prevista negli AAIRR e rendicontazione relativa alla DCS. Riepilogo dei risultati raggiunti dalle singole AFT in riferimento ai punti 1, 3.4.2 e punto 8 dell'Air per l'anno 2018, unitamente ai provvedimenti aziendali di approvazione: del "Piano di Intervento", degli accordi
2. Ricognizione dello stato di attuazione dei CAP e dei Presidi ospedalieri per la salute a livello regionale e delle prospettive di orientamento dei servizi	

<p>finalizzate al miglioramento della presa in carico della cronicità</p> <p>3. Coordinamento a livello regionale delle attività degli uffici aziendali deputati alla gestione dei rapporti con i professionisti convenzionati</p> <p>4. Informatizzazione di tutte le sedi aziendali di continuità assistenziale per permettere a tutti i MCA la registrazione informatica delle prestazioni erogate e delle informazioni sanitarie a garanzia della continuità delle cure sull'apposito applicativo messo a disposizione da Insiel</p>	<p>relativi agli obiettivi da definirsi nell'ambito del punto 8 a livello aziendale e i relativi prospetti riepilogativi delle somme corrisposte ai medici di medicina generale.</p> <p>2. Mappatura organizzativa e di funzionamento dei CAP aziendali e dei Presidi ospedalieri per la salute con la precisazione del numero e della tipologia del personale convenzionato dedicato, degli orari di apertura, la descrizione delle attività svolte e relativi volumi, le dotazioni strumentali, gli obiettivi raggiunti in termine di follow up o presa in carico delle persone affette da patologie croniche. I dati al 31.12.2018 saranno trasmessi entro il 30.06.2019;</p> <p>3. Invio entro il 30.04.2019 di un report annuale al 31.12.2018 sullo stato di attuazione degli Accordi integrativi regionali, secondo un format condiviso con i Servizi aziendali e inviato dalla DCS; invio di analogo report semestrale, entro il 31.07.2019</p> <p>4. Attivazione di idonee postazioni informatiche presso ciascuna sede aziendale di continuità assistenziale entro il 30.06.2019.</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Attuazione al 31.12.2019

1. Con decreto del Direttore Generale n. 117 del 29.5.2018 sono stati approvati per l'anno 2018, gli obiettivi di processo e di risultato dell'attività dei MMG ricompresi nelle AFT. Con decreto del Commissario Straordinario n. 265 del 6.11.2019 sono stati liquidati ai MMG gli incentivi per il raggiungimento degli obiettivi AFT per l'anno 2018. Sono stati liquidati tutti gli obiettivi di cui al punto 8 definiti dall'AIR 2016-2018.
2. Tutti i distretti hanno fornito la mappatura e già provveduto alla trasmissione dei dati nei tempi indicati;
3. Il report sono stati inviati nei tempi agli uffici della DCS.
4. Il programma per la registrazione informatica è utilizzabile in tutte le sedi dal 1° giugno, i medici sono stati formati e forniti delle credenziali per l'utilizzo e stanno utilizzando lo strumento.

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>
--------------------	-----------------------------------------

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

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



Attuazione al 31.12.2019  
 La relazione è stata predisposta ed inviata alla DCS in data 30 agosto, prot. n. 39988/P. L'AAS3 non è stata coinvolta nel gruppo tecnico sulle cure a lungo termine.

<b>Valutazione</b>	<b>1. OBIETTIVO STRALCIATO</b> <b>2. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b>
--------------------	---------------------------------------------------------------------

**3.2.1.2.1 Diabete mellito**

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

Gestione integrata del diabete in coerenza con la DGR 1676/2015	Realizzazione di iniziative di incontro ed audit con MMG in ambito distrettuale/AFT al fine di valutare le performance individuali e di gruppo e gli scostamenti dai valori definiti dalle linee guida di riferimento. Invio in DCS di un report finale.
-----------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Attuazione al 31.12.2019  
 AAS3 ha predisposto ed inviato alla DCS, in data 31.10.2019, prot. n. 00507666/P, un'analisi complessiva dell'offerta diabetologica aziendale presso i diversi CAP distribuiti sul territorio dell'Azienda.

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b>
--------------------	--------------------------------

Partecipazione dei professionisti aziendali identificati ai fini della creazione della Rete diabetologica regionale con coordinamento unico regionale, al fine di armonizzare l'offerta diabetologica su tutto il territorio regionale	Mappatura dell'offerta diabetologica aziendale con evidenza delle criticità. Invio del report entro ottobre 2019.
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Attuazione al 31.12.2019  
 AAS3 ha predisposto ed inviato alla DCS, in data 31.10.2019, prot. n. 00507666/P, un'analisi complessiva dell'offerta diabetologica aziendale, così come erogata sui diversi territori, evidenziando tutti gli ambiti (diabete in età adulta, in età pediatrica, piede diabetico ed interventi educativi attraverso i campi residenziali) in cui questa si è esplicitata e i punti di criticità riscontrati.

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--------------------	----------------------------

Partecipazione dei professionisti aziendali identificati ai fini della creazione e formalizzazione della Rete regionale per il piede diabetico.	Mappatura dell'offerta diabetologica aziendale dedicata al piede diabetico con evidenza delle criticità. Invio del report entro ottobre 2019.
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Attuazione al 31.12.2019  
 AAS3 ha predisposto ed inviato alla DCS, in data 31.10.2019, prot. n. 00507666/P, un'analisi complessiva dell'offerta diabetologica aziendale, così come erogata sui diversi territori, evidenziando tutti gli ambiti (diabete in età adulta, in età pediatrica, piede diabetico ed interventi educativi attraverso i campi residenziali) in cui questa si è esplicitata e i punti di criticità riscontrati.

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--------------------	----------------------------

Partecipazione dei professionisti aziendali identificati ai fini della creazione della Rete diabetologica	Mappatura dell'offerta diabetologica pediatrica aziendale con evidenza delle criticità.
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------

pediatrica regionale con coordinamento unico regionale, al fine di armonizzare l'offerta su tutto il territorio regionale.	Invio del report entro ottobre 2019.
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------

Attuazione al 31.12.2019

AAS3 ha predisposto ed inviato alla DCS, in data 31.10.2019, prot.n. 00507666/P, un'analisi complessiva dell'offerta diabetologica aziendale, così come erogata sui diversi territori, evidenziando tutti gli ambiti (diabete in età adulta, in età pediatrica, piede diabetico ed interventi educativi attraverso i campi residenziali) in cui questa si è esplicata e i punti di criticità riscontrati.

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Applicazione del documento revisionato dal tavolo tecnico regionale Programma di educazione terapeutica rivolto al soggetto diabetico in particolare per l'organizzazione dei campi residenziali	Invio del report relativo entro ottobre 2019.

Attuazione al 31.12.2019

AAS3 ha predisposto ed inviato alla DCS, in data 31.10.2019, prot. n. 00507666/P, un'analisi complessiva dell'offerta diabetologica aziendale, così come erogata sui diversi territori, evidenziando tutti gli ambiti (diabete in età adulta, in età pediatrica, piede diabetico ed interventi educativi attraverso i campi residenziali) in cui questa si è esplicata e i punti di criticità riscontrati.

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
-------------	---------------------

**3.2.1.2.2 Scompensazione cardiaca**

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

Attuazione al 31.12.2019

La presa in carico dei pazienti con scompensazione è agita in modo integrato nei Distretti 1 e 2 nei vari setting assistenziali; nel Distretto 3 prevale un setting ospedaliero ed è attiva la presa in carico integrata presso il CAP di Mortegliano (D4).

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
-------------	---------------------

**3.2.1.2.3 BPCO**

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

2. Creazione di una rete aziendale per la presa in carico e la gestione della BPCO	
<u>Attuazione al 31.12.2019</u>	
In AAS3 non è presente la funzione di pneumologia e l'attività garantita poggia soprattutto per l'acuzie, sull'attività convenzionale con Udine e Trieste. Il monitoraggio dei pazienti con BPCO è garantito per i pazienti individuati dal SID in collaborazione con i medici di medicina generale. L'attività e i percorsi dei pazienti saranno ridefiniti quanto sarà costituita la nuova ASU FC.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b>

<b>3.2.1.2.4 Sindromi dementigene</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Partecipazione a un tavolo di lavoro finalizzato all'attuazione del "Piano nazionale demenze - Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze" (accordo n. 135 del 30 ottobre 2014)	Individuazione di un referente aziendale per la mappatura degli interventi in essere e all'avvio di un percorso di programmazione finalizzato alla definizione di una rete regionale
<u>Attuazione al 31.12.2019</u>	
Non risulta pervenuta la richiesta di nomina.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b>

<b>3.2.1.3 Riabilitazione</b>	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Individuazione professionisti per l'avvio dei lavori sul Piano Regionale della Riabilitazione.</li> <li>2. Monitoraggio attività dei gruppi integrati neuromuscolari (GIN)</li> <li>3. Organizzazione evento formativo sul PDTA per la sclerosi multipla</li> <li>4. Approvazione PDTA Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) e avvio dei lavori di monitoraggio del PDTA</li> <li>5. Individuazione professionisti per l'avvio dei lavori sul PDTA riabilitazione oncologica</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Messa a disposizione dei professionisti e partecipazione dei professionisti individuati al gruppo di lavoro sul Piano Regionale della Riabilitazione.</li> <li>2. Invia una reportistica sulle attività del gruppo integrato neuromuscolari (GIN)</li> <li>3. Messa a disposizione dei professionisti per l'evento formativo sul PDTA per la sclerosi multipla</li> <li>4. Attivazione PDTA SLA e messa a disposizione professionisti per monitoraggio</li> <li>5. Messa a disposizione dei professionisti e partecipazione dei professionisti individuati al gruppo di lavoro sul PDTA riabilitazione oncologica</li> </ol>
<u>Attuazione al 31.12.2019</u>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. l' AAS3 ha garantito nel corso del 2019 la presenza dei propri referenti aziendali ogniqualvolta ne sia stata richiesta la partecipazione;</li> <li>2. il GIN aziendale, data la revisione organizzativa in corso, verrà costituito nel 2020;</li> <li>3. All'evento formativo ha partecipato, per l'AAS3, il Direttore SOC Riabilitazione di Tolmezzo;</li> </ol>	

<p>4. il PDTA SLA regionale non risulta essere stato diffuso.</p> <p>5. un Fisiatra della SOC di Riabilitazione SD sta partecipando al gruppo di lavoro regionale per il PDTA Riabilitazione oncologica.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b> <b>IL PDTA SULLA SLA È STATO APPROVATO CON DECRETO 409/SPS DEL 22/2/2019</b>

<b>3.2.1.4 Assistenza Protesica</b>	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Continuazione dei lavori per la revisione dei percorsi di assistenza protesica e per la formazione dei professionisti sanitari	A seguito dell'adozione del tariffario regionale AAS3 provvederà all'aggiornamento dei percorsi per l'erogazione di alcuni ausili e protesi così come all'attivazione dei percorsi semplificati completando i lavori di revisione intrapresi nel 2018.
<p><u>Attuazione al 31.12.2019</u></p> <p>In attesa dell'ultimazione da parte della Regione del processo di applicazione del nuovo Nomenclatore (DPCM 12/01/2017) sono state inviate ai singoli Uffici di Assistenza Protesica distrettuali, specifiche indicazioni operative relative alla fornitura di "protesi acustiche, calzature di serie, dispositivi elastocompressivi, video ingranditori", di uniforme applicazione. Inoltre con nota prot. n. 22339/2019 a firma del Direttore Sanitario è stato inviato l'elenco e la procedura prescrittiva dei dispositivi di cui all'Elenco 2B (All. 5 del DPCM e DGR 65/2018), ai MMG e PLS aziendali al fine di delineare le nuove competenze in capo ai suddetti relativamente alla prescrizione di dispositivi di assistenza protesica ai propri assistiti. Si è provveduto, altresì, ad illustrare ai Professionisti il nuovo percorso durante gli incontri di AFT.</p> <p>Alle SOC di Riabilitazione è stata richiesta compilazione in equipe del modulo PRAI, in associazione alla prima prescrizione protesica di alcuni ausili (protesi di arto, montascale, carrozzina elettrica).</p> <p>Sono stati messi in atto percorsi aziendali semplificati per l'acquisizione dei dispositivi appartenenti al elenco 2A e 2B, allegato 5, DPCM 12/01/2017, attraverso gare pubbliche di acquisto.</p> <p>Sono stati svolti degli incontri interaziendali AAS3 – ASUIUD, degli Uffici di Assistenza Protesica e Riabilitativa finalizzati all'allineamento dei percorsi amministrativi inerenti l'assistenza protesica, anche in preparazione all'unificazione delle Aziende. Inoltre, è stata garantita la partecipazione al Tavolo Regionale per la redazione del Regolamento attuativo alla DGR 65/2018 "Linee di indirizzo regionali per l'assistenza protesica".</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.2.1.5 Superamento della contenzione</b>	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Dare attuazione alla DGR n. 1904/2016	Invio di un report di monitoraggio al 31.12.2019 del fenomeno della contenzione in tutte le strutture sanitarie, socio-sanitarie e assistenziali secondo quanto disposto nella DGR 1904/2016
<p><u>Attuazione al 31.12.2019</u></p> <p>E' stata definita la politica "Promozione dei diritti e della dignità delle persone e per l'applicazione dei sistemi di</p>	

tutela e di protezione" e presentata agli operatori dell'ospedale e del territorio. Ad ottobre e novembre è stata svolta l'osservazione sul rispetto della DGR 1904/2016, i cui esiti sono stati trasmessi in DCS con nota prot. n. 21200 del 20.2.2020

**Valutazione**

**OBIETTIVO RAGGIUNTO**

### 3.2.2 ASSISTENZA SOCIOSANITARIA

#### 3.2.2.1 Anziani non autosufficienza

Obiettivo Aziendale

Risultato atteso

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

1. In continuità l'anno 2018, valutare, mediante l'utilizzo del sistema di VMD Val. Graf.-FVG, tutte le persone per le quali è previsto l'accoglimento in un servizio semiresidenziale o residenziale convenzionato.

2. Definizione di procedure uniformi e condivise a livello territoriale per l'ingresso nelle strutture residenziali convenzionate, sulla base degli indirizzi che verranno forniti dalla Regione e nel rispetto delle specificità presenti a livello locale.

Attuazione al 31.12.2019

Non essendo pervenute nuove indirizzi regionali sull'utilizzo della Val.graf, i Distretti hanno continuato ad operare in continuità con le modalità previste per gli anni precedenti.

**Valutazione**

**1. OBIETTIVO RAGGIUNTO**  
**2. OBIETTIVO STRALCIATO**

3.2.2.1.3 Sistema di finanziamento

Conclusione del percorso avviato nel 2018 per l'assegnazione dei posti letto convenzionabili aggiuntivi, attribuiti all'AAS3 con DGR n. 1828 del 05/10/2018, secondo le procedure e modalità ivi indicate.

Attuazione al 31.12.2019

In data 21/02/2019 con decreto n. 36 sono stati assegnati, come previsto dalla DGr 1828/2018 e relativa definizione di un bando per 136 pl, alla Residenza per anziani non autosufficienti di Buja n. 3 pl di N3 e alla Residenza Zaffiro di Fagagna 120 pl di N3.

In data 26/03/2019 con decreto n. 61 sono stati assegnati, con decorrenza dal 01/03/2019 e senza ricorso al bando, come previsto dalla DGR 1828/2018, all'ASP "SCROSOPPI" di Tolmezzo n. 16 pl di N3 e all'ASP "Daniele Moro" di Codroipo n. 6 pl di N3.

La commissione aziendale costituita per la valutazione dell'idoneità delle richieste non ha ritenute conformi le richieste di due strutture.

**Valutazione**

**OBIETTIVO RAGGIUNTO**

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

1. Mantenimento delle attività di verifica e approfondimento dei percorsi avviati negli anni

	<p>precedenti e realizzazione di almeno due visite di audit approfondite (a livello aziendale).</p> <p>2. Redigere e trasmettere alla Direzione Centrale Salute entro il primo semestre del 2019, una dettagliata relazione illustrativa delle attività di monitoraggio e promozione della qualità svolte nell'anno precedente.</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Attuazione al 31.12.2019

La relazione è stata inviata in data 15/05/2019 con n° di protocollo 22643.

<b>Valutazione</b>	<p><b>1. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p> <p><b>2. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p>
--------------------	---------------------------------------------------------------------------

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

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
<p>1. Adozione del regolamento regionale relativo all'attivazione e gestione del servizio di presa in carico di tele assistenza domiciliare "sicuri a casa"</p> <p>2. Estensione del progetto PRISMA 7 a tutte le AAS e ASUI della regione</p>	<p>1. Il regolamento è adottato con atto formale entro il 31.12.2019</p> <p>2. Evidenza della rilevazione sugli abitanti &gt;75 dei distretti, secondo le indicazioni regionali</p>

Attuazione al 31.12.2019

- Il regolamento regionale non è stato approvato nell'anno di riferimento, ma con DGR 161 dd 06.02.2020. Si è effettuata una ricognizione del fabbisogno della popolazione ed è stata avviata una sperimentazione nel Distretto 2 e 3, per poi definire il regolamento di funzionamento del servizio
- La rilevazione secondo il progetto PRISMA 7 è stata effettuata secondo le modalità definite dal progetto regionale in tutti i Distretti.

<b>Valutazione</b>	<p><b>1. OBIETTIVO STRALCIATO</b></p> <p><b>2. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p>
--------------------	----------------------------------------------------------------------------

**3.2.2.2 Disabilità**

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

Attuazione al 31.12.2019

Nel corso del 2019 la percentuale cumulata di utenti valutati è stata dell' 84%.

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--------------------	----------------------------

**3.2.2.2.1 Fondo gravissimi**

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso

Continuare nella attività di accertamento e segnalazione ai sensi del DPreg. 247/2009	Garantire l'attività di accertamento e segnalazione dei casi di gravissima disabilità da fornire alla DCS secondo le indicazioni del vigente regolamento regionale in materia.
<u>Attuazione al 31.12.2019</u>	
Tutte le pratiche relative alla conferma dei casi in continuità (51 casi) e alla segnalazione dei nuovi casi (4 casi) sono state effettuate nei tempi previsti. Si è proceduto con l'invio della documentazione richiesta ad integrazione delle conferme e delle nuove segnalazioni.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.2.2.2.2 Fondo SLA</b>	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Continuare nella attività di valutazione, raccolta di documentazione e segnalazione indicate nel Regolamento di cui alla DGR 1692/2000.	Continuare le attività di valutazione, raccolta di documentazione e segnalazione dei nuovi casi di SLA e dei casi per i quali si è riscontrato un aggravamento, fornendo all'Ente delegato (Area Welfare) tutta la documentazione necessaria alla valutazione selettiva.
<u>Attuazione al 31.12.2019</u>	
Si è proseguito nell'attività di valutazione e gestione della graduatoria delle persone beneficiarie del fondo SLA FVG.	
Casi in carico 01.01.2019: 9	
Casi in carico 31.12.2019: 7	
Casi deceduti 2019: 2	
Casi aggravati nel corso del 2019 (passaggio di fascia economica): 2	
Casi in monitoraggio 2020 (possibile inserimento in graduatoria aprile 2020): 2	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.2.2.2.3 Vigilanza servizi semiresidenziali e residenziali sociosanitari destinati a persone con disabilità</b>	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Proseguire nella attività di vigilanza dei servizi semiresidenziali e residenziali sociosanitari destinati a persone con disabilità, nelle more dell'emanazione del sistema regionale di regolamentazione degli stessi	Effettuare l'attività di vigilanza e controllo su almeno il 30% dei servizi/strutture collocati sul territorio di competenza.
<u>Attuazione al 31.12.2019</u>	
Sono state vigilate 5 delle 15 strutture presenti sul territorio aziendale. Oltre alle attività di verifica e vigilanza, è stata garantita anche la consulenza su tematiche assistenziali e di rischio clinico.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.2.2.2.4 Dopo di noi</b>	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Garantire gli interventi previsti dalla Legge n. 112 del 22 giugno 2016 "Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare".	Collaborare attivamente al monitoraggio dei percorsi avviati, relativi all'abitare inclusivo, e alla progettazione degli interventi a valere sui finanziamenti del Fondo 2018.
<u>Attuazione al 31.12.2019</u>	
A decorrere dal 01.03.2019 è stato aggiudicato l'appalto per la gestione del progetto di cui alla L112/16. Da tale data e fino al 31.12.19 sono stati realizzati n° 8 incontri di monitoraggio sull'andamento generale, n° 7 verifiche effettuate a mezzo telematico, nonché numerosi contatti, in funzione delle esigenze delle persone che beneficiano del progetto.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.2.2.2.5 Autismo</b>	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Partecipazione dei referenti aziendali al Tavolo tecnico sull'autismo	Evidenza della partecipazione
<u>Attuazione al 31.12.2019</u>	
L'AAS3 ha garantito nel corso del 2019 la presenza dei propri referenti aziendali ogniqualvolta ne sia stata richiesta la partecipazione.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b>

<b>3.2.2.3 Minori</b>	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Supporto al processo di riclassificazione delle strutture residenziali e semiresidenziali;</li> <li>2. Partecipare/collaborare al processo di presa in carico integrata dei minori accolti in strutture residenziali e semiresidenziali</li> <li>3. Ridurre il numero dei minori inviati fuori regione</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tutte le strutture per minori già operanti nel territorio aziendale sono riclassificate.</li> <li>2. Esistenza di un protocollo territoriale coerente con le linee regionali sulla presa in carico integrata dei minori in strutture residenziali e semiresidenziali, che ne definisca modalità e tempi.</li> <li>3. Evidenza della riduzione del numero di invii fuori regione.</li> </ol>
<u>Attuazione al 31.12.2019</u>	
<p>Il regolamento regionale nel 2019 non era disponibile, ma è stato definito con DGR 133 dd 30.01.2020 e DGR 273 dd 28.02.2020. La riclassificazione è pertanto slittata al 2020.</p> <p>AAS3 aveva già avviato un monitoraggio stretto degli invii fuori regione e nel 2017 aveva già fatto rientrare i casi che potevano essere inseriti in setting assistenziali diversi dalla residenza. Si evidenzia che l'offerta residenziale regionale non è sufficiente e l'invio fuori regione è l'unica soluzione praticabile. Nel 2019 sono stati inseriti in Comunità terapeutiche 5 utenti (di cui 4 fuori regione). Nel 2016 i casi erano 9 e l'intervento agito nel 2017 li ha portati a 7.</p>	



<b>Valutazione</b>	<b>1. OBIETTIVO STRALCIATO</b> <b>2. OBIETTIVO STRALCIATO</b> <b>3. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>3.2.2.4 Salute Mentale</b>	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
<p>1. Miglioramento dell'integrazione tra cure primarie e specialistiche con particolare riferimento alla presa in carico dei disturbi mentali comuni</p> <p>2. Definizione di un percorso aziendale congiunto (NPIA, DSM, PLS e MMG) per la definizione della fase di transizione delle cure dai servizi per l'età evolutiva ai servizi per l'età adulta</p> <p>3. Utilizzo dello strumento del BIS nell'ambito di programmi terapeutico riabilitativi per l'età evolutiva</p> <p>4. Miglioramento e valutazione dell'impiego della metodologia del BIS nei DSM (età adulta), nell'ambito del Capitolato unico Regionale per la cogestione e coprogettazione di BIS con gli Enti del Terzo Settore</p> <p>5. Condivisione tra i diversi DSM regionali delle attività relative al percorso terapeutico e riabilitativo delle persone in contatto con i Servizi, in una prospettiva di massima personalizzazione degli interventi e sviluppo di empowerment da parte dei destinatari degli stessi</p>	<p>1. Evidenza di percorsi integrati tra cure primarie e DSM e di interventi formativi</p> <p>2. Invio in Direzione entro il 31.12.2019 del percorso aziendale congiunto NPIA, DSM, PLS e MMG) per la definizione della fase di transizione delle cure</p> <p>3. Invio in Direzione entro il 31.12.2019 di un report con l'evidenza di programmi attivati presso ogni NPIA e/o Distretto</p> <p>4. Partecipazione ai Tavoli Tecnici Regionali e all'attività formativa prevista, degli operatori già individuati dai DSM, avvio attività di valutazione degli esiti con individuazione del profilo di salute dei beneficiari dei PTRI con BIS</p> <p>5. Adozione dello strumento unico regionale a supporto del percorso terapeutico abilitativo personalizzato (di prossima informatizzazione).</p>
<p><u>Attuazione al 31.12.2019</u></p> <p>1. In data 3 maggio n. 10 operatori - n. 1 medico e n. 1 infermiere per CSM - hanno partecipato alla formazione regionale sul tema della depressione finalizzata a formare i formatori. In quella sede, in cui erano presenti anche MMG, è stato illustrato l'utilizzo del mhGAP - modulo depressione moderata -grave. E' stato presentato (e successivamente fornito a tutti i partecipanti) il materiale didattico che dovrà essere utilizzato nelle formazioni locali rivolte ai MMG da realizzarsi. Attualmente, grazie al dialogo in corso con i responsabili di Distretto delle tre aree, è stata definita la data del 18 settembre in cui, in sede di incontro di AFT, verranno riproposti i contenuti sopra citati. In quelle sedi dovrebbe anche essere somministrato il questionario AIFA collegato al Progetto "Depressione: fasi diagnostiche, programmi di cura e ricerca sull'uso degli antidepressivi in Friuli Venezia Giulia". Il 18 settembre è stata realizzata la formazione con tutti gli MMG nelle sedi di Tolmezzo e di Codroipo, con un focus sulla depressione grave. In questa occasione è stato somministrato anche il questionario proposto dall'AIFA.</p> <p>2. Nel corso dell'anno, si è deciso di mantenere operative le diverse prassi consolidate sui territori. Presso il Distretto 1 è stato sperimentato un modello basato sulle UVD con la ricerca di un sempre maggiore coinvolgimento del nucleo familiare. Negli altri distretti si procede con la presentazione dei casi tra gli operatori coinvolti.</p>	

3. A livello aziendale è stato definito il processo per l'attivazione dei BIS per minori. Nel primo semestre non risultano essere stati attivati BIS per minori. Nel corso del secondo semestre il DSM ha fornito, su richiesta, supporto all'avvio del processo per l'utilizzo dei BIS per minori, in particolare attraverso una educatrice professionale esperta. Solo a fine anno si sono evidenziate situazioni che potrebbero giovare del BIS e pertanto i progetti avranno svolgimento nel corso del 2020 e saranno oggetto di rendicontazione nel corso del prossimo anno.

4. Gli operatori individuati dei n. 4 CSM hanno partecipato al percorso di formazione Regionale sui Progetti Terapeutico Personalizzati (PTRP) con budget di salute (BIS) intitolato "L'impiego del Budget di Salute nei Dipartimenti di Salute Mentale del Friuli Venezia Giulia: competenze per la cogestione, profili di bisogno e costruzione di opportunità inclusive". Le giornate di formazione si sono realizzate il 16 maggio a Udine e il 14 giugno a Pordenone. La giornata di formazione locale, così come prevista dal percorso formativo stesso, si è tenuta il 21 giugno presso il Centro Diurno EX Stazione e Tolmezzo. L'ultima giornata formativa è stata programmata per il 26 novembre a Trieste. In data 15 aprile alcuni operatori appositamente individuati - n. 2 per ogni CSM, hanno partecipato alla formazione per l'utilizzo della scala di valutazione esiti HoNOS (Health of Nation Outcomes Scales). Le schede di valutazione degli utenti a suo tempo campionati (l'universo era rappresentato da tutti gli utenti in carico con PTRP sostenuto da BIS), sono state inviate entro il termine previsto del 15 luglio.

La somministrazione della scheda è stata realizzata così come previsto dalle indicazioni regionali. Il 26 novembre sono stati presentati in occasione dell'ultima formazione prevista dal percorso sopra indicato, i dati derivanti da una prima elaborazione regionale dei questionari.

5. In data 22 agosto si è tenuto un incontro presso il POS di Gemona, promosso dalla Regione, per verificare le precondizioni operative all'avvio del nuovo gestionale. È stato conseguentemente adeguato il numero dei pc nei CSM dove si sono state evidenziate delle carenze (CSM Gemona e Tolmezzo).

<b>Valutazione</b>	<b>1. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>2. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b> MANCA L'EVIDENZA DI INVIO DEL DOCUMENTO <b>3. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>4. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>5. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>3.2.2.6 Cure palliative e terapia del dolore</b>	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
<b>CURE PALLIATIVE</b> 1. Consolidamento dell'ASSISTENZA H24 7 su 7: sono garantite cure palliative domiciliari 7 giorni su 7, dalle 8 alle 20, attraverso l'erogazione diretta degli operatori dell'équipe e per le restanti fasce orarie attraverso una delle seguenti modalità: Pronta disponibilità dedicata (servizio h24 garantito dall'UCP), Consulenza telefonica (ai Medici dei servizi di Continuità assistenziale e al 118) 2. Revisione dei criteri di accesso alla rete delle cure palliative da parte di un gruppo tecnico regionale	1. Assistenza garantita h 24 7 giorni su 7 (con pronta disponibilità notturna) con evidenza dell'organizzazione e dell'attività svolta mediante relazione semestrale da inviare alla DCS entro luglio 2019 e gennaio 2020 2. Partecipazione al gruppo tecnico regionale degli esperti aziendali identificati dalle singole Aziende e approvazione dei criteri entro il primo semestre del 2019 e successiva applicazione 3. Redazione di report semestrale da inviare alla DCS entro luglio 2019 e gennaio 2020

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

Attuazione al 31.12.2019

CURE PALLIATIVE

1, 3 Si è provveduto all'invio alla DCS, in data 31 luglio, prot. n. 35579/P e nota 17562 dd 13.02.2020, di una relazione attestante l'attività svolta, con l'indicazione del modello organizzativo adottato e il numero delle prese in carico suddivise per distretto.

2-4 Il referente aziendale ha partecipato ai lavori del gruppo regionale, in cui è stato definito, fra l'altro, come criterio di accesso alla rete delle Cure Palliative, la scheda NECPAL per MMG e ospedalieri; si è altresì valutato di rendere più snelle le regole di funzionamento dell'UVM (unità di valutazione multidimensionale) per la presa in carico di un paziente in Cure Palliative.

5 Percentuale di malati oncologici deceduti a domicilio: 44,0% (il dato fa riferimento ai primi 9 mesi dell'anno 2019, dato che la basi dati è completa solo fino a settembre)

TERAPIA DEL DOLORE

6 - Le agende di terapia del dolore sono state organizzate per priorità e sono accessibili a Call center e online.

7 - Il sistema di codifica ambulatoriale definito per la terapia antalgica è costantemente utilizzato.

8 - Le agende di terapia del dolore sono state organizzate per priorità B/D/P.

Il dato sul rispetto dei tempi di attesa sono particolarmente critici (priorità B= 11%, priorità D 19%), ma l'organizzazione della risposta ai bisogni del paziente segue anche percorsi che non rendono confrontabile il dato del tempo di attesa con le altre prestazioni ambulatoriali.

Si evidenzia che:

- le urgenze sono valutate in Pronto Soccorso con consulenza da parte dell'anestesista di guardia appena possibile e successivamente gestiti, se necessario in base alle valutazioni cliniche, dall'ambulatorio di terapia

del dolore come controllo nel primo posto utile o in overbooking se superiore alle 3 settimane.  
 - i pazienti con dolore correlato a neoplasia seguono un percorso a parte concordato e codificato.  
 - è stata istituita in via sperimentale presso la sede di San Daniele la casella di posta elettronica dedicata per concordare le prestazioni con il MMG ed espletare il follow-up senza spostare il Paziente oltre il necessario  
 9. Le sedi dell'AAS3 non sono state individuate per la reperibilità.

<b>Valutazione</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b></li> <li><b>2. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></li> <li><b>3. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></li> <li><b>4. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></li> <li><b>5. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b></li> <li><b>6. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></li> <li><b>7. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></li> <li><b>8. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b></li> <li><b>9. OBIETTIVO STRALCIATO</b></li> </ol>
--------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>3.2.2.7 Consulteri familiari</b>	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Implementazione del percorso gravidanza fisiologica a gestione ostetrica</li> <li>2. Implementazione dell'offerta della visita domiciliare ostetrica in puerperio in tutte le Aziende, anche al di fuori di situazioni di fragilità</li> <li>3. Promozione del tema della donazione del cordone ombelicale e del ruolo delle vaccinazioni infantili nell'ambito dei corsi di accompagnamento alla nascita</li> <li>4. Implementazione di percorsi aziendali per la donna in età post fertile</li> <li>5. Analisi di approfondimento delle gravidanze in età precoce e i neonati esposti</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evidenza dell'attivazione del percorso</li> <li>2. Report con n. tot. visite domiciliari in puerperio/parti (specificando il nr. delle visite in situazioni di fragilità</li> <li>3. Evidenza di materiale che attesti la presentazione dei temi (locandine corsi, etc..)</li> <li>4. Evidenza documentale del percorso aziendale</li> <li>5. Definizione di protocolli aziendali di accompagnamento e dimissioni per le gravidanze in età precoce e i neonati esposti</li> </ol>
<u>Attuazione al 31.12.2019</u>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Il percorso di gravidanza fisiologica a gestione ostetrica è attivo in tutte le sedi distrettuali. Nel primo semestre sono state erogate 1733 prestazioni presso gli ambulatori distrettuali della gravidanza fisiologica.</li> <li>2. Sono state effettuate n. 334 visite domiciliari, di cui 26 con carattere di fragilità:</li> <li>3. la promozione della donazione del sangue cordonale è presente sia nella carta dei servizi del percorso nascita che nella brochure informativa prodotta nel mese di giugno 2019; tale documentazione è inserita nel sito aziendale.</li> <li>4. L'AAS3 è accreditata "Bollino rosa" con la Fondazione Onda, Osservatorio nazionale sulla salute della donna e di genere, che conferisce agli ospedali che offrono servizi dedicati alla prevenzione, diagnosi e cura delle principali patologie femminili. In particolare nel 2019 AAS3 ha partecipato all'open day sulla</li> </ol>	

menopausa (18.10.2019)	
5. E' strutturato l'accompagnamento delle gravidanze complesse, comprese quelle precoci, sulle due sedi. E' stato prodotto il protocollo sul neonato esposto. La sua adozione definitiva è stata demandata alla nuova Azienda.	
<b>Valutazione</b>	<b>1. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>2. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>3. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>4. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>5. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.2.2.7 Consulteri familiari - ADOZIONI</b>	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Partecipazione al Tavolo regionale per l'adozione nazionale e internazionale 2. Implementazione, in tutte le Aziende, dell'offerta di informazione e formazione in collaborazione con gli Enti Autorizzati EE.AA., la Scuola e il Tribunale per i Minorenni 3. Analisi e implementazione dei processi di monitoraggio e valutazione dei percorsi adottivi di maggiore criticità 4. Analisi della casistica di fallimento adottivo	1. Evidenza di partecipazione dei referenti aziendali 2. Evidenza di attivazione attraverso report con dati relativi all'anno 2019 3. Evidenza dei processi di monitoraggio e valutazione attraverso report e dati relativi all'anno 2019 4. Report sulla tematica dei fallimenti adottivi esito del percorso aziendale e regionale
<u>Attuazione al 31.12.2019</u> 1. Il referente aziendale ha garantito la presenza al Tavolo regionale per l'adozione nazionale e internazionale 2-3. Il report interno delle attività riservato agli operatori (n. 5 ) dell'equipe adozioni aziendale viene aggiornato in modo costante e posto alle verifiche in itinere per il rispetto dell'attività e della tempistica. E' accessibile tramite link interno AAS3 (T); Il processo di valutazione e monitoraggio viene garantito in linea generale da una riunione mensile, in cui si alimenta il report interno (punto 2); 4. Nell'anno 2019 non vi è casistica di fallimento adottivo.	
<b>Valutazione</b>	<b>1. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>2. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>3. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>4. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.2.2.8 Sanità Penitenziaria</b>	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Realizzazione di eventi formativi congiunti tra personale sanitario e penitenziario finalizzati al miglioramento della comunicazione su obiettivi comuni, portando l'attenzione sulla gestione dei	1. Almeno n. 1 evento aziendale di formazione congiunta realizzato al 31.12.2019 (indicazione del personale formato e verifica della soddisfazione dei partecipanti)

detenuti con bisogni sanitari complessi. 2. Sviluppo della telemedicina in carcere 3. Miglioramento della presa in carico di detenuti con bisogni complessi legati alla salute mentale e alle dipendenze, attraverso la partecipazione congiunta del medico e infermiere di sanità penitenziaria, dei DSM e dei servizi delle dipendenze.	2. Almeno n. 1 progettualità di telemedicina innovativa sviluppata a favore dei detenuti (descrizione del progetto e indicazione degli interventi effettuati al 31.12.2019) 3. Intervento organizzativo individuato per la presa in carico dei detenuti con bisogni complessi (descrizione dell'intervento e rilevazione dei casi presi in carico al 31.12.2019)
<p><u>Attuazione al 31.12.2019</u></p> 1. eseguiti 4 eventi formativi nel 2019: il primo il 12 febbraio sulla prevenzione del suicidio diretto al personale di sorveglianza; gli altri 3 in aprile, rivolti sia ai detenuti che al personale di sorveglianza sul tema della sana alimentazione (è disponibile il report con i risultati sulla verifica della soddisfazione. 2. nell'ambito del progetto di gestione dell'elettrocardiografia aziendale (ospedaliera e territoriale) è stato sviluppato uno specifico ambito per i detenuti. Il carcere è stato dotato di un elettrocardiografo (in grado di trasmettere l'ECG) e di postazione PC con licenza per la visualizzazione degli ECG. Inoltre, è stato definito un protocollo per l'acquisizione e la trasmissione degli ECG e la refertazione dalla Struttura di Cardiologia. 3. organizzati più incontri per la presa in carico di 2 detenuti problematici. La modalità individuata è di UVD con la partecipazione del medico del carcere, dello psichiatra, del comandante e della responsabile degli educatori.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.2.2.9 Superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari</b>	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Presa in carico delle persone internate in REMS da parte delle equipe multiprofessionali dei CSM di residenza	1. Predisposizione e invio all'autorità giudiziaria competente, entro 45 giorni dalla data di ingresso delle persone in REMS, dei PTRI finalizzati all'adozione di soluzioni diverse dalla REMS
<p><u>Attuazione al 31.12.2019</u></p> Nel corso del 2019 nessun utente in carico ai CSM dell' Azienda è stato inserito in REMS. Prosegue, il progetto personalizzato a favore dell'utente già in REMS dal 2017.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.2.2.10 Dipendenze</b>	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Collaborazione con l'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze 2. Partecipazione al tavolo tecnico di confronto regionale con il terzo settore sui trattamenti algologici 3. Realizzazione di una sperimentazione dell'uso del	1.1 Partecipazione dei referenti del gruppo tecnico operativo ad almeno il 70% delle riunioni indette dall'Osservatorio sulle Dipendenze 1.2 Invio e validazione dei dati per i flussi informativi regionali raccolti dell'osservatorio 1.3 Rendicontazione delle azioni previste dal Piano

<p>budget personale.</p> <p>4. Diffusione dell'offerta di testing per le malattie infettive correlate all'uso di sostanze stupefacenti negli utenti che afferiscono ai Servizi per le dipendenze</p> <p>5. Ridurre di almeno il 10% le persone inviate nelle strutture residenziali extraregionali</p>	<p>operativo GAP 2017</p> <p>1.4 Report con l'esito di almeno 3 indicatori di outcome relativi agli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale</p> <p>1.5 Report con l'esito di 3 indicatori di outcome relativi all'esito dei trattamenti in capo al SSR per rispondere alle problematiche relative alla dipendenza, quali drop-out e follow - up</p> <p>1.6 Report rispetto ai soggetti under 25 anni afferenti ai servizi rispetto quantità e problematiche all'accesso</p> <p>2. Partecipazione dei referenti Aziendali dei trattamenti alcolici ad almeno il 70% delle riunioni indette</p> <p>3. Report su sperimentazione budget personale</p> <p>4. Almeno il 70% di testati sui testabili</p> <p>5. Relazione sul numero di invii nelle strutture per la terapia riabilitativa della dipendenza, con evidenza del dettaglio delle strutture di invio e motivazione espressa per gli invii fuori regione.</p>
<p><u>Attuazione al 31.12.2019</u></p> <p>1. La collaborazione con l'Osservatorio Regionale delle Dipendenze è costante: è garantita la partecipazione alle riunioni indette, laddove invitati; l'implementazione dei dati è costante; i report richiesti e la rendicontazione prevista dal Piano GAP 2017 sono state prodotte e condivise con l'osservatorio stesso;</p> <p>2. i referenti aziendali hanno partecipato a tutte le riunioni indette a cui sono stati invitati a partecipare;</p> <p>3. la relazione prodotta evidenzia l'attività svolta nel corso del 2019;</p> <p>4. l'offerta di testing per le malattie infettive correlate all'uso di sostanze stupefacenti negli utenti che afferiscono ai Servizi per le dipendenze è stata pari al 75% di testati sui testabili;</p> <p>5. la prospettata riduzione non si è concretizzata per un aumento dell'utenza under 25 che non trova sul territorio regionale adeguati percorsi strutturati.</p>	
<p><b>Valutazione</b></p>	<p><b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p>

### 3.2.4 ODONTOIATRIA PUBBLICA

<p><b>3.2.4 Odontoiatria pubblica</b></p>	
<p>Obiettivo Aziendale</p>	<p>Risultato atteso</p>
<p>Valutazione delle attività e dei servizi attivati e dei risultati raggiunti del programma regionale di odontoiatria pubblica, e al consolidamento dello stesso.</p>	<p>1. ogni centro erogatore deve fornire almeno 1400 prestazioni/anno;</p> <p>2. la media aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra deve essere con valore &gt; 1.5;</p> <p>3. la media aziendale annua di prestazioni/riunito non deve essere inferiore a 1400;</p> <p>4. la percentuale aziendale di visite sul totale delle prestazioni erogate deve essere mantenuta al valore</p>

	<p>raggiunto nel 2018 (=28%)</p> <p>5. fornire alla DCS per il tramite del Coordinamento regionale una comunicazione trimestrale sulle liste di attesa e tutte le informazioni previste dalla convenzione;</p> <p>6. Attivazione della cartella clinica elettronica nei tempi previsti dal responsabile del progetto;</p> <p>7. all'interno del carcere è attivato l'ambulatorio odontostomatologico, per garantire in sede la presa in carico e la cura dei detenuti;</p> <p>8. al fine di ottimizzare le risorse e garantire cure di qualità grazie alla numerosità della casistica trattata, andranno progressivamente intraprese azioni – attraverso la riduzione del numero delle sedi erogatrici di prestazioni odontostomatologiche – tese a garantire la presenza di almeno due riuniti per sede entro il 2019.</p>
<p><u>Attuazione al 31.12.2019</u></p> <p>1. Attività in linea: 1529 prestazioni/anno;</p> <p>2. La media aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra è stata 1,34;</p> <p>3. La media aziendale annua di prestazioni/riunito è 1656;</p> <p>4. La percentuale aziendale di visite sul totale delle prestazioni erogate è stata 24,3%</p> <p>5. Sono stati garantiti gli invii di informazione su costi approvvigionamento magazzino centrale, costi laboratori esterni, incasso ticket e quota aggiuntiva, incasso protesi, prestazioni erogate suddivise per sedi.</p> <p>6. La progettualità regionale non si è ancora conclusa.</p> <p>7. all'interno del carcere è da sempre (anche prima del passaggio da Ministero di Giustizia al Ministero della Sanità) presente l'odontoiatra con un accesso settimanale.</p> <p>8. l'offerta di 7 riuniti su 4 sedi, non è stata modificata nel corso del 2019.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>

### 3.3 ASSISTENZA FARMACEUTICA

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



	- Farmaceutica territoriale DPC: 33€/procapite; - Farmaceutica ospedaliera: -0,5% valore del 2018 (2018: 5.721.889)
<p><u>Attuazione al 31.12.2019</u></p> <p>Il report pervenuto dalla DSC aggiornato al mese di dicembre 2019 riporta i valori finali raggiunti dagli indicatori relativi alla spesa pro-capite e ospedaliera ed i relativi scostamenti rispetto ai vincoli predefiniti.</p> <p><b>Farmaceutica territoriale diretta</b> € 74,30 (scostamento +3,2%) - I principali determinanti la spesa sostenuta a livello aziendale sono stati lenalidomide (+€ 210.000 circa pari a +53%), lumacaftor/ivacaftor (+€ 187.000 circa pari a +45%), palbociclib (+€ 157.000 circa pari a +251%), di cui primo e terzo principio attivo in linea con quanto evidenziato nel report regionale.</p> <p><b>Farmaceutica territoriale DPC</b> € 36,81 (scostamento +11,5%) - I principali determinanti la spesa sono stati in termini di ATC III liv i medicinali in classe B01A-antitrombotici (+€356.000 circa pari a + 15%), A10B-ipoglicemizzanti, escluse le insuline (€212.000 circa pari a +17%), A10A-insuline e analoghi (+€106.000 circa pari a +21%), analogamente a quelle individuate in ambito regionale; per la prima e la seconda classe ATC l'incremento è comunque risultato inferiore a quello regionale.</p> <p><b>Farmaceutica territoriale convenzionata</b> € 114,56 (-2,91%) inferiore al valore dello standard prefissato</p> <p>Il <b>totale della spesa pro-capite</b> è stato pari a € 225,67, secondo in regione dopo quello di ASUI-TS ed inferiore a quello medio regionale (€ 229,43)</p> <p><b>Farmaceutica ospedaliera + 10% diretta</b> - € 4.688.951 (+1,3%); l'incremento è legato alla quota del 10% della distribuzione diretta che rimane in capo all'azienda erogante.</p>	
<b>Valutazione</b>	<p><b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b></p> <p>I TETTI NAZIONALI RIPORTATI SONO AGGREGATI A LIVELLO REGIONALE (NON AZIENDALE) E LA VERIFICA DEL RISPETTO È EFFETTUATA A LIVELLO CENTRALE. DALL'ULTIMO REPORT AIFA GENNAIO-DICEMBRE 2019(PRIMO RILASCIO) IL TETTO PER LA CONVENZIONATA RISULTA RISPETTATO (6,90% VS 7,96% TARGET), IL TETTO PER I GLI ACQUISTI DIRETTI DEI GAS MEDICINALI RISULTA RISPETTATO (0,12% VS 0,20%). IL TETTO PER GLI ACQUISTI DIRETTI <u>NON</u> È STATO RISPETTATO (10,81% VS 6,69% TARGET)</p>

<b>3.3.2. Appropriately prescriptive</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
L'AAS3 invierà un report semestrale alla DCS con evidenza sia delle iniziative di audit e feedback adottate, sia delle azioni più significative intraprese nel corso del primo e del secondo semestre del 2019 (in particolare per oncologici, immunologici, farmaci per l'epatite C, terapie intra-vitreali, farmaci del PHT_DPC, equivalenti, IPP, ecc.).	Invio alla DCS di due relazioni semestrali (entro 31/08/2019 e 28/02/2020) da cui si evincano: <ul style="list-style-type: none"> <li>- 3 obiettivi assegnati alle U.O aziendali relativi a setting specialistici ad alto impatto di spesa</li> <li>- 3 obiettivi assegnati alle UO aziendali/MMG di continuità assistenziale/appropriatezza</li> <li>- Azioni intraprese per le categorie principali</li> </ul>
<p><u>Attuazione al 31.12.2019</u></p> <p>Ai 3 setting specialistici ad alto impatto di spesa individuati, reumatologia, oncologia, gastroenterologia, sono stati assegnati obiettivi di appropriatezza prescrittiva su medicinali anti-TNF e alcuni anticorpi monoclonali ad</p>	

indicazione emato-oncologica.

Alle entità organizzative, medicina, nefrologia, urologia, CSM, distretti per MMG, sono stati assegnati obiettivi di promozione della prescrizione dei medicinali dal miglior rapporto costo-efficacia, riduzione della prescrizione dei farmaci antipsicotici nelle CDR e della spesa degli IPP in farmaceutica convenzionata.

A documentazione delle azioni svolte nel corso del primo semestre è stata inviata alla DCS una relazione in data 23.08.2019, n. prot. 38997/P e aggiornata con la relazione annuale inviata il 21.02.2020, n. prot. 21981.

**Valutazione**

**OBIETTIVO RAGGIUNTO**

**REPORT SEMESTRALI (I SEMESTRE E ANNO INTERO) INVIATI NEI TERMINI E COERENTI CON GLI OBIETTIVI ASSEGNATI**

**3.3.4. Appropriately prescriptive. Indicators in territorial scope**

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

		2017	2016)
Consumo di antibiotici sul territorio DDD 1000 res. pes. die	AAS 3	14,98	14,50
Consumo di antibiotici in età pediatrica DDD 1000 res. pes. die	AAS 3	15,38	14,46

Attuazione al 31.12.2019

Le azioni di audit e feed-back con la medicina generale, ovvero la trasmissione dei report di monitoraggio sono stati orientati al perseguimento dei target proposti. Per i corrispondenti valori si riferimento ai report di monitoraggio della DCS.

INDICATORE	Media FVG (2017)	Target a cui tendere	Valore 2019 AAS3
Incidenza di sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (anti-ipertensivi)	37,95%	≤ 30 %	37,24%
Consumo pro –capite di farmaci inibitori di pompa protonica	28,06	≤25 up pro cap	32,38

Indicatore	Valore atteso 2019	Valore 2019 AAS3	Valore 2019 FVG	Valore aziendale 2017
Consumo di antibiotici sul territorio DDD 1000 res. pes. die		13,79	14,26	14,98
Consumo di antibiotici in età pediatrica DDD 1000 res. pes. die		13,94	14,89	15,38

CLASSE	% media	% target	Valore 2019
--------	---------	----------	-------------

	<b>FVG (gen- maggio 2018)</b>	<b>nazionale a cui tendere</b>	<b>AAS3</b>
Co8CA – derivati diidropiridinici	93,5%	92,1%	93,59%
Co9BA – ACE inibitori e diuretici	93,7%	95,3%	93,32%
No3AX – Altri antiepilettici	93,2%	98,7%	90,32%
No6AX – Altri antidepressivi	72,8%	80,8%	72,45%

Nella seconda parte del 2019 si sono svolti regolari incontri con la medicina generale orientati a favorire la prescrizione di medicinali biosimilari /a brevetto scaduto. In particolare, a tutti i medici, oltre a specifiche mail di promemoria sull'opportunità di dar corso a quanto stabilito dal 2° position paper dell'AIFA sui biosimilari, è stata trasmessa una nota puntuale (prot.0035177/2019) sui potenziali benefici economici -a parità di efficacia- derivanti dall'impiego di farmaci biosimili nell'area terapeutica del diabete. Con successiva nota prot. 038427/2019 è stata inoltre inviata a tutti i prescrittori territoriali la reportistica regionale corredata da approfondimenti su spesa e consumi di specifiche molecole ad elevato impatto di spesa e consumo.

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b> L'OBIETTIVO RIGUARDA IL RAGGIUNGIMENTO DEI TARGET AIFA-MEF E S' ANNA. RAGGIUNTI 3/8 TARGET (CRITERI VALUTAZIONE DA DGR 448/2019)
--------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>3.3.5. Biosimilari</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
Indicatori per categorie di medicinali in cui è disponibile l'alternativa biosimile	- Invio alla DCS di due relazioni semestrali secondo lo schema inviato dalla DCS (entro il 31/08/2019 e 28/02/2020) da cui si evincano le attività svolte, i percorsi attivati con i prescrittori ed i monitoraggi effettuati per i singoli ambiti (ospedaliero, domiciliare, residenziale e semiresidenziale), da cui si evincano le ricadute sul SSR
<u>Attuazione al 31.12.2019</u>	
Lo schema di rilevazione condiviso con la DCS è pervenuto in data 04.07.2019. La relazione sull'attività svolta è stata inviata alla DCS in data 23.08.2019, n. prot. 38997/P e aggiornata con la relazione annuale inviata il 21.02.2020, n. prot. 21981.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> RELAZIONE E REPORT TRASMESSI SECONDO INDICAZIONE RIADATTANDO LO SCHEMA INDICATO DALLA DCS AI FINI DELL'OMogeneità DI RILEVAZIONE DEI DATI TRA GLI ENTI DEL

**SSR**

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

Obiettivo	Risultato atteso
Ottimizzazione e monitoraggio della DPC Erogazione dei medicinali da parte delle strutture sanitarie (diretta e primo ciclo a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale) secondo la DGR 12/2018.	1. Invio di due report semestrali sull'attività svolta, secondo un prototipo di report per la rilevazione omogenea dei dati inviato dalla DCS, entro il 31.08.19 ed entro il 28.02.20. 2. Evidenza di accordi per l'erogazione del I ciclo con le strutture private accreditate entro il 31.08.2019"
<p><u>Attuazione al 31.12.2019</u></p> <p>1. Per quanto riguarda la DPC è stato assegnato un indicatore specifico per il principio attivo ranolazina e sono stati organizzati audit con i diabetologi per analizzare l'andamento della prescrizione dei medicinali per il diabete. Una prima iniziativa sarà presa per promuovere la prescrizione delle insuline nella formulazione biosimilare.</p> <p>2. Lo schema di rilevazione condiviso con la DCS è pervenuto in data 04.07.2019.</p> <p>La relazione sull'attività svolta è stata redatta sulla base dello schema condiviso ed inviata alla DCS in data 23.08.2019, n. prot. 38997/P. e aggiornata con la relazione annuale inviata il 21.02.2020, n. prot. 21981.</p> <p>In ambito aziendale non sono presenti strutture private convenzionate.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>1. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>2. OBIETTIVO STRALCIATO</b>

### 3.3.7. Rapporto con le Aziende Farmaceutiche e Biomedicali

Obiettivo	Risultato atteso
L'AAS3, attraverso gli appositi Uffici (es. responsabili della trasparenza e dell'anticorruzione) adottano specifiche disposizioni organizzative relativamente alle attività d'informazione svolte dalle Aziende farmaceutiche e del settore dei dispositivi medici verso tutti gli operatori sanitari al fine di favorire comportamenti uniformi, coerenti a principi di trasparenza anche con riferimento ad eventuali conflitti di interesse	ASS3 predisporre un regolamento e lo adotta entro il 31.12.2019.
<p><u>Attuazione al 31.12.2019</u></p> <p>Con Decreto n. 257 del 31.10 2019, avente ad oggetto "Regolamento dell'attività di informazione scientifica" è stato adottato il regolamento di cui in parola.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

### 3.3.8. Assistenza integrativa

Obiettivo	Risultato atteso

<p>La dispensazione dei dispositivi medici di cui all'allegato 2 del DPCM 12 gennaio 2017 è garantita in forma diretta secondo le disposizioni della DGR n. 1783 del 22.09.2017, punto 8.e. A tal fine l'AAS3 implementa i relativi percorsi.</p> <p>Nelle more della completa attuazione di quanto previsto dalla DGR 12/2018 relativamente agli ausili per diabetici, l'AAS3 garantisce modalità di acquisizione e di erogazione che favoriscano l'efficienza del SSR</p>	<p>1. implementazione/messa a regime della distribuzione diretta dei dispositivi medici di cui all'allegato 2 del DPCM 12 gennaio 2017</p> <p>2. Nelle more della completa attuazione di quanto previsto dalla DGR 12/2018 relativamente agli ausili per diabetici, le Aziende garantiscono modalità di acquisizione e di erogazione che favoriscano l'efficienza del SSR</p>
<p><u>Attuazione al 31.12.2019</u></p> <p>Con decreto del Commissario Straordinario n° 219 del 27 settembre 2019 è stato definito un accordo con Federfarma finalizzato alla realizzazione di una sperimentazione per l'erogazione in DPC di ausili per pazienti diabetici.</p>	
<p><b>Valutazione</b></p>	<p><b>1. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b></p> <p><b>2. OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b></p>

3.3.9. Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	
Obiettivo	Risultato atteso
<p><b>Registri AIFA e recupero rimborsi</b></p> <p>Per la prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA dovrà essere assicurata la registrazione di tutti i dati richiesti (anche con particolare riferimento ai medicinali innovativi), nel rispetto delle indicazioni autorizzate e dei criteri di eleggibilità definiti dall'AIFA, al fine di assicurare appropriatezza d'uso e consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing. La richiesta del farmaco dovrà sempre essere accompagnata dalla scheda di registrazione paziente nel registro.</p>	<p>Evidenza dei monitoraggi/controlli effettuati/percorsi aziendali per la risoluzione di eventuali criticità.</p> <p>Assicurare l'invio delle Richieste di Rimborso secondo le modalità definite da AIFA per tutti i farmaci con accordo MEA.</p>
<p><u>Attuazione al 31.12.2019</u></p> <p>La continuità e completezza dell'applicazione delle attività di monitoraggio sull'attivazione, implementazione e chiusura delle schede di prescrizione dei medicinali da registro AIFA ha fatto conseguire un rimborso totale pari a circa € 169.000.</p>	
<p><b>Valutazione</b></p>	<p><b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p>
<p><b>Cartella oncologica informatizzata</b></p> <p>La cartella oncologia informatizzata dovrà essere implementata relativamente ai campi: diagnosi/sede, protocollo/farmaco, stadiazione con un grado di completezza pari ad almeno il 95% dei pazienti.</p>	<p>Implementazione dei campi obbligatori per il 95% dei pazienti per entrambe le rilevazioni previste dalla DCS (al 30.06.2019 e al 31.12.2019)</p>
<p><u>Attuazione al 31.12.2019</u></p>	

Grado di completezza cartella oncologia informatizzata: 95,8%	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> I rilevazione: Tolmezzo 96.43%, S. Daniele 96.81% (media= 96,62%) II rilevazione: Tolmezzo 95.77%, S. Daniele 96.52% (media= 96,14%)
<p><b>Prescrizioni personalizzate PSM iter elettronico</b></p> <p>La copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM dovrà essere garantita per il 90% delle confezioni destinate alla distribuzione diretta nominale erogate mediante lo stesso applicativo, anche al fine di consentire un puntuale monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e la promozione dei medicinali acquisiti centralmente da ARCS.</p> <p>Le Aziende dovranno promuovere adeguate azioni di sensibilizzazione delle proprie strutture/reparti, al fine di ridurre l'erogazione derivante da prescrizioni cartacee indotte verso altre aziende.</p>	% delle confezioni erogate in distribuzione diretta nominale hanno una prescrizione effettuata con il sistema PSM - iter elettronico ≥ 90%
<u>Attuazione al 31.12.2019</u>	
Il valore aziendale raggiunto è pari al 95% (vedi mail DCS del 20/03/2020)	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> Modalità di valutazione definita con DGR n. 448/2019 PSM elettronico 95%(solo AAS3) PSM elettronico: 81,2% (totale: in+out) PSM tutto: 96.75% Personalizzata tutta (ascot + PSM): 97,43%
<p><b>Prescrizione informatizzata dei piani terapeutici</b></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>	% di ricorso alla prescrizione informatizzata tramite applicativo PSM-PT per tutti i pazienti: ≥ 65%

<u>Attuazione al 31.12.2019</u>	
Il valore aziendale raggiunto è pari al 71% (vedi mail DCS del 19/03/2020).	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>Modalità di valutazione definita con DGR n. 448/2019</b> <b>PSM-PT: 71%</b>
<p><b>Flussi informativi farmaceutica</b></p> <p>Implementazione, verifiche e controlli di congruenza dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese, da parte dei responsabili individuati, utilizzando la reportistica a disposizione sul portale SISR (mancati invii, prezzi medi, revocati, ecc), con particolare riferimento ai disallineamenti derivanti da possibile mancato invio. Va assicurata, per il corretto calcolo del rispetto dei tetti di spesa, l'integrale copertura della fase 3 su fase 2 (100% della spesa negli ambiti previsti) per quanto riguarda la distribuzione diretta, nonché l'inserimento a sistema del codice targatura (&gt; 99% confezioni) in fase di erogazione diretta dei medicinali (applicativo PSM).</p> <p>Riscontro ad eventuali approfondimenti richiesti dalla Direzione Centrale, anche su istanza Ministero della Salute, entro 15 giorni dalle comunicazioni.</p>	<p>Verifiche dei dati entro il 10 di ogni mese</p> <p>Integrale copertura fase 3/fase 2 (&gt; 99,5% della spesa negli ambiti previsti).</p> <p>Inserimento codice targatura in fase di erogazione diretta dei medicinali (&gt; 99%).</p> <p>Riscontro entro 15 giorni agli approfondimenti richiesti o segnalazioni inviate.</p>
<u>Attuazione al 31.12.2019</u>	
La copertura fase 3/fase 2 è risultata pari al 99,96% della spesa.	
L'inserimento del codice targatura in fase di erogazione diretta dei medicinali ha coperto il 99,91% delle confezioni erogate.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>MODALITÀ DI VALUTAZIONE DEFINITA CON DGR N. 448/2019</b> <b>FASE3/FASE 2: 99.96%</b> <b>TARGATURA (CONFEZIONI): 99,91%</b>

<b>3.3.10. Farmacovigilanza</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
Assicurare la partecipazione dei sanitari interessati e il supporto alle attività organizzative.	Evidenza della partecipazione alle progettualità avviate dalla DCS e alle attività formative organizzate dalla stessa (partecipazione incontri periodici, stato di avanzamento progetti affidati)
<u>Attuazione al 31.12.2019</u>	
E' stata assicurata la presenza agli incontri della DCS da parte dei referenti del personale di AAS3	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>



<p>Nell'ambito della progettualità pluriennale avviata nel 2018 (Farmacisti in ospedale/territorio), gli Enti del SSR dovranno garantire la partecipazione agli incontri periodici del gruppo di Coordinamento e l'invio della relazione scientifica e della rendicontazione secondo le tempistiche stabilite dalla convenzione in essere.</p>	<p>Partecipazione agli incontri periodici del gruppo di Coordinamento del progetto ed evidenza della relazione scientifica e della rendicontazione: secondo le tempistiche della convenzione in essere.</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Attuazione al 31.12.2019

La documentazione prevista e di competenza della SOC Farmacia è stata inoltrata. E' stata inoltre garantita la partecipazione a tutti gli incontri periodici organizzati nel semestre (10.01.2019 e 07.03.2019).

CHIUSURA:

E' stata assicurata la presenza agli incontri della DCS da parte dei referenti del personale di AAS3 ( es. 20.09.2019). I lavori di revisione delle cartelle sono in linea con gli obiettivi fissati

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Partecipazione ai tre nuovi moduli FAD da parte dei Responsabili di farmacovigilanza e dai loro collaboratori (da loro individuati) al fine di migliorare la qualità delle informazioni inserite in RNF</p>	<p>Evidenza di partecipazione da parte di tutti gli operatori sanitari individuati</p>

Attuazione al 31.12.2019

In data 09.07.2019 sono state trasmesse le indicazioni per la partecipazioni al corso FAD al referenti di reparto dell'AAS3. Feedback sono stati richiesti nell'ambito del secondo semestre ed è stata sollecitata la partecipazione al corso in diverse occasioni ( es. mail del 30.07.2019 e 04.10.2019). I dati di adesione sono in possesso della DCS)

Valutazione	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO ADESIONE < 50%
<p>Assicurare azioni per incentivare la segnalazione on-line</p>	<p>Aumento della % di segnalazione on-line rispetto alla modalità cartacea al 31/12/2019.</p> <p>Con riferimento alla rilevazione delle segnalazioni on-line effettuate nel periodo 01/01/2018-31/08/2018:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. obiettivo raggiunto: mantenimento del valore;</li> <li>2. obiettivo parzialmente raggiunto: diminuzione entro il 2,5%;</li> <li>3. obiettivo non raggiunto: diminuzione oltre il 2,5%</li> </ol>

Attuazione al 31.12.2019

Nel corso del 2019 su 116 segnalazioni ben 90 sono state effettuate on – line, pari al 78%. Ogni confronto con l'anno precedente risulterebbe privo di valore in quanto il 2018 è risultato per l'AAS3 un anno eccezionale alla luce degli eventi che si sono verificati e che hanno determinato un incremento delle segnalazioni nel settore vaccinale.

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	<p><b>NEL 2019 LA % DI SEGNALAZIONI ON LINE PER I VACCINI, SEPPUR LEGGERMENTE DIMINUITA RISPETTO AL 2018, È TUTTAVIA PARI AL 93,7%. LE SEGNALAZIONI ON LINE DI FARMACI DIVERSI DAI VACCINI È SIGNIFICATIVAMENTE</b></p>

AUMENTATA PASSANDO DAL 16% NEL 2018 AL 43,2% NEL 2019

### VINCOLI OPERATIVI LINEE 2018 (DGR 448/2019)

Valori rilevati da report monitoraggio indicatori Linee 2019 gennaio-dicembre 2019

VINCOLO	TARGET	VALORE 2018
Diretta	72,00	74,30*
DPC	33,00	36,81
Convenzionata	118,00	114,56
Ospedaliera	- 0,5 %	+ 1,3 %

\* Valore al netto dei farmaci B02BD per pz emofilici gravi (spesa annua > 500.000 euro)

### 3.4 ACCREDITAMENTO

3.4 Accredimento	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1 Messa a disposizione dei valutatori esperti 2 Partecipare al programma di accreditamento nazionale degli organismi tecnicamente accreditati 3 Garanzia del funzionamento dell'OTA FVG	1.a. Gli enti consentono a ognuno dei propri dipendenti inseriti nell'elenco regionale dei valutatori dell'accREDITAMENTO di partecipare ai sopralluoghi per almeno 5 giornate, secondo indicazioni della DCS 2. Mettere a disposizione i professionisti indicati dalla DCS, da avviare alla formazione dei valutatori dell'accREDITAMENTO Consentire ai dipendenti inseriti nell'elenco nazionale dei valutatori dell'accREDITAMENTO di partecipare alle attività organizzate del Ministero della Salute e dall'Agenas. 3. Consentire ai dipendenti componenti dell'OTA regionale di svolgere le funzioni previste dalla DGR n.2220/2015 e dal Decreto n. 1899/2017
<u>Attuazione al 31.12.2019</u> 1. Dodici (12) dipendenti, in qualità di valutatori esperti inseriti nell'elenco regionale, hanno partecipato complessivamente a 12 sopralluoghi (15 giornate). 2. Cinque (5) dipendenti hanno frequentato il corso di formazione residenziale, per formare nuovi valutatori dell'accREDITAMENTO. 3. Il componente dell'OTA, per l'AAS n.3, ha partecipato a due incontri (febbraio e maggio 2019) ed ha collaborato alla stesura dei documenti necessari al funzionamento stesso.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

### 3.5 ASSISTENZA OSPEDALIERA

<b>3.5.1. Insufficienze d'organo e trapianti</b>	
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
<b><u>Cuore</u></b>	
Realizzazione del percorso formativo per la gestione dei pazienti portatori di VAD	Partecipazione di almeno 2 operatori al percorso formativo
<u>Attuazione al 31.12.2019</u> Nel 2019 non sono stati organizzati corsi di formazione regionali sul tema in oggetto.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b>
<b><u>Fegato</u></b>	
1. Diffusione del PDTA "Alterazione enzimi epatici" 2. Potenziamento del programma Trapianti di fegato 3. Attivazione ambulatorio per visite epatologiche	1. Diffusione PDTA ai vari livelli dell'organizzazione 2. Segnalazione di almeno 6 pazienti per la iscrizione in lista trapianto, presso il centro trapianti dell'ASUIUD (dati CRT) 3. Ambulatorio per visite epatologiche aperto almeno 4 ore a settimana a decorrere dal mese di maggio 2019
<u>Attuazione al 31.12.2019</u> 1. Il documento "Linee di indirizzo per l'individuazione e la gestione clinico - assistenziale delle persone affette da alterazione degli enzimi epatici- PR 5 DS Rev00" è stato inserito nel sistema documentale aziendale e vi è stata data informazione a tutte le apicalità in data 26.08.19. 2. Vengono segnalati i casi come da protocollo. Nel 2019 sono stati segnalati 3 residenti presso AAS3. 3. Obiettivo in linea (ambulatorio garantito dalle 2 medicine interne)	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>PANCREAS</b>	
Riduzione del tasso di amputazioni maggiori per diabete.	< 28 casi per milione di residenti (fonte Bersaglio) (valore AAS3 2018: 39,5 per 1.000.000 residenti)
<u>Attuazione al 31.12.2019</u> Il tasso di amputazioni maggiori per diabete è pari a 51,6	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b>
<b>51,4</b>	
<b><u>Polmone</u></b>	
1 Partecipazione alla revisione/stesura del PDTA regionale sulla BPCO da parte dei professionisti coinvolti 2 Riduzione del tasso di ospedalizzazione per BPCO. 3 Aumento dell'appropriatezza di utilizzo dell'ossigenoterapia domiciliare	1. Collaborare alla stesura del PDTA regionale 2. < 55 per 100.000 residenti di 50-74 anni (fonte Bersaglio) (valore AAS3 2018: 55,7 per 100.000 residenti ) 3. Riduzione di almeno il 10% della spesa rispetto al 2017, al netto dell'effetto prezzo derivante dall'aggiornamento dei contratti in essere (Spesa 2017: 607.282 )

<u>Attuazione al 31.12.2019</u>	
<p>1. L'AAS 3 ha sempre garantito la partecipazione dei propri professionisti, se richiesta;</p> <p>2. Il tasso di ospedalizzazione per BPCO è pari a 71,8 per 100.000 residenti di 50-74 anni;</p> <p>3. Il dato di consumo 2019 è di € 869.081,14 vede un notevole incremento della spesa (come valore assoluto) legato all'effetto prezzo derivante dalle proroghe della gara, che impatta in un aumento del 25% dei costi sostenuti. Non avendo una pneumologia strutturata in azienda è difficile intervenire sui processi di monitoraggio e revisione della terapia dei pazienti cronici. Tale percorso è stato avviato solo presso il Distretto 3, dove è presente una competenza che può svolgere, tra l'altro, la rivalutazione dei pazienti.</p>	
<b>Valutazione</b>	<p><b>1. OBIETTIVO STRALCIATO</b></p> <p><b>2. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b></p> <p><b>73,4</b></p> <p><b>3. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b></p>
<b><u>Rene</u></b>	
<p>1. Avviare il percorso formativo di 2° livello sul PDTA "Malattia renale cronica stadi I-III e IV-V"</p> <p>2. Potenziamento della dialisi peritoneale e dell'emodialisi domiciliare</p> <p>3. Potenziamento del programma Trapianti di rene</p>	<p>1. Evidenza dell'attivazione del percorso formativo</p> <p>2. Pazienti in emodialisi presso i centri dialisi al di sotto del 52% del totale (trapiantati + emodializzati + in dialisi peritoneale)</p> <p>3. Riduzione dei Tempi di iscrizione in lista trapianto (differenza tra inserimento in donor manager T3 e raccolta del consenso all'avvio dell'iter per l'inserimento in lista T0 &lt; 6 mesi almeno nel 75% dei casi che hanno dato il consenso)</p>
<u>Attuazione al 31.12.2019</u>	
<p>1. Il percorso formativo ha visto un intervento sul PDTA MRC, presso il CEFORMED, alla presenta di tutti i Medici di Medicina Generale del Friuli Venezia Giulia;</p> <p>2. La percentuale di pazienti in emodialisi è pari al 52%; quella dei pazienti in dialisi peritoneale è pari al 28%;</p> <p>3. La percentuale di inserimento in lista trapianto nei tempi previsti è rispettato nel 95% dei casi.</p>	
<b>Valutazione</b>	<p><b>1. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p> <p><b>2. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p> <p><b>47,47</b></p> <p><b>3. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p>
<b><u>Tessuti oculari</u></b>	
<p>1. Mantenimento del programma di donazione cornee rispetto al 2017</p>	<p>N. Donazioni &gt;= 41</p> <p>Trapianti &gt; 76</p>
<u>Attuazione al 31.12.2019</u>	
<p>Nel corso del 2019 sono stati valutati 73 potenziali donatori e prelevate 29 cornee. Le rimanenti 44 non sono state prelevate per i seguenti motivi: n. 24 per controindicazioni sanitarie, 14 per opposizioni, 5 per altre motivazioni (es. richiesta nulla osta).</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b><u>Donazione d'organi e altri tessuti</u></b>	

Implementazione delle segnalazioni secondo indicatori standard definiti in accordo con il CTR	- Proc. 1 donatori effettivi/decessi per lesione cerebrale acuta (> 16-25%) - Proc. 2 numero di accertamenti - AMC = (donatori utilizzati + opposizioni + procurati) / decessi per lesione cerebrale acuta (> 21-40%)
-----------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Attuazione al 31.12.2019

La SOC di Anestesia ha avviato un raccordo operativo con il CRT per la segnalazione dei donatori per lesione cerebrale acuta, attraverso l'utilizzo del registro regionale.

Dopo la formazione degli operatori, dal mese di dicembre la struttura ha avviato le segnalazione mensile. Nell'unico mese di registrazione non si sono presentati casi da segnalare. Il denominatore dell'indicatore pertanto è 0, quindi non calcolabile.

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--------------------	----------------------------

**3.5.2. Emergenza urgenza**

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<b>Ictus</b>	
1. Implementazione di un data base informatizzato per la raccolta di tutte le valutazioni con NIHSS, indice di Barthel (BI) e mRS pre e post evento in tutti i pazienti con ictus da rilevare su tutti i codici ictus 2. Raccolta di tutte le valutazioni con NIHSS, indice di barthel (BI) e mRS pre e post evento 3. Informazione alla cittadinanza	1. evidenza di configurazione del data base informatizzato 2. Nell'ultimo trimestre 2019 sono registrati nel data base almeno l'85% degli episodi di ricovero con DRG 14 o codici ICD-9-CM relativa a: 430.x, 431.x, 432.x, 433.x1, 434.x1, 436.x, 437.3, 438.x, 784.3 (afasia). Report su ultimo trimestre 3. Evidenza dell'informazione alla cittadinanza ( ad es. distribuzione opuscolo, video, eventi ecc.) sui segni/sintomi da non sottovalutare per anticipare la chiamata di soccorso e rendere tempestivi i soccorsi in caso di ictus.)

Attuazione al 31.12.2019

1-2 L'informatizzazione delle scale di valutazione previste dal PDTA dell'ictus è stata effettuata da Insiel a febbraio 2020. L'obiettivo risulta pertanto non valutabile. In AAS3, in attesa dell'informatizzazione, è stato svolto a fine anno un refresh formativo sull'uso dell'NIHSS.

3. L'opuscolo è stato prodotto e validato dalla Direzione che ha ritenuto, al fine di ottenerne una diffusione capillare,

di procedere con una pubblicazione on-line sul sito web istituzionale dell'opuscolo. Di seguito si riportano i link per accedere alle pagine dedicate:

- [http://www.aas3.sanita.fvg.it/it/servizi\\_al\\_cittadino/emergenze.html](http://www.aas3.sanita.fvg.it/it/servizi_al_cittadino/emergenze.html)

- [http://www.aas3.sanita.fvg.it/it/chi\\_siamo/organigramma/struttura-](http://www.aas3.sanita.fvg.it/it/chi_siamo/organigramma/struttura-dettaglio.html?path=/6_ospedali/dip_emergenza_materno_infantile/)

[dettaglio.html?path=/6\\_ospedali/dip\\_emergenza\\_materno\\_infantile/](http://www.aas3.sanita.fvg.it/it/chi_siamo/organigramma/struttura-dettaglio.html?path=/6_ospedali/dip_emergenza_materno_infantile/)

[prontosoccorso\\_emergenza\\_sd/struttura.html&content=0&extracontent=opuscoli\\_informativi.html](http://www.aas3.sanita.fvg.it/it/chi_siamo/organigramma/struttura-dettaglio.html?path=/6_ospedali/dip_emergenza_materno_infantile/prontosoccorso_emergenza_sd/struttura.html&content=0&extracontent=opuscoli_informativi.html)

- [http://www.aas3.sanita.fvg.it/it/chi\\_siamo/organigramma/struttura-dettaglio.html?](http://www.aas3.sanita.fvg.it/it/chi_siamo/organigramma/struttura-dettaglio.html?path=/6_ospedali/dip_emergenza_materno_infantile/prontosoccorso_emergenza_sd/struttura.html&content=0&extracontent=opuscoli_informativi.html)



Attuazione al 31.12.2019

1. La percentuale di pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde si è attestata al 66.1%.
2. la percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore ha raggiunto complessivamente l'85.1%

<b>Valutazione</b>	<b>1. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b> <b>SAN DANIELE 79,28</b> <b>TOLMEZZO 70,90</b> <b>2. OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b> <b>SAN DANIELE 86,93</b> <b>TOLMEZZO 81,85</b>
--------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**3.5.3 Reti di patologia**

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Malattie rare	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Completare i percorsi assistenziali</li> <li>2. Alimentare il registro regionale di cui al DM 279/2001 (aggiornamento dati del registro con inserimento del 100% dei casi in prevalenza al 30 novembre 2019 e pulizia dei casi che sono usciti dal sistema)</li> </ol>	Produrre almeno un percorso assistenziale per ogni rete di gruppo nosologico Inserimento 100% dei casi di prevalenza al 30 novembre 2019 e pulizia dei casi che sono usciti dal sistema Inviare report di attività alla DCS

Attuazione al 31.12.2019

La Delibera di Giunta n. 1002/2017 individua i centri coordinatori regionali per ogni gruppo nosologico di malattie rare. Non si evidenzia il coinvolgimento dell'AAS3.

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>
<b>Malattie reumatiche</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Formalizzazione e diffusione del documento di indirizzo sulla terapia condiviso con il servizio farmaceutico regionale</li> <li>2. Utilizzo dello strumento informatizzato per l'appropriatezza prescrittiva</li> </ol>	Evidenza della diffusione del documento a tutti i professionisti coinvolti anche nell'ambito della medicina convenzionata Evidenza dell'utilizzo dello strumento informatizzato e report semestrale

Attuazione al 31.12.2019

1. Il documento regionale redatto dagli esperti nel 2018 non è stato formalizzato dalla Regione.
2. Ad ottobre è stata attivata l'operatività della scheda in G2 per registrare i pazienti in trattamento con i farmaci biologici e con le piccole molecole. Lo strumento informatico è stato utilizzato nei mesi di ottobre, novembre e dicembre 2019. Il tempo di compilazione è stato giudicato adeguato per la durata della visita e non si sono registrati problemi tecnici significativi nella compilazione.

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b>
<b>Insufficienza cardiaca cronica</b>	
Riduzione del tasso di ricovero per scompenso	Valore 2019 <200.

cardiaco per 100.000 residenti di 50-74 anni, portandolo sotto il valore di 200	(valore 2018= 190)
<u>Attuazione al 31.12.2019</u>	
Il tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti di 50-74 anni è pari a 181,1.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
	<b>182,7</b>
<b>Infettivologia</b>	
Ogni presidio ospedaliero spoke ha almeno un medico di malattie infettive assegnato a tempo pieno alla Direzione medica	Presenza di un infettivologo a tempo pieno entro la fine dell'anno.
<u>Attuazione al 31.12.2019</u>	
Le competenze sono presenti in azienda, ma le esigenze organizzative e i vincoli di bilancio non hanno ancora consentito di destinare a tempo pieno la risorsa in Direzione medica, sottraendola all'attività assistenziale, che comunque opera una consulenza garantita dalle medicine.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b>

<b>3.5.4. Pediatria</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Rete pediatrica regionale	<p>Partecipazione ai Gruppi multidisciplinari per patologia</p> <p>1 Emergenza urgenza: Definizione di un modello operativo per il trasporto pediatrico in emergenza urgenza</p> <p>2 Chirurgia pediatrica: consolidamento modello per la Chirurgia generale e proposta modello per la chirurgia specialistica</p> <p>3 Tele-refertazione: sviluppo e operatività del sistema di tele-refertazione per second opinion in radiologia pediatrica</p> <p>4 Malattie complesse e/o croniche: Definizione di un modello assistenziale a rete integrata che assicuri la qualità e continuità delle cure con predisposizione di un PDTA che preveda anche la fase transitoria nei seguenti ambiti: Oncoematologia, Malattie nefrologiche, Malattie infiammatorie croniche intestinali, Diabete, malattie neuromuscolari</p> <p>5 Cure palliative: implementazione del modello di rete e definizione di un percorso assistenziale</p> <p>6 Salute mentale in età evolutiva: attuazione obiettivi del Piano in collaborazione con l'area competente della DCS</p>



	<p>7 Carta dei Servizi: predisposizione Carta dei servizi per l'assistenza in età pediatrica come da accordo Stato Regioni del 21 dic. 2017</p> <p>8 Formazione: promozione attività formative relativamente alle seguenti tematiche: trasporto pediatrico, oncoematologia, Malattie nefrologiche, Malattie infiammatorie croniche intestinali, Diabete, malattie neuromuscolari e Cure palliative</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Attuazione al 31.12.2019

Gli obiettivi inizialmente proposti dalle Linee per la gestione necessitavano di una regia e di un supporto metodologico da parte delle rete pediatrica, costituita con DGR 730 dd 21.03.2018.

Il programma tracciato infatti prevedeva la costruzione della rete, sia in termini di processi di supporto, che di contenuti clinici, coinvolgendo tutti i nodi della rete, ovvero le Aziende.

L'Azienda non ha potuto pertanto perseguire gli obiettivi assegnati in modo autonomo/isolato.

La Regione ha spostato la progettualità nel corso del 2020, ai sensi delle linee per la gestione 2020 (DGR 1992/2019, § 3.6.6).

**Valutazione**

**OBIETTIVO NON RAGGIUNTO**

**3.5.5. Percorso nascita**

**Obiettivo aziendale**

**Risultato atteso**

Gestione gravidanza fisiologica

Implementazione del percorso gravidanza fisiologica a gestione ostetrica

Evidenza dell'attivazione del percorso (vedi 3.1.1)

**Valutazione**

**OBIETTIVO RAGGIUNTO**

Integrazione territorio-ospedale

Collaborazione alla realizzazione dell'Agenda della gravidanza e sua implementazione.

Definizione di un percorso post-partum per mamma e neonato anche prevedendo l'offerta della visita ostetrica domiciliare

**Valutazione**

**OBIETTIVO RAGGIUNTO**

Attuazione al 31.12.2019

Per l'Agenda della gravidanza si è partecipato al tavolo di lavoro del Percorso Nascita Regionale. Il 23 luglio vi è stata la presentazione dei lavori eseguiti. Il tavolo tecnico stesso ha deciso di rinviare al 2020 l'utilizzo dell'Agenda, in coerenza con il nuovo assetto istituzionale.

E' stato definito un progetto che descrive un percorso post-partum per mamma e neonato, che integra l'offerta della visita ostetrica domiciliare con l'offerta di un ambulatorio dedicato "mamma –bambino" a gestione ostetrica. Il progetto descrive anche meccanismi di integrazione, quali la presenza di una cartella clinica integrata con quella della gravidanza.

Parto-analgesia

1 Sviluppo/aggiornamento di una Carta dei servizi specifica per il percorso nascita con le informazioni previste dalla DGR 1083/2012 per ogni punto nascita

	<p>aziendale, ivi compresa l'offerta di parto-analgesia</p> <p>2 Pubblicazione nel sito aziendale dell'offerta relativa ai punti nascita del territorio di competenza, ivi comprese le tecniche di controllo del dolore in travaglio/parto</p> <p>3 Definizione di procedure formalizzate e condivise per tutte le fasi del percorso di parto-analgesia (dalla visita anestesiológica, all'erogazione della prestazione in travaglio, alle richieste estemporanee e al monitoraggio post partum)</p> <p>4 Formazione specifica sulla parto-analgesia farmacologica e non, rivolti a tutte le figure professionali coinvolte</p> <p>5 Monitoraggio attività e eventuali complicanze</p>
<p><u>Attuazione al 31.12.2019</u></p> <p>1. La carta dei servizi è stata aggiornata nel dicembre 2019 ed è pubblicata sul sito aziendale <a href="http://www.aas3.sanita.fvg.it//opencms/export/sites/ass3/it/chi_siamo/_docs/CdS_percorso_nascita_310718.pdf">http://www.aas3.sanita.fvg.it//opencms/export/sites/ass3/it/chi_siamo/_docs/CdS_percorso_nascita_310718.pdf</a></p> <p>2. Il sito è stato aggiornato nel dicembre 2019.</p> <p>3. Le procedure sono state riviste e aggiornate nel corso del 2019. La formalizzazione è stata rimandata alla nuova Azienda.</p> <p>4. Il corso era stato inserito nel PFA, ma per criticità sopravvenute nel corso dell'anno hanno portato alla sospensione. In particolare: l'impossibilità della scuola elementare di arte ostetrica di poter garantire la docenza per il corso.</p> <p>Inoltre, a seguito di un evento sentinella avvenuto nel 2019, si è data priorità nell'attivare un corso su tale tematica.</p> <p>5. Il report aziendale è predisposto e trasmesso ai soggetti interessati dal percorso nascita.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Mantenimento della percentuale dei parti cesarei primari	<p>&lt;= 15% nei punti nascita &lt;= 1000 parti/anno</p> <p>&lt;= 25% nei punti nascita di II livello o &gt;1000 parti/anno</p>
<p><u>Attuazione al 31.12.2019</u></p> <p>Il dato percentuale dei parti cesarei primari al primo semestre è stato pari a 15,86%. Dato annuale: 17,15%</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>
Formazione	<p><b>San Daniele 14,98</b></p> <p><b>Tolmezzo 17,80</b></p> <p>Attività di formazione per gli operatori di sala parto e per le ostetriche che seguono il percorso di gravidanza a basso rischio a gestione ostetrica</p> <p>Gli operatori 118 che svolgono servizio di STAM assistono a 3 parti fisiologici</p>

Attuazione al 31.12.2019

E' prevista l'organizzazione per novembre di un percorso di formazione per l'assistenza al parto che preveda anche la simulazione. Dal 15 luglio inizio frequenza sala parto su chiamata, con l'obiettivo di assistere almeno ad un parto da parte di tutto il personale del 118.

Si segnalano alcune difficoltà per l'assistenza al parto; ci sono 28 infermieri che devono accedere alla sala parto per tre volte: non sempre è possibile accedere per problemi legati alla sala parto (gravidezze complesse, presenza in sala parto di altro personale in formazione, tempo di parto più lungo, etc.) e per problemi legati al PS: sovraffollamento; turno ridotto durante la notte etc..

**Valutazione**

**OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO**

**3.5.6 Sangue ed emocomponenti**

Obiettivo regionale

Risultato atteso

Sicurezza ed appropriatezza trasfusionale

- Partecipazione ai programmi regionali di sorveglianza trasfusionale.
- Mantenimento della attività del Cobus
- Implementazione della prescrizione trasfusionale informatizzata e dei "sistemi barriera" per la trasfusione a letto del paziente (avvio Emoward)

Attuazione al 31.12.2019

- Monitoraggio appropriatezza trasfusionale attivo in entrambe le sedi (T e SD);
- Prescrizione trasfusionale informatizzata (applicativo INSIEL Emoward) non ancora implementata negli spoke;
- Sistemi barriera - Gricode - in uso presso la sede ospedaliera di Tolmezzo.

**Valutazione**

**OBIETTIVO RAGGIUNTO**

**3.5.7. Erogazione livelli di assistenza**

Obiettivo regionale

Risultato atteso

1. Riduzione del tasso di ospedalizzazione al 125 x mille
2. Riduzione dei numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica, ricorrendo anche ad un maggiore utilizzo del day service, portando la percentuale al di sotto del 20% per gli adulti e del 40% per i pediatrici
3. Riduzione della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni portandola al di sotto del 4%

1. < 125 per mille  
Valore 2018= 121,0 per mille
2. <20% adulti e < 40% pediatrici  
Valori 2018: 13,50% per gli adulti e 27,78% per i pediatrici.
3. < 4%  
Valore 2018: 5,28%

Attuazione al 31.12.2019

1. Tasso di ospedalizzazione: 119,19 (Portale SISR)
2. Percentuale di ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica: 16,27% adulti e 35,48% bambini

3. Percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni: 6,13%	
<b>Valutazione</b>	<b>1. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>119,32</b> <b>2. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>ADULTI 16,9</b> <b>PEDIATRICI 35,5</b> <b>3. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b> <b>6,1</b>

### 3.6 RETE CURE SICURE FVG

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

mirata come da indicazioni del gruppo di coordinamento regionale;

- adozione e diffusione delle linee di indirizzo regionali per la gestione delle infezioni in ambito pediatrico;
- adozione delle linee regionali per il riconoscimento precoce e la gestione della sepsi associata alle pratiche assistenziali e monitoraggio degli indicatori riportati nel documento;
- promozione di attività per il coinvolgimento dei cittadini sull'uso appropriato degli antibiotici;
- implementazione della rete territoriali dei link *professional* relativi al programma di *Antimicrobial Stewardship*

Prosecuzione delle attività relative al programma "Controllo delle infezioni correlate all'assistenza"

- effettuazione di una simulazione di evento epidemico (PS e TI)
- effettuazione della rilevazione (metodo HALT) per la stima della prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza in almeno una casa di riposo per distretto sanitario;
- effettuazione della PPS biennale negli ospedali per acuti;
- effettuazione sorveglianza sulle infezioni del sito chirurgico e della compliance alle raccomandazioni dei comportamenti dei blocchi operatori

Prosecuzione delle attività relative al programma "sicurezza del farmaco"

- diffusione della reportistica periodica destinata agli MMG
- adeguamento alle indicazioni regionali sull'uso degli elastomeri;
- applicazione delle indicazioni ministeriali
- mantenimento delle azioni sull'uso prudente dei farmaci
- riduzione consumo inibitori pompa protonica a meno di 25 unità posologiche pro capite (diretta + convenzionata e dpc) (sicurezza del farmaco)
- riduzione del consumo di benzodiazepine e degli ipnotici nelle case di riposo (sicurezza del farmaco)

Costituzione di un gruppo di lavoro aziendale per l'avvio del programma per la corretta gestione della nutrizione e dell'idratazione nelle case di riposo.

Attuazione al 31.12.2019

**Prosecuzione delle attività riguardanti il programma "antimicrobial Stewardship":**

- Sono stati aggiornati i nominativi dei Referenti Aziendali di Programma (RAP). I corsi aziendali specifici sono presenti nel PFA nella sezione "Rischio Clinico". Il 11.11.19 è stata validata l'autovalutazione rispetto alle raccomandazioni ministeriali (Agenas –monitoraggio raccomandazioni)
- Adozione e diffusione del documento: "Bundle per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza connesse alle pratiche assistenziali" (PR 6 DS Rev. 01 Settembre 2019).
- Effettuata la valutazione della profilassi perioperatoria come da indicatori regionali.
- I RAP aziendali hanno partecipato regolarmente ai tavoli tematici finalizzati anche alla revisione dei documenti regionali.
- Il report sui consumi degli antibiotici anno 2018 è stato diffuso via mail ai responsabili di DIP/SOC/SOS/ Distretti in data 27/11/2019. Il report per le resistenze batteriche è stato trasmesso il 10.06.19 ( vedi obtv 3.1.16).
- L'obiettivo è stato declinato negli obiettivi di budget delle diverse strutture; non è ancora disponibile il report regionale.
- In data 13/11/2019 è stata realizzata la formazione sull'Antimicrobial Stewardship (lettura antibiogramma) agli MMG del Distretto 4 con la partecipazione 35 operatori, in data 12/12/2019 la formazione è stata realizzata agli MMG del Distretto 3 a cui hanno partecipato 25 operatori.
- Il documento " Linee di indirizzo regionali per il riconoscimento precoce e la gestione iniziale della sepsi nel paziente pediatrico in Pronto Soccorso" è stato adottato e diffuso (PR.1.DS febbraio 2019).
- Il documento "Linee di indirizzo regionali per il riconoscimento precoce e la gestione iniziale della sepsi associata alle pratiche assistenziali" è stato adottato e diffuso (PR.2.DS febbraio 2019).
- Il canale comunicativo utilizzato è stato whatsappAAS3, oltre al messaggio sull'uso appropriato degli antibiotici è stato reso disponibile il link per accedere all'handbook specifico
- Viene garantita la sostituzione del turnover dei link professional.

**Prosecuzione delle attività relative al programma "Controllo delle infezioni correlate all'assistenza":**

- La simulazione di un evento epidemico è stata effettuata il 28/11/2019 a Tolmezzo e il 02/12/2019 a San Daniele ed ha interessato, come da indicazioni regionali, il PS e la Medicina d'Urgenza. Sono stati coinvolti 11 operatori, la tipologia di infezione individuata è stata la Rosolia (modalità di trasmissione Droplet).
- La rilevazione HALT è stata realizzata presso le RSA (D1-D3-D4) e DIP (D2) oltre ad una casa di riposo per ciascun distretto. Sono stati inviati i dati alla DCS con mail 26.06.19;
- La PPS è stata realizzata come da indicazioni regionali nel mese di ottobre 2019, invio data base alla DSC e Rete cure Sicure in data 29/11/2019;
- La sorveglianza sulle infezioni del sito chirurgico come da protocollo regionale è stata realizzata nei mesi di ottobre, novembre e dicembre 2019 e marzo 2020 (sorveglianza a 30 e/o 90 giorni dall'intervento chirurgico). Nello stesso periodo è stata effettuata la sorveglianza sulla compliance alle raccomandazioni dei comportanti degli operatori nelle sale operatorie attraverso la check list definita a livello regionale.

**Prosecuzione delle attività relative al programma "sicurezza del farmaco":**

- Il report viene predisposto e diffuso dal servizio farmaceutico;
- Realizzata ricognizione sullo stato dell'arte e studio di fattibilità per D3 e D4.
- Sono date aggiornate le procedure relative a:
  - la gestione e l'allestimento in sicurezza dei medicinali chemioterapici antitumorali – PR 2 DM\_O Rev02;
  - la somministrazione in sicurezza dei medicinali chemioterapici antitumorali - PR 3 DM\_O Rev02.
  - SK richiesta diluizione medicinali CTA – SK 1 PR 2 DM\_O Rev01.
- Realizzati due audit il 22.11.19 presso la sede della SOC Oncologia di San Daniele ed il 16.12.19 sede di Tolmezzo.
- E' stato aggiornato il documento: PR 1 DM\_O Prevenzione della osteonecrosi mandibolare nei pazienti candidati a terapia con bifosfonati o con denosumab
- E' stato realizzato un audit di processo per valutare il livello di applicazione della procedura nel mese di novembre (allegato verbale in OB\_7)
- Tutti i documenti indicati sono disponibili al seguente indirizzo: T:\1.Bacheca\POLITICHE-PROCEDURE\DOC SISTEMA QUALITA'\Dipartimento Medico\Oncologia
- Il servizio qualità aziendale partecipa agli audit relativi agli errori di terapia con esito sul paziente =>6.
- Il servizio farmaceutico ha realizzato un incontro presso ciascun distretto; ha predisposto un monitoraggio per gli MMG con profili prescrittivi maggiori di 25 unità posologiche pro capite. E 'stato costituito nell'ambito delle cure sicure FVG una tavolo di esperti a cui ogni azienda del SSR ha inviato un proprio rappresentante.
- E' stato costituito nell'ambito delle cure sicure FVG una tavolo di esperti a cui ogni azienda del SSR ha inviato i propri rappresentanti.

Costituzione di un gruppo di lavoro aziendale per l'avvio del programma per la corretta gestione della nutrizione e dell'idratazione nelle case di riposo:

- Costituito il gruppo di lavoro aziendale in collaborazione con il DS. Il primo incontro si è tenuto 23.10.19 E' stato predisposto il I° report sullo stato nutrizionale nelle case di Riposo dei Distretti (D1,D2,D3,D4), la fonte dei dati utilizzata è stata la Valgraf.

<b>Valutazione</b>	<p><b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p> <p><b>OBIETTIVI STRALCIATI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- RIDUZIONE DEL CONSUMO DI INIBITORI DI POMPA PROTONICA A MENO DI 25 UNITÀ POSOLOGICHE PROCAPITE (DIRETTA+CONVENZIONATA E DPC)</li> <li>- RIDUZIONE DEL CONSUMO DI BENZODIAZEPINE E DEGLI IPNOTICI NELLE CASE DI RIPOSO (SICUREZZA DEL FARMACO)</li> </ul>
--------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

<b>3.7 Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
- Strutturazione rete HPH	Individuazione e formazione link professional

<p>- Avvio progetti HPH</p>	<p>Avvio progetti</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Personale dipendente - benessere soggettivo e dimensioni psico-fisiche:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- medici competenti e coordinamento regionale della rete HPH individuano una strategia per implementare la valutazione del benessere soggettivo nel corso delle visite</li> <li>- al momento della visita periodica, il medico competente misura le dimensioni del benessere psico-fisico attraverso una breve anamnesi e la valutazione della composizione corporea (rapporto massa grassa/massa magra)</li> <li>- medici competenti collaborano con il comitato HPH di cui sono parte integrante, per la ricognizione dell'offerta aziendale riguardante sani stili di vita (evidenza di offerta dedicata agli operatori su stili di vita e gestione dello stress)</li> </ul> </li> <li>- Pazienti: informazione sui benefici dell'astensione dal fumo in fase peri-operatoria</li> <li>- Cittadini: promozione dell'attività fisica e sana alimentazione presso le sedi dell'assistenza ospedaliera e territoriale</li> </ul>
<p><u>Attuazione al 31.12.2019</u></p> <p>Il Comitato unico AAS3- ASUIUD non è stato ancora formalizzato, per cui non si è dato corso alle progettualità. Per quanto riguarda le attività legate all'avvio dei progetti che coinvolgono il medico competente, si sono effettuate comunque le ricognizioni richieste.</p> <p>Sulla linea di lavoro rivolta ai cittadini, in AAS3 sono attive le proposte di Attività fisica adattata ed è attivo l'ambulatorio per la prescrizione dell'esercizio fisico.</p>	
<p><b>Valutazione</b></p>	<p><b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p>

### 3.8 RAPPORTO CON I CITTADINI

<p><b>3.8.1 Tempi di attesa</b></p>	
<p>Obiettivo aziendale</p>	<p>Risultato atteso</p>
<p>1. Rispettare i tempi d'attesa per la specialistica ambulatoriale e i ricoveri per interventi chirurgici programmati (allegato: <i>Elenco delle prestazioni oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa</i>).</p>	<p>Specialistica ambulatoriale:</p> <p>Assicurare il rispetto dei tempi d'attesa per le % di casi indicate</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>priorità B &gt;95%</li> <li>priorità D &gt;90%</li> <li>priorità P &gt; 85%</li> </ul> <p>Ricoveri per interventi:</p>



	<p>priorità A 95%</p> <p>priorità B, C, D 90%</p>
<p><u>Attuazione al 31.12.2019</u></p> <p>Specialistica ambulatoriale: B = 70%, D = 62%</p> <p>Ricoveri per interventi A = 77%, B = 82%, C = 71%, D = 100%</p> <p>L'obiettivo è stato oggetto di una specifica relazione inviata all'ARCS, cui si rimanda per i dettagli. La relazione sarà trasmessa congiuntamente alla documentazione per la valutazione del Patto dei Commissari straordinari.</p>	
2. Monitoraggio tempi d'attesa	L'Azienda rispetta i tempi per la trasmissione dei monitoraggi regionali e ministeriali (attività istituzionale ed ALPI).
<p><u>Attuazione al 31.12.2019</u></p> <p>Nel corso del 2019, il monitoraggio è stato effettuato secondo i tempi e le modalità richiesti.</p>	
3. Rispettare il rapporto tra attività libero professionale e istituzionale	Il rapporto tra i volumi erogati è costantemente monitorato in relazione al rispetto dei tempi d'attesa garantiti per l'attività istituzionale.
4. Sospensione ALPI	<p>L'Azienda sospende l'attività intra-moenia ai medici delle strutture che non hanno reso disponibili a CUP regionale tutte le agende di prenotazione delle visite/prestazioni specialistiche.</p> <p>L'Azienda sospende l'attività intra-moenia specifica qualora non fosse rispettato il target di priorità A.</p>
<p><u>Attuazione al 31.12.2019</u></p> <p>Il monitoraggio del rapporto tra libera professione e istituzionale è stato garantito durante il monitoraggio del budget.</p>	
5. Informatizzare e rendere disponibili a sistema CUP regionale le agende delle prestazioni ambulatoriali.	<p>Le agende delle prestazioni ambulatoriali sono informatizzate e disponibili a sistema CUP regionale.</p> <p>Saranno rese disponibili online le agende di prenotazione individuate dalla Direzione.</p>
<p><u>Attuazione al 31.12.2019</u></p> <p>La totalità delle agende per sono informatizzate e disponibili a CUP (per il primo accesso).</p>	
6. Rendicontazione finanziamento attribuito con la legge 7/2009	L'azienda rendiconta alla DCS le modalità di utilizzo del finanziamento attribuito con la legge 7/2009
<p><u>Attuazione al 31.12.2019</u></p> <p>Il rendiconto è stato trasmesso in DCS in sede di valutazione delle sovraziendali.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>

### 3.8.2 Innovazione nella gestione delle terapie

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Favorire le innovazioni che, a parità di efficacia terapeutica, riducono il disagio dei pazienti e dei loro	Valutazione dei setting organizzativi in cui introdurre innovazioni che, a parità di efficacia terapeutica,

familiari	riducano il disagio dei pazienti e dei loro familiari, anche in collaborazione con ASUIUD e il sistema informativo regionale
<u>Attuazione al 31.12.2019</u>	
E' stato rivisto il percorso terapeutico per pazienti che utilizzano farmaci che devono essere somministrati mediante infusione.	
Negli ultimi due mesi del 2019 è diventato operativo l'accordo con l'hub (Asuiud) di definire una linea di prenotazione diretta presso la sede di Gemona per TAC Oncologiche indirizzate al follow up dei residenti dell'Area dell'Alto Friuli e seguiti clinicamente ancora dalla struttura di Udine.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.8.3 Rapporto con pazienti e familiari nelle attività di ricovero</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Abolizione delle limitazioni non motivatamente necessarie (es. effettiva necessità di isolamento) per i caregiver indicati dai pazienti degenti presso le degenze intensive e semi-intensive	Nei reparti di TI e TSI è consentita la presenza dei caregiver durante il ricovero secondo le modalità avviate nel 2017
<u>Attuazione al 31.12.2019</u>	
La sperimentazione Terapia Intensiva Aperta è proseguita anche nel 2019. Non si è potuto completare il progetto con l'inserimento della figura dell'infermiere di riferimento.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Possibilità dei pazienti di avere accanto il caregiver al momento della visita medica	Nei reparti di degenza ordinaria i pazienti hanno la possibilità di avere accanto a se un caregiver in corso di visita secondo le modalità introdotte nel 2017
<u>Attuazione al 31.12.2019</u>	
L'attività si svolge in prosecuzione di quanto già avviato nel 2018, qualificando il momento di formazione del caregiver sulla gestione del paziente nella fase successiva alla dimissione (gestione dolore, alimentazione, movimentazione, terapia, ...)	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Verifica del grado di soddisfazione del cittadino dopo intervento chirurgico o altra tipologia di trattamento	Contatto telefonico dopo la dimissione da un intervento chirurgico o da altra tipologia di trattamento (recall)
<u>Attuazione al 31.12.2019</u>	
L'attività prosegue in continuità con il 2018, contattando i pazienti dimessi senza servizi sia delle chirurgie che delle medicine. Questo ha permesso una migliore presa in carico post dimissione.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Informazione del paziente sul medico che ha la responsabilità della gestione del suo ricovero	I degenti vengono informati sul nominativo del medico responsabile della gestione del ricovero
<u>Attuazione al 31.12.2019</u>	
Nelle degenze mediche i degenti vengono informati sul nominativo del medico responsabile della gestione del	

ricovero attraverso l'affissione del nominativo in ciascuna stanza di degenza.

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
-------------	---------------------

#### 4. IL SISTEMA INFORMATIVO

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
– Censimento dei principali Servizi ICT a supporto della funzionalità ed organizzazione delle Aziende e redazione di un Piano di riorganizzazione.	– Redazione del piano di riorganizzazione, propedeutico all'attuazione della LR 27/2018 di ridefinizione dell'assetto aziendale

##### Attuazione al 31.12.2019

E' stata definita la nuova organizzazione ITC e definiti alcuni processi operativi e regolamenti congiunti che preludono l'operatività della nuova Azienda nel 2020. (es: regolamento per la gestione delle credenziali e i profili di accesso alla principali risorse informatiche aziendali e il regolamento aziendale sull'utilizzo delle risorse informatiche, Internet e posta elettronica).

Valutazione	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO MANCA L'EVIDENZA DI INVIO DEL DOCUMENTO
– Partecipazione ai gruppi di lavoro (Gestione Risorse Umane, Gestione contabilità) – Individuazione siti pilota, configurazione e avviamento siti	– Evidenza della partecipazione al 90% degli incontri – Collaborazione e sviluppo delle attività in coerenza alle indicazioni regionali

##### Attuazione al 31.12.2019

Le strutture coinvolte hanno garantito la partecipazione dei proprio referenti.

Alcuni gruppi di lavoro sono stati sospesi nel corso dell'anno (contabilità, economato e controllo di gestione).

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
– Revisione sistemi: Partecipazione ai gruppi di lavoro sulla Gestione della Cartella Clinica – Configurazione e avviamento siti	– 90% degli incontri – Secondo i tempi definiti dal Piano di riorganizzazione regionale

##### Attuazione al 31.12.2019

La linea di lavoro è stata rinviata al 2020.

Valutazione	OBIETTIVO STRALCIATO
- Completamento della ricetta dematerializzata	- Farmaceutica >90%

##### Attuazione al 31.12.2019

Dai dati del portale direzionale la % dei MMG/PLS è di 75,29%. Si rileva che tutti i medici hanno impostato di default la ricetta dematerializzata in fase prescrittiva, ma che talvolta il sistema si blocca, rendendo necessario l'uso della ricetta rossa da rilasciare contestualmente al paziente.

Valutazione	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
– Firma digitale – Produzione e trasmissione Patient Summary da	– Referti ambulatoriali per interni ed esterni > 95% – Laboratorio e microbiologia >98%

parte dei mmg/pls - Garantire la tracciabilità (biffatura su applicativo GECCO) sull'avvenuta presa visione dell'informativa rispetto al trattamento dei dati personali di base; la singola biffatura è valida nell'ambito dell'anagrafica degli assistiti regionale	- Radiologia > 98% - Lettera di dimissione > 98% - Pronto soccorso >98% - Produzione e trasmissione Patient Summary attivato > 80% dei mmg/pls - 100% degli accessi
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Attuazione al 31.12.2019

Le percentuali della firma digitale:

- Referti ambulatoriali per interni ed esterni = 90,16% da G2 clinico e 99,50% da Cardionet
- Laboratorio e microbiologia = si faccia riferimento al dato ASUIUD, dato che AAS3 beneficia del LUI.
- Radiologia = 100%
- Lettera di dimissione = 79%
- Pronto soccorso = 85,3%
- Il Patient Summary è attivato solo per i MMG e PLS che hanno aderito alla sperimentazione. Non è stato attuato in modo massivo dalla medicina convenzionata dato che l'obiettivo non è entrato a far parte dell'accordo integrativo regionale (AIR), per cui nel 2019 sono stati definiti o aggiornati solo 541 PS.
- Sono state date indicazioni agli operatori addetti alla prenotazione/accettazione per la biffatura sull'applicativo GECCO sull'avvenuta presa visione dell'informativa rispetto al trattamento dei dati personali di base. Il dato di sintesi sull'attività svolta non è desumibile dai sistemi aziendali, né da parte dell'operatore informatico regionale.

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b> <b>NON RAGGIUNTI GLI OBIETTIVI RELATIVE A REFERTI DI DIMISSIONE, PRONTO SOCCORSO E PATIENT SUMMARY</b>
--------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Sicurezza informatica

sicurezza fisica e logica/funzionale del sistema informativo, anche in attinenza ai temi relativi alla circolare n. 2/2017 del 18 aprile 2017 di AgID "misure minime di sicurezza" ed entrata in vigore del GDPR – (Regolamento UE 2016/679)

31.12.2019

Sono presenti solo 6 postazioni di lavoro con Windows XP, di cui 2 nelle sedi di laboratorio in carico ad ASUIUD e 4 associate a forniture di sistemi medicali.

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>
<u>Rinnovamento SIASI: SALUTE MENTALE</u> Configurazione e avviamento del sistema	Secondo i tempi definiti dal Piano di riorganizzazione regionale
<u>Rinnovamento SIASI: ASSISTENZA TERRITORIALE</u> predisposizione dei requisiti per capitolato tecnico	Partecipazione al gruppo di lavoro (90% delle presenze)

Attuazione al 31.12.2019

E' garantita la partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale, quando richiesta. Nei servizi dell'ex AAS3 l'avvio del sistema della salute mentale è previsto per l'estate 2020.

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--------------------	----------------------------

Partecipazione obbligatoria del Direttore Generale/Commissario, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario/Vicecommissario Sanitario al corso sul trattamento dei dati personali realizzato dalla DCS	Partecipazione al corso
<u>Attuazione al 31.12.2019</u>	
I Vicecommissari hanno partecipato al corso organizzato dalla DCS tenutosi a Trieste il 21.05.2019.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Predisposizione delle informative per le ditte esterne in accordo all'art. 28 del GDPR 679/2017	50% entro 31.05.2019 85% entro 30.10.2019 100% entro 31.12.2019
<u>Attuazione al 31.12.2019</u>	
Tutte le strutture che sottoscrivono contratti di fornitura servizi/beni predispongono le nuove informative in base al regolamento europeo GDPR 679/2016.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

### FUNZIONI RIVOLTE AL SISTEMA

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Gestione dell'attività sanitaria in ambito ospedaliero	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Potenziamento, revisione ed estensione delle integrazioni dei sistemi clinico sanitari</li> <li>b. Normalizzazione della gestione delle credenziali, individuazione ed attivazione sistema <i>Single Sign on</i></li> <li>c. Revisione del sistema CUS con particolare attenzione alla scheda medica elettronica (par. 3.6.2)</li> <li>d. Sviluppo e operatività del sistema di tele refertazione per Second Opinion in radiologia pediatrica (par.3.6.4)</li> <li>e. Implementazione della prescrizione trasfusionale informatizzata (par. 3.6.6)</li> </ul>
<u>Attuazione al 31.12.2019</u>	
E' stata garantita la partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Gestione dell'attività sanitaria in ambito di assistenza distrettuale	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Collegamento informatico presso tutte le sedi aziendali (obt. 4 par. 3.2.1.1)</li> <li>b. Piattaforma di connessione con la medicina generale</li> <li>c. Avviamento del nuovo sistema di iscrizione ai MMG presso tutte le aziende del SSR</li> <li>d. Avviamento del sistema di logistica, gestione e distribuzione degli ausili, protesi e ortesi in fase di acquisizione dall'ARCS</li> </ul>

	e. Avvio di un tavolo tecnico congiunto (DCS, Federfarma e MMG/PLS) per analizzare tutti i processi che possono diventare "paperless" attraverso l'utilizzo della ricetta dematerializzata
<u>Attuazione al 31.12.2019</u>	
E' garantita la partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Gestione dell'attività sanitaria in ambito di assistenza socio sanitaria	Adozione e configurazione di un unico strumento regionale per i DSM (obt. 5 par. 3.2.2.4)
<u>Attuazione al 31.12.2019</u>	
E' garantita la partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale. Nei servizi dell'ex AAS3 l'avvio del sistema della salute mentale è previsto per l'estate 2020.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Sistema informativo Cooperazione sociale	Sviluppo di un sistema per la gestione dell'Albo regionale della cooperazione sociale
<u>Attuazione al 31.12.2019</u>	
E' stata garantita la partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Gestione dell'attività della Odontoiatria pubblica (par. 3.2.4)	supporto all'avviamento della cartella clinica nei tempi definiti dal responsabile del progetto
<u>Attuazione al 31.12.2019</u>	
E' stata garantita la partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Potenziamento dell'infrastruttura per la Continuità Operativa	a. Potenziamento delle reti geografiche e locali b. Razionalizzazione dei data center aziendali
<u>Attuazione al 31.12.2019</u>	
E' garantita la partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

#### 4.1 SISTEMA PACS REGIONALE

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Rinnovo del sistema PACS regionale con aggiornamento delle sue componenti tecnologiche	Aggiornamento delle precondizioni impiantistiche e logistiche. Supporto tecnico alle attività di installazione.
<u>Attuazione al 31.12.2019</u>	
AAS3 ha garantito il supporto necessario per tutte le attività che sono state eseguite nel corso del 2019.	

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Consultazione/visualizzazione di referti e immagini in situazione emergenziale inter-aziendale: prosecuzione della messa a regime del caso d'uso negli ambiti clinici previsti dalla programmazione sanitaria regionale.	AAS3 garantisce supporto tecnico e clinico nelle attività di messa a punto e collaudo dei sistemi di collegamento Spoke-Hub.
<u>Attuazione al 31.12.2019</u> AAS3 ha garantito il supporto necessario per tutte le attività che sono state eseguite nel corso del 2019.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Proseguimento dell'estensione sistema PACS all'intero ambito dell'endoscopia ambulatoriale (broncoscopia, cistoscopia, isteroscopia, ...) in relazione alle esigenze cliniche espresse dalle Aziende.	Sull'endoscopia ambulatoriale AAS3 non ha sistemi di acquisizioni immagini
<u>Attuazione al 31.12.2019</u> In AAS3 non risultano attivi sistemi di acquisizione immagini utilizzati per l'attività ambulatoriale.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Potenziamento delle funzionalità elaborative con moduli aggiuntivi per l'analisi diagnostica evoluta in distretti anatomici specifici, secondo motivate richieste aziendali e in coerenza con il progetto regionale di sviluppo dei sistemi informativi ospedalieri.	AAS3 presenta entro marzo un documento di richiesta motivata di moduli di post elaborazione da integrare nel sistema PACS regionale.
<u>Attuazione al 31.12.2019</u> Nel corso del 2019 non sono state espresse richieste da parte dei Clinici volte all'acquisizione di funzionalità elaborative e/o moduli aggiuntivi.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

## 8. FORMAZIONE

<b>Formazione</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
- Accreditemento di eventi FAD gestiti su piattaforma HTL. - Utilizzo della funzione "iscrizione on line" agli eventi	- Accreditemento di n. 1 evento FAD entro il 30.09.2019; - Utilizzo della funzione "iscrizione on line" per almeno 5 eventi RES entro il 30.11.2019.
<u>Attuazione al 31.12.2019</u> Accreditato evento AAS3_19121 Corso di Medicina del Dolore per Medici di Medicina Generale (MMG) - Regione FVG. Si è utilizzata la funzione "iscrizione online" per 1 evento, anziché i 5 inizialmente richiesti dalla Regione, sulla base di ragionamenti elaborati all'interno del Tavolo Regionale dei Provider e con il referente della Direzione	

<p>Centrale competente in materia ECM. Infatti, alla luce della complessità della procedura e in considerazione del previsto avvio a fine 2019 di un nuovo sistema gestione della formazione, si è ritenuto di limitare la funzione prevista dall'obiettivo ad un solo corso. Si è considerato che lo sforzo formativo/informativo nei confronti degli operatori coinvolti non si giustificasse vista l'imminente sostituzione di GFOR con il nuovo gestionale dotato di sistemi di iscrizioni on line molto più semplici.</p>	
Valutazione	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
<p>- Formazione manageriale</p> <p>- Formazione specialistica tecnico-amministrativa e manageriale</p>	<p>- Evidenza della rilevazione del fabbisogno formativo e successiva erogazione dei corsi formativi.</p> <p>- Attivazione di corsi ad hoc istituiti sulla base delle indicazioni che saranno fornite dalla DCS.</p>
<p><u>Attuazione al 31.12.2019</u></p> <p>Con nota interna (164/2019) è stato richiesto alle varie strutture di esprimere il loro fabbisogno formativo, in coerenza con gli obiettivi previsti nel PAL aziendale. Tale mappatura è esitata nel Piano Formativo Aziendale.</p> <p>Sono stati attivati 3 percorsi dedicati alla formazione manageriale del personale del comparto:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. AAS3_19007 Il Coordinatore di Area: responsabilità, competenze e strumenti manageriali. Modulo I. Il profilo di ruolo del coordinatore in AAS3;</li> <li>2. AAS3_19008 Il Coordinatore di Area: responsabilità, competenze e strumenti manageriali. Modulo II. Principi di programmazione e controllo, responsabilità nella gestione dei farmaci e delle tecnologie;</li> <li>3. AAS3_19009 Il Coordinatore di Area: responsabilità, competenze e strumenti manageriali. Modulo III. Approfondimenti normativi e contrattuali per la gestione del personale</li> </ol> <p>- Relativamente alla formazione specialistico tecnico amministrativa sono state attivate due edizioni del corso AAS3_19056 - Il Responsabile Unico del Procedimento (RUP) e il Direttore dell'Esecuzione (DEC): compiti e responsabilità (una con sede e rivolta al personale dell'ASUIUD)</p>	
Valutazione	OBIETTIVO STRALCIATO
<p>Accreditamento</p>	<p>I provider si uniformano a quanto previsto dai documenti e dagli atti amministrativi regionali e provvedono alla stesura ed invio alla DCS del Piano formativo annuale entro il 30 marzo 2019, al suo eventuale aggiornamento entro 30 giorni dalla pubblicazione del PRF nonché alla redazione ed invio della relazione annuale sulle attività formative 2018 entro il 31 maggio 2019.</p>
<p><u>Attuazione al 31.12.2019</u></p> <p>Il PFA 2019 è stato inviato alla DCS in data 29/03/2019 con nota 15279.</p> <p>La Relazione Finale sull'attività 2018 è stata trasmessa in data 29/05/2019 con nota 25054.</p>	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Dossier formativo</p>	<p>Partecipazione al tavolo regionale per l'analisi di fattibilità dello strumento</p>
<p><u>Attuazione al 31.12.2019</u></p> <p>Il tavolo dei responsabili della formazione ha affrontato incidentalmente la tematica rimandandone al 2020</p>	



l'approfondimento.	
Valutazione	OBIETTIVO STRALCIATO
Piano formativo Aziendale	<p>Stesura del piano aziendale entro il 30 marzo 2019 in coerenza con le priorità regionali:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. gestire il cambiamento del sistema sanitario regionale sia di assetto che di processo;</li> <li>2. realizzare programmi di umanizzazione delle cure e valorizzazione della dignità della persona;</li> <li>3. valorizzare e qualificare le competenze manageriali della alta dirigenza sanitaria, tecnica, amministrativa e professionale;</li> <li>4. favorire lo sviluppo dei quadri intermedi;</li> <li>5. valorizzare il lavoro di rete e costruzione e diffusione dei PDTA;</li> <li>6. sviluppare e sostenere percorsi legati all'emergenza –urgenza, alla cronicità ed alla fragilità</li> </ol>
<p><u>Attuazione al 31.12.2019</u></p>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. E' stato inserito in PFA un evento dedicato all'illustrazione e all'approfondimento sul nuovo assetto regionale. L'attivazione dell'iniziativa formativa è stata posticipata al 2020.</li> <li>2. Sono stati attivati diversi percorsi dedicati al tema:  AAS3_19073 Lezioni di Bioetica per il NEPC e GrLEPC;  AAS3_19111 Incontri del gruppo regionale di bioetica "12 aprile 2017";  AAS3_19116 Laboratorio di Bioetica Special: "L'accompagnamento della persona nell'ultimo tempo della sua vita";  AAS3_19168 Approfondimento delle tematiche di bioetica sul fine vita ed elaborazione di un caso clinico complesso;  AAS3_19180 IX Laboratorio di bioetica.  AAS3_19179 IX Laboratorio di bioetica. Nucleo tematico: il Corpo</li> <li>3, 4. Valorizzare e qualificare le competenze manageriali della alta dirigenza sanitaria, tecnica, amministrativa e professionale e sviluppo dei quadri: attivati i 3 percorsi di cui sopra dedicati ai Coordinatori;</li> <li>5. Valorizzazione dei lavori di rete e costruzione e diffusione dei PDTA: attivato i seguenti percorsi:  AAS3_19151 Corso di Formazione di II Livello sul PDTA Regionale della Malattia Renale Cronica (MRC);  AAS3_19192 Approfondimento sulla scala NIHSS (NIH-STROKE SCALE)(PDTA ICTUS);  AAS3_19099 Linee di indirizzo regionali per la gestione dell'iperglicemia e del diabete in ospedale: applicazione della DGR 1572/2017. Evento aziendale</li> <li>6. Sviluppare e sostenere percorsi legati all'emergenza –urgenza, alla cronicità ed alla fragilità: Attivati corsi ALS e ACLS, BLSD, PBLSD (emergenza urgenza), attivato diversi percorsi dedicati alla cronicità e fragilità tra cui, solo per citarne alcuni, AAS3_19049 Aggiornamenti in riabilitazione: la persona anziana con cardiopatia, AAS3_19104 Presa in carico integrata del paziente in dialisi peritoneale durante il regime di ricovero; AAS3_19202 Processi di invecchiamento nelle persone con DNS (disturbi del neurosviluppo); AAS3_19148 Approfondimenti sulla presa in carico del paziente con Gravi Cerebrolesioni in stato vegetativo o stato di</li> </ol>	

minima coscienza	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

## TABELLA INDICATORI

			AAS3	
			DATO AZIENDA	DATO DIREZIONE
1.	PREVENZIONE			
LEA	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base	>= 95%		92,79%
1.a				
LEA	Difterite-tetano	>= 95%	92,99%	92,91%
1.b				
LEA	Antipolio	>= 95%	92,99%	92,79%
1.c				
LEA	Antiepatite B	>= 95%	92,99%	92,56%
2	PREVENZIONE			
LEA	Vaccinazione raccomandate MPR	>= 90%	92,16%	92,09%
3	PREVENZIONE			
LEA	Vaccinazione raccomandata contro l'influenza dell'anziano	>=70%	61,10%	61,10%
	Vaccinazione anti herpes zoster nei 65	>= 35%		42,70%
7	PREVENZIONE			
LEA	Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro	>=85	67,7%	67,7
8	TUTELA DELLA SALUTE NEI LUOGHI DI LAVORO			
LEA	Percentuale di unità controllate sul totale di unità da controllare	>= 5%	5,9	>= 5%
9	SANITA' ANIMALE			
LEA	Percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina	>= 98%	128,00%	>= 98%
10.a	SANITA' ANIMALE			
LEA	Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi bovina/bufalina	>= 98% del 20% allevamenti	104,00%	>= 98% del 20% allevamenti
10.b	SANITA' ANIMALE			
LEA	Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi ovicaprina	>= 98% del 10% dei capi	136%	>= 98% del 10% dei capi
11	SANITA' ANIMALE			
LEA	Percentuale di aziende ovicaprine controllate (3%) per anagrafe ovicaprina	>= 98% del 3% aziende	100,00%	>= 98% del 3% aziende
12	SALUTE DEGLI ALIMENTI			
LEA	Percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati dal Piano Nazionale Residui	>=98%	9900%	>=98%
13	SALUTE DEGLI ALIMENTI			
	Percentuale di unità controllate sul totale delle imprese alimentari registrate	>= 20%	6,0%	6
14	DISTRETTUALE			
	Tassi di ospedalizzazione evitabile con la metodologia sviluppata dall'Agenzia statunitense AHRQ per i Prevention Quality Indicators (PQIs): indicatore complessivo da 14.a a 14.1	somma indicatori <= 115	101,24	89,39
15	ASSISTENZA DOMICILIARE			
	Percentuale di anziani >=65 trattati in ADI con PAI	>= 3,8%	3,20	2,82
17	SPECIALISTICA AMBULATORIALE			
	Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1000 residenti (>=65 anni)	<= 24	16,48	16,30
18	FARMACEUTICA			
	Incidenza di sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (anti-ipertensivi)	<=30%	37%	37,24
19	FARMACEUTICA			
	Consumo pro-capite di farmaci inibitori di pompa protonica	25 up pro cap	32,38	32,38
20	SALUTE MENTALE			
	utenti in carico nei centri di salute mentale per 1.000 abitanti	>=10	22,95	22,56
21				
	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	>= 38%	41,41	41,4
22				
	Rapporto tra i ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza (allegato B Patto Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<= 0,32	0,2	0,198
23				
	Percentuale di parti cesarei	<20%	15,86%	15,86%

			AAS3	
			DATO AZIENDA	DATO DIREZIONE
BERSAGLIO valore 2014 226,31 (C11.a.1.1)	CUORE riduzione del tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti di 50-74 anni	< 200	181,1	182,7
	RENE potenziamento della Dialisi peritoneale e dei trapianti con l'obiettivo di ridurre i pazienti in emodialisi al di sotto del 52% del totale (trapiantati + emodializzati + in dialisi peritoneale)	< 52%	52,0%	47%
BERSAGLIO (C11.a.2.4)	PANCREAS riduzione del tasso di amputazioni maggiori per diabete	< 28 per milione di residenti	51,6	51,4
BERSAGLIO (C11.a.3.1)	POLMONE riduzione del tasso di ospedalizzazione per BPCO	< 55 per 100.000 residenti 50-74 anni	71,8	73,40
	ICTUS aumento dell'attività di Trombolisi endovenosa/ endoarteriosa con il raggiungimento nel 2016 di almeno 300 trattamenti nel territorio regionale così ripartiti: ASUITS: 85; ASUIUD: 140; AAS5: 75			
	TRAUMA trattamento della frattura di femore entro 48 h in almeno il 70% (hub) o 80% (spoke) dei casi trattati dal presidio ospedaliero;	>=80% spoke per presidio	78,5	78,80%
	TRAUMA trattamento traumatologia in urgenza - degenza media preoperatoria	<1,5 gg	0,9	0,89%
	TRAUMA trattamento traumatologia in urgenza - attesa media preoperatoria	< 8 gg	6,2	5,29%
BERSAGLIO (C16.2)	PRONTO SOCCORSO ED EMERGENZA URGENZA aumentare la percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1 h rispetto al totale dei pazienti con codice verde (media regionale 2014 del 66,19% - fonte Bersaglio)	>= 80% spoke	66,1	75,11% sd-to
BERSAGLIO (C16.3)	PRONTO SOCCORSO ED EMERGENZA URGENZA aumentare la percentuale dei pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto Soccorso meno di 4 ore	>= 85% spoke	85,10%	84,38% sd-to
BERSAGLIO (C7.1)	MATERNO INFANTILE mantenimento della percentuale dei parti cesarei depurati (NTSV) al di sotto del 20% dei parti totale dei parti depurati	< 20%	17,15%	17,15%
BERSAGLIO valore 2014 26,78	MATERNO INFANTILE i parti indotti farmacologicamente devono essere ridotti al di sotto del 20%	< 20%		18,04%
Tasso standardizzato	TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE contenimento al 125 x mille	125 x mille	119,19	119,32
BERSAGLIO (C14.2.a)	DAY HOSPITAL MEDICO DI TIPO DIAGNOSTICO - ADULTI riduzione dei numero di ricoveri in Day Hospital medico per acuti con finalità diagnostica portando la percentuale al di sotto del 20% per gli adulti e del 40% per i pediatrici	< 20% adulti	16,27%	16,90%
BERSAGLIO (C14.2.2)	DAY HOSPITAL MEDICO DI TIPO DIAGNOSTICO - PEDIATRICI riduzione dei numero di ricoveri in Day Hospital medico per acuti con finalità diagnostica portando la percentuale al di sotto del 20% per gli adulti e del 40% per i pediatrici	< 40% pediatrici	35,48%	35,50%
BERSAGLIO (C14.4)	RICOVERI MEDICI OLTRE SOGLIA riduzione della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni portandola al di sotto del 4%	< 4%	6,13%	6,10%

## Azienda sanitaria universitaria integrata di Udine

### 3.1. PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

<b>3.1.1. Tutela della salute della donna</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Nell'ambito dei corsi di preparazione al parto e nei centri nascita veicolare il messaggio dell'importanza della vaccinazione infantile e dell'adozione di stili di vita sani	Evidenza della promozione delle vaccinazioni da parte delle ostetriche e delle assistenti sanitarie nei corsi di accompagnamento al parto e puerperio e nei centri nascita
<i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i>	
L'attività di promozione delle vaccinazioni viene effettuata durante i corsi di accompagnamento al parto.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.1.2. Migliorare la salute nei soggetti a rischio MCNT e malati cronici (Programma I PRP)</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Screening opportunistico: avvio di uno screening opportunistico su stili di vita e rischio cardiovascolare globale nelle Aziende sanitarie della regione	Il 10 % dei pazienti eleggibili di ogni M.M.G. che aderisce allo screening opportunistico è valutato per la definizione del rischio cardiovascolare. Il risultato del rischio deve essere inserito nella piattaforma regionale del rischio cardiovascolare.
<i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i>	
L'Accordo AIR approvato con DGR 1381 del 9.8.2019 non ha previsto l'avvio dell'attività.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b>

<b>3.1.3. Gli screening oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia (Programma II PRP)</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
1. Assicurare la collaborazione per la riconversione del programma di screening cervicale, inclusi gli aspetti di comunicazione e formazione.	Operatori aziendali formati.
<i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i>	
Il nuovo programma di screening HPV-DNA è stato avviato il 1° luglio.	
Nel mese di marzo si è svolto un evento a livello regionale, mentre in giugno si sono svolte attività formative	

aziendali. E' stata garantita la formazione di tutte le ostetriche e del personale coinvolto nel programma. È stata svolta anche attività di formazione con AFT nel corso di aggiornamento per MMG in data 18/09/2019.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
2. Tutte le aziende che garantiscono i prelievi per HPV-DNA test di primo livello	Dotare gli ambulatori di prelievo delle dotazioni come da nota trasmessa dalla DCS
<p><i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i></p> <p>Gli ambulatori già dedicati allo screening sono stati attrezzati e adeguati dal punto di vista tecnico-informatico al nuovo programma di screening.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
3. Tutte le aziende che garantiscono i prelievi per HPV-DNA test di primo livello: Collaborano alla realizzazione della logistica di trasporto dei campioni al laboratorio unico secondo le indicazioni della DCS	Logistica di supporto realizzata secondo indicazioni DCS
<p><i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i></p> <p>La logistica è stata definita con un punto di raccolta presso il Dipartimento di Prevenzione ASUIUD che funge da centro di raccolta per il territorio dell'ex provincia di Udine. I trasporti da AAS2 (distretti Est e Ovest), AAS3 e distretti ASUIUD sono a carico delle rispettive Aziende, mentre il trasporto bisettimanale da e verso il Laboratorio di Trieste è a carico della Regione.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
4. Tutte le Aziende che attualmente refertano pap-test di screening di primo livello: garantire la tempestiva lettura dei pap-test primari fino a transizione di programma avvenuta	Lecture dei pap-test primari presso le sedi di attuale competenza fino a transizione del programma ultimata (>80% dei pap test refertati entro 21 giorni dalla data di prelievo)
<p><i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i></p> <p>Il dato disponibile a sistema al 30.6.2019 è del 99,11% (fonte portale SISSR, aprile 2020)</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
5. Raggiungere e mantenere un'adesione ai programmi di screening pari al 70 % per la cervice uterina, al 70 % per la mammella, e al 70% per il carcinoma del colon retto	Adesione pari al 70% per la cervice uterina, al 70% per la mammella, e al 70% per il carcinoma del colon retto
<p><i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i></p> <p>I dati di adesione agli screening rilevati da Portale SISSR (27.04.2020) sono i seguenti:  Cervice uterina: 56,8% (dato al 30.6.2019). Nel 2019 i parametri sono stati condizionati dalla conversione del programma di screening ad HPV primario a partire da luglio 2019.  Colon retto: 56,44% (dato al 31.12.2019)  Mammella: 69,94% (dato al 31.12.2019)</p> <p>Le percentuali di adesione definite nell'indicatore di risultato, come già segnalato in fase di preventivo e di monitoraggio, non sono raggiungibili.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b>

<p>6. Mantenere aggiornate, tramite i distretti, le anagrafi sanitarie verificando assistiti in base ai dati del monitoraggio delle lettere inesitate fatti pervenire dalla Direzione Centrale Salute</p>	<p>Percentuale di inviti inesitati &lt; = 1,5% Formale individuazione, con trasmissione alla DCS entro 30 giorni dall'approvazione definitiva delle presenti linee, di un referente amministrativo in ogni distretto Report alla DCS entro il 31.12.2019 con le azioni intraprese ai fini del contenimento del fenomeno</p>
<p><i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i> I dati degli inviti inesitati 2019 non sono disponibili. Sono stati individuati e comunicati a DCS con nota prot. n. 2623 del 16.1.2019 i nominativi dei referenti amministrativi di ogni Distretto.</p>	
<p><b>Valutazione</b></p>	<p><b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b></p>
<p>7. Continuare a garantire le sedi per l'erogazione dello screening mammografico accertando la permanenza dei requisiti per l'installazione dell'unità mobile e garantendo l'accessibilità da parte delle persone (barriere architettoniche, igiene dei locali, rispetto della privacy, decoro...)</p>	<p>Requisiti check-list DCS rispettati  Collaborazione negli eventuali sopralluoghi di controllo</p>
<p><i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i> La Segreteria Screening monitora la permanenza dei requisiti per l'installazione dell'unità mobile e si attiva con interventi specifici qualora necessario.</p>	
<p><b>Valutazione</b></p>	<p><b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p>
<p>8. Tutte le aziende con unità senologica: garantire che i radiologi certificati svolgano sia la lettura del test mammografico di screening sia la gestione del percorso di approfondimento diagnostico dei casi richiamati</p>	<p>Lettura del primo livello e gestione del percorso di approfondimento diagnostico da parte di radiologi certificati</p>
<p><i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i> La lettura di primo livello e la gestione dell'approfondimento diagnostico viene regolarmente svolta da radiologi certificati.</p>	
<p><b>Valutazione</b></p>	<p><b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p>
<p>9. Tutte le aziende con unità senologica: garantire la tempestiva e corretta chiusura dell'esito dei casi di secondo livello dello screening mammografico nel G2 clinico, ridurre i richiami intermedi (early recall) dopo approfondimento</p>	<p>1. Tempi di attesa per approfondimenti di secondo livello &lt; o = 20 gg da esito positivo della mammografia di primo livello 2. Percentuale di casi di secondo livello chiusi correttamente &gt; = 95% 3. Tempo di attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella &lt; o = a gg 30 4. Percentuale di early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso"/totale dei casi chiusi dall'unità senologica) inferiore al 10%</p>

*Verifica dell'attività al 31.12.2019*

1. La % di donne che hanno avuto l'approfondimento entro 20 gg dopo l'esito positivo è stata dell'80,5%, entro 28 gg del 93,8% (anno 2019 - fonte Portale SISSR).
2. I casi di 2° livello chiusi correttamente sono 98,8% (dato a settembre 2019 - fonte Portale SISSR).
3. Il tempo di attesa dell'intervento chirurgico per neoplasia della mammella (screening + non screening) risulta migliorato nel 2019: per la classe di priorità A oltre il 50% degli interventi viene effettuato nei tempi (30 gg), e oltre l'83% per la priorità B (entro 60 gg). Il risultato è condizionato dalla tempistica degli approfondimenti (fonte SDO, anno 2019).
4. L'azienda si attesta su un valore pari a 2,79% (anno 2019 - fonte Portale SISSR).

Valutazione	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
10. Tutte le aziende con servizio di endoscopia: - garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica (in particolare la codifica del livello di rischio assicurando di rendere definitiva la compilazione) per gli 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 < o = 30 giorni

*Verifica dell'attività al 31.12.2019*

La percentuale di cartelle correttamente compilate si attesta sul valore del 98% (fonte portale SISSR, anno 2019).

Tempo di attesa non in linea: 5,7 % entro i 30 giorni e 70,2 % entro 60 giorni (anno 2019; fonte portale SISSR aprile 2020).

Si segnalano criticità organizzative, che l'azienda sta cercando di affrontare con un percorso di riorganizzazione e con gli strumenti contrattuali disponibili.

Valutazione	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
-------------	----------------------------------

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

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

*Verifica dell'attività al 31.12.2019*

I dati vengono regolarmente trasmessi al Burlo.

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO OBIETTIVO STRALCIATO: IDENTIFICAZIONE PRECOCE FIBROSI CISTICA
-------------	--------------------------------------------------------------------------------------



<b>3.1.5. Salute e sicurezza nelle scuole e benessere dei giovani (Programma III PRP)</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
1. Le aziende sanitarie collaborano e sostengono percorsi ed azioni coerenti a diffondere in tutta la Regione il modello di Scuola che promuove la salute, che ha lo scopo di migliorare il successo scolastico e facilitare l'azione in favore della salute.	Almeno il 90% delle scuole dovranno esser raggiunte dalla proposta di aderire alla rete Scuole che promuovono salute (SHE).
<p><i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i></p> <p>La proposta di adesione alla rete, in collaborazione con l'Ufficio Scolastico Regionale, ha raggiunto tutte le Scuole presenti sul territorio ASUIUD.</p> <p>La formazione per i docenti delle scuole aderenti alla rete si è svolta a Udine il 12 febbraio e, in forma residenziale, a Lignano il 7 e 8 maggio in collaborazione con la Regione.</p> <p>Sono stati programmati e svolti gli interventi di seguito evidenziati:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. laboratorio Open Space Technology</li> <li>2. "presenza mentale e movimento" per i docenti delle scuole primarie</li> <li>3. "le relazioni"</li> <li>4. "affettività e sessualità"</li> <li>5. "I social media" per i docenti delle scuole secondarie di secondo grado.</li> </ol> <p>E' stato diffuso materiale ed effettuato sostegno e accompagnamento degli insegnanti referenti e dei dirigenti scolastici alle varie fasi dell'adesione alla rete (richiesta adesione, realizzazione del profilo di salute della scuola aderente, individuazione del gruppo insegnanti, raccordo con USR, partecipazione alle riunioni da loro indette).</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
2. Sviluppo, da parte di tutte le aziende sanitarie, di progettualità di peer education nelle scuole della regione. Continua la diffusione e implementazione dei progetti riconducibili alle buone pratiche, quali modello What's up, Unplugged, peer education ecc	Aderiscono alla progettazione almeno 50 % delle scuole a livello regionale. Le progettualità dovranno esser inserite in banca dati PROSA
<p><i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i></p> <p>UNPLUGGED: sono stati effettuati due interventi formativi rivolti agli insegnanti già formati e sette interventi in classe con studenti e insegnanti.</p> <p>Progetto LIKE (attività realizzata in collaborazione con il Comune di Udine): sono stati elaborati e somministrati i questionari rivolti agli studenti e ai genitori, oltre alla realizzazione di incontri formativi con gli operatori delle associazioni afferenti al progetto, sul tema della promozione della salute e sulla gestione dei gruppi classe.</p> <p>In seguito all'accordo quadro tra ASUIUD e ASPIC, è stata garantita la attiva partecipazione al prosieguo delle linee progettuali: YOUTH, Plan Your Future-(R) Evolution, La Comunità' si mette In Rete, Facciamo Comunità, Progetto CONSAPEVOL-MENTE.</p> <p>Viene assicurato l'inserimento dei progetti in banca dati PROSA (quattro progetti inseriti).</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>3.1.7. Promozione dell'attività fisica (Programma V PRP)</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:

1. Sviluppo di progetti di attività fisica rivolti alla popolazione adulta	Report su quanto realizzato al 31/12/2019. Le progettualità dovranno esser inserite in banca dati PROSA
----------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------

*Verifica dell'attività al 31.12.2019*

Lo sviluppo di progetti di attività fisica è stato realizzato per il tramite del centro di coordinamento AFA, che garantisce e promuove l'avvio di programmi dedicati alla popolazione adulta attraverso il coinvolgimento dei providers. Inoltre, come da nota prot. n. 12691 del 26.06.2018 dell'Area Promozione Salute e Prevenzione della DCS è stato chiesto alle Aziende Sanitarie della Regione di partecipare allo sviluppo delle progettualità finanziate a sostegno del Piano Regionale della Prevenzione 2014-2019, e con nota prot. n. 69992/P del 07.09.2018 l'Azienda ha espresso il proprio consenso; pertanto nel 2019 sono stati selezionati 2 progetti, per la promozione dell'attività fisica della popolazione e in dettaglio "Promozione attività fisica presso Agoge Personal Trainer Studio -2019" e "Star bene insieme...". Le due progettualità sono in via di inserimento nella banca dati PROSA.

Per quanto riguarda le attività AFA nel 2019 si sono registrate 1526 nuove valutazioni di utenti, sono stati effettuati sopralluoghi e verifiche di fattibilità per quattro nuovi providers e sono stati attivati nove nuovi corsi AFA.

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
2. Diffusione delle opportunità di attività fisica presenti sul territorio attraverso il sito regionale (invecchiamentoattivo.fvg)	L'Azienda promuove l'iscrizione al sito invecchiamentoattivo.fvg da parte delle associazioni che hanno attività in convenzione per istituire un catalogo di offerta di attività fisica.

*Verifica dell'attività al 31.12.2019*

E' stata predisposta una nota, inviata tramite mail a tutti i providers esterni, con richiesta di adesione alla convenzione prevista e con l'invito all'inserimento delle attività oggetto di convenzionamento nel sito "Invecchiamento attivo".

Il 28/11/19 si è tenuto un incontro con i trainers AFA nel corso del quale è stato presentato e promosso l'inserimento nel portale regionale "Invecchiamento Attivo" e sono state discusse alcune proposte di modifiche dei Protocolli di esercizi AFA.

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
-------------	---------------------

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

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

*Verifica dell'attività al 31.12.2019*

E' stata assicurata la collaborazione con alcuni Comuni che hanno richiesto interventi sulla sicurezza stradale rivolti ai cittadini che hanno la patente da più di 20 anni.

E' stato diffuso l'ultimo report sugli incidenti stradali ed è stata garantita la disponibilità alla preparazione dell'evento regionale di presentazione dei dati.

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
-------------	---------------------

<b>3.1.9. Prevenzione degli incidenti domestici (Programma VII PRP)</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Consolidamento di interventi e iniziative finalizzati alla prevenzione degli incidenti domestici	Diffusione del report DCS sull'attività svolta negli anni precedenti nei territori di loro competenza (scuole, associazioni, enti, ecc.) Report da inviare alla DCS
<i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i>	
E' stato distribuito il materiale informativo "La casa sicura" realizzato dal gruppo regionale tra le aziende sanitarie e i portatori di interesse, in territorio ASUIUD (farmacie, Distretti Sanitari, Dipartimenti, MMG, PLS...).	
E' stato distribuito il report regionale degli Incidenti Domestici a Distretti e MMG/PLS.	
Sono stati effettuati incontri con alcuni referenti per i nidi d'infanzia/servizi educativi domiciliari di Udine.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.1.10. Miglioramento della qualità nelle attività del dipartimento di prevenzione con particolare riferimento alle attività di vigilanza e controllo (Programma VIII PRP)</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
1. Partecipare alle fasi V e VI del progetto "Prodotti Finiti FVG" che prevedono: - V fase: la definizione di un modello di scheda per la valorizzazione (pesatura) dei prodotti finiti; - VI fase: la stima delle risorse impiegate per ogni prodotto finito	Presenza di un modello di scheda di valorizzazione condivisa a livello regionale e vistata dal responsabile scientifico del progetto Almeno il 90% dei questionari inviati dal gruppo di progetto dovranno essere correttamente compilati dagli operatori dei dipartimenti di prevenzione intervistati
<i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i>	
Sono stati individuati gli operatori che hanno partecipato alla definizione della scheda per la valorizzazione (pesatura) dei "prodotti finiti". Successivamente gli operatori del dipartimento hanno partecipato alla fase di pesatura dei processi attraverso la compilazione di specifici questionari.	
Hanno partecipato alla fase di pesatura n. 98 operatori su 102 individuati (96%)	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
2. SIAN/VET: partecipare alla formazione degli auditor e al programma di mantenimento della qualifica	Almeno 50 auditor ufficiali formati (regionale complessivo)
<i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i>	
In Azienda dodici auditor ufficiali formati e in dettaglio:	
- Servizi Veterinari: 6 dirigenti veterinari e 2 Tdp hanno mantenuto la qualifica e sono presenti nell'elenco regionale.	
- SIAN: 3 Tdp e il Direttore della struttura hanno mantenuto la qualifica e sono presenti nell'elenco regionale.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

3. SPSAL: partecipare attivamente al programma regionale di audit, scegliendo il comparto di interesse a seconda della specificità territoriale.	Operatori formati secondo le indicazioni del PRP, costituzione del gruppo di auditori regionali, individuazione delle aziende su cui avviare l'audit sui SGSL (sistema gestione sicurezza lavoro) da parte auditori regionali e avvio della fase realizzativa
<i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i>	
Il personale dell'ASUIUD (1 medico, 1 Ass. sanitario, 2 TdP) ha completato il percorso formativo; non si sono avute indicazioni regionali sulla realizzazione delle azioni successive.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b>

<b>3.1.11. Migliorare la salute e la sicurezza nei comparti a maggior rischio (Programma IX PRP)</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Mantenere un'adeguata vigilanza nei settori edile e agricolo secondo i parametri definiti a livello nazionale	5% delle aziende vigilate: - Edilizia: l'attività di vigilanza nei cantieri deve essere finalizzata al raggiungimento del 12% dei cantieri notificati l'anno precedente (224 cantieri per il 2019). In caso di significative variazioni incrementali, si dovrà raggiungere almeno il numero dei cantieri vigilati nell'anno 2018. - Agricoltura: vigilare 128 aziende agricole a livello regionale (per ASUIUD almeno 22 aziende)
<i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i>	
Aziende vigilate: vigilato il 5,2% delle aziende (pari a 608 U.L.)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Edilizia: vigilati 182 cantieri su 190 programmati</li> <li>- Agricoltura: controllate 25 aziende agricole (20 per la sicurezza delle macchine come da obiettivo regionale e 5 per altri motivi)</li> </ul>	
<b>Valutazione</b>	<b>1. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>2. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b> <b>3. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.1.12. Emersione e prevenzione delle malattie professionali in Friuli Venezia Giulia e promozione della salute nei luoghi di lavoro (Programma X PRP).</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
1. Proseguire in ogni azienda il programma integrato di promozione della salute dei dipendenti, che coinvolga i medici competenti, per la declinazione operativa delle azioni dell'obiettivo specifico "Progetto pilota per un programma integrato di salute e benessere dei dipendenti pubblici..." del PRP.	Report sui lavoratori a rischio cardiovascolare globale  Offerta di percorsi per smettere di fumare
<i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i>	

Il report su rischio Cardiovascolare globale è stato effettuato. Sono stati somministrati 503 questionari – progetto SCORE - (personale età > 40 anni) e inviati all'Istituto di Medicina del Lavoro UNITS per l'elaborazione dei dati.

E' stata garantita l'offerta di percorsi per smettere di fumare a 256 dipendenti fumatori (su 267 dipendenti fumatori visitati, pari al 95.88%).

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
2. Realizzare interventi di immunizzazione degli operatori sanitari per la prevenzione e il controllo delle infezioni prevenibili da vaccino.	Il controllo dell'immunizzazione e vaccinazione per malattie prevenibili con vaccino (morbillo, -parotite, -rosolia, -varicella, pertosse, influenza) è inserito nei protocolli di sorveglianza sanitaria di tutti gli operatori sanitari, compresi lavoratori atipici e del servizio civile, operanti all'interno di strutture aziendali e volontari ospedalieri (vedi linea 3.1.15)

*Verifica dell'attività al 31.12.2019*

Il controllo dell'immunizzazione e delle vaccinazioni è inserito nel protocollo aziendale di sorveglianza sanitaria (Procedura DS\_PG\_35. Versione n.01 del 01.12.2018)

E' stato attivato un ambulatorio intraospedaliero con operatori del Dipartimento di prevenzione per effettuare le vaccinazioni negli operatori sanitari al fine di favorirne l'adesione. Sono previste due sedute vaccinali/mese.

Per il controllo dell'immunizzazione per MPR e varicella sono state eseguite 2764 determinazioni complessive di sierologie, di cui 832 anti morbillo, 851 anti parotite, 292 anti rubeo, 789 anti varicella – zoster. In caso di titolo anticorpale non protettivo è stata proposta vaccinazione/richiamo.

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
3. Adottare e applicare le nuove LLGG regionali sulla tubercolosi	Evidenza della applicazione delle Linee Guida regionali sulla tubercolosi

*Verifica dell'attività al 31.12.2019*

Le linee guida regionali sulla tubercolosi sono state diffuse e vengono applicate nella routine.

Viene eseguita Intradermoreazione secondo Mantoux in visita preventiva a tutti, Quantiferon in visita periodica, secondo valutazione del rischio (totale Quantiferon eseguiti 485).

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
-------------	---------------------

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

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
1. Studi di sorveglianza OKKIO alla Salute e HBSC	Collaborare agli studi di sorveglianza ed alla restituzione dei risultati emersi

*Verifica dell'attività al 31.12.2019*

OKKIO: è stata effettuata la formazione degli operatori sanitari coinvolti e degli insegnanti delle classi campionate. Effettuata la rilevazione dei dati antropometrici nelle classi campionate, somministrazione questionari (insegnanti, dirigenti scolastici, genitori e bimbi) e inserimento dei dati raccolti nel sistema informatico. Garantita la collaborazione all'organizzazione del tavolo regionale della PS per la restituzione dei dati OKKio alla salute 2019.

HBSC: è stata garantita la partecipazione alle varie riunioni regionali e aziendali, anche in collaborazione con il

Dipartimento delle Dipendenze. Sono stati diffusi i dati di sorveglianza in occasione degli eventi formativi programmati con gli insegnanti delle scuole secondarie di primo e secondo grado per l'anno scolastico 2019-2020 (ancora in attesa del report nazionale e regionale dei dati 2018). Garantita la collaborazione all'organizzazione del tavolo regionale della PS per la restituzione dei dati HBSC 2018

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
2. Studi di sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento	Dare continuità agli studi di sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento

*Verifica dell'attività al 31.12.2019*

I sistemi di sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento sono attivi in azienda. Per Passi viene regolarmente effettuato il campionamento trimestrale ed inviato alla referente del call center regionale per l'effettuazione delle interviste. Vengono contemporaneamente inviate le lettere ai soggetti campionati e ai loro MMG in accordo con il protocollo di sorveglianza. Per PASSI d'Argento vengono effettuate le interviste dirette quando richieste.

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
-------------	---------------------

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

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
1. Partecipazione attiva alle attività del "Gruppo Tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali " di cui al Decreto n°630/SPS del 12.08.15 e della "Cabina di Regia" di cui al Decreto in° 695/SPS del 19.05.2017.	Evidenza di partecipazione al "Gruppo Tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali e alla "Cabina di Regia".

*Verifica dell'attività al 31.12.2019*

Il Gruppo Tecnico si è riunito tre volte nel corso del 2019 (12 marzo, 11 giugno e 9 ottobre) cui hanno partecipato operatori del Dipartimento di Prevenzione sui seguenti temi:

- Emergenza acqua potabile nel comune di Aviano.
- Approvvigionamento acqua potabile nella Regione FVG: criticità e possibili soluzioni.
- Procedura condivisa in caso di non conformità delle acque potabili
- Ipotesi di studio epidemiologico sulla popolazione residente nei territori dei Comuni di Spilimbergo, Maniago e Fanna

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
2. Sorveglianza delle acque potabili. Mappatura dei pozzi privati utilizzati nell'ambito delle imprese alimentari.	Proseguire la mappatura dei pozzi che approvvigionano gli stabilimenti riconosciuti (Reg. 852/853) e le imprese alimentari.

*Verifica dell'attività al 31.12.2019*

L'attività è stata regolarmente assicurata. Nel corso dell'attività ispettiva SIAN del 2019 non è stato rilevato nessun nuovo pozzo da mappare (dato SICER).

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
3. Ogni azienda sanitaria provvede alla nomina di nuovi ispettori Reach/CLP tra il personale che ha partecipato	Almeno 3 ispettori per ciascuna azienda sanitaria

al percorso di formazione/addestramento.	(comunicazione alla Direzione Centrale Salute)
<p><i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i></p> <p>Come da nota della DCS prot. 8881/P del 15/4/2019 il numero di 3 nuovi ispettori formati è da intendersi riferito alla futura nuova organizzazione dell'ASUFC.</p> <p>Con nota n. 94096 del 13.12.2019 è stata data comunicazione alla Direzione Centrale Salute dei tre ispettori REACH nominati per l'ASUIUD.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
4. Ogni Azienda Sanitaria garantisce un numero di controlli coerenti con il piano nazionale annuale dei controlli in materia di REACH/CLP, per quanto attiene target group e tipologia di sostanze controllate.	Almeno 3 controlli per ciascuna azienda
<p><i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i></p> <p>Al 31.12.2019 sono stati effettuati n. 4 controlli secondo il cronoprogramma definito dal gruppo di lavoro regionale.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<p><b>3.1.15. Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive, inclusa la resistenza antimicrobica (Programma XIII PRP 2018-2019) e piano nazionale di contrasto alle resistenze antimicrobiche 2017-2020 (PNCAR).</b></p>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
1. Realizzare interventi di immunizzazione dei volontari ospedalieri per la prevenzione e il controllo delle infezioni prevenibili da vaccino	E' adottato e applicato un protocollo vaccinale per i volontari ospedalieri per il controllo dell'immunizzazione e la vaccinazione per malattie prevenibili con vaccino (morbillo, -parotite, -rosolia, -varicella, pertosse, influenza) comprendente altresì misure per il controllo e la prevenzione della tubercolosi secondo Linee guida regionali. (vedasi anche linea 3.1.12)
<p><i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i></p> <p>Viene applicata la procedura aziendale (DS_PG_35. Versione n.01 del 01.12.2018) "Rischio biologico da patogeni responsabili di malattie prevenibili dalle vaccinazioni nell'ASUIUD" (vedasi anche linea <b>3.1.12</b>).</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
2. Garantire l'offerta attiva e gratuita delle vaccinazioni assicurando il proseguimento delle campagne vaccinali già avviate e quelle di nuova introduzione (in particolare l' herpes zoster negli anziani)	<p>Miglioramento delle coperture vaccinali dell'infanzia e dell'adolescenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- esavalente</li> <li>- MMR ( 1^ e 2^ dose)</li> </ul> <p>Offerta attiva della vaccinazione anti herpes zoster nei 65enni con l'obiettivo di copertura del 35%</p>
<p><i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i></p>	

Tutte le vaccinazioni previste dal calendario son state offerte attivamente.

Per la coorte 2017 (coorte che al 31.12.2019 ha compiuto i 24 mesi) **al 31.12.2019** l'adesione per i singoli antigeni contenuti nell'esavalente, è la seguente:

	difterite	tetano	epatiteB	pertosse	polio	hib
prima dose	95,07%	95,20%	94,75%	95,01%	95,01%	94,69%
seconda dose	94,31%	94,37%	93,99%	94,31%	94,31%	93,73%
terza dose	92,07%	92,07%	91,75%	92,07%	92,07%	91,62%

Per la prima dose di vaccino MMR la copertura vaccinale nella coorte 2017 al 31.12.2019 è stata 90,91%. La seconda dose è offerta a 6/7anni: la copertura vaccinale per seconda dose di MMR della coorte 2011 è pari al 93.31% mentre per la coorte 2012 è 85,89%.

Vaccinazione anti herpes zoster: secondo il PNPV la vaccinazione anti herpes zoster è offerta ogni anno alla coorte dei 65enni. Nel 2019 è stata conclusa la chiamata della coorte 1953 raggiungendo una CV pari al 45,3%; mentre per la coorte 1954, la CV è pari al 31.12.2019 è stata del 43,96%.

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
3. Veterinari implementazione regionale del Sistema Informativo Nazionale della Farmacosorveglianza Ricetta Veterinaria Elettronica (SINF-RE) (entro il 2019): - autorizzazione detenzione scorta - formazione interna per l'utilizzo dell'applicativo SINF-RE - anagrafe ministeriale centralizzata delle strutture PET	1. Evidenza di almeno il 90% delle autorizzazioni (detenzione/scorta) tramite SINF-RE già autorizzate in cartaceo. 2. Evidenza della attività formativa al fine di utilizzare sistematicamente l'applicativo SINF-RE. 3. Evidenza dell'inserimento/ aggiornamento nel SINF-RE delle anagrafiche delle strutture PET.

Verifica dell'attività al 31.12.2019

1. Presenti su SINF-RE il 100% delle autorizzazioni già autorizzate in cartaceo.
2. Al fine di avviare la fase di cui al punto 1, il personale ha fatto training online con il personale della DCS-FVG.
3. Il 100% delle strutture PET sono state inserite in SINF-RE

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

Verifica dell'attività al 31.12.2019

Vedi linea 3.6. RETE CURE SICURE FVG

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
-------------	---------------------

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

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



1. Applicare il protocollo regionale sull'assistenza sanitaria alle persone migranti ed inviare i dati di attività	Report mensile
<i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i>	
I report vengono regolarmente inviati alla DCS.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
2. Garantire la formazione dei propri operatori sull'antimicrobial stewardship	In ogni azienda almeno il 25% di medici prescrittori formati (Vedi linea 3.6. RETE CURE SICURE FVG)
<i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i>	
Vedi linea 3.6. RETE CURE SICURE FVG	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
3. Diffondere a tutti gli operatori sanitari la reportistica regionale sulle resistenze batteriche	Report inviato in formato elettronico a tutti gli operatori sanitari coinvolti in prescrizione e somministrazione di farmaci (Vedi linea 3.6. RETE CURE SICURE FVG)
<i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i>	
Vedi linea 3.6. RETE CURE SICURE FVG	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.1.17. Alimentazione e salute: promozione di un'alimentazione sana, sicura e sostenibile (Programma XV PRP)</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
1. Garantire la partecipazione degli operatori dedicati al percorso formativo programmato a livello regionale sull'allattamento al seno	80% operatori dedicati formati in ogni Azienda
<i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i>	
La formazione regionale è organizzata dall'IRCCS Burlo Garofalo di Trieste. Viene garantita la partecipazione del personale dedicato (definizione WHO UNICEF) di ASUIUD. Nelle 8 edizioni del corso svolte a Udine è stato raggiunto l'obiettivo (5 edizioni nel 2018 e 3 edizioni nel 2019; personale dedicato formato: 93%, 78 su 84 operatori).	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
2. Mantenere ed ottimizzare il sistema di rilevazione sull'allattamento al seno alla dimissione e alla seconda vaccinazione	100% schede inserite nel sistema di rilevazione regionale, secondo le modalità operative in essere di cui alla DGR 2350/2018
<i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i>	
Sono stati inviati in Regione i dati del primo e secondo semestre sull'allattamento al seno alla dimissione. Nell'ambito dei servizi vaccinali viene regolarmente effettuata la rilevazione sull'allattamento al seno nel corso della seconda vaccinazione del bambino.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<p>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</p>	<p>Contributo al 10% delle gare d'appalto di PA e Enti in corso nel 2019</p>
<p><i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i> Nel corso del 2019 è stato possibile intervenire direttamente su 7 appalti sui 13 censiti in scadenza.</p>	
<p><b>Valutazione</b></p>	<p><b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p>
<p>4. Proseguire l'attività di verifica della presenza/offerta di sale iodato negli esercizi di vendita e nella ristorazione collettiva (Item inserito nella programmazione del Controllo Ufficiale).</p>	<p>La verifica dovrà essere effettuata almeno nel 70% dei controlli svolti sugli esercizi di vendita e nella ristorazione collettiva</p>
<p><i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i> La verifica è stata regolarmente effettuata in occasione delle attività ispettive presso le imprese considerate (115 verifiche su 121 ispezioni effettuate - dato SICER)</p>	
<p><b>Valutazione</b></p>	<p><b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p>

<p><b>3.1.18. Sicurezza alimentare, salute e benessere animale</b></p>	
<p>Obiettivo aziendale:</p>	<p>Risultato atteso:</p>
<p>1. Garantire la partecipazione degli operatori al percorso formativo programmato a livello regionale sui MOCA (Materiali/oggetti a contatto con alimenti). Redigere una procedura condivisa per l'attività di controllo ufficiale</p>	<p>70% degli operatori SIAN formati. Partecipazione di referenti di ogni SIAN alla redazione della procedura condivisa</p>
<p><i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i> Il percorso formativo regionale è stato avviato in novembre, con un'edizione tenutasi il 21 e 22 novembre. È stato coinvolto il 55% degli operatori SIAN (anche perché il 22 novembre è stato organizzato dalla Direzione Centrale Salute un altro evento cui è stato necessario far partecipare parte del personale del Servizio); non è stato pertanto possibile dare luogo agli incontri preliminari alla redazione di una procedura condivisa a livello regionale. Nel 2020 è prevista una seconda edizione del corso regionale cui parteciperà altro personale del SIAN, fino a raggiungere il 70% del personale formato. Successivamente, è prevista l'attivazione del gruppo di lavoro regionale per la redazione della procedura condivisa.</p>	
<p><b>Valutazione</b></p>	<p><b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p>
<p>2. Ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi contenuti nel Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare e nutrizionale anche attraverso l'attività di ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base ai criteri del rischio, delle imprese alimentari; a parità di rischio dovrà essere</p>	<p>- n. interventi ispettivi per settore programmati per il 2019 = 465 per SIAN e n. 338 (91 ispezioni e 247 sedute di macellazione) interventi ispettivi in stabilimenti riconosciuti (853) e 153 interventi ispettivi in stabilimenti registrati (852) programmati per il 2019 per VET</p>

<p>mantenuto almeno il tasso di copertura 2018</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- il n. audit per settore programmati = 6 per SIAN e 11 audit in stabilimenti riconosciuti (853) e 04 audit in stabilimenti registrati (852) programmati per il 2019 per VET</li> <li>- n. di campionamenti di alimenti e di valutazioni del rischio programmati = 120 per SIAN e 185 per VET</li> <li>- n. dei controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN = 4 controlli</li> </ul>
----------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

*Verifica dell'attività al 31.12.2019*

Sono stati effettuati per **settore veterinario**:

- n. interventi ispettivi:
  - n. 294 interventi ispettivi su 338 programmati (90 su 91 ispezioni e 204 su 247 sedute di macellazione) in stabilimenti riconosciuti;
  - 157 interventi ispettivi su 153 programmati in stabilimenti registrati;
- n. audit:
  - 11 su 11 audit in stabilimenti riconosciuti;
  - 4 su 4 audit in stabilimenti registrati;
- n. 199 campionamenti di alimenti su 185 programmati;
- 4 controlli congiunti Servizio veterinario/SIAN su 4 controlli programmati.

La lieve riduzione degli interventi ispettivi e del numero di sedute di macellazione sono giustificate dalla richiesta di revoca del riconoscimento 853 presentata da un operatore, e da una contrazione, di circa il 10%, delle sedute di macellazione complessive richieste dagli operatori per le mutate esigenze del mercato.

Sono stati effettuati per il **SIAN**:

- 538 interventi ispettivi (ispezioni PRISAN 2019 - incluse 21 in RAR) su 465 programmati
- 6 audit sui 6 programmati
- 122 campionamenti di alimenti su 120 programmati (+ 36 campioni per il controllo della radioattività)
- 4 controlli congiunti Servizio veterinario/SIAN su 4 controlli programmati

Tutte le attività sono rilevabili dall'applicativo SICER, fatta eccezione per il dato sui campionamenti.

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>3. Effettuare i controlli sulla condizionalità come da convenzione con il MIPAAF/AGEA</p>	<p>Effettuare il 100% dei controlli previsti per gli atti di interesse della condizionalità e inserire le evidenze ed i verbali in BDN</p>

*Verifica dell'attività al 31.12.2019*

Effettuati 18 controlli sui 26 previsti pari al 69%. Da maggio a novembre si è operato con la carenza di due veterinari di Area C, andati in pensione, restando operativo un solo veterinario. Le assenze sono state sostituite a novembre.

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>4. Rafforzare gli interventi del Progetto Piccole Produzioni Locali in accordo con la Direzione centrale agricoltura</p>	<p>Garantire l'informazione capillare e la formazione sul territorio, informando le Aziende del Settore Alimentare della conclusione del Progetto e delle possibili evoluzioni delle PPL.</p>

	<p>Evidenza di una relazione finale dettagliata. Tale relazione dovrà riportare, il numero di PPL registrate ed il numero di ispezioni, un'analisi critica con punti di forza e debolezza del Progetto rilevate sul territorio. La relazione dovrà altresì riportare il dettaglio delle attività eseguite su:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- carni suine e avicunicole</li> <li>- carni di specie diverse</li> <li>- prodotti lattiero caseari di malga</li> <li>- vegetali, confetture, conserve, prodotti da forno, erbe aromatiche, prodotti dell'alveare, vegetali fermentati, lumache, ecc..</li> </ul>
<p><i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i></p> <p>La formazione sul territorio è gestita a livello regionale in base alle richieste pervenute dagli OSA mentre l'informazione ai singoli operatori interessati al progetto è stata data dai referenti aziendali.</p> <p>La relazione dettagliata sulle attività poste in essere è stata trasmessa alla DCS con nota prot. n. 20184 del 19.2.2020.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
5. Potenziare la funzionalità del sistema informativo SICER per l'Area dell'Igiene e Sicurezza Alimentare degli Alimenti di origine animale (Area B) e SIAN	Piena funzionalità del sistema informatico SICER al 31 dicembre 2019
<p><i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i></p> <p>Il sistema SICER viene regolarmente alimentato da SIAN e Servizi veterinari. Ulteriori sviluppi del sistema dipendono dal livello regionale.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
6. Procedere nelle attività del Piano regionale di monitoraggio e controllo della Malattia di Aujeszky dei suini, al fine di richiedere l'accreditamento per Regione indenne	Allevamenti della coorte individuati dal Piano regionale da controllare al fine di richiedere lo status di Regione indenne: almeno 14 allevamenti .
<p><i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i></p> <p>I controlli effettuati dalla Aziende Sanitarie hanno fatto sì che la Regione sia stata accreditata come "indenne" dalla Malattia di Aujeszky come da Decisione di esecuzione (UE) 2019/1970 della Commissione del 26 novembre 2019 che approva i programmi di eradicazione della malattia di Aujeszky di alcune regioni dell'Italia. Sono stati sufficienti 11 controlli per raggiungere la qualifica sanitaria.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
7. Attuazione dei controlli sul benessere animale negli allevamenti e durante il trasporto secondo le linee guida operative dettate dalla Task Force benessere animale, istituita con Decreto 659/SPS del 20/08/2015	Interventi di controllo sul rispetto del benessere animale richiesti dal PRISAN 2019: 22 allevamenti.
<p><i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i></p>	

Sono state fatte 16 verifiche. Da maggio a novembre si è operato con una carenza di due veterinari di Area C, restando operativo un solo veterinario. Le assenze sono state sostituite a novembre.	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
8. Attuazione dei controlli sull'anagrafe ovi caprina come da indirizzi LEA Ministeriali	Raggiungimento del 3% dei controlli su base regionale come richiesto da LEA Ministeriali (3% = 8 controlli)
<i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i> Sono stati effettuati 8 controlli come da programmazione.	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
9. Applicazione del PRP sull'Igiene Urbana Veterinaria.	Effettuare il 100% dei controlli sulle strutture di ricovero e custodia della Regione Autonoma FVG sia convenzionate che non convenzionate
<i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i> Controlli effettuati come da programmazione.	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO

### 3.2. ASSISTENZA DISTRETTUALE E ASSISTENZA SOCIO SANITARIA

#### 3.2.1 ASSISTENZA DISTRETTUALE

3.2.1.1 Assistenza primaria	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verifica del livello di raggiungimento degli obiettivi definiti negli AAIRR</li> <li>2. Ricognizione dello stato di attuazione dei CAP e dei Presidi ospedalieri per la salute a livello regionale e delle prospettive di orientamento dei servizi finalizzate al miglioramento della presa in carico della cronicità</li> <li>3. Coordinamento a livello regionale delle attività degli uffici aziendali deputati alla gestione dei rapporti con i professionisti convenzionati</li> <li>4. Informatizzazione di tutte le sedi aziendali di continuità assistenziale per permettere a tutti i MCA la registrazione informatica delle prestazioni erogate e delle informazioni sanitarie a garanzia della continuità delle cure sull'apposito applicativo messo a disposizione da Insiel.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rispetto della tempistica prevista negli AAIRR e rendicontazione relativa alla DCS</li> <li>2. Mappatura organizzativa e di funzionamento dei CAP aziendali e dei Presidi ospedalieri per la salute (nr. e tipologia del personale dipendente e convenzionato dedicato, orari di apertura, descrizione delle attività svolte e relativi volumi, dotazioni strumentali) e obiettivi raggiunti in termini di follow up o presa in carico delle persone affette da patologie croniche. Invio di un report al 31.12.2018 entro il 30.06.2019.</li> <li>3. Invio entro il 30.04.2019 di un report annuale al 31.12.2018 sullo stato di attuazione degli Accordi integrativi regionali, secondo un format condiviso con i Servizi aziendali e inviato dalla DCS; invio di analogo report semestrale, entro il 31.07.2019.</li> <li>4. Attivazione di idonee postazioni informatiche presso ciascuna sede aziendale di continuità assistenziale entro il 30.06.2019.</li> </ol>
<i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i> 1. Il report inerente i risultati raggiunti dalle singole AFT nel 2018 è stato inviato alla DCS con prot. n. 21537 del	

18.3.2019.	
2. Il report inerente la mappatura organizzativa e di funzionamento dei CAP aziendali è stato trasmesso alla DCS con prot. n. 49033 del 26/6/2019.	
3. Il report annuale al 31.12.2018 sullo stato di attuazione degli AIR è stato inviato alla DCS con prot. n. 8686 del 4/2/2019 e il report semestrale 2019 è stato inviato alla DCS con nota prot. 57760 del 30.7.2019.	
4. Tutte le sedi aziendali di continuità assistenziale sono dotate di idonee postazioni informatiche.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>

<b>3.2.1.2 Attività distrettuali a supporto delle cure di lungo termine</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
<p>1. Partecipazione dei referenti aziendali al gruppo tecnico che supporta la definizione e l'implementazione delle politiche, strategie e attività nell'area della cronicità in tutte le classi di età</p> <p>2. Istituzione di un gruppo aziendale dedicato all'implementazione di reti assistenziali per la presa in carico di persone di tutte le età che necessitano di cure a lungo termine.</p>	<p>1. Evidenza della partecipazione</p> <p>2. Report che riporta il censimento dei servizi/attività/PDTA/reti esistenti al 31.12.2018 in relazione al Piano nazionale della cronicità, entro il 30.06.2019.</p>
<p><i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i></p> <p>1. L'Azienda ha garantito la partecipazione.</p> <p>2. Il report è stato inviato alla DCS in data 28/06/2019 con mail e successivamente con nota prot. n. 50304 dd. 01/07/2019.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>1. OBIETTIVO STRALCIATO 2. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.2.1.2.1 Diabete mellito</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Rete regionale per il diabete	1. Partecipazione dei professionisti ai gruppi di lavoro per la creazione e formalizzazione delle reti regionali per il diabete
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Gestione integrata del diabete in coerenza con la DGR 1676/2015: realizzare iniziative di incontro ed audit con MMG in ambito distrettuale/AFT al fine di valutare le performance individuali e di gruppo e gli scostamenti dai valori definiti dalle linee guida di riferimento	2. Evidenza della trasmissione alla DCS del report sulle attività svolte
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Effettuare la mappatura dell'offerta diabetologica aziendale con evidenza delle criticità	3. Evidenza della trasmissione del report entro ottobre 2019

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Effettuare la mappatura dell'offerta diabetologica aziendale dedicata al piede diabetico con evidenza delle criticità	4. Evidenza della trasmissione del report entro ottobre 2019
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Mappatura dell'offerta diabetologica pediatrica aziendale con evidenza delle criticità	5. Evidenza della trasmissione del report entro ottobre 2019
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Applicare il documento revisionato dal tavolo tecnico regionale Programma di educazione terapeutica rivolto al soggetto diabetico in particolare per l'organizzazione dei campi residenziali	6. Evidenza della trasmissione del report relativo entro ottobre 2019
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p><i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. L'Azienda ha garantito la partecipazione ai gruppi di lavoro.</li> <li>2. In data 12 dicembre 2019 si è tenuto l'evento formativo "La gestione integrata del diabete dall'ospedale al territorio" che ha coinvolto tutti i 3 distretti dell'Azienda.</li> <li>3. - 4. - 5.- 6. Con nota prot. n. 82104 del 31.10.2019 è stata trasmessa la relazione sulla mappatura dell'offerta diabetologica e il report relativo alle attività di attuazione del programma di educazione terapeutica.</li> </ol>	

<b>3.2.1.2.2 Scopenso cardiaco</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Creazione di una rete aziendale per la presa in carico e la gestione dello scopenso cardiaco	Evidenza dei servizi e dei percorsi relativi alla presa in carico e alla gestione dei soggetti con SC in tutti i setting di cura (domicilio – assistenza primaria – assistenza distrettuale – ospedale per acuti)
<p><i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i></p> <p>Nel corso del 2019 è stato avviato un tavolo di lavoro integrato multidisciplinare tra ospedale e territorio nel quale è stato delineato il percorso del paziente affetto da scopenso cardiaco.</p> <p>E' stato condiviso il documento "Percorso Scopenso Cardiaco Cronico Continuità Assistenziale Ospedale-territorio", che è stato presentato anche ai MMG dell'Azienda in occasione della formazione in plenaria del 12.12.2019.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.2.1.2.3 BPCO</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
1. Partecipazione dei referenti aziendali al gruppo tecnico per la condivisione e l'eventuale revisione del documento regionale propedeutico all'attivazione di	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evidenza della partecipazione</li> <li>2. Evidenza dei servizi e dei percorsi relativi alla presa in carico e alla gestione della BPCO in tutti i setting di</li> </ol>

<p>una rete aziendale per la presa in carico e la gestione della BPCO coerente con i contenuti del documento stesso</p> <p>2. Creazione di una rete aziendale per la presa in carico e la gestione della BPCO</p>	<p>cura (domicilio – assistenza primaria – assistenza distrettuale – ospedale per acuti) anche in coerenza alle attività di cui alla linea 3.5.1 “Insufficienze d’organi e trapianti”</p>
<p><i>Verifica dell’attività al 31.12.2019</i></p> <p>1. Il gruppo tecnico regionale non è stato attivato.</p> <p>2. Sono stati effettuati incontri specifici per la condivisione di alcuni aspetti relativi all’assistenza primaria, distrettuale ed ospedaliera (sia per acuti che di riabilitazione); è stato quindi elaborato il documento “Creazione di rete aziendale per la presa in carico e gestione della BPCO -Percorsi condivisi in tutti i setting di cura: domicilio, assistenza primaria, assistenza distrettuale ed ospedalera”. Nel corso della formazione congiunta aziendale dei MMG, realizzata il 12 dicembre 2019, è stato trattato il tema del “Progetto BPCO: L’intervento motivazionale breve sul rischio fumo. Esperienze e prospettive”.</p>	
<p><b>Valutazione</b></p>	<p><b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p>

<p><b>3.2.1.2.4 Sindromi dementigene</b></p>	
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Partecipare al tavolo di lavoro finalizzato all’attuazione del “Piano nazionale demenze - Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze” (accordo n. 135 del 30 ottobre 2014</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>E’ garantita la partecipazione dei referenti clinici aziendali</p>
<p><i>Verifica dell’attività al 31.12.2019</i></p> <p>L’Azienda ha assicurato la partecipazione al tavolo di lavoro.</p>	
<p><b>Valutazione</b></p>	<p><b>OBIETTIVO STRALCIATO</b></p>

<p><b>3.2.1.3 Riabilitazione</b></p>	
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>1. Partecipare al gruppo di lavoro sul Piano Regionale della Riabilitazione</p> <p>2. Monitorare le attività del gruppo integrato neuromuscolare (GIN)</p> <p>3. Partecipare all’organizzazione evento formativo sul PDTA per la sclerosi multipla</p> <p>4. Attivare e avviare il monitoraggio PDTA Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA)</p> <p>5. Partecipare al gruppo di lavoro per l’avvio dei lavori sul PDTA riabilitazione oncologica.</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>1. Evidenza della partecipazione dei professionisti individuati agli incontri regionali</p> <p>2. Invio reportistica sulle attività del gruppo integrato neuromuscolare (GIN)</p> <p>3. Messa a disposizione dei professionisti per l’evento formativo sul PDTA per la sclerosi multipla</p> <p>4. Messa a disposizione professionisti per monitoraggio PDTA.</p> <p>5. Messa a disposizione dei professionisti individuati</p>
<p><i>Verifica dell’attività al 31.12.2019</i></p>	



1. Il tavolo di lavoro regionale sul Piano della Riabilitazione non è stato avviato
2. Il Gruppo Integrato Neuromuscolare aziendale, il cui coordinamento è stato affidato ad un medico neurologo, ha relazionato sull'attività svolta nel corso del 2019, come di seguito sintetizzata:
  - presentazione e prime indicazioni per l'avvio del PDTA Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA);
  - avvio di uno studio osservazionale regionale per monitorare l'applicazione del PDTA;
  - costituzione di un gruppo di lavoro per la stesura del PDTA regionale per le neuropatie disimmuni croniche, da sottoporre all'approvazione della DCS;
  - costituzione di un altro gruppo di lavoro che si sta occupando della stesura del PDTA regionale per le malattie neuromuscolari dell'età evolutiva, in accordo con la DCS e il Centro di Coordinamento Regionale per le Malattie Rare.
3. I professionisti aziendali hanno collaborato all'organizzazione dell'evento formativo che si è svolto in data 21 novembre 2019.
4. E' stata garantita la messa a disposizione dei professionisti per le attività previste dal PDTA regionale per la Sclerosi laterale Amiotrofica, approvato con decreto n. 409 SPS del 22/02/2019.
5. Il tavolo di lavoro regionale sul PDTA "riabilitazione oncologica" non è stato avviato.

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--------------------	----------------------------

#### 3.2.1.4 Assistenza Protesica

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Partecipare ai gruppi di lavoro finalizzati alla revisione dei percorsi di assistenza protesica e alla formazione dei professionisti sanitari	E' garantita la partecipazione dei professionisti alla revisione dei percorsi regionali. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Attuazione delle nuove procedure di erogazione dell'assistenza protesica e attivazione dei percorsi semplificati stabiliti da nuove linee di indirizzo regionali</li> </ul>

#### Verifica dell'attività al 31.12.2019

E' stata data continuità alla revisione dei percorsi a garanzia e tutela del bisogno di assistenza protesica, attraverso la partecipazione dei professionisti ai gruppi di lavoro regionali, e successiva definizione delle indicazioni per l'attuazione delle Linee di Indirizzo Regionali per l'assistenza protesica, ai sensi della DGR 65/2018, in applicazione del DPCM 12/01/2017. Il gruppo di professionisti ha formulato alcune proposte tecniche-operative.

Sono in fase di completamento le procedure della gara regionale per l'acquisizione di ausili.

Al contempo, per tutti gli ausili dell'elenco 2A e 2B richiesti su prescrizione dello specialista sono avviate, ai fini della fornitura, procedure di evidenza pubblica. In presenza di particolari e dichiarate condizioni di necessità e urgenza, valutate dal medico prescrittore e dai professionisti competenti, viene comunque garantito il rispetto dei termini del procedimento attraverso il ricorso alle ditte esterne, in deroga a quanto previsto dalla normativa.

Per quanto attiene ai percorsi semplificati, ne è stata data comunicazione all'interno dell'incontro formativo, avvenuto in data 12 dicembre, alla presenza dei MMG di tutte le AFT dell'azienda, con l'obiettivo di rappresentare le nuove modalità di erogazione dell'assistenza protesica, ovvero la possibilità di prescrizione da parte del MMG per alcuni ausili semplici, su proposta dei professionisti competenti.

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--------------------	----------------------------

<b>3.2.1.5 Superamento della contenzione</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Dare attuazione alla DGR n. 1904/2016.	Definire una reportistica trasversale e idonea a rappresentare il fenomeno in tutte le strutture
<i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i>	
<p>Sono stati aggiornati e predisposti, da un gruppo di lavoro aziendale, il Piano di Miglioramento aziendale triennale 2019-2021 e il Piano di Monitoraggio del fenomeno della contenzione. Tale strumento prevede la realizzazione di uno studio di prevalenza in tutte le strutture ospedaliere (ricoveri in regime ordinario), sanitarie residenziali e sociosanitarie di distretto di afferenza della già ASUIUD nel triennio 2019-2021.</p> <p>E' stato effettuato lo studio di prevalenza della contenzione nelle strutture in coerenza al piano di monitoraggio 2019, utilizzando una scheda di rilevazione strutturata ad hoc. I metodi e gli strumenti di rilevazione (tempi, rilevatori, schede di raccolta dati) e i criteri di inclusione/esclusione dei pazienti sono specificati all'interno della procedura di monitoraggio.</p> <p>Il monitoraggio si è svolto in giornate indice nell'anno 2019 (tra ottobre e dicembre 2019).</p> <p>Si è trasmessa una sintesi completa delle attività svolte in attuazione dell'obiettivo alla DCS in data 20/2/2020 (prot. n. 21200).</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

### 3.2.2 ASSISTENZA SOCIOSANITARIA

<b>3.2.2.1 Anziani non autosufficienti</b>	
<b>Obiettivo aziendale:</b>	<b>Risultato atteso:</b>
Strutturare il percorso di accesso alle RSA coerentemente alle indicazioni regionali per tipologia di ricovero e durata della degenza	Evidenza dell'attività
<i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i>	
<p>L'UVD è preposta alla definizione del percorso di accesso dei pazienti in RSA, definisce contestualmente il bisogno assistenziale, il conseguente livello di assistenza (Base, Medio, Riabilitativo, sollievo) e la durata presunta del ricovero. E' stato adeguato il percorso amministrativo (modulo di impegno di spesa, tariffe) coerentemente alla normativa vigente e alle indicazioni operative della DCS.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.2.2.1.1 Processo di riclassificazione delle strutture residenziali per anziani già funzionanti</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Proseguire il processo di riclassificazione delle residenze per anziani già autorizzate al funzionamento (titolo X del D.P.Reg. 144/2015).	Attuare il percorso di accompagnamento delle Residenze per anziani ri-autorizzate all'esercizio, il monitoraggio e la verifica degli adempimenti e adeguamenti previsti per il livello di nuova classificazione rilasciato
<i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i>	

E' completato il percorso di accompagnamento delle Residenze per anziani ri-autorizzate all'esercizio. A fronte della necessità di prevedere una valutazione multidisciplinare delle strutture, allineando il percorso di audit distrettuale a quello di riclassificazione in capo al Dipartimento di Prevenzione, è stato costituito un gruppo comprendente professionisti dei distretti e del dipartimento. Sono stati effettuati congiuntamente i seguenti sopralluoghi, in strutture residenziali con autorizzazione in deroga, ovvero

- Residenza Le Camelie, San Giovanni al Natisone;
- La Quiete, Udine;
- Residenza Aurora, Pozzuolo;
- Residenza Gelsomino, Udine;
- Sereni Orizzonti di Percoto e Risano.

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--------------------	----------------------------

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

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Valutazione mediante l'utilizzo del sistema di VMD Val.Graf.-FVG delle persone per le quali è previsto l'accoglimento in un servizio semiresidenziale o residenziale secondo le disposizioni normative vigenti.	Evidenza dell'utilizzo del sistema di VMD Val.Graf.-FVG. per tutti i nuovi accoglimenti

*Verifica dell'attività al 31.12.2019*

La valutazione con scheda Val.Graf viene regolarmente utilizzata per tutti i nuovi accoglimenti su posti letto convenzionati in struttura residenziale e nei servizi semi-residenziali.

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--------------------	----------------------------

Definizione delle procedure di accesso nelle residenze per anziani convenzionate	Definizione di procedure uniformi e condivise, sulla base degli indirizzi regionali, per l'ingresso nelle strutture residenziali convenzionate
----------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

*Verifica dell'attività al 31.12.2019*

In attesa di nuovi indirizzi regionali, i tre Distretti hanno proseguito nell'applicazione delle procedure uniformi e condivise già in essere.

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b>
--------------------	-----------------------------

### 3.2.2.1.3 Sistema di finanziamento

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Nuovo sistema di finanziamento secondo la LR 17/2014, in tema di LEA, per le persone accolte nelle strutture residenziali convenzionate con le aziende sanitarie	Mantenimento dell'applicazione delle regole transitorie definite dalla Regione rispetto al contributo abbattimento retta e al riconoscimento degli oneri sanitari attraverso convenzionamento

*Verifica dell'attività al 31.12.2019*

Nel 2019 sono stati uniformati gli standard assistenziali di riferimento, ma in assenza di nuove regole definite

dalla Regione rispetto al contributo per abbattimento retta e al riconoscimento degli oneri sanitari sono stati utilizzati i criteri già esistenti.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Assegnazione dei posti letto convenzionabili aggiuntivi, attribuiti a ciascuna Azienda con DGR n. 1828 del 05/10/2018	Nessuna attività per l'anno 2019
<i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i> Nessuna attività per l'anno 2019	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.2.2.1.4 Monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Verifica e approfondimento dei percorsi avviati di monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani	-Realizzazione di almeno due visite di audit approfondite presso le residenze per anziani -Trasmissione alla DCS di una relazione illustrativa delle attività di monitoraggio e promozione della qualità svolte nell'anno precedente entro il I semestre 2019.
<i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i> - L'attività di audit presso le residenze per anziani si è regolarmente svolta per due strutture per distretto. Nel Distretto di Cividale gli audit sono stati effettuati presso l'A.S.P. Casa per Anziani Cividale del Friuli, presso la Residenza polifunzionale "Le Camelie", presso Sereni Orizzonti di San Giovanni al Natisone e presso l'ASP G. Sirch di San Pietro al Natisone; nel Distretto di Udine presso La Quietè, presso la Fondazione Muner de Giudici e la Zaffiro di Martignacco; nel Distretto di Tarcento presso la Zaffiro di Magnano, Villa Masieri e Villa Nimis. - La relazione illustrativa dell'attività svolta nell'anno precedente è stata inviata alla DCS con prot. n. 48957 del 26/6/2019.	
<b>Valutazione</b>	<b>1. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>2. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.2.2.1.5 Flussi e sistemi informativi</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Assolvimento degli obblighi informativi e utilizzo degli strumenti di VMD Val.Graf.-FVG	Utilizzo sistematico dello strumento VMD Val.Graf.-FVG e dei sistemi informativi e-GENeSys e SIRA-FVG Assolvimento dei debiti informativi verso la Regione
<i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i> Tutte le strutture convenzionate utilizzano in modo sistematico lo strumento di valutazione VMD Val.Graf.-FVG ed inseriscono costantemente i dati negli applicativi e-GENeSys e SIRA-FVG.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.2.2.1.6 Sperimentazioni "Abitare possibile" e "Domiciliarità innovativa"</b>
-----------------------------------------------------------------------------------

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Sostenere ed incentivare lo sviluppo delle sperimentazioni "Abitare possibile" e "Domiciliarità innovativa" di cui alla DGR 671/2015 e DGR 2089/2017, attivate nel proprio territorio aziendale.	Collaborare con gli enti locali per la prosecuzione dei progetti di "Abitare possibile" e "Domiciliarità innovativa"
<i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i>	
A Cividale prosegue il progetto "Gorbundù" con attività diurna a favore di giovani disabili; prosegue il progetto di vita indipendente presso un appartamento sito a Moimacco che ospita 4 ragazzi con disabilità. A Tarcento prosegue il progetto domiciliare, in collaborazione con il distretto di Udine, presso la "Casa di Tino" a Reana del Rojale a favore di 9 persone affette da sindrome dementigene non in fase avanzata. A inizi gennaio 2020 il Consiglio Comunale di Tavagnacco ha approvato il regolamento del progetto Abitare Possibile.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.2.2.1.7 Sperimentazione screening popolazione anziana fragile e servizio telesoccorso</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
1. Adozione del regolamento regionale relativo all'attivazione e gestione del servizio di presa in carico di tele assistenza domiciliare "sicuri a casa" 2. Sperimentazione Progetto PRISMA 7 3. Estensione del progetto PRISMA 7 a tutte le AAS e ASUI della regione.	1. Recepimento del regolamento regionale con atto formale entro il 31.12.2019 2. e 3. Mantenimento delle attività previste dal protocollo in uso
<i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i>	
1. Non ancora recepito formalmente a livello aziendale il regolamento regionale; 2 e 3. Dal 2019 il progetto è stato esteso a tutti i distretti dell'Azienda.	
<b>Valutazione</b>	<b>1. OBIETTIVO STRALCIATO 2. OBIETTIVO RAGGIUNTO 3. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.2.2.2 Disabilità</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Valutazione degli utenti dei servizi residenziali e semiresidenziali	Raggiungere almeno il 70% dell'utenza in carico che è stata valutata (anche tenendo conto delle valutazioni già effettuate negli anni precedenti)
<i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i>	
La valutazione degli utenti è stata effettuata in tutti i distretti con percentuali superiori al 70%.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.2.2.2.1 Fondo gravissimi</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:

Attuazione del regolamento emanato con DPRReg 247/2009	Attività di accertamento e segnalazione alla Direzione Centrale dei casi di gravissima disabilità, in collaborazione con gli Ambiti distrettuali, fornendo tutta la documentazione necessaria alla valutazione.
<i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i>	
L'attività viene garantita secondo quanto previsto dal regolamento.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.2.2.2.2 Fondo SLA</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Attuazione del regolamento emanato con DGR 1692/2002 in continuità le aziende provvedono alla valutazione, raccolta di documentazione e segnalazione dei nuovi casi di SLA e dei casi per i quali si è riscontrato un aggravamento.	Svolgimento delle attività di valutazione, raccolta di documentazione e segnalazione dei nuovi casi di SLA e dei casi per i quali si è riscontrato un aggravamento, fornendo all'Ente delegato (Area Welfare) tutta la documentazione necessaria alla valutazione selettiva, coordinando tali attività con quelle previste dalla DGR 817/2017.
<i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i>	
L'attività viene assicurata secondo le direttive regionali.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.2.2.2.3 Vigilanza servizi semiresidenziali e residenziali sociosanitari destinati a persone con disabilità</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Proseguire le attività di vigilanza e controllo dei servizi residenziali e semiresidenziali destinati all'accoglimento delle persone con disabilità	Effettuare l'attività di vigilanza e controllo su almeno il 30% dei servizi/strutture collocati sul territorio di competenza
<i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i>	
Il Dipartimento di prevenzione ha effettuato l'attività di vigilanza e controllo sugli aspetti igienico sanitari dei servizi/strutture afferenti ai Servizi Delegati per la Disabilità dell'Azienda. Parallelamente i tre distretti hanno assicurato l'attività di valutazione e monitoraggio degli ospiti accolti.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.2.2.2.4 Dopo di noi</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Garantire gli interventi previsti dalla Legge n. 112 del 22 giugno 2016 "Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare".	Monitoraggio e prosecuzione dei percorsi avviati nel 2018
<i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i>	

Nel Distretto di Cividale, a Remanzacco, "Borgo Magretti", è stato attrezzato un appartamento per l'abitare possibile a favore di ragazzi disabili, primo avvio dicembre 2019 e a regime nei primi mesi del 2020.

Nel Distretto di Tarcento terminati i lavori di ristrutturazione, si sta attrezzando un edificio dell'ASP Opera Pia Coianiz per l'accoglimento di 3 persone.

Nel Distretto di Udine l'appartamento di via della Faula è stato attivato nel settembre 2018 e sono attive tre progettualità a tempo pieno e ulteriori due progetti "palestra abitativa".

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--------------------	----------------------------

### 3.2.2.2.5 Autismo

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

*Verifica dell'attività al 31.12.2019*

I referenti aziendali sono stati individuati; il Tavolo tecnico regionale non è stato ancora attivato.

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b>
--------------------	-----------------------------

### 3.2.2.3 Minori

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
1. Supporto al processo di riclassificazione delle strutture residenziali e semiresidenziali	1. Il Dipartimento di Prevenzione parteciperà alle attività regionali di riclassificazione

*Verifica dell'attività al 31.12.2019*

Non ancora avviato il percorso regionale sul tema della riclassificazione.

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b>
--------------------	-----------------------------

2. Partecipare/collaborare al processo di presa in carico integrata dei minori accolti in strutture residenziali e semiresidenziali	2. Evidenza di un protocollo operativo condiviso con gli ambiti distrettuali coerente con le linee regionali sulla presa in carico integrata dei minori in strutture residenziali e semiresidenziali, che ne definisca modalità e tempi
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

*Verifica dell'attività al 31.12.2019*

Non è ancora disponibile il documento regionale.

Nel 2019 in attesa dell'emanazione delle linee guida regionali i servizi sanitari hanno comunque garantito la presa in carico integrata dei minori che hanno necessitato di percorsi educativo-riabilitativi/terapeutici con l'attivazione di vari strumenti (UVD, definizione di progetti integrati di presa in carico delle famiglie, ecc...)

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b>
--------------------	-----------------------------

3. Ridurre il numero dei minori inviati fuori regione.	3. Evidenza delle attività di coordinamento tra le Aree Materno Infantili dei Distretti e gli ambiti distrettuali per l'individuazione delle modalità operative volte a favorire al riduzione del numero di minori inseriti presso strutture extraregione
--------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

*Verifica dell'attività al 31.12.2019*

Prosegue l'attività integrata sui casi specifici finalizzata a ridurre il ricorso a strutture extraregionali a favore di percorsi integrati di presa in carico da parte dei servizi socio sanitari (Progetto Affidò).

Oltre alle attività integrate, che vedono coinvolti tutti i soggetti della rete territoriale, atte ad evitare l'inserimento dei minori in Comunità, i servizi specialistici (CF, EMT, CSM) assieme ai servizi del territorio (Ambito socio assistenziale, terzo settore) hanno attivato un gruppo per discutere progettualità condivise al fine di evitare l'inserimento dei minori in strutture residenziali. Uno degli strumenti rilevanti è l'affido familiare. È stata attivata un'equipe congiunta (ambito-consultorio familiare) che ha istituito uno sportello che svolge le seguenti attività:

- accoglienza delle famiglie che intendono approfondire la tematica dell'affido;
- studio e preparazione delle famiglie che si sono già proposte per l'affido;
- accompagnamento delle famiglie affidatarie;

Il gruppo di lavoro si è incontrato a cadenza mensile. È stato predisposto materiale informativo.

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
-------------	---------------------

### 3.2.2.4 Salute mentale

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
1. Miglioramento dell'integrazione tra cure primarie e specialistiche con particolare riferimento alla presa in carico dei disturbi mentali comuni	Evidenza di percorsi integrati tra cure primarie e DSM e di interventi formativi

*Verifica dell'attività al 31.12.2019*

L'azienda ha partecipato agli incontri formativi regionali con i MMG (Trieste 29/1/19 e Monfalcone 3/5/19).

Il gruppo tecnico aziendale si è riunito il 13.8.2019, il 5.9.2019 e il 17.9.2019 per definire i contenuti e le linee comuni di formazione da condividere con i MMG (inquadramento diagnostico, elementi di diagnosi differenziale, come affrontare l'urgenza, modalità di invio allo specialista, elementi di psicofarmacologia e supporto dei servizi sanitari e sociali di prossimità).

Si sono tenuti due eventi formativi: il 10 ottobre con i Medici di Continuità Assistenziale e il 13 novembre presso il Distretto di Tarcento.

Inoltre si sono svolti due eventi aperti alla cittadinanza: una giornata in-formativa "OPEN DAY" presso il CSM di Cividale il 20 luglio e una presso il CSM di Udine SUD l'11 dicembre.

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
2. Definizione di un percorso aziendale congiunto (NPIA, DSM, PLS e MMG) per la definizione della fase di transizione delle cure dai servizi per l'età evolutiva ai servizi per l'età adulta	Invio in Direzione entro il 31.12.2019 del percorso aziendale congiunto NPIA, DSM, PLS e MMG per la definizione della fase di transizione delle cure

*Verifica dell'attività al 31.12.2019*

È stata prodotta la relazione con evidenza dell'attività svolta nell'ambito percorso aziendale definito nel 2018:

- il gruppo di lavoro integrato (DSM, NPIA, Dipartimento delle Dipendenze) ha affrontato la transizione di alcuni soggetti in cura presso la NPIA condividendo elementi biografico/anamnestici, aspetti clinici, valutazioni della rete familiare e/o relazionale e concordando modalità di incontro condivise per una presa in carico da parte dei Servizi di Salute Mentale dell'età adulta, senza soluzione di continuità;



- sono stati effettuati incontri periodici (in data 8 agosto, 10 ottobre, 4 novembre) con la condivisione di 9 situazioni gestite secondo il percorso condiviso.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
3. Utilizzo dello strumento BIS nell'ambito di programmi terapeutico riabilitativi per l'età evolutiva	Invio in Direzione entro il 31.12.2019 di un report con l'evidenza di programmi attivati presso ogni NPIA e/o Distretto
<p><i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i></p> <p>E' stata prodotta la relazione con evidenza della attivazione di cinque progetti sperimentali di cura individualizzati utilizzando lo strumento del Budget Individuale di Salute (BIS) nell'ambito di programmi terapeutici riabilitativi per l'età evolutiva</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
4. Miglioramento e valutazione dell'impiego della metodologia del BIS nei DSM (età adulta), nell'ambito del Capitolato unico Regionale per la cogestione e coprogettazione di BIS con gli Enti del Terzo Settore	Partecipazione ai Tavoli Tecnici Regionali e all'attività formativa prevista, degli operatori già individuati dai DSM, avvio attività di valutazione degli esiti con individuazione del profilo di salute dei beneficiari dei PTRI con BIS.
<p><i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i></p> <p>E' stata assicurata la partecipazione ai tavoli tecnici e alle tre giornate formative (16/5 a Udine, 14/6 a Pordenone e 26/11 a Trieste).</p> <p>E' stato organizzato un corso di formazione aziendale specifico per l'utilizzo della scheda HONOS il 21/6.</p> <p>E' stata adottata la scheda HONOS su alcuni progetti, scelti a campione dai referenti regionali. Sono stati valutati 139 progetti personalizzati, pari al 65% del totale dei progetti attivi.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
5. Condivisione tra i diversi DSM regionali delle attività relative al percorso terapeutico e riabilitativo delle persone in contatto con i Servizi, in una prospettiva di massima personalizzazione degli interventi e sviluppo di empowerment da parte dei destinatari degli stessi	Adozione dello strumento unico regionale a supporto del percorso terapeutico abilitativo personalizzato (di prossima informatizzazione)
<p><i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i></p> <p>Sono state assicurate:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la partecipazione alla giornata seminariale a valenza regionale a Zugliano il giorno 11/5.</li> <li>- la partecipazione al tavolo regionale per attivazione software PointPSM (fase avvio presso AAS5).</li> </ul> <p>Il nuovo Sistema Informativo per la Salute Mentale scelto dalla Direzione Centrale Salute non è stato ancora adottato in quanto la dotazione degli hardware a disposizione e presenti nei servizi è obsoleta; pertanto la DCS ha rinviato al 2020 l'adozione del nuovo applicativo.</p> <p>L'azienda, per la gestione del Progetto Terapeutici Riabilitativi personalizzati, supportati da BIS, condivide da molti anni una piattaforma informatizzata per la gestione e il monitoraggio di tutti i PTRP, molto vicina alla piattaforma che sarà adottata con l'uso del PointPSM.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

6. Attuazione del Piano salute mentale infanzia, adolescenza ed età adulta (DGR 732/2018) per i disturbi psichici gravi all'esordio e per le acuzie psichiatriche in adolescenza	Definire un percorso aziendale condiviso, secondo quanto definito dal Piano (evidenza documentale)
<p><i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i></p> <p>Sono attivi percorsi assistenziali per minori con problemi neuropsichiatrici che accedono in situazioni di scompenso acuto che richiedono ricovero urgente o in caso di ricovero programmato.</p> <p>Nel corso del 2019, in raccordo Neuropsichiatria Infantile, Clinica Psichiatrica, Dipartimento delle Dipendenze e DSM, sono state definite raccomandazioni operative da attuarsi presso la Clinica Pediatrica in caso di acuzie psichiatriche in età evolutiva</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.2.2.5 Disturbi del comportamento alimentare</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
<p>1. Operatività dei Centri Diurni</p> <p>2. Operatività dell'Osservatorio epidemiologico.</p>	<p>1.a Operatività assicurata sia per quanto attiene i minori e l'età adulta</p> <p>1.b Evidenza del report con volumi di attività e identificazione del referente aziendale e dell'equipe funzionale</p> <p>2. Evidenza della reportistica relativa all'attività DCA assicurata nei confronti degli adulti</p>
<p><i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i></p> <p>Il Centro Diurno del CUDICA è operativo dalle ore 8.00 alle ore 16.00 dal lunedì al venerdì; il CD è frequentato mediamente dalle 6 alle 10 persone al giorno, tra cui occasionalmente anche minori.</p> <p>L'equipe funzionale per il CD è l'equipe del CUDiCA, il referente aziendale è il Responsabile del Servizio. Il report con i volumi e la tipologia delle attività erogate è stato predisposto dall'Osservatorio regionale Adulti e inviato alla DCS in data 17.3.2020.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.2.2.6 Cure palliative e terapia del dolore</b>	
<p>In ASUIUD l'offerta per le cure palliative e la terapia antalgica viene garantita in due setting: uno a livello territoriale e uno a livello ospedaliero. Il setting territoriale è dedicato alle cure palliative, mentre il setting ospedaliero è finalizzato alla terapia del dolore.</p>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
<p>1. Consolidamento dell'ASSISTENZA H24 7 su 7: sono garantite cure palliative domiciliari 7 giorni su 7, dalle 8 alle 20, attraverso l'erogazione diretta degli operatori dell'equipe e per le restanti fasce orarie attraverso una delle seguenti modalità: Pronta disponibilità dedicata (servizio h24 garantito dall'UCP), Consulenza telefonica (ai Medici dei servizi</p>	<p>Assistenza garantita h 24 7 giorni su 7 (con pronta disponibilità notturna) con evidenza dell'organizzazione e dell'attività svolta mediante relazione semestrale da inviare alla DCS entro luglio 2019 e gennaio 2020</p>

di Continuità assistenziale e al 118)	
<p><i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i></p> <p>L'assistenza h 24 7/7gg viene garantita con l'attivazione della pronta disponibilità nella fascia oraria 20.00-8.00 nei giorni festivi e prefestivi dai medici della continuità assistenziale. L'attività di consulenza telefonica (per MMG ed utenti) viene assicurata dal personale dell'hospice 7 giorni su 7.</p> <p>Le relazioni dettagliate contenenti modalità organizzative e volumi di attività realizzati nelle diverse sedi territoriali sono state trasmesse alla DCS (nota prot. 57882 del 30.7.2019; nota prot. 17562 del 13/2/2020).</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
2. Revisione dei criteri di accesso alla rete delle cure palliative da parte di un gruppo tecnico regionale	Partecipazione al gruppo tecnico regionale degli esperti aziendali identificati dalle singole Aziende e approvazione dei criteri entro il primo semestre del 2019 e successiva applicazione
<p><i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i></p> <p>E' stata garantita la partecipazione al tavolo regionale. I criteri di accesso e la riconfigurazione delle prestazioni/agende è stata realizzata.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
3. Monitoraggio della registrazione degli accessi di assistenza domiciliare per cure palliative nel sistema informativo con codifica ICD9	Redazione di report semestrale da inviare alla DCS entro luglio 2019 e gennaio 2020
<p><i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i></p> <p>Il primo report semestrale è stato inviato alla DCS con nota prot. 57882 del 30.7.2019; il secondo report semestrale con nota prot. 17562 del 13/2/2020.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
4. Miglioramento delle modalità di presa in carico del paziente in cure palliative, in coerenza con le indicazioni della DGR 165/2016. Costituzione di un gruppo tecnico di lavoro a livello regionale	Partecipazione al gruppo regionale dei professionisti aziendali che si occupano di cure palliative con l'obiettivo di definire un sistema informativo omogeneo per la registrazione e rilevazione dei dati
<p><i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i></p> <p>E' stata garantita la partecipazione al gruppo regionale.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
5. Percentuale di malati oncologici deceduti a domicilio	Uguale o superiore al 75%
<p><i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i></p> <p>Il dato, calcolato con le schede di morte disponibili alla data del 12/2/2020, è pari a 63,3%.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>
6. Criteri di priorità della visita algologica	Vengono adottati i criteri di priorità della prima visita algologica, garantendone la fruibilità agli utenti tramite Call Center e prenotazione online, entro il 31.3.2019
<p><i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i></p>	

Le agende di terapia del dolore sono state organizzate per priorità e sono accessibili a Call center e online.	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
7. Adottare le codifiche ambulatoriali e di ricovero di terapia antalgica definite nel corso del 2018	Le codifiche di terapia antalgica ambulatoriali e di ricovero, definite nel 2018, sono utilizzate dal 2° semestre 2019
<i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i> Il sistema di codifica ambulatoriale definito per la terapia antalgica è costantemente utilizzato.	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
8. Rispetto dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni di terapia del dolore	E' garantito il rispetto dei tempi di attesa per prima visita algologica ambulatoriale con priorità B e D in almeno il 75% dei casi, a partire dal secondo semestre 2019
<i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i> Le agende di terapia del dolore sono state organizzate per priorità B/D/P. Il dato sul rispetto dei tempi di attesa sono particolarmente critici (priorità B= 22%, priorità D 44%). Si precisa che l'accessibilità non è limitata ai residenti.	
Valutazione	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
9. Attivazione della reperibilità algologica h 24 - 7 giorni su 7 o di analogo modello organizzativo centralizzato su base regionale nelle ASUL e AAS sedi di centro Hub	E' garantita la reperibilità h 24 - 7 giorni su 7 attraverso il percorso dell'urgenza algologica strutturato con il PS che prevede l'invio dell'utente all'anestesista reperibile h24
<i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i> Viene garantita la reperibilità algologica h 24, 7/7 attraverso i percorsi di PS.	
Valutazione	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

<b>3.2.2.7 Consulteri familiari</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Implementazione del percorso gravidanza fisiologica a gestione ostetrica</li> <li>2. Implementazione dell'offerta della visita domiciliare ostetrica in puerperio nelle situazioni di fragilità</li> <li>3. Promozione del tema della donazione del cordone ombelicale e del ruolo delle vaccinazioni infantili nell'ambito dei corsi di accompagnamento alla nascita</li> <li>4. Implementazione di percorsi aziendali per la donna in età post fertile</li> <li>5. Analisi di approfondimento delle gravidanze in età precoce e i neonati esposti</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avvio in tutti i distretti aziendali dell'ambulatorio per la gestione della gravidanza fisiologica a gestione ostetrica</li> <li>- Strutturazione dei corsi di accompagnamento alla nascita in collaborazione tra il setting territoriale e quello ospedaliero</li> </ul> </li> <li>2. Strutturazione di un'offerta specifica per le situazioni di fragilità e report con evidenza delle visite domiciliari</li> <li>3. Evidenza di materiale che attesti la presentazione dei temi (locandine corsi, etc..)</li> <li>4. Evidenza documentale del percorso aziendale</li> <li>5. Evidenza di protocolli aziendali condivisi tra</li> </ol>

	distretto e ospedale di accompagnamento e dimissioni per le gravidanze in età precoce e i neonati esposti
<i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i>	
<p>1. Sono state messe in atto azioni propedeutiche per l'avvio presso i Distretti dell'ambulatorio a gestione ostetrica; in particolare in collaborazione con la DCS, Tavolo regionale Percorso Nascita, è in via di definizione il diario ostetrico. I distretti aderiscono alla sperimentazione per l'applicazione del percorso, all'utilizzo dell'applicativo attinente la richiesta esami, utile a rendere autonoma l'ostetrica secondo quanto previsto dalla normativa regionale.</p> <p>I corsi sono stati riprogrammati con una calendarizzazione integrata tra i 3 distretti rendendoli omogenei per durata e contenuti tra ospedale e territorio. Sono stati predisposti anche depliant informativi sui corsi di accompagnamento alla nascita.</p> <p>2. Per tutti i tre distretti, in integrazione con la componente ospedaliera, è stata predisposta un'istruzione operativa con i criteri da adottare per la segnalazione di continuità assistenziale nella fase di puerperio e classificazione delle priorità di intervento. L'attività effettuata al domicilio nel corso del 2019 a favore di situazioni di fragilità dal distretto di Cividale è di 19 visite domiciliari, nel distretto di Udine di 41 e nel distretto di Tarcento di 19.</p> <p>3. Agli incontri di accompagnamento alla nascita vengono date informazioni, con il supporto di materiale informativo, riguardo il progetto della donazione del cordone ombelicale e la promozione delle vaccinazioni (tale tema viene anche sostenuto durante le consulenze individuali, le visite pediatriche, ..).</p> <p>4. L'attività è avviata nei distretti, mediante "Punti di ascolto", materiale informativo, iniziative di promozione alla salute. Sono state effettuate attività di supporto alle problematiche correlate alla perimenopausa e menopausa tramite colloqui individuali e di gruppo. Sono state effettuate attività prettamente riabilitative del pavimento pelvico/perineo.</p> <p>5. E' stato avviato un gruppo di lavoro che ha visto coinvolti i professionisti dei distretti, dei consultori, della ginecologia e della neonatologia ed è stato predisposto un documento "Percorso Integrato per la presa in carico dei minori non riconosciuti e delle gestanti in età precoce". Tale documento necessita di ulteriori approfondimenti anche in relazione al nuovo assetto aziendale e sarà definito e attuato nel 2020.</p>	
<b>Valutazione</b>	<p><b>1. OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b></p> <p><b>2. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p> <p><b>3. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p> <p><b>4. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p> <p><b>5. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b></p>

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

<p>maggior criticità</p> <p>4. Analisi della casistica di fallimento adottivo.</p>	<p>3. Evidenza dei processi di monitoraggio e valutazione attraverso report e dati relativi all'anno 2019</p> <p>4. Report sulla tematica dei fallimenti adottivi esito del percorso aziendale e regionale.</p>
<p><i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i></p> <p>1. E' stata assicurata la partecipazione dei referenti aziendali agli incontri regionali</p> <p>2. Sono stati organizzati un incontro con gli Enti e operatori gruppo adozioni (ASUIUD e AAS 3) il 6 maggio e tre percorsi informativi anche in collaborazione con gli Enti (maggio, luglio e ottobre 2019).</p> <p>3. E' stato istituito all'interno del tavolo regionale un sotto-gruppo sulle criticità adottive ed è iniziata l'elaborazione di una scheda di rilevazione dei fattori di rischio e dei fattori di protezione delle famiglie con figli adottati. Il gruppo si è riunito 2 volte a ottobre e novembre.</p> <p>4. E' stato inviato il report sui fallimenti adottivi 2018 alla Regione. Si segnala che nel 2019 non sono stati rilevati fallimenti adottivi ma situazioni di criticità per le quali sono stati attivati interventi da parte degli operatori del gruppo adozioni.</p> <p>E' stata inoltre condotta un'analisi sull'Affido Familiare; sono state individuate le diverse fasi del percorso, le responsabilità e le criticità dell'attuale organizzazione. Tali aspetti sono stati discussi negli incontri tra i professionisti dei distretti e dei consultori.</p>	
<p><b>Valutazione</b></p>	<p><b>1. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p> <p><b>2. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p> <p><b>3. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p> <p><b>4. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p>

<p><b>3.2.2.8 Sanità penitenziaria</b></p>	
<p>Obiettivo Aziendale</p>	<p>Risultato atteso</p>
<p>Realizzazione di eventi formativi congiunti tra personale sanitario e penitenziario finalizzati al miglioramento della comunicazione su obiettivi comuni, portando l'attenzione sulla gestione dei detenuti con bisogni sanitari complessi</p>	<p>Evidenza della realizzazione di almeno n. 1 evento aziendale di formazione congiunta realizzato al 31.12.2019 (indicazione del personale formato e verifica della soddisfazione dei partecipanti)</p>
<p><i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i></p> <p>E' stato effettuato un evento formativo "La gestione integrata delle problematiche di salute delle persone in regime di detenzione" a cui hanno partecipato medici psichiatri del DSM, 4 psicologi e 2 medici psichiatri del Dipartimento delle Dipendenze, 2 medici di continuità assistenziale e 1 coordinatore infermieristico della sanità penitenziaria E' stata effettuata la rilevazione della soddisfazione dei partecipanti.</p>	
<p><b>Valutazione</b></p>	<p><b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p>
<p>Sviluppo della telemedicina in carcere</p>	<p>Almeno n. 1 progettualità di telemedicina innovativa sviluppata a favore dei detenuti (descrizione del progetto e indicazione degli interventi effettuati al 31.12.2019): verifica di fattibilità per trasmissione/lettura per ECG effettuati presso la Casa Circondariale di Udine</p>

Verifica dell'attività al 31.12.2019

E' stata assicurata la disponibilità di un elettrocardiografo ed attivata la relativa postazione informatica. Per quanto concerne il software di supporto è necessario che INSIEL porti a compimento le procedure necessarie ad acquisire su sistema PACS regionale i tracciati ECG ed i servizi di importazione dei referti firmati digitalmente.

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Miglioramento della presa in carico di detenuti con bisogni complessi legati alla salute mentale e alle dipendenze, attraverso la partecipazione congiunta del medico e infermiere di sanità penitenziaria, dei DSM e dei servizi delle dipendenze.	Intervento organizzativo individuato per la presa in carico dei detenuti con bisogni complessi (descrizione dell'intervento e rilevazione dei casi presi in carico al 31.12.2019). Mantenimento delle modalità in essere in coordinamento tra i diversi setting.

Verifica dell'attività al 31.12.2019

Si è svolto in data 14/6/19 un incontro dell'Osservatorio regionale per la sanità penitenziaria di fattibilità per realizzare una offerta regionale di 6 posti letto dedicati a detenuti con problemi di salute mentale presso la CC di Udine, come proposto dal Dipartimento dell'Amm.ne Penitenziaria del Triveneto (DAP).

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
-------------	---------------------

### 3.2.2.9 Superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Presa in carico delle persone internate in REMS da parte delle equipe multiprofessionali dei CSM di residenza.	<p>Predisposizione e invio all'autorità giudiziaria competente, entro 45 giorni dalla data di ingresso delle persone in REMS, dei PTRI finalizzati all'adozione di soluzioni diverse dalla REMS.</p> <p>Revisione organizzativa per l'accesso alla REMS anche attraverso il convenzionamento con altre aziende sanitarie</p>

Verifica dell'attività al 31.12.2019

Vengono garantire le funzioni della REMS aziendale e prosegue la collaborazione con il gruppo di riferimento regionale. In particolare il Distretto di Udine garantisce gli interventi di medicina clinica presso la REMS, a supporto dei CSM.

Vengono rispettati i tempi di invio all'Autorità Giudiziaria competente (entro 45 giorni dall'ingresso) di PTRI finalizzati all'adozione di provvedimenti autorizzativi per soluzioni diverse dalla REMS. Nel corso del 2019 si è ritenuto non opportuno sviluppare l'ipotesi del convenzionamento con altre aziende sanitarie.

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
-------------	---------------------

### 3.2.2.10 Dipendenze

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Collaborazione con l'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Partecipazione dei referenti del gruppo tecnico operativo ad almeno il 70% delle riunioni indette dall'Osservatorio sulle Dipendenze</li> <li>2. Invio e validazione dei dati per i flussi informativi</li> </ol>

	<p>regionali raccolti dell'osservatorio</p> <p>3. Rendicontazione delle azioni previste dal Piano operativo GAP 2017</p> <p>4. Report con l'esito di almeno 3 indicatori di outcome relativi agli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale</p> <p>5. Report con l'esito di 3 indicatori di outcome relativi all'esito dei trattamenti in capo al SSR per rispondere alle problematiche relative alla dipendenza, quali drop-out e follow - up</p> <p>6. Report rispetto ai soggetti under 25 anni afferenti ai servizi rispetto quantità e problematiche all'accesso</p>
<p><i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. E' stata garantita la partecipazione alle riunioni indette dall'Osservatorio</li> <li>2. E' stata mantenuta la trasmissione dei dati per i flussi informativi regionali</li> <li>3. La rendicontazione semestrale è stata trasmessa (note prot. n. 46855 del 18.6.2019 e n. 3977 del 20.1.2020)</li> <li>4. La raccolta dei dati relativi ai 3 indicatori è stata completata ed è stato predisposto il relativo report.</li> <li>5. La raccolta dei dati relativi ai 3 indicatori è stata completata ed è stato predisposto il relativo report.</li> <li>6. Il report è stato predisposto.</li> </ol>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Partecipazione al tavolo tecnico di confronto regionale con il terzo settore sui trattamenti alcologici	Partecipazione dei referenti aziendali dei trattamenti alcologici ad almeno il 70% delle riunioni indette
<p><i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i></p> <p>E' stata assicurata la partecipazione alle riunioni al tavolo tecnico.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Realizzazione di una sperimentazione dell'uso del budget personale.	Report su sperimentazione budget personale
<p><i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i></p> <p>E' stata realizzata la sperimentazione e prodotto il relativo report.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Diffusione dell'offerta di testing per le malattie infettive correlate all'uso di sostanze stupefacenti negli utenti che afferiscono ai Servizi per le dipendenze	Almeno il 70% di testati sui testabili
<p><i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i></p> <p>La percentuale di soggetti testati è pari al 74% dei soggetti testabili (fonte: MFP, dato all' 11.02.2020).</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Ridurre di almeno il 10% le persone inviate nelle strutture residenziali extraregionali	Relazione sul numero di invii nelle strutture per la terapia riabilitativa della dipendenza, con evidenza del



	dettaglio delle strutture di invio e motivazione espressa per gli invii fuori regione.
<i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i>	
E' stata ottenuta la riduzione della percentuale degli utenti inseriti in Strutture Extra-Regionali a pagamento (dal 50,00% si è scesi al 41,10% del totale). E' stata predisposta la relazione sulle attività svolte. Va precisato che permangono difficoltà per gli inserimenti mamma/bambino ed in relazione al genere femminile.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.2.4 Odontoiatria pubblica</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Garantire a tutti i cittadini accessibilità, continuità ed efficacia delle cure attraverso la razionalizzazione dei servizi, l'adeguatezza strutturale e strumentale e la condivisione di procedure e protocolli a garanzia della qualità e della sicurezza delle cure erogate.	<p>1. Evidenza del conseguimento dei seguenti indicatori:</p> <p>a- ogni centro erogatore deve fornire almeno 1400 prestazioni /anno</p> <p>b- media aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra &gt; 1.5; deve raggiungere tale valore per le aziende che nel 2018 hanno raggiunto una media compresa tra 1.0 e 1.5 e deve raggiungere il valore di almeno 1.3 nelle Aziende la cui media nel 2018 è risultata &lt; 1</p> <p>c- media aziendale annua di prestazioni/riunito &gt; a 1400;</p> <p>d- mantenimento percentuale aziendale di visite sul totale delle prestazioni erogate (valore raggiunto nel 2018= 31,9%); nel caso in cui sia stato raggiunto l'obiettivo 2018 (in caso contrario riduzione del 5% rispetto al valore anno 2018).</p> <p>2. Evidenza della comunicazione trimestrale al coordinamento regionale</p> <p>3. Evidenza dell'attivazione della cartella clinica nei tempi definiti dalla programmazione regionale</p> <p>4. Mantenimento dell'attività presso la casa circondariale</p> <p>5. Riorganizzazione delle sedi con presenza di almeno due riuniti per sede</p> <p>6. Evidenza dell'avvio dell'attività dell'ambulatorio di protesi totale entro il primo semestre del 2019</p>
<i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i>	
<p>1. L'azienda si attesta sui seguenti valori:</p> <p>1a. ogni centro erogatore eroga mediamente oltre 1.400 prestazioni/anno</p> <p>1b. la media aziendale di prestazioni/ora per odontoiatra è di 1,4 prestazioni</p> <p>1c. la media aziendale annua di prestazioni per riunito è di 1.359 prestazioni</p>	

<p>1d. la percentuale aziendale di visite sul totale prestazioni è del 36%</p> <p>2. Le comunicazioni sono state regolarmente inviate.</p> <p>3. La cartella clinica non è stata implementata, non essendo pervenute indicazioni regionali</p> <p>4. L'attività è garantita con cadenza settimanale (ogni mercoledì dalle 8.30-12.30).</p> <p>5. Sono presenti due riuniti per ogni Distretto (Cividale, Tarcento e Udine, con 5 riuniti)</p> <p>6. L'ambulatorio è stato avviato ad ottobre: sono state effettuate 20 prestazioni (15 visite e 5 trattamenti per applicazione protesi).</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

### 3.3. ASSISTENZA FARMACEUTICA E ASSISTENZA INTEGRATIVA

<b>Tetti spesa farmaceutica</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Spesa farmaceutica 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. Nello specifico i vincoli di spesa fissati a livello regionale per il 2019 sono riepilogati nel capitolo dedicato alle risorse finanziarie.	1. Rispetto dei tetti fissati a livello nazionale per la: spesa farmaceutica per acquisti diretti” pari al 6,89% del FSR (farmaceutica ospedaliera, diretta e DPC).
	2. Acquisto diretto gas medicinali pari allo 0,2%
	3. Spesa farmaceutica convenzionata” pari al 7,96 % del FSR.
	4. Rispetto dei vincoli regionali: monitoraggio mensile indicatori linee di gestione a cura della DCS
<p><b>Chiarimenti da DGR 1812/2019 1° rendiconto semestrale:</b></p> <p>I tetti nazionali riportati sono aggregati a livello regionale (non aziendale) e le elaborazioni per la verifica del rispetto degli stessi vengono effettuate a livello centrale (AIFA).</p> <p><b>Gli Enti del SSR contribuiscono al rispetto dei predetti tetti promuovendo azioni di appropriatezza ed efficientamento.</b> Le Linee per la Gestione 2019 hanno inoltre fissato dei vincoli aziendali relativi alla spesa farmaceutica diretta, DPC, convenzionata e ospedaliera; tali indicatori sono mensilmente monitorati e disponibili per ciascuna Azienda attraverso il report “Monitoraggio indicatori Linee per la Gestione 2019”.</p>	
<p><i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i></p> <p>Non è disponibile il dato relativo al rispetto dei tetti rispetto al FSR.</p> <p>Relativamente ai vincoli di spesa fissati a livello regionale ai fini del finanziamento complessivo aziendale, dall'attività monitoraggio realizzata in ambito aziendale, confrontata con i dati contenuti nella reportistica regionale, si evidenzia il sostanziale rispetto del valore procapite assegnato in sede di finanziamento per quanto attiene la spesa farmaceutica convenzionata (procapite al 31/12/2019 pari a € 118,29, pari ad un risparmio rispetto all'esercizio 2018 di € 416.045). D'altro canto, si evidenzia un importante incremento sia della spesa <b>farmaceutica diretta</b> (+ € 1.918 mila rispetto all'esercizio 2018) che della <b>distribuzione per conto</b> (+ € 1.505 mila rispetto al consuntivo 2018, valori comprensivi del costo del servizio di distribuzione).</p> <p>Si segnala inoltre un incremento dei costi sostenuti per la spesa <b>farmaceutica ospedaliera</b> pari a +6,35% (+€ 2.511 mila), riconducibile sia all'aumento dei consumi per farmaci oncologici ed onco-ematologici (+€ 1.735 mila) in particolare per farmaci innovativi, per farmaci innovativi non oncologici e neurologici.</p>	

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b> I TETTI NAZIONALI RIPORTATI SONO AGGREGATI A LIVELLO REGIONALE (NON AZIENDALE) E LA VERIFICA DEL RISPETTO È EFFETTUATA A LIVELLO CENTRALE. DALL'ULTIMO REPORT AIFA GENNAIO-DICEMBRE 2019 (PRIMO RILASCIO) IL TETTO PER LA CONVENZIONATA RISULTA RISPETTATO (6,90% VS 7,96% TARGET), IL TETTO PER I GLI ACQUISTI DIRETTI DEI GAS MEDICINALI RISULTA RISPETTATO (0,12% VS 0,20%). IL TETTO PER GLI ACQUISTI DIRETTI <u>NON</u> È STATO RISPETTATO (10,81% VS 6,69% TARGET)
--------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>3.3.2. Appropriately prescrittiva</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Inviare un report semestrale alla DCS con evidenza sia delle iniziative di audit e feedback adottate, sia delle azioni più significative intraprese nel corso del primo e del secondo semestre del 2019 (in particolare per oncologici, immunologici, farmaci per l'epatite C, terapie intra-vitreali, farmaci del PHT_DPC, equivalenti, IPP, ecc)	Invio alla DCS da parte delle Aziende di due relazioni semestrali (entro 31/08/2019 e 28/02/2020) da cui si evincano: - 3 obiettivi assegnati alle U.O aziendali relativi a setting specialistici ad alto impatto di spesa - 3 obiettivi assegnati alle UO aziendali/MMG di continuità assistenziale/appropriatezza - Azioni intraprese per le categorie principali.
<i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i>	
In sede di programmazione del budget 2019 sono stati attribuiti alle articolazioni territoriali ed ospedaliere obiettivi per il contenimento della spesa e l'appropriatezza prescrittiva: - realizzazione di audit con le AFT relativamente a aderenza al trattamento con statine, applicazione nota AIFA sull'utilizzo degli IPP al fine della riduzione del consumo a meno di 25 u.p. procapite e appropriatezza prescrittiva farmaci per diabete e osteoporosi+vit D+ Calcio: n. 3 audit effettuati nel primo semestre e un audit effettuato con le AFT in seduta plenaria nel secondo semestre.	
Relativamente alle strutture ospedaliere, oltre ad obiettivi relativi all'applicazione nota AIFA sull'utilizzo degli IPP: - sono stati realizzati 11 audit nelle strutture ospedaliere per monitorare i consumi e l'impatto economico dei farmaci ad alto costo e/o rischio di inappropriately (IPP, farmaci ad alto impatto di spesa come onco-ematologici, immunologici, per l'epatite C, terapie intra-vitreali, neurologici ad alto costo); - sono stati attribuiti obiettivi, con conseguente monitoraggio, relativamente all'utilizzo di farmaci biosimilari e si è assistito ad un generale incremento dei consumi di tali farmaci rispetto all'anno 2018.	
Sono state inviate le due relazioni semestrali con note prot. n. 64348 del 28.8.2019 e nota prot. n. 26642 del 03.03.2020.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> REPORT SEMESTRALI (I SEMESTRE E ANNO INTERO) INVIATI NEI TERMINI E COERENTI CON GLI OBIETTIVI ASSEGNATI

<b>3.3.4. Appropriately prescrittiva. Indicatori in ambito territoriale</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:

Relativamente ai medicinali a brevetto scaduto e alla prescrizione di antibiotici sono riportati i target per il 2019.	Rispetto dei target 2019 di cui alla tab. 1 sottoriportata
<i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i>	
I target definiti risultano essere per alcune classi particolarmente impegnativi. Il setting ospedaliero (funzioni hub) non facilita il conseguimento dei target definiti.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b> L'OBIETTIVO RIGUARDA IL RAGGIUNGIMENTO DEI TARGET AIFA-MEF E S' ANNA . RAGGIUNTI 2/8 TARGET (CRITERI VALUTAZIONE DA DGR 448/2019)

**I target sui medicinali a brevetto scaduto potranno eventualmente essere aggiornati con nota DCS non appena disponibili gli ultimi dati nel portale AIFA/MEF nonché in funzione di nuove scadenze brevettuali ovvero di associazioni fisse presenti sul mercato.**

Tab. 1

CLASSE	Dato ASUIUD 2018	% target nazionale a cui tendere	Dati ASUIUD 2019 (fonte DCS)
C08CA - Derivati diidropiridinici	94,3%	92,1%	94,4%
C09BA - ACE inibitori e diuretici	92,7%	95,3%	91,70%
N03AX - Altri antiepilettici	94,4%	98,7%	91,19%
N06AX - Altri antidepressivi	72,5%	80,8%	69,45%

INDICATORE	dato ASUIUD 2018	target a cui tendere	Dati ASUIUD 2019 (fonte DCS)
Incidenza di sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (antiipertensivi)	42,36%	<= 30%	42,68%
Consumo pro capite di farmaci inibitori di pompa protonica: unità posologiche pro capite	27,21	<= 25 up pro cap	28,30

INDICATORE	dato ASUIUD 2018	target (valore 2016)	Dati ASUIUD 2019 (fonte DCS)
Consumo di antibiotici sul territorio DDD 1000 res. pes.die	14,85	14,46	13,93
Consumo di antibiotici in età pediatrica DDD 1000 res. pes.die	13,72	13,56	14,00

<b>3.3.5. Biosimilari</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Indicatori per categorie di medicinali in cui è disponibile l'alternativa biosimilare	Evidenza dell'invio alla DCS di due relazioni semestrali (entro il 31/08/2019 e 28/02/2020) su format individuati dalla DCS da cui si evincano: le attività svolte, i percorsi attivati con i prescrittori ed i monitoraggi effettuati per i singoli ambiti (ospedaliero, domiciliare, residenziale e semiresidenziale)
<p><i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i></p> <p>Le relazioni con allegato il format regionale di rilevazione sono state trasmesse alla DCS con note prot. n. 64348 del 28.8.2019 e nota prot. n. 26642 del 03/03/2020.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>LA RELAZIONE DEL SECONDO SEMESTRE COMPLETA NEI CONTENUTI LA PRECEDENTE.</b>

<b>3.3.6. Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Ottimizzazione e monitoraggio della DPC e della diretta	Evidenza dell'invio di due report semestrali sull'attività svolta nell'ambito della DPC e della distribuzione diretta entro il 31.08.19 e il 28.02.20
Erogazione dei medicinali da parte delle strutture sanitarie (diretta e primo ciclo a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale) secondo la DGR 12/2018	Evidenza dell'accordo per l'erogazione del I ciclo con la Casa di Cura Policlinico Città di Udine entro il 31.8.2019.
<p><i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i></p> <p>Le relazioni richieste sono state inviate alla DCS con nota n. 64348 del 28.8.2019 e nota prot. n. 26642 del 03/03/2020.</p> <p>L'accordo per l'erogazione del I ciclo con la Casa di Cura Policlinico Città di Udine è attivo dall'anno 2005 e viene garantita l'erogazione del I ciclo come da accordo rinnovato in data 24.10.2019.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.3.7. Rapporto con le Aziende Farmaceutiche e Biomedicali</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Adottare specifiche disposizioni organizzative relativamente alle attività d'informazione svolte dalle Aziende farmaceutiche e del settore dei dispositivi medici verso tutti gli operatori sanitari al fine di favorire comportamenti uniformi, coerenti a principi di trasparenza anche con riferimento ad eventuali conflitti di interesse	Predisposizione ed adozione regolamento aziendale entro il 31.12.2019

Verifica dell'attività al 31.12.2019

Con decreto n. 1020 del 21/11/2019 è stato adottato il "Regolamento in tema di informazione scientifica dei farmaci, di dispositivi medici e diagnostici in vitro"

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--------------------	----------------------------

### 3.3.8. Assistenza integrativa

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

Verifica dell'attività al 31.12.2019

La distribuzione diretta dei dispositivi medici è presente in tutte le strutture distrettuali.

In data 22/02/19 è stato effettuato un incontro con la Direzione Medica e i Distretti di Cividale e Tarcento sul tema: Razionalizzazione dei percorsi di prescrizione e erogazione aziendale dei prodotti di medicazione avanzata, stomie e cateteri vescicali.

E' stata assicurata la presenza al tavolo regionale diabete per redazione della DGR 2192/19. E' stata redatta la procedura "Gestione clinico amministrativa della terapia insulinica con microinfusori".

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>
--------------------	-----------------------------------------

### 3.3.9. 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>	<p>Evidenza dei monitoraggi/controlli effettuati/percorsi aziendali per la risoluzione di eventuali criticità.</p> <p>Assicurare l'invio delle Richieste di Rimborso secondo le modalità definite da AIFA per tutti i farmaci con accordo MEA.</p>

Verifica dell'attività al 31.12.2019

La dispensazione dei farmaci avviene solo se c'è evidenza dell'inserimento in AIFA della richiesta (stampa della

scheda AIFA, identificativo richiesta farmaco, etc). E' stato attivato un monitoraggio/controllo di eventuali non conformità (mail di sollecito, etc) ed è stata definita procedura interna con la SOC Oncologia.

Le richieste di rimborso sono state regolarmente attivate.

Per il 2019 si sono ricevute **120** note di credito per ASUIUD, pari ad un importo complessivo di **915.683,79€ (IVA compresa)**

STRUTTURA	IMPORTO
EMATOLOGIA	508.443,34 €
CLINICA MEDICA	119.386,72€
ONCOLOGIA	285.923,54€
CLINICA OCULISTICA	1.930,19€
<b>TOTALE</b>	<b>915.683,79€</b>

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<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 delle performance aziendali: Implementazione dei campi obbligatori per il 95% dei pazienti (2 rilevazioni: al 30.6 e al 31.12) (dato aziendale a novembre 2018: 97%)</p>
<p><i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i></p> <p>L'azienda si attesta su un valore pari al 96,90% (dato portale SISSR-ID)</p>	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	<p><b>I RILEVAZIONE: 96,48%</b></p> <p><b>II RILEVAZIONE: 96,9%</b></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 dovranno promuovere adeguate azioni di sensibilizzazione delle proprie strutture/reparti, al fine di ridurre l'erogazione derivante da prescrizioni cartacee indotte verso altre aziende</p>	<p>Mantenimento delle performance aziendali: % delle confezioni erogate in distribuzione diretta nominale hanno una prescrizione effettuata con il sistema PSM - iter elettronico <math>\geq 90\%</math></p> <p>(Dato aziendale 2018: 90,8% valore ottenuto rapportando numero confezioni con prescrizione personalizzata erogate con iter elettronico sul totale di confezioni con prescrizione personalizzata erogate con PSM)</p> <p>In questa fase, ai fini della valutazione, non saranno prese in considerazione le confezioni erogate a seguito di prescrizioni indotte da altre aziende</p>
<p><i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i></p> <p>Dato aziendale 2019: 97% valore ottenuto rapportando numero confezioni con prescrizione personalizzata erogate con iter elettronico sul totale di confezioni con prescrizione personalizzata erogate con PS, considerando solo gli erogatori ASUIUD.</p>	

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>MODALITÀ DI VALUTAZIONE DEFINITA CON DGR N. 448/2019</b> <b>PSM ELETTRONICO 97% (SOLO ASUIUD)</b> <b>PSM ELETTRONICO: 91.5% (TOTALE: IN+OUT)</b> <b>PSM TUTTO: 93.56%</b> <b>PERSONALIZZATA TUTTA (ASCOT + PSM): 99.94%</b>
<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 i pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive, prevedendo azioni mirate di sensibilizzazione dei prescrittori all'utilizzo dello strumento nelle categorie di medicinali per i quali si osserva un ricorso prevalente al PT cartaceo (es. farmaci per l'infertilità o ormone della crescita per Burlo).</p> <p>Nel favorire l'implementazione di tale sistema informatizzato sarà inoltre assicurato il controllo dei piani terapeutici ed il rispetto delle note limitative AIFA.</p>	<p>Evidenza del rispetto del target atteso: % di ricorso alla prescrizione informatizzata tramite applicativo PSM-PT per tutti i pazienti: <math>\geq 65\%</math></p> <p>(Dato aziendale gen-ago 2018: 64,66%)</p>
<p><i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i></p> <p>Il dato 2019 fornito dalla direzione regionale è dell' 81%.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>MODALITÀ DI VALUTAZIONE DEFINITA CON DGR N. 448/2019</b> <b>PSM-PT: 81%</b>
<p>Flussi informativi farmaceutica</p> <p>Implementazione, verifiche e controlli di congruenza dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese, da parte dei responsabili individuati, utilizzando la reportistica a disposizione sul portale SISR (mancati invii, prezzi medi, revocati, ecc), con particolare riferimento ai disallineamenti derivanti da possibile mancato invio. Va assicurata, per il corretto calcolo del rispetto dei tetti di spesa, l'integrale copertura della fase 3 su fase 2 (100% della spesa negli ambiti previsti) per quanto riguarda la distribuzione diretta, nonché l'inserimento a sistema del codice targatura (&gt; 99% confezioni) in fase di erogazione diretta dei medicinali (applicativo PSM).</p> <p>Le Aziende e l'ARCS danno riscontro ad eventuali approfondimenti richiesti dalla Direzione Centrale, anche su istanza Ministero della Salute, entro 15 giorni dalle comunicazioni.</p>	<p>Evidenza delle verifiche dei dati entro il 10 di ogni mese</p> <p>Mantenimento delle performance aziendali:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Integrale copertura fase 3/fase 2 (&gt; 99,5% della spesa negli ambiti previsti).</li> <li>- Inserimento codice targatura in fase di erogazione diretta dei medicinali (&gt; 99%).</li> </ul> <p>Riscontro entro 15 giorni agli approfondimenti richiesti o segnalazioni inviate.</p> <p>(dati 2018: targatura superiore al 99,59%, copertura fase 3/fase 2 superiore al 99%)</p>



<p><i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i></p> <p>Le verifiche sono state effettuate entro il 10 di ogni mese ed è stato dato rapido riscontro alle richieste di approfondimento inviate</p> <p>Le performance aziendali registrate nell'anno 2019 sono di seguito riportate:</p> <p>- Integrale copertura fase 3/fase 2 (&gt; 99,5% della spesa negli ambiti previsti): 99,95%</p> <p>- Inserimento codice targatura in fase di erogazione diretta dei medicinali (&gt; 99%): 100%.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
	<b>MODALITÀ DI VALUTAZIONE DEFINITA CON DGR N. 448/2019</b>
	<b>FASE3/FASE 2: 99.93%</b>
	<b>TARGATURA (CONFEZIONI): 100%</b>
<b>3.3.10. Farmacovigilanza</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Gli Enti del SSR assicurano la partecipazione dei sanitari interessati e il supporto alle attività organizzative.	Evidenza della partecipazione alle progettualità avviate dalla DCS e alle attività formative organizzate dalla stessa (partecipazione incontri periodici, stato di avanzamento progetti affidati dalla DCS).
<p><i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i></p> <p>La partecipazione alle progettualità avviate dalla DCS è stata assicurata.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Nell'ambito della progettualità pluriennale avviata nel 2018 (Farmacisti in ospedale/territorio) con il coinvolgimento di tutte le Aziende sanitarie, gli Enti del SSR dovranno garantire la partecipazione agli incontri periodici del gruppo di Coordinamento e l'invio della relazione scientifica e della rendicontazione secondo le tempistiche stabilite dalla convenzione in essere.	Partecipazione agli incontri periodici del gruppo di Coordinamento del progetto ed evidenza della relazione scientifica e della rendicontazione: secondo le tempistiche della convenzione in essere.
<p><i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. E' stata assicurata la partecipazione a tutti gli incontri previsti e organizzati dalla DCS</li> <li>2. E' stata prodotta la bozza del protocollo per lo studio osservazionale di farmacovigilanza: "Sviluppo di una rete regionale integrata finalizzata al monitoraggio dell'aderenza alle terapie orali e delle reazioni avverse".</li> </ol>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Partecipazione ai tre nuovi moduli FAD da parte dei Responsabili di farmacovigilanza e dai loro collaboratori (da loro individuati) al fine di migliorare la qualità delle informazioni inserite in RNF.	Evidenza di partecipazione da parte di tutti gli operatori sanitari individuati
Gli Enti dovranno assicurare azioni per incentivare la segnalazione on-line.	Aumento del 5% di segnalazioni on-line rispetto alla modalità cartacea al 31/12/2019.
<p><i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i></p> <p>E' stata garantita la partecipazione dei professionisti individuati</p>	

La modalità della segnalazione on line è attiva: come da dati regionali trasmessi sono state effettuate 769 segnalazioni online su 875 totali, per una percentuale dell'88%, pari a +13% rispetto al 2018.

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b> ADESIONE FAD < 50% <b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> SEGNALAZIONE ON-LINE
--------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### VINCOLI OPERATIVI LINEE 2018 (DGR 448/2019)

Valori rilevati da report monitoraggio indicatori Linee 2019 gennaio-dicembre 2019

VINCOLO	TARGET	VALORE 2018
Diretta	72,00	<b>82,16</b>
DPC	33,00	<b>39,46</b>
Convenzionata	118,00	<b>118,11</b>
Ospedaliera	- 0,0 %	<b>+ 7,4 %</b>

### 3.4. ACCREDITAMENTO

3.4. Accreditamento	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
1. Partecipazione attiva al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti 2. Partecipazione al programma di accreditamento nazionale degli organismi tecnicamente accreditanti 3. Garanzia del funzionamento dell'OTA FVG	1. Gli enti del SSR consentono a ognuno dei propri dipendenti inseriti nell'elenco regionale dei valutatori dell'accREDITAMENTO di partecipare ai sopralluoghi per almeno 5 giornate, secondo le indicazioni della Direzione centrale salute 2. Messa a disposizione dei professionisti appartenenti alle aree professionali indicate dalla Direzione centrale salute, da avviare al percorso formativo dei valutatori dell'accREDITAMENTO 3. E' garantita la partecipazione dei dipendenti inseriti nell'elenco nazionale dei valutatori dell'accREDITAMENTO alle attività organizzate dal Ministero della salute e dall'Agenas 4. E' garantita la partecipazione dei dipendenti componenti dell'OTA regionale alle attività previste dalla D.G.R. n. 2220/2015 e dal Decreto n. 1899/2017.
Verifica dell'attività al 31.12.2019 1. L'Azienda ha messo a disposizione della Regione, al fine della partecipazione ai sopralluoghi, 45 dipendenti tra valutatori, esperti ed osservatori. La rendicontazione delle giornate di partecipazione al programma di accreditamento istituzionale viene fornita alla DCS a fine anno.	

2. Sulla base delle richieste dell'OTA, 11 professionisti sono stati reclutati ed avviati al percorso formativo dei valutatori promossa dalla DCS.
3. Non sono presenti dipendenti ASUIUD inseriti nell'elenco nazionale
4. La partecipazione è stata garantita.

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--------------------	----------------------------

### 3.5. ASSISTENZA OSPEDALIERA

#### 3.5.1. Insufficienze d'organo e trapianti

<b>Obiettivo aziendale:</b>	<b>Risultato atteso:</b>
-----------------------------	--------------------------

#### **Cuore**

1. Ottimale utilizzo degli organi prelevati in regione presso il Centro trapianti.	1. Sono utilizzati almeno l'85% degli organi prelevati in regione (diretti o in scambio con altre regioni).
2. Realizzazione del percorso formativo per la gestione dei pazienti portatori di VAD	2. E' realizzato il percorso formativo ed è assicurata la partecipazione di almeno 2 operatori

*Verifica dell'attività al 31.12.2019*

1. Sono stati trapiantati 20 organi su 11 prelevati (>100%)
2. Sono state effettuate due edizioni del corso formativo "La gestione dei pazienti portatori di Ventricular Assisted Device (VAD)" (Edizione del 02/12/2019 e 13/12/2019) con la partecipazione di 65 operatori aziendali.

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--------------------	----------------------------

#### **Fegato**

1. Garantire la diffusione del PDTA "Alterazione enzimi epatici"	1. Evidenza dell'aggiornamento del PDTA aziendale trapianto di fegato con integrazione del percorso "Alterazione enzimi epatici" e diffusione del documento ai vari livelli dell'organizzazione
2. Potenziamento del programma Trapianti di Fegato	2a. Iscrizione in lista trapianto, presso il centro trapianti dell'ASUIUD, di 40 pazienti di cui 8 residenti 2b. Sono utilizzati almeno l'85% degli organi prelevati

*Verifica dell'attività al 31.12.2019*

1. Il documento "Linee di indirizzo per l'individuazione e la gestione clinico-assistenziale delle persone affette da alterazione degli enzimi epatici" è stato ufficialmente presentato al congresso regionale dei Medici di Medicina Generale che si è tenuto a Grado il giorno 17/10/2019. Il percorso è già perfettamente funzionante presso l'Unità di Epatologia e Trapianto di fegato.
- 2a. Risultano 36 pazienti iscritti in lista trapianto, di cui 14 della provincia di Udine e 9 in ASUIUD
- 2b. Sono stati trapiantati 26 organi su 27 prelevati (96%)

<b>Valutazione</b>	<b>1. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>2. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--------------------	----------------------------------------------------------------

#### **PANCREAS**

Riduzione del tasso di amputazioni maggiori per	Al di sotto di 28 casi per milione di residenti
-------------------------------------------------	-------------------------------------------------

diabete (casi per milione di residenti) (valore medio regionale 2017 di 30,08 x milione – fonte Bersaglio).	
<i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i> L'azienda si attesta su un valore pari a 30,5 per milione di residenti	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b> <b>33,1</b>
<b>Polmone</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Partecipazione alla revisione/stesura del PDTA regionale sulla BPCO da parte dei professionisti coinvolti</li> <li>2. Riduzione del tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti di 50-74 anni (valore medio regionale 2017 del 66,99 per 100.000 residenti – fonte Bersaglio).</li> <li>3. Aumento dell'appropriatezza di utilizzo dell'ossigenoterapia domiciliare</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Partecipazione alla revisione/stesura del PDTA regionale sulla BPCO, assicurando la presenza del CRT</li> <li>2. Al di sotto di 55 per 100.000 residenti di 50-74 anni.</li> <li>3.1 E' esteso a tutti i prescrittori aziendali l'utilizzo del piano terapeutico informatizzato</li> <li>3.2 Condivisione dei criteri aziendali di prescrizione</li> <li>3.3 Verifica delle modalità di somministrazione (liquido o concentrato)</li> <li>3.4 Aumento dell'appropriatezza di utilizzo dell'ossigenoterapia domiciliare (riduzione maggiore del 10% della spesa rispetto al valore 2017)</li> </ol>
<i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1. Vedi Linea 3.2.1.2.3.</li> <li>2. 2. L'azienda si attesta su un valore pari a 51,1 per 100.000 residenti di 50-74 anni.</li> <li>3. 3.1 L'attività è stata mantenuta.</li> <li>4. 3.2 e 3.3 Sono state avviate modalità di revisione dell'utilizzo dell'ossigenoterapia secondo modalità condivise e diffuse fra i prescrittori aziendali e declinate nel documento "OTLT - Condivisione dei criteri aziendali di prescrizione"</li> <li>5. 3.4 L'appropriatezza della spesa è documentabile dalla performance aziendale relativa al trattamento della BPCO (vedasi tasso di ospedalizzazione), al maggior ricorso all'ossigeno concentrato rispetto a quello liquido. La spesa per l'ossigeno liquido è diminuita a fronte di un aumento della spesa per i concentratori.</li> </ol>	
<b>Valutazione</b>	<b>1. OBIETTIVO STRALCIATO</b> <b>2. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b> <b>57,9</b> <b>3. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Rene</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Attivazione del percorso formativo di 2° livello sul PDTA "Malattia renale cronica stadi I-III e IV-V".</li> <li>2. Potenziamento della dialisi peritoneale, dei trapianti e dell'emodialisi domiciliare</li> <li>3. Potenziamento del programma Trapianti di rene</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evidenza della partecipazione al percorso formativo di 2° livello sul PDTA "Malattia renale cronica stadi I-III e IV-V"</li> <li>2. Riduzione dei pazienti in emodialisi presso i centri dialisi al di sotto del 52% del totale (trapiantati + emodializzati + in dialisi peritoneale. Valore regionale 2017 54,34%)</li> <li>3a) Riduzione dei tempi di iscrizione in lista trapianto</li> </ol>

	(differenza tra inserimento in Donor Manager T3 e raccolta del consenso all'avvio dell'iter per l'inserimento in lista T0 < 6 mesi almeno nel 75% dei casi che hanno dato il consenso 3b) Revisione dei meccanismi operativi aziendali per l'aumento dei casi di trapianto
<i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i>	
<p>1. Nel 2018 era stata effettuata la formazione dei formatori. Il 18 settembre 2019 si è provveduto ad una serie di relazioni di presentazione del PDTA della Malattia Renale Cronica ai Medici di Medicina Generale riuniti in plenaria per un aggiornamento obbligatorio.</p> <p>2. Il valore al 31 dicembre 2019 è pari a 59% ( dato 2018= 61%) Il raggiungimento della percentuale target risulta critico sebbene nel 2019 siano stati inseriti in Dialisi Peritoneale 15 nuovi pazienti con un incremento del 50% del numero tra gennaio e dicembre al SMM (da 14 a 21 pazienti seguiti in dialisi peritoneale); e nonostante l'attività di trapianto nell' anno si sia notevolmente incrementata (55 trapianti). Nel 2019 c'è stato un aumento complessivo degli ingressi in dialisi: emodializzati complessivi da 196 a 215 che ha determinato una riduzione della percentuale inferiore all'atteso.</p> <p>3a. Il monitoraggio dei tempi di iscrizione il lista è in corso. Nelle riunioni della Commissione regionale è emersa la disomogeneità nella applicazione degli strumenti informatici di codifica delle tempistiche che troverà soluzione nel 2020 con il nuovo assetto del SSR.</p> <p>3b I pazienti immessi in lista sono stati 84 versus 59 del 2018, di cui 8 pre-emptive e 18 con accettazione di reni a criteri estesi. In questo modo la lista, che si manteneva sempre attorno a 100-120 pazienti, si è incrementata portandosi attorno a 150 nonostante l'aumento della attività di trapianto(55 trapianti versus 33).</p>	
<b>Valutazione</b>	<p><b>1. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p> <p><b>2. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b></p> <p><b>63,61</b></p> <p><b>3. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p>
<b>Tessuti oculari</b>	
<p>1. Mantenimento del programma di donazione cornee</p> <p>2. Mantenimento del numero di trapianti di cornea</p>	<p>1. &gt;= numero prelievi anno 2017 (63 espianti)</p> <p>2. &gt;= numero trapianti anno 2017 (19 trapianti)</p>
<i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i>	
<p>Sono stati registrati:</p> <p>1. Prelievi: n. 113 donatori</p> <p>2. Totale trapianti: n. 29 trapianti</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Donazione d'organi e altri tessuti</b>	
<p>Avvio dell'attività di prelievo d'organi da paziente con accertamento del decesso con criteri cardiologici</p> <p>2. Implementazione delle segnalazioni secondo</p>	<p>1. Sono predisposti i setting operativi per l'avvio dell'attività di prelievo (almeno 3 casi nel 2019)</p> <p>2.1 donatori effettivi/decessi per lesione cerebrale</p>

indicatori standard	acuta (> 16-25%) 2.2 numero di accertamenti - AMC = (donatori utilizzati + opposizioni + procurati) / decessi per lesione cerebrale acuta (> 21-40%)
<i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i>	
1. Sono ancora in corso le attività propedeutiche alla definizione dei setting. E' presente un gruppo di lavoro aziendale per la definizione e redazione di un programma di donazione a cuore fermo. Pur essendo in revisione, la bozza di tale programma, tuttavia, non è ancora attuabile a causa dell'assenza di protocolli aziendali formali fondamentali per la sua applicazione, riguardanti la gestione avanzata dell'arresto cardiocircolatorio (compresa la formalizzazione del percorso interno).	
2.1 Il dato annuale di donatori effettivi/decessi per lesione cerebrale acuta nel 2019 è $22/93 = 23.6\%$	
2.2 Il dato annuale di accertamenti - AMC (Totale AMC = 36 ) = (donatori utilizzati + opposizioni + procurati) / decessi per lesione cerebrale acuta è del $36/93 = 38,7\%$	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>
<b>Attività CRT</b>	
<p>Tenere evidenza documentale, per ogni programma trapianto di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Responsabile programma trapianto</li> <li>- Responsabile equipe chirurgica</li> <li>- Responsabile clinico della gestione pre e post e follow up</li> <li>- Responsabile gestione liste d'attesa</li> <li>- Volumi minimi di attività</li> <li>- Standard di qualità</li> </ul>	Vi é evidenza del modello documentale per ogni programma di trapianto (sistema delle responsabilità e meccanismi operativi)
<i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i>	
E' stato avviato in Regione il programma di recepimento del documento Conferenza Stato Regioni. Il PDTA trapianto di Fegato ASUIUD è stato completato al 31-12-2019.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.5.2. Emergenza urgenza</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
<b>Ictus</b>	
1. Mantenimento dell'attività di Trombolisi endovenosa/endoarteriosa	1. Mantenimento attività 2018
2. Misurazione dei tempi intercorrenti fra triage in pronto soccorso, allertamento-TAC e TAC-trombolisi venosa	2. Evidenza della strutturazione della modalità di misurazione dei tempi
3. Utilizzo del database informatizzato per la raccolta di tutte le valutazioni con NIHSS, indice di Barthel (BI) e mRS pre e post evento in tutti i pazienti con ictus, in	Evidenza dell'utilizzo del database, a seguito della messa a disposizione a livello regionale

<p>almeno l'85% degli episodi di ricovero con DRG 14 o codici ICD-9-CM relativa a: 430.x, 431.x, 432.x, 433.x1, 434.x1, 436.x, 437.3, 438.x, 784.3 (afasia).</p> <p>4. Evidenza dell'informazione alla cittadinanza: (es opuscolo/volantino, video, eventi, ecc.) sui segni/sintomi da non sottovalutare per anticipare la chiamata di soccorso e rendere tempestivi i soccorsi in caso di ictus.</p>	<p>3.2 Evidenza delle valutazioni con NIHSS, indice di Barthel (BI) e mRS pre e post evento in almeno l'85% degli episodi di ricovero con DRG 14 o codici ICD-9-CM relativa a: 430.x, 431.x, 432.x, 433.x1, 434.x1, 436.x, 437.3, 438.x, 784.3 (afasia) (Report ultimo trimestre anno)</p> <p>4. Predisposizione di materiale informativo.</p>
<p><i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Numero pazienti trattati = 202 (nel 2018 n.145)</li> <li>Il monitoraggio dei tempi non è automatizzato e richiede un'elaborazione manuale. I tempi risultano essere i seguenti: <ul style="list-style-type: none"> <li>- "Door to needle" medio (inteso come avvio trombolisi ev o puntura arteriosa nel caso della sola trombectomia meccanica): 78,15 minuti</li> <li>- "Door to TAC" medio: 43,34 minuti</li> <li>- "TAC to needle": 34,81 minuti</li> </ul> </li> </ol> <p>3.1 Non ancora disponibile il database regionale.</p> <p>3.2 Le informazioni vengono riportate in lettera di dimissione.</p> <p>4. Il materiale informativo è stato pubblicato sul sito aziendale.</p>	
<p><b>Valutazione</b></p>	<p><b>1. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p> <p><b>2. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p> <p><b>3. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p> <p><b>4. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p>
<p><b><i>Emergenze cardiologiche</i></b></p>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>Compilazione della scheda STEMI (PACS Emodinamica)</li> <li>Attivazione della tele-radiologia Hub &amp; Spoke per le sindromi aortiche acute</li> <li>Implementazione di una scheda di valutazione dello storm aritmico</li> </ol>	<p>Le attività verranno assicurate in coerenza alle indicazioni regionali:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Evidenza della compilazione delle 4 variabili &gt;95% delle schede</li> <li>E' attivo il percorso verso gli ospedali spoke di competenza (vedi linea 4.1)</li> <li>La scheda viene compilata per &gt; 95% dei casi inseriti a sistema (periodo dal 1 luglio al 31 dicembre)</li> </ol>
<p><i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>La completezza delle quattro variabili su 274 procedure risulta come segue: <ul style="list-style-type: none"> <li>• passaggio filo guida= 82.1%</li> <li>• ecg diagnostico= 85.0%</li> <li>• inizio sintomi= 83.9%</li> <li>• flusso finale= 63.5%</li> </ul> </li> <li>Vedi linea 4.1.2</li> <li>La scheda è stata compilata per il 100% dei casi inseriti a sistema (13 pazienti)</li> </ol>	

<b>Valutazione</b>	<b>1. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b> <b>2. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>3. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Trauma</b>	
1. Trattamento della Frattura di femore entro 48H 2. Riduzione dei tempi di trattamento di tutta la traumatologia	1. Trattamento della frattura di femore entro 48h in almeno il 70% dei casi (anno 2018=68,5% - fonte PNE) 2.a Evidenza della riduzione della degenza media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – ricoveri urgenti (criterio Bersaglio C5.18.1) (valore aziendale 2018= 2,4%) 2.b Evidenza della riduzione dell'attesa media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – accessi in PS e ricoveri programmati (criterio Bersaglio C5.18.2) (valore aziendale 2018= 6,9%)
<i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i> 1. Il dato aziendale è pari al 70% in miglioramento rispetto all'anno precedente. 2a) Il dato aziendale è pari al 2,2% in miglioramento rispetto all'anno precedente. 2b) Il dato aziendale è pari al 8,9% dato in peggioramento rispetto all'anno precedente riconducibile a criticità organizzative.	
<b>Valutazione</b>	<b>1. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b> <b>UDINE 69,5</b> <b>2a .OBIETTIVO NON RAGGIUNTO 2,25</b> <b>2b OBIETTIVO NON RAGGIUNTO 9,10</b>
<b>Pronto soccorso ed urgenza emergenza</b>	
1. Aumentare la percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde, 2. Aumentare la percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore	1. Valore atteso >=65% Valore aziendale anno 2018=64% 2. Valore atteso regionale: >=75% Valore aziendale anno 2018 = 78%
<i>Verifica dell'attività al 31.12.2019:</i> 1. Il dato è pari al 55,4% 2. Il dato è pari al 76% dato comunque superiore al valore atteso regionale. Nel 2019 le condizioni organizzative del Pronto Soccorso di Udine sono state caratterizzate da importanti criticità nella dotazione organica e da importanti processi di turn-over che hanno condizionato le performance complessive.	
<b>Valutazione</b>	<b>1. OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b> <b>UDINE 48,54</b> <b>PEDIATRICO Ud 67,91</b> <b>2. OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b> <b>UDINE 65,03</b>



	<b>PEDIATRICO Ud 89,97</b>
--	----------------------------

<b>3.5.3. Reti di patologia</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
<b>Malattie rare</b>	
Ogni rete di gruppo nosologico deve: 1. Produrre almeno 1 percorso assistenziale 2. Alimentare il registro regionale di cui al DM 279/2001 (aggiornamento dati del registro con inserimento del 100% dei casi in prevalenza al 30 novembre 2019 e pulizia dei casi che sono usciti dal sistema)	E' assicurata l'attività di coordinamento con evidenza di: 1. Almeno 1 PDTA condiviso e realizzato entro il 31 dicembre 2019 2. Inserimento del 100% dei casi in prevalenza al 30 novembre 2019 e invio alla DCS di un report di attività
<i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i>	
<p>1. Nel corso del 2019 sono stati avviati i lavori per la predisposizione del PDTA per Glicogenosi tipo II – Malattia di Pompe (Codice Malattie Rare RCG060 Difetti Congeniti Del Metabolismo e del Trasporto dei Carboidrati escluso: Diabete Mellito; ICD-10: E74.0, OMIM: 232300). Il corso programmato è stato posticipato di intesa con la Direzione Centrale Salute nel 2020.</p> <p>2. Si è alimentato il registro con il 100% dei casi diagnosticati.</p> <p>Per ciò che riguarda l'inserimento del 100% di casi in prevalenza, questo dato presuppone che vengano inseriti nel registro la totalità dei pazienti esenti per malattia rara. Attualmente nel registro malattie rare sono presenti circa il 60% dei casi esenti. Di conseguenza si è disegnata una strategia per l'implementazione che si articola come segue:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-ottenimento del consenso da parte del garante per la Privacy circa l'inserimento dei dati retrospettivi dei pazienti esenti</li> <li>-implementazione del registro a seguito dell'ottenimento del consenso.</li> </ul>	
<b>Valutazione</b>	<b>1. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>2. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Malattie reumatiche</b>	
1. Formalizzazione del documento di indirizzo sulla terapia con farmaci biologici (obiettivo condiviso con le farmacie aziendali e servizio farmaceutico regionale), ed evidenza della diffusione a tutti i professionisti coinvolti anche nell'ambito della medicina convenzionata. 2. Utilizzo dello strumento informatizzato per l'appropriatezza prescrittiva.	1. Stesura e diffusione del documento di indirizzo, sulla base dei contenuti di quello condiviso con la Regione, con i diversi operatori sanitari e con l'Associazione dei Malati Reumatici del Friuli Venezia Giulia. 2. Evidenza dell'utilizzo dello strumento informatizzato con la stesura di report semestrali.
<i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i>	
<p>1. Il documento regionale redatto dagli esperti nel 2018 non è stato formalizzato dalla Regione.</p> <p>2. In data 11/10/2019 è stata attivata l'operatività della scheda in G2 per registrare i pazienti in trattamento con i farmaci biologici e con le piccole molecole.</p> <p>Lo strumento informatico è stato utilizzato complessivamente nei mesi di ottobre, novembre e dicembre</p>	

2019 nel 14% dei casi giunti a visita (33/238). Il tempo di compilazione è stato giudicato adeguato per i tempi della visita e non si sono registrati problemi tecnici significativi nella compilazione.	
<b>Valutazione</b>	<b>1. OBIETTIVO STRALCIATO</b> <b>2. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Insufficienza cardiaca cronica</b>	
Riduzione del tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti di 50-74 anni	Valore atteso: <200 Stima 2018= 150
<i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i> L'azienda si attesta su un valore pari a 135,1 casi per 100.000 residenti di età compresa tra 50 e 74 anni.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>137,3</b>
<b>Infettivologia</b>	
Le strutture di Microbiologia e virologia sono attivabili sulle 24H 365 die/anno.	La struttura di Microbiologia è attivabile sulle 24H 365 die/anno.
<i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i> La Microbiologia è attivabile sulle 24H 365 die/anno	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.5.4. Pediatria</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Supporto di Gruppi multidisciplinari regionali per patologia	Partecipazione ai Gruppi multidisciplinari per le diverse linee programmatiche identificate a livello regionale
<i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i> I referenti per patologia hanno partecipato alle riunioni dei Gruppi multidisciplinari regionali, garantendo la partecipazione aziendale, in particolare in ambito endocrinologico e diabetologico, cure palliative, pneumoallergologico, oncoematologico, gastroenterologico.	
Predisporre una Carta dei servizi specifica per l'assistenza in età pediatrica e adolescenziale, secondo le modalità previste dall'Accordo Stato Regioni del 21 dicembre 2017, rep atti n. 248.	E' predisposta una Carta dei servizi specifica per l'assistenza in età pediatrica e adolescenziale
<i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i> La Carta dei Servizi è stata redatta ma non ancora pubblica sul sito anche in considerazione della variazione dell'assetto istituzionale.	
Formazione: promuovere attività formative relative alle tematiche oggetto di progettualità per il 2019 (trasporto pediatrico, onco-ematologia, malattie nefrologiche, malattie infiammatorie croniche intestinali, diabete, malattie neuromuscolari, cure palliative).	Evidenza della promozione/organizzazione di attività formative

Verifica dell'attività al 31.12.2019

Le attività formative inserite nel Piano della Formazione aziendale sono state:

- FSC Gestione multidisciplinare delle malattie infiammatorie croniche intestinali
- FSC Verifica, validazione e modifica di modelli formativi di collaborazione multidisciplinare in Neurologia, e Neuro/Oncologia Pediatrica
- FSC Verifica, valutazione e modifica di modelli in Pediatria
- FR 14 /05/2019 e 05/06/2019 La raccolta sangue dal cordone ombelicale
- La Formazione tra pari con i PLS come strumento di miglioramento delle buone pratiche cliniche assistenziali e come metodo di lavoro per il conseguimento degli obiettivi di salute.

**Valutazione**

**OBIETTIVO RAGGIUNTO**

### 3.5.5. Percorso nascita

Obiettivo aziendale:

Risultato atteso:

Gravidanza fisiologica a gestione ostetrica e Integrazione territorio-ospedale

Vedi Linea 3.2.2.7

**Valutazione**

**OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO**

Parto analgesia  
Migliorare nell'ambito dell'offerta farmacologica e non il controllo del dolore in travaglio e parto

- 1- Evidenza di una Carta dei servizi specifica per il percorso nascita con le informazioni previste dalla DGR 1083/2012 relative ad ogni Punto nascita aziendale, ivi compresa l'offerta di parto-analgesia
- 2- Visibilità nel sito aziendale dell'offerta relativa al percorso nascita, ivi comprese le tecniche di controllo del dolore in travaglio/parto;
- 3- Evidenza di una procedura aziendale condivisa a livello multiprofessionale per la parto-analgesia farmacologica e non e il monitoraggio post partum
- 4- Evidenza dell'attivazione corsi aziendali di formazione specifica e sul campo sulla parto-analgesia farmacologica e non, rivolti a tutte le figure professionali coinvolte
- 5- **Monitoraggio delle attività e delle eventuali complicanze**

Verifica dell'attività al 31.12.2019

1. – 2. La Carta dei Servizi, completa di informazioni relative alle tecniche di controllo del dolore in travaglio/parto, è stata elaborata e pubblicata sul sito internet aziendale.
- 3 E' stata elaborata la procedura "Analgesia farmacologica e non farmacologica in travaglio di parto".
4. I corsi aziendali di formazione specifica e sul campo sulla parto-analgesia sono stati programmati per l'anno 2020.
5. Il monitoraggio verrà programmato dopo l'applicazione operativa della procedura.

**Valutazione**

**1. OBIETTIVO RAGGIUNTO**  
**2. OBIETTIVO RAGGIUNTO**

	<b>3. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>4. OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b> <b>5. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b>
Tagli cesarei primari Percentuale di tagli cesarei primari	Valore atteso: <=25% Valore aziendale anno 2018 = 17,7%
Verifica dell'attività al 31.12.2019 Il dato aziendale è pari a 15,9%.	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Trasporto STAM e STEN Monitorare l'attività di trasporto in emergenza materno e neonatale con gli indicatori di cui al Decreto 1733/2016	Evidenza del report annuale inviato alla DCS
Verifica dell'attività al 31.12.2019 Sono state recepite le procedure regionali per lo STAM e STEN con procedure aziendali. I dati sono i seguenti: - trasporti primari neonatali: n. 60 - trasporti primari neonatali attivati entro 30': n.47 - trasporti Assistiti Materni: n. 53 Il report di dettaglio sullo STEN è stato inviato al Direttore dell'ARCS e alla DCS in data 15.1.2020.	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Formazione Promuovere programmi di formazione per gli operatori di sala parto, per gli operatori del 118 che svolgono il servizio di STAM e per le ostetriche che seguono il percorso gravidanza a basso rischio a gestione ostetrica	Evidenza dell'attività formativa programmata
Verifica dell'attività al 31.12.2019 Gli operatori del 118 hanno eseguito nel 2018 delle simulazioni di parto presso il centro di simulazione. Le ostetriche che seguono la gravidanza a basso rischio a gestione ostetrica hanno effettuato specifica formazione interna ed esterna. Sono stati effettuati tre eventi formativi: - "Assistenza extra- ospedaliera al parto e alle emergenze ostetriche " - edizioni del 21/03/2019 e 13/06/2019 - "Emergenze Ostetriche: emorragia post partum e crisi eclamptica" - edizioni del 26/09/2019, 14/11/2019 e 05/12/2019 - "Simulatore Avanzato da Parto e il Centro di Simulazione ed Alta Formazione".	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO

### 3.5.6. Sangue ed emocomponenti

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
<p>Autosufficienza in emocomponenti ed emoderivati e la sicurezza e la qualità della trasfusione e contribuirà alla compensazione nazionale</p>	<p>Partecipazione alle diverse linee di lavoro regionali riguardanti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Piano annuale di produzione anche con riferimento alla raccolta del plasma per il frazionamento industriale con mantenimento dell'accessibilità ai centri di raccolta sangue e plasma della provincia in un numero di ore almeno pari a quello del 2018</li> <li>- Sicurezza e appropriatezza trasfusionale: mantenimento del monitoraggio da parte del COBUS e consolidamento della prescrizione informatizzata (sistema Emoword)</li> </ul>
<p><i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i></p> <p>Nel corso del 2019 sono state garantite le aperture consuete delle sedi di raccolta del Dipartimento di Medicina Trasfusionale Area Vasta Udinese, come sotto descritto, ed è stata anche avviata in via sperimentale un'ulteriore accessibilità presso la sede di Latisana ampliando le giornate di apertura al sabato (dedicate ad un percorso a prenotazione esclusivamente associativa, analogamente a quanto avviene la quarta domenica del mese a Cividale o il sabato a Gemona). La sperimentazione, avviata a maggio e giugno, ha dato esito positivo ed è stata resa stabile a partire dal mese di settembre.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Udine: aperto tutti i giorni dell'anno, sia accesso libero sia con prenotazione (per plasma sia per sangue intero, per quest'ultimo anche la domenica). Previste soltanto 8 giornate di chiusura all'anno;</li> <li>- Cividale: aperto ogni lunedì, giovedì, venerdì, sabato, una domenica al mese concordata e dedicata a prenotazione associativa;</li> <li>- Gemona: aperto ogni sabato, dedicato a prenotazione associativa;</li> <li>- Tolmezzo: aperto dal lunedì al sabato, sia accesso libero sia su prenotazione;</li> <li>- San Daniele: aperto dal lunedì al sabato, sia accesso libero sia su prenotazione;</li> <li>- Palmanova: aperto dal lunedì al sabato, sia accesso libero sia su prenotazione; aperto due domeniche al mese, tranne nel mese di agosto, dedicate a prenotazione associativa;</li> <li>- Latisana: aperto lunedì, martedì, mercoledì e venerdì, oltre ad un sabato al mese (tranne gennaio ed agosto)</li> </ul> <p>La raccolta plasma per la lavorazione industriale si è mantenuta su valori stabili rispetto al 2018.</p> <p>Con decreto n. 496 del 21.06.2019 è stato identificato il COBUS che ha realizzato l'attività di monitoraggio rispetto alle funzioni proprie del Comitato ed inerenti in particolare al consolidamento della prescrizione informatizzata della richiesta trasfusionale, tramite l'applicativo Emoword. Nel corso dell'anno l'applicativo è stato avviato presso le uu.oo. di Ortopedia ed è prevista per il 2020 l'estensione ad altre unità operative aziendali.</p>	
<p><b>Valutazione</b></p>	<p><b>OBIETTIVO RAGGIUNTO: CORRETTO CONTRIBUTO DATO DALL'AZIENDA AL RAGGIUNGIMENTO DELL'AUTOSUFFICIENZA REGIONALE E DEL CONTRIBUTO ALL'AUTOSUFFICIENZA NAZIONALE IN SANGUE E DERIVATI.</b></p> <p><b>OBIETTIVO RAGGIUNTO: MONITORAGGIO PER L'APPROPRIATEZZA TRASFUSIONALE</b></p> <p><b>OBIETTIVO STRALCIATO: LA MANCATA ATTUAZIONE DELLA PRESCRIZIONE TRASFUSIONALE INFORMATIZZATA È LEGATA</b></p>

ALL'INCOMPATIBILITÀ DELL'APPLICATIVO INSIEL CHE NON È COMPATIBILE CON I BROWSER NECESSARI ALL'IMPIEGO DEGLI ALTRI APPLICATIVI INSIEL

<b>3.5.7. Erogazione dei livelli di assistenza</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Contenimento del tasso di ospedalizzazione	Tasso atteso 125 per mille
<i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i>	
Il dato aziendale è pari al 124,03 per mille	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>124,20</b>
Riduzione del numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica, ricorrendo anche ad un maggior utilizzo del day service	Valore atteso: <= 20% per gli adulti e <= 40% per i pediatrici sul 2° semestre 2019 Valore aziendale anno 2018 per gli adulti =35%, per i pediatrici =59%
<i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i>	
Il dato aziendale è pari al 26,9% per gli adulti: il trend rispetto al 2018 è in miglioramento. Il dato dei dh pediatrici si è attestato sul 60% in sostanziale mantenimento. La mancata attivazione del day service ha condizionato le performance.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b> <b>Adulti 27,3</b> <b>Pediatrici 60,6</b>
Riduzione della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti =>65 anni	Valore atteso: <=4% sul 2° semestre 2019 Valore aziendale 2018 = 7%
<i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i>	
Il dato aziendale è pari al 6,1% in miglioramento rispetto al 2018.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b> <b>6,1</b>
Effettuare i controlli di appropriatezza delle prestazioni effettuate dagli erogatori pubblici e privati, secondo il piano dei controlli regionale	Evidenza dell'attività di controllo sull'attività di controllo
<i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i>	
E' stata trasmessa alla DCS in data 10/5/19 la relazione del Gruppo controlli aziendale sull'attività di verifica dell'appropriatezza delle dimissioni del 2018, da cui risulta controllato almeno il 12,5% delle dimissioni totali (Presidi ospedalieri aziendali e Policlinico Città di Udine). Nel mese di ottobre 2019 il Gruppo controlli aziendale ha visionato il campione di cartelle di ricovero estratte per il periodo 1 semestre 2019 presso i Presidi ospedalieri SMM, IMFR e il Privato accreditato Policlinico Città di Udine.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

**3.6 RETE CURE SICURE FVG**

<b>3.6 Rete cure sicure FVG</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Prosecuzione delle attività della Rete Cure Sicure FVG (DGR n. 1970/2016 "Rete Cure Sicure FVG della Regione Friuli Venezia Giulia: Modello Organizzativo")	<p>1- Sono individuate le figure coinvolte nella Rete Cure Sicure FVG in numero e con professionalità, secondo il modello che verrà definito a livello regionale;</p> <p>2- E' mantenuta l'attività di misurazione e verifica dell'adozione delle raccomandazioni ministeriali, attraverso il monitoraggio effettuato con le modalità richieste dall'AGENAS tramite il portale ministeriale;</p> <p>3- E' revisionato, aggiornato ed inviato alla Regione l'elenco dei referenti aziendali dei flussi informativi istituzionali nazionali relativi al rischio clinico;</p> <p>4- Sono svolte le attività per l'implementazione degli eventi formativi in tema di "cure sicure" secondo le indicazioni regionali.</p> <p>5- Avvio del programma per la corretta gestione della nutrizione e dell'idratazione nelle case di riposo</p>
<p><i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i></p> <p>1. Sono state individuate le figure coinvolte nella Rete Cure Sicure FVG</p> <p>2. L'attività è mantenuta: la call per la compilazione del sistema web per il monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni ministeriali si è aperta il 9 settembre e nei giorni successivi si è provveduto a compilare i campi previsti del sistema web.</p> <p>3. L'elenco è stato aggiornato ed inviato alla DCS in data 5.8.2019.</p> <p>4. Le attività formative sono state inserite nel PAF 2019.</p> <p>5. Non sono state avviate attività da parte della Regione in merito al programma per la corretta gestione della nutrizione e dell'idratazione nelle case di riposo</p>	
Programma "Antimicrobial Stewardship"	<p>1- Vi è evidenza dell'avvenuta diffusione e condivisione dei report regionali sul consumo di antibiotici e sulle resistenze batteriche nelle SOC ospedaliere, distrettuali e AFT (vedi anche linea 3.1.16)</p> <p>2- Riduzione del consumo (DDD) di cefalosporine, di chinolonici (ospedale e territorio) e carbapenem (ospedale)</p> <p>3- Vi è evidenza della programmazione e realizzazione di corsi specifici rivolti ai medici ospedalieri e MMG sul tema della lettura dell'antibiogramma e sulla prescrizione antibiotica mirata secondo le indicazioni regionali (vedi anche linea 3.1.16);</p>

	<p>4- Vi è evidenza dell'adozione e della diffusione delle linee di indirizzo regionali per la gestione delle infezioni in ambito pediatrico secondo le indicazioni regionali;</p> <p>5- Vi è evidenza dell'adozione delle "Linee regionali per il riconoscimento precoce e la gestione della sepsi associata alle pratiche assistenziali" tramite il monitoraggio degli indicatori riportati nel documento;</p> <p>6- Vi è evidenza della partecipazione dei referenti aziendali al processo di revisione dei documenti regionali sulla gestione delle infezioni nell'adulto;</p> <p>7- Vi è evidenza della partecipazione dei referenti aziendali al processo di valutazione delle attività di stewardship aziendali mediante l'analisi dell'aderenza agli standard definiti nell'ambito del programma regionale;</p> <p>8- Sono programmati incontri con le associazioni di volontariato al fine di coinvolgere i cittadini sul tema dell'uso appropriato degli antibiotici;</p> <p>9- Vi è evidenza della partecipazione al programma regionale di coinvolgimento dei MMG sul tema dell'Antimicrobial Stewardship</p>
<p><i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i></p> <p>1. I report sul consumo di antibiotici sono stati diffusi in ambito ospedaliero e territoriale. I report sulle resistenze sono stati distribuiti ai Link Professional del Rischio Infettivo tramite piattaforma della formazione on-line.</p> <p>2. Si evidenzia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- una sostanziale riduzione del consumo di chinolonici sia nei consumi ospedalieri (-18%) che territoriali (-13%), per un totale di -6.337,50 DDD;</li> <li>- un incremento nell'utilizzo di cefalosporine sia a livello ospedaliero (+2%, in particolare nell'area delle Medicine 7% e nell'area Cardiotoracica/Cardiologica +25,6%) che territoriale (+19%, in particolare presso una struttura residenziale di Udine, +44%, e presso due RSA +21%), per un totale di +1.143,78 DDD;</li> </ul> <p>Si segnala che, con riferimento ai carbapenem, l'analisi, rivista a seguito delle modifiche introdotte dall'OMS sulle dosi di somministrazione, evidenzia un incremento dell'uso ospedaliero pari a +4%, pari a +316,71 DDD (in particolare in ambito Cardiotoracico/Cardiologico +54%, il reparto di Malattie Infettive +109% e le terapie intensive +33%).</p> <p>3. Le attività formative sono inserite nel PAF 2020.</p> <p>4. L'attività è stata rinviata in quanto la Regione non ha ancora definito le linee di indirizzo per la gestione delle infezioni in ambito pediatrico.</p> <p>5. Sono stati monitorati semestralmente e discussi gli indicatori previsti: "Numero di pazienti con diagnosi SDO di sepsi-shock settico / numero totali pazienti dimessi" e "Numero pazienti deceduti con diagnosi SDO di sepsi-shock settico / numero pazienti con diagnosi di SDO".</p>	



<p>6. e 7. I referenti aziendali hanno assicurato la partecipazione, secondo le richieste regionali.</p> <p>8. Sono stati realizzati poster divulgativi esposti all'ingresso dei padiglioni durante la settimana mondiale sull'uso consapevole degli antibiotici (12-18 novembre 2019).</p> <p>9. E' stato organizzato un incontro il 12 dicembre sul tema con tutti i MMG dei tre Distretti.</p>	
<p>Programma "Controllo delle infezioni correlate all'assistenza"</p>	<p>1- E' effettuata una simulazione di evento epidemico (preparedness) che abbia coinvolto le unità operative di Pronto Soccorso e di Terapia Intensiva;</p> <p>2- E' effettuata la rilevazione, secondo metodo HALT, mirata a stimare la prevalenza di infezioni correlate all'assistenza in una casa di riposo per distretto sanitario secondo le indicazioni regionali;</p> <p>3- E' effettuata la PPS biennale in ambito ospedaliero secondo le indicazioni regionali;</p> <p>4- Vi è evidenza della partecipazione dei referenti aziendali all'attività di aggiornamento dei documenti regionali già esistenti sul controllo delle infezioni correlate all'assistenza;</p> <p>5- E' effettuata la sorveglianza sulle infezioni del sito chirurgico e sulla compliance alle raccomandazioni dei comportamenti dei blocchi operatori secondo le indicazioni regionali</p>
<p><i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i></p> <p>1. La simulazione è stata effettuata il 13 dicembre 2019 con il coinvolgimento del Pronto Soccorso e della Terapia Intensiva. E' stato organizzato un incontro formativo con le SOC coinvolte il 19.11.2019.</p> <p>2. La rilevazione è stata effettuata in coerenza con le indicazioni regionali in tre residenze per anziani e quattro RSA.</p> <p>3. La PPS è stata realizzata secondo le indicazioni regionali.</p> <p>4. I referenti aziendali hanno partecipato alle attività secondo le indicazioni regionali.</p> <p>5. La sorveglianza è stata effettuata secondo le indicazioni regionali.</p>	
<p>Programma "Sicurezza del farmaco":</p>	<p>1- Vi è evidenza dell'invio della reportistica periodica destinata ai medici di medicina generale secondo le indicazioni regionali;</p> <p>2- E' valutato l'adeguamento alle indicazioni regionali sulla gestione degli elastomeri;</p> <p>3- E' mantenuta l'attività di misurazione e verifica dell'applicazione delle raccomandazioni ministeriali relative alla "sicurezza del farmaco" attraverso il monitoraggio effettuato con le modalità richieste dall'AGENAS tramite il portale ministeriale</p> <p>4- <b>Riduzione del consumo di inibitori di pompa protonica a meno di 25 unità posologiche procapite (diretta + convenzionata e dpc)</b></p>

Verifica dell'attività al 31.12.2019

1. I report sono stati diffusi ai MMG nel corso degli audit effettuati.
2. L'attività di verifica si inserisce nella definizione delle procedure previste dal Piano per il miglioramento continuo della qualità e della sicurezza dei pazienti elaborato il 26/09/2019. Inoltre la SOC Assistenza Farmaceutica ha fornito consulenze sul tema alle articolazioni organizzative che prescrivono terapie elastomeriche domiciliari.
3. L'attività è mantenuta: la "call" per la compilazione del sistema web per il monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni ministeriali si è aperta il 9 settembre e nei giorni successivi si è provveduto a compilare i campi previsti del sistema web.
4. Il dato 2019 è pari a 28,30 (dato 2018= 27,21). Con riferimento alla sola distribuzione diretta aziendale si segnala una diminuzione di 8.239 DDD somministrate rispetto all'anno 2018, pari al - 31%.

<b>Valutazione</b>	<p><b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p> <p><b>OBIETTIVI STRALCIATI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- AVVIO DEL PROGRAMMA PER LA CORRETTA GESTIONE DELLA NUTRIZIONE E DELL'IDRATAZIONE NELLE CASE DI RIPOSO</li> <li>- VI È EVIDENZA DELLA PROGRAMMAZIONE E REALIZZAZIONE DI CORSI SPECIFICI RIVOLTI AI MEDICI OSPEDALIERI E MMG SUL TEMA DELLA LETTURA DELL'ANTIBIOGRAMMA E SULLA PRESCRIZIONE ANTIBIOTICA MIRATA SECONDO LE INDICAZIONI REGIONALI (VEDI ANCHE LINEA 3.1.16)</li> <li>- VI È EVIDENZA DELL'ADOZIONE E DELLA DIFFUSIONE DELLE LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI PER LA GESTIONE DELLE INFEZIONI IN AMBITO PEDIATRICO SECONDO LE INDICAZIONI REGIONALI</li> <li>- RIDUZIONE DEL CONSUMO DI INIBITORI DI POMPA PROTONICA A MENO DI 25 UNITÀ POSOLOGICHE PROCAPITE (DIRETTA+CONVENZIONATA E DPC)</li> </ul>
--------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

<b>3.7. Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Proseguimento della strutturazione della Rete HPH FV e avvio a progetti riguardanti le seguenti 3 tipologie di soggetti: - personale dipendente - pazienti - cittadini	Partecipazione alle diverse linee di lavoro regionali riguardanti: Personale dipendente - benessere soggettivo e dimensioni psico-fisiche Pazienti - astensione del fumo di tabacco in fase peri-operatoria Cittadini - promozione dell'attività fisica e della sana alimentazione presso le sedi dell'assistenza ospedaliera e territoriale.

Verifica dell'attività al 31.12.2019

E' stata assicurata la partecipazione alle diverse linee di lavoro regionali riguardanti sia il personale dipendente, che i pazienti che i cittadini.

Sono state realizzate iniziative coerenti con i contenuti promossi dalla rete HPH sia attraverso corsi di formazione che incontri informativi in ambito sia ospedaliero che territoriale.

**Valutazione**

**OBIETTIVO RAGGIUNTO**

### 3.8. RAPPORTO CON I CITTADINI

#### 3.8.1. Tempi d'attesa

Obiettivo aziendale:

Risultato atteso:

Rispettare i tempi d'attesa per la specialistica ambulatoriale e i ricoveri per interventi chirurgici programmati

Specialistica ambulatoriale:

% di prestazioni monitorate prescritte in priorità B ed erogate entro 10 gg  $\geq 95\%$

% di prestazioni monitorate prescritte in priorità D ed erogate entro 30 gg se visite oppure 60 gg se diagnostiche  $\geq 90\%$

% di prestazioni monitorate prescritte in priorità P ed erogate entro 180 gg  $\geq 85\%$

Ricoveri per interventi programmati:

% di interventi chirurgici monitorati e prescritti con priorità A che rispettano i tempi d'attesa  $\geq 95\%$

% di interventi chirurgici monitorati e prescritti con priorità B, C e D che rispettano i tempi d'attesa  $\geq 90\%$

Verifica dell'attività al 31.12.2019

**Tempi di Attesa per la specialistica ambulatoriale:** viene valutata la percentuale di rispetto dei tempi d'attesa considerando tutte le prenotazioni effettuate nel 2019 su tutte le strutture di ASUIUD e del privato accreditato di riferimento, **indipendentemente dalla residenza dell'assistito.**

Dai dati rilevati emerge la seguente situazione di rispetto dello standard:

- Priorità B: il target  $\geq 95\%$  non viene rispettato per alcuna prestazione
- Priorità D: il target  $\geq 90\%$  viene rispettato per 5 prestazioni su 44 (TAC del rachide, ecodoppler TSA, ecografia del capo e del collo e ECG da sforzo e fondo oculare)
- Priorità P: il target  $\geq 85\%$  viene rispettato per 20 prestazioni su 44

Le criticità nel garantire i tempi d'attesa in ASUIUD derivano principalmente dall'assenza di vincoli di residenza presenti nelle agende e dal ruolo hub che riveste il presidio ospedaliero di Udine, sia per i presidi spoke sia per le aree territoriali confinanti, non solo quelle comprese nell'attuale territorio di "Friuli Centrale", ma anche dell'area goriziana e pordenonese. Per alcune specialità il presidio ospedaliero di Udine rappresenta l'erogatore unico (visita endocrinologica, diagnostica e interventi cardiocirurgici, chirurgia toracica e vertebro-midollare,

neurochirurgia).

Dal confronto del periodo in esame con l'anno 2018 emerge un incremento della domanda di prenotazioni in priorità D e un decremento per le richieste in priorità P, significativo per l'area di diagnostica per immagini e gastroenterologia, dove sono stati attivati percorsi distinti tra primi accessi e controlli e che quindi deve essere interpretato non come una diminuzione dell'attività ma come una maggior correttezza nelle prescrizioni. Nel dettaglio:

- Priorità B: 4% di aumento medio di prenotazioni
- Priorità D: 20% di aumento medio della domanda, con un corrispondente peggioramento medio dei TA
- Priorità P: 40% di decremento medio delle prenotazioni

### **Tempi di attesa per interventi chirurgici**

Il ruolo hub del presidio ospedaliero di Udine si rileva anche per l'attività chirurgica programmata, sia per patologie dell'area cardiologica e cardiocirurgica sia per patologie tumorali.

I dati relativi agli interventi programmati eseguiti da ASUI di Udine e dal Policlinico "Città di Udine" nel 2019 documentano:

- Priorità A: per cinque tipologie di intervento si rileva un miglioramento dei tempi di attesa, tutte per patologie tumorali. Per tre tipologie di intervento (tumore mammella, tumore utero, tumore vescica) il miglioramento è compreso tra il 16% e il 20% rispetto al 2018.
- Priorità B, C, D: in 26 osservazioni viene raggiunto il risultato atteso. In priorità B da segnalare il 100% per neoplasia di colon e utero, ed anche in priorità C per protesi valvolare, neoplasia di rene e vescica.

Nel corso del 2019 si sono attivati i monitoraggi delle mancate presentazioni di pazienti in regime di ricovero (inclusi i pre e post ricovero) presso i servizi di gastroenterologia e del dipartimento di diagnostica radiologica, con l'obiettivo di ridurre il fenomeno e ottimizzare le performance dell'intero sistema. In generale si registra una flessione, segnale di maggiore attenzione al fenomeno.

Monitorare i tempi d'attesa	L'Azienda rispetta i tempi per la trasmissione dei monitoraggi ministeriali (ALPI e attività istituzionale)
<i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i>	
I monitoraggi ALPI sono stati inviati entro i termini definiti dalla DCS, secondo la nuova calendarizzazione (settimana indice di aprile, luglio, ottobre).	
Le agende dell'ASUIUD e delle strutture private accreditate presenti sul suo territorio sono configurate per la prenotazione on line	Le agende verranno progressivamente adeguate alla prenotazione on line secondo le indicazioni dell'ARCS
<i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i>	
Tutte le agende di prenotazione sono state adeguate alla prenotazione on line, secondo le indicazioni ARCS.	
Rispettare il rapporto tra attività libero professionale e istituzionale	Il rapporto tra i volumi erogati sarà costantemente monitorato
<i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i>	
Alle Strutture aziendali sono stati assegnati con il percorso di budget gli obiettivi su volumi di prestazioni (per esterni, per degenti e l.p.).	

Rispetto dei livelli di prenotabilità per le prestazioni	Evidenza della prenotabilità a CUP regionale delle prestazioni in entrambi i setting (istituzionale e l.p.)
<i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i>	
<p>È stato effettuato un lavoro puntuale di allineamento della prenotabilità per il Dipartimento di Diagnostica per immagini, che era l'ambito maggiormente critico, con revisione di tutte le agende. I livelli di prenotabilità sono stati adeguati anche nei tre Distretti, con minime differenze residuali, riferite a prestazioni di visita di controllo normalmente gestite in continuità di cura. L'attività di monitoraggio è costante. Nei restanti casi i livelli di prenotabilità sono coerenti alle indicazioni regionali.</p>	
Interventi per il contenimento delle liste d'attesa	Sviluppo di meccanismi operativi per il governo dell'offerta
<i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i>	
<p>Le singole strutture aziendali hanno proposto soluzioni organizzative per il miglioramento dell'offerta per pazienti ambulatoriali e ricoverati.</p> <p>Sono stati attivati i monitoraggi delle mancate presentazioni di pazienti in regime di ricovero (inclusi DH, pre e post ricovero) presso il servizio di gastroenterologia e il dipartimento di diagnostica per immagini.</p> <p>Contemporaneamente si sta monitorando il processo di messa in lista di attesa per gli interventi chirurgici, per una gestione appropriata delle priorità. Tutte le azioni sono obiettivi di budget.</p> <p>In ambito di diagnostica strumentale, le modifiche software intervenute nel corso del 2019 hanno permesso di procedere alla separazione dei percorsi di primo accesso e di controllo/follow up.</p>	
Libera professione intramoenia	Sospensione della libera professione intra-moenia ai medici delle strutture che non hanno reso disponibili a CUP regionale tutte le agende di prenotazione delle visite/prestazioni
<i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i>	
<p>Come sopra rappresentato vengono effettuati monitoraggi sistematici sui livelli di prenotabilità.</p> <p>Tutte le nuove attivazioni LP (dal 2018) rispettano le prenotabilità in entrambi i setting. In fase conclusiva l'adeguamento delle precedenti.</p>	
LR 7/2009 per l'abbattimento delle liste d'attesa per le strutture private accreditate	Invio alla DCS della rendicontazione sulle modalità di utilizzo del finanziamento attribuito con L.R. 7/2009 per l'abbattimento delle liste d'attesa
<i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i>	
<p>La rendicontazione sulle modalità di utilizzo del finanziamento attribuito con L.R. 7/2009 per l'abbattimento delle liste d'attesa è stata trasmessa al direttore sanitario dell'ARCS in febbraio 2020.</p>	
Adottare il Programma Attuativo Aziendale di governo delle liste d'attesa, in coerenza con il Piano Regionale e Nazionale	È definito il Programma Attuativo Aziendale entro 60 giorni dall'approvazione del Piano Regionale di Governo delle liste di attesa
<i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i>	
<p>Le Linee per la gestione per l'anno 2020 (DGR 2195/2019) hanno stabilito che il programma attuativo aziendale per l'anno 2020 andava predisposto entro il 28 febbraio 2020.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>

<b>3.8.2. Innovazione nella gestione delle terapie</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Semplificare il percorso di cura dei pazienti	Valutazione dei setting organizzativi in cui introdurre innovazioni che, a parità di efficacia terapeutica, riducano il disagio dei pazienti e dei loro familiari, anche in collaborazione con AAS3 e il sistema informativo regionale
<p><i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i></p> <p>È stato valutato un percorso di prenotazione di TC e RM di follow up per pazienti oncologici residenti in Alto Friuli seguiti presso la SOC di Oncologia dell'Ospedale di Udine. Questa modalità presentava alcuni vincoli tecnici del software che sono stati superati nel 2020 con il nuovo assetto organizzativo.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.8.3. Rapporto con pazienti e familiari nelle attività di ricovero</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Mantenere le modalità di gestione dei rapporti con i pazienti e i loro familiari nel corso delle attività di ricovero, avviate a partire dal 2017.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. E' garantita l'apertura dei reparti di terapia intensiva e semi-intensiva con accesso senza limite di tempo e orario a un care giver per volta (fa eccezione la necessità di isolamento)</li> <li>2. E' garantita la 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</li> <li>3. E' garantito il contatto telefonico dopo la dimissione da un intervento chirurgico o da altre tipologie di trattamento (recall)</li> <li>4. E' individuato il medico responsabile della gestione del ricovero del paziente</li> </ol>
<p><i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'apertura dei reparti di terapia intensiva e semi-intensiva e la presenza del care giver è mantenuta.</li> <li>- L'attività di recall viene regolarmente assicurata:</li> </ul> <p><u>Strutture coinvolte:</u>                      Cardiochirurgia; Chirurgia Toracica; weeksurgery (Chirurgia Generale, Clinica di Chirurgia Generale, Clinica Urologica; Chirurgia Vascolare; Gastroenterologia; Clinica Ortopedica, Ortopedia e Traumatologia; Senologia); Otorinolaringoiatria; Chirurgia Maxillo-Facciale; Chirurgia Plastica; Clinica di oculistica; Oculistica; Neurochirurgia e Chirurgia Vertebro-Midollare.</p> <p><u>Caratteristiche dei pazienti coinvolti di cui sia stato acquisito il consenso informato per il contatto telefonico:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- maggiorenni;</li> <li>- intervento chirurgico in ricovero ordinario programmato;</li> <li>- dimissione dal reparto chirurgico a domicilio (senza attivazione di assistenza domiciliare).</li> </ul>	

Contatti effettuati nel 2019:

Totale di 2869 interviste telefoniche, con una media di 240 circa al mese

- Nei reparti internistici viene individuato il medico di riferimento del paziente, anche se non formalmente riportato nei sistemi informativi; nei reparti chirurgici e intensivi/semintensivi viene assicurata la continuità della presa in carico da parte delle equipe medica.

<b>Valutazione</b>	<b>1. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>2. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>3. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>4. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**4. IL SISTEMA INFORMATIVO**

<b>Riorganizzazione dei servizi ICT</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Censimento dei principali Servizi ICT a supporto della funzionalità ed organizzazione delle Aziende e redazione di un Piano di riorganizzazione.	Redazione del piano di riorganizzazione, propedeutico all'attuazione della LR 27/2018 di ridefinizione dell'assetto aziendale
<i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i>	
Il censimento dei principali Servizi ICT a supporto della funzionalità ed organizzazione delle Aziende del SSR è stato svolto e l'Azienda ha collaborato per quanto di competenza.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Revisione sistemi</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Partecipazione ai gruppi di lavoro (Gestione Risorse Umane, Gestione contabilità) Individuazione siti pilota, configurazione e avviamento siti	- Evidenza della partecipazione al 90% degli incontri - Collaborazione e sviluppo delle attività in coerenza alle indicazioni regionali
<i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i>	
L'azienda ha garantito la partecipazione dei propri referenti ai gruppi di lavoro sui temi indicati.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Cartella clinica</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Partecipazione ai gruppi di lavoro Individuazione siti pilota, configurazione e avviamento siti	- Evidenza della partecipazione al 90% degli incontri - Collaborazione e sviluppo delle attività in coerenza alle indicazioni regionali
<i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i>	

Il gruppo di lavoro non è stato avviato.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b>

<b>Ricetta dematerializzata</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Completamento della ricetta dematerializzata	Farmaceutica >90%
<p>Verifica dell'attività al 31.12.2019</p> <p>Dato 2019: 69,22% MMG/PLS e 67,17% specialisti (fonte SAS® Visual Analytics – Cruscotto direzionale).</p> <p>Il target atteso è molto alto. L'obiettivo è stato inserito anche nella programmazione di budget, tuttavia, nonostante l'impegno ed il monitoraggio costante, l'indicatore risulta di difficile conseguimento.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b>

<b>Firma digitale</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
<p>Firma digitale</p> <p>Produzione e trasmissione Patient Summary da parte dei MMG/PLS</p> <p>Garantire la tracciabilità (biffatura su applicativo GEICO) sull'avvenuta presa visione dell'informativa rispetto al trattamento dei dati personali di base; la singola biffatura è valida nell'ambito dell'anagrafica degli assistiti regionale</p>	<p>Referti ambulatoriali per interni ed esterni &gt; 95%</p> <p>Laboratorio e microbiologia &gt;98%</p> <p>Radiologia &gt; 98%</p> <p>Lettera di dimissione &gt; 98%</p> <p>Pronto soccorso &gt;98%</p> <p>Produzione e trasmissione Patient Summary attivato &gt; 80% dei MMG/PLS</p> <p>100% degli accessi</p>
<p>Verifica dell'attività al 31.12.2019</p> <p>Per la firma digitale, l'azienda si attesta sui seguenti valori (fonte cruscotto SAS Visual Analytics):</p> <p>Referti ambulatoriali per interni ed esterni 94,4% (escluso laboratorio e radiologia)</p> <p>Laboratorio e microbiologia 97,9%</p> <p>Radiologia 99,5%</p> <p>Lettera di dimissione 85,7%</p> <p>Pronto soccorso 89,7%</p> <p>L'attività di produzione del Patient Summary da parte dei MMG non è stata avviata.</p> <p>Il dato non è rilevabile dai sistemi aziendali.</p>	
<b>Valutazione</b>	<p><b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b></p> <p><b>NON RAGGIUNTO OBIETTIVO RELATIVO A PATIENT SUMMARY.</b></p> <p><b>MANCA L'EVIDENZA DELLA TRACCIATURA</b></p>



<b>Sicurezza informatica</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Sicurezza fisica e logica/funzionale del sistema informativo, anche in attinenza ai temi relativi alla circolare n. 2/2017 del 18 aprile 2017 di AgID “misure minime di sicurezza” ed entrata in vigore del GDPR – (Regolamento UE 2016/679).	Adozione del Piano aziendale Evidenza dell’attuazione del Piano aziendale in coerenza alla DGR 1909 del 19/10/2018.
<p><i>Verifica dell’attività al 31.12.2019</i></p> <p>E’ stato definito a livello regionale il documento “Sicurezza informatica e protezione dei dati”.</p> <p>Con il finanziamento della DGR 1909/2018 “LR 20/2018, art 9, comma 11- approvazione del piano di sicurezza - digital security per le aziende del servizio sanitario regionale e riparto dei relativi contributi” è stato acquisito ed attivato il servizio di Vulnerability Management (Qualys Cloud Platform 2.42); sono stati acquisiti e sono in fase di attivazione un sistema di Data Loss Prevention (ForcePoint Security Management) e SIEM - Security Information and Event Management (IBM QRadar SIEM) (decreti n. 58 del 23.1.2019 e n. 630 del 7.8.2019)</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Rinnovamento SIASI</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
<p><b>SALUTE MENTALE:</b></p> <p>Individuazione del sito pilota e pianificazione estensione alle altre aziende</p> <p>Configurazione e avviamento del sistema nel sito pilota</p> <p>Estensione del sistema ad altre due aziende</p> <p><b>ASSISTENZA TERRITORIALE:</b></p> <p>predisposizione dei requisiti per capitolato tecnico</p>	<p>Collaborazione e sviluppo delle attività in coerenza alle indicazioni regionali</p> <p>Evidenza della partecipazione al 90% degli incontri</p>
<p><i>Verifica dell’attività al 31.12.2019</i></p> <p>Il sito pilota individuato per l’attivazione del sistema è l’Azienda Sanitaria Friuli Orientale.</p> <p>La partecipazione agli incontri è stata garantita.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Regolamento europeo GDPR n. 679/2016 e D.lgs. 196/2003 come modificato dal D.lgs. 101/2018</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Partecipazione obbligatoria del Direttore Generale/Commissario, Direttore Amministrativo/Vicecommissario Amministrativo, Direttore Sanitario/Vicecommissario Sanitario al corso sul trattamento dei dati personali realizzato	Evidenza della partecipazione al corso

dalla DCS. Predisposizione delle informative per le ditte esterne in accordo all'art. 28 del GDPR 679/2017.	50% entro 31.05.2019 85% entro 30.10.2019 100% entro 31.12.2019
<i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i>	
E' stata garantita la partecipazione al corso "Regolamento europeo GDPR n. 679/2019..." a Trieste il 21.5.2019 del Vicecommissario Amministrativo e del Vicecommissario Sanitario.	
Sono state predisposte le informative in coerenza con l'art. 28 del GDPR n. 679/2017 per tutte le ditte esterne, in collaborazione con il Data Protection Officer ed il gruppo multidisciplinare della Privacy Aziendale.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Gestione dell'attività sanitaria in ambito ospedaliero</b>	
Obiettivo Aziendale:	Risultato atteso:
Potenziamento, revisione ed estensione delle integrazioni dei sistemi clinico sanitari	Evidenza della collaborazione alle attività
Normalizzazione della gestione delle credenziali, individuazione ed attivazione sistema Single Sign on	
Revisione del sistema CUS con particolare attenzione alla scheda medica elettronica (linea 3.5.2)	
Sviluppo e operatività del sistema di tele refertazione per Second Opinion in radiologia pediatrica (linea 3.5.4)	
Implementazione della prescrizione trasfusionale informatizzata (linea 3.5.6)	
<i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i>	
Sono stati assicurati i livelli di collaborazione con il livello regionale alle linee di lavoro sopra riportate. È stata implementata ed è in fase di diffusione presso tutte le articolazioni aziendali (linea 3.5.6).	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Gestione dell'attività sanitaria in ambito di assistenza distrettuale</b>	
Obiettivo Aziendale:	Risultato atteso:
Collegamento informatico presso tutte le sedi aziendali (ob. 4 linea 3.2.1.1)	Evidenza della collaborazione alle attività
Piattaforma di connessione con la medicina generale	
Avviamento del nuovo sistema di iscrizione ai MMG presso tutte le aziende del SSR	

Avviamento del sistema di logistica, gestione e distribuzione degli ausili, protesi e ortesi in fase di acquisizione dall'ARCS	
Avvio di un tavolo tecnico congiunto (DCS, Federfarma e MMG/PLS) per analizzare tutti i processi che possono diventare "paperless" attraverso l'utilizzo della ricetta dematerializzata	
<i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i>	
È stata operata in collaborazione con INSIEL S.p.A. l'ottimizzazione del collegamento informatico presso tutte le sedi aziendali.	
È stato attivato presso tutti i Distretti, in collaborazione con INSIEL S.p.A., il nuovo sistema GASB per l'iscrizione ai MMG.	
La partecipazione agli incontri relativi alla acquisizione del sistema di logistica, gestione e distribuzione degli ausili, protesi e ortesi è stata garantita.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Gestione dell'attività sanitaria in ambito di assistenza socio sanitaria (obt. 5 linea 3.2.2.4)</b>	
Obiettivo Aziendale:	Risultato atteso:
Adozione e configurazione di un unico strumento regionale per i DSM	Evidenza della collaborazione all'attività
<i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i>	
La collaborazione agli incontri per l'adozione e configurazione di un unico strumento regionale per i DSM è stata garantita. Sono state adeguate tecnologicamente, e aggiunte laddove indicato, le postazioni di lavoro per garantire l'ottimale attivazione del sistema.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Gestione dell'attività della odontoiatria pubblica (linea 3.2.4)</b>	
Obiettivo Aziendale:	Risultato atteso:
Supporto all'avviamento della cartella clinica elettronica entro il 31.01.2019	Revisione della tempistica da parte della DCS
<i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i>	
L'attivazione della cartella non è avvenuta in attesa di indicazioni regionali.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Potenziamento dell'infrastruttura per la Continuità Operativa</b>	
Obiettivo Aziendale:	Risultato atteso:
Potenziamento delle reti geografiche e locali	Evidenza della collaborazione alle attività

Razionalizzazione dei data center aziendali	
<i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i>	
È stata assicurata la partecipazione ai lavori regionali e si è provveduto allo svolgimento delle attività per la classificazione finale delle infrastrutture <i>Data Center</i> ai sensi della Circolare AgID 1/2019.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Sistema direzionale regionale</b>	
Obiettivo Aziendale:	Risultato atteso:
Implementazione del Data Warehouse gestionale	Evidenza della collaborazione alle attività
Sviluppo del registro regionale dei dispositivi medici impiantabili	
<i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i>	
Attività in attesa di indicazioni regionali.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

#### 4.1 Sistema PACS regionale

<b>Obiettivo aziendale:</b>	<b>Risultato atteso:</b>
1. Rinnovo del sistema PACS regionale con aggiornamento delle sue componenti tecnologiche.	E' assicurato l'aggiornamento delle precondizioni impiantistiche e logistiche, fatte salve le programmazioni INSIEL E' garantito il supporto tecnico alle attività di installazione
<i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i>	
Tutte le stazioni PACS aziendali sono state aggiornate e/o sostituite nelle tempistiche utili ad effettuare il rinnovo del sistema PACS. L'avviamento del rinnovato sistema PACS è avvenuto in data 25/11 per quanto riguarda il visore web e il 2/12 per la parte server/client.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
2. Consultazione/visualizzazione di referti e immagini in situazione emergenziale inter-aziendale: prosecuzione della messa a regime del caso d'uso negli ambiti clinici previsti dalla programmazione sanitaria regionale	E' garantito il supporto tecnico e clinico nelle attività di messa a punto e collaudo dei sistemi di collegamento Spoke-Hub.
<i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i>	
Il caso d'uso del teleconsulto cardiocirurgico è stato validato nella configurazione di TEST. Le configurazioni delle ANR per l'avvio all'utilizzo ordinario sono state attivate.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<p>3. Collaudo presso un sito pilota della soluzione di integrazione SIO/PACS per la produzione di un referto multimediale in Radiologia, già testata in ambiente di prova e avvio della soluzione a livello regionale.</p>	<p><b>OBIETTIVO STRALCIATO CON DGR</b> <b>1812/25.10.2019</b></p>
<p>4. Proseguimento dell'estensione sistema PACS all'intero ambito dell'endoscopia ambulatoriale (broncoscopia, cistoscopia, isteroscopia, ...) in relazione alle esigenze cliniche espresse dalle Aziende.</p>	<p>Entro marzo sono confermate le esigenze cliniche nei vari ambiti dell'endoscopia ambulatoriale ed è predisposto un piano di attuazione delle precondizioni tecnologiche per l'adozione dei profili di integrazione versus G2 e PACS</p> <p>Entro l'anno è attivato il flusso di integrazione versus G2 e PACS almeno per uno degli ambiti clinici individuati</p>
<p><i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i></p> <p>Il piano di attuazione delle precondizioni tecnologiche è stato predisposto ed attuato. E' stato attivato il flusso per l'ambito clinico broncoscopia, otorino e piastra endoscopica.</p>	
<p><b>Valutazione</b></p>	<p><b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p>
<p>5. Potenziamento delle funzionalità elaborative con moduli aggiuntivi per l'analisi diagnostica evoluta in distretti anatomici specifici, secondo motivate richieste aziendali e in coerenza con il progetto regionale di sviluppo dei sistemi informativi ospedalieri.</p>	<p>Entro marzo è presentato un documento di richiesta motivata di moduli di post elaborazione da integrare nel sistema PACS regionale</p>
<p><i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i></p> <p>L'aggiornamento PACS ha uniformato la disponibilità di una serie di funzioni avanzate su tutte le nuove stazioni. Al momento, pertanto, non risultano necessari moduli aggiuntivi.</p>	
<p><b>Valutazione</b></p>	<p><b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p>

## FORMAZIONE

<p><b>Formazione</b></p>	
<p><b>Obiettivo aziendale:</b></p>	<p><b>Risultato atteso:</b></p>
<p>1. Accredimento di eventi FAD gestiti su piattaforma HTL.</p> <p>2. Utilizzo della funzione "iscrizione on line" agli eventi</p>	<p>1. Accredimento di n. 1 evento FAD entro il 30.09.2019;</p> <p>2. Utilizzo della funzione "iscrizione on line" per almeno 5 eventi RES entro il 30.11.2019</p>
<p><i>Verifica dell'attività al 31.12.2019</i></p> <p>1. E' stato accreditato entro il 30.9.2019 il corso FAD: "Corso di Medicina del Dolore per Medici di Medicina Generale (MMG)" accreditato in data 17.02.2019. Altri due eventi sono stati accreditati in data 11.11.2019 "La sepsi: riconoscimento precoce gestione prime fasi" per medici e per infermieri.</p> <p>2. - Si è utilizzata la funzione "iscrizione online" per 5 eventi: "La ricerca clinica in oncologia", "Comunicazione ed</p>	

emozioni in ospedale: strumenti e supporto per il benessere emotivo degli operatori”, “Contatto pelle a pelle” in 5 edizioni, “La riapertura toracica in emergenza in Terapia Intensiva Cardiochirurgica”, “TERAP ED ESSENTIAL EVIDENCE PLUS: risorse elettroniche basate sulla migliore evidenza scientifica disponibile”

**Valutazione**

**1. OBIETTIVO RAGGIUNTO**

**2. OBIETTIVO RAGGIUNTO**

## TABELLA INDICATORI

			ASIUD	
			DATO AZIENDA	DATO DIREZIONE
1. LEA	PREVENZIONE Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base	>= 95%	92,07%	92,07%
1.a LEA	Difterite-tetano	>= 95%	92,07%	92,07%
1.b LEA	Antipolio	>= 95%	92,07%	92,07%
1.c LEA	Antiepatite B	>= 95%	91,75%	91,75%
2 LEA	PREVENZIONE Vaccinazione raccomandate MPR	>= 90%	90,91%	90,91%
3 LEA	PREVENZIONE Vaccinazione raccomandata contro l'influenza dell'anziano	>=70%	60,2%	60,20%
	Vaccinazione anti herpes zoster nei 65	>= 35%		43,90%
7 LEA	PREVENZIONE Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro	>=85	66,13	66,13
8 LEA	TUTELA DELLA SALUTE NEI LUOGHI DI LAVORO Percentuale di unità controllate sul totale di unità da controllare	>= 5%	5,20%	>= 5%
9 LEA	SANITA' ANIMALE Percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina	>= 98%	100%	>= 98%
10.a LEA	SANITA' ANIMALE Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi bovina/bufalina	>= 98% del 20% allevamenti	100%	>= 98% del 20% allevamenti
10.b LEA	SANITA' ANIMALE Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi ovicaprina	>= 98% del 10% dei capi	100%	>= 98% del 10% dei capi
11 LEA	SANITA' ANIMALE Percentuale di aziende oviceprine controllate (3%) per anagrafe oviceprina	>= 98% del 3% aziende	100%	>= 98% del 3% aziende
12 LEA	SALUTE DEGLI ALIMENTI Percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati dal Piano Nazionale Residui	>=98%	100%	>=98%
13	SALUTE DEGLI ALIMENTI Percentuale di unità controllate sul totale delle imprese alimentari registrate	>= 20%	20,30%	>= 20%
14	DISTRETTUALE Tassi di ospedalizzazione evitabile con la metodologia sviluppata dall'Agenzia statunitense AHRQ per i Prevention Quality Indicators (PQIs): indicatore complessivo da 14.a a 14.1	somma indicatori <= 115	95,8	83,7
15	ASSISTENZA DOMICILIARE Percentuale di anziani >=65 trattati in ADI con PAI	>= 3,8%	2,70%	2,82%
16	HOSPICE Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100)	> 1	1,1	22,30
17	SPECIALISTICA AMBULATORIALE Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1000 residenti (>=65 anni)	<= 24	24,6	22,30
18	FARMACEUTICA Incidenza di sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (anti-ipertensivi)	<=30%	42,78	42,68
19	FARMACEUTICA Consumo pro-capite di farmaci inibitori di pompa protonica	25 up pro cap	28,3	28,30
20	SALUTE MENTALE utenti in carico nei centri di salute mentale per 1.000 abitanti	>=10	17,5	17,49
21	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	>= 38%	43,40%	43,20%
22	Rapporto tra i ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza (allegato B Patto Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inapproprietezza in regime ordinario	<= 0,32	0,18	0,245
23	Percentuale di parti cesarei	<20%	15,90%	15,90%
24	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 48 h in regime ordinario	>70%	69,70%	69,20%
BERSAGLIO valore 2014 226,31 (C.11a.1.1)	CUORE riduzione del tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti di 50-74 anni	< 200	135,1	137,3

			ASIUD	
			DATO AZIENDA	DATO DIREZIONE
	RENE potenziamento della Dialisi peritoneale e dei trapianti con l'obiettivo di ridurre i pazienti in emodialisi al di sotto del 52% del totale (trapiantati + emodializzati + in dialisi peritoneale)	< 52%	59,00%	63,61%
BERSAGLIO (C11.a.2.4)	PANCREAS riduzione del tasso di amputazioni maggiori per diabete	< 28 per milione di residenti	30,5	33,1
BERSAGLIO (C11.a.3.1)	POLMONE riduzione del tasso di ospedalizzazione per BPCO	< 55 per 100.000 residenti 50-74 anni	51,1	57,90
	ICTUS aumento dell'attività di Trombolisi endovenosa/endoarteriosa al di sopra nel 2019 di almeno 350 trattamenti nel territorio regionale	160 trattamenti	202	193
	TRAUMA trattamento della frattura di femore entro 48 h in almeno il 70% (hub) o 80% (spoke) dei casi trattati dal presidio ospedaliero;	>= 70% hub per presidio	70,0%	69,50%
	TRAUMA trattamento traumatologia in urgenza - degenza media preoperatoria	<1,5 gg	2,2	2,25
	TRAUMA trattamento traumatologia in urgenza - attesa media preoperatoria	< 8 gg	8,9	9,1
BERSAGLIO (C16.2)	PRONTO SOCCORSO ED EMERGENZA URGENZA aumentare la percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1 h rispetto al totale dei pazienti con codice verde	>= 65% hub	64,0%	48,54%
				67,91% ped
BERSAGLIO (C16.3)	PRONTO SOCCORSO ED EMERGENZA URGENZA aumentare la percentuale dei pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto Soccorso meno di 4 ore	>= 75% hub	78,0%	65,03%
				89,97% ped
BERSAGLIO (C7.1)	MATERNO INFANTILE mantenimento della percentuale dei parti cesarei depurati (NTSV) al di sotto del 20% dei parti totale dei parti depurati	< 25% se > 1000	15,90%	10,82%
BERSAGLIO valore 2014 26,78	MATERNO INFANTILE i parti indotti farmacologicamente devono essere ridotti al di sotto del 20%	< 20%		37,15%
Tasso standardizzato	TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE contenimento al 125 x mille	125 x mille	124,03	124,20
BERSAGLIO (C14.2.a)	DAY HOSPITAL MEDICO DI TIPO DIAGNOSTICO - ADULTI riduzione dei numero di ricoveri in Day Hospital medico per acuti con finalità diagnostica portando la percentuale al di sotto del 20% per gli adulti e del 40% per i pediatrici	< 20% adulti	26,90%	26,90%
BERSAGLIO (C14.2.2)	DAY HOSPITAL MEDICO DI TIPO DIAGNOSTICO - PEDIATRICI riduzione dei numero di ricoveri in Day Hospital medico per acuti con finalità diagnostica portando la percentuale al di sotto del 20% per gli adulti e del 40% per i pediatrici	< 40% pediatrici	60,00%	59,40%
BERSAGLIO (C14.4)	RICOVERI MEDICI OLTRE SOGLIA riduzione della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni portandola al di sotto del 4%	< 4%	6,10%	6,10%



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

### 3.1 PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

<b>3.1.1. Tutela della salute della donna</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Nell'ambito dei corsi di preparazione al parto e nei centri nascita veicolare il messaggio dell'importanza della vaccinazione infantile e dell'adozione di stili di vita sani.	Evidenza della promozione delle vaccinazioni da parte delle ostetriche e delle assistenti sanitarie nei corsi di accompagnamento al parto e puerperio e nei centri nascita: già calendarizzate per il 2019 tutte le sedute nelle sedi previste.
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
<p>In tutti i consultori famigliari sono stati svolti incontri di promozione delle vaccinazioni e dell'adozione di sani stili di vita all'interno dei corsi di accompagnamento alla nascita secondo un calendario mensile. L'importanza delle vaccinazioni e dell'adozione di sani stili di vita viene promossa anche in occasione della dimissione dai Punti Nascita.</p> <p>Nel corso del 2019 sono state effettuate tutte le sedute calendarizzate: n. 68 di promozione delle vaccinazioni (n. 11 Consultorio Familiare di Pordenone, n. 12 Casa di cura San Giorgio, n. 6 Consultorio Familiare di Maniago, n. 6 Consultorio Familiare Spilimbergo, n. 10 Consultorio Familiare di Sacile, n. 11 Consultorio Familiare di Azzano Decimo, n. 12 Consultorio Familiare di San Vito al Tagliamento) e n. 36 di Prevenzione degli incidenti domestici negli incontri post-partum (n.12 Consultorio Familiare di Pordenone, n. 4 Consultorio Familiare di Maniago, n. 4 Consultorio Familiare di Spilimbergo, n.9 Consultorio Familiare di Sacile, n. 7 Consultorio Familiare Azzano Decimo).</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.1.2 Migliorare la salute nei soggetti a rischio MCNT e malati cronici (Programma I PRP)</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
<u>Screening opportunistico</u> : avvio di uno screening opportunistico su stili di vita e rischio cardiovascolare globale.	<p>Inserimento del 10% dei pazienti eleggibili di ogni M.M.G. che aderisce allo screening opportunistico a seguito di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-attivazione della piattaforma regionale e interfacciamento con i gestionali dei MMG</li> </ul> <p><b>Modificato DGR 878/2019</b></p>
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
Non è stata attivata la piattaforma regionale con relativo interfacciamento con i gestionali dei.	

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<b>3.1.3 Gli screening oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia (Programma II PRP)</b>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
1. L'AAS5 assicura la collaborazione per la riconversione del programma di screening cervicale, inclusi gli aspetti di comunicazione e formazione.	1. Operatori aziendali formati.
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
1. Gli operatori aziendali sono stati formati (eventi formativi nelle date 20/3, 21/3 a Trieste e 15/04, 17/06, 23/10 a Pordenone e 17/12 al CRO).	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
2. L'AAS5 garantisce i prelievi per HPV-DNA test di primo livello.	2. Dotare gli ambulatori di prelievo delle dotazioni come da nota trasmessa dalla DCS.
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
2. Le dotazioni sono state garantite in tutte le sedi come richiesto da DCS.	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
3. L'AAS5 garantisce i prelievi per HPV-DNA test di primo livello: Collaborano alla realizzazione della logistica di trasporto dei campioni al laboratorio unico secondo le indicazioni della DCS.	3. Logistica di supporto realizzata secondo indicazioni DCS.
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
3. La logistica di supporto è stata realizzata secondo le indicazioni della DCS.	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
4. L'AAS5 garantisce la tempestiva lettura dei pap-test primari fino a transizione di programma avvenuta.	4. Letture dei pap-test primari presso le sedi di attuale competenza fino a transizione del programma ultimata (>80% dei pap test refertati entro 21 giorni dalla data di prelievo).
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
4. La lettura dei pap test primari è stata garantita nei tempi previsti dall'Anatomia Patologica di Pordenone: 84,7% dei pap test refertati entro 21 giorni dalla data di prelievo	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
5. Raggiungere e mantenere un'adesione ai programmi di screening pari al 70 % per la cervice uterina, al 70 % per la mammella, e al 70% per il carcinoma del colon retto.	5. Adesione pari al 70% per la cervice uterina, al 70% per la mammella, e al 70% per il carcinoma del colon retto.
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
5.	
Adesione 2019	
Colon retto 62,3%	
Mammella 73,7%	
Cervice 59,1%	

Valutazione	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
6. Mantenere aggiornate, tramite i distretti, le anagrafi sanitarie verificando assistiti in base ai dati del monitoraggio delle lettere inesitate fatti pervenire dalla DCS.	6. Percentuale di inviti inesitati < = 1,5% Formale individuazione, con trasmissione alla DCS entro 30 giorni dall'approvazione definitiva delle presenti linee, di un referente amministrativo in ogni distretto. Report alla DCS entro il 31.12.2019 con le azioni intraprese ai fini del contenimento del fenomeno.
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
6 Percentuale di inviti inesitati: 1,4% Sono stati formalmente individuati e comunicati alla DCS i nominativi dei referenti in ogni distretto. Sono state eseguite le verifiche delle lettere inesitate e registrate sul nuovo portale screening da parte dei distretti. Il report con le azioni intraprese è stato inviato alla DCS in aprile 2020, in quanto i dati necessari alla verifica delle lettere inesitate sono stati resi disponibili alle aziende solo nel mese di dicembre 2019, pertanto le verifiche da parte dei distretti si sono protratte anche nei primi mesi del 2020.	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
7. Continuare a garantire le sedi per l'erogazione dello screening mammografico accertando la permanenza dei requisiti per l'installazione dell'unità mobile e garantendo l'accessibilità da parte delle persone (barriere architettoniche, igiene dei locali, rispetto della privacy, decoro...)	7. L'AAS5 garantisce Il rispetto dei requisiti check-list DCS La collaborazione negli eventuali sopralluoghi di controllo
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
7. La collaborazione negli eventuali sopralluoghi di controllo è stata sempre garantita dall'unità screening del Dipartimento di Prevenzione. Sono stati programmati alcuni lavori migliorativi nella sede di Maniago da realizzare prima del periodo di stazionamento dell'unità mobile nel 2020.	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
8. Garantire che i radiologi certificati svolgano sia la lettura del test mammografico di screening sia la gestione del percorso di approfondimento diagnostico dei casi richiamati	8. Lettura del primo livello e gestione del percorso di approfondimento diagnostico da parte di radiologi certificati
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
8. la lettura del primo livello e la gestione del percorso di approfondimento diagnostico sono stati garantiti da parte di radiologi certificati	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
9. Garantire la tempestiva e corretta chiusura dell'esito dei casi di secondo livello dello screening mammografico nel G2 clinico, ridurre i richiami intermedi (early recall) dopo approfondimento	9a. Tempi di attesa per approfondimenti di secondo livello < o = 20 gg da esito positivo della mammografia di primo livello. 9b. Percentuale di casi di secondo livello chiusi correttamente > = 95%. 9c. Tempo di attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella ≤ a gg

	30. 9d. Percentuale di early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso") / totale dei casi chiusi dall'unità senologica inferiore al 10%.
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
9. 9a. Tempi di attesa per approfondimenti di secondo livello: garantiti entro 20 giorni dall'esito positivo di primo livello (media 17,3 gg.) 9b. Percentuale di casi di secondo livello chiusi correttamente =99,5% 9c. Tempo di attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella ≤ a gg 30: 44,6% degli interventi alla mammella in priorità A eseguiti entro 30 gg dalla prenotazione (attesa media 33,2 gg.) 9d. Percentuale di early recall <10% = 4,18% per Unità senologica PN- San Vito	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>
10. 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	10a. Percentuale di cartelle correttamente compilate ≥95%. 10b. Tempo di attesa per colonscopia di approfondimento di secondo livello ≤ 30 giorni.
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
10. 10a. Percentuale di casi di secondo livello chiusi correttamente =97,4% (chirurgia San Vito 97,5%, Gastroenterologia PN SP 97,4%). 10b. Tempo di attesa per colonscopia di approfondimento di secondo livello: è sempre stata garantita l'offerta entro 30 giorni dall'esito positivo di primo livello in almeno uno dei centri di secondo livello aziendali.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>3.1.4 Gli screening neonatali (Programma III PRP)</b>	
Obiettivo aziendale: Partecipare ai lavori (coordinati dal IRCSS Burlo) finalizzati alla diffusione e applicazione di una procedura regionale per lo screening neonatale audiologico e per lo screening neonatale oftalmologico con aggiornamento del PDTA, per lo screening neonatale metabolico esteso, per l'identificazione della fibrosi cistica e dell'emoglobinopatia nella popolazione a rischio.	Risultato atteso: L'azienda partecipa al gruppo regionale per la diffusione e applicazione di procedure regionali per: - screening neonatale audiologico - screening neonatale oftalmologico - screening neonatale metabolico esteso - identificazione della fibrosi cistica e dell'emoglobinopatia nella popolazione a rischio. Diffusione e applicazione delle procedure con report al Burlo
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
L'azienda partecipa attivamente al gruppo regionale per la diffusione e applicazione di procedure regionali	

per:

- screening neonatale audiologico
- screening neonatale oftalmologico
- screening neonatale metabolico esteso.

Tali screening vengono effettuati routinariamente a tutti i nuovi nati. La nostra azienda è promotore dello screening per le emoglobinopatie nella popolazione a rischio ed esegue presso il nostro centro trasfusionale lo screening per tutti i punti nascita della regione ad esclusione di Udine che ha un suo programma personale. Lo screening della fibrosi cistica per scelta regionale non è stato ancora attivato. Nelle sedi di discussione la nostra Azienda da anni chiede la sua attivazione. Gli screening vengono eseguiti a tutti i nati e vengono inseriti nel **Portale Gestionale Screening Neonatale – Regione Friuli Venezia Giulia** - Noi possiamo accedere alla piattaforma informatizzata per la registrazione dei dati ma non alla reportistica.

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>OBIETTIVO STRALCIATO: IDENTIFICAZIONE PRECOCE FIBROSI CISTICA</b>
--------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>3.1.5 Salute e sicurezza nelle scuole e benessere dei giovani (Programma III PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Diffondere il modello di Scuola che promuove la salute, che ha lo scopo di migliorare il successo scolastico e facilitare l'azione in favore della salute.	1. Almeno il 90% delle 42 scuole dell'area vasta pordenonese (ovvero 37 scuole) dovranno esser raggiunte dalla proposta di aderire alla rete Scuole che promuovono salute (SHE).
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
2. Sviluppo di progettualità di peer education nelle scuole. Continua la diffusione e implementazione dei progetti riconducibili alle buone pratiche, quali modello What's up, Unplugged, peer education ecc.	2. Aderiscono alla progettazione almeno 50% delle scuole (21 scuole). Le progettualità dovranno essere inserite in banca dati PROSA.
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
1. A tutte le 42 scuole dell'area Vasta Pordenonese è stata inviata la lettera in data 28/05/2019 che riporta tutti i progetti di promozione alla salute compresa la parte dedicata alla SHE.	
2. Nel 2019 hanno aderito n. 30 istituti su n. 42 totali alle progettualità di cui al punto precedente. La percentuale di adesione è del 71%. In PRO.SA sono inserite le progettualità Merenda sana e Unplugged.	

<b>3.1.6 Prevenzione delle dipendenze (Programma IV PRP)</b>
Si rimanda alla linea 3.3.2.10

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

2. Diffusione delle opportunità di attività fisica presenti sul territorio attraverso il sito regionale <a href="https://invecchiamentoattivo.regione.fvg.it/">https://invecchiamentoattivo.regione.fvg.it/</a>	2. Presenza, sul sito, delle attività realizzate in collaborazione con le associazioni
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
<p>Il Report sull'attività fisica è stato inviato con relazione e resoconti delle attività delle associazioni di volontariato che hanno partecipato al Bando per la concessione di contributi economici alla D.C.S. in data 22/05/2019 prot. n. 37366. È stata inserita la scheda attività in PRO.SA (<a href="https://www.retepromozionesalute.it/bd2_scheda.php?idpr2=5816">https://www.retepromozionesalute.it/bd2_scheda.php?idpr2=5816</a>).</p> <p>È stato avviato il progetto di promozione dell'attività fisica rivolto ai dipendenti che lavorano alla sede centrale di Pordenone e afferenti al Dipartimento di Prevenzione. L'Attività Fisica Adattata è attiva in tutta l'Area vasta Pordenonese.</p> <p>2. È presente sul sito aziendale il catalogo di alcune associazioni o strutture del territorio per effettuare l'attività fisica, che rispondano ad alcune caratteristiche di qualità (adozione di un codice etico, dotazione di un defibrillatore semiautomatico, presenza di personale formato per primo soccorso, corsi condotti da personale con adeguata formazione):</p> <p><a href="https://asfo.sanita.fvg.it/it/progetti/catalogo_attivita_fisica.html">https://asfo.sanita.fvg.it/it/progetti/catalogo_attivita_fisica.html</a></p>	

<b>3.1.8 Prevenzione degli incidenti stradali (Programma VI PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Consolidamento degli interventi finalizzati alla prevenzione degli incidenti stradali	Iniziative di comunicazione e informazione alla popolazione
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
Linea legata alle direttive regionali, rimaniamo in attesa di indicazioni regionali.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.1.9 Prevenzione degli incidenti domestici (Programma VII PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Sensibilizzazione della popolazione nella prevenzione degli incidenti domestici	Diffondere nel territorio (scuole, associazioni, enti ecc.) il report elaborato dalla DCS sulle attività svolte negli anni scorsi. Report inviato alla DCS.
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
Il report della DCS è arrivato in azienda il 03/07/2019 ed è stato inviato a diverse strutture aziendali con mail del 9/07/2019 e del 15/07/2019. E' stato diffuso agli insegnanti delle scuole aderenti al progetto "Lucette e cerotti" e associazioni Unicef e Auser.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.1.10 Miglioramento della qualità nelle attività del dipartimento di prevenzione con particolare riferimento alle attività di vigilanza e controllo (Programma VIII PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Partecipazione al progetto "Prodotti Finiti FVG"	1. Presenza di un modello di scheda di valorizzazione

V fase: definizione modello di scheda per la valorizzazione (pesatura) dei prodotti finiti VI fase: stima risorse impiegate per ogni prodotto finito	condivisa a livello regionale e vistata dal responsabile del progetto  Almeno il 90% dei questionari inviati dal gruppo dovranno essere correttamente compilati dagli operatori
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
2. SIAN/VET: partecipare alla formazione degli auditor e al programma di mantenimento della qualifica	2. Mantenimento della qualifica per 14 auditor
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
3. SPSAL: partecipare attivamente al programma regionale di audit, scegliendo il comparto di interesse a seconda della specificità territoriale.	3. 3 operatori formati partecipano alla costituzione del gruppo di auditor regionale
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b>
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
E' stato definito il modello di scheda per la valorizzazione condivisa (pesatura) dei prodotti finiti. La percentuale di compilazione è stata del 92% (n. 123 compilati su n. 133 coinvolti). La VI fase relativa alla stima delle risorse impiegate è stata effettuata.	
<b>2.</b> E' stato assicurato il mantenimento della qualifica di auditor per n. 16 operatori del Dipartimento di Prevenzione. Come da Decreto 66/SPS del 16.01.2020 "V aggiornamento dell'elenco Regionale degli Auditors Ex Regolamento 8UE)625/2017".	
<b>3.</b> L'AAS 5 alla data attuale ha tre operatori formati. Non sono pervenute indicazioni regionali sulla realizzazione delle azioni successive.	

<b>3.1.11 Migliorare la salute e la sicurezza nei comparti a maggior rischio (Programma IX PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Mantenere un'adeguata vigilanza nei settori edile e agricolo secondo i parametri definiti a livello nazionale	5% delle aziende vigilate (647 aziende) Edilizia: 254 cantieri vigilati (12% dei cantieri notificati nel 2018). Agricoltura: vigilare 43 aziende agricole (Report di attività alla DCS)
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
- Aziende vigilate 682 su 647 previste - Edilizia: 276 su 254 cantieri da vigilare - Agricoltura: vigilate 43 su 43 previste	
<b>Valutazione</b>	<b>1. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>2. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>3. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.1.12 Emersione e prevenzione delle malattie professionali in Friuli Venezia Giulia e promozione della salute nei luoghi di lavoro (Programma X PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso

<p>1. Proseguire il programma integrato di promozione della salute dei dipendenti, che coinvolge i medici competenti, per la declinazione operativa delle azioni dell'obiettivo specifico "Progetto pilota per un programma integrato di salute e benessere dei dipendenti pubblici..." del PRP.</p>	<p>1. Report sui lavoratori a rischio cardiovascolare globale (vedi linea 3.1.2 - Screening opportunistico su stili di vita e rischio cardiovascolare globale.) Offerta di percorsi per smettere di fumare</p>
<p><b>Attuazione al 31.12.2019</b></p> <p>1. Il Servizio Prevenzione e Protezione ha avviato un progetto di formazione/addestramento, specificamente rivolto al personale assistenziale del presidio ospedaliero di Pordenone, maggiormente esposto al rischio da movimentazione manuale dei pazienti, con il preciso scopo di ottenere una riduzione del rischio attraverso un miglioramento dello stato di forma fisica dei lavoratori esposti. È concluso il progetto dello studio sperimentale caso - controllo avviato negli anni 2017-2018, i cui risultati hanno già dato utili indicazioni sull'efficacia dell'iniziativa in termini di miglioramento dello stato di forma fisica dei lavoratori e nella presentazione dei dati in un convegno pubblico. Nel corso del primo semestre 2019 sono state somministrate sedute di ginnastica semplice per 5 gg/alla settimana per tre ore giornaliere. Sono stati effettuati gli screening intermedio e finale sulla salute motoria dei gruppi di studio. Nel mese di dicembre 2019 è stato progettato e svolto l'evento pubblico di presentazione dei dati raccolti. L'evento si è svolto in collaborazione con Unindustria, è ha previsto l'esposizione e il confronto dei dati evidenziando i risultati ottenuti e sensibilizzando i discenti ad una scelta consapevole della propria salute.</p>	
<p><b>Valutazione</b></p>	<p><b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b></p>
<p>2. Realizzare interventi di immunizzazione degli operatori sanitari per la prevenzione e il controllo delle infezioni prevenibili da vaccino.</p> <p>Adottare e applicare le nuove LLGG regionali sulla tubercolosi</p>	<p>2. Il controllo dell'immunizzazione e vaccinazione per malattie prevenibili con vaccino (morbillo, parotite, rosolia, varicella, pertosse, influenza) <b>è inserito nei protocolli di sorveglianza sanitaria</b> di tutti gli operatori sanitari, compresi lavoratori atipici e del servizio civile, operanti all'interno delle strutture aziendali.</p> <p>LLGG regionali sulla tubercolosi applicate</p>
<p>2. E' stato adottato il protocollo di sorveglianza sanitaria stilato ed approvato dai medici competenti, all'interno del quale vi sono indicazioni operative relative agli accertamenti sierologici per morbillo, parotite, rosolia e varicella (MPRV) da effettuare sul personale neoassunto (compresi i volontari, equiparati ai lavoratori ai sensi dell'art. 2 del d.lgs. 81/08). Tutti gli operatori (volontari compresi) assunti nel corso del 2019 sono stati sottoposti a verifica sierologica dei marcatori MPRV. Gli operatori suscettibili sono stati successivamente vaccinati. Esiste un documento aziendale (SQE.8.4 EM4 del giugno 2012), che contiene la politica aziendale per l'offerta vaccinale al personale sanitario ospedaliero. Il documento prevede la proposta ai lavoratori sopra individuati di copertura vaccinale riferita a HBV, Morbillo, Rosolia, Tetano e Influenza.</p> <p>A seguito della pubblicazione delle linee guida regionali per il controllo e la prevenzione della tubercolosi (edizione settembre 2018) è stato avviato un percorso aziendale per la revisione e il riadattamento del protocollo aziendale in vigore, tuttora in fase di completamento. Allo stato delle cose il servizio di sorveglianza sanitaria (SPP) attua le indicazioni del protocollo aziendale (PCI_PR_02 ed. n. 2 rev. N. 2 del luglio 2018) per la prevenzione della trasmissione delle malattie infettive trasmissibili in ambito ospedaliero ed interviene in caso di segnalazione di episodi di tbc tra i pazienti e/o i lavoratori con accertamenti volti a diagnosticare precocemente casi di tbc e con il monitoraggio nel tempo degli operatori esposti (follow-up).</p>	



Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
-------------	---------------------

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Studi di sorveglianza Okkio alla Salute e HBSC	1. Collaborare agli studi di sorveglianza Okkio alla Salute ed alla restituzione dei risultati emersi per HBSC

#### Attuazione al 31.12.2019

1. Conclusa la sorveglianza Okkio alla Salute e conseguente inserimento dati nella piattaforma nazionale. Ad oggi non sono ancora disponibili i risultati regionali emersi per HBSC al fine della restituzione dei dati ai portatori d'interesse.

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
2. Studi di sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento	2. Dare continuità allo studio di sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento

#### Attuazione al 31.12.2019

2. L'attività di continuità allo studio di sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento è proseguita nel 2019.

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
-------------	---------------------

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Partecipazione attiva alle attività del "Gruppo Tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali di cui al Decreto n°630/SPS del 12.08 e della "Cabina di Regia" di cui al Decreto n° 695/SPS del 19.05.2017.	1. Evidenza di partecipazione al "Gruppo Tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali "e alla "Cabina di Regia".

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
2. Sorveglianza delle acque potabili. Mappatura dei pozzi privati utilizzati nell'ambito delle imprese alimentari.	2. Proseguire la mappatura dei pozzi che approvvigionano gli stabilimenti riconosciuti (Reg. 852/853), le imprese alimentari

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
3. Nomina nuovi ispettori Reach / CLP tra il personale che ha partecipato ai corsi di formazione	3. L'ASS5 ha nominato gli ispettori.

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
4. Controlli coerenti con il piano nazionale annuale dei controlli in materia di REACH/CLP	4. Almeno 3 controlli

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
-------------	---------------------

#### Attuazione al 31.12.2019

1. L'azienda ha garantito la partecipazione al Gruppo Tecnico.

2. E' proseguita la mappatura dei pozzi privati utilizzati nell'ambito delle imprese alimentari.

3. Con nota protocollata nr 83899/P del 14/11/2019, inviata in DCS si è provveduto a comunicare che in azienda operano due Ispettori Reach entrambi regolarmente nominati da appositi decreti aziendali. Oltre ai

due tecnici sopra citati, il Dipartimento di Prevenzione, ha provveduto ad inviare al corso teorico di formazione per ispettori reach, altri due tecnici che hanno regolarmente frequentato il corso regionale FVG e sono pronti per la formazione sul campo. I due ispettori Reach hanno svolto 25 vigilanze dando evidenza che il numero svolto è stato sufficiente a coprire quanto richiesto dalla Regione.

4. Sono stati effettuati 25 controlli

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Interventi d'immunizzazione dei volontari ospedalieri	1. Adottato e applicato protocollo vaccinale per i volontari ospedalieri per (morbillo, parotite, rosolia, varicella, pertosse, influenza) e misure per il controllo e la prevenzione della tubercolosi secondo Linee guida regionali
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
1. Si rimanda alla Linea n. 3.1.12	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
2. Assicurare il proseguimento delle campagne vaccinali già avviate e quelle di nuova introduzione (herpes zoster negli anziani)	2. Miglioramento delle coperture vaccinali dell'infanzia e dell'adolescenza - esavalente - MMR 1a e 2a dose - Offerta attiva della vaccinazione anti herpes zoster nei 65enni con copertura >35%
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
2. Coorte di nascita 2017 - esavalente: 95% - MMR 1° dose 92,1%; - MMR 2° dose durante il 2019, la coorte di nascita di offerta attiva è quella del 2013, per cui la copertura è del 88,6% - Offerta attiva della vaccinazione anti herpes zoster nei 65enni con copertura: 41%	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
3. Veterinari: implementazione regionale del Sistema Informativo Nazionale della Farmacovigilanza Ricetta Elettronica (SINF-RE) entro il 2019: Autorizzazione detenzione scorta Formazione interna SINF-RE Anagrafe ministeriale centralizzata delle strutture PET	3. Autorizzazione tramite SINF-RE di almeno il 90% delle autorizzazioni già autorizzate in cartaceo Nuove autorizzazioni in SINF-RE Formazione interna su SINF-RE Aggiornate in SINF-RE la anagrafiche delle strutture veterinarie, di detenzione e colonie feline
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
3. Autorizzazioni tramite SINF-RE inserite: n. 95 (100%) Nuove autorizzazioni in SINF-RE: n. 58 (100%) La Formazione interna su SINF-RE è stata effettuata L'Aggiornamento in SINF-RE delle anagrafiche delle strutture veterinarie, di detenzione e colonie feline è in linea con quanto richiesto dalla Regione	

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
4. Gli ospedali partecipano ai programmi di sorveglianza delle ICA, con evidenza di monitoraggio degli indicatori regionali.	4. Indicatori regionali monitorati
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
4. Gli indicatori regionali sono monitorati come indicato nel programma regionale di rischio clinico	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO

<b>3.1.16 - Comunicazione del rischio e gestione delle emergenze (Programma XIV PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Applicare il protocollo regionale sull'assistenza sanitaria alle persone migranti ed inviare i dati di attività	1. Report mensile
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
1. Il report è stato inviato mensilmente	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
2. Garantire la formazione dei propri operatori sull'antimicrobial stewardship	2. Almeno il 25% di medici prescrittori formati
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
2. E' stato formato il 25% dei medici prescrittori. Nel 2019 sono stati effettuati altri due corsi di formazione sul campo nelle Unità operative di Chirurgia Vascolare e Urologia.	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
3. Diffondere a tutti gli operatori sanitari la reportistica regionale sulle resistenze batteriche	3. Report inviato in formato elettronico a tutti gli operatori sanitari coinvolti in prescrizione e somministrazione di farmaci
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
3. Eseguiti due report in AAS5 con presenza congiunta di Farmacista, Microbiologia, Malattie Infettive e Direzione Medica con illustrazione dei report microbiologici aziendali e regionali e con i dati di prescrizione aziendali. I dati inoltre vengono riportati anche negli incontri di formazione che vengono eseguiti con i MMG nei diversi distretti.	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO

<b>3.1.17 - Alimentazione e salute: promozione di un'alimentazione sana, sicura e sostenibile (Programma XV PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Garantire la partecipazione degli operatori dedicati al percorso formativo programmato a livello regionale sull'allattamento al seno	1. 80% operatori dedicati formati
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
2. Mantenere ed ottimizzare il sistema di rilevazione sull'allattamento al seno alla dimissione e alla seconda vaccinazione	2. 100% schede inserite nel sistema di rilevazione regionale entro un mese dalla dimissione e dalla seconda vaccinazione

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
3. Monitorare le gare di appalto di PA e Enti già mappate nel 2016 e fornire il proprio contributo nelle gare d'appalto in corso nel 2018 per favorire il maggior consumo di frutta e verdura, la riduzione del consumo di sale, usando quello iodato, l'utilizzo di prodotti preferibilmente tipici e a filiera corta	3. Contributo al 10% delle gare d'appalto di PA e Enti
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
4. Proseguire l'attività della verifica della presenza/offerta di sale iodato degli esercizi di vendita e nella ristorazione collettiva	4. Verifica effettuata almeno nel 70% dei controlli su esercizi di vendita e ristorazione collettiva
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
1. L'80% degli operatori dedicati al percorso formativo programmato a livello regionale sull'allattamento al seno ha partecipato all'attività formativa.	
2. % schede inserite entro un mese della dimissione: 100% % schede inserite seconda vaccinazione: 100%	
3. Nel 2019 l'appalto del servizio di ristorazione scolastica era in scadenza in n. 13 comuni (Azzano Decimo, Chions, Pravidomini, S. Quirino, Pasiano, Maniago, Sequals, Claut, Erto e Casso, Vivaro, Vajont, Tramonti, Meduno). Il contributo dato dal SIAN è del 100% (quindi ben oltre il 10% previsto), perché si è intervenuti nel primo semestre su tutti i capitolati d'appalto in scadenza, mediante l'invio di indicazioni specifiche o di menù scolastici validati.	
4. Il contributo dato dal SIAN è del 100% (quindi ben oltre il 10% previsto).	

<b>3.1.18 - Sicurezza alimentare e di salute e benessere animale</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Formazione operatori sui MOCA (materiali e oggetti a contatto con alimenti)	1. 70% degli operatori formati
Redigere procedura condivisa per l'attività di controllo ufficiale	Partecipazione dei referenti SIAN alla redazione della procedura condivisa
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
2. Ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi contenuti nel Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare (PRISAN) anche attraverso l'attività di ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base ai criteri del rischio, delle imprese alimentari; a parità di rischio dovrà essere mantenuto almeno il tasso di copertura 2017	2. VETERINARIA: Alimenti di Origine Animale, come da PRISAN (valori 2018): n. 493 interventi ispettivi n. 16 audit n. 204 campionamenti come da PRISAN n. 55 valutazioni del rischio n. 20 controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni.  SIAN, come da PRISAN (valori 2018): n. 760 interventi ispettivi

	n. 10 Audit n. 207 Campionamenti come da PRISAN Valutazione rischio 100% delle attività controllate n. 20 controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
3. Controlli sulla condizionalità come da convenzione con MIPAAF/AGEA	3. Effettuare il 100% dei controlli previsti e inserire evidenze e verbali in BDN
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
4. Rafforzare gli interventi del Progetto Piccole Produzioni Locali in accordo con la Direzione centrale agricoltura.	4. Garantire l'informazione capillare e la formazione sul territorio. Stesura di una relazione finale dettagliata di verifica Aziendale con tutti gli elementi significativi.
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
5. Potenziare la funzionalità del sistema informativo SICER per l'Area dell'Igiene e Sicurezza Alimentare degli Alimenti di origine animale (Area B) e SIAN.	5. Piena funzionalità del sistema informatico SICER al 31 dicembre 2019.
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
6. Procedere nelle attività del Piano regionale di monitoraggio e controllo della Malattia di Aujeszky dei suini, al fine di richiedere l'accreditamento per Regione indenne.	6. n. 120 allevamenti (valori 2018, 100% della coorte) individuati dal Piano regionale da controllare al fine di richiedere lo status di Regione indenne.
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
7. Attuazione dei controlli sul benessere animale negli allevamenti e durante il trasporto secondo le linee guida operative dettate dalla Task Force benessere animale, istituita con Decreto 659/SPS del 20/08/2015	7. n. 56 interventi (valori 2018) di controllo sul rispetto del benessere animale richiesti dal PRISAN e i controlli previsti sul benessere durante il trasporto.
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
8. Attuazione dei controlli sull'anagrafe ovi caprina come da indirizzi LEA Ministeriali.	8. Raggiungimento del 3% dei controlli come richiesto da LEA Ministeriali.
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
9. Applicazione del PRP sull'Igiene Urbana Veterinaria.	9. Effettuare il 100% dei controlli sulle strutture di ricovero e custodia sia convenzionate che non convenzionate.
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
<p>1. L'80% degli operatori sono stati formati (n. 9/totale 11). La formazione dei referenti SIAN non si è conclusa nel 2019 e sarà inserita una seconda edizione durante il 2020 nel programma regionale al fine di completare e condividere la procedura.</p>	
<p><b>2. VETERINARIA:</b> come da PRISAN (valori aggiornati 2019): n. 187 interventi ispettivi effettuati su 264 previsti a causa della prolungata assenza per malattia di 3 Veterinari del Servizio</p>	

<p>- n. 15/15 Audit effettuati</p> <p>- Sono stati eseguiti N° 124 campioni in matrici alimentari su 131 previsti</p> <p>- Valutazione rischio: 100% delle attività controllate</p> <p>n. 33 controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni sono stati effettuati</p> <p><b>SIAN:</b> come da PRISAN (valori aggiornati 2019):</p> <p>n. 871 interventi ispettivi effettuati</p> <p>n. 6 Audit effettuati</p> <p>n. 213 Campionamenti</p> <p>Valutazione rischio 100% delle attività controllate</p> <p>n. 33 controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni sono stati effettuati</p>
<p><b>3.</b></p> <p>Area A: interventi effettuati n.23/23 controlli (100%)</p> <p>Area C: interventi effettuati n.22/22 controlli (100%)</p>
<p><b>4.</b> È stata garantita sul territorio l'informazione capillare e molti corsi di formazione, ed è stata inviata la relazione al Servizio di Sanità Pubblica Veterinaria della Regione F.V.G.</p>
<p><b>5.</b> Tutti gli interventi ispettivi effettuati nel 2019 sono stati inseriti nel sistema informativo SICER.</p>
<p>6. come da PRISAN (valori aggiornati 2019):</p> <p>Effettuati 77 su 69 controlli</p>
<p>7.</p> <p>VET AREA C: interventi effettuati n. 79/79 (100%) sul benessere animale</p> <p>VET Area A: 4 controlli sui 3 controlli previsti sul benessere durante il trasporto.</p>
<p><b>8.</b></p> <p>Controllati n. 13 allevamenti ovicaprini su n. 12 previsti.</p>
<p><b>9.</b> VET Area A: n. 0 controlli su n. 2 strutture; non sono stati eseguiti per forti carenze di personale (fra cui pensionamenti, periodi lunghi di malattia e di infortunio, come già segnalato durante le verifiche dell'anno 2019). I due controlli sono stati eseguiti in data 30/01/2020.</p>

### 3.2 ASSISTENZA DISTRETTUALE E ASSISTENZA SOCIO SANITARIA

3.2.1.1 Assistenza primaria	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>1. Verifica del livello di raggiungimento degli obiettivi definiti negli AAIRR</p> <p>2. Ricognizione dello stato di attuazione dei CAP e dei Presidi ospedalieri per la salute a livello regionale e delle prospettive di orientamento dei servizi finalizzate al miglioramento della presa in carico della cronicità</p> <p>3. Coordinamento a livello regionale delle attività</p>	<p>1. Riepilogo dei risultati raggiunti dalle singole AFT in riferimento ai punti 1, 3.4.2 e punto 8 dell'AIR per l'anno 2018, unitamente ai provvedimenti aziendali di approvazione: del "Piano di Intervento", degli accordi relativi agli obiettivi da definirsi nell'ambito del punto 8 a livello aziendale e i relativi prospetti riepilogativi delle somme corrisposte ai medici di medicina generale. Riepilogo inviato alla DCS.</p>

<p>degli uffici aziendali deputati alla gestione dei rapporti con i professionisti convenzionati</p> <p>4. Informatizzazione di tutte le sedi aziendali di continuità assistenziale per permettere a tutti i MCA la registrazione informatica delle prestazioni erogate e delle informazioni sanitarie a garanzia della continuità delle cure sull'apposito applicativo messo a disposizione da Insiel</p>	<p>2. Mappatura organizzativa e di funzionamento dei CAP aziendali e dei Presidi ospedalieri per la salute con la precisazione del numero e della tipologia del personale convenzionato dedicato, degli orari di apertura, la descrizione delle attività svolte e relativi volumi, le dotazioni strumentali, gli obiettivi raggiunti in termine di follow up o presa in carico delle persone affette da patologie croniche. I dati al 31.12.2018 trasmessi entro il 30.06.2019;</p> <p>3. Invio entro il 30.04.2019 di un report annuale al 31.12.2018 sullo stato di attuazione degli Accordi integrativi regionali, secondo un format condiviso con i Servizi aziendali e inviato dalla DCS; invio di analogo report semestrale, entro il 31.07.2019</p> <p>4. Attivazione di idonee postazioni informatiche presso ciascuna sede aziendale di continuità assistenziale entro il 30.06.2019.</p>
<p><b>Attuazione al 31.12.2019</b></p>	
<p>1. Con nota protocollata n. 55954 del 31/07/2019 è stata trasmessa la tabella riepilogativa dei dati. Con decreto n. 95 del 30/07/2019 sono stati liquidati gli obiettivi assistenziali e gestionali di cui al punto 8, lettere A), B), C) e D) – anno 2018.</p>	
<p>2. E' stata effettuata la ricognizione dello stato di attuazione dei CAP e dei Presidi ospedalieri per la salute e la mappatura organizzativa e funzionamento. La relazione è stata inviata in DCS con PEC n. 69715/DAPA il 25/09/2019.</p>	
<p>3. Con nota prot. n. 8040 del 01.02.2019 è stato inviato il report annuale al 31.12.2018 sullo stato di attuazione degli accordi AIR. Con nota prot. n. 55947 del 31.07.2019 è stato inviato analogo report semestrale.</p>	
<p>4. In tutte le sedi sono state attivate postazioni informatiche. E' stato anche condiviso un percorso per l'informatizzazione delle prestazioni. Inoltre è stata organizzata la formazione all'uso di tale programma per tutti i medici titolari di continuità assistenziale.</p>	
<p><b>Valutazione</b></p>	<p><b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b></p>

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

<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
<p>1. L'AAS5 non è stata coinvolta nel gruppo tecnico sulle cure di lungo termine</p> <p>2. Conseguentemente non è stato istituito il gruppo aziendale dedicato. Si rimanda alla rendicontazione delle linee sottostanti sull'implementazione delle reti assistenziali.</p>	
<b>Valutazione</b>	<p><b>1. OBIETTIVO STRALCIATO</b></p> <p><b>2. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b></p> <p><b>MANCA EVIDENZA REPORT</b></p>

<b>3.2.1.2.1 Diabete mellito</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Gestione integrata del diabete in coerenza con la DGR 1676/2015.	1. Realizzazione di iniziative di incontro ed audit con MMG in ambito distrettuale/AFT al fine di valutare le performance individuali e di gruppo e gli scostamenti dai valori definiti dalle linee guida di riferimento. Invio in DCS di un report finale.
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
2. Partecipazione dei professionisti aziendali identificati ai fini della creazione della Rete diabetologica regionale con coordinamento unico regionale, al fine di armonizzare l'offerta diabetologica su tutto il territorio regionale	2. Mappatura dell'offerta diabetologica aziendale con evidenza delle criticità Contributo aziendale al report regionale che il coordinamento unico realizzerà entro ottobre 2019.
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>
3. Partecipazione dei professionisti aziendali identificati ai fini della creazione e formalizzazione della Rete regionale per il piede diabetico.	3. Mappatura dell'offerta diabetologica aziendale dedicata al piede diabetico con evidenza delle criticità. Contributo aziendale al report regionale che il coordinamento unico realizzerà entro ottobre 2019.
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>
4. Partecipazione dei professionisti aziendali identificati ai fini della creazione della Rete diabetologica pediatrica regionale con coordinamento unico regionale, al fine di armonizzare l'offerta su tutto il territorio regionale.	4. Mappatura dell'offerta diabetologica pediatrica aziendale con evidenza delle criticità. Contributo aziendale al report regionale che il coordinamento unico realizzerà entro ottobre 2019.
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
5. Applicazione del documento revisionato dal tavolo tecnico regionale Programma di educazione terapeutica rivolto al soggetto diabetico in particolare per l'organizzazione dei campi residenziali	5. Contributo aziendale alla revisione del documento predisposto nel 2008, che il tavolo tecnico regionale realizzerà entro ottobre 2019.
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
<p>1. Sono stati realizzati i 5 incontri con i MMG presso i Distretti: il 17/4/2019 presso il Distretto di Sacile; il 12/6/2019 a Maniago; il 18.9.2019 ad Azzano Decimo; il 13.11.2019 a S. Vito al Tagliamento e il 12.12.2019 a Pordenone.</p>	



<p>2. I Referenti aziendali hanno partecipato agli incontri del tavolo Regionale ed alla costruzione dei documenti delle reti dedicate alle patologie del pancreas e diabete (non ancora deliberata dalla Regione). Gli incontri si sono tenuti nelle date: 24 gennaio 2019, 1 aprile 2019, 14 maggio 2019, 11 giugno 2019, 13 giugno 2019, 03 settembre 2019 e 12 novembre 2019.</p>
<p>3. È stata garantita la partecipazione del Dott. Cesare Miranda al Gruppo di lavoro regionale dedicato all'elaborazione di un PDTA Regionale sul Piede diabetico. Fino ad oggi sono stati organizzati due incontri a Udine il 4.3.2019 ed il 10.4.2019. Dopo l'incontro del 10.4.2019 non sono stati svolti altri incontri</p>
<p>4. I dati richiesti dalla Regione sulla "MAPPATURA DIABETOLOGIA - ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA REGIONALE e DIABETE" e "Ricognizione sulle risorse umane dedicate all'assistenza ai pazienti pediatrici affetti da diabete" sono stati inviati a gennaio 2019. E' stata prodotta una bozza pressochè definitiva del Documento sulla Rete diabetologica pediatrica regionale attualmente in revisione.</p>
<p>5. È stata garantita la partecipazione agli incontri del tavolo tecnico regionale. Il Documento "Linee di indirizzo per l'educazione terapeutica rivolta alla persona con diabete" è stato prodotto e deliberato dalla Regione (in Allegato alla Delibera n°1013 del 21 giugno 2019)</p>

<b>3.2.1.2.2 Scoppio cardiaco</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Creazione di una rete aziendale per la presa in carico e la gestione dello scoppio cardiaco.	Evidenza dei servizi e dei percorsi relativi alla presa in carico e alla gestione dei soggetti con SC in tutti i setting di cura (domicilio – assistenza primaria – assistenza distrettuale – ospedale per acuti).
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
<p>Il PDTA scoppio cardiaco è stato illustrato in data 3-4-2019 nel corso di un'assemblea che si è svolta presso la sala riunione della cardiologia di Pordenone. In data 13-6-2019 la progettualità è stata presentata a tutte le cardiologie afferenti al dipartimento. Sono stati eseguiti incontri multidisciplinari per la presentazione del PDTA nei 5 distretti.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Scoppio cardiaco – TELEMEDICINA (progetto aziendale)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>1. Elaborazione di un progetto di telemedicina per la gestione domiciliare di pazienti in scoppio cardiaco</p> <p>2. Realizzazione di un progetto pilota su una popolazione definita di utenti in scoppio</p> <p>3. Realizzazione di attività formative per il personale sanitario dei distretti, in collaborazione con le AFT/MMG di riferimento</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>1. Progetto elaborato</p> <p>2. Almeno 50 persone coinvolte nel progetto pilota</p> <p>3. Realizzazione di una formazione sul campo per il personale coinvolto</p>
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
<p>A seguito dell'esperienza acquisita negli anni precedenti di adesione al progetto regionale Smart Care, è stato elaborato un progetto di telemedicina (disponibile agli atti) con il quale l'AAS5 ha partecipato al bando della Fondazione Friuli. Il progetto tuttavia non è risultato vincitore e non è stato finanziato. All'interno dell'AAS5, il</p>	

distretto Dolomiti Friulane ha aderito al progetto Aree Interne (Strategia Aree Interne, avviato nel 2013 all'allora Agenzia per la Coesione Territoriale), elaborando (disponibile agli atti) un altro progetto di telemedicina e teleassistenza limitato ai comuni identificati a livello regionale delle Aree interne (Montereale Valcellina, Andrei, Cigolai, Claut, Erto e Casso, Tramonti di sopra e sotto, Meduno). Non è stato possibile procedere alla realizzazione delle attività, in quanto non è stato finanziato e il progetto è stato annullato.

**Valutazione****OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO****3.2.1.2.3 BPCO**

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

**Attuazione al 31.12.2019**

**1.** I referenti aziendali hanno partecipato ancora nell'anno 2018 alla stesura del documento regionale per la Broncopneumopatia Cronica "percorsi diagnostico terapeutici condivisi per i medici di medicina generale e ospedalieri in Friuli Venezia Giulia". Nell'anno 2019 gli specialisti si sono incontrati per adeguare il documento regionale alla luce delle aggiornate evidenze scientifiche e dell'esperienza degli ultimi 12 mesi di attività.

**2.** Sono state adottate strategie per l'implementazione delle conoscenze di base (incontri con i MMG, formazione residenziale nelle strutture territoriali e nelle aggregazioni di MMG, training dei nuovi MMG) in accordo con quanto previsto dalla scuola di formazione CEFORMED. Nel dettaglio: Progetto Connect, Progetto Update sulle malattie respiratorie rare e comuni (BPCO, Asma e IPF). Sono stati creati percorsi per un più rapido referral del paziente al momento della dimissione dalle strutture di Medicina Interna e per la fornitura dell'ossigeno terapia domiciliare. Sono stati effettuati incontri con i MMG per istruirli all'utilizzo degli spirometri portatili per le diagnosi di COPD sospetta o anche conclamata e per il trattamento cronico in base allo stadio della patologia. E' stata consolidata la struttura organizzativa per l'erogazione delle prestazioni pneumologiche volte all'inquadramento della patologia e alla gestione della cronicità nei presidi ospedalieri hub e spoke aziendali. E' stato confermato il programma di spirometrie nei distretti territoriali con prenotazioni calendarizzate con agenda informatizzata. Sono state fornite indicazioni relative alle prescrizioni farmacologiche sottolineando come l'utilizzo di associazioni pre-costituite contenenti steroidi inalatori, anticolinergici e beta-2- agonisti in un unico inalatore ("triplice terapia") vada riservato, come previsto dalle linee guida, ai casi più gravi di malattia (stadio D).

**Valutazione****OBIETTIVO RAGGIUNTO**

<b>3.2.1.2.4 Sindromi dementigene</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
L'AAS5 ha partecipato ai tavoli tecnici regionali quando richiesto	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b>

<b>3.2.1.3 Riabilitazione</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Individuazione professionisti per l'avvio dei lavori sul Piano Regionale della Riabilitazione.</li> <li>2. Monitoraggio attività dei gruppi integrati neuromuscolari (GIN).</li> <li>3. Organizzazione evento formativo sul PDTA per la sclerosi multipla.</li> <li>4. Approvazione PDTA Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) e avvio dei lavori di monitoraggio del PDTA.</li> <li>5. Individuazione professionisti per l'avvio dei lavori sul PDTA riabilitazione oncologica.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Messa a disposizione dei professionisti e partecipazione dei professionisti individuati al gruppo di lavoro sul Piano Regionale della Riabilitazione.</li> <li>2. L'AAS5 invia una reportistica sulle attività del gruppo integrato neuromuscolari (GIN).</li> <li>3. I professionisti aziendali partecipano all'evento formativo organizzato dalla DCS sul PDTA per la sclerosi multipla.</li> <li>4. Attivazione PDTA SLA e messa a disposizione professionisti per monitoraggio.</li> <li>5. Messa a disposizione dei professionisti e partecipazione dei professionisti individuati al gruppo di lavoro sul PDTA riabilitazione oncologica.</li> </ol>
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La Direzione Centrale Salute non ha ancora formalizzato la composizione del Gruppo di lavoro sul Piano Regionale della Riabilitazione.</li> <li>2. Sulla base delle indicazioni del Gruppo di Coordinamento regionale è stata integrata la composizione del GIN con rappresentanti dei Distretti e delle Associazioni di malati (AISLA, ASLA, UILDM) al fine creare le condizioni per una migliore e capillare organizzazione della rete dedicata a SLA e Malattie NM (Incontro con Distretti in data 29.01.19 e nota Direzione Sanitaria del 21.02.19). È stata creata in rete una cartella dedicata alla condivisione documenti e informazioni sui casi di SLA e Malattie Neuromuscolari gestiti dal GIN aziendale. La cartella clinica non è stata utilizzata per problematiche correlate alla privacy del paziente.</li> <li>3. <b>N.</b> 12 professionisti dell'Azienda hanno partecipato all'evento formativo organizzato dalla DCS sul PDTA per la sclerosi multipla svoltosi a Udine il 21 novembre 2019; la partecipazione è stata coordinata dal Servizio Formazione aziendale.</li> <li>4. Il PDTA è stato adottato con Decreto n.409/SPS del 22/02/2019. Il GIN, attraverso gli specialisti identificati e le equipe distrettuali, ha organizzato le forme del monitoraggio indicate dal PDTA. Il monitoraggio è stato fatto utilizzando diversi momenti di verifica ed approfondimento: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Incontro del Gruppo Integrato Neuromuscolare lunedì 1 luglio 2019 alle ore 14,30 presso la Sala 'G. Molaro</li> <li>- È in corso Studio osservazionale SLA sul livello di soddisfazione di pazienti e caregiver per il percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale per la sclerosi laterale amiotrofica in FVG, con consegna del questionario e conclusione prevista il 31 dicembre 2020</li> <li>- Progetto Terapia Occupazionale /ASLA è stata presentata una prima sintesi dei primi sei mesi di esperienza di inserimento del Terapista Occupazionale nel processo di presa in carico delle persone con SLA, all' interno di</li> </ul> </li> </ol>	

<p>un progetto finanziato dall' ASLA.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Svolti audit su casi di continuità</li> <li>- È proseguita l'attività di valutazione Fondo SLA</li> <li>- È stata svolta la formazione sul campo nel Distretto del Noncello su presa in carico SLA e malattie NM (a valenza aziendale) con 5 giornate, rivolto a Personale Comparto.</li> <li>- Realizzato il convegno LE MALATTIE NEUROMUSCOLARI COMPETENZE INTEGRATE NEL PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO, svolto a Pordenone il 26 settembre 2019</li> <li>- Realizzato il convegno "La gestione assistenziale del paziente con SLA", svolto a Maniago il 5 ottobre 2019</li> </ul>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**5.** Sono stati identificati i 2 professionisti aziendali che hanno partecipato al primo incontro del Gruppo di lavoro regionale il giorno 8 aprile 2019. Successivamente non ci sono stati altri incontri.

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--------------------	----------------------------

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

**Attuazione al 31.12.2019**

La DCS non ha ancora provveduto all'adozione del tariffario regionale. A livello aziendale, in esito al lavoro di condivisione condotto dai Direttori delle UO di Riabilitazione, la Direzione Sanitaria con nota del 30/12/2019 ha validato e trasmesso le procedure relative alla prescrizione di carrozzine elettroniche, cicloergometri e trasmessa una nota relativa alla prescrivibilità dei dispositivi in base alla specialità medica di riferimento.

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--------------------	----------------------------

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

**Attuazione al 31.12.2019**

Sono stati avviati gli incontri nelle diverse Unità operative e Strutture per la restituzione dei dati rilevati negli anni 2017 e 2018. Sono stati proposti ed effettuati incontri sul tema. E' stata effettuata una nuova rilevazione (T3) in Unità operative ospedaliere, Rete Cure Intermedie e Strutture residenziali per anziani a Novembre 2019 (il 4 e il 17 novembre).

Sono stati elaborati i dati ed è stato predisposto il relativo report.

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--------------------	----------------------------

**3.2.2 ASSISTENZA SOCIOSANITARIA**

<b>3.2.2.1 Anziani non autosufficienza</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<b>3.2.2.1.2 Sistema di VMD Val.Graf.-FVG e procedure di accesso nelle residenze per anziani convenzionate</b>	<p>1. In continuità l'anno 2018, valutare, mediante l'utilizzo del sistema di VMD Val.Graf.-FVG, tutte le persone per le quali è previsto l'accoglimento in un servizio semiresidenziale o residenziale convenzionato.</p> <p>2. Definizione di procedure uniformi e condivise a livello territoriale per l'ingresso nelle strutture residenziali convenzionate, sulla base degli indirizzi che verranno forniti dalla Regione e nel rispetto delle specificità presenti a livello locale.</p>
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
Tutte le persone per cui è previsto l'ingresso in un servizio semiresidenziale o residenziale convenzionato sono valutate con sistema di VMD Val. Graf.	
<b>Valutazione</b>	<p><b>1. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p> <p><b>2. OBIETTIVO STRALCIATO</b></p>
<b>3.2.2.1.3 Sistema di finanziamento</b>	
<p>1. Continuare a riconoscere i finanziamenti per l'abbattimento della retta di accoglienza nella misura prevista dalle vigenti disposizioni regionali.</p> <p>2. Conclusione del percorso avviato nel 2018 per l'assegnazione dei posti letto convenzionabili aggiuntivi, attribuiti a ciascuna Azienda con DGR n. 1828 del 05/10/2018, secondo le procedure e modalità ivi indicate.</p>	<p>1. Evidenza dei finanziamenti erogati alle strutture</p> <p>2. Evidenza della conclusione del percorso avviato nel 2018 per l'assegnazione dei posti letto convenzionabili aggiuntivi, secondo le modalità previste dalla DGR 1828/2018</p> <p>Modificato DGR 878/2019</p>
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
<p>1. L'Azienda sanitaria ha garantito l'erogazione del contributo giornaliero previsto dall'art. 13 della L.R. 10/1997 nella misura prevista dalla D.G.R. 429/2018. L'AAS5, inoltre, ai sensi del decreto n. 35 del 28.01.2019, ha garantito, in presenza dei parametri di personale e di costo previsti negli accordi, la quota minima di almeno euro 10,00/die per i 1852 posti letto contrattualizzati mentre il rimborso forfettario per il coordinamento infermieristico, la gestione dei rifiuti speciali e i trasporti sanitari, già previsto all'art. 6 lett. b) della vigente convenzione, è stato confermato nella misura di euro 124,52 annui per posto letto contrattualizzato. Si è ottemperato, pertanto, a quanto previsto dalla D.G.R. n. 429 del 02.03.2018 relativamente al rimborso degli oneri sanitari.</p> <p>2. L'AAS 5 ha provveduto con decreto n. 622 del 27.09.2018 ad ampliare il numero di posti letto convenzionati con la Struttura Fondazione "G. Fabricio" di Clauzetto (già autorizzata dalla Regione con decreto n. 1983/SPS del 19.12.2017) per n. 11 Posti, rientranti nella programmazione regionale degli investimenti come previsto dalla D.G.R. n. 1828 del 05/10/2018. Per l'anno 2019 l'AAS ha rinnovato la convenzione, confermando quindi quanto disposto nel 2018.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.2.2.1.4 Monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Mantenimento delle attività di verifica e approfondimento dei percorsi avviati negli anni precedenti e realizzazione di almeno due visite di audit approfondite (a livello aziendale).</li> <li>Redigere e trasmettere alla Direzione Centrale Salute entro il primo semestre del 2019, una dettagliata relazione illustrativa delle attività di monitoraggio e promozione della qualità svolte nell'anno precedente.</li> </ol>
--------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Attuazione al 31.12.2019**

- Sono stati effettuati Audit su 5 strutture: Pasiano (11.4.19), Maniago (17.4.19), Morsano (25.3.19), Sacile (8.5.19), San Quirino (11.7.19).
- È stata redatta e trasmessa la relazione illustrativa delle attività di monitoraggio e promozione della qualità svolte nell'anno precedente con PEC n. 47610-P in data 27/06/2019

<b>Valutazione</b>	<b>1. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>2. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--------------------	----------------------------------------------------------------

<b>3.2.2.1.6 Sperimentazioni "Abitare possibile" e "Domiciliarità innovativa"</b>	L'azienda sostiene e incentiva lo sviluppo delle sperimentazioni "Abitare possibile" e "Domiciliarità innovativa" di cui alla DGR 671/2015 e DGR 2089/2017, attivate nel proprio territorio aziendale.
-----------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Attuazione al 31.12.2019**

Sono proseguiti gli incontri con l'Ambito territoriale Noncello e Distretto del Noncello per la definizione della Procedura per la gestione della sperimentazione "Abitare Possibile". Ci sono stati incontri anche con i responsabili della struttura.

È stata garantita la partecipazione agli incontri con DCS dedicati al percorso di Abitare Inclusivo.

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--------------------	----------------------------

<b>3.2.2.1.7 Sperimentazione screening popolazione anziana fragile e servizio telesoccorso</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<ol style="list-style-type: none"> <li>Adozione del regolamento regionale relativo all'attivazione e gestione del servizio di presa in carico di tele assistenza domiciliare "sicuri a casa"</li> <li>Sperimentazione Progetto PRISMA 7</li> <li>Estensione del progetto PRISMA 7 a tutte le AAS e ASUI della regione</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Il regolamento è adottato con atto formale entro il 31.12.2019.</li> <li>I distretti individuati nel 2018 proseguono le attività previste dal protocollo in uso.</li> <li>Evidenza della rilevazione sugli abitanti &gt;75 dei distretti</li> </ol>
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>Il regolamento non è stato approvato dalla Regione nel 2019</li> </ol>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>Le attività sono proseguite regolarmente come da protocollo in uso nel 2019, dal distretto pilota delle Dolomiti Friulane. Sono stati valutati 257 utenti.</li> </ol>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>Dal mese di marzo 2019 sono stati coinvolti anche gli altri distretti aziendali. E' stata svolta la divulgazione del materiale informativo sul progetto Prisma 7 alla popolazione residente. Sulla base degli elenchi, restituiti al</li> </ol>	

<p>Distretto dalla Regione, si è provveduto a verificare gli elenchi pervenuti con i pazienti presi in carico dai servizi territoriali (MMG, ADI, FT e SSC). Successivamente, insieme ai MMG, è stata avviata valutazione degli utenti a domicilio utilizzando la scheda ValGraf Slim. Gli utenti valutati sono stati: Tagliamento: 234, Dolomiti: 257, Livenza: 39, Sile: 196 e Noncello: 219, per un totale di 945 utenti valutati.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>1. OBIETTIVO STRALCIATO</b> <b>2. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>3. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.2.2.2 Disabilità</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Valutazione degli utenti dei servizi residenziali e semiresidenziali	Raggiungere almeno il 70% dell'utenza in carico che è stata valutata (anche tenendo conto delle valutazioni già effettuate negli anni precedenti.)
<p><b>Attuazione al 31.12.2019</b></p> <p>Dopo alcuni incontri di fine estate 2019 sullo strumento, anche con la partecipazione della competente Direzione regionale, nei Distretti e Servizi si è dato seguito alla rilevazione ed entro la fine del 2019, come previsto da specifico decreto regionale, è stato chiesto il finanziamento specifico all'amministrazione regionale per l'informatizzazione dello strumento, oltre che acquisto presidi hardware.</p> <p>Sono state inviate all'Area Welfare tutte le schede QVad da parte dei centri semiresidenziali e residenziali a gestione diretta e convenzionata ad eccezione di un soggetto gestore.</p> <p>Il 98% delle PcD sono state valutate con la scheda QVad per quanto attiene alla parte socio educativa.</p> <p>Per quanto attiene alla scheda QVad relativa alla valutazione sanitaria si è raggiunto il dato del 70% previsto.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.2.2.2.1 Fondo gravissimi</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Continuare nell'attività di accertamento e segnalazione ai sensi del DPreg. 247/2009	L'AAS5, con la collaborazione tra Distretti sanitari e Servizi sociali dei Comuni, garantisce l'attività di accertamento e segnalazione dei casi di gravissima disabilità da fornire alla DCS secondo le indicazioni del vigente regolamento regionale in materia.
<p><b>Attuazione al 31.12.2019</b></p> <p>Al 31/12/2019 i casi in continuità beneficiari del fondo gravissimi sono n. 78 in quanto n. 2 sono stati ricoverati in struttura protetta definitivamente e n. 3 sono deceduti.</p> <p>I casi nuovi segnalati per l'anno 2019 sono n. 16 di cui: n. 13 approvati e vi è stata erogazione economica, n. 1 escluso per ISEE superiore e n. 2 sono stati ricoverati in struttura.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.2.2.2.2 Fondo SLA</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso

<p>Continuare nell'attività di valutazione, raccolta di documentazione e segnalazione indicate nel Regolamento di cui alla DGR 1692/2000.</p>	<p>L'AAS5 provvede a continuare le attività di valutazione, raccolta di documentazione e segnalazione dei nuovi casi di SLA e dei casi per i quali si è riscontrato un aggravamento, fornendo all'Ente delegato (Area Welfare) tutta la documentazione necessaria alla valutazione selettiva.</p>
<p><b>Attuazione al 31.12.2019</b></p> <p>Sono proseguite le valutazioni da parte del personale dei Distretti dei nuovi casi di SLA e le periodiche attività di monitoraggio a cadenza quadrimestrale dei casi noti. L'attività di inserimento delle valutazioni nel sistema gestionale e di invio della relativa documentazione all'Area Welfare è stata garantita dalla Direzione Sanitaria aziendale d'intesa con il Coordinatore del GIN aziendale.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.2.2.2.3 Vigilanza servizi semiresidenziali e residenziali sociosanitari destinati a persone con disabilità</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p>	<p>Risultato atteso</p>
<p>Proseguire nell'attività di vigilanza dei servizi semiresidenziali e residenziali sociosanitari destinati a persone con disabilità, nelle more dell'emanazione del sistema regionale di regolamentazione degli stessi</p>	<p>L'AAS5 effettua l'attività di vigilanza e controllo su almeno il 30% dei servizi/strutture collocati sul territorio di competenza.</p>
<p><b>Attuazione al 31.12.2019</b></p> <p>In attesa dell'emanazione del sistema regionale di regolamentazione, l'azienda ha effettuato l'attività di vigilanza e controllo dei servizi/strutture collocati sul territorio di competenza.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.2.2.2.4 Dopo di noi</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p>	<p>Risultato atteso</p>
<p>Garantire gli interventi previsti dalla Legge n. 112 del 22 giugno 2016 "Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare".</p>	<p>L'AAS5 provvede a collaborare attivamente al monitoraggio dei percorsi avviati, relativi all'abitare inclusivo, e alla progettazione degli interventi a valere sui finanziamenti del Fondo ministeriale, attribuito dalla Regione FVG all'AAS5 in quanto ente gestore di servizi per le persone con disabilità.</p>
<p><b>Attuazione al 31.12.2019</b></p> <p>L'AAS5 provvede a collaborare attivamente al monitoraggio dei percorsi avviati, relativi all'abitare inclusivo, e alla progettazione degli interventi a valere sui finanziamenti del Fondo ministeriale, attribuito dalla Regione FVG alla AAS5 in quanto ente gestore di servizi per le persone con disabilità.</p> <p>Nel 2019 si sono attivati n. 19 progetti personalizzati con fondi La 112/16, 5 sul capitolo "domiciliarità diffusa", n. 11 sul capitolo "autonomia sostenibile" e n. 3 sul capitolo "pronto casa".</p> <p>Si è inoltre dato seguito alla progettazione di "soggiorni diffusi" per n. 23 persone con disabilità.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>



<b>3.2.2.2.5 Autismo</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Partecipazione dei referenti aziendali al Tavolo tecnico sull'autismo	Evidenza della partecipazione
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
<p>Nel corso del 2019 non sono stati programmati incontri del tavolo regionale su autismo in età adulta.</p> <p>Il direttore SC NPI ha partecipato ad un incontro del 20-05-19 organizzato dalla Direzione Generale AAS5 ai fini del rinnovo della convenzione con la fondazione 'Bambini e Autismo',</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b>

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

<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
<p><b>1.</b> Non sono state emanate le linee di indirizzo ma vi è stato un incontro in data 02-07-2019 del Direttore NPI con il Direttore Servizio Integrazione Socio Sanitario Regionale per discutere alcuni punti della bozza delle Linee di indirizzo per la definizione dei profili di bisogno dei minori che necessitano di accoglienza semi-residenziali, con particolare riguardo alle comunità di tipo integrato. In data 28-08-2019 è stato organizzato un incontro tra il Direttore e l'Ass. Sociale della SC NPI, il Vice Commissario Straordinario Servizi Socio Sanitari, il Direttore Servizio Integrazione Socio Sanitario Regionale e i Referenti della rete nazionale delle comunità terapeutiche dell'Associazione Mito e Realtà per un confronto sui profili di bisogno e i criteri di appropriatezza dei minori per i quali è indicato il dispositivo residenziale terapeutico-riabilitativo.</p>	
<p><b>2.</b> L'azienda ha partecipato al tavolo di lavoro regionale finalizzato alla redazione di specifiche linee guida regionali su cui si basa il protocollo. La NPI ha contribuito alla stesura delle linee guida, su richiesta della</p>	

direzione regionale attraverso note inserite nella bozza iniziale (vedi nota di ringraziamento della Dr.ssa Marzinotto del 10-06-2019).

**3.** Il numero di inserimenti di minori in strutture residenziali di tipo terapeutico - riabilitativo extraregionali (non ne esistono in FVG) è stato di n. 12 minori nel 2018. Al 31.12.2019 i minori in carico alla NPI inseriti in strutture terapeutiche extraregionali erano n.3 (sono stati dimessi entro il dicembre n. 19 BBA, ME).

<b>3.2.2.4 Salute Mentale</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Miglioramento dell'integrazione tra cure primarie e specialistiche con particolare riferimento alla presa in carico dei disturbi mentali comuni	1.Evidenza di percorsi integrati tra cure primarie e DSM e di interventi formativi.
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
2. Definizione di un percorso aziendale congiunto (NPIA, DSM, PLS e MMG) per la definizione della fase di transizione delle cure dai servizi per l'età evolutiva ai servizi per l'età adulta.	2. Dare attuazione al documento già predisposto e condiviso tra DSM e NIP per la fase di transizione delle cure dai servizi per l'età evolutiva ai servizi per l'età adulta, e invio del documento alla DCS <b>entro il 31.12.2019. Modificato DGR 878/2019</b>
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b> <b>MANCA L'EVIDENZA DI INVIO DEL DOCUMENTO</b>
3. Utilizzo dello strumento BIS (bilancio individuale salute) nell'ambito di programmi terapeutico riabilitativi per l'età evolutiva.	3.Invio in Direzione entro il 31.12.2019 di un report con l'evidenza di programmi attivati presso ogni NPIA e/o Distretto.
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
4. Miglioramento e valutazione dell'impiego della metodologia del BIS nei DSM (età adulta), nell'ambito del Capitolato unico Regionale per la cogestione e coprogettazione di BIS con gli Enti del Terzo Settore	4. Partecipazione ai Tavoli Tecnici Regionali e all'attività formativa prevista, degli operatori già individuati dai DSM, avvio attività di valutazione degli esiti con individuazione del profilo di salute dei beneficiari dei PTRI con BIS
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
5. Condivisione tra i diversi DSM regionali delle attività relative al percorso terapeutico e riabilitativo delle persone in contatto con i Servizi	5.Verrà adottato, quando disponibile, lo strumento informatizzato per la gestione del percorso terapeutico abilitativo personalizzato. L'ASS5 si propone come azienda pilota per la sperimentazione del nuovo gestionale informativo per la salute mentale adulta e età evolutiva.
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

**Attuazione al 31.12.2019**

1. E' stato avviato il percorso di formazione per i MMG della provincia di Pordenone attraverso un calendario di incontri che ha visto, per ogni sede distrettuale, la partecipazione anche della NPI e del DSM sul tema degli esordi psicotici in età evolutiva e dei disturbi neuropsichici (psicorganici) in età geriatrica. Obiettivo finale dei n. 5 incontri svolti è stato il miglioramento dell'integrazione tra cure primarie e specialistiche con particolare riferimento alla presa in carico dei disturbi mentali in adolescenza e delle sindromi psicorganiche in età geriatrica. Gli incontri si sono svolti nelle seguenti date: il 17.4.2019 a San Vito, il 12.06.2019 ad Azzano X, il 18.09.2019 a Sacile, il 13. 11.2016 a Maniago e il 12.12.2019 a Pordenone. Gli incontri sono stati effettuati in compresenza di operatori del CSM (psichiatri dei CSM di competenza), della NPI, della Neurologia e dei MMG, ed è stato presentato ai MMG il Protocollo di Transizione fra DSM e NPI elaborato nel 2018 e attuato nel 2019.

2. Sono state attivate le attività previste dal protocollo di transizione NPI-DSM (del dicembre 2018). Il primo incontro tra i direttori di SC della NPI e del DSM si è svolto in data 21.02.2019 e il successivo in data 04.04.2019 durante i quali sono state discusse le finalità e l'aspetto organizzativo del gruppo transizione alla luce del Protocollo. Sono state affrontate le diverse strategie organizzative da adottare nella fase di transizione nelle diverse situazioni, valutando anche i criteri di inclusione per la presa in carico da parte dei CSM, definendo in particolare le modalità di coinvolgimento precoce del DSM prima del raggiungimento della maggiore età da parte degli utenti. Nella riunione del 04.04.2019 sono stati esaminati i casi in carico alla NPI che hanno conseguito la maggiore età nel 2019 e quelli che compiranno 18 anni nei primi mesi del 2020. La riunione si è incentrata sulla discussione clinica e definizione del passaggio in carico di alcuni casi trattati, con valutazione dei percorsi terapeutici effettuati e del possibile proseguo in età adulta, valutando anche la necessità di un precoce confronto fra i team e conoscenza dell'utente. Successivamente, il 22.08.2019 e il 19.12.2019, sono stati presentati i casi in carico alla NPI e alla Tutela Minori degli Ambiti per i quali può essere necessario un coinvolgimento del DSM al compimento della maggiore età nel 2020. Per tutti i casi selezionati è stato previsto il passaggio di consegne fra CSM di competenza e le equipe distrettuali della NPI con le relative modalità concordate.

I casi per cui è stato effettuato un programma di passaggio in carico alla maggiore età sono n. 27.

3. Il report con l'evidenza di programmi attivati è stato inviato in DCS in data 10-12 2019.

4. Nel corso del 2019 alcuni operatori del DSM hanno partecipato alle riunioni del Tavolo Tecnico Regionale e all'attività formativa organizzata dalla Regione. In particolare, a Trieste in data 15 aprile 2019 si è svolta l'attività formativa dal titolo "Valutazione degli esiti nei Dipartimenti di Salute Mentale" rivolto agli operatori dei DSM regionali (per il DSM di Pordenone hanno partecipato n.3) sull'utilizzo dello strumento HoNOS Short Version. La Regione, inoltre, ha organizzato un percorso formativo generale dal titolo: "L'impiego del BIS nei DSM del Friuli Venezia Giulia cogestione, profili di bisogno, costruzione di opportunità inclusive" nelle seguenti date: il 16.05.19 il 14.06.19 ed il 26.11.19 (circa 10 operatori del DSM di Pordenone per un totale di circa 18 ore di formazione) ed attività locale il 17.10.2019 (circa 20 partecipanti del DSM di Pordenone per un totale di 6 ore di formazione). Il DSM di Pordenone ha anche organizzato una Formazione Sul Campo (FSC) in tre edizioni: ogni edizione ha previsto tre incontri ciascuno da maggio ad ottobre 2019 per un totale di 12 ore di formazione.

Nello specifico le date sono state:

I edizione 13.05.2019, 16.09.2019, 14.10.2019

II edizione 20.05.2019, 23.09.2019, 21.10.2019

III edizione 27.05.2019, 30.09.2019, 28.10.2019

L'obbiettivo della formazione è stato quello di condividere metodologie e strumenti di valutazione sui progetti personalizzati in Salute Mentale con BIS (Bilancio Individuale di Salute) tra operatori del dipartimento e della

cooperativa sociale per un totale di circa 50 operatori del DSM. La Formazione Sul Campo si è conclusa con due Formazioni Residenziali (FR) e precisamente il 15 novembre con la partecipazione del Responsabile del DSM di Parma, e il 12 dicembre con la partecipazione del Responsabile del DSM di Bologna, a cui hanno partecipato circa 80 operatori del DSM. La Regione Area Welfare nell'attività di accompagnamento all'applicazione della progettazione con Budget di Salute ha avviato una fase di valutazione dei progetti in atto. La modalità di valutazione ha riguardato tutti i DSM della Regione individuando, a random, gli utenti con progetti attivi con il Budget di Salute. La valutazione, per il DSM di Pordenone, si è svolta in due fasi e sono stati individuati n. 54 casi valutati con la scala HoNOS, strumento utilizzato da tutti i DSM. La prima valutazione è stata effettuata nel periodo giugno-luglio 2019. Per lo stesso numero di casi si è attivata la seconda fase di valutazione, realizzata nel mese di dicembre 2019, sempre con la somministrazione della scala HoNOS, per la valutazione dell'andamento della progettazione in corso. A conclusione del percorso valutativo, i dati ricevuti dalla Regione, che ha elaborato le schede HoNOS, confermano che il confronto degli output evidenzia un miglioramento significativo per il campione analizzato.

5. Il 27 maggio 2019 presso la sede del Dipartimento di salute Mentale dalle ore 10.00 alle ore 13.00 si è svolto un incontro con INSIEL e la ditta incaricata alla progettazione del nuovo software durante il quale sono stati illustrati i contenuti del nuovo programma. Nelle giornate del 26 settembre e 1 ottobre 2019 dalle 9.00-13.00 14.00-17.00 è stata organizzata una formazione in aula per gli operatori "Tutor" per la validazione del programma. La formazione in aula per tutto il personale del Dipartimento di Salute Mentale dell'AAS5, azienda sanitaria pilota per la sperimentazione del nuovo gestionale informativo per la salute mentale adulta e età evolutiva, ha avuto luogo il 5 novembre ed il 14 novembre 2019. Il nuovo gestionale informativo denominato PointPsm per la gestione del percorso terapeutico abilitativo personalizzato nella salute mentale adulta e età evolutiva, è stato avviato ufficialmente il data 5 dicembre 2019.

### 3.2.2.5 Disturbi del comportamento alimentare

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Operatività dei Centri Diurni	Operatività dei Centri Diurni DCA Invio alla DC di un report con identificazione del referente, individuazione dell'equipe funzionale ed evidenza di volumi di attività per adulti e minori.

#### Attuazione al 31.12.2019

Non è stato attivato il Centro Diurno per problematiche di ordine strutturale e assegnazione di sede.

#### Valutazione

**OBIETTIVO NON RAGGIUNTO**

### 3.2.2.6 Cure palliative e terapia del dolore

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Consolidamento dell'ASSISTENZA H24 7 su 7: sono garantite cure palliative domiciliari 7 giorni su 7, dalle 8 alle 20, attraverso l'erogazione diretta degli operatori dell'equipe e per le restanti fasce orarie attraverso una delle seguenti modalità: Pronta disponibilità dedicata (servizio h24 garantito dall'UCP), Consulenza telefonica (Medici dei servizi di	1. Assistenza garantita h 24 7 giorni su 7 (con pronta disponibilità notturna) con evidenza dell'organizzazione e dell'attività svolta mediante relazione semestrale da inviare alla DCS entro luglio 2019 e gennaio 2020.

Continuità assistenziale e al 118).	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>
2. Revisione dei criteri di accesso alla rete delle cure palliative da parte di un gruppo tecnico regionale	3. Partecipazione al gruppo tecnico regionale degli esperti aziendali identificati dalle singole Aziende e approvazione dei criteri entro il primo semestre del 2019 e successiva applicazione.
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
3. Monitoraggio della registrazione degli accessi di assistenza domiciliare per cure palliative nel sistema informativo con codifica ICD9.	3. Redazione di report semestrale da inviare alla DCS entro luglio 2019 e gennaio 2020.
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
4. Miglioramento delle modalità di presa in carico del paziente in cure palliative, in coerenza con le indicazioni della DGR 165/2016. Costituzione di un gruppo tecnico di lavoro a livello regionale	4. Partecipazione al gruppo regionale dei professionisti aziendali che si occupano di cure palliative con l'obiettivo di definire un sistema informativo omogeneo per la registrazione e rilevazione dei dati.
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
5. Percentuale di malati oncologici deceduti a domicilio.	5. Uguale o superiore al 75%.
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
6. Criteri di priorità della visita algologica.	6. L'AAS5 adotta i criteri di priorità della prima visita algologica, garantendone la fruibilità agli utenti tramite link al CUP centralizzato Regionale.
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
7. Adottare le codifiche ambulatoriali e di ricovero di terapia antalgica definite nel corso del 2018.	7. L'AAS5 adotta le codifiche di terapia antalgica ambulatoriali e di ricovero definite nel 2018 entro il primo semestre 2019.
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
8. Rispetto dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni di terapia del dolore.	8. L'AAS5 garantisce il rispetto dei tempi di attesa per prima visita algologica ambulatoriale con priorità B e D in almeno il 75% dei casi, a partire dal secondo semestre 2019.
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
9. Attivazione della reperibilità algologica h 24 – 7 giorni su 7 o di analogo modello organizzativo centralizzato su base regionale nelle ASUI e AAS sedi di centro Hub.	9. Viene implementata la reperibilità algologica h 24 - 7 giorni su 7 per i centri Hub o con modello organizzativo centralizzato su base regionale (Obiettivo Critico difficilmente realizzabile per carenza di personale anestesista).
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b>
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
1. L'assistenza è garantita h 12, 7 giorni su 7, con evidenza dell'organizzazione e dell'attività svolta. La pronta disponibilità notturna è stata difficilmente garantita per la mancanza di medici palliativisti. La relazione	

semestrale alla DCS con evidenza dell'organizzazione e dell'attività svolta è stata inviata in data 2 luglio 2019. La seconda relazione non è stata inviata per mancanza di disponibilità dei dati nel portale regionale.
<p>2. E' stata garantita la partecipazione al gruppo tecnico regionale degli esperti aziendali identificati dalle singole Aziende.</p> <p>I criteri d'accesso alle rete di cure palliative e Hospice sono stati identificati e strutturati.</p>
<p>3. Nel corso del mese di aprile per tutte le strutture intermedie è stato introdotto l'utilizzo del gestionale ADT, in analogia alla attività ospedaliera. INSIEL non ha ancora reso disponibili gli aggiornamenti dei dati di attività in tempo per redarre e inviare il report nei tempi indicati.</p>
4. E' stata garantita la partecipazione agli incontri presso la DCS (2 incontri: in data 15/4/2109 e 27/06/2109 )
5. Percentuale di malati oncologici deceduti a domicilio: 77,4% (181/234)
6. I criteri di priorità della visita algologica sono stati adottati e diffusi in data 27/2/2019. Le prestazioni sono prenotabili tramite CUP regionale.
7. Le codifiche di terapia antalgica definite nel 2018 sono state adottate.
8. L'azienda, nel secondo semestre, ha garantito il rispetto dei tempi di attesa per prima visita algologica ambulatoriale con priorità B nell' 82,43% dei casi e con priorità D nel 74,16% dei casi.
9. Obiettivo critico. Non realizzato per rilevante carenza di personale anestesista, come indicato nel monitoraggio infrannuale e nel PAL 2019

<b>3.2.2.7 Consulteri familiari</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Implementazione del percorso gravidanza fisiologica a gestione ostetrica	1.Promuovere corsi di formazione rivolti alle ostetriche che seguono il percorso gravidanza a basso rischio a gestione ostetrica, di cui alla DGR 723/2018. 2. evidenza dell'attivazione del percorso Modificato DGR 878/2019
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
2. Implementazione dell'offerta della visita domiciliare ostetrica in puerperio, anche al di fuori di situazioni di fragilità.	2. Report con n. tot. visite domiciliari in puerperio/parti (specificando il nr. delle visite in situazioni di fragilità)
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
3. Promozione del tema della donazione del cordone ombelicale e del ruolo delle vaccinazioni infantili nell'ambito dei corsi di accompagnamento alla nascita.	3. Evidenza di materiale che attesti la presentazione dei temi (locandine corsi, etc.)
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
4. Implementazione di percorsi aziendali per la donna in età post fertile	4. Evidenza documentale del percorso aziendale
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
5. Analisi di approfondimento delle gravidanze in età precoce e i neonati esposti	5. Definizione di protocolli aziendali di accompagnamento e dimissioni per le gravidanze in

	età precoce e i neonati esposti.
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Integrazione territorio-ospedale	Collaborazione alla realizzazione dell'Agenda della gravidanza. Mantenimento del percorso aziendale per il post-partum, anche prevedendo l'offerta ostetrica domiciliare.
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
<p><b>1.1</b> Sono state realizzate due edizioni (16.4.2019 e 23.5.2019) del corso di formazione: "Assistenza alla gravidanza fisiologica e gestione della gravidanza a rischio" (AAS5_19019) e il corso di formazione (28.5.2019) "Gestione della gravidanza a rischio" (AAS5_19057). Ai corsi hanno partecipato le ostetriche dei Consultori Familiari e dei Reparti di Ostetricia e Ginecologia dei Presidi Ospedalieri di Pordenone e di San Vito al Tagliamento.</p> <p><b>1.2</b> Il percorso preparatorio all'applicazione del DGR 878/2019 è stato realizzato in tutte le sedi consultoriali aziendali. Da decisione della Direzione Sanitaria, la presa in carico delle donne con gravidanza fisiologica da parte delle ostetriche è stata avviata nelle sedi del Consultorio Familiare del Distretto del Tagliamento (ottobre 2019) e del Consultorio Familiare del Distretto del Noncello (novembre 2019), mentre negli altri Distretti l'avvio è stato previsto nei primi mesi del 2020. E' stata creata un'agenda CUP WEB per la gestione del monitoraggio delle gravidanze a basso rischio.</p> <p>E' stato individuato e proposto un format per la refertazione della valutazione ostetrica in G2 Clinico.</p>	
<p><b>2.</b> Prime visite in puerperio attivo eseguite dall'ostetrica: 108 per 33 utenti. Si evidenzia un aumento della casistica rispetto al 2018 (n. 48 visite per n. 14 utenti).</p>	
<p><b>3.</b> All'interno delle linee guida Area Vasta Materno Infantile nel programma IAN (Incontri di Accompagnamento alla Nascita) è presente il riferimento ai temi delle vaccinazioni e della donazione del cordone ombelicale. Durante gli incontri IAN è prevista la visione del filmato "Il dono di mio figlio – la donazione del sangue di cordone ombelicale" prodotto da AIL (Associazione Italiana contro le Leucemie-linfomi e mieloma) ed è prevista, all'interno degli Incontri di Accompagnamento alla Nascita e alla Genitorialità, la realizzazione di un incontro dedicato al tema delle vaccinazioni in collaborazione con gli operatori del Dipartimento di Prevenzione.</p>	
<p><b>4.</b> E' presente un documento aziendale descrittivo dei percorsi dedicati alla donna in età post fertile. Si è ritenuto utile realizzare un incontro con i MMG di ogni Distretto per presentare le nuove procedure di screening dedicate alla donna in età post fertile (50-64 anni) ed è stata prodotta e distribuita una brochure informativa da consegnare alle donne.</p>	
<p><b>5.</b> Sono stati prodotti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- il "Protocollo Aziendale di accompagnamento e dimissione dei neonati esposti";</li> <li>- il protocollo Aziendale per la Gestione delle gravide e delle puerpere a rischio sanitario, psicologico e sociale" che include le gravidanze in età precoce.</li> </ul> <p>Entrambi i protocolli sono stati realizzati congiuntamente da Consultori Familiari e Punti Nascita Aziendali.</p>	

Integrazione territorio-ospedale:

- L'Agenda della Gravidanza è stata realizzata a livello regionale ed al 31/12/2019 non ci risulta consegnata alle strutture territoriali.
- Il percorso aziendale per il post-partum (puerperio attivo) è mantenuto e prevede anche l'offerta ostetrica domiciliare.

### 3.2.2.7 Consulteri familiari – ADOZIONI

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Partecipazione al Tavolo regionale per l'adozione nazionale e internazionale.	1. Evidenza di partecipazione dei referenti aziendali
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
2. Implementazione, in tutte le Aziende, dell'offerta di informazione e formazione in collaborazione con gli Enti Autorizzati EE.AA., la Scuola e il Tribunale per i Minorenni.	2. Evidenza di attivazione attraverso report con dati relativi all'anno 2019
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
3. Analisi e implementazione dei processi di monitoraggio e valutazione dei percorsi adottivi di maggiore criticità.	3. Evidenza dei processi di monitoraggio e valutazione attraverso report e dati relativi all'anno 2019, subordinato alla definizione di criteri condivisi al tavolo tecnico regionale.
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
4. Analisi della casistica di fallimento adottivo.	4. Report sulla tematica dei fallimenti adottivi e esito del percorso aziendale e regionale, subordinato alla definizione di criteri condivisi al tavolo tecnico regionale.
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
1. I Referenti dell'Equipe Aziendale Adozioni hanno partecipato a tutti gli incontri del Tavolo di Coordinamento Regionale per l'Adozione Nazionale e Internazionale.	
2. E' stata trasmessa alla Direzione Centrale Salute Politiche Sociali e Disabilità la scheda riepilogativa dei programmi di formazione e informazione realizzati nel 2019 dall'Equipe Adozioni Aziendale in collaborazione con gli EEAA.	
3. Il Tavolo Tecnico Regionale ha avviato la definizione dei criteri di individuazione dei percorsi adottivi di maggiore criticità, costituendo anche due sottogruppi di lavoro per l'analisi e l'implementazione dei processi di monitoraggio. I referenti dell'Equipe Aziendale Adozioni hanno partecipato a tutto il percorso.	
4. Sono stati definiti, all'interno del Tavolo Regionale, dei criteri condivisi di definizione del fenomeno del Fallimento Adottivo. E' stato prodotto un report sul fenomeno del Fallimento Adottivo anni 2017 – 2018.	

### 3.2.2.8 Sanità Penitenziaria

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



1. Realizzazione di eventi formativi congiunti tra personale sanitario e penitenziario finalizzati al miglioramento della comunicazione su obiettivi comuni, portando l'attenzione sulla gestione dei detenuti con bisogni sanitari complessi.	1. Almeno n. 1 evento aziendale di formazione congiunta realizzato al 31.12.2019 (indicazione del personale formato e verifica della soddisfazione dei partecipanti).
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
2. Sviluppo della telemedicina in carcere	2. Almeno n. 1 progettualità di telemedicina innovativa sviluppata a favore dei detenuti (descrizione del progetto e indicazione degli interventi effettuati al 31.12.2019).
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
3. Miglioramento della presa in carico di detenuti con bisogni complessi legati alla salute mentale e alle dipendenze, attraverso la partecipazione congiunta del medico e infermiere di sanità penitenziaria, dei DSM e dei servizi delle dipendenze.	3. Intervento organizzativo individuato per la presa in carico dei detenuti con bisogni complessi (descrizione dell'intervento e rilevazione dei casi presi in carico al 31.12.2019.)
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
<p>1. . E' stato realizzato un evento ECM aziendale di formazione congiunta per personale sanitario e penitenziario in data 22 marzo 2019 sulla gestione dei detenuti ed è stata fornita loro una sintesi delle norme regolanti l'assistenza sanitaria penitenziaria (Marin M: L'assistenza sanitaria penitenziaria, Medicinae Doctor 2018, 7: 18-20, Passoni ed. MI) e la gestione dei detenuti aggressivi (Marin M: La gestione del paziente aggressivo MD Medicinae Doctor 2017, 7: 34-37).</p>	
<b>2. 2. E' stata progettata:</b>	
<p>1. l'informatizzazione della cartella clinica penitenziaria, con previsione di collegamento e trasmissione del patient summary alla piattaforma regionale del fascicolo sanitario elettronico <a href="https://sesamo.sanita.fvg.it">https://sesamo.sanita.fvg.it</a>, ai sensi del DPCM 1 aprile 2008 e dell'art.4 della legge n.24/2017 (Marin M: Documentazione sanitaria: norme e obblighi. MD Medicinae Doctor 2019, 2: 16-18, Passoni ed. MI). E' stata richiesta e ottenuta la disponibilità ad una donazione all'azienda del programma gestionale di ambulatorio medico più usato dai medici di medicina generale Millewin, sul modello già attuato nel carcere di Firenze. E' stata acquisita l'autorizzazione della direzione del carcere all'introduzione del programma gestionale informatico di gestione della cartella clinica. In attesa di accettazione della donazione da parte della Direzione Generale, è stata valutata l'applicabilità del programma gestionale e le modalità di gestione con Insiel.</p> <p>2. E' stato progettato un servizio di teledermatologia per attivare consulti con foto teletrasmesse mediante tablet dedicato da medici penitenziari a specialisti ospedalieri dermatologi per rendere più rapide e meno onerose le valutazioni e cure di lesioni cutanee dei detenuti, senza ricorrere quando possibile a trasporti scortati in ospedale. E' stata valutata e discussa la letteratura scientifica in merito e le esperienze già realizzate in altri carceri; sono stati effettuati incontri con i referenti del servizio di ingegneria clinica aziendale ed i medici interessati. Il direttore SC Innovazione e Gestione Tecnologie conferma che il progetto è stato definito ed è stata effettuata una previsione di costo per l'acquisizione del software. Nel PAL 2019 approvato con decreto n. 285 del 29 marzo 2019 (allegato C Investimenti beni mobili e tecnologici) è prevista una specifica quota (rigo 37/2019 "software supporto clinico") nella quale trova spazio anche la copertura del costo dello specifico software da acquisire per la TeleDermatologia. Siamo in attesa di approvazione ed erogazione dei</p>	

<p>finanziamento da parte della Regione</p> <p>3. E' stato attivato in Casa Circondariale un servizio di tele cardiologia con refertazione ECG presso la Cardiologia dell'Ospedale di San Vito al Tagliamento ed invio telematico in carcere per il monitoraggio dei detenuti. Il 100% delle richieste 2019 di ECG con referto telematico è stato erogato.</p> <p>4 E' stato attivato un servizio di tele radiologia in collaborazione con l'Ospedale di Pordenone per l'esecuzione domiciliare in carcere di radiografie del torace con apparecchiatura radiologica portatile e successiva refertazione per via telematica da ospedale a carcere per screening tbc e diagnosi polmoniti curabili in struttura senza trasferire i detenuti in ospedale. Il 100% delle n. 26 richieste di TX domiciliare con referto telematico in carcere è stato erogato nel 2019.</p> <p><b>3.</b> Il Gruppo multidisciplinare di Osservazione e Trattamento (GOT) si riunisce il martedì mattina in carcere per condividere le strategie di gestione dei detenuti con problematiche complesse, in particolare con problemi comportamentali con e senza diagnosi di malattia mentale e/o dipendenze, in base alle osservazioni e valutazioni raccolte e condivise (dai vari operatori sanitari e non), come previsto dalla normativa e secondo linee guida e aggiornamenti formativi ricevuti (Marin M: L'assistenza sanitaria penitenziaria, Medicinae Doctor 2018, 7: 18-20, Passoni ed. AMI). Le n. 27 valutazioni del 2019 e gli interventi proposti sono verbalizzati su registro interno conservato dagli infermieri in ambulatorio penitenziario. La Casa Circondariale di Pordenone ospita 50-70 detenuti.</p> <p>I soggetti contattati sono stati n. 78.</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>3.2.2.9 Superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Presenza in carico delle persone internate in REMS da parte delle equipe multi professionali dei CSM di residenza.	Predisposizione e invio all'autorità giudiziaria competente, entro 45 giorni dalla data di ingresso delle persone in REMS, dei PTRI finalizzati all'adozione di soluzioni diverse dalla REMS
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
In data 18/04/2019 alle ore 10.30, in esecuzione di quanto disposto dal Magistrato di Sorveglianza, il sig. Z. P. è stato accolto presso la Reps di Maniago (PN) ed in data 14/05/2019 l'equipe curante ha predisposto per l'ospite un PTRI, inviato nella stessa data al Magistrato di Sorveglianza.	
In data 24/09/2019 alle ore 16.30, in esecuzione di quanto disposto dal Magistrato di Sorveglianza, il sig. M.M.O. è stato accolto presso la Rems di Maniago (PN) ed in data 22/10/2019 l'equipe curante ha predisposto per l'ospite un PTRI, inviato nella stessa data al Magistrato di Sorveglianza.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.2.2.10 Dipendenze</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Collaborazione con l'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze	<p>1.1. Partecipazione dei referenti del gruppo tecnico operativo ad almeno il 70% delle riunioni indette dall'Osservatorio sulle Dipendenze.</p> <p>1.2 Invio e validazione dei dati per i flussi informativi regionali raccolti dell'osservatorio</p> <p>1.3 Rendicontazione delle azioni previste dal Piano</p>

	<p>operativo GAP 2017.</p> <p>1.4 Report con l'esito di almeno 3 indicatori di outcome relativi agli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale</p> <p>1.5 Report con l'esito di 3 indicatori di outcome relativi all'esito dei trattamenti in capo al SSR per rispondere alle problematiche relative alla dipendenza, quali drop-out e follow - up.</p> <p>1.6 Report rispetto ai soggetti under 25 anni afferenti ai servizi rispetto quantità e problematiche all'accesso</p>
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
2. Partecipazione al tavolo tecnico di confronto regionale con il terzo settore sui trattamenti alcologici	2. Partecipazione dei referenti Aziendali dei trattamenti alcologici ad almeno il 70% delle riunioni indette.
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
3. Realizzazione di una sperimentazione dell'uso del budget personale.	3. Report su sperimentazione budget personale
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
4. Diffusione dell'offerta di testing per le malattie infettive correlate all'uso di sostanze stupefacenti negli utenti che afferiscono ai Servizi per le dipendenze.	4. Almeno il 70% di testati sui testabili
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
5. Ridurre di almeno il 10% le persone inviate nelle strutture residenziali extraregionali.	5. Relazione sul numero di invii nelle strutture per la terapia riabilitativa della dipendenza, con evidenza del dettaglio delle strutture di invio e motivazione espressa per gli invii fuori regione.
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
<p>1.1 Il Dipartimento delle Dipendenze ha partecipato alle riunioni indette dall'Osservatorio sulle dipendenze, nelle seguenti date: 17.01.2019 19.03.2019, 29.04.2019, 21.05.2019, 10.06.2019, 03.07.2019, 23.07.2019, 20.09.2019, 12.12.2019. La partecipazione è dell'90% (la riunione del 06.02.2019 è saltata).</p> <p>1.2 I dati vengono regolarmente inseriti come attività di routine</p> <p>1.3 L'attività del GAP procede regolarmente e sono state assunte nel 2019 n. 4 operatrici (1 assistente sociale, 2 psicologhe, 1 psichiatra). La rendicontazione è stata inviata in Regione.</p> <p><b>1.4</b> Si stanno effettuando gli inserimenti in tirocini lavorativi come evidenziato nella tabella:</p>	

<b>TAB 1 - Report Borse Lavoro 2019 - Indicatori di outcome</b>	<b>Totale</b>	<b>Azzano X</b>	<b>Maniago</b>	<b>Sacile</b>	<b>San Vito</b>	<b>PN</b>	<b>Alcologia</b>	<b>DGA</b>
1)n. rinnovi BL nell'anno successivo		5	3	5		1	6	
2)n. cessazioni BL per:								
-raggiungimento obiettivi del progetto					3	2		
-assunzione			1		2		1	1
3)n. drop out nel corso 2019		5	1	1	1	7	3	
<b>Totale BL anno 2019</b>	<b>48</b>							

1.5 Sono stati monitorati i drop-out, gli eventi sentinella e il follow up dei soggetti afferenti per problematiche di dipendenza da fumo e da gioco d'Azzardo. (V.Tabelle 2 sottostanti)

<b>Follow Up - TABAGISMO</b>	<b>Soggetti valutabili per follow up</b>	<b>Tabagisti eletti a verifica (campione)</b>	<b>Soggetti astinenti</b>	<b>Soggetti ricaduti</b>	<b>% soggetti astinenti su soggetti valutabili</b>
<b>A 3 mesi</b>	50	50	35	18	70,00%
<b>A 6 mesi</b>	47	47	26	27	55,30%
<b>A 12 mesi</b>	41	41	22	19	53,60%

<b>FOLLOW UP DGA</b>	<b>Soggetti valutabili per follow up</b>	<b>Tabagisti eletti a verifica (campione)</b>	<b>Soggetti astinenti</b>	<b>Soggetti ricaduti</b>	<b>% soggett soggetti v</b>
<b>A 3 mesi</b>	3	3	2	1	
<b>A 6 mesi</b>	4	4	4	0	
<b>A 12 mesi</b>	20	20	18	2	
<b>A 24 mesi</b>	12	12	10	2	

**DROP-OUT**

<b>sostanze illegali</b>			<b>alcol</b>			<b>tabacco</b>			<b>DGA</b>			
Tot utenza	drop-out	%drop-out	Tot utenza	drop-out	%drop-out	Tot utenza	drop-out	%drop-out	Tot utenza	drop-out	%drop-out	Tot utenza
695	54	7,76%	535	108	20,18%	50	9	####	126	21	16,60%	1406

Non sono stati segnalati eventi sentinella: né decessi per overdose, né suicidi.

1.6 Sono monitorati: numero e problematiche di soggetti afferenti al Servizio con età inferiore a 25 anni.

31.12.19	DGA		Tabacco		Carcere		Accertamenti			
	In carico	Nuovi	In carico	Nuovi	In carico	Nuovi	In carico	nuovi		
	7	5	0	0	10	7	31	22		
31.12.19	PN TD e AD		Sacile TD e AD		San Vito TD e AD		Maniago TD e AD		Azzano X TD e AD	
	In carico	Nuovi	In carico	Nuovi	In carico	Nuovi	In carico	Nuovi	In carico	Nuovi
	39	13	30	13	29	11	17	9	36	13

**La fonte dei dati è MfP.**

Per favorire la presa in carico di soggetti giovani, non ancora afferenti al servizio, si è costituito un gruppo formato da genitori di persone utilizzatrici di sostanze psicoattive, prevalentemente cannabinoidi, con finalità di supporto, corretta informazione e possibile aggancio, dei loro figli. Il gruppo è condotto da n. 2 professionisti del Dipartimento.

**2.** Le riunioni del Tavolo alcolologico regionale si sono svolte nelle seguenti date: il 15.01.2019 a Palmanova, il 26.02.2019 a Palmanova e il 16.04.2019 a Trieste per la firma del protocollo collaborazione con associazioni, il 29.08.2019 a Palmanova. Il Dipartimento per le Dipendenze ha partecipato a n. 3 incontri (per il 75% delle presenze).

**3.** Il budget di salute è stato applicato in n. 5 persone attraverso la costruzione di progetti personalizzati per un costo complessivo di €. 12.045,08. La mancanza di un budget dedicato a tale sperimentazione, che attualmente attinge ai fondi riabilitativi per "Assist. riabilitativa residenziale e integrativa territoriale per tossicodipendenti" storicamente dedicata alle borse di inserimento lavorativo, non consente al momento, l'ampliamento di tale progettualità.

**4.** La percentuale totale di soggetti TD testati raggiunge il **68%**. Questo dato va letto con le seguenti osservazioni. Nell'organizzazione delle attività del Servizio e nella distribuzione delle responsabilità, nel pieno rispetto delle mansioni e compiti di ciascuna professione, rispetto al testing avviene quanto segue:

- Counseling infettivologico e proposta dell'esecuzione degli esami ematochimici necessari al SIND (medico e infermiere) e firma del consenso al prelievo ematochimico (sia positivo che negativo) e suo inserimento in MfP entro 2 mesi dal primo colloquio.
- Prescrizione degli esami, trascrizione degli esiti in MfP (medico)
- Prenotazione in Cup web (infermiere)
- Prelievo in ogni sede territoriale (infermiere)
- Risposte attraverso stampa massiva e inserimento attraverso scansione o direttamente dalla stampa massiva in MfP (infermiere)

Alcune sedi (Sacile e Maniago) non hanno un organico completo per garantire le prestazioni sopra indicate. Inoltre, un numero elevato di pazienti ha iniziato la cura per l'epatite C e questi pazienti non hanno eseguito gli esami presso il Dipartimento dipendenze, bensì in altro luogo e inviati da altro personale medico. Nel complesso si ritiene che i pazienti TD siano stati globalmente monitorati per le problematiche infettivologiche, ma l'attuale numero di operatori non consente sempre l'esecuzione di tutto quello previsto.

5. Nel 2019 sono stati inseriti 42 utenti in C.T. extra-regionali mentre nel 2018 n. 45 utenti. Tutti gli inserimenti nel 2019 sono stati attentamente valutati e il loro inserimento in tali strutture è legato alla non disponibilità in Regione di posto al momento dell'inserimento o alla specificità della problematica che non ha risposta in una delle strutture Regionali, che ricordiamo essere 3.

<b>3.2.4 Odontoiatria Pubblica</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Valutazione delle attività e dei servizi attivati e dei risultati raggiunti del programma regionale di odontoiatria pubblica, e al consolidamento dello stesso.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ogni centro erogatore deve fornire almeno 1400 prestazioni/anno;</li> <li>2. la media aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra deve essere mantenuta al livello raggiunto nel 2018 nelle Aziende con valore &gt; 1.5;</li> <li>3. la media aziendale annua di prestazioni/riunito non deve essere inferiore a 1400;</li> <li>4. la percentuale aziendale di visite sul totale delle prestazioni erogate deve essere mantenuta al valore raggiunto nel 2018 nelle Aziende che hanno raggiunto l'obiettivo nel corso dell'anno precedente</li> <li>5. fornire alla DCS per il tramite del Coordinamento regionale una comunicazione trimestrale sulle liste di attesa e tutte le informazioni previste dalla convenzione;</li> <li>6. Attivazione della cartella clinica elettronica secondo le tempistiche che verranno comunicate;</li> <li>7. all'interno del carcere è attivato l'ambulatorio odontostomatologico, per garantire l'erogazione della prima visita in sede. La presa in carico e la cura dei detenuti è garantita presso le sedi dei poliambulatori del Distretto del Noncello;</li> <li>8. L'Azienda intraprende azioni di razionalizzazione del numero delle sedi erogatrici di prestazioni odontostomatologiche, al fine di ottimizzare le risorse e garantire cure di qualità alla casistica trattata.</li> </ol>
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
1. Ogni distretto e in Chirurgia Maxillo-Facciale ed Odontostomatologia sono fornite almeno 1400 prestazioni/anno	
2. Dato 2019: Media aziendale 1,19 prestazioni/ora	
3. Dato 2019: media aziendale 1.553 prestazioni/riunito	
4. Dato 2019: 35%, Dato 2018: 37%	
5. Sono stati comunicati i volumi e le informazioni sulle liste di attesa al Coordinamento regionale.	

<b>6. Vedi linea 4. IL SISTEMA INFORMATIVO</b>	
7. All'interno del carcere è attivato l'ambulatorio odontostomatologico, per garantire l'erogazione della prima visita in sede. La presa in carico e la cura dei detenuti è garantita presso le sedi dei poliambulatori del Distretto del Noncello.	
8. L'ambulatorio di Prata è stato chiuso con lo spostamento dell'attività nella sede di Azzano Decimo.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>

### 3.3 ASSISTENZA FARMACEUTICA E ASSISTENZA INTEGRATIVA

<b>3.3.1 Tetti spesa farmaceutica</b>	
<b>Obiettivo</b>	<b>Risultato atteso</b>
<p>1. Tetto per la spesa farmaceutica per acquisti diretti (farmaceutica ospedaliera, diretta e DPC) = 6,69 % del FSR;</p> <p>Tetto acquisto diretto gas medicinali (ATC V03AN)= 0,2%</p> <p>Tetto per la spesa farmaceutica convenzionata = 7,96 % del FSR.</p> <p>2. Nello specifico i vincoli di spesa fissati a livello regionale per il 2019 sono riepilogati nel capitolo dedicato alle risorse finanziarie.</p>	<p>1. Rispetto dei tetti nazionali per la spesa fissati a livello nazionale, secondo il monitoraggio AIFA:</p> <p>-farmaceutica ospedaliera, diretta e DPC = 6,69 % del FSR;</p> <p>- Tetto acquisto diretto gas medicinali (ATC V03AN)= 0,2%</p> <p>- farmaceutica convenzionata = 7,96 % del FSR.</p> <p>2. Rispetto dei vincoli regionali:</p> <p>Farmaceutica territoriale convenzionata: 118€/pro capite;</p> <p>Farmaceutica territoriale diretta: 72€/pro capite;</p> <p>Farmaceutica territoriale DPC: 33€/procapite;</p> <p>Farmaceutica ospedaliera: -1% valore del 2018</p>
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
<p>- Farmaceutica territoriale convenzionata: 116,28€/procapite (-1,72€/procapite rispetto allo standard);</p> <p>- Farmaceutica territoriale diretta: 79,20€/procapite (+7,20 €/procapite rispetto allo standard)</p> <p>- Farmaceutica territoriale DPC: 33,64€/procapite (+0,64€/procapite rispetto allo standard)</p> <p>- Farmaceutica ospedaliera: 14.645.859€ (+4,6% rispetto al valore del 2018)</p> <p>(fonte dati: Monitoraggio Indicatori Linee per la Gestione 2019 – Dicembre inviato dal Servizio Assistenza Farmaceutica Regionale)</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>
	<p><b>1. I TETTI NAZIONALI RIPORTATI SONO AGGREGATI A LIVELLO REGIONALE (NON AZIENDALE) E LA VERIFICA DEL RISPETTO È EFFETTUATA A LIVELLO CENTRALE. DALL'ULTIMO REPORT AIFA GENNAIO-DICEMBRE 2019(PRIMO RILASCIO) IL TETTO PER LA CONVENZIONATA RISULTA RISPETTATO (6,90% VS 7,96% TARGET), IL TETTO PER I GLI ACQUISTI DIRETTI DEI GAS MEDICINALI RISULTA RISPETTATO (0,12% VS 0,20%). IL TETTO PER GLI ACQUISTI DIRETTI NON È STATO RISPETTATO (10,81% VS 6,69% TARGET)</b></p> <p><b>2. SI RIMANDA ALLA TABELLA DEI VINCOLI IN FONDO AL</b></p>

CAPITOLO	
<b>3.3.2. Appropriately prescriptive</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
L'AAS5 invierà un report semestrale alla DCS con evidenza sia delle iniziative di audit e feedback adottate, sia delle azioni più significative intraprese nel corso del primo e del secondo semestre del 2019 (in particolare per oncologici, immunologici, farmaci per l'epatite C, terapie intra-vitreali, farmaci del PHT_DPC, equivalenti, IPP, ecc).	<p>Invio alla DCS da parte dell'AAS5 di due relazioni semestrali (entro 31/08/2019 e 28/02/2020) da cui si evincano:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 3 obiettivi assegnati alle U.O aziendali relativi a setting specialistici ad alto impatto di spesa.</li> <li>- 3 obiettivi assegnati alle UO aziendali/MMG di continuità assistenziale/appropriatezza .</li> </ul> <p>Azioni intraprese per le categorie principali.</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>
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
Sono stati assegnati obiettivi aziendali di appropriatezza prescrittiva e su farmaci ad alto impatto di spesa in n. 6 U. O. aziendali. Sono state inviate le relazioni semestrali nei tempi richiesti (29/08/2019 e 27/02/2020).	
<b>Valutazione</b>	<b>OBBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>REPORT SEMESTRALI (I SEMESTRE E ANNO INTERO) INVIATI NEI TERMINI E COERENTI CON GLI OBIETTIVI ASSEGNATI</b>

<b>3.3.4. Appropriately prescriptive. Indicators in territorial scope</b>		
Obiettivo	Risultato atteso	
Relativamente ai medicinali a brevetto scaduto e alla prescrizione di antibiotici sono riportati i target per il 2019.	Rispetto dei target.	
I target sui medicinali a brevetto scaduto potranno essere aggiornati con nota DCS non appena disponibili gli ultimi dati nel portale AIFA/MEF nonché in funzione di nuove scadenze brevettuali ovvero di associazioni fisse presenti sul mercato.	<p>indicatori Bersaglio</p> <p>Modalità di valutazione complessiva:</p> <p>6-8 indicatori a target = RAGGIUNTO</p> <p>3-5 indicatori a target = PARZIALMENTE RAGGIUNTO</p> <p>MODIFICA DGR 1812/2019</p> <p>&lt;3 indicatori a target = NON RAGGIUNTO</p>	
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>		
<b>INDICATORE 1 -CLASSE</b>	<b>% 2019</b>	<b>% target nazionale a cui tendere</b>
C08CA – derivati diidropiridinici	91,13%	92,1%
C09BA – ACE inibitori e diuretici	93,56%	95,3%



N03AX – Altri antiepilettici	92,52%	98,7%	
N06AX – Altri antidepressivi	75,68%	80,8%	

INDICATORE 2	% 2019	Target a cui tendere	
Incidenza di sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (anti-ipertensivi)	39,69 %	≤ 30 %	
Consumo pro –capite di farmaci inibitori di pompa protonica	30,86 up	≤25 up pro cap	

INDICATORE 3	Valore 2019	Target (valore 2016)	
Consumo di antibiotici sul territorio DDD 1000 res. pes. die	16,55	16,50	
Consumo di antibiotici in età pediatrica DDD 1000 res. pes. die	15,16	14,93	(fonte dati:

Monitoraggio Indicatori Linee per la Gestione 2019 – Dicembre inviato dal Servizio Assistenza Farmaceutica Regionale)

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b> L'OBIETTIVO RIGUARDA IL RAGGIUNGIMENTO DEI TARGET AIFA-MEF E S' ANNA . RAGGIUNTI 1/8 TARGET (CRITERI VALUTAZIONE DA DGR 448/2019)
--------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3.3.5. Biosimilari	
Obiettivo	Risultato atteso
Indicatori per categorie di medicinali in cui è disponibile l'alternativa biosimile.	Invio alla DCS di due relazioni semestrali secondo lo schema di rilevazione inviato dalla DCS (entro il 31/08/2019 e 28/02/2020) da cui si evincano le attività svolte, i percorsi attivati con i prescrittori ed i monitoraggi effettuati per i singoli ambiti (ospedaliero, domiciliare, residenziale e semiresidenziale), da cui si evincano le ricadute sul SSR.
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
Sono stati assegnati obiettivi aziendali di appropriatezza prescrittiva e su farmaci ad alto impatto di spesa in n. 6 U. O. aziendali. Sono state inviate le relazioni semestrali nei tempi richiesti (29/08/2019 e 27/02/2020).	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> RELAZIONE E REPORT TRASMESSI SECONDO INDICAZIONE

<b>3.3.6. Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
<p>1. 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>2. Ottimizzazione e monitoraggio della DPC</p>	<p>1. Evidenza di accordi per l'erogazione del I ciclo con le strutture private accreditate entro il 31.08.2019.</p> <p>2. Invio di due report semestrali sull'attività svolta nell'ambito della DPC e della distribuzione diretta, secondo un prototipo di report per la rilevazione omogenea dei dati inviato dalla DCS, entro il 31.08.19 ed entro il 28.02.20.</p>
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
<p>1. L'AAS5 stipula accordi con il Policlinico San Giorgio, struttura privata accreditata con AAS5, per l'erogazione del primo ciclo di terapia dall'anno 2007. Il 29/08/2019 è stata inviata in Regione la lettera di accordi per l'erogazione del primo ciclo con il Policlinico S. Giorgio per il 2019.</p> <p>2. Sono state inviate le relazioni semestrali nei tempi richiesti (29/08/2019 e 27/02/2020).</p>	
<b>Valutazione</b>	<p><b>1. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p> <p><b>2. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p>

<b>3.3.7. Rapporto con le Aziende Farmaceutiche e Biomedicali</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
<p>L'AAS5, attraverso gli appositi Uffici (es. responsabili della trasparenza e dell'anticorruzione) adotta specifiche disposizioni organizzative relativamente alle attività d'informazione svolte dalle Aziende farmaceutiche e del settore dei dispositivi medici verso tutti gli operatori sanitari al fine di favorire comportamenti uniformi, coerenti a principi di trasparenza anche con riferimento ad eventuali conflitti di interesse.</p>	<p>L'AAS5 predispone un regolamento e lo adotta entro il 31.12.2019.</p> <p>Modalità di valutazione: Invio del regolamento predisposto alla DCS entro il 31.12.2019.</p>
<b>Attuazione al 31.12.2019</b> Il regolamento dell'attività degli informatori scientifici all'interno delle strutture sanitarie ospedaliere ed extraospedaliere è stato approvato con Decreto del Commissario n. 535 del 19/12/2019, in vigore dal 1° marzo 2020. Il regolamento è stato inviato alla DCS via mail il 20/12/2019 nei tempi previsti.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.3.8 Assistenza integrativa</b>	
Obiettivo	Risultato atteso

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

**Attuazione al 31.12.2019**

- Viene costantemente mantenuta la distribuzione diretta dei dispositivi medici di cui all'allegato 2 del DPCM 12 gennaio 2017 e monitorati i dispositivi autorizzati sul territorio che possono essere ricondotti a prodotti di gara. L'attività prevede l'analisi dei dispositivi erogati in distribuzione dalla farmacie territoriali, e sono stati identificati i cateteri vescicali e i prodotti per stomia quali principali classi gravanti sulla spesa sanitaria. E' stata effettuata l'identificazione di tali dispositivi nel Repertorio in modo tale da poterli ricondurre ad eventuali articoli di gara. E' stata verificata con il personale sanitario Distrettuale l'eventuale sostituzione con gli articoli di gara, con caratteristiche analoghe o sovrapponibili, escludendo quelli per i quali il medico specialista prescrittore ha dichiarato la non sostituibilità per determinate motivazioni cliniche.
- Viene mantenuta, come per il 2018, l'erogazione diretta di ausili per il monitoraggio glicemico da parte dei centri diabetologici aziendali.

**Valutazione**

- OBIETTIVO RAGGIUNTO**
- OBIETTIVO RAGGIUNTO**

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

Obiettivo	Risultato atteso
<b>Registri AIFA e recupero rimborsi</b>	
<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"> <li>- Presenza di un percorso aziendale per la gestione delle criticità;</li> <li>- Riscontro agli approfondimenti/richieste di verifica relative ai registri AIFA/procedure di rimborso, inviate nei termini indicati.</li> </ul>

**Attuazione al 31.12.2019**

- Il percorso aziendale di prescrizione ed erogazione dei farmaci soggetti a registro AIFA permette la puntuale gestione delle eventuali criticità riscontrate. A dicembre è stata redatta la "Procedura di gestione delle

<p>problematiche relative ai Registri AIFA".</p> <p>2. Nel corso del 2019 non sono stati richiesti approfondimenti specifici.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Prescrizioni personalizzate PSM iter elettronico</b>	
<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>MODIFICA DGR 1812/2019: Le aziende dovranno promuovere adeguate azioni di sensibilizzazione delle proprie strutture/reparti, 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 <math>\geq</math> 90%.</p> <p>Modalità di valutazione: Target rilevati dalla DCS.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- % <math>\geq</math> 90%: obiettivo raggiunto</li> <li>- % tra 75% e 89%: obiettivo parzialmente raggiunto</li> <li>- % &lt; 75%: obiettivo non raggiunto</li> </ul> <p>MODIFICA DGR 1812/2019: In questa fase, ai fini della valutazione, non saranno prese in considerazione le confezioni erogate a seguito di prescrizioni indotte da altre aziende.</p>
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
<p>Il dato aggiornato mostra una percentuale di prescrizione effettuata con il sistema PSM - iter elettronico da proscrittore AAS5 sul totale delle confezioni erogate in distribuzione diretta nominale e prescritte da medici dell'AAS5 del 97,07%</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p><b>MODALITÀ DI VALUTAZIONE DEFINITA CON DGR N. 448/2019</b></p> <p><b>PSM ELETTRONICO 97,3 % (SOLO AAS5)</b></p> <p><b>PSM ELETTRONICO: 86.8% (TOTALE: IN+OUT)</b></p> <p><b>PSM TUTTO: 98.2%</b></p> <p><b>PERSONALIZZATA TUTTA (ASCOT + PSM): 99.46%</b></p>	
<b>Prescrizione informatizzata dei piani terapeutici</b>	
<p>L'AAS5 garantirà il ricorso (prima prescrizione e rinnovi) alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici implementati/disponibili a sistema, tramite l'applicativo PSM-PT, in almeno il 65% di tutti 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 piani terapeutici ed il rispetto delle note limitative AIFA.</p>	<p>% di ricorso alla prescrizione informatizzata tramite applicativo PSM-PT per tutti i pazienti: <math>\geq</math> 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"> <li>- % PT informatizzati per tutti i pazienti &gt; 65% raggiunto</li> <li>- % PT informatizzati per tutti i pazienti tra 50 e 65% parzialmente raggiunto</li> <li>- % PT informatizzati per tutti i pazienti &lt; 50% non raggiunto</li> </ul>

<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
La percentuale di prescrizione informatizzata tramite applicativo PSM-PT per tutti i pazienti al 31/12/2019 è del 84%	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>MODALITÀ DI VALUTAZIONE DEFINITA CON DGR 448/2019</b> <b>PSM-PT: 84%</b>
<b>Flussi informativi farmaceutica</b>	
<p>Implementazione, verifiche e controlli di congruenza dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese, da parte dei responsabili individuati, utilizzando la reportistica a disposizione sul portale SISSR (mancati invii, prezzi medi, revocati, ecc), con particolare riferimento ai disallineamenti derivanti da possibile mancato invio. Va assicurata, per il corretto calcolo del rispetto dei tetti di spesa, l'integrale copertura della fase 3 su fase 2 (100% della spesa negli ambiti previsti) per quanto riguarda la distribuzione diretta, nonché l'inserimento a sistema del codice targatura (&gt; 99% confezioni) in fase di erogazione diretta dei medicinali (applicativo PSM).</p> <p>L'AAS5 da riscontro ad eventuali approfondimenti richiesti dalla Direzione Centrale, anche su istanza Ministero della Salute, entro 15 giorni dalle comunicazioni.</p>	<p>1. Verifiche dei dati entro il 10 di ogni mese Integrale copertura fase 3/fase 2 (&gt; 99,5% della spesa negli ambiti previsti).</p> <p>2. Inserimento codice targatura in fase di erogazione diretta dei medicinali (&gt; 99%).</p> <p>3. Riscontro entro 15 giorni agli approfondimenti richiesti o segnalazioni inviate.</p> <p>Modalità di valutazione: copertura fase 3/fase 2: target rilevati dalla DCS % &gt; 99,5%: raggiunto % tra 99 e 99,5: parzialmente raggiunto % &lt; 99%: non raggiunto</p> <p>Targatura: target rilevati dalla DCS: - % confezioni diretta PSM &gt; 99%: raggiunto - % confezioni diretta PSM da 97% a 99%: parzialmente raggiunto - % confezioni diretta PSM &lt; 97%: non raggiunto</p> <p>Riscontro entro i termini: sì/no</p>
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La copertura per il 2019 è del 99,98%,</li> <li>2. Viene inserita correttamente la targatura nel 99,72% dei casi</li> <li>3. Non sono stati richiesti approfondimenti nel corso del 2019</li> </ol>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>MODALITÀ DI VALUTAZIONE DEFINITA CON DGR N. 448/2019</b> <b>FASE3/FASE 2: 99.94%</b> <b>TARGATURA (CONFEZIONI): 99%</b>

<b>3.3.10. Farmacovigilanza</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
1. L'AAS5 assicura la partecipazione dei sanitari	1. Evidenza della partecipazione alle progettualità avviate dalla DCS e alle attività formative organizzate

interessati e il supporto alle attività organizzative.	dalla stessa (partecipazione incontri periodici, stato di avanzamento progetti affidati all'AAS5.)
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
2. Nell'ambito della progettualità pluriennale avviata nel 2018 (Farmacisti in ospedale/territorio) con il coinvolgimento di tutte le Aziende sanitarie, gli Enti del SSR dovranno garantire la partecipazione agli incontri periodici del gruppo di Coordinamento.	2. Partecipazione agli incontri periodici del gruppo di Coordinamento del progetto ed evidenza della relazione scientifica e della rendicontazione: secondo le tempistiche della convenzione in essere.
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
3. Partecipazione ai tre nuovi moduli FAD da parte dei Responsabili di farmacovigilanza e dai loro collaboratori (da loro individuati) al fine di migliorare la qualità delle informazioni inserite in RNF.	3. Evidenza di partecipazione da parte di tutti gli operatori sanitari individuati (raggiunto partecipazione del 100%; parzialmente 70%-99%; non raggiunto < 70%)
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
4. L'AAS5 dovrà assicurare azioni per incentivare la segnalazione on-line.	4. Aumento del 20% di segnalazioni on-line rispetto alla modalità cartacea al 31/12/2019, Modalità di valutazione: L'obiettivo sarà diversificato nel seguente modo: Obiettivo raggiunto: aumento delle segnalazioni on-line del 20% per AAS5, obiettivo parzialmente raggiunto: aumento delle segnalazioni on-line del 15% per l'AAS5, obiettivo non raggiunto: aumento delle segnalazioni on-line rispettivamente inferiore al 15% per l'AAS5.
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
1. Il farmacista referente per la farmacovigilanza e/o il suo sostituto hanno partecipato a tutte le riunioni organizzate dalla Regione.	
2. Il farmacista referente per la farmacovigilanza e/o il suo sostituto hanno partecipato a tutte le riunioni organizzate dalla Regione, nell'ambito delle riunioni si è discusso anche dell'andamento del progetto regionale.	
3. Tutti gli operatori sanitari individuati in Azienda hanno partecipato e superato i corsi FAD	
4. In numero delle segnalazioni on-line rispetto alle cartacee è risultato in crescita costante. Al 31/12/2019 l'81% delle segnalazioni pervenute è stata inviata online, con un incremento rispetto al 2018 del 58%.	

### VINCOLI OPERATIVI LINEE 2018 (DGR 448/2019)

Valori rilevati da report monitoraggio indicatori Linee 2019 gennaio-dicembre 2019

VINCOLO	TARGET	VALORE 2018
Diretta	72,00	<b>79,20</b>
DPC	33,00	<b>33,64</b>
Convenzionata	118,00	<b>116,28</b>

Ospedaliera	- 1,0 %	<b>+ 4,6 %</b>
-------------	---------	----------------

### 3.4 ACCREDITAMENTO

<b>3.4 Accredimento</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1 Messa a disposizione dei valutatori esperti	1 Gli enti consentono a ognuno dei propri dipendenti inseriti nell'elenco regionale dei valutatori dell'accreditamento di partecipare ai sopralluoghi per almeno 5 giornate, secondo indicazioni della DCS
2 Partecipare al programma di accreditamento nazionale degli organismi tecnicamente accreditati	2 Mettere a disposizione i professionisti indicati dalla DCS, da avviare alla formazione dei valutatori dell'accreditamento
3 Garanzia del funzionamento dell'OTA FVG	3 Consentire ai dipendenti inseriti nell'elenco nazionale dei valutatori dell'accreditamento di partecipare alle attività organizzate del Ministero della Salute e dall'Agenas. Consentire ai dipendenti componenti dell'OTA regionale di svolgere le funzioni previste dalla DGR n.2220/2015 e dal Decreto n. 1899/2017
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
1 Sono stati messi a disposizione i valutatori esperti, secondo quanto richiesto dalla DCS.	
2 Si è provveduto ad individuare altri professionisti da inserire nell'elenco dei valutatori regionali, da avviare alla formazione dei valutatori dell'accreditamento.	
3 Il componente individuato dall'azienda partecipa alle attività dell'OTA regionale.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

### 3.5 ASSISTENZA OSPEDALIERA

<b>3.5.1. Insufficienze d'organo e trapianti</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<b><u>Cuore</u></b>	
Realizzazione del percorso formativo per la gestione dei pazienti portatori di VAD	Partecipazione di almeno 2 operatori al percorso formativo
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
Il primo incontro formativo si è svolto a Udine in data 1-7-2019: hanno partecipato n. 2 medici della Cardiologia di Pordenone e n. 2 medici di quella di San Vito. Non sono stati organizzati altri incontri in Regione.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b><u>Fegato</u></b>	

<p>1. Diffusione del PDTA "Alterazione enzimi epatici"                  2. Potenziamento del programma Trapianti di fegato                  3. Attivazione ambulatorio per visite epatologiche nel Presidio di San Vito Spilimbergo</p>	<p>1. Diffusione PDTA ai vari livelli dell'organizzazione                  2. Segnalazione di almeno 10 pazienti per l'iscrizione in lista trapianto, presso il centro trapianti dell'ASUIUD (dati CRT)                  3. Ambulatorio per visite epatologiche aperto almeno 4 ore a settimana a decorrere dal mese di maggio 2019 nel Presidio di San Vito- Spilimbergo  <b>Obiettivo critico. Difficilmente realizzabile per carenza di personale internistico.</b></p>
<p><b>Attuazione al 31.12.2019</b></p> <p>1. Sono stati eseguiti due incontri con i MMG sulla gestione della patologia epatopatica in data 20/06/2020 e per la diffusione del PDTA "Alterazione enzimi epatici" in data 24/10/2020.                  2. Sono stati segnalati per l'iscrizione in lista trapianti n° 11 pazienti                  3. Non è stato attivato l'ambulatorio per visite epatologiche nel presidio di San Vito Spilimbergo per carenza di dirigenti medici.</p>	
<p><b>Valutazione</b></p>	<p><b>1. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>  <b>2. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>  <b>3. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b></p>
<p><b>PANCREAS</b></p>	
<p>Riduzione del tasso di amputazioni maggiori per diabete.</p>	<p>&lt; 28 casi per milione di residenti (fonte Bersaglio)                  (stima valore AAS5 2018: 10 per 1.000.000 residenti).</p>
<p><b>Attuazione al 31.12.2019</b></p> <p>19 casi per milione di residenti</p>	
<p><b>Valutazione</b></p>	<p><b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>  <b>22,4</b></p>
<p><b>Polmone</b></p>	
<p>1. Partecipazione alla revisione/stesura del PDTA regionale sulla BPCO da parte dei professionisti coinvolti                  2. Riduzione del tasso di ospedalizzazione per BPCO.                  3. Aumento dell'appropriatezza di utilizzo dell'ossigenoterapia domiciliare</p>	<p>1. Collaborare alla stesura del PDTA regionale (vedi linea 3.2.1.2.3 BPCO)                  2. &lt; 55 per 100.000 residenti di 50-74 anni (fonte Bersaglio)                  (valore AAS5 2018: 43 per 100.000 residenti)                  3. Riduzione di almeno il 10% della spesa rispetto al 2017 (Spesa 2017: 1.631.928,)</p>
<p><b>Attuazione al 31.12.2019</b></p> <p>1. Il PDTA è stato redatto tra il 2017 e il 2018 e non vi sono state ulteriori modifiche pertanto non c'è stata alcuna convocazione nel corso del 2019 da parte della regione.                  2. Il tasso di ospedalizzazione per BPCO è del 44 per 100.000 residenti di 50-74 anni                  3. Spesa 2018: 1.780.005 (+9% sulla spesa 2017)                  Spesa 2019: 2.003.488 (+23% sulla spesa 2017)</p>	
<p><b>Motivazioni scostamento del risultato atteso</b></p> <p>Sono in aumento gli utenti con prescrizione specialistica come segue:</p>	



<p>Utenti in carico nel 2017: 395; Utenti in carico nel 2018: 429 +9% 2018 su 2017                  Utenti in carico nel 2019: 474 +20% su anno 2017</p>	
<b>Valutazione</b>	<p><b>1. OBIETTIVO STRALCIATO</b>  <b>2. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>  <b>45,2</b>  <b>3. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b></p>
<b><u>Rene</u></b>	
<p>1. Avviare il percorso formativo di 2° livello sul PDTA "Malattia renale cronica stadi I-III e IV-V".                  2. Potenziamento della dialisi peritoneale e dell'emodialisi domiciliare                  3. Potenziamento del programma Trapianti di rene</p>	<p>1. Evidenza dell'attivazione del percorso formativo                  2. Pazienti in emodialisi presso i centri dialisi al di sotto del 52% del totale (trapiantati + emodializzati + in dialisi peritoneale)                  (valore AAS5 2018 45,2%)                  3. Riduzione dei Tempi di iscrizione in lista trapianto (differenza tra inserimento in donor manager T3 e raccolta del consenso all'avvio dell'iter per l'inserimento in lista T0 &lt; 6 mesi almeno nel 75% dei casi che hanno dato il consenso)</p>
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
<p>1. Il percorso formativo è già iniziato all'interno della Unità Operativa di Nefrologia con la diffusione del PDTA ai singoli Collegi e con una prima riunione informativa/esplicativa.                  2. La percentuali è del 43.8% (n. 178 trapiantati, n. 170 emodializzati, n. 40 peritoneali)                  3. I tempi di attesa variano dal T0 "Richiedere al paziente il consenso all'avvio dell'iter delle indagini per inserimento in lista di attesa per trapianto" fino al T1 "Trasmettere al/i Centro/i Trapianti, la documentazione clinica utile all'inserimento in lista di attesa di trapianto del paziente (T1). Le fasi successive dipendono dal Centro Regionale.</p>	
<b>Valutazione</b>	<p><b>1. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>  <b>2. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>  <b>49,87</b>  <b>3. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p>
<b><u>Tessuti oculari</u></b>	
<p>1. Mantenimento del programma di donazione cornee rispetto al 2017                  2. Mantenimento del numero di trapianti 2017</p>	<p>1. N. Donazioni &gt;= 23 (fonte dati CRT)                  2. Trapianti &gt; 79 (fonte dati CRT)</p>
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
<p>1. donazioni cornee al 31.12.2019: 30 donazioni                  2. trapianti al 31.12.2019: 19</p>	
<b>Motivazioni scostamento del risultato atteso</b>	
<p>Come già segnalato nel monitoraggio, il mantenimento dei valori 2018 è stato difficilmente realizzabile per la mancanza (pensionamento) del professionista che li eseguiva.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>
<b><u>Donazione d'organi e altri tessuti</u></b>	

<p>1. Avvio dell'attività di prelievo d'organi da paziente con accertamento del decesso con criteri cardiologici</p> <p>2. Implementazione delle segnalazioni secondo indicatori standard</p>	<p>1. Almeno 3 casi</p> <p>2. Proc. 1 – donatori effettivi/decessi per lesione cerebrale acuta &gt;16-25%</p> <p>3. Proc 2 - numero accertamenti AMC= (donatori utilizzati +opposizioni + procurati) / decessi per lesione cerebrale acuta &gt;21-40%</p>
<p><b>Attuazione al 31.12.2019</b></p> <p>1. Questo protocollo prevede la presenza di un reparto di cardiocirurgia e di un cardiocirurgo ed una macchina per la circolazione extracorporea ecmo e non interessa l'AAS5. <b>Si chiede lo stralcio dell'obiettivo.</b></p> <p>2. Proc. 1 – n. 7 donatori effettivi / 26 decessi per lesione cerebrale acuta =26.9%</p> <p>3. Proc. 2 – n. 9 AMC / 26 decessi per lesione cerebrale acuta =34.6 %</p>	
<p><b>Valutazione</b></p>	<p><b>1. OBIETTIVO STRALCIATO</b></p> <p><b>2.3 OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p>

3.5.2. Emergenza urgenza	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p><b>Ictus</b></p>	
<p>1. Mantenimento dell'attività di trombolisi endovenosa/ endoarteriosa a 65 casi/anno presso AAS5</p>	<p>1. &gt;65 casi/anno</p> <p>Nel 2018 sono state effettuate 79 trombolisi.</p>
<p><b>Valutazione</b></p>	<p><b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b></p> <p><b>62</b></p>
<p>2. Misurazione dei tempi intercorrenti fra <i>triage in pronto soccorso, allertamento-TAC e TAC-trombolisi venosa</i></p>	<p>2. Tempo triage-trombolisi riduzione del 20%. Implementazione dei campi informatici necessari a elaborare i dati specifici.</p>
<p><b>Valutazione</b></p>	<p><b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p>
<p>3. Implementazione di un data base informatizzato per la raccolta di tutte le valutazioni con NIHSS, indice di Barthel (BI) e mRS pre e post evento in tutti i pazienti con ictus da rilevare su tutti i codici ictus.</p>	<p>3. Evidenza di configurazione del data base informatizzato.</p>
<p><b>Valutazione</b></p>	<p><b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p>
<p>4. Raccolta di tutte le valutazioni con NIHSS, indice di Barthel (BI) e mRS pre e post evento</p>	<p>4. Nell'ultimo trimestre 2019 sono registrati nel data base almeno l'85% degli episodi di ricovero con DRG 14 o codici ICD-9-CM relativa a: 430.x, 431.x, 432.x, 433.x1, 434.x1, 436.x, 437.3, 438.x, 784.3 (afasia). Report su ultimo trimestre.</p>
<p><b>Valutazione</b></p>	<p><b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p>
<p>5. Informazione alla cittadinanza.</p>	<p>5. Evidenza dell'informazione alla cittadinanza (ad es. distribuzione opuscolo, video, eventi ecc.) sui segni/sintomi da non sottovalutare per anticipare la chiamata di soccorso e rendere tempestivi i soccorsi</p>

	in caso di ictus.
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
<p>1. Risultano effettuate n. 91 procedure di fibrinolisi endovenosa.</p> <p>2 il tempo Door to needle DTN medio risulta di 76 min (rispetto ai 96 minuti del 2018); una ulteriore <b>riduzione del tempo complessivo DTN (dopo una riduzione del 20% già raggiunta nel 2018 rispetto al 2017) risulta a questo punto un tempo non ulteriormente comprimibile in quanto correlato alla complessità di alcuni casi ed a problematiche logistiche.</b></p> <p>3 <b>E' continuata la raccolta cartacea di tutte le valutazioni con NIHSS, indice di Barthel (BI) e mRS pre e post evento ictus in quanto la configurazione del data base informatizzato per la raccolta delle scale è ancora in via di definizione da parte della Regione;</b></p> <p>4 Data la non disponibilità del data base informatizzato, la raccolta è continuata nella forma cartacea. Si rileva che la presenza delle scale compilate delle cartelle valutate nell'ultimo trimestre è del 96,7%.</p> <p>5 E' stato predisposto e distribuito presso gli MMG l'opuscolo di informazione alla cittadinanza.</p>	
<b>Emergenze cardiologiche</b>	
1. Compilazione della scheda STEMI (PACS Emodinamica).	1. >95% delle 4 variabili compilate. Obiettivo realizzabile, ma critico nelle percentuali richieste in quanto l'utilizzo dello strumento è in fase di prima applicazione
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
2. Attivazione della tele-radiologia Hub & Spoke per le sindromi aortiche acute.	2. Tele radiologia attivata per le sindromi aortiche acute, quando sarà resa disponibile da parte della DCS. (vedi linea 4.1 sistema PACS ob. 2)
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>
3. Implementazione di una scheda di valutazione dello storm aritmico.	3. >95% dei casi inseriti a sistema nel secondo semestre 2019. Obiettivo realizzabile, ma critico nelle percentuali richieste in quanto l'utilizzo dello strumento è in fase di prima applicazione.
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
<p>1. Il 99% delle schede STEMI sono correttamente compilate nelle 4 variabili previste</p> <p>2 La tele radiologia nel 2019 è attivata solo per il Pronto Soccorso</p> <p>3 Tutti i casi di storm aritmico sono inseriti nel database dedicato</p>	
<b>Trauma</b>	

<p>1. Trattamento della Frattura di femore entro 48H in almeno il 70% (hub) o 80% (spoke) dei casi trattati dal presidio ospedaliero.</p> <p>2. Tempi di trattamento per traumatologia in urgenza per fratture diverse dal femore – ricoveri urgenti.</p>	<p>1. &gt;70% hub &gt;80% spoke (fonte PNE) (Nei primi 8 mesi 2018 72,2% nel presidio di Pordenone e 66,2% nel presidio di San Vito/Spilimbergo)</p> <p>2. Degenza media pre-operatoria (indicatore Bersaglio C5.18.1 &lt;= 1,5 gg ) (valore 2018 1.41gg)</p> <p>3. Attesa media pre-operatoria (indicatore Bersaglio C5.18.2 &lt;= 8 gg ) (valore 2018 9,5gg)</p>
<p><b>Attuazione al 31.12.2019</b></p> <p><b>1</b> Trattamento della Frattura di femore entro 48H: Pordenone (Hub) =156/210= 74,29% dei casi trattati ; San Vito/Spilimbergo (spoke) = 79/112= 70.54% dei casi trattati;</p> <p>2. Degenza media preoperatoria: 1,64 gg</p> <p>3. Attesa media preoperatoria: 9 gg</p>	
<p><b>Valutazione</b></p>	<p><b>1. OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b> <b>PORDENONE 74,2</b> <b>SAN VITO 70,00</b></p> <p><b>2. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO 1,58</b></p> <p><b>3. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO 9,36</b></p>
<p><b>Pronto soccorso ed emergenza urgenza</b></p>	
<p>1. Aumentare la percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1 h rispetto al totale dei pazienti con codice verde, ad almeno l'80% (spoke) o 65% (hub.)</p> <p>2. Aumentare la percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore, portandola a valori superiori all'85% (spoke) e 75% (hub.)</p>	<p>1. &gt;65% hub &gt;80% spoke (Nel 2018 47,8% presso l'Ospedale di Pordenone, 66.3% nell'Ospedale di San Vito/Spilimbergo)</p> <p>2. &gt;75% hub &gt;85% spoke (Nel 2018 79,6% presso l'Ospedale di Pordenone, 69.7% nell'Ospedale di San Vito/Spilimbergo)</p>
<p><b>Attuazione al 31.12.2019</b></p> <p><b>1</b> % dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde: San Vito/Spilimbergo (spoke) = 65,0%; Pordenone (Hub) = 54,98%</p> <p><b>2</b> % di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore: Pordenone (Hub) = 78%, San Vito/Spilimbergo (spoke) =66,7%</p>	
<p><b>Valutazione</b></p>	<p><b>1. OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b> <b>PORDENONE 54,97</b> <b>PEDIATRICO PN 65,78</b> <b>SAN VITO 60,89</b> <b>SPILIMBERGO 76,30</b></p> <p><b>2. OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b> <b>PORDENONE 73,55</b> <b>PEDIATRICO PN 85,37</b> <b>SAN VITO 68,37</b> <b>SPILIMBERGO 64,78</b></p>

<b>3.5.3 Reti di patologia</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<b>Malattie rare</b>	
1. Completare i percorsi assistenziali 2. Alimentare il registro regionale di cui al DM 279/2001 (aggiornamento dati del registro con inserimento del 100% dei casi in prevalenza al 30 novembre 2019 e pulizia dei casi che sono usciti dal sistema.)	1. Produrre almeno un percorso assistenziale per ogni rete di gruppo nosologico. 2. Inserimento 100% dei casi di prevalenza al 30 novembre 2019 e pulizia dei casi che sono usciti dal sistema.  Inviare report di attività alla DCS
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
<p>1. La SC Oculistica, Centro Coordinatore per il Gruppo delle Malattie Rare dell'Apparato visivo ha prodotto il PDTA su Cheratocono (Codice esenzione RF0280).</p> <p>2. Continua l'aggiornamento dei dati nel registro regionale. Sono stati registrati n. 365 casi per struttura dal 01/01/2019 al 31/12/2019: n. 24 Dermatologia, n. 45 Endocrinologia, n. 66 Gastroenterologia, n. 75 Medicina Interna PN, n. 2 Medicina TrASFusionale, n. 33 Nefrologia e Dialisi, n. 38 Neurologia, n. 59 Oculistica e n. 23 Urologia.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>1. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>2. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Malattie reumatiche</b>	
1. Formalizzazione e diffusione del documento di indirizzo sulla terapia condiviso con il servizio farmaceutico regionale. 2. Utilizzo dello strumento informatizzato per l'appropriatezza prescrittiva.	1. Evidenza della diffusione del documento a tutti i professionisti coinvolti anche nell'ambito della medicina convenzionata. 2. Evidenza dell'utilizzo dello strumento informatizzato e report semestrale
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
<p>1. In data odierna non è pervenuto alcun documento ufficiale di indirizzo sulla terapia condiviso con il servizio farmaceutico regionale. Vengono seguite le direttive condivise, anche se non ancora formalizzate, sull'impiego dei farmaci biologici.</p> <p>2. Non è stata ancora elaborata a livello regionale una scheda di raccolta delle informazioni cliniche legate alla prescrizione dei farmaci biologici. La prescrizione dei farmaci biologici viene comunque registrata in G2. Era in programmazione un incontro in data 4 giugno 2019 che però è stato procrastinato in data da destinarsi.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>1. OBIETTIVO STRALCIATO</b> <b>2. OBIETTIVO STRALCIATO</b>
<b>Insufficienza cardiaca cronica</b>	
Riduzione del tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti di 50-74 anni, portandolo sotto il valore di 200.	Valore 2019 < 200. (stima valore AAS5 2018: 204 per 100.000 residenti.)
<b>Monitoraggio al 30.06.2019</b>	
Valore stimato 2019: 124‰	
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>155,7</b>
<b>Infettivologia</b>	
1 Ogni presidio ospedaliero spoke ha almeno un medico di malattie infettive assegnato a tempo pieno alla Direzione medica. 2 Le strutture di Microbiologia e virologia (presidi Hub) sono attivabili sulle 24 h 365 die/anno	1 Presenza di un infettivologo a tempo pieno nel presidio di San Vito e Spilimbergo 2 Microbiologia e virologia di Pordenone attivabile sulle 24h <b>365die/anno Modificato DGR 878/2019</b>
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
1 Da marzo 2019 non è più in servizio lo specialista Infettivologo nel presidio di San Vito al Tagliamento per richiesta di licenziamento dello stesso ed al momento non è stato sostituito (richiesta bando di concorso). Il servizio è al momento garantito, con i limiti connessi, mediante consulenza telefonica e sporadicamente fisica da parte dei due specialisti del presidio di Pordenone. 2 Le strutture di Microbiologia e virologia (presidi Hub) sono attivabili sulle 24 h, 365 die/anno	
<b>Valutazione</b>	<b>1. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b> <b>2. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.5.4. Pediatria</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Rete pediatrica regionale	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Emergenza urgenza: adozione del modello operativo elaborato dal gruppo multidisciplinare regionale quando verrà formalizzato.</li> <li>2. Chirurgia pediatrica: verrà consolidato il modello già funzionante per l'attività di chirurgia generale e specialistica previsto nel protocollo d'intesa tra AAS 5 l'IRCCS Burlo G. (decreto DG 576 10.08.2018)</li> <li>3. L'azienda adotterà il sistema di tele refertazione per Second Opinion in radiologia pediatrica, quando sarà reso disponibile dalla DCS (vedi par. 4 Sistema informativo)</li> <li>4. Malattie complesse e/o croniche: l'azienda partecipa ai gruppi multidisciplinari regionali per patologia.</li> <li>5. Cure palliative: implementazione del modello di rete e definizione di un percorso assistenziale</li> <li>6. Carta dei Servizi: predisposizione Carta dei servizi per l'assistenza in età pediatrica come da accordo Stato Regioni del 21 dic. 2017</li> <li>7. Formazione: promozione attività formative relative alle tematiche oggetto di progettualità nel 2019 (trasporto pediatrico, Diabete, Cure palliative.)</li> </ol>
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	

<b>1</b> Emergenza urgenza: Il modello operativo elaborato dal gruppo multidisciplinare regionale non è stato ancora formalizzato.	
<b>2</b> Chirurgia pediatrica: il modello viene applicato e dimostra di funzionare con regolarità sia per quanto riguarda la parte ambulatoriale che di sala operatoria, secondo quanto i protocolli previsti.	
<b>3</b> Non è ancora disponibile il sistema di tele refertazione per Second Opinion in radiologia pediatrica.	
<b>4</b> Malattie complesse e/o croniche: l'azienda partecipa ai gruppi multidisciplinari regionali per patologia con regolarità	
<b>5</b> Cure palliative: l'equipe di cure palliative pediatriche aziendale ha partecipato attivamente al tavolo tecnico regionale. La rete provinciale ha mantenuto la sua attività.	
<b>6</b> Carta dei Servizi è stata aggiornata.	
<b>7</b> Formazione: E' stata effettuata la formazione per diabete mellito in età pediatrica. In particolare, sono stati effettuati 2 corsi di formazione sulla gestione ospedaliera del bambino affetto da diabete di tipo 1: Ketoacidosi e tecnologie, per medici ed infermieri. Si sono svolti inoltre 4 incontri formativi per insegnanti relativi alla gestione del diabete e le sue eventuali complicanze durante l'orario scolastico. Il servizio formazione dell' IRCBG_19018 ha realizzato "Formazione in oncematologia pediatrica: dall'organizzazione della rete pediatrica oncologica regionale alla condivisione di protocolli clinico-assistenziali" in diverse sedi del FVG. Il team assistenziale del servizio CPP aziendale ha partecipato presso il CRO di Aviano.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>

<b>3.5.5. Percorso nascita</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<u>Gestione gravidanza fisiologica</u> Implementazione del percorso gravidanza fisiologica a gestione ostetrica (vedi linea 3.2.2.7 Consultori familiari.)	Promuovere corsi di formazione rivolti alle ostetriche che seguono il percorso gravidanza a basso rischio a gestione ostetrica, di cui alla DGR 723/2018.
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
Sono state realizzate due edizioni (16.4.2019 e 23.5.2019) del corso di formazione: "Assistenza alla gravidanza fisiologica e gestione della gravidanza a rischio" (AAS5_19019) e il corso di formazione (28.5.2019) "Gestione della gravidanza a rischio" (AAS5_19057). Ai corsi hanno partecipato le ostetriche dei Consultori Familiari e dei Reparti di Ostetricia e Ginecologia dei Presidi Ospedalieri di Pordenone e di San Vito al Tagliamento.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<u>Integrazione territorio-ospedale</u> Analisi di approfondimento delle gravidanze in età precoce e i neonati esposti (vedi linea 3.2.2.7 Consultori familiari.)	Collaborazione con la DCS alla realizzazione dell'Agenda della gravidanza. Mantenimento del percorso aziendale per il post-partum, anche prevedendo l'offerta ostetrica domiciliare.  Definizione di protocolli aziendali di accompagnamento e dimissioni per le gravidanze in età precoce e i neonati esposti.
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	

Integrazione territorio-ospedale:

L'Agenda della Gravidanza è stata realizzata a livello regionale ed al 31/12/2019 non risulta consegnata alle strutture territoriali.

- Il percorso aziendale per il post-partum (puerperio attivo) è mantenuto e prevede anche l'offerta ostetrica domiciliare.

Sono stati prodotti i seguenti protocolli:

- il "Protocollo Aziendale di accompagnamento e dimissione dei neonati esposti";

- il protocollo Aziendale per la Gestione delle gravide e delle puerpere a rischio sanitario, psicologico e sociale" che include le gravidanze in età precoce. Entrambi i protocolli sono stati realizzati congiuntamente da Consultori Familiari e Punti Nascita Aziendali.

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<u>Parto-analgesia</u>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sviluppo/aggiornamento di una Carta dei servizi specifica per il percorso nascita con le informazioni previste dalla DGR 1083/2012 per ogni punto nascita aziendale, ivi compresa l'offerta di parto-analgesia.</li> <li>2. Pubblicazione nel sito aziendale dell'offerta relativa ai punti nascita del territorio di competenza, ivi comprese le tecniche di controllo del dolore in travaglio/parto.</li> <li>3. Definizione di procedure formalizzate e condivise per tutte le fasi del percorso di parto-analgesia (dalla visita anestesiologicala, all'erogazione della prestazione in travaglio, alle richieste estemporanee e al monitoraggio post partum)</li> <li>4. Formazione specifica sulla parto-analgesia farmacologica e non, rivolti a tutte le figure professionali coinvolte</li> <li>5. Monitoraggio attività e eventuali complicanze</li> </ol>

#### Attuazione al 31.12.2019

1 E' stata aggiornata la Carta dei servizi specifica per il percorso nascita con le informazioni previste dalla DGR 1083/2012 per ogni punto nascita aziendale, ivi compresa l'offerta di parto-analgesia

2 La pubblicazione sul sito aziendale dell'offerta dei servizi del punto nascita è stata effettuata

3 E' stata rielaborato e aggiornato il documento che contiene tutte le procedure della parto analgesia Il protocollo è stato condiviso tra punti nascita e Anestesi.

4 Il personale dell'ostetricia di entrambi i punti nascita ha partecipato al corso sull'utilizzo dell'ipnosi e della comunicazione ipnotica nell'ansia e del dolore procedurale, compreso il dolore in corso di travaglio parto (cod AAS5-19163)

5. Monitoraggio dell'attività:

DISTRIBUZIONE DEI NATI per EROGATORE e CARATTERISTICHE del PARTO e del TRAVAGLIO		ANALGESIA NO	ANALGESIA SI	NON RILEVATO	TOTALE
Az. Osp. S.M.A. di PORDENONE	Conteggio	737	396	46	1.179
	% sul totale parti	63%	34%	4%	100%



<b>Ospedale di SAN VITO</b>	<b>Conteggio</b>	582	93	6	681
	<b>% sul totale parti</b>	85%	14%	1%	100%
<b>Valutazione</b>		<b>1. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>2. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>3. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>4. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b>			
<u>Mantenimento della percentuale dei parti cesarei primari</u>		<= 15% nei punti nascita < = 1000 parti/anno <= 25% nei punti nascita di II livello o > 1000 parti/anno			
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>					
P.O. S.MARIA DEGLI ANGELI PN - 19,21% (174/906); P.O. S.VITO E SPILIMBERGO: 14,82% ( 91/614)					
<b>Valutazione</b>		<b>1. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>PORDENONE 19,23</b> <b>SAN VITO 14,84</b>			
Formazione		Attività di formazione per gli operatori di sala parto Gli operatori 118 che svolgono servizio di STAM assistono a 3 parti fisiologici.			
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>					
In entrambi i Punti Nascita, il personale medico ed infermieristico del servizio trasporti 112 hanno assistito a n. 3 parti fisiologici (2 medici e 2 infermieri)					
<b>Valutazione</b>		<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>			

<b>3.5.6 Sangue ed emocomponenti</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso.
Contributo all'autosufficienza regionale e nazionale	Contributo aziendale all'autosufficienza come da piano annuale di produzione da concordare in sede regionale.
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Sicurezza ed appropriatezza trasfusionale	-partecipazione al monitoraggio per appropriatezza trasfusionale da parte dei Cobus
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Sicurezza ed appropriatezza trasfusionale	- Implementazione della prescrizione trasfusionale informatizzata e dei "sistemi barriera" per la trasfusione a letto del paziente
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b> LA MANCATA ATTUAZIONE È LEGATA ALL'INCOMPATIBILITÀ DELL'APPLICATIVO INSIEL CHE NON È COMPATIBILE CON I BROWSER NECESSARI ALL'IMPIEGO DEGLI ALTRI APPLICATIVI INSIEL
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
INDICATORI PIANO SANGUE	2018      2019

**\*Produzione Sangue:**

N° unità sangue intero	13.984	13.851
N° unità plasma da aferesi	5.181	5.270
N° unità plasma piastrinoafèresi	566	608
N. Totale unità prelevate	19.731	19.729

- La raccolta nel Dipartimento di Medicina Trasfusionale è in linea con gli obiettivi regionali con il mantenimento della raccolta al pari del 2018, garantendo il contributo all'autosufficienza regionale e nazionale.
- I dati del monitoraggio dell'appropriatezza trasfusionale sono stati presentati alla riunione di Cobus del 6 novembre 2019 (richieste appropriate pervenute = 93,5%) e in tale occasione è stata illustrata una nuova scheda di Audit ai reparti condivisa con il Rischio Clinico. L'audit trasfusionale è stato inserito nei Safety Tour nei reparti ospedalieri organizzati dal Rischio Clinico.
- E' stata completata la formazione del personale e la prescrizione trasfusionale informatizzata viene utilizzata regolarmente presso l'ambulatorio trasfusionale, sebbene necessari di perfezionamenti che sono segnalati alla "S.C. Innovazione e gestione tecnologie" nel verbale di collaudo e che limitano un'applicazione corretta e sicura nei reparti. Sono previsti sviluppi futuri in ambito ospedaliero con l'implementazione dei sistemi barriera, dipendenti dalla disponibilità di Insiel e dell'Azienda a sostenere il progetto.

<b>3.5.7. Erogazione livelli di assistenza</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso.
1. Riduzione del tasso di ospedalizzazione al 125 x mille	<u>1. &lt; 125 per mille</u> (Stima 2018 = <b>124</b> per mille)
2. Riduzione del numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica, ricorrendo anche ad un maggiore utilizzo del day service, portando la percentuale al di sotto del 20% per gli adulti e del 40% per i pediatrici.	<u>2. &lt;20% adulti e &lt; 40% pediatrici</u> (Dati 2018: 18,9% per gli adulti e 59,9% per i pediatrici.)
3. Riduzione della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti $\geq 65$ anni portandola al di sotto del 4%.	< 4% (Dati 2018: 3 %)
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
<b>1</b> Tasso di ospedalizzazione 2019: 122,07 ‰ (fonte: SISSR)	
<b>2</b> Dal medico con finalità diagnostica: 21,5% per adulti; 66% per pediatrici	
<b>3</b> Ricoveri medici oltre soglia per pazienti $\geq 65$ anni: 1,0%	
<b>Valutazione</b>	<b>1. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>121,91</b> <b>2. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b> <b>ADULTI 21,5</b> <b>PEDIATRICI 65,9</b> <b>3. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>3,1</b>

**3.6 RETE CURE SICURE FVG**

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

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

**Attuazione al 31.12.2019**

Prosecuzione delle attività riguardanti il programma "antimicrobial Stewardship":

- Eseguito e diffuso pieghevole con la situazione delle resistenze batteriche regionali e dell'AAS5 a tutti i medici ospedalieri ed AFT
- Conferma di riduzione del consumo di chinoloni (sia ospedale che territorio) e carbapenemi (solo ospedale) nel confronto 2018-2019. Riduzione dell'utilizzo di alcune cefalosporine endovenose (cefotaxime) e complessivamente delle cefalosporine orali.
- Eseguito di corso di formazione a MMG nei singoli distretti.
- Condivise con PS e Terapie Intensive le linee guida regionali per il riconoscimento precoce e la

gestione della sepsi con contestualizzazione in base alla epidemiologia locale ed effettuato il monitoraggio degli indicatori.

- Mediante la partecipazione ai lavori della Rete Regionale Infettivologica si condivide il processo di revisione dei documenti regionali sulla gestione delle infezioni nell'adulto;
- Partecipazione ed organizzazione di attività ed incontri per il coinvolgimento dei cittadini sull'uso appropriato degli antibiotici;
- Attivata la rete dei link professional relativi al programma di *Antimicrobial Stewardship*

Prosecuzione delle attività relative al programma "Controllo delle infezioni correlate all'assistenza".

1. La Simulazione di evento epidemico (PS e TI) è stata effettuata;
2. Effettuazione della rilevazione (metodo HALT) per la stima della prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza in almeno una casa di riposo per distretto sanitario: è stata inviata una lettera ad ogni distretto per l'individuazione delle strutture ed effettuata la rilevazione a Castions (4.6.19), Spilimbergo (5.6.19), Morsano (6.6.19), Cordenons (7.6.19) e Sacile (12.6.19). I dati sono stati inviati in Regione il 18.6.2019.
3. Point Prevalence Survey: la rilevazione si è svolta dal 21 al 25.10.19.
4. Aggiornamento documenti regionali: collaborazione all'aggiornamento del documento "Bundle per la prevenzione delle ICA connesse alle pratiche assistenziali" (partecipazione di n. 2 componenti CIO all'incontro regionale il 31/01/2019, supervisione delle bozze del documento (ultima verifica della bozza definitiva il 24 giugno); l'approvazione è stata rimessa al tavolo regionale dei Risk Manager). Collaborato alla stesura delle linee di indirizzo regionali per il riconoscimento precoce e gestione della sepsi associata alle pratiche assistenziali.
5. Sorveglianza infezioni sito chirurgico: In data 19.09.19 si è tenuto un incontro con i referenti delle strutture operative coinvolte, durante il quale è stato presentato il protocollo di sorveglianza e illustrata la scheda di rilevazione. La sorveglianza si è svolta nel periodo 01.10.19 – 31.12.2019 con un follow up che si protrarrà fino al 31.03.2020.

Prosecuzione delle attività relative al programma "sicurezza del farmaco"

1. Diffusione della reportistica periodica destinata al MMG: nel 2019 a livello regionale si prosegue con la reportistica preparata nel corso del 2018. La nuova reportistica non si è potuta distribuire in quanto non è stata rinnovata la convenzione.
  2. Adeguamento alle indicazioni regionali sull'uso degli elastomeri: linee diffuse e in vigore
  3. Le indicazioni ministeriali sono applicate
  4. Il consumo di PPI sul territorio è costantemente monitorato ed è in miglioramento. Sono state effettuate le attività formative specifiche nel 2018 e per il 2019 è stato effettuato il monitoraggio.
- Riduzione del consumo di benzodiazepine e degli ipnotici nelle case di riposo: L'attività aziendale è in linea.  
E' stato avviato il programma per la corretta gestione della nutrizione e dell'idratazione nelle case di riposo.

**Valutazione**

**OBIETTIVO RAGGIUNTO**

**OBIETTIVI STRALCIATI**

- RIDUZIONE DEL CONSUMO DI INIBITORI DI POMPA PROTONICA A MENO DI 25 UNITÀ POSOLOGICHE PROCAPITE (DIRETTA+CONVENZIONATA E DPC)
- RIDUZIONE DEL CONSUMO DI BENZODIAZEPINE E DEGLI IPNOTICI NELLE CASE DI RIPOSO (SICUREZZA DEL FARMACO)

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

<b>3.7 Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>- Strutturazione rete HPH</p> <p>- Avvio progetti HPH</p>	<p>Le progettualità della rete HPH sono spesso riconducibili a linee di lavoro aziendali relative alla promozione della salute e alle buone pratiche di cura e assistenza dei pazienti/utenti.</p> <p>Per rendere più efficaci ed efficienti gli interventi, i progetti HPH saranno integrati nelle linee di lavoro già presenti, con particolare riferimento a quelle rivolte ai cittadini.</p> <p>Consolidamento e formazione dei membri del comitato aziendale HPH</p> <p>Individuazione e formazione dei link professional Modificato DGR 878/2019</p> <p>Avvio progetti</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Personale dipendente: L'AAS5 non dispone di medici competenti proprio con contratto di lavoro subordinato ma si avvale di specialisti in regime Libera Professione. Perciò le seguenti attività saranno avviate e gestite con il supporto del Servizio Prevenzione e Protezione. <ul style="list-style-type: none"> <li>- medici competenti e coordinamento regionale della rete HPH individuano una strategia per implementare la valutazione del benessere soggettivo nel corso delle visite</li> <li>- al momento della visita periodica, il medico competente misura le dimensioni del benessere psico-fisico attraverso una breve anamnesi e la valutazione della composizione corporea (rapporto massa grassa/massa magra)</li> <li>- i medici competenti collaborano con il comitato HPH di cui sono parte integrante, per la ricognizione dell'offerta aziendale riguardante sani stili di vita (evidenza di offerta dedicata agli operatori su stili di vita e gestione dello stress)</li> </ul> </li> <li>- Pazienti: informazione sui benefici dell'astensione dal fumo in fase peri-operatoria.</li> <li>- Cittadini: promozione dell'attività fisica e sana alimentazione presso le sedi dell'assistenza ospedaliera e territoriale.</li> </ul>
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	

Consolidamento e formazione dei membri del comitato aziendale HPH: il 13 giugno i componenti del comitato aziendale HPH hanno partecipato alla riunione di formazione con la referente regionale per la presentazione della rete; durante la Riunione di Comitato del 27 giugno sono state organizzate e avviate le linee di lavoro, sulla traccia degli Standard del Manuale HPH sono state affidate le attività individuando gruppi di lavoro.

Individuazione e formazione dei link professional: è stata effettuata la ricognizione dei progetti pregressi afferenti alle linee di lavoro HPH per integrare i professionisti nella progettazione della rete.

**Valutazione****OBIETTIVO RAGGIUNTO****3.8 RAPPORTO CON I CITTADINI**

<b>3.8.1 Tempi di attesa</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Rispettare i tempi d'attesa per la specialistica ambulatoriale e i ricoveri per interventi chirurgici programmati (allegato: <i>Elenco delle prestazioni oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa</i> ).	<p><b>Specialistica ambulatoriale:</b> Assicurare il rispetto dei tempi d'attesa per le % di casi indicati priorità B &gt;95%, priorità D &gt;90%, priorità P &gt; 85%</p> <p><b>Ricoveri per interventi:</b> priorità A 95%, priorità B, C, D 90%</p>
<b>Attuazione al 31.12.2019:</b> si rimanda alla Relazione sui Tempi d'Attesa al punto D6	
2. Monitoraggio tempi d'attesa	L'Azienda rispetta i tempi per la trasmissione dei monitoraggi regionali e ministeriali (attività istituzionale ed ALPI).
<b>Attuazione al 31.12.2019:</b> Sono stati trasmessi i monitoraggi ministeriali 2019 al servizio epidemiologico dell'ARCS (volumi istituzionale e LP e tempi di attesa istituzionale) e ad Agenas (tempi di attesa LP) in data 30/04/2019, 12/08/2019, 7/11/2019.	
3. Configurare le agende dell'AAS5 e delle strutture private accreditate presenti sul suo territorio per la prenotazione on line.	Le agende sono adeguate alla prenotazione on line
<b>Attuazione al 31.12.2019:</b> Le agende di prenotazione delle prestazioni dell'AAS5 e delle strutture private accreditate presenti sul territorio sono configurate per la prenotazione on line secondo le indicazioni fornite da ARCS.	
4. Rispettare il rapporto tra attività libero professionale e istituzionale.	Il rapporto tra i volumi erogati è costantemente monitorato in relazione al rispetto dei tempi d'attesa garantiti per l'attività istituzionale.
<b>Attuazione al 31.12.2019:</b> Viene eseguito il monitoraggio dei volumi dell'attività erogata in libera professione intramuraria e valutato il rapporto tra i volumi in libera professione e quelli dell'attività istituzionale (prestazioni individuate dalla DCS): tali monitoraggi, eseguiti nell'aprile 2019 con riferimento al 2° semestre 2018 e nell'ottobre 2019 con riferimento al 1° semestre 2019, non hanno dimostrato la presenza di situazioni critiche rispetto a quanto definito dal CCNNLL.	
5. 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.
<b>Attuazione al 31.12.2019:</b> Nel corso del 2019 si è provveduto a rendere prenotabile a Call center tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate in regime libero professionale.	
6. Informatizzare e rendere disponibili a sistema CUP regionale le agende delle prestazioni ambulatoriali.	Le agende delle prestazioni ambulatoriali sono informatizzate e disponibili a sistema CUP regionale.
<b>Attuazione al 31.12.2019:</b> Le prestazioni di primo accesso sono gestite con agende informatizzate differenziate per priorità, con offerta disponibile a CUP regionale.	
7. Piano Attuativo Aziendale	L'azienda adotta il Programma Attuativo Aziendale entro 60 giorni dall'adozione del Piano Regionale di Governo delle liste di attesa, in coerenza con quanto definito in ambito regionale e provvedere all'invio dello stesso alla Regione.
<b>Attuazione al 31.12.2019:</b> IL PAA è stato adottato con decreto numero 552 del 24/12/2019	
8. Regolamento Libera Professione	L'azienda provvede a predisporre e adeguare il regolamento aziendale sulla Libera Professione a seguito della diffusione delle linee di indirizzo per la redazione da parte della Regione.
<b>Attuazione al 31.12.2019</b> Le linee di indirizzo per la redazione da parte della Regione non sono ancora state diffuse.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>

### 3.8.2 Innovazione nella gestione delle terapie

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Favorire le innovazioni che, a parità di efficacia terapeutica, riducono il disagio dei pazienti e dei loro familiari.	Sviluppare progetti che favoriscano modalità di terapie di minor disagio per i pazienti, a parità di efficacia terapeutica.
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
Il DH Medico e la Medicina di Pordenone hanno utilizzato fiale di Rituximab 1400 mg sottocute. Gli specialisti ematologi prescrivono la formulazione sottocutanea, secondo le indicazioni autorizzate (linfoma non-Hodgkin follicolare) successivamente ad una prima somministrazione endovenosa e con peso superiore a 65 kg. L'utilizzo di questa formulazione consente la dimissione del paziente con un anticipo di 2 ore.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Abolizione delle limitazioni non motivatamente necessarie (es. effettiva necessità di isolamento) per i caregiver indicati dai pazienti degenti presso le	Nei reparti di TI e TSI è consentita la presenza dei caregiver durante il ricovero secondo le modalità avviate nel 2017.



degenze intensive e semi-intensive.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Possibilità dei pazienti di avere accanto il care giver al momento della visita medica.	Nei reparti di degenza ordinaria i pazienti hanno la possibilità di avere accanto a se un care giver in corso di visita secondo le modalità introdotte nel 2017.
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Verifica del grado di soddisfazione del cittadino dopo intervento chirurgico o altra tipologia di trattamento	Contatto telefonico dopo la dimissione da un intervento chirurgico o da altra tipologia di trattamento (recall)
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Informazione del paziente sul medico che ha la responsabilità della gestione del suo ricovero.	I degenti vengono informati sul nominativo del medico responsabile della gestione del ricovero.
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
E' garantito l'accesso al care giver nei reparti di TI e TSI durante il ricovero secondo le modalità definite ed avviate nel 2017. I care giver accedono ai reparti di degenza ordinaria su richiesta del paziente secondo le modalità attivate nel 2017. Il contatto telefonico viene effettuato e monitorato. I degenti sono informati sul nome del medico responsabile della gestione del ricovero.	

#### 4. IL SISTEMA INFORMATIVO

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<b>Riorganizzazione dei servizi ICT</b>	
Censimento dei principali Servizi ICT a supporto della funzionalità ed organizzazione delle Aziende e redazione di un Piano di riorganizzazione	Redazione del piano di riorganizzazione
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
Nell'ambito del progetto di riorganizzazione dei sistemi regionali, come l'adeguamento delle versioni dei sistemi centrali o l'avvio di nuovi applicativi gestionale sanitari e amministrativi (es. ADT cure intermedie, DSM, Adweb, NSO ecc...), si è provveduto nel rinnovamento e ampliamento di postazioni lavoro; inoltre al fine di permettere la gestione delle richieste si è ottimizzato il sistema di gestione trouble ticketing e la gestione informatizzata del ciclo di vita delle credenziali, permettendo un più tempestiva gestione delle base dati utenti e delle apparecchiature assegnate ai servizi/uffici a supporto delle funzionalità organizzative dei servizi ICT e dell'azienda.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b> <b>MANCA L'EVIDENZA DI INVIO DEL DOCUMENTO</b>
Revisione sistemi: Partecipazione ai gruppi di lavoro (Gestione Risorse Umane, Gestione contabilità) Configurazione e avviamento siti	90% degli incontri Secondo i tempi definiti dal Piano di riorganizzazione regionale.
<b>Attuazione al 31.12.2019</b> E' stata garantita la partecipazione a tavoli regionali da parte delle S.C. Politiche e gestione risorse umane e S.C. Gestione economico finanziaria e fiscale.	

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Revisione sistemi: Partecipazione ai gruppi di lavoro sulla Gestione della Cartella Clinica	90% degli incontri
Configurazione e avviamento siti	Secondo i tempi definiti dal Piano di riorganizzazione regionale.
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
Non sono stati attivati gruppi di lavoro nel 2019.	
Valutazione	OBIETTIVO STRALCIATO
Completamento della ricetta dematerializzata	Farmaceutica >90%
<b>Attuazione al 31.12.2019</b> Valore anno 2019: 86,51%, Valore anno 2018: 85,09% (Fonte dati: Visual Analytics)	
Valutazione	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
Firma digitale	Referti ambulatoriali per interni ed esterni > 95%
	Laboratorio e microbiologia >98%
	Radiologia > 98%
Produzione e trasmissione <i>Patient Summary</i> da parte dei mmg/pls	Lettera di dimissione > 98%
	Pronto soccorso >98%
Garantire la tracciabilità (biffatura su applicativo GECO) sull'avvenuta presa visione dell'informativa rispetto al trattamento dei dati personali di base; la singola biffatura è valida nell'ambito dell'anagrafica degli assistiti regionale.	Produzione e trasmissione <i>Patient Summary</i> attivato > 80% dei mmg/pls
	100% degli accessi
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
- Referti ambulatoriali per interni ed esterni > 95%: 95,13%	
Laboratorio e microbiologia >98%: 98%	
Radiologia > 98% : 99%	
Lettera di dimissione > 98% : 93%	
Pronto soccorso >98%: 74,3 con PPI di Maniago e Sacile, 80,6% (con esclusione dei PPI di Maniago e Sacile).	
- Non valutabile: Il patient summary non è entrato nel contratto dei MMG/PLS.	
- E' garantita la tracciabilità e la biffatura sull' applicativo GECO sull'avvenuta presa visione dell' informativa rispetto al trattamento dei dati personali di base. Il dato % di sintesi sull'attività svolta non è desumibile dai sistemi aziendali, né da parte dell'operatore informatico regionale.	
Valutazione	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO NON RAGGIUNTO OBIETTIVO RELATIVO A PATIENT SUMMARY
<b>Sicurezza informatica</b>	
sicurezza fisica e logica/funzionale del sistema informativo, anche in attinenza ai temi relativi alla circolare n. 2/2017 del 18 aprile 2017 di AgID "misure minime di sicurezza" ed entrata in vigore del GDPR – (Regolamento UE 2016/679)	Aggiornamento documento AgID entro il 31.12.2019.

<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
E' stata attivata la convenzione per la sicurezza informatica con decreto n. 82 del 25-07-2019, tale servizio prevede di ottemperare alla nuova normativa in tema di sicurezza informatica (Circolare AGID n.2/2017), ed, in particolare, alla necessità di dotare i sistemi aziendali di un sistema di vulnerability assessment e vulnerability management.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Rinnovamento SIASI:</b> SALUTE MENTALE Configurazione e avviamento del sistema	Secondo i tempi definiti dal Piano di riorganizzazione regionale (vedi linea 3.2.2.4 Salute mentale.)
<b>Rinnovamento SIASI:</b> ASSISTENZA TERRITORIALE Predisposizione dei requisiti per capitolato tecnico	Partecipazione al gruppo di lavoro (90% delle presenze).
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
<b>Rinnovamento SIASI:</b> SALUTE MENTALE	
È stato avviato il nuovo software Point-pSM, cartella clinica del CSM con gestione flussi ministeriali. Eseguita la formazione accreditata con tutti gli operatori coinvolti nel processo, il sistema è stato avviato a fine novembre-inizio dicembre con dismissione del vecchio sistema territoriale SIASI e con travaso dei dati storici.	
<b>Rinnovamento SIASI:</b> ASSISTENZA TERRITORIALE	
E' stata garantita la partecipazione a tavoli regionali da parte di due esperti dell'azienda come referenti del gruppo di lavoro per le attività richieste di censimento e valutazione di soluzioni e standardizzazione di processi	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Regolamento europeo GDPR n. 679/2016 e D.lgs. 196/2003 come modificato dal D.lgs. 101/2018. Partecipazione obbligatoria del Direttore Generale/Commissario, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario al corso sul trattamento dei dati personali realizzato dalla DCS.	Partecipazione al corso
<b>Attuazione al 31.12.2019:</b> Il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario hanno partecipato al corso organizzato dalla Direzione Regionale.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Predisposizione delle informative per le ditte esterne in accordo all'art. 28 del GDPR 679/2016	entro 31.12.2019 il 100% delle informative sono predisposte in base al regolamento europeo GDPR 679/2016.
<b>Attuazione al 31.12.2019:</b> Tutte le strutture che sottoscrivono contratti di fornitura servizi/beni predispongono le informative in base al regolamento europeo GDPR 679/2016.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

#### FUNZIONI RIVOLTE AL SISTEMA

<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
Gestione dell'attività sanitaria in ambito ospedaliero	a. estensione delle integrazioni dei sistemi clinico

	<p>sanitari, quando rese disponibili da INSIEL</p> <p>b. Azienda garantisce la partecipazione ai gruppi regionali per normalizzare la gestione delle credenziali, per individuare ed attivare sistemi <i>Single Sign on</i></p> <p>c. Revisione del sistema CUS (centrale unica soccorso) con particolare attenzione alla scheda medica elettronica (par. 3.5.2) <b>non di competenza aziendale.</b></p> <p>d. L'azienda adotterà il sistema di tele refertazione per Second Opinion in radiologia pediatrica, quando sarà reso disponibile dalla DCS (vedi linea 3.5.4 Pediatria).</p> <p>e. Implementazione della prescrizione trasfusionale informatizzata (vedi linea 3.5.6 sangue ed emocomponenti).</p>
<b>Attuazione al 31.12.2019:</b> E' stata garantita la partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Gestione dell'attività sanitaria in ambito di assistenza distrettuale	<p>a. Collegamento informatico presso tutte le sedi aziendali di continuità assistenziale (linea 3.2.1.1 Ob. 4)</p> <p>b. Piattaforma di connessione con la medicina generale, in base a indicazione della DCS</p> <p>c. Avviamento del nuovo sistema di iscrizione ai MMG presso tutte le aziende del SSR, quando sarà reso disponibile dalla DCS</p> <p>d. Avviamento del sistema di logistica, gestione e distribuzione degli ausili, protesi e ortesi in fase di acquisizione dall'ARCS, quando sarà reso disponibile.</p>
<b>Attuazione al 31.12.2019:</b> E' stata garantita la partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Gestione dell'attività sanitaria in ambito di assistenza socio sanitaria	Adozione e configurazione di un unico strumento regionale per i DSM (linea 3.2.2.4 ob. 5)
<b>Attuazione al 31.12.2019:</b> E' stata garantita la partecipazione ai tavoli di lavoro per l'avvio dello sistema	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Cooperazione sociale	Collaborazione allo sviluppo di un sistema informativo per la gestione dell'Albo regionale delle cooperative sociali e consentire il monitoraggio delle attività e delle risorse nell'ambito dei servizi sociosanitari, socio assistenziali e socio educativi.
<b>Attuazione al 31.12.2019:</b> E' stato garantita la partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Gestione dell'attività della Odontoiatria pubblica	supporto all'avviamento della cartella clinica

	elettronica (linea 3.2.4)
<b>Attuazione al 31.12.2019:</b> E' stata garantita la partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>4.1 Sistema PACS</b>	
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
1. Rinnovo del sistema PACS regionale con aggiornamento delle sue componenti tecnologiche	1. Aggiornamento delle precondizioni impiantistiche e logistiche Supporto tecnico alle attività di installazione.
2. Consultazione/visualizzazione di referti e immagini in situazione emergenziale inter-aziendale: prosecuzione della messa a regime del caso d'uso negli ambiti clinici previsti dalla programmazione sanitaria regionale.	2. L'AAS5 garantisce supporto tecnico e clinico nelle attività di messa a punto e collaudo dei sistemi di collegamento Spoke-Hub.
3. Collaudo presso un sito pilota della soluzione di integrazione SIO/PACS per la produzione di un referto multimediale in Radiologia, già testata in ambiente di prova e avvio della soluzione a livello regionale.	3. L'AAS5 garantisce il supporto tecnico e clinico per le attività di collaudo e avviamento presso gli altri siti regionali secondo il programma che sarà redatto da ARCS d'intesa con INSIEL e con il fornitore PACS.
4. Proseguimento dell'estensione sistema PACS all'intero ambito dell'endoscopia ambulatoriale (broncoscopia, cistoscopia, isteroscopia, ...) in relazione alle esigenze cliniche espresse dalle Aziende.	4. Entro marzo l'AAS5 conferma le esigenze cliniche nei vari ambiti dell'endoscopia ambulatoriale e predispone un piano di attuazione delle precondizioni tecnologiche per l'adozione dei profili di integrazione versus G2 e PACS. Entro marzo l'AAS5 si impegna ad attivare il flusso di integrazione versus G2 e PACS almeno per uno degli ambiti clinici individuati: <u>broncoscopia</u> .
5. Potenziamento delle funzionalità elaborative con moduli aggiuntivi per l'analisi diagnostica evoluta in distretti anatomici specifici, secondo motivate richieste aziendali e in coerenza con il progetto regionale di sviluppo dei sistemi informativi ospedalieri.	5. Entro marzo l'AAS5 presenta un documento di richiesta motivata di moduli di post elaborazione da integrare nel sistema PACS regionale. <b>MODIFICA DGR 1812/2019: entro il 30 giugno 2019 L'AAS5 presenta un documento di richiesta motivata di moduli post elaborazione da integrare nel sistema PACS regionale.</b>
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
1 E' concluso il processo di rinnovo secondo indicazioni ARCS	
2 E' stato garantito il supporto tecnico e clinico nelle attività di messa a punto e collaudo dei sistemi di collegamento Spoke-Hub	
3 attività non ancora partita e non siamo a conoscenza del programma di lavoro di ARCS	
4 Sono state descritte le esigenze cliniche nell'ambito del PAL 2019, per l'attivazione del caso d'uso proposto "broncoscopia" si resta in attesa del parere di ARCS sulla fattibilità.	

5 La proposta motivata è stata inviata il 4 giugno 2019 via e-mail ad ARCS e Direzione Centrale Salute. Considerato che i primi mesi dell'anno sono stati impiegati per l'avvio del nuovo contratto PACS che ha visto l'AASn5 come azienda Pilota non è stato possibile rispettare la scadenza di marzo 2019 in quanto era necessario valutare prima le funzionalità del sistema PACS rinnovato.

<b>Valutazione</b>	<b>1. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>2. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>3. OBIETTIVO STRALCIATO</b> <b>4. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>5. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

Tenuto conto che nel corso del 2019 c'è stato un cambio al vertice delle due aziende, si è ritenuto opportuno riproporre gli obiettivi nel PAL 2020 in accordo con il Centro di Riferimento Oncologico CRO di Aviano.

#### **8.1 FORMAZIONE**

<b>8.1 Formazione</b>	
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
1. Accredimento di eventi FAD gestiti su piattaforma HTL. 2. Utilizzo della funzione "iscrizione on line" agli eventi	1. Accredimento di n. 1 evento FAD entro il 30.09.2018; 2. Utilizzo della funzione "iscrizione on line" per almeno 5 eventi RES entro il 30.11.2019
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
<p>E' stato accreditato l'evento FAD dal titolo "Corso di Medicina del Dolore per Medici di Medicina Generale (MMG)"</p> <p>è stata attivata la funzione "iscrizione on line" ai seguenti eventi RES: AAS5_19076, AAS5_19122(FAD), AAS5_19125, AAS5_19139. L'inserimento del corso AAS5_19166 non è andato a buon fine per problemi informatici sulla procedura di utilizzo della funzione.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Formazione manageriale Formazione specialistica tecnico-amministrativa e manageriale	Evidenza della rilevazione del fabbisogno formativo e successiva erogazione dei corsi formativi  Attivazione di corsi ad hoc istituiti sulla base delle indicazioni che saranno fornite dalla DCS.
<b>Attuazione al 31.12.2019</b>	
Dalla DCS non è ancora pervenuta la prevista indicazione per le modalità di rilevazione del fabbisogno formativo, né indicazione di attivazione dei corsi in oggetto.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Accreditamento	I provider si uniformano a quanto previsto dai documenti e dagli atti amministrativi regionali e provvedono alla stesura ed invio alla DCS del Piano

	<p>formativo annuale <b>entro il 30 marzo 2019</b>, al suo eventuale aggiornamento entro 30 giorni dalla pubblicazione del PRF nonché alla redazione ed invio della relazione annuale sulle attività formative 2018 entro il 31 maggio 2019.</p>
<p><b>Attuazione al 31.12.2019</b></p> <p>Il Provider AAS5 "Friuli Occidentale" ha adottato il Piano Formativo 2019 con decreto nr. 137 del 26.02.2019 e successivamente integrato con decreto nr. 236 del 13.03.2019. Tali decreti sono stati trasmessi alla DCS rispettivamente con nota prot. 17098 del 06.03.2019 e nota prot. 21281 del 20.03.2019.</p> <p>La Relazione annuale sulle attività formative 2018 è stata inviata alla DCS con nota prot. 38914 del 28.05.2019.</p>	
<p><b>Valutazione</b></p>	<p><b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p>

## TABELLA INDICATORI

			AASs	
			DATO AZIENDA	DATO DIREZIONE
1. LEA	PREVENZIONE Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base	>= 95%	95,00%	84,73%
1.a LEA	Difterite-tetano	>= 95%	95,00%	94,73%
1.b LEA	Antipolio	>= 95%	95,00%	84,73%
1.c LEA	Antiepatite B	>= 95%	94,00%	94,31%
2 LEA	PREVENZIONE Vaccinazione raccomandate MPR	>= 90%	91,20%	93,94%
3 LEA	PREVENZIONE Vaccinazione raccomandata contro l'influenza dell'anziano	>=70%	63,0%	62,60%
	Vaccinazione anti herpes zoster nei 65	>= 35%		41,00%
7 LEA	PREVENZIONE Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro	>=85	49,2	>=85
8 LEA	TUTELA DELLA SALUTE NEI LUOGHI DI LAVORO Percentuale di unità controllate sul totale di unità da controllare	>= 5%	5,28%	>= 5%
9 LEA	SANITA' ANIMALE Percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina	>= 98%	110%	>= 98%
10.a LEA	SANITA' ANIMALE Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi bovina/bufalina	>= 98% del 20% allevamenti	100%	>= 98% del 20% allevamenti
10.b LEA	SANITA' ANIMALE Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi ovicaprina	>= 98% del 10% dei capi	122%	>= 98% del 10% dei capi
11 LEA	SANITA' ANIMALE Percentuale di aziende ovicaprine controllate (3%) per anagrafe ovicaprina	>= 98% del 3% aziende	108%	>= 98% del 3% aziende
12 LEA	SALUTE DEGLI ALIMENTI Percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati dal Piano Nazionale Residui	>=98%	100%	>=98%
13	SALUTE DEGLI ALIMENTI Percentuale di unità controllate sul totale delle imprese alimentari registrate	>= 20%	22,00%	>= 20%
14	DISTRETTUALE Tassi di ospedalizzazione evitabile con la metodologia sviluppata dall'Agenzia statunitense AHRQ per i Prevention Quality Indicators (PQIs): indicatore complessivo da 14.a a 14.1	somma indicatori <= 115	105	90,86
15	ASSISTENZA DOMICILIARE Percentuale di anziani >=65 trattati in ADI con PAI	>= 3,8%	3,83	3,96%
16	HOSPICE Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100)	> 1	1,17	
17	SPECIALISTICA AMBULATORIALE Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1000 residenti (>=65 anni)	<= 24	29,45	29,80
18	FARMACEUTICA Incidenza di sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (anti-ipertensivi)	<=30%	39,69	39,69
19	FARMACEUTICA Consumo pro-capite di farmaci inibitori di pompa protonica	25 up pro cap	30,86 up	30,86
20	SALUTE MENTALE utenti in carico nei centri di salute mentale per 1.000 abitanti	>=10	17,9	17,92
21	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	>= 38%	43,50%	42,90%
22	Rapporto tra i ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza (allegato B Patto Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<= 0,32	0,29	0,294
23	Percentuale di parti cesarei	<20%	17,40%	17,45%
24	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 48 h in regime ordinario	>70%	72,53%	72,40%
BERSAGLIO (C.11a.1.1)	CUORE riduzione del tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti di 50-74 anni	< 200	160,0	155,70



			AAS5	
			DATO AZIENDA	DATO DIREZIONE
	RENE potenziamento della Dialisi peritoneale e dei trapianti con l'obiettivo di ridurre i pazienti in emodialisi al di sotto del 46% del totale (trapiantati + emodializzati + in dialisi peritoneale)	< 52%	43,80%	49,87%
BERSAGLIO (C11.a.2.4)	PANCREAS riduzione del tasso di amputazioni maggiori per diabete	< 28 per milione di residenti	19	22,4
BERSAGLIO (C11.a.3.1)	POLMONE riduzione del tasso di ospedalizzazione per BPCO	< 55 per 100.000 residenti 50-74 anni	44	45,2
	ICTUS aumento dell'attività di Trombolisi endovenosa/ endoarteriosa al di sopra nel 2019 di almeno 350 trattamenti nel territorio regionale	>65 trattamenti	91	62
	TRAUMA trattamento della frattura di femore entro 48 h in almeno il 70% (hub) o 80% (spoke) dei casi trattati dal presidio ospedaliero;	>= 70% hub per presidio	72,3 pordenone	74,2% pordenone
	TRAUMA trattamento della frattura di femore entro 48 h in almeno il 70% (hub) o 80% (spoke) dei casi trattati dal presidio ospedaliero;	>=80% spoke per presidio	70,5 san vito	70,3% san vito
	TRAUMA trattamento traumatologia in urgenza - degenza media preoperatoria	<1,5 gg	1,64	1,58%
	TRAUMA trattamento traumatologia in urgenza - attesa media preoperatoria	< 8 gg	9,6	9,36%
BERSAGLIO (C16.2)	PRONTO SOCCORSO ED EMERGENZA URGENZA aumentare la percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1 h rispetto al totale dei pazienti con codice verde (media regionale 2014 del 66,19% - fonte Bersaglio)	>= 65% hub	55% pordenone	54,97% pn
BERSAGLIO (C16.2)	PRONTO SOCCORSO ED EMERGENZA URGENZA aumentare la percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1 h rispetto al totale dei pazienti con codice verde (media regionale 2014 del 66,19% - fonte Bersaglio)	>= 80% spoke	65% san vito	60,89% san vito 65,78% ped
BERSAGLIO (C16.3)	PRONTO SOCCORSO ED EMERGENZA URGENZA aumentare la percentuale dei pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto Soccorso meno di 4 ore	>= 75% hub	78 pordenone	73,55%
BERSAGLIO (C16.3)	PRONTO SOCCORSO ED EMERGENZA URGENZA aumentare la percentuale dei pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto Soccorso meno di 4 ore	>= 85% spoke	66,7 san vito	67,49% sv-sp 85,37% ped
BERSAGLIO (C7.1)	MATERNI INFANTILE mantenimento della percentuale dei parti cesarei depurati (NTSV) al di sotto del 20% dei parti totale dei parti depurati	< 15% se <=10000	14,82% san vito	14,81%
BERSAGLIO (C7.1)	MATERNI INFANTILE mantenimento della percentuale dei parti cesarei depurati (NTSV) al di sotto del 20% dei parti totale dei parti depurati	< 25% se > 10000	19,21% pordenone	18,91%
BERSAGLIO	MATERNI INFANTILE i parti indotti farmacologicamente devono essere ridotti al di sotto del 20%	< 20%		27,61%
Tasso standardizzato	TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE contenimento al 125 x mille	125 x mille	122,00	121,91
BERSAGLIO (C14.2.a)	DAY HOSPITAL MEDICO DI TIPO DIAGNOSTICO - ADULTI riduzione dei numero di ricoveri in Day Hospital medico per acuti con finalità diagnostica portando la percentuale al di sotto del 20% per gli adulti e del 40% per i pediatrici	< 20% adulti	21,50%	21,50%
BERSAGLIO (C14.2.2)	DAY HOSPITAL MEDICO DI TIPO DIAGNOSTICO - PEDIATRICI riduzione dei numero di ricoveri in Day Hospital medico per acuti con finalità diagnostica portando la percentuale al di sotto del 20% per gli adulti e del 40% per i pediatrici	< 40% pediatrici	66,00%	65,90%
BERSAGLIO (C14.4)	RICOVERI MEDICI OLTRE SOGLIA riduzione della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni portandola al di sotto del 4%	< 4%	1,00%	3,10%

## **Istituto di ricerca e cura a carattere scientifico Burlo Garofolo**

### **3.1 PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE**

<b>3.1.1. Tutela della salute della donna</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Veicolare, nell'ambito del centro nascita, il messaggio dell'importanza della vaccinazione infantile e dell'adozione di stili di vita sani.	Evidenza della promozione delle vaccinazioni da parte delle ostetriche e del personale del nido nel centro nascita.
In collaborazione con il Comitato percorso nascita regionale sviluppare una proposta per diffondere l'informazione sull'importanza per la salute della donna e del bambino all'interno della visita preconcezionale.	Evidenza della collaborazione con il Comitato percorso nascita per lo sviluppo di una campagna informativa regionale sull'importanza per la salute della donna e del bambino della visita preconcezionale.
<b>Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>	
<p>Nell'ambito della valutazione ostetrica delle gravidanze fisiologiche le ostetriche inviano le donne alle vaccinazioni, come da evidenze referto.</p> <p>All'incontro pre dimissione sono fornite le informazioni sui vaccini dal neonatologo e dall'infermiera pediatrica. Tali informazioni sono anche riportate nella lettera di dimissione integrata "mamma-bambino".</p>	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Proseguire l'applicazione del modello di comunicazione per l'ambito materno infantile elaborato in collaborazione con la DCS nel corso del 2018	Creazione e diffusione di un'applicazione per donne e bambini
<b>Monitoraggio al 31.12.2019</b>	
<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>	
Il modello di app è stato definito, è stato presentato un protocollo con Area di Ricerca che in gennaio andrà in valutazione al CEUR. La app verrà attivata nel corso del 2020.	
Valutazione	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

<b>3.1.3. Gli screening oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia (Programma II PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
ASUITS: gestire la transizione del programma regionale	Inviare presso l'Anatomia Patologica di ASUITs HPV-

di screening della cervice ad HPV-DNA assicurando presso il laboratorio unico regionale dell'Anatomia Patologica di ASUITS tutti gli esami di HPV-DNA primari e tutte le letture dei pap-test secondari.	DNA primari e tutte le letture dei pap-test secondari
<b>Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>	
Sono stati inviati all'Anatomia Patologica di ASUITS tutti gli HPV-DNA primari e tutte le letture dei pap-test secondari.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b> L'ISTITUTO NON FA, ATTIVITÀ DI SCREENING CERVICALE DI PRIMO LIVELLO PERTANTO NON FA NÈ HPV PRIMARI NÈ PAP TEST SECONDARI NELL'AMBITO DEL PROGRAMMA REGIONALE DI SCREENING DELLA CERVICIA
Continuare a partecipare alle attività della Breast Unit di ASUITS anche con lì attività erogata da parte della genetica dell'Irccs	Evidenza di partecipazione alle attività
<b>Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>	
Nel 2019 il dirigente medico genetista ha svolto 215 consulenze nell'ambito della Breast Unit. Inoltre il medico ginecologo, nominato dall'Istituto come rappresentante della ginecologia per la Breast Unit, ha partecipato alle riunioni settimanali dell'organismo.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b> NON È IN ALCUN MODO UN OBIETTIVO SCREENING.
Continuare screening cervice uterine di I e II livello e colposcopie	Evidenza di attività svolta
<b>Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>	
È stato garantito lo screening di II livello e le colposcopie con 6 ambulatori dedicati al mese	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b> L'ISTITUTO NON FA ATTIVITÀ DI SCREENING DI PRIMO LIVELLO. L'ESECUZIONE DELL'ATTIVITÀ DI SECONDO LIVELLO NON È STATA OGGETTO DI ATTENZIONE PER GLI OBIETTIVI 2019.
Identificare i soggetti a rischio in età < 50 anni per carcinoma mammario/ovarico attraverso la costituzione di una rete con i 4 distretti a percorsi alternativi rispetto a quanto proposto dallo screening regionale.	Incontro (settembre 2019) per la definizione del percorso attuato: Almeno 10 donne per ogni distretto identificate e avviate al percorso valutazione del rischio
<b>Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>	
E' stato organizzato un evento per definire il percorso per l'identificazione di soggetti a rischio "Carcinoma ovarico e mammario e mutazione BRCA: sfide e nuove opportunità nell'area giuliano-isontina", il 20 settembre 2019, con 7,8 crediti ECM assegnati, che ha visto circa 100 partecipanti. Sono state identificate e avviate al percorso valutazione del rischio, più di 10 donne per ogni distretto.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b> ATTIVITÀ NON RICONDUCEBILE ALLE STRATEGIE REGIONALI IN

MATERIA DI SCREENING.	
<b>3.1.4. Gli screening neonatali (Programma II PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Coordinare i lavori finalizzati alla diffusione e applicazione di una procedura regionale per lo screening neonatale audiologico ed oftalmologico con aggiornamento del PDTA, per lo screening neonatale metabolico esteso, per l'identificazione precoce della fibrosi cistica e dell'emoglobinopatia nella popolazione a rischio.	- Report di monitoraggio delle procedure adottate e delle attività effettuate predisposto ed inviato alla DCS -Coordinamento all'interno della Rete Pediatrica delle attività di tutte le Aziende Sanitarie
<b>Monitoraggio al 30.06.2019</b>	
In linea	
<b>Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>	
1. Le procedure regionali per gli screening neonatali audiologico, oftalmologico e metabolico sono applicate in tutti i Punti Nascita della Regione. Il report annuale è stato elaborato. 2. L'attività di monitoraggio e coordinamento è proseguita nel corso del 2019, incluso il Punto Nascita di Latisana riaperto a luglio 2019.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Fibrosi cistica: Avviare attività di screening di popolazione con Fibrosi Cistica</b>	<b>Screening avviato entro il 31/12/2019</b>
<b>Monitoraggio al 31.12.2019</b>	
<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO PER CAUSE NON IMPUTABILI</b>	
Lo screening di popolazione per Fibrosi Cistica non è stato avviato in attesa di concordare con la Regione FVG le modalità di finanziamento del percorso e le modalità di individuazione della popolazione.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b>
<b>3.1.9. Prevenzione degli incidenti domestici (Programma VII PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Divulgare il report elaborato dalla DCS	- Inviare report a DCS su attività di divulgazione del material
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
<b>Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>	
-Il materiale prodotto è stato condiviso con i referenti della DCS. - La check list relativa agli incidenti domestici è stata diffusa al Pronto Soccorso, sul sito aziendale ed inoltre il materiale relativo a "La Casa Sicura" è stato divulgato anche in occasione della Barcolana presso lo stand espositivo dell'IRCCS.	

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
-------------	---------------------

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Proseguire il programma integrato di promozione della salute dei dipendenti, che coinvolga i medici competenti, per la declinazione operativa delle azioni dell'obiettivo specifico "Progetto pilota per un programma integrato di salute e benessere dei dipendenti pubblici" del PRP.	- Report sui lavoratori a rischio cardiovascolare globale - Offerta di percorsi per smettere di fumare

#### Monitoraggio al 30.06.2019

In linea

#### Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO

In occasione delle visite di Sorveglianza Sanitaria vengono compilate regolarmente le schede di raccolta dati riguardo al rischio cardiovascolare nei lavoratori; tali schede vengono poi inviate alla Medicina del Lavoro ASUGI per il report regionale.

Sempre in occasione delle visite di Sorveglianza sanitaria, ogni lavoratore viene regolarmente sottoposto a breve intervista sulle abitudini voluttuarie (fumo, alcol e attività sportiva). In caso di eccessi vengono indirizzate allo specifico ambulatorio di riferimento (alcologia/centro antitabagico ASUGI, ambulatorio dislipidemie).

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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
Adottare e applicare le nuove LLGG regionali sulla tubercolosi	LLGG regionali sulla tubercolosi applicate.

#### Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO

Il controllo immunitario e successiva eventuale vaccinazione dei dipendenti e di tutti i frequentanti del Burlo è ormai una realtà assodata da più di un anno.

Un nuovo protocollo per la sorveglianza sanitaria dei lavoratori (dipendenti e non) comprendente sia il controllo dello stato immunitario, sia la sorveglianza relativa alla TBC (come da LLGG regionali), è già allo stato di bozza avanzata. Si è ritenuto necessario non renderlo ufficiale in quanto contemporaneamente è in dirittura d'arrivo l'aggiornamento dello stesso protocollo da parte dei medici Competenti regionali.

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
-------------	---------------------

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

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

Realizzare, in collaborazione con Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende del FVG, la raccolta dati periodica nelle scuole relativa al Progetto OKKIO alla Salute. Predisporre il report e restituire al personale Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende del FVG e delle scuole i risultati della rilevazione HBSC realizzata nel 2018	- Raccolta dati nelle scuole relativa al Progetto OKKIO alla Salute realizzata - Report con i risultati della rilevazione HBSC realizzata nel 2018 e inviarlo in DCS predisposto - Risultati della rilevazione HBSC realizzata nel 2018 restituiti al personale Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende del FVG e delle scuole
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO**

- Raccolta dati di Okkio alla salute nelle scuole realizzata tra aprile e maggio 2019
- Dati HBSC restituiti agli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione e alle scuole durante l'incontro organizzato a Udine il 10 dicembre in DCS (via pozzuolo 330, palazzina 21 formazione)
- Report HBSC predisposto e inviato in DCS in data 31/12/2019

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
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

**Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO**

L'attività del Registro Endometriosi è continuata, con aggiornamento delle stime di incidenza e prevalenza e predisposizione delle mappe di distribuzione spaziale per la Regione FVG.

I nuovi risultati sono stati presentati durante l'evento "L'endometriosi alle porte del nuovo decennio", che si è tenuto il 13/12/2019 a Trieste presso l'Auditorium del museo Revoltella

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Mantenere la collaborazione con il network Global Burden of Disease	Valutazione e verifica delle stime nazionali, eventuale produzione di stime preliminari regionali

**Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO**

Il lavoro di coordinamento nazionale della Italian GBD Initiative da parte della SC Epidemiologia Clinica e Ricerca sui Servizi Sanitari è continuato nel 2019. Il relativo documento di convenzione è stato sottoscritto da tutti i partner del progetto. un incontro di coordinamento si è svolto a Milano il 13 dicembre 2019.

Le stime nazionali sono state verificate e pubblicate in un articolo scientifico (GBD 2017 Italy Collaborators. Italy's health performance, 1990-2017: findings from the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet Public Health 2019;4:e645- e657).

Le stime regionali (relative a 19 regioni e alle due province autonome di Trento e Bolzano) sono state prodotte e sono in corso di progressiva verifica.

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
-------------	---------------------

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

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

Realizzare interventi di immunizzazione dei volontari ospedalieri per la prevenzione e il controllo delle infezioni prevenibili da vaccino	E' adottato e applicato un protocollo vaccinale per i volontari ospedalieri per il controllo dell'immunizzazione e la vaccinazione per malattie prevenibili con vaccino (morbillo, parotite, rosolia, varicella, pertosse, influenza) comprendente altresì misure per il controllo e la prevenzione della tubercolosi secondo Linee guida regionali.
<b>Monitoraggio al 31.12.2019</b>	
<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>	
Il protocollo, già in uso dal 2018, è stato revisionato ed aggiornato in alcune parti. Viene affiancato al nuovo documento del Burlo relativo alla procedura operativa per l'ingresso dei lavoratori in Istituto.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Garantire l'offerta attiva e gratuita delle vaccinazioni assicurando il proseguimento delle campagne vaccinali già avviate e quelle di nuova introduzione (in particolare l' herpes zoster negli anziani)	Evidenza di partecipazione al tavolo interaziendale sulle vaccinazioni con ASUITs Attività di comunicazione sul tema delle vaccinazioni in gravidanza ed in età pediatrica.
<b>Monitoraggio al 30.06.2019</b>	
In linea	
<b>Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>	
I referenti dell'IRCCS hanno partecipato attivamente alle convocazioni del tavolo di lavoro interaziendale per quanto riguarda le vaccinazioni dei lavoratori/frequentanti le aziende sanitarie. Rimane presente sul nostro sito aziendale e su tutte le carte intestate dei referti ambulatoriali la raccomandazione alla vaccinazione in gravidanza e in età pediatrica.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Coordinamento per il completamento PDTA sulla gestione di laboratorio delle Malattie Sessualmente Trasmesse (MST)	PDTA completato e diffuso alle Aziende Sanitarie
<b>Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>	
E' stato organizzato, in accordo con la DCS, un congresso regionale relativo alla sperimentazione di nuovi modelli organizzativi integrati ospedale-territorio per la prevenzione e il controllo delle IST: percorsi diagnostico-assistenziali agevolati ed offerta di screening gratuiti mirati (il congresso è stato calendarizzato a gennaio 2020).	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Partecipare ai programmi di sorveglianza delle ICA, con evidenza di monitoraggio degli indicatori regionali.	Indicatori regionali monitorati
<b>Monitoraggio al 30.06.2019</b>	
In linea	
<b>Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>	
Gli indicatori regionali sono stati monitorati a cadenza semestrale ed inviati alla Direzione Centrale Salute con nota del Vice Commissario Straordinario Sanitario di data 27.03.2019 e 26.09.19	

Valutazione		OBIETTIVO RAGGIUNTO
<b>3.1.16. Comunicazione del rischio e gestione delle emergenze</b>		
Obiettivo aziendale		Risultato atteso
Applicare il protocollo regionale sull'assistenza sanitaria alle persone migranti ed inviare i dati di attività		Collaborazione con ASUITs
<b>Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>		
E' stata garantita la collaborazione richiesta da ASUITs.		
Valutazione		OBIETTIVO RAGGIUNTO
Garantire la Formazione dei propri operatori sull'antimicrobial stewardship		Almeno il 25% di medici prescrittori formati
<b>Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>		
TOTALE MEDICI PARTECIPANTI	41	
totale medici al 31/12/2019	149	
	<b>28%</b>	
La percentuale di medici formati nel corso del 2019 è superiore rispetto alla soglia prevista.		
Valutazione		OBIETTIVO RAGGIUNTO
Diffondere a tutti gli operatori sanitari la reportistica regionale sulle resistenze batteriche		Report inviato in formato elettronico a tutti gli operatori sanitari coinvolti in prescrizione e somministrazione di farmaci
<b>Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>		
Il report regionale sulle resistenze batteriche è stato inviato via e-mail e pubblicato su intranet.		
Valutazione		OBIETTIVO RAGGIUNTO
1. Sviluppare metodologie molecolari per la caratterizzazione del microbioma ambientale e interventi di sorveglianza		1. Messa a punto di metodologie molecolari per la caratterizzazione del microbioma ambientale e interventi di sorveglianza
2. Attivare nuovi percorsi tecnologico per la sorveglianza delle infezioni in Terapia Intensiva Neonatale		2. attuazione di almeno un nuovo percorso tecnologico per la sorveglianza delle infezioni in Terapia Intensiva Neonatale
3. Collaborare con l'Università di Ferrara per protocolli nazionali riguardanti la gestione delle farmaco resistenze		3. Evidenza della collaborazione
4. Partecipare ai lavori del tavolo nazionale del Ministero della Salute riguardanti il piano nazionale per la gestione di processi critici in ambito ostetrico e ginecologico.		4. Evidenza di partecipazione
<b>Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>		
1) Prodotto protocollo profilo microbioma ambientale con tecnica NGS		
2) prodotto in collaborazione con la DS protocollo sorveglianza TIN		



- 3) è in itinere la collaborazione con l'UNIFE per l'inserimento operativo di nuovi protocolli di disinfezione ambientale
- 4) la struttura partecipa non in modo diretto al tavolo, ma sono avviate procedure/protocolli per il miglioramento dell'attività microbiologica di supporto.

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--------------------	----------------------------

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

(1)

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

**Monitoraggio al 31.12.2019**

#### OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

- gli operatori dedicati al 31/12/2019 sono 161 persone
- la percentuale di operatori dedicati formati al 31/12/2019 risulta dunque pari al **72,04%**

	n° Dipendenti dedicati	Sì corso	% raggiunta
<b>Totale</b>	161	116	<b>72,04</b>

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--------------------	----------------------------

Mantenere ed ottimizzare il Sistema di rilevazione sull'allattamento al seno alla dimissione e alla seconda vaccinazione	100% schede inserite nel sistema di rilevazione regionale entro un mese dalla dimissione e dalla seconda vaccinazione
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO**

Le schede sono inserite nel sistema di rilevazione regionale e viene periodicamente calcolata la percentuale di allattamento al seno alla dimissione, dimostrando un notevole incremento.

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--------------------	----------------------------

Partecipare alle attività previste per raggiungere la certificazione UNICEF "Ospedale amico del bambino"	- Evidenza dell'approvazione formale della Politica aziendale e diffusione dei contenuti alla cittadinanza; - Analisi e predisposizione del cronoprogramma per il raggiungimento dei 10 passi e delle 2 raccomandazioni.
----------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO**

La Politica sull'allattamento E sull'alimentazione dei bambini è stata formalmente adottata in data 30/12/2019 (agli atti con protocollo n. 11692/2019).

E' stato elaborato il cronoprogramma per il raggiungimento dei dieci passi e delle due raccomandazioni e sono state analizzate le azioni da svolgere.

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--------------------	----------------------------

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

non di pertinenza

## 3.2. ASSISTENZA DISTRETTUALE ASSISTENZA SOCIOSAITARIA

### 3.2.1. ASSISTENZA DISTRETTUALE

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Partecipare al gruppo tecnico che supporta la definizione e l'implementazione delle politiche, strategie ed attività nell'area della cronicità in tutte le classi di età	Partecipazione dell'Ufficio continuità e dei referenti aziendali individuati ai gruppi interaziendali relativi ai percorsi di continuità per -(1) donne in situazioni di rischio psicosociale e sanitario durante la gravidanza, il parto ed il puerperio e per i bambini dopo la nascita; -(2) continuità assistenziale e terapeutica per bambini/e con bisogni speciali di salute:
2. Istituire un gruppo aziendale dedicato all'implementazione di reti assistenziali per la presa in carico di persone di tutte le età che necessitano di cure a lungo termine	2. Prosecuzione dell'attività dell'ufficio di continuità assistenziale

#### Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO

1) L'Ufficio Continuità Assistenziale ha partecipato ai gruppi interaziendali relativi ai percorsi di continuità per:  
4 incontri per donne a rischio psicosociale e sanitario durante la gravidanza, parto, puerperio e per bambini dopo la nascita;  
2 incontri di monitoraggio della continuità assistenziale e terapeutica per minori con bisogni speciali;  
3 incontri per percorsi interaziendali per adolescenti a rischio di problematiche di salute mentale, dipendenze, psicosociali o in situazioni di crisi;  
2 incontri per la continuità assistenziale e terapeutica per donne oncologiche e donne isterectomizzate.

2) Nel corso del 2019 l'Ufficio Continuità Assistenziale ha preso in carico:  
62 donne di cui concluse 44;  
137 minori di cui 120 nuove e 6 concluse;  
82 minori seguiti dalla SC NPI di cui 4 conclusi.

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--------------------	----------------------------

#### 3.2.1.2.1. Diabete mellito

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Partecipare con i professionisti aziendali identificati ai fini della creazione della Rete diabetologica regionale con coordinamento unico regionale, al fine di armonizzare l'offerta diabetologica su tutto il territorio regionale	Evidenza di partecipazione alle attività della Rete diabetologica per la definizione di un percorso di gestione della gravidanza a rischio complicata da diabete gestazionale o preesistente alla gravidanza
<b>Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>	
E' In fase di definizione Un PDTA multidisciplinare sulla gestione del diabete in gravidanza in collaborazione con i diabetologi di ASUITS e dell'Ospedale di Monfalcone.	
Partecipazione dei professionisti aziendali identificati ai fini della creazione della Rete diabetologica pediatrica regionale con coordinamento unico regionale, al fine di armonizzare l'offerta su tutto il territorio regionale.	Evidenza di partecipazione alle attività per la creazione della Rete diabetologia pediatrica regionale anche in funzione di sede del centro di Diabetologia Pediatrica di riferimento regionale.
<b>Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>	
Il referente dell'IRCCS ha partecipato a tutte le riunioni indette dalla Regione e contribuito alla stesura del documento sulla Rete diabetologica pediatrica regionale.	
Applicare il documento revisionato dal tavolo tecnico regionale Programma di educazione terapeutica rivolto al soggetto diabetico in particolare per l'organizzazione dei campi residenziali	Invio del report relativo entro ottobre 2019 per quanto di competenza in area pediatrica
<b>Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>	
Il report relativo all'attività del campo residenziale 2019 è stato redatto ed inviato entro ottobre 2019.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.2.1.3 Riabilitazione</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Individuare professionisti per l'avvio dei lavori sul Piano Regionale della Riabilitazione.	1. Messa a disposizione dei professionisti e loro partecipazione al gruppo di lavoro sul Piano Regionale della Riabilitazione, in particolare nell'ambito dell'audiologia e dell'oftalmologia e riabilitazione del pavimento pelvico
2. Monitorare le attività dei gruppi integrati neuromuscolari (GIN)	2. Evidenza di revisione del percorso del gruppo integrato neuromuscolari (GIN) con la finalità di garantire la continuità assistenziale del bambino/adolescente con malattia neuromuscolare nell'ambito territoriale di competenza
3. Organizzare un evento formativo sul PDTA per la sclerosi multipla	3. Messa a disposizione dei professionisti per l'evento formativo sul PDTA per la sclerosi multipla per quanto di competenza pediatrica
4. Approvare il PDTA Sclerosi Laterale Amiotrofica	4. Attivazione PDTA SLA e messa a disposizione

(SLA) e avvio dei lavori di monitoraggio del PDTA	professionisti per monitoraggio per quanto di competenza pediatrica
5. Individuare i professionisti per l'avvio dei lavori sul PDTA riabilitazione oncologica	5. Messa a disposizione dei professionisti e partecipazione al gruppo di lavoro sul PDTA riabilitazione oncologica
6. Continuare i lavori per la riabilitazione del pavimento pelvico	6. Evidenza dell'aumento dell'offerta ambulatoriale
7. Continuare i lavori per la revisione del percorso interno e integrato con ASUITs per la riabilitazione in età pediatrica	7. Evidenza del percorso revisionato

#### Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO

1. Gli specialisti della SC di Neuropsichiatria Infantile non sono stati convocati
2. In linea: Sono stati convocate due riunioni è in corso di elaborazione un documento; quello redatto ad ora non trova il consenso di tutti i partecipanti al tavolo tecnico
3. Lo scrivente ha partecipato come relatore all'evento formativo tenutosi a Udine l'11 novembre 2019
4. OBIETTIVO DA STRALCIARE IN QUANTO NON DI COMPETENZA PER L'ISTITUTO.
5. OBIETTIVO DA STRALCIARE IN QUANTO NON DI COMPETENZA PER L'ISTITUTO.
6. Nel corso del 2019 è incrementata l'offerta di riabilitazione del pavimento pelvico, come da tabella sotto riportata

2018	2019	
1 ambulatorio a settimana	3 ambulatori a settimana	
5 pz a settimana	15 pz a settimana	

7. è stato elaborato un documento intermedio ma dopo non sono state convocate ulteriori riunioni

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--------------------	----------------------------

#### 3.2.1.4 Assistenza Protesica

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

Monitoraggio al 31.12.2019

In sede di semestrale 2019 è stato chiesto lo stralcio di questo obiettivo in quanto non di competenza dell'Istituto.

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b>
--------------------	-----------------------------

#### 3.2.1.5 Superamento della contenzione

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Dare attuazione alla DGR n. 1904/2016	1a. Istituzione di una commissione multiprofessionale

<p>Definizione ed analisi del fenomeno in ambito materno infantile:</p> <p>Sensibilizzazione, consapevolezza e formazione in tema di eliminazione ed alternative alle pratiche di contenzione.</p>	<p>per l'analisi ed il contrasto alla contenzione ed alle cattive pratiche assistenziali in ambito materno-infantile in termini di adeguatezza ed appropriatezza (30.05.2019)</p> <p>1b. Elaborazione di una scheda per l'individuazione e l'eliminazione di cattive pratiche assistenziali e di contenzione</p> <p>1c. Revisione della letteratura specifica sul fenomeno in ambito neonatale, pediatrico ed adolescenziale (30.06.2019)</p> <p>1d. Somministrazione di un questionario anonimo ai professionisti finalizzato a valutare il livello di consapevolezza (30.09.2019)</p> <p>1e. Invio di un report di monitoraggio del fenomeno della contenzione (31.12.2019)</p> <p>1f. Recepimento in ambito ginecologico di quanto disposto dalla DGR 1904/2016 (31.12.2019)</p>
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>2. Terapie Intensive libere da contenzione</p>	<p>2a. "TI aperte" sulle 24 ore e libere da contenzione</p> <p>Definizione di un gruppo di lavoro multi professionale promotore del percorso TI aperte e libere da contenzione</p> <p>2b. Modalità informative all'utenza</p> <p>2c. Rilevamento qualità percepita e proposte di miglioramento continuo da parte dell'utenza e dei professionisti</p>
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p><b>Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p> <p>1a. Istituita una commissione multiprofessionale per l'analisi ed il contrasto alla contenzione ed alle cattive pratiche assistenziali in ambito materno-infantile in termini di adeguatezza ed appropriatezza (formalizzata con decreto).</p> <p>1b. Elaborata una scheda per il sondaggio sulla consapevolezza e l'individuazione delle cattive pratiche di contenzione. 1c. Effettuata la revisione della letteratura specifica sul fenomeno in ambito neonatale, pediatrico ed adolescenziale.</p> <p>1d. Avviata la somministrazione del questionario anonimo ai professionisti finalizzato a valutare il livello di consapevolezza tramite Intranet; la rilevazione terminerà il 31/12/2019.</p> <p>1e. Report di monitoraggio del fenomeno della contenzione: in corso con termine 31/12/2019</p> <p>1f. Evidenza della partecipazione a incontri di sensibilizzazione da parte del personale dell'Area di degenza ginecologica e area diurna ginecologica tramite fogli presenza, consegna del Decreto al personale e partecipazione alla compilazione del questionario.</p> <p>2a) E' stato definito un gruppo di lavoro multi professionale promotore del percorso TI aperte e libere da contenzione. 2b) Si è provveduto a divulgare all'utenza opuscolo informativo sull'apertura h24 delle Terapie</p>	

intensive

2c) Si è provveduto a:

- validare un questionario in lingua italiana sulla valutazione della contenzione in terapia intensiva
- avviare un progetto di ricerca "Terapie intensive libere da contenzione" IRCCS Burlo Garofolo in collaborazione con Terapie intensive ASUGI sulla consapevolezza del personale sanitario in tema di pratiche di contenzione presso le terapie intensive per adulti e pediatriche.

Le azioni sopra descritte, così come richiesto, sono state comunicate con nota prot. 4235/2020.

### 3.2.2 ASSISTENZA SOCIO SANITARIA

<b>3.2.2.2.5 Autismo</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Partecipare con i referenti aziendali al Tavolo tecnico sull'autismo	1. Evidenza della partecipazione 2. Evidenza della collaborazione dei referenti, al monitoraggio dell'attuazione delle Linee di indirizzo per il percorso assistenziale dei disturbi dello spettro autistico in età evolutiva, di cui alla DGR 434/2017.
<b>Monitoraggio al 31.12.2019</b>	
<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO PER CAUSE NON IMPUTABILI</b>	
<b>MOTIVAZIONI SCOSTAMENTO DEL RISULTATO RAGGIUNTO</b>	
I tavoli tecnici non sono stati convocati.	
Valutazione	OBIETTIVO STRALCIATO
Coordinare un Programma Regionale per la diagnosi precoce e la valutazione di efficacia dell'intervento precoce per i Disturbi dello Spettro Autistico (DSA).	Evidenza della partecipazione a incontri di coordinamento con i Servizi territoriali coinvolti Evidenza di pianificazione e organizzazione di eventi formativi a favore della diagnosi precoce
<b>Monitoraggio al 30.06.2019</b>	
In linea: Non sono pervenute convocazioni da parte della DCS del tavolo tecnico sull'autismo	
<b>Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>	
Sono stati attuati incontri di coordinamento con i Servizi Territoriali coinvolti Sono stati pianificati eventi formativi per migliorare la diagnosi precoce	
Valutazione	OBIETTIVO STRALCIATO
<b>3.2.2.3 Minori</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Partecipare/collaborare al processo di presa in carico integrata dei minori accolti in strutture residenziali e semiresidenziali	Evidenza di documento o bozza di procedura condivisa interaziendale per la presa in carico integrata di adolescenti, compresa la transizione ai servizi per l'età adulta.

**Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO**

E' stata predisposta la bozza del protocollo interaziendale transizione adolescenti con problematiche di salute mentale.

**Valutazione****OBIETTIVO RAGGIUNTO****3.2.2.4 Salute mentale**

## Obiettivo aziendale

## Risultato atteso

1. Miglioramento dell'integrazione tra cure primarie e specialistiche con particolare riferimento alla presa in carico dei disturbi mentali comuni
2. Definizione di un percorso aziendale congiunto (NPIA, DSM, PLS e MMG) per la definizione della fase di transizione delle cure dai servizi per l'età evolutiva ai servizi per l'età adulta
3. Utilizzo dello strumento >BIS nell'ambito di programmi terapeutico riabilitativi per l'età evolutiva

1. Evidenza della collaborazione con ASUITs
2. Evidenza di collaborazione al percorso aziendale congiunto NPIA, DSM, PLS e MMG) per la definizione della fase di transizione delle cure
3. Report inviato in Direzione entro il 31.12.2019 con l'evidenza di programmi attivati presso ogni NPIA e/o Distretto

**Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO**

1. Le situazioni cliniche specifiche sono state trattate tramite l'attivazione dell'Ufficio Continuità dell'IRCCS proponendo riunioni di rete fra SC di NPI, Distretti e Dipartimento di Salute Mentale per la gestione congiunta e per la presa in carico da parte dei Servizi per l'età Adulta
2. Non sono stati attivati gruppi di lavoro percorso aziendale congiunto NPIA, DSM, PLS e MMG per la definizione della fase di transizione delle cure
3. Lo strumento del BIS non viene utilizzato dall'IRCCS

**Valutazione**

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

**3.2.2.5 Disturbi del comportamento alimentare**

## Obiettivo aziendale

## Risultato atteso

1. Operatività dei Centri Diurni presso ASUITs/Burlo/AAS2 (previo Accordo), ASUIUD, AAS5
2. Operatività dell'Osservatorio epidemiologico

1. Accordo stipulato nel 2018 e PDTA utilizzato tra ASUITs Burlo e AAS2
2. Reportistica inviata in DCS per i minori

**Monitoraggio al 30.06.2019**

In linea

**Monitoraggio al 31.12.2019**

1. Non sono stati convocati tavoli per l'attivazione di centri diurni da parte di ASUITs.
2. Il report contenente l'analisi dell'attività di ricovero è stato inviato alla DCS con nota prot. 11788 dd 31/12/2019. E' stata effettuata anche una raccolta dell'attività ambulatoriale e successivamente inviata alla DCS.

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<b>3.2.2.6 Cure palliative e terapia del dolore</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Consolidamento dell'ASSISTENZA H24 7 su 7: sono garantite cure palliative domiciliari 7 giorni su 7, dalle 8 alle 20, attraverso l'erogazione diretta degli operatori dell'équipe e per le restanti fasce orarie attraverso una delle seguenti modalità: Pronta disponibilità dedicata (servizio h24 garantito dall'UCP), Consulenza telefonica (Medici dei servizi di Continuità assistenziale e al 118)	1. Evidenza di collaborazione con le AAS e ASUI per l'attività di consulenza telefonica
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
2. Revisione dei criteri di accesso alla rete delle cure palliative da parte di un gruppo tecnico regionale	2. Evidenza di partecipazione al gruppo tecnico regionale degli esperti aziendali identificati dalle singole Aziende e approvazione dei criteri entro il primo semestre del 2019 e successiva applicazione - Redazione di report semestrale da inviare alla DCS entro luglio 2019 e gennaio 2020
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
3. Miglioramento delle modalità di presa in carico del paziente in cure palliative, in coerenza con le indicazioni della DGR 165/2016. Costituzione di un gruppo tecnico di lavoro a livello regionale	3. Evidenza di partecipazione al gruppo regionale dei professionisti aziendali che si occupano di cure palliative con l'obiettivo di definire un sistema informativo omogeneo per la registrazione e rilevazione dei dati
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
4. Adottare le codifiche ambulatoriali e di ricovero di terapia antalgica definite nel corso del 2018	4. Codifiche di terapia antalgica ambulatoriali e di ricovero definite nel 2018 adottate entro il primo semestre 2019
Valutazione	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
5. Rispetto dei tempi d'attesa per l'accesso alle prestazioni di terapia del dolore in tutti i setting assistenziali sia di ambito pediatrico che ostetrico ginecologico	5. Rispetto dei tempi di attesa per prima visita algologica ambulatoriale con priorità B e D garantito in almeno il 75% dei casi, a partire dal secondo semestre 2019
Valutazione	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
<b>Monitoraggio al 31.12.2019</b>	
<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>	
<p><b>1,2,3</b> La maggior parte di quanto enunciato nell'obiettivo aziendale viene riferito alla realtà dell'adulto, in quanto la rete pediatrica regionale è stata completata con il decreto del 29 luglio 2019 che ha istituito il Centro di coordinamento regionale presso il nostro Istituto. Pertanto gli stessi indirizzi di obiettivo 2019 sono stati formulati in modo simile per la realtà pediatrica negli obiettivi del corrente anno.</p>	



**4,5** Non sono state applicate le codifiche di terapia antalgica ambulatoriali e di ricovero

<b>3.2.2.7 Consulteri familiari</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Implementazione del percorso gravidanza fisiologica a gestione ostetrica	1a. Diffusione PDTA per la gestione del travaglio e parto a basso rischio. 1b. Prima visita effettuata da ostetrica e medico presso l'ambulatorio di primo livello.
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
2. Promozione del tema della donazione del cordone ombelicale e del ruolo delle vaccinazioni infantili nell'ambito dei corsi di accompagnamento alla nascita	2a. Informazione all'utenza sia sul tema della donazione del cordone ombelicale, sia sul ruolo dei vaccini. 2b. revisione della carta dei servizi sul percorso nascita per uniformare le informazioni inerenti la donazione e i vaccini.
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
3. Implementazione di percorsi aziendali per la donna in età post fertile	3. Formazione delle ostetriche sul tema della fisiologia della menopausa
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
4. Analisi di approfondimento delle gravidanze in età precoce e dei neonati esposti	4. Definizione di protocolli di accompagnamento e dimissioni per le gravidanze in età precoce e dei neonati esposti, in collaborazione con enti esterni.
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>	
1a. La diffusione de Pdta per la gestione del travaglio e parto a basso rischio è stato diffuso tra gli operatori con corso di formazione dedicato;	
1b. La prima visita ostetrica all'interno dell'Istituto è effettuata da ostetrica e medico presso l'ambulatorio di primo livello;	
2a. L'utenza è informata sia sul tema della donazione del cordone ombelicale, sia sul ruolo dei vaccini.	
2b. E' stata effettuata la revisione della Carta dei servizi sul percorso nascita per uniformare le informazioni inerenti la donazione e i vaccini (vedi allegato);	
3. Due Ostetriche sono state formate sul tema della fisiologia della menopausa	
4 E' stato definito un protocollo integrato Burlo-ASUGI multidisciplinare relativo alla gravidanza psico sociale in cui è contenuta le modalità di presa in carico delle donne con gravidanza in età precoce.	

<b>Adozioni</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Partecipazione al Tavolo regionale per l'adozione nazionale e internazionale	Evidenza di partecipazione dei referenti aziendali al tavolo per quanto di competenza
<b>Monitoraggio al 31.12.2019</b>	

<b>OBIETTIVO DA STRALCIARE in quanto non sono giunte convocazioni ai tavoli regionali.</b>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b>

<b>3.2.2.10 Dipendenze</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Collaborare con ASUITs per l'incremento dell'offerta del testing, in coerenza con il Piano regionale prevenzione 2018 – 2019, per prevenire e ridurre il rischio di acquisizione e trasmissione delle malattie correlate all'uso di sostanze stupefacenti, quali l'infezione da HIV, le epatiti virali, TBC e le altre malattie sessualmente trasmissibili	Evidenza della collaborazione
<b>Monitoraggio al 30.06.2019</b>	
In linea	
<b>Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>	
Nel corso del 2019 non c'è stata alcuna collaborazione formale con ASUGI per quanto riguarda la diagnostica di laboratorio, ma la collaborazione interaziendale in tale senso è sempre stata assicurata, anche nella figura di un professionista ginecologo dell'IRCCS nell'ambito dell'ambulatorio interaziendale per le Malattie Sessualmente Trasmesse (MST).	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

### 3.2.3 AREA WELFARE

<b>3.2.3.1. Azioni di sistema</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<ul style="list-style-type: none"> <li>- supporto alla revisione, implementazione, manutenzione evolutiva piattaforma FAD e gestione corsi;</li> <li>- partecipazione alla cabina di regia dei Sistemi informativi sociosanitari.</li> <li>- supporto all'impostazione e all'avvio di un sistema informativo sulla cooperazione sociale, in particolare per quel che attiene l'Albo regionale delle cooperative sociali e il monitoraggio delle attività e delle risorse messe in campo dalle stesse nell'ambito dei servizi socio sanitari, socio assistenziali e socio educativi;</li> <li>- supporto amministrativo agli interventi di incentivazione</li> </ul>	Evidenza di partecipazione alle attività per quanto di competenza solo se richiesto
Monitoraggio al 31.12.2019	
OBIETTIVO DA STRALCIARE in quanto non sono giunte convocazioni.	

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b> <b>NON DI COMPETENZA DELL'ISTITUTO</b>
--------------------	-----------------------------------------------------------------------

<b>3.2.3.2. Disabilità</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<ul style="list-style-type: none"> <li>- supporto alla DCS alla revisione della LR 41/96;</li> <li>- supporto alla DCS nella stesura di linee di indirizzo per la presa in carico delle persone con disabilità;</li> <li>- supporto alla DCS per l'attuazione della funzione osservativa nell'area disabilità (gruppo istituzionale) e realizzazione delle attività del gruppo tecnico;</li> <li>- ampliamento della conoscenza del sistema attuale tramite approfondimento e aggiornamento dei dati relativi all'offerta dei servizi residenziali e semiresidenziali per persone con disabilità e alle loro condizioni di vita;</li> <li>- supporto per lo sviluppo e l'utilizzo dei sistemi informativi per la raccolta dei dati relativi all'offerta dei servizi residenziali e semiresidenziali per persone con disabilità e alle loro condizioni di vita;</li> <li>- supporto alla DCS nella definizione di nuovi criteri di autorizzazione e accreditamento per le strutture residenziali e semiresidenziali;</li> <li>- supporto alla DCS per sviluppare una proposta relativa al nuovo sistema di finanziamento, valutazione degli impatti e applicazione sperimentale in alcuni contesti circoscritti;</li> <li>- supporto alla DCS nella realizzazione del riparto regionale art. 14ter, 15, 18 e 20 LR 41/96;</li> <li>- supporto alla DCS per lo sviluppo, monitoraggio e valutazione di percorsi innovativi e sperimentali per l'accoglienza in strutture residenziali e semiresidenziali di persone con disabilità;</li> <li>- revisione processi operativi SIL e adeguamento sistema informativo SILweb;</li> <li>- supporto alla DCS per la promozione e lo sviluppo dei temi dell'accessibilità e della domotica;</li> </ul> <p>Inoltre, in continuità con quanto realizzato negli anni precedenti, l'Area Welfare provvederà al:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- supporto della Direzione nell'applicazione del</li> </ul>	Evidenza di partecipazione per quanto di competenza solo se richiesto

<p>“Fondo finalizzato al sostegno a domicilio di persone in situazioni di bisogno assistenziale a elevatissima intensità” (DPR 247/09);</p> <p>applicazione del “Regolamento per il trasferimento e l'utilizzo delle risorse destinate al finanziamento delle azioni 2 e 3 del programma di attuazione degli interventi della regione Friuli Venezia Giulia a favore dei malati di sclerosi laterale amiotrofica (SLA)”( DGR 1692/2012), secondo quanto previsto in convenzione sottoscritta in data 30 ottobre 2012 e successivamente integrata in data 24 aprile 2015.</p>	
<p>Monitoraggio al 31.12.2019</p> <p>OBIETTIVO DA STRALCIARE in quanto non sono giunte convocazioni.</p>	
<p><b>Valutazione</b></p>	<p><b>OBIETTIVO STRALCIATO</b></p> <p><b>NON DI COMPETENZA DELL'ISTITUTO</b></p>

<p><b>3.2.3.3. Minori</b></p>	
<p>Obiettivo aziendale</p>	<p>Risultato atteso</p>
<p>Effettuare uno studio e l'analisi di uno strumento di valutazione del profilo di bisogno dei minori</p>	<p>Evidenza di collaborazione con l'Area welfare per lo studio e dell'analisi solo se richiesto.</p>
<p>Monitoraggio al 31.12.2019</p> <p>OBIETTIVO DA STRALCIARE in quanto non sono giunte convocazioni.</p>	
<p><b>Valutazione</b></p>	<p><b>OBIETTIVO STRALCIATO</b></p>

<p><b>3.2.3.4. Dipendenze</b></p>	
<p>Obiettivo aziendale</p>	<p>Risultato atteso</p>
<p>- gestione Osservatorio per le Dipendenze;</p> <p>- supporto alla governance del sistema delle dipendenze regionale;</p> <p>- supporto ai compiti regionali previsti dalla L.R. n.1/2014;</p> <p>- supporto alla Direzione regionale salute per la predisposizione della bozza e del successivo monitoraggio del Piano d'Azione Regionale per le Dipendenze;</p> <p>- supporto alla Direzione centrale salute nell'implementazione del gestionale salute mentale età adulta ed età evolutiva.</p>	<p>Evidenza di collaborazione con l'area welfare per quanto di competenza solo se richiesto.</p>
<p>Monitoraggio al 31.12.2019</p> <p>OBIETTIVO DA STRALCIARE in quanto non sono giunte convocazioni.</p>	

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b> <b>NON DI COMPETENZA DELL'ISTITUTO</b>
--------------------	-----------------------------------------------------------------------

<b>3.2.3.5. Salute Mentale</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
supporto alla Direzione centrale salute nell'implementazione del gestionale salute mentale età adulta ed età evolutiva.	Evidenza di collaborazione con l'area welfare solo se richiesto.
Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO DA STRALCIARE in quanto non sono giunte convocazioni.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b> <b>NON DI COMPETENZA DELL'ISTITUTO</b>

**3.2.4 ODONTOIATRIA PUBBLICA**

<b>3.2.4 ODONTOIATRIA PUBBLICA</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Mantenere media aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra al livello raggiunto nel 2018 nelle Aziende con valore > 1.5	Media aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra > 1.5
Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Nel 2019 sono state erogate sono riassunte nella tabella sottoriportata:	
	491
prestazioni ambulatoriali	3
	135
prestazioni di PS	4
	110
prestazioni per interni	2
<b>7.369</b>	
Le ore odontoiatra totali per il 2019 sono le seguenti:	<b>ore totali</b>
<b>2019</b>	
Cadenaro	
Dirigente medico universitario	19*46
	874

Godina		25 ore settimanali dedicate ad ortodonzia		
Dirigente medico	13*46		598	
Navarra				
Dirigente medico	38*46		1748	
Manna				
Dirigente medico	38*13,3	fino al 30/4	505,4	
Chermetz				
Assegnista di ricercai	19*33	fino al 30/9	627	
Chermetz				
Dirigente medico	38*7	dal 6/11	266	
ore sala operatoria		2 sedute alla settimana – 1 Dirigente medico	-690	
			<b>3928,4</b>	
Il rapporto tra prestazioni erogate/ ore odontoiatra è: $7.369/3.928=1,88$ , che è maggiore rispetto al target fissato di 1,5.				
Mantenere la media aziendale annua di prestazioni/riunito non inferiore a 1400		Media aziendale di prestazioni/riunito non inferiore a 1400		
Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO Tot prestazioni= $7.369/5$ (riuniti presenti presso l'IRCCS)= 1.474				
La percentuale aziendale di visite sul totale delle prestazioni erogate deve essere mantenuta al valore raggiunto nel 2018 nelle Aziende che hanno raggiunto l'obiettivo nel corso dell'anno precedente e deve essere ridotta di almeno il 5% (rispetto al risultato ottenuto nel 2018) nelle Aziende che non hanno raggiunto l'obiettivo nel corso dell'anno precedente		<b>RISULTATO INTEGRATO DA DGR n. 878 dd 30/05/19</b> Mantenimento della percentuale aziendale di visite sul totale delle prestazioni <b>erogate (se raggiunto obiettivo dell'anno) e deve essere ridotta di almeno il 5% (rispetto al risultato ottenuto nel 2018) nel caso in cui non sia stato raggiunto l'obiettivo nel corso dell'anno precedente</b>		
Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO prime visite/ tot prestazioni= $1.449/7369=20\%$ In linea con la percentuale del 2018, che era pari al 21%.				
Dare comunicazione trimestrale sulle liste di attesa e tutte le informazioni previste dalla convenzione		Evidenza documentale		
Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO A ottobre 2019 sono stati forniti i dati dei primi nove mesi del 2019, a gennaio i dati del trimestre successivo e complessivi 2019.				
Attivare la cartella clinica elettronica entro il 31.1.19		<b>RISULTATO INTEGRATO DA DGR n. 878 dd 30/05/19</b> Evidenza di attivazione <b>secondo le tempistiche che</b>		

	<b>verranno comunicate</b>
<p>Monitoraggio al Monitoraggio al 31.12.2019</p> <p>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO PER CAUSE NON IMPUTABILI ALL'IRCCS.</p> <p>Al 31.12.2019 la cartella clinica elettronica non era stata ancora attivata. L'attivazione ha subito ritardi indipendenti dalla Struttura e dall'Istituto e imputabili al fornitore ed è prevista nel corso del 2020.</p>	
Presenza di almeno due riuniti per sede entro il 2019	All' IRCCS Burlo sono già attivi 5 riuniti
<p>Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>All' IRCCS sono attivi 5 riuniti.</p>	
Erogare attività di ortodonzia a pagamento su pazienti selezionati	Evidenza dell'attività svolta
<p>Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>E' stata inviata alla DCS la nota prot. N. 10464/2019 per la richiesta dell'attivazione del contratto di odontoiatria a pagamento: si rimane in attesa di riscontro formale per procedere all'avvio dell'attività.</p>	
<b>OBIETTIVO AZIENDALE INSERITO DA DGR n. 878 dd 30/05/19</b>	<b>RISULTATO ATTESO INSERITO DA DGR n. 878 dd 30/05/19</b>
<b>Prestazioni per centro adottate</b>	<b>Ogni centro erogatore deve fornire almeno 1400 prestazioni/anno</b>
<p>Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>L'IRCCS ha erogato complessivamente 7.369 prestazioni nel corso del 2019.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>

### 3.3. ASSISTENZA FARMACEUTICA E ASSISTENZA INTEGRATIVA

<b>3.3.1 Tetti spesa farmaceutica</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Tetto per la spesa farmaceutica per acquisti diretti (farmaceutica ospedaliera, diretta e DPC) = 6,69 % del FSR;</p> <p>Tetto acquisto diretto gas medicinali (ATC V03AN)= 0,2%</p> <p>Tetto per la spesa farmaceutica convenzionata = 7,96 % del FSR.</p> <p>Nello specifico i vincoli di spesa fissati a livello regionale per il 2019 sono riepilogati nel capitolo dedicato alle risorse finanziarie.</p>	<p>Rispetto dei tetti fissati a livello nazionale: la verifica è effettuata a livello centrale e il rispetto dei tetti è considerato per regione– monitoraggi AIFA periodici</p> <p>Rispetto dei vincoli regionali: monitoraggio mensile indicatori linee di gestione a cura della DCS.</p>
<b>Monitoraggio al 31.12.2019</b>	
Vedi quanto esposto nel paragrafo relativo ai Vincoli 2019.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>
	<b>I TETTI NAZIONALI RIPORTATI SONO AGGREGATI A LIVELLO REGIONALE (NON AZIENDALE) E LA VERIFICA DEL RISPETTO È</b>

EFFETTUATA A LIVELLO CENTRALE. DALL'ULTIMO REPORT AIFA GENNAIO-DICEMBRE 2019 (PRIMO RILASCIO) IL TETTO PER LA CONVENZIONATA RISULTA RISPETTATO (6,90% VS 7,96% TARGET), IL TETTO PER I GLI ACQUISTI DIRETTI DEI GAS MEDICINALI RISULTA RISPETTATO (0,12% VS 0,20%). IL TETTO PER GLI ACQUISTI DIRETTI NON È STATO RISPETTATO (10,81% VS 6,69% TARGET)

### 3.3.2. Appropriately prescrittiv

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Le Aziende invieranno un report semestrale alla DCS con evidenza sia delle iniziative di audit e feedback adottate, sia delle azioni più significative intraprese nel corso del primo e del secondo semestre del 2019.	<p>Invio alla DCS da parte delle Aziende di due relazioni semestrali (entro 31/08/2019 e 28/02/2020) da cui si evincano:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 3 obiettivi assegnati alle U.O aziendali relativi a setting specialistici ad alto impatto di spesa</li> <li>- Azioni intraprese per le categorie principali</li> </ul> <p>Modalità di valutazione: Relazioni inviate nei termini: sì/no (peso 50%) Relazioni congruenti in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 50%)</p>
<b>Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>	
Le relazioni sono state formalmente inviate entro le scadenze (nota ns. prot. 7600 dd e nota ns. prot. 1784 dd 24/2/2020.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>REPORT SEMESTRALI (I SEMESTRE E ANNO INTERO) INVIATI NEI TERMINI E COERENTI CON GLI OBIETTIVI ASSEGNATI</b>

### 3.3.5. 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 31/08/2019 e 28/02/2020) da cui si evincano le attività svolte, i percorsi attivati con i prescrittori ed i monitoraggi effettuati per i singoli ambiti (ospedaliero, domiciliare, residenziale e semiresidenziale), da cui si evincano le ricadute sul SSR. A tal fine la DCS invierà uno schema di rilevazione delle informazioni per consentire confronti omogenei.</p> <p>Modalità di valutazione: Relazioni inviate entro il 31.08.19 ed entro il 28.02.20: sì/no secondo schema DCS;</p>



<b>Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>	
Le relazioni sono state formalmente inviate entro le scadenze (nota ns. prot. 7600 dd e nota ns.prot. 1784 dd 24/2/2020).	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> RELAZIONE E REPORT TRASMESSI SECONDO INDICAZIONE

<b>3.3.6. Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Erogazione dei medicinali da parte delle strutture sanitarie (diretta e primo ciclo a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale) secondo la DGR 12/2018.	<b>RISULTATO INTEGRATO DA DGR n. 878 dd 30/05/19</b>
Ottimizzazione e monitoraggio della DPC e diretta	Invio di due report semestrali sull'attività svolta ENTRO IL 31/08/2019 ED ENTRO IL 28/02/2020 <b>nell'ambito della distribuzione diretta</b> Modalità di valutazione: Relazioni inviate nei termini: sì/no
<b>Monitoraggio al 30.06.2019</b>	
In linea	
<b>Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>	
Le relazioni sono state formalmente inviate entro le scadenze (nota ns. prot. 7600 dd e nota ns.prot. 1784 dd 24/2/2020).	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.3.7. Rapporto con le Aziende Farmaceutiche e Biomedicali</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Gli enti del SSR, attraverso gli appositi Uffici (es. responsabili della trasparenza e dell'anticorruzione) adottano specifiche disposizioni organizzative relativamente alle attività d'informazione svolte dalle Aziende farmaceutiche e del settore dei dispositivi medici verso tutti gli operatori sanitari al fine di favorire comportamenti uniformi, coerenti a principi di trasparenza anche con riferimento ad eventuali conflitti di interesse	- Le aziende predispongono un regolamento e lo adottano entro il 31.12.2019.  Modalità di valutazione: - Invio del regolamento predisposto alla DCS entro il 31.12.2019 sì/no
<b>Monitoraggio al 30.06.2019</b>	
In linea	
<b>Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>	
Il regolamento è stato predisposto e formalmente trasmesso alla DCS con nota ns. prot. 11793 dd 31/12/2019.	

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<b>3.3.9. Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Registri AIFA e recupero rimborsi</p> <p>Per la prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA dovrà essere assicurata la registrazione di tutti i dati richiesti (anche con particolare riferimento ai medicinali innovativi), nel rispetto delle indicazioni autorizzate e dei criteri di eleggibilità definiti dall'AIFA, al fine di assicurare appropriatezza d'uso e consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing. La richiesta del farmaco dovrà sempre essere accompagnata dalla scheda di registrazione paziente nel registro</p>	<p>Evidenza dei monitoraggi/controlli effettuati/percorsi aziendali per la risoluzione di eventuali criticità.</p> <p>Assicurare l'invio delle Richieste di Rimborso secondo le modalità definite da AIFA per tutti i farmaci con accordo MEA.</p> <p>Modalità di valutazione</p> <p>Presenza di un percorso aziendale per la gestione delle criticità: sì/no</p> <p>(PROCEDURA GESTIONE PRESCRIZIONI AIFA)</p> <p>Riscontro agli approfondimenti/richieste di verifica relative ai registri AIFA/procedure di rimborso, inviate nei termini indicati: sì/no</p>
<b>Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>	
<p>Esiste un percorso aziendale condiviso su gestione prescrizioni a registro AIFA</p> <p>I prescrittori vengono informati sulla necessità di compilare il registro per i farmaci sottoposti a monitoraggio. (es. farmaco Crysvita, Revolde).</p>	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Cartella oncologica informatizzata</p> <p>La cartella oncologia informatizzata dovrà essere implementata relativamente ai campi: diagnosi/sede, protocollo/farmaco, stadiazione con un grado di completezza pari ad almeno il 95% dei pazienti.</p>	<p>Implementazione dei campi obbligatori per il 95% dei pazienti.</p> <p>Modalità di valutazione:</p> <p>Due rilevazione (DCS) del grado di completezza al 30.06.2019 e al 31.12.2019.</p> <p>L'obiettivo si intende raggiunto se entrambe le rilevazioni raggiungono il 95%.</p>
<b>Monitoraggio al 30.06.2019</b>	
<p>La DCS non ha ancora reso disponibile una cartella informatizzata specifica per l'età pediatrica. Le informazioni previste dall'obiettivo vengono registrate su G2 clinico</p>	
<b>Monitoraggio al 31.12.2019</b>	
<p>Le informazioni previste dall'obiettivo vengono registrate su G2 clinico.</p> <p>La referente aziendale ha partecipato al tavolo tecnico per utilizzo cartella oncologica regionale.</p>	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Prescrizioni personalizzate PSM iter elettronico</p> <p>Per le Aziende servite dalla logistica centralizzata, la copertura delle prescrizioni personalizzate con iter</p>	<p>% delle confezioni erogate in distribuzione diretta nominale hanno una prescrizione effettuata con il sistema PSM - iter elettronico <math>\geq 90\%</math></p>

<p>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 dovranno promuovere adeguate azioni di sensibilizzazione delle proprie strutture/reparti, al fine di ridurre l'erogazione derivante da prescrizioni cartacee indotte verso altre aziende.</p>	<p>Modalità di valutazione: Target rilevati dalla DCS.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-% ≥ 90%: obiettivo raggiunto</li> <li>-% tra 75% e 89%: obiettivo parzialmente raggiunto</li> <li>-% &lt; 75%: obiettivo non raggiunto</li> </ul> <p>In questa fase, ai fini della valutazione, non saranno prese in considerazione le confezioni erogate a seguito di prescrizioni indotte da altre aziende.</p>
<p><b>Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p>	
<p>Iter elettronico utilizzato ≥ 90% prescrizioni farmaci gestiti a magazzino centrale</p>	
<p><b>Valutazione</b></p>	<p><b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p> <p><b>MODALITÀ DI VALUTAZIONE DEFINITA CON DGR N. 448/2019</b></p> <p><b>PSM ELETTRONICO 92.6 %</b></p> <p><b>PSM TUTTO (CARTACEO + ELETTRONICO): 100%</b></p> <p><b>PERSONALIZZATA TUTTA (ASCOT + PSM): 100%</b></p>
<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 i pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive, prevedendo azioni mirate di sensibilizzazione dei prescrittori all'utilizzo dello strumento nelle categorie di medicinali per i quali si osserva un ricorso prevalente al PT cartaceo (es.: farmaci per l'infertilità o ormone della crescita per Burlo).</p> <p>Nel favorire l'implementazione di tale sistema informatizzato sarà inoltre assicurato il controllo dei piani terapeutici ed il rispetto delle note limitative AIFA.</p>	<p>% PT informatizzati per medicinali soggetti a nota AIFA 39 o 74 ≥ 65% rispetto al totale dei PT redatti dall'IRCCS</p> <p>% di PT informatizzati (&gt; 65%) calcolata rispetto al totale dei Piani terapeutici redatti dalla struttura (informatizzati + cartacei) e comunicato a fine anno alla DCS, per i medicinali indicati.</p>
<p><b>Monitoraggio al 31.12.2019</b></p>	
<p>In attesa di valutazione da DCS.</p>	
<p><b>Valutazione</b></p>	<p><b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p> <p><b>IRCCS COMUNICA 95% PT INFORMATIZZATI PER I FARMACI SOGGETTI ALLA NOTA 39 E 73% PT INFORMATIZZATI PER I FARMACI SOGGETTI ALLA NOTA 74</b></p>
<p>Flussi informativi farmaceutica Implementazione, verifiche e controlli di congruenza</p>	<p>Verifiche dei dati entro il 10 di ogni mese Integrale copertura fase 3/fase 2 (&gt; 99,5% della spesa)</p>

<p>dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese, da parte dei responsabili individuati, utilizzando la reportistica a disposizione sul portale SISSR (mancati invii, prezzi medi, revocati, ecc), con particolare riferimento ai disallineamenti derivanti da possibile mancato invio. Va assicurata, per il corretto calcolo del rispetto dei tetti di spesa, l'integrale copertura della fase 3 su fase 2 (100% della spesa negli ambiti previsti) per quanto riguarda la distribuzione diretta, nonché l'inserimento a sistema del codice targatura (&gt; 99% confezioni) in fase di erogazione diretta dei medicinali (applicativo PSM).</p> <p>Le Aziende e l'ARCS danno riscontro ad eventuali approfondimenti richiesti dalla Direzione Centrale, anche su istanza Ministero della Salute, entro 15 giorni dalle comunicazioni.</p>	<p>negli ambiti previsti).</p> <p>Inserimento codice targatura in fase di erogazione diretta dei medicinali (&gt; 99%).</p> <p>Riscontro entro 15 giorni agli approfondimenti richiesti o segnalazioni inviate.</p> <p>Modalità di valutazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- copertura fase 3/fase 2: target rilevati dalla DCS</li> <li>% &gt; 99,5%: raggiunto</li> <li>% tra 99 e 99,5: parzialmente raggiunto</li> <li>% &lt; 99%: non raggiunto</li> </ul> <p>-Targatura: target rilevati dalla DCS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-% confezioni diretta PSM &gt; 99%: raggiunto</li> <li>- % confezioni diretta PSM da 97% a 99%: parzialmente raggiunto</li> <li>-% confezioni diretta PSM &lt; 97%: non raggiunto</li> </ul> <p>Riscontri agli approfondimenti effettuati nei termini: sì/no</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

#### Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO

Copertura fase 3 / fase 2= 99,6%.

Le verifiche vengono attuate dal servizio programmazione in collaborazione con la farmacia.

La maggior parte degli articoli viene codificata presso il magazzino centrale pertanto gli eventuali disallineamenti vengono segnalati ad ARCS.

#### Valutazione

#### OBIETTIVO RAGGIUNTO

MODALITÀ DI VALUTAZIONE DEFINITA CON DGR N. 448/2019

FASE3/FASE 2: 99.97%

TARGATURA (CONFEZIONI): 99.91%

#### 3.3.10. Farmacovigilanza

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Gli Enti del SSR assicurano la partecipazione dei sanitari interessati e il supporto alle attività organizzative.	Evidenza della partecipazione alle progettualità avviate dalla DCS e alle attività formative organizzate dalla stessa (partecipazione incontri periodici, stato di avanzamento progetti affidati alle Aziende sanitarie)

#### Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO

Il borsista ed il tutor hanno partecipato alle attività avviate da DCS. E' stato avviata una sperimentazione in abito di terapie oncologiche pediatriche e diabete gestazionale. Sono state inviate le relazione mensili e quella annuale.

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Nell'ambito della progettualità pluriennale avviata nel 2018 (Farmacisti in ospedale/territorio) con il coinvolgimento di tutte le Aziende sanitarie, gli Enti del SSR dovranno garantire la partecipazione agli incontri periodici del gruppo di Coordinamento e l'invio della relazione scientifica e della rendicontazione secondo le tempistiche stabilite dalla convenzione in essere.	Partecipazione agli incontri periodici del gruppo di Coordinamento del progetto ed evidenza della relazione scientifica e della rendicontazione: secondo le tempistiche della convenzione in essere.  Modalità di valutazione: Partecipazione agli incontri periodici sì/no Presenza SI/NO della relazione scientifica e della rendicontazione entro le tempistiche previste dalla convenzione in essere.
<b>Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>	
Il farmacista IRCCS ha preso parte agli incontri quando convocato. E' stata inviata la relazione scientifica di rendicontazione al Servizio Farmaceutico Regionale.	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Partecipazione ai tre nuovi moduli FAD da parte dei Responsabili di farmacovigilanza e dai loro collaboratori (da loro individuati) al fine di migliorare la qualità delle informazioni inserite in RNF	Evidenza di partecipazione da parte di tutti gli operatori sanitari individuati  Modalità di valutazione:  1. obiettivo raggiunto: evidenza di partecipazione del 100% degli operatori sanitari individuati 2. obiettivo parzialmente raggiunto: evidenza di partecipazione tra il 70% ed il 99% degli operatori sanitari individuati 3. obiettivo non raggiunto: evidenza di partecipazione minore del 70% degli operatori sanitari individuati
<b>Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>	
Il responsabile e sui collaboratori (1 dirigente e 2 borsisti) hanno partecipato alle FAD.	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Gli Enti dovranno assicurare azioni per incentivare la segnalazione on-line	Aumento della % di segnalazioni on-line rispetto alla modalità cartacea al 31/12/2019  Modalità di valutazione: Con riferimento alla rilevazione delle segnalazioni on-line effettuate nel periodo 01/01/2018 - 31/08/2018
	% di segnalazioni on-line/segnalazioni totali (01/01/2018-31/08/2018)
AAS2 /AAS5	<=50%

	ASUI-TS	>50 e <=70%
	AAs3/ASUI-UD/CRO/BURLO	>70%
	<p>L'obiettivo sarà diversificato nel seguente modo:</p> <p>1. obiettivo raggiunto: aumento delle segnalazioni on-line rispettivamente del 20% per l'AAS2 e AAS5, del 15% per ASUI- TS e del 5% per i restanti Enti del SSR</p> <p>2. obiettivo parzialmente raggiunto: aumento delle segnalazioni on-line rispettivamente del 15% per l'AAS2 e AAS5, del 10% per ASUI-TS e del 2,5% per i restanti Enti del SSR</p> <p>3. obiettivo non raggiunto: aumento delle segnalazioni on-line rispettivamente inferiore al 15% per l'AAS2 e AAS5, al 10% per ASUI-TS e al 2,5% per i restanti Enti del SSR</p>	
<b>Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>		
Percentuale segnalazioni online > 70%		
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>	
Farmaci per la cura dell'atrofia muscolare spinale - SMA	Rilevazione e monitoraggio dell'uso del farmaco	
<b>Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>		
Il monitoraggio avviene periodicamente riportato in una cartella condivisa secondo procedura concordata con la Direzione Sanitaria. Le singole somministrazioni vengono prescritte dal centro malattie rare e approvate dalla direzione sanitaria.		
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>	

**VINCOLI OPERATIVI LINEE 2018 (DGR 488/2019)**

Valori rilevati da report monitoraggio indicatori Linee 2019 gennaio-dicembre 2019

VINCOLO	TARGET	VALORE 2018
Diretta	/	/
DPC	/	/
Convenzionata	/	/
<b>Ospedaliera</b> al netto dei farmaci per la cura della atrofia muscolare spinale (SMA) con costo terapia annua per paziente superiore ai 100.000 euro.	- 0,5%	<b>+ 0,8%</b>

### 3.4. ACCREDITAMENTO

<b>3.4. Accredimento</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Partecipazione attiva al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti	RISULTATO ATTESO MODIFICATO DA DGR n. 878 dd 30/05/19 Gli enti del SSR consentono 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
<b>Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>	
Sono stati messi a disposizione e convocati dalla DCS FVG i valutatori presenti nell'elenco regionale che hanno partecipato con il ruolo di competenza ai sopralluoghi per l'autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate. Alcuni dei professionisti dell'Istituto sono stati convocati in qualità di esperti del percorso nascita. I valutatori dell'IRCCS hanno effettuato sopralluoghi complessivamente per 14 giornate.	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Partecipazione al programma di accreditamento nazionale degli organismi tecnicamente accreditanti	Messa a disposizione i professionisti appartenenti alle aree professionali indicate dalla Direzione centrale salute, da avviare al percorso formativo dei valutatori dell'accredimento
<b>Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>	
Entro il 31 marzo (come da regolamento OTA Regione FVG) sono stati reclutati 16 nuovi valutatori, con le competenze richieste dalla Direzione Centrale Salute. Hanno partecipato alla formazione regionale 8 operatori del Burlo (5 al corso svoltosi il 20 giugno e 3 al corso svoltosi al 19 settembre).	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Garanzia del funzionamento dell'OTA FVG	1.Gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti inseriti nell'elenco nazionale dei valutatori dell'accredimento di partecipare alle attività organizzate dal Ministero della salute e dall'Agenas; 2.Gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti, componenti dell'OTA regionale, di svolgere le funzioni previste dalla D.G.R. n. 2220/2015 e dal Decreto n. 1899/2017.
<b>Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>	
1)La referente dell'IRCCS ha gestito le non conformità assegnate all'OTA FVG dal Ministero nel 2018. Ha partecipato al convegno del 29/10/2019 "Accreditamento istituzionale e organismo tecnicamente accreditante del FVG". 2)La referente ha partecipato ai 2 incontri (28/2/2019 e 23/5/2019) ed ha partecipato all'attività telematica costante per l'organizzazione dei sopralluoghi.	

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Mantenimento della certificazione ai sensi della norma ISO 9001:2015	Le strutture già certificate ai sensi della norma ISO 9001:2015 continuano ad adottare la metodologia proposta dalla norma (analisi del contesto e dei rischi) e ad aggiornare il loro sistema documentale conformemente

#### Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO

In data 25 e 26 novembre 2019 le 17 strutture certificate dell'IRCCS hanno sostenuto la visita di certificazione per il RINNOVO del certificato ai sensi della norma ISO 9001:2015. La certificazione ISO 9001 è obbligatoria per i servizi di supporto degli IRCCS, su base normativa (norme per il riconoscimento e conferma degli IRCCS). Oltre ai servizi di supporto l'Istituto ha certificato le unità sottoposte alla sorveglianza da parte del Centro nazionale Trapianti (Oncoematologia e PMA). Tutte le unità già in possesso di certificazione sono state rinnovate. Particolare interesse hanno suscitato le valutazioni dei rischi di processo, le Swott analysis e i riesami a consuntivo dell'anno precedente. L'Ufficio Gestione e Valorizzazione della Qualità ha supportato tutte le strutture per la stesura dei riesami; essi sono stati redatti su un formato armonizzato e discussi costantemente con l'Ufficio scrivente. Sono altresì stati supportate le stesure delle valutazioni del rischio di processo su nuovi format 2019 e delle analisi di contesto (Swott analysis), sempre su nuovo format 2019.

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Mantenimento della certificazione rilasciata dal Centro Nazionale Trapianti e Centro Nazionale Sangue, dal GITMO, dall'ente europeo EBMT e dall'ente terzo di certificazione ISO da parte della SC Oncoematologia e Centro Trapianti di Midollo osseo nei pazienti pediatrici	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rispetto degli standard per la qualità e sicurezza delle cellule staminali ematopoietiche, conformemente a quanto previsto dalla normativa nazionale ed europea vigente (D.lgs. 191/2007 e 16/2010; Direttive 2006/17/CE e 2006/86/CE), dagli standard Jacie – Fact e dai requisiti dell'accreditamento istituzionale (DGR 1436/2011) e delle norme ISO applicabili (ISO 9001:2015);</li> <li>2. Gli operatori della SC Oncoematologia appartenenti Programma Trapianti di Midollo osseo completano l'impianto documentale del Programma con i documenti mancanti;</li> <li>3. Gli operatori della SC Oncoematologia appartenenti all'interno del Programma Trapianti di Midollo osseo partecipano agli eventi formativi previsti dagli standard, conformemente al proprio profilo professionale;</li> <li>4. Gli operatori della SC Oncoematologia collaborano alla ristrutturazione dell'area degenze e diurna, coadiuvati dalla Direzione Sanitaria, al fine di arrecare meno disagio possibile ai pazienti in carico;</li> <li>5. disaster plan relativo alla salvaguardia delle CSE e dei pazienti candidati al trapianto, trapiantati o donatori in caso di calamità, con altri enti regionali formalizzato.</li> </ol>

#### Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO

L'introduzione della settima edizione del manuale ha determinato la necessità di formazione sulle modifiche e



novità rispetto al manuale in versione 06.01, verso il quale la struttura si è certificata nel 2018. A tal fine è stata approntata una relazione condivisa con i componenti del programma.

Sono stati effettuati tutti i riesami intermedi e annuale secondo quanto stabilito dagli std Jacie - Fact 7th edizione. Per evidenziare le criticità è stata approntata una dashboard di sintesi, che evidenzia gli andamenti del buon funzionamento del Programma Trapianti attraverso key performance indicators. Tutti i KPI individuati sono supportati dalla letteratura, da cui, quando applicabile, sono stati assorbiti anche i criteri di valutazione (soglie, ...). I riesami e relative dashboard di support sono disponibili sul server aziendale.

Per quanto riguarda il completamento della documentazione è stato rivisto il manuale della struttura Oncoematologia ed è stata redatta la procedura sulle interruzioni e relativa continuità. In aggiunta è stata rivista la procedura sulla crioconservazione e le attività di quarantena.

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Mantenimento della certificazione rilasciata dal Centro Nazionale Trapianti e dall'ente terzo di certificazione ISO da parte della SC Fisiopatologia della Riproduzione e Procreazione Medicalmente assistita per le tecniche di I, II e III livello omologhe ed eterologhe</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La SC Fisiopatologia della Riproduzione e Procreazione Medicalmente Assistita continua ad operare nel rispetto degli standard per la qualità e sicurezza delle cellule riproduttive, conformemente a quanto previsto dalla normativa nazionale ed europea vigente e dai requisiti dell'accreditamento istituzionale (DGR 705/2007) e delle norme ISO applicabili (ISO 9001:2015);</li> <li>2. Gli operatori della SC Fisiopatologia della Riproduzione e Procreazione Medicalmente Assistita partecipano ad eventi formativi interni di rinforzo alle conoscenze della normative nazionale (Legge 40/2004 e s.m.i., linee guida Legge 40 2015 e s.m.i., Manuale CNT, D.lgs. 16/2010) ed europea in materia di PMA omologa ed eterologa;</li> <li>3. Gli operatori della SC Fisiopatologia della Riproduzione e Procreazione Medicalmente Assistita partecipano alla creazione di un cruscotto di indicatori integrato per la rendicontazione dei dati di riesame intermedio e annuale, completo dei dati relativi all'assistenza ostetrica;</li> <li>4. Gli operatori della SC Fisiopatologia della Riproduzione e Procreazione Medicalmente Assistita collaborano alla creazione di una sala criogenica all'interno del blocco operatorio;</li> <li>5. Le ostetriche della SC Fisiopatologia della Riproduzione e Procreazione Medicalmente Assistita, coadiuvate dai dirigenti medici, introducono sistematicamente i controlli della documentazione clinica attraverso check-list dedicate agli specifici percorsi;</li> <li>6. Formalizzazione di una procedura per garantire un conforme trasporto di gameti ad altro centro;</li> </ol>

	<p>7. Formalizzazione di percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la preservazione della fertilità nel paziente oncologico pediatrico;</p> <p>8. Analisi del percorso diagnostico terapeutico assistenziale di III livello (TESE) e relativa analisi dei rischi;</p> <p>9. Partecipazione al corso interno sulle ISO 9001:2015 e ISO 19011:2018 (auditor interni) con superamento dell'esame.</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

#### **Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO**

Sono state redatte le revisioni del manuale della PMA e delle procedure in scadenza (8 procedure). Sono stati rivisti alcuni consensi e moduli. Le procedure revisionate sono disponibili nell'archivio aziendale c/o l'Uff. Qualità, su intranet e nella struttura PMA.

Sono state elaborate le verifiche delle competenze delle ostetriche sulla base degli item previsti dalla normativa. E' stata revisionata la job description; è stata redatta una procedura; è stato ideato un percorso ad hoc. Documenti disponibili nell'archivio aziendale c/o l'Uff. Qualità.

E' attiva una dashboard in excel per l'elaborazione dei dati da inserire nei riesami. La dashboard è disponibile nell'archivio dell'Uff. Qualità ed è associata ad ogni riesame.

Sono stati effettuati più audit nella sala criogenica. Sono state condivise le non conformità con gli uffici competenti (Ing. Clinica, Provveditorato, Ufficio tecnico, SPPA) per garantire che il progetto di fattibilità della sala criogenica sia esaustivo. E' stato programmata la fase di progettazione esecutiva della nuova sala criogenica per il secondo semestre del 2020. I lavori sono previsti per il 2021, con partecipazione finanziaria della Regione FVG. Documenti disponibili nell'archivio aziendale c/o l'Uff. Qualità.

Sono state allestite le check list per la verifica della completezza della documentazione nei percorsi di PMA omologa (IUI e FIVET) ed eterologa (IUI e FIVET, in ovodonazione, donazione di gameti maschili, donazione doppia). Documenti disponibili nell'archivio aziendale c/o l'Uff. Qualità, su intranet e presso la struttura.

E' stato effettuato un progetto di formazione sul campo a supporto dell'introduzione delle check list, rendicontato all'Ufficio Formazione, che ha contestualmente previsto un refresh sulle normative applicabili.

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Mantenimento dell'autorizzazione e accreditamento della branca Medicina Trasfusionale (DGR 2528/2011)	Attivazione da parte del Servizio Informativo delle postazioni EMONET WEB per la richiesta informatizzata del sangue e degli emocomponenti.

#### **Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO**

A dicembre 2019 Insiel ha ultimato le configurazioni per le richieste informatizzate di sangue ed emocomponenti

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Garantire la prosecuzione dei lavori per l'ottenimento della certificazione UNICEF "Ospedale amico del bambino"	Evidenza della prosecuzione del percorso per l'ottenimento della certificazione UNICEF.

#### **Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO**

Il percorso è proseguito con l'adozione de "La Politica sull'allattamento e sull'alimentazione dei bambini" (agli atti con protocollo n. 11692/2019).

E' stato elaborato il cronoprogramma per il raggiungimento dei dieci passi e delle due raccomandazioni e sono

state analizzate le azioni da svolgere.

**Valutazione****OBIETTIVO RAGGIUNTO****3.5. ASSISTENZA OSPEDALIERA****3.5.2. Emergenza urgenza**

## Obiettivo aziendale

## Risultato atteso

Pronto soccorso ed urgenza emergenza

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

1. Percentuale di pazienti pediatrici registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1 ora rispetto al totale dei pazienti con codice verde  $\geq 65\%$
2. Percentuale di pazienti pediatrici con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto Soccorso meno di 4 ore  $\geq 75\%$

**Monitoraggio dell'indicatore Sanitario al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO**

1. La percentuale di pazienti pediatrici registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1 ora rispetto al totale dei pazienti con codice verde è 77,38%
2. La percentuale di pazienti pediatrici con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto Soccorso meno di 4 ore è 94,57%

**Valutazione****1. OBIETTIVO RAGGIUNTO**

77,71

**2. OBIETTIVO RAGGIUNTO**

96,94

Proseguire con l'attività di riconoscimento delle emergenze ostetrico ginecologiche nell'area triestina

Documento inviato in DCS entro il 31/10/2019

**Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO.**

Il documento è stato anticipato alla DCS entro i termini previsti (nota mail dd 31/10/2019) e successivamente anche inviato formalmente con nota prot. 10484/2019.

**Valutazione****OBIETTIVO RAGGIUNTO****3.5.3. Reti di patologia**

## Obiettivo aziendale

## Risultato atteso

**Malattie rare**

1. Produrre entro il 31 dicembre 2019 almeno 1

<p>percorso assistenziale nella rete del gruppo nosologico di competenza</p> <p>2. Alimentare il registro regionale di cui al DM 279/2001 (aggiornamento dati del registro con inserimento del 100% dei casi in prevalenza al 30 novembre 2019 e pulizia dei casi che sono usciti dal sistema) e produrre alla DCS un report di attività.</p>	<p>1. Percorso assistenziale formalizzato</p> <p>2. Registro regionale alimentato correttamente</p>
<p><b>Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p> <p>1. È stato redatto il PDTA regionale sulle malattie neuromuscolari, non ancora diffuso in quanto ancora in corso di revisione finale.</p> <p>2. Il registro viene quotidianamente aggiornato.</p>	
<p><b>Valutazione</b></p>	<p><b>1. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p> <p><b>2. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p>
<p>Malattie reumatiche</p> <p>Nel 2018 prosegue il lavoro della rete con:</p> <p>1. Formalizzazione del documento di indirizzo sulla terapia con farmaci biologici (obiettivo condiviso con le farmacie aziendali e servizio farmaceutico regionale), ed evidenza della diffusione a tutti i professionisti coinvolti anche nell'ambito della medicina convenzionata.</p> <p>2. evidenza dell'utilizzo dello strumento informatizzato per l'appropriatezza prescrittiva (1 report per semestre).</p>	<p>Evidenza di collaborazione</p>
<p><b>Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p> <p>1. La prescrizione dei farmaci biologici è ormai una realtà assodata e riconosciuta in tutti gli ambiti regionali (farmacie, specialisti ospedalieri, medicina convenzionata)</p> <p>2. L'utilizzo del sistema informatizzato per la prescrizione appropriata del farmaco (PSN) è in uso nel nostro istituto da tutto il 2019.</p>	
<p><b>Valutazione</b></p>	<p><b>OBIETTIVO STRALCIATO</b></p>
<p>Garantire un pediatra con competenze in malattie infettive assegnato a tempo pieno alla clinica pediatrica.</p> <p>Collaborare con ASUITs per le richieste di consulenza infettivologica nelle paziente adulte.</p>	<p>Evidenza di collaborazione</p>
<p><b>Monitoraggio al 30.06.2019</b></p> <p>In linea</p>	
<p><b>Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p> <p>La collaborazione interaziendale Burlo-ASUGI prevede la presenza del prof. Luzzati, Direttore della SC Malattie Infettive ASUGI nell'ambito del nostro Comitato Infezioni Ospedaliere e tale carica ha risvolti pratici sia nella parte documentale (LLG, Istruzioni Operative, ecc.) sia nella parte clinica (consulenze pediatriche e nelle pazienti</p>	

adulte).

In particolare un pediatra della SCU Clinica pediatrica da anni segue tutta la parte infettivologica in stretto contatto con il prof. Luzzati.

#### Valutazione

#### OBIETTIVO RAGGIUNTO

### 3.5.4. Pediatria

Obiettivo aziendale

Risultato atteso

Definire ed applicare le modalità operative di trasporto pediatrico

-Documento inviato alla DCS

Monitoraggio al 31.12.2019

OBIETTIVO RAGGIUNTO

Il documento è stato inviato Nel 2019 è stato convocato il tavolo regionale.

#### Valutazione

#### OBIETTIVO RAGGIUNTO

Consolidare il modello previsto per la Chirurgia pediatrica e proposta di un modello per la chirurgia specialistica in ambito pediatrico

-Documento chirurgie specialistiche inviato in DCS  
- Evidenza di analisi dell'attività delle cliniche specialiste in FVG

Monitoraggio al 30.06.2019

In linea

Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO

E' stata effettuata un'analisi delle chirurgie specialistiche ed il documento è stato formalmente inviato alla DCS con nota prot. 11625 dd 24/12/2019.

#### Valutazione

#### OBIETTIVO RAGGIUNTO

Sviluppo e operatività del sistema di tele-refertazione per second opinion in radiologia pediatrica

Sistema di tele-refertazione per second opinion in radiologia pediatrica sviluppato in accordo alla programmazione di sviluppo dell'INSIEL

Monitoraggio al 31.12.2019

OBIETTIVO NON RAGGIUNTO PER CAUSE NON IMPUTABILI

MOTIVAZIONI SCOSTAMENTO DEL RISULTATO RAGGIUNTO

Non sono state effettuate le attività propedeutiche da parte di Insiel.

#### Valutazione

#### OBIETTIVO STRALCIATO

Malattie complesse e/o croniche: Definizione di un modello assistenziale a rete integrata che assicuri la qualità e continuità delle cure con predisposizione di un percorso diagnostico terapeutico assistenziale che preveda anche la fase di transizione, nei seguenti ambiti:

-Oncoematologia

-Malattie nefrologiche

**RISULTATO ATTESO INTEGRATO DA DGR n. 878 dd 30/05/19**

-Evidenza di organizzazione e coordinamento dei tavoli per la predisposizione di un PDTA negli ambiti descritti dall'obiettivo;

**- Predisposizione di un PDTA che preveda anche la fase di transizione** condiviso con le aziende FVG e l'IRCCS CRO per

-Malattie infiammatorie croniche intestinali -Diabete -Malattie neuromuscolari	-Oncoematologia -Malattie nefrologiche -Malattie infiammatorie croniche intestinali -Diabete -Malattie neuromuscolari
Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO NON RAGGIUNTO PER CAUSE NON IMPUTABILI	
MOTIVAZIONI SCOSTAMENTO DEL RISULTATO RAGGIUNTO L'attività è attualmente bloccata in quanto l'IRCCS è in attesa della ridefinizione da parte della DCS del modello di <i>governance</i> della Rete Pediatrica, come già evidenziato nel monitoraggio semestrale 2019.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b>
Cure palliative: implementazione del modello di rete e definizione di un percorso assistenziale	Evidenza di coordinamento ed implementazione del modello di rete e di definizione di un percorso assistenziale
Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO L'IRCCS è stato riconosciuto come centro coordinatore per le cure palliative pediatriche con decreto del direttore dell'Area dell'Assistenza Primaria n. 1345 dd 29/7/2019. E' stata successivamente avviata l'attività di coordinamento.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Salute mentale in età evolutiva: Il Comitato regionale per l'assistenza pediatrica e adolescenziale collabora con l'Area competente della Direzione centrale salute per l'attuazione degli obiettivi del Piano che riguardano la salute mentale in età evolutiva.	-Evidenza di collaborazione con la DCS
Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO NON RAGGIUNTO PER CAUSE NON IMPUTABILI	
MOTIVAZIONI SCOSTAMENTO DAL RISULTATO ATTESO La DCS non ha convocato il comitato che è parte della rete pediatrica ma il responsabile della SC Neuropsichiatria infantile ha partecipato ad un incontro in DCS sulla salute mentale in età evolutiva.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Farmaci galenici pediatrici: definizione di un modello per la centralizzazione presso l'IRCCS Burlo Garofolo della produzione di farmaci galenici	Tavolo regionale con la partecipazione di Federfarma per la valutazione di un percorso condiviso sulla galenica attivato.
Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO NON RAGGIUNTO PER CAUSE NON IMPUTABILI ALL'IRCCS	
MOTIVAZIONI SCOSTAMENTO DAL RISULTATO ATTESO Non sono stati convocati tavoli a livello regionale; è stata elaborata una proposta di convenzione tra aziende ed è stato dato seguito a tutte le richieste di preparazione galenica autorizzate dalla direzione sanitaria.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b>
Carta dei Servizi pediatrica: le Aziende che erogano	Evidenza di formalizzazione della carta dei servizi

prestazioni destinate alla fascia di popolazione in età evolutiva predispongono una Carta dei servizi specifica per l'assistenza in età pediatrica e adolescenziale, secondo le modalità previste dall'Accordo Stato Regioni del 21 dicembre 2017, rep atti n. 248	secondo l' A.S.R. 2017
<p>Monitoraggio al 31.12.2019 <b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p> <p>E' stata predisposta la bozza della Carta dei Servizi per l'area pediatrica e adolescenziale da sottoporre alla validazione della nuova Direzione Strategica.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b>
<p>Formazione: Le Aziende promuovono attività formative relative alle tematiche oggetto di progettualità per il 2019 (trasporto pediatrico, onco-ematologia, malattie nefrologiche, malattie infiammatorie croniche intestinali, diabete, malattie neuromuscolari, cure palliative).</p>	<p>- Evidenza di organizzazione di eventi formativi relativi alle tematiche trasporto pediatrico, onco-ematologia, malattie nefrologiche, malattie infiammatorie croniche intestinali, diabete, malattie neuromuscolari, cure palliative</p> <p>-Evidenza di accordi tra le aziende per gli ambiti delle attività formative trasporto pediatrico, onco-ematologia, malattie nefrologiche, malattie infiammatorie croniche intestinali, diabete, malattie neuromuscolari, cure palliative</p>
<p>Monitoraggio al 31.12.2019</p> <p><b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b></p> <p>sono stati organizzati dalla Formazione i seguenti eventi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-IRCBG 19018 Formazione in oncoematologia pediatrica: dall'organizzazione della rete pediatrica oncologica regionale alla condivisione di protocolli clinico-assistenziali con tre edizioni 15/2,12/4,17/5.</li> <li>- IRCBG 19019 Elaborazione del lutto e cure palliative pediatriche: tra scienza e narrazione con 1 edizione il 6/3 e l'evento -IRCBG 19020 Il diritto di scelta dei minori nel fine vita: un movimento di intenti con 1 edizione il 7/3. entrambe gli eventi fanno parte delle cure palliative.</li> <li>-IRCBG 19040 CONTAMINAZIONI IN CURE PALLIATIVE E PROGRAMMI FUTURI con 1 edizione il 28/3 questo percorso fa parte del programma sulle cure palliative.</li> <li>-IRCBG 19047 Diabete nel bambino nella donna e in ospedale con 1 edizione il 6/5 organizzato dalla clinica pediatrica e dal GAR</li> </ul> <p>Non sono stati organizzati corsi in tema di trasporto pediatrico in quanto il gruppo regionale non ha prodotto un documento unitario.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>
Attivare il FSE al momento della nascita	Progetto presentato alla DCS entro il 28/2 Avvio del FSE dal 1/10/2019
<p>Monitoraggio al 31.12.2019</p> <p><b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p> <p>Il progetto è stato presentato con nota prot 1752 dd 26/2/2019.</p> <p>Il FSE è attivo.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

Omogeneizzazione della modulistica cartacea della cartella clinica di ricovero e ambulatoriale pediatrica in previsione dell'informatizzazione	Evidenza di omogeneizzazione della modulistica cartacea della cartella clinica di ricovero e ambulatoriale pediatrica in previsione dell'informatizzazione in accordo con le aziende regionali
Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO NON RAGGIUNTO PER CAUSE NON IMPUTABILI	
MOTIVAZIONI SCOSTAMENTO DAL RISULTATO ATTESO L'attività è attualmente bloccata in quanto l'IRCCS è in attesa della ridefinizione da parte della DCS del modello di <i>governance</i> della Rete Pediatrica, come già evidenziato nel monitoraggio semestrale 2019.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b>
Studio di fattibilità per lo sviluppo del Burlo multicentrico	Documento presentato alla DCS entro 30/9
Studio di fattibilità per lo sviluppo del Burlo multicentrico	PROPOSTA NUOVO RISULTATO ATTESO Documento presentato alla DCS entro 30/11
OBIETTIVO NON RAGGIUNTO PER CAUSE NON IMPUTABILI MOTIVAZIONI SCOSTAMENTO DAL RISULTATO ATTESO	
L'art. 29 della LR 22, vigente dal 19/12/2019 prevede al comma 3 che: "All'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico "Burlo Garofolo" di Trieste sono attribuite le funzioni ospedaliere dell'area materno infantile, relativamente a pediatria e a ostetricia e ginecologia, per il territorio di competenza dell'Azienda sanitaria universitaria Giuliano Isontina di cui all' articolo 3, comma 1, lettera c), della legge regionale 27/2018 da svolgersi: <b>a)</b> presso la sede di Trieste; <b>b)</b> presso le sedi del presidio ospedaliero Gorizia e Monfalcone, di cui all'articolo 27, secondo la programmazione vigente.”.	
La legge è vigente dal 19/12/2019 pertanto l'IRCCS provvederà a darne attuazione, in accordo con la DCS e con ASUGI, nel corso del 2020.	
Tra ASUITS, Gorizia, Monfalcone e Burlo, nel corso del 2019, come descritto al paragrafo 3.1,e in considerazione della istituenda ASUGI, sono stati attivati dei tavoli di confronto tra i professionisti per condividere futuri percorsi e assetti organizzativi riguardanti in particolare:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- area pediatrica;</li> <li>- area ostetrico-ginecologica;</li> <li>- neuropsichiatria infantile;</li> <li>- procreazione medicalmente assistita;</li> <li>- assistenza farmaceutica pediatrica, galenica, unità antiblastici;</li> <li>- ricerca e sperimentazione clinica.</li> </ul>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b>

### 3.5.5. Percorso nascita



Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Gravidanza fisiologica a gestione ostetrica</p> <p>Nel 2018 è stato definito un percorso nascita modulato a seconda del livello di rischio della gravidanza, individuando, per la gravidanza a basso rischio, un percorso a gestione ostetrica, definendo gli strumenti idonei per la gestione in autonomia da parte delle ostetriche e facilitando l'accesso alle prestazioni da parte delle donne (DGR 723/2018). Nel corso del 2019 vengono completate le azioni necessarie alla piena attuazione del programma che le Aziende implementano a livello locale.</p>	<p>Percorso attuato</p>
<p><b>Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p> <p>Allo scopo di dare attuazione al programma di implementazione a livello locale riguardante il Percorso Nascita Regionale si sono tenuti diversi incontri a livello regionale per il completamento dell'agenda e del diario della gravidanza e di cui si elencano di seguito le date: 05/02/2019, 10/04/2019, 09/05/2019, 23/07/2019, 30/10/2019.</p> <p>È stato effettuato un evento formativo dedicato alla gestione ostetrica della gravidanza fisiologica.</p> <p>Inoltre proseguono gli incontri tra territorio, Burlo ed Azienda 2 per uniformare i percorsi ed offrire all'utenza modalità di accesso e cura che garantiscano gli stessi diritti a tutte le donne</p> <p>E' inoltre proseguita nel corso del 2019 l'attività dell'ambulatorio della gravidanza a basso rischio a gestione ostetrica.</p>	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Integrazione territorio-ospedale</p> <p>Nel 2018 sono stati avviati i lavori per la definizione dell'Agenda della gravidanza, strumento che faciliterà l'integrazione territorio-ospedale e permetterà alla donna di acquisire elementi utili a pianificare il suo percorso in maniera informata e consapevole. Il progetto verrà completato nel corso del 2019. Le Aziende collaborano alla realizzazione dell'Agenda della gravidanza e la implementano sul territorio di competenza.</p>	<p>Evidenza della collaborazione</p>
<p><b>Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p> <p>Partecipazione agli incontri del Tavolo regionale per la realizzazione dell'Agenda della gravidanza e la sua implementazione sul territorio di competenza nelle seguenti date: 11/02-18/02-28/03-17/04-14/05-15/05-22/05- 13/07-17/09/2019.</p> <p>Nel corso di tali incontri è stata portata a termine l'agenda della gravidanza ed è in attesa di pubblicazione.</p>	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p>Parto analgesia</p> <p>Una rilevazione effettuata nel 2018 sulla parto-</p>	<p>Evidenza dell'aggiornamento richiesto</p>

analgesia nei Punti nascita regionali ha evidenziato aree di miglioramento nell'ambito dell'offerta farmacologica e non del controllo del dolore in travaglio e parto.

Nel corso del 2019 le Aziende in cui è operativo uno o più Punti nascita:

1. sviluppano/aggiornano una Carta dei servizi specifica per il percorso nascita con le informazioni previste dalla DGR 1083/2012 relative ad ogni Punto nascita aziendale, ivi compresa l'offerta di parto-analgesia;
2. rendono visibile nei siti aziendali l'offerta relativa al percorso nascita nel territorio di competenza, ivi comprese le tecniche di controllo del dolore in travaglio/parto;
3. definiscono procedure formalizzate e condivise a livello multiprofessionale, facilmente consultabili e periodicamente aggiornate, per tutte le fasi del percorso di parto-analgesia, dalla visita anestesiológica in gravidanza, all'erogazione della prestazione in travaglio, alle richieste estemporanee e al monitoraggio post-partum;
4. promuovono corsi aziendali di formazione specifica sulla parto-analgesia farmacologica e non, rivolti a tutte le figure professionali coinvolte e le Aziende con Ostetricie di Il livello promuovono programmi formativi, anche sul campo, rivolti al territorio regionale;
5. monitorano l'attività e le eventuali complicanze.

#### **Monitoraggio al 30.06.2019**

In linea

#### **Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO**

1. L'aggiornamento della Carta dei servizi specifica per il percorso nascita con tutte le informazioni previste è in formato di bozza avanzata;
2. sul sito aziendale è visibile l'offerta relativa al percorso nascita, comprese le tecniche di controllo del dolore in travaglio/parto;
3. è stata redatta la procedura sul controllo del dolore in travaglio di parto.

La procedura descrive il percorso per la gestione del dolore in travaglio di parto relativamente ai seguenti aspetti:

- Modalità di accesso
- Informazioni alle pazienti
- Metodi non farmacologici per il contenimento del dolore
- Metodi farmacologici per il contenimento del dolore

4. sono stati effettuati 2 corsi di formazione specifica sulla parto-analgesia rivolti a tutte le figure professionali coinvolte anche da enti esterni;
5. Viene effettuato il monitoraggio dell'attività e le eventuali complicanze.

Valutazione	<b>1. OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b> <b>2. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>3. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>4. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>5. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Tagli cesarei primari e parti indotti Secondo il DM 70/2015, l'Accordo Stato Regioni 14/CRS del 2018 sulle reti tempo dipendenti e quanto previsto dal Comitato percorso nascita nazionale, la soglia è differenziata tra Punti Nascita di I e II livello o comunque su volumi di attività: - tagli cesarei primari nei PN di II livello o comunque con > 1.000 parti/anno: ≤ 25%	tagli cesarei primari nei PN di II livello o comunque con > 1.000 parti/anno: ≤ 25%
<b>Monitoraggio dell'indicatore Sanitario al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> La percentuale tagli cesarei primari = 20,52%	
Valutazione	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>15,08</b>
Trasporto STAM e STEN Le Aziende con Ostetriche di II livello e TIN monitorano l'attività di trasporto in emergenza materno e neonatale nell'area territoriale di competenza con gli indicatori di cui al Decreto 1733/2016 e trasmettono un report annuale alla Direzione centrale salute, affinché lo stesso venga discusso all'interno del Comitato percorso nascita regionale.	Relazione sull'attività di trasporto trasmessa alla DCS
<b>Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> I trasporti materni e neonatali sono stati effettuati nel corso del 2019: la relazione su tale attività è stata formalmente trasmessa con nota ns prot. 4119/2020.	
Valutazione	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Formazione Le Aziende promuovono programmi di formazione per gli operatori di sala parto per il mantenimento delle competenze e abilità tecniche e non tecniche. I PN di II livello promuovono corsi di formazione in simulazione rivolti anche agli operatori di sala parto dei PN di I livello. Le aziende, inoltre, promuovono corsi di formazione rivolti alle ostetriche che seguono il percorso	Evidenza di promozione dei corsi

gravidenza a basso rischio a gestione ostetrica, di cui alla DGR 723/2018.	
<b>Monitoraggio al 30.06.2019</b>	
In linea	
<b>Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>	
E' stato organizzato il corso IRCBG 19142 "Corso su emergenze ostetriche" svoltosi in data 22/11/2019 e 17/12/2019). Il corso era rivolto a medici ed ostetriche del Burlo e dei convenzionati (ex-AsuiTS), ma era aperto alla partecipazione di medici e ostetriche dell'ASS 2 Bassa Friulana-Isontina.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.5.6. Sangue ed emocomponenti</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Garanzia della sicurezza e dell'appropriatezza trasfusionale attraverso la partecipazione ai programmi regionali di sorveglianza trasfusionale. In particolare: 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: emocomponente "tracer": globuli rossi concentrati; farmaci "tracer": Antitrombina III e Fibrinogeno); Implementazione della prescrizione trasfusionale informatizzata e dei "sistemi barriera" per la trasfusione al letto del paziente.	Appropriatezza dell'utilizzo degli emocomponenti ed emoderivati monitorata emocomponente "tracer": globuli rossi concentrati; farmaci "tracer": Antitrombina III e Fibrinogeno;  Prescrizione trasfusionale informatizzata e dei "sistemi barriera" per la trasfusione al letto del paziente implementata, compatibilmente con le attività propedeutiche svolte da Insiel.
<b>Monitoraggio al 30.06.2019</b>	
In linea	
<b>Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>	
Il monitoraggio dell'appropriatezza dell'utilizzo degli emocomponenti ed emoderivati è stato effettuato. A dicembre 2019 Insiel ha ultimato le configurazioni per le richieste informatizzate di sangue ed emocomponenti e pertanto la prescrizione sarà attiva dal 2020.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Proporre l'inserimento della prestazione – <i>Genotipizzazione di RHD fetale su DNA fetale libero nel circolo materno</i> - nel nomenclatore tariffario regionale, seguendo uno specifico PDTA per l'identificazione dei casi e la loro valutazione clinica, da parte del Comitato Percorso Nascita Regionale.	Evidenza di proposta

<b>Monitoraggio al 30.06.2019</b>	
In linea	
<b>Monitoraggio al 31.12.2019</b>	
<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO PER CAUSE NON IMPUTABILI</b>	
<b>MOTIVAZIONI SCOSTAMENTO DAL RISULTATO ATTESO</b>	
Il documento, formalmente trasmesso con nota prot. 10405/2018 non è stato approvato dal Comitato del percorso nascita.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b>
Proseguire l'applicazione del modello di comunicazione per l'ambito materno infantile elaborato in collaborazione con la DCS nel corso del 2018	Progettazione e realizzazione di una campagna di comunicazione/ implementazione della donazione di sangue cordonale in accordo con le strutture interne e con i consultori.
<b>Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>	
la campagna di comunicazione/implementazione della donazione di sangue cordonale in accordo con le strutture interne e coi consultori è stata progettata e realizzata attraverso incontri dedicati e due corsi di aggiornamento che si sono tenuti il 10/06/2019 ed il 24/10/2019.	
Per la diffusione alla cittadinanza è stata creata una brochure e dei filmati su youtube (al seguente link: <a href="https://www.youtube.com/watch?v=Au7rNof4X9Q">https://www.youtube.com/watch?v=Au7rNof4X9Q</a> ), in collaborazione con la DCS.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.5.7. Erogazione dei livelli di assistenza</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Garantire i livelli di assistenza previsti dal DPCM 12 gennaio 2017 nel rispetto dei criteri di appropriatezza e perseguendo il miglioramento continuo dei risultati e degli esiti delle prestazioni: Ridurre del numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica, ricorrendo anche ad un maggiore utilizzo del day service, portando la percentuale al di sotto del 20% per gli adulti e del 40% per i pediatrici	DH con finalità diagnostica < 20% per adulti DH con finalità diagnostica < 40% pediatrici
<b>Monitoraggio dell'indicatore Sanitario al 31.12.2019</b>	
Come già richiesto con nota prot.1556 dd 21/2/2019, si evidenzia la necessità di valutare DH con finalità diagnostica < 40% pediatrici <b>al netto di polisonnografia (8917) o infusione di tranquillanti (9926) e di non valutare i DH diagnostici per adulta</b>	
<b>DH diagnostici adulti: Non di pertinenza e quindi da stralciare</b>	
-Valore 2019= 47,04% <b>al netto delle esclusioni 44,70 DH diagnostici pediatrici</b>	
-Valore 2019= 50,89% <b>al netto delle esclusioni 42,70</b>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b>
	<b>ADULTI 47.00</b>
	<b>PEDIATRICI 50.90</b>

### 3.6 RETE CURE SICURE FVG

3.6 Rete Cure Sicure FVG	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Adattamento delle figure professionali (numero e tipologia dei professionisti) coinvolte nella Rete Cure Sicure FVG, in relazione al nuovo assetto istituzionale	Evidenza di ridefinizione dei componenti della Rete Cure Sicure dell'IRCCS e comunicazione alla DCS
<b>Monitoraggio al 31.12.2019</b> <b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> Nominato il nuovo Responsabile dell'Ufficio per la Gestione del Rischio Clinico (con nota del Vice Commissario Straordinario Sanitario Prot. GEN/INT 0000260 del 25/02/2019). Inviato in DCS aggiornamento dei referenti RAP (Referenti Aziendali di Progetto).	
Mantenere le indicazioni e le raccomandazioni ministeriali fino ad ora sviluppate, messa a regime di eventuali nuove raccomandazione e misurazione e verifica della loro adozione con riferimento alle strutture ospedaliere e ai distretti sanitari	Evidenza di pubblicazione su intranet delle procedure aziendali per la prevenzione di: Suicidio nel paziente ricoverato (Racc. n. 4) Morte materna correlata al travaglio e/o parto (Racc. n. 6) Osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati (racc. n. 10) Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi non correlata a malattia congenita (Racc. n. 16) Prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli (Racc. n. 18)
<b>Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> Sono state pubblicate su intranet le procedure aziendali su: Suicidio nel paziente ricoverato (Racc. n. 4) Morte materna correlata al travaglio e/o parto (Racc. n. 6) Osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati (racc. n. 10) Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi non correlata a malattia congenita (Racc. n. 16) Prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli (Racc. n. 18)	
Aggiornare con i nuovi referenti aziendali i flussi informativi istituzionali nazionali relativi al rischio clinico; - implementazione degli eventi formativi aziendali specifici per il tema come definito dal PFR 2019	Corso di formazione dei link professional effettuato
<b>Monitoraggio al 30.06.2019</b> Effettuata una edizione del corso (28.05.19), programmate altre due edizioni (24.09, 23.10.19)	
<b>Monitoraggio al 31.12.2019</b>	

**OBIETTIVO RAGGIUNTO**

Sono state effettuate tre edizioni (28.05, 24/09 e 23/10/2019) del corso "La formazione per i Link Professional della

Rete Cure Sicure"(IRCBG 19067).

**"Antimicrobial Stewardship"**

1 - diffusione e condivisione dei report regionali sul consumo di antibiotici e sulle resistenze batteriche nelle unità operative

2- riduzione del consumo di antibiotici in ospedale

3- formazione aziendale specifica per personale medico sul tema della lettura dell'antibiogramma e sulla prescrizione antibiotica mirata come da indicazioni del gruppo di coordinamento regionale; adozione e diffusione delle linee di indirizzo regionali per la gestione delle infezioni in ambito pediatrico; adozione delle "Linee regionali per il riconoscimento precoce e la gestione della sepsi associata alle pratiche assistenziali" e monitoraggio degli indicatori riportati nel documento;

4- partecipazione al processo di revisione dei documenti regionali sulla gestione delle infezioni nell'adulto

5 - partecipazione al processo di valutazione delle attività di stewardship aziendali mediante l'analisi dell'aderenza agli standard definiti nell'ambito del programma regionale;

6 - promozione di attività per il coinvolgimento dei cittadini sul

tema dell'uso appropriato degli antibiotici;

1 - Evidenza di divulgazione dei dati sul consumo di antibiotici e sulle resistenze batteriche

2- Evidenza di monitoraggio dell'uso di cefalosporine, chinolonici e carbapenemi, limitandone l'utilizzo ai casi appropriati

3 - Evidenza di corsi aziendali organizzati; almeno 1 medico per ogni Unità operativa ha partecipato al corso di formazione

4 - Evidenza di partecipazione al processo di revisione dei documenti regionali sulla gestione delle infezioni nell'adulto

5- Evidenza di invio alla DCS dei dati richiesti

6 - Evidenza di materiale informativo disponibile sul sito web e all'interno dell'IRCCS

**Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO**

1. I dati sulle resistenze batteriche sono stati diffusi agli operatori (riunione Commissione Infezioni)

2. E' stato monitorato l'uso di cefalosporine, chinolonici e carbapenemi (dati presentati alla riunione Commissione Infezioni del 12.06.2019, Il report inviato alla Direzione Sanitaria). E' utilizzata la prescrizione nominale per i farmaci sottoposti a monitoraggio.

3. E' stato organizzato il corso IRCBG 19146 "La lettura dell'antibiogramma e la prescrizione antibiotica mirata"

4. Non ci sono state convocazioni

5. La DCS non ha richiesto dati sulle attività di stewardship.

6. Il materiale informativo (handbook) regionale "Gli antibiotici" è disponibile sul sito web e all'interno dell'IRCCS

**"Controllo delle infezioni correlate all'assistenza":**

Evidenza di simulazione effettuata, evidenza di relazione redatta

Evidenza di PPS effettuata ed evidenza di trasmissione

<ul style="list-style-type: none"> <li>- effettuazione di una simulazione di evento epidemico (preparedness) che coinvolga le unità operative di Pronto Soccorso e di Terapia Intensiva;</li> <li>-effettuazione della PPS biennale (prevalenza puntuale sulle ICA e sulla prescrizione di antibiotici) negli ospedali per acuti;</li> <li>- aggiornamento dei documenti regionali già esistenti sulla tematica;</li> <li>- effettuazione sorveglianza sulle infezioni del sito chirurgico e della compliance alle raccomandazioni dei comportamenti dei blocchi operatori.</li> </ul>	<p>dei dati alla Direzione Centrale Salute nei tempi previsti</p> <p>Evidenza di partecipazione, se richiesta, ai tavoli regionali</p> <p>Invio dei dati (ove richiesti) alla Direzione Centrale Salute nei tempi previsti</p> <p>Evidenza di raccolta e successiva elaborazione a cura del personale della DS dei dati relativi alle ISC dopo taglio cesareo</p> <p>interventi ortopedici di correzione della scoliosi</p> <p>Report semestrale elaborato e condiviso con le Strutture interessate</p>
<p><b>Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La simulazione è stata effettuata il 28.11.2019. I report relativi alla simulazione sono stati redatti e trasmessi ai Direttori e Coordinatori delle strutture coinvolte (Pronto Soccorso e Chirurgia).</li> <li>-La PPS è stata effettuata nel mese di ottobre. I dati sono stati inviati alla DCS in data 21.10.2019.</li> <li>-L'Istituto ha partecipato al tavolo tecnico per l'aggiornamento del documento regionale sui bundle</li> <li>-Sono stati raccolti i dati sulle ISC</li> <li>-I dati sulle ISC (del 2° semestre 2019) sono stati inseriti nel report semestrale sul rischio clinico e trasmessi alle Strutture interessate.</li> </ul>	
<p><b>Sicurezza del farmaco</b></p> <p>Riguardo al programma "Sicurezza del farmaco":</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- adeguamento alla indicazioni regionali sulla gestione degli elastomeri;</li> <li>-applicazione delle raccomandazioni ministeriali: <ul style="list-style-type: none"> <li>o raccomandazione per la riconciliazione farmacologica;</li> <li>o prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici;</li> <li>o prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look- alike/sound-alike";</li> <li>o prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati;</li> <li>o prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica;</li> <li>o corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio -KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio.</li> </ul> </li> <li>- mantenimento delle azioni sull'uso prudente dei farmaci con particolare riferimento: <ul style="list-style-type: none"> <li>o alla riduzione del consumo di inibitori di pompa protonica a meno di 25 unità posologiche procapite (diretta+convenzionata e dpc);</li> </ul> </li> </ul>	<p>Evidenza di aggiornamento e pubblicazione delle seguenti procedure:</p> <p>sicurezza del farmaco</p> <p>modalità di prescrizione, trascrizione e somministrazione dei farmaci</p> <p>gestione delle soluzioni di elettroliti concentrati</p> <p>gestione farmaci ad alto livello di attenzione LASA</p> <p>Adeguamento alle indicazioni regionali sulla gestione degli elastomeri</p>



**Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO**

- Le procedure sulla sicurezza del farmaco sono state aggiornate.
- Le linee guida regionali sulla gestione degli elastomeri sono state discusse nella Commissione Prontuario Terapeutico Ospedaliero in data 19.12.2019 e diffuse mediante pubblicazione su intranet.

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
	<b>OBIETTIVI STRALCIATI</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PARTECIPAZIONE AL PROCESSO DI REVISIONE DEI DOCUMENTI REGIONALI SULLA GESTIONE DELLE INFEZIONI NELL'ADULTO</li> <li>- RIDUZIONE DEL CONSUMO DI INIBITORI DI POMPA PROTONICA A MENO DI 25 UNITÀ POSOLOGICHE PROCAPITE (DIRETTA+CONVENZIONATA E DPC)</li> </ul>

**3.7. PROMOZIONE DELLA SALUTE NEGLI OSPEDALI E NEI SERVIZI SANITARI: LA RETE HPH****3.7. Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH**

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Personale dipendente medici competenti e coordinamento regionale della rete HPH individuano una strategia per implementare la valutazione del benessere soggettivo nel corso delle visite periodiche (scheda informatizzata/informatizzabile dalla quale è possibile estrarre i dati necessari alle valutazioni) al momento della visita periodica, il medico competente misura le dimensioni del benessere psico-fisico attraverso una breve anamnesi e la valutazione della composizione corporea (rapporto massa grassa/massa magra) nel caso di indice che indirizza verso una situazione di squilibrio fra le componenti, il medico competente: promuove strategie di equilibrio psico-fisico consiglia un'alimentazione finalizzata a riequilibrare il rapporto massa grassa/massa magra propone un'attività fisica adeguata individua uno o più obiettivi target di miglioramento per la visita successiva	Personale dipendente -benessere soggettivo e dimensioni psico-fisiche: strategia per implementare la valutazione del benessere soggettivo nel corso delle visite individuata dal medico competente e dal referente della rete HPH in collaborazione con i medici competenti e il coordinamento regionale della rete HPH al momento della visita periodica: dimensioni del benessere psico-fisico attraverso una breve anamnesi e la valutazione della composizione corporea (rapporto massa grassa/massa magra) misurate da parte del medico competente Evidenza di collaborazione del medico competente con il comitato HPH per la ricognizione dell'offerta aziendale riguardante sani stili di vita (evidenza di offerta dedicata agli operatori su stili di vita e gestione dello stress)

**Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO**

L'obiettivo è stato cambiato in seguito a riunione congiunta HPH e Medici Competenti regionali, provvedendo per quest'anno alla sola formazione sull'argomento in questione (3 Medici Competenti hanno partecipato ad un corso formativo).

<p>Pazienti</p> <p>- astensione del fumo di tabacco in fase peri-operatoria</p> <p>tutti i soggetti fumatori ai quali viene programmato un intervento chirurgico sono informati sui benefici della sospensione del fumo, nelle settimane precedenti e successive, sulla guarigione dopo intervento chirurgico e vengono invitati all'astensione</p>	<p>Informativa redatta e distribuita</p>
<p><b>Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p> <p>Dalla condivisione del materiale proposto dal Gruppo Regionale HPH, ne è uscito un depliant informativo, che ogni azienda, a propria discrezione, ha diffuso.</p>	
<p>Cittadini</p> <p>- promozione dell'attività fisica e della sana alimentazione presso le sedi dell'assistenza ospedaliera e territoriale</p>	<p>Informativa redatta.</p>
<p><b>Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p> <p>La discussione nell'ambito del Gruppo regionale HPH riguardo al presente argomento è ancora in atto. Viene presentata la proposta dell'AAS2, capofila del Gruppo Regionale, per una ulteriore condivisione e adattamento locale degli argomenti in questione</p>	
<p><b>Valutazione</b></p>	<p><b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b></p>

### 3.8. RAPPORTO CON I CITTADINI

<p><b>3.8.1. Tempi d'attesa</b></p>	
<p>Obiettivo aziendale</p>	<p>Risultato atteso</p>
<p>- Le valutazioni saranno eseguite rispetto all'elenco delle prestazioni ministeriali e regionali soggette a monitoraggio (allegato: Elenco delle prestazioni oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa).</p> <p>- La rilevazione, ai fini del raggiungimento degli obiettivi, viene svolta per differenza tra la data assegnata per l'erogazione della prestazione e la data del contatto con il SSR per la prenotazione, in rapporto alla classe di priorità (per alcune prestazioni di valenza regionale la responsabilità è attribuita ai soli Hub).</p> <p>- Contestualmente al monitoraggio regionale le Aziende sono tenute a mantenere anche il monitoraggio ministeriale.</p>	<p>Monitoraggio regionale e ministeriale mantenuti</p>
<p><b>Monitoraggio al 30.06.2019</b></p> <p>In linea</p>	

<b>Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>	
Il monitoraggio regionale e ministeriale sono stati mantenuti	
- Le AAS/ASUI/IRCCS dovranno proseguire ad organizzare le agende delle prestazioni ambulatoriali specialistiche per consentire la prenotazione online del cittadino dell'offerta.	Agende delle prestazioni ambulatoriali specialistiche per consentire la prenotazione online organizzate;
- Nei riguardi dei cittadini deve essere assicurata la "garanzia" erogativa per le priorità B al > 95%, per la priorità D al > 90% e per le priorità P al > 85%.	Priorità B al > 95%, per la priorità D al > 90% e per le priorità P al > 85% vengono garantite;
- Le agende delle prestazioni di specialistica ambulatoriale individuate dalla DCS devono essere informatizzate ed essere rese disponibili a sistema CUP regionale.	Agende delle prestazioni di specialistica ambulatoriale individuate dalla DCS informatizzate e rese disponibili a Sistema CUP regionale ;
- Le AAS/ASUI/IRCCS sono tenute a sospendere la libera professione intra-moenia ai medici delle strutture che non hanno reso disponibili a CUP regionale tutte le agende di prenotazione delle visite/prestazioni.	Libera professione intra-moenia ai medici delle strutture che non hanno reso disponibili a CUP regionale tutte le agende di prenotazione delle visite/prestazioni sospesa;
<b>Monitoraggio al 30.06.2019</b>	
I tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali e degli interventi chirurgici sono monitorati a livello aziendale, utilizzando anche la reportistica inviata da Arcs. Sono presenti delle criticità.	
<b>Monitoraggio al 31.12.2019</b>	
<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>	
- Le agende di prenotazione della specialistica ambulatoriale sono in linea per la prenotazione on line;	
- Ci sono criticità nel rispetto dei tempi di attesa ed in particolare per Neuropsichiatria, Ortopedia, Endocrinologia sono problemi costanti di disallineamento; Dermatologia, Allergologia e Cardiologia e Nefrologia hanno registrato sforamenti a spot. La Radiologia ha registrato un peggioramento dovuto a carenza di personale medico.	
- Le agende identificate dalla DSC sono rese disponibili al sistema CUP regionale;	
- Non è mai stata sospesa, nel corso del 2019, la libera professione in quanto c'è coerenza tra quanto richiesto dalla DSC e l'organizzazione ALPI presso l'IRCCS	
Le AAS/ASUI/IRCCS dovranno garantire altresì il rispetto dei tempi d'attesa per gli interventi indicati, secondo i codici di priorità A (per almeno il 95% della casistica), B, C e D (per almeno il 90% della casistica) del punto 2 dell'allegato A. Anche per tali tipologie di attività, il mancato rispetto dei valori soglia indicati determina, per i medici delle strutture interessate, la sospensione della possibilità di svolgere la libera professione specifica.	
Le aziende dovranno inoltre far rispettare il rapporto tra attività libero professionale di cui al CCNLL e le priorità fissate di "garanzia" per il cittadino	Implementazione dell'attività ambulatoriale e chirurgica anche attraverso il reperimento di personale medico specialista (Otorinolaringoiatria, ortopedia e

<p>assumendo ogni modalità organizzativa necessaria allo scopo, rivedendo l'organizzazione erogativa (rapporto tra offerta e domanda, analisi della tipologia di domanda, calibrazione del sistema di gestione delle code affrontando la contingenza, influenza della domanda, ecc.), e ricorrendo alla finalizzazione delle risorse contrattuali di risultato del personale, nonché delle RAR allo scopo stanziate, oltre che delle risorse previste dalla L.R. n.7/2009.</p> <p>Le AAS/ASUI rendicontano alla DCS le modalità di utilizzo del finanziamento attribuito con la legge 7/2009, tenendo conto che una quota di almeno il 40% è da utilizzare per l'acquisto di prestazioni dagli erogatori privati convenzionati, in aggiunta al budget assegnato per il periodo 2017-2019 con la stipula degli accordi adottati con la DGR n. 42/2017.</p>	<p>neuropsichiatria).</p> <p>Garanzia del rispetto del rispetto dei valori soglia indicati dall'allegato A con sospensione della possibilità di svolgere la libera professione specifica per i medici delle strutture interessate.</p>
<p>A seguito dell'approvazione del nuovo Piano Nazionale di governo delle liste d'attesa (Pngla) per gli anni 2018/2020, la Regione provvederà all'adozione del Piano Regionale di Governo delle liste di attesa. Successivamente entro 60 giorni dall'adozione del Piano Regionale, a loro volta le Aziende sanitarie dovranno adottare un nuovo Programma Attuativo Aziendale o aggiornare quello in uso, in coerenza con quanto definito in ambito regionale e provvedere all'invio dello stesso alla Regione che provvederà al monitoraggio delle iniziative e degli interventi attuati.</p> <p>Analogamente, nel corso del 2019 la Regione provvederà a diffondere delle linee di indirizzo per la redazione e l'adeguamento dei regolamenti aziendali sulla Libera Professione.</p>	
<p><b>Monitoraggio al 31.12.2019</b></p> <p>Nel corso del secondo semestre dell'anno 2019 è stato effettuato uno stringente monitoraggio dell'attività chirurgica e dei relativi tempi d'attesa.</p>	
<p><b>Valutazione</b></p>	<p><b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b></p>

<p><b>3.8.3. Rapporto con pazienti e familiari nelle attività di ricovero</b></p>	
<p>Obiettivo aziendale</p>	<p>Risultato atteso</p>
<p>Le AAS/ASUI/IRCCS proseguono anche nel 2019 con le modalità di gestione dei rapporti con i pazienti e i loro familiari nel corso delle attività di ricovero, avviate a partire dal 2017.</p>	<p>1. Reparti di terapia intensiva e semi-intensiva aperti con accesso senza limite di tempo e orario a un caregiver per volta ;</p>

<p>In particolare, sono confermati i programmi di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apertura dei reparti di terapia intensiva e semi-intensiva con accesso senza limite di tempo e orario a un care giver per volta (fa eccezione la necessità di isolamento).</li> <li>- Presenza del care giver in corso di visita nei reparti di degenza per i pazienti che abbisognano di un supporto per comprendere ciò che viene eseguito sulla propria persona.</li> <li>- Contatto telefonico dopo la dimissione da un intervento chirurgico o da altre tipologie di trattamento (recall) con il fine di far sentire al cittadino la vicinanza della struttura che lo ha curato, nonché acquisire utili informazioni per cogliere opportunità di miglioramento dei servizi offerti.</li> <li>- 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</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Presenza del care giver in corso di visita nei reparti di degenza per i pazienti che bisognosi di un supporto personale;</li> <li>3. Contatto telefonico dopo la dimissione da un intervento chirurgico o da altre tipologie di trattamento (recall) effettuato;</li> <li>4. Medico responsabile della gestione del ricovero del paziente con il fine di assicurare il riferimento professionale che assicura la coerenza delle diverse azioni che caratterizzano l'intera degenza individuato.</li> </ol>
<p>Monitoraggio al 30.06.2019 In linea</p>	
<p>Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nei reparti di degenza è sempre presente in corso di visita il care giver</li> <li>- L'IRCCS ha proseguito il progetto relativo al recall, contattando dopo la dimissione, i pazienti. E' stato mantenuto un registro delle chiamate effettuate e dei riscontri ricevuti.</li> <li>- Ad avvio del ricovero viene sempre individuato un medico quale responsabile della gestione del paziente nel percorso diagnostico-terapeutico</li> </ul>	
<p><b>Valutazione</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></li> <li><b>2. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></li> <li><b>3. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></li> <li><b>4. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></li> </ol>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Proseguire il servizio di consulenza psicologica interna, nell'ambito delle attività dell'Ufficio Continuità Assistenziale, per le situazioni di disagio psicologico (di donne, bambini/e e ragazzi/e) individuate dal personale di assistenza</li> <li>2. Raccordare le attività dei professionisti non strutturati che svolgono prestazioni psicologiche nell'Istituto in collaborazione con la Direzione Sanitaria</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 Report totale numero totale di persone assistite nel 2019 con 1 o più colloqui psicologici</li> <li>1.2. Report sul numero totale di colloqui psicologici clinici svolti nel 2019</li> <li>2. Documento che definisce le modalità di intervento psicologico in almeno un ambito specifico prodotto.</li> </ol>
<p>Monitoraggio al 30.06.2019</p>	

In linea	
Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO	
1.1 Nel corso del 2019 il numero di pazienti con 1 o più colloqui psicologici è stato di 125.	
1.2 Il numero di colloqui psicologici svolti nel corso del 2019 è stato di 273.	
2. Nel corso del 2019 è stato formulato il documento che definisce le modalità d'intervento psicologico in ambito dell'oncoematologia pediatrica.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

#### 4. IL SISTEMA INFORMATIVO

<b>Riorganizzazione dei servizi ICT</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Censimento dei principali Servizi ICT a supporto della funzionalità ed organizzazione delle Aziende e redazione di un Piano di riorganizzazione	Redazione del piano di riorganizzazione basato sui documenti aziendali quali il DPS e il documento di Business Continuity e Disaster Recovery
<b>Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>	
Il DPS è stato revisionato e completato. E' stato revisionato anche il piano di Disaster Recovery e Business Continuity secondo le linee guida Agid.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Revisione sistemi</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Partecipazione ai gruppi di lavoro (Gestione Risorse Umane, Gestione contabilità)	90% degli incontri
Individuazione siti pilota	31.3.2019
Configurazione e avviamento siti	30.9.2019
Configurazione siti rimanenti	31.12.2019
<b>Monitoraggio al 30.06.2019</b>	
E' stato installato e configurato ed è stata fatta e supportata la formazione relativo al nuovo applicativo dei Concorsi per il Personale. In merito agli applicativi aziendali forniti da Insiel si incamerano, come sempre, le indicazioni sulle fasi di configurazione e avvio dei sistemi previsti	
<b>Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>	
Punto 1: gli operatori hanno partecipato al 100% degli incontri. Punti 2,3,4	
<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO PER CAUSE NON IMPUTABILI</b>	
<b>MOTIVAZIONI SCOSTAMENTO DEL RISULTATO ATTESO</b>	
La Direzione Centrale Salute ha posticipato l'avvio dei nuovi sistemi contabili tenendo conto dell'analisi dei fabbisogni predisposta nel 2019 con il supporto delle Aziende del SSR, riproponendo la progettualità nel 2020.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Cartella clinica</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Partecipazione gruppo di lavoro Individuazione siti pilota	90% incontri
Configurazione e avviamento siti	30.6.2019 31.10.2019
<b>Monitoraggio al 31.12.2019</b>	
<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO PER CAUSE NON IMPUTABILI</b>	
<b>MOTIVAZIONI SCOSTAMENTO DEL RISULTATO ATTESO</b>	
Non pervenuta alcuna comunicazione.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Ricetta dematerializzata</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Completamento della ricetta dematerializzata	Farmaceutica >90%
<b>Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>	
La percentuale è del 98,02%	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Firma digitale</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Firma digitale	Referti ambulatoriali per interni ed esterni > 95%
Tutte le Aziende garantiscono la tracciabilità (biffatura su applicativo GECO) sull'avvenuta presa visione dell'informativa rispetto al trattamento dei dati personali di base; la singola biffatura è valida nell'ambito dell'anagrafica degli assistiti regionale	Laboratorio e microbiologia >98% Radiologia > 98% Lettera di dimissione > 98% Pronto soccorso >98% 100% degli accessi
<b>Monitoraggio al 31.12.2019</b>	
<b>OBIETTIVO PARZIALEMENTE RAGGIUNTO</b>	
Referti ambulatoriali 87,40% Lettera di dimissione 70,14% Radiologia 99,80 % Pronto Soccorso 97,3% Laboratorio e Microbiologia 97,84% La tracciabilità degli accessi è stata garantita.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALEMENTE RAGGIUNTO</b> <b>NON RAGGIUNTI OBIETTIVI RELATIVE A REFERTI E LETTERA DIMISSIONE</b>

<b>Sicurezza informatica</b>
------------------------------

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
sicurezza fisica e logica/funzionale del sistema informativo, anche in attinenza ai temi relativi alla circolare n. 2/2017 del 18 aprile 2017 di AgID "misure minime di sicurezza" ed entrata in vigore del GDPR – (Regolamento UE 2016/679)	31.12.2019 Installazione nuovo firewall in alta affidabilità e nuovo sistema SIEM per la gestione degli eventi relativi alla sicurezza informatica
<b>Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>	
Attività completata: sistemi installati e funzionanti	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>Rinnovamento SIASI</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
SALUTE MENTALE:	
Individuazione del sito pilota e pianificazione estensione alle altre aziende	31.1.2019
Configurazione e avviamento del sistema nel sito pilota	31.05.2019
Estensione del sistema ad altre due aziende	31.12.2019
<b>Monitoraggio al 31.12.2019</b>	
<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO PER CAUSE NON IMPUTABILI</b>	
<b>MOTIVAZIONI SCOSTAMENTO DEL RISULTATO ATTESO</b>	
Da parte di Insiel sono stati fatti alcuni interventi per il passaggio al nuovo sistema (mail dott.ssa Beltrame del 4/4/2019 e del 9/7/2019).	
Altre mail della dott.ssa Beltrame di Insiel (4/11/2019 e 11/11/2019) confermano ulteriori attività di adeguamento del sistema SIASI. Il rinnovamento SIASI non è stato completato anche in relazione alla L.R. 27/18 sul nuovo assetto del SSR	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b>

<b>Regolamento europeo GDPR n. 679/2016 e D.lgs. 196/2003 come modificato dal D.lsg. 101/2018</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Partecipazione obbligatoria del Direttore Generale/Commissario, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario al corso sul trattamento dei dati personali realizzato dalla DCS	Partecipazione al corso
<b>Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>	
Il corso è stato erogato e i direttori vi hanno preso parte	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Predisposizione delle informative per le ditte esterne in accordo all'art. 28 del GDPR 679/2017	50% entro 31.05.2019 85% entro 30.10.2019 100% entro 31.12.2019



<b>Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>	
Sono state preparate tutte le informative come da pagina web sul sito aziendale, sezione privacy	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Partecipazione del proprio referente aziendale all'ufficio privacy regionale	Attuazione delle indicazioni della Regione FVG in merito al trattamento dei dati rispettate
<b>Monitoraggio al 30.06.2019</b>	
In linea: il referente aziendale è la dott.ssa Danielli	
<b>Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>	
La referente aziendale ha partecipato a tutti gli incontri previsti dal Gruppo DCS Privacy, con frequenza, di norma settimanale, nell'ambito della giornata prevista in convenzione per il proprio utilizzo in DCS.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
4.1 Sistema PACS regionale	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Rinnovo del sistema PACS regionale con aggiornamento delle sue componenti tecnologiche	Aggiornamento delle precondizioni impiantistiche e logistiche Supporto tecnico alle attività di installazione.
<b>Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>	
E' stato autorizzato il passaggio da PACS aziendale al PACS regionale, è stato valutato lo stato di fatto e predisposte le nuove stazioni di refertazione come da contratto regionale. Entro il 31/12/2019 è stata ottenuta l'autorizzazione regionale ed il fornitore sta predisponendo la fornitura con installazione prevista entro i primi mesi del 2020	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Consultazione/visualizzazione di referti e immagini in situazione emergenziale inter-aziendale: prosecuzione della messa a regime del caso d'uso negli ambiti clinici previsti dalla programmazione sanitaria regionale.	Le Aziende garantiscono supporto tecnico e clinico nelle attività di messa a punto e collaudo dei sistemi di collegamento Spoke-Hub.
<b>Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>	
Il PACS regionale verrà installato nei primi mesi del 2020, seguendo le politiche regionali in merito a "consultazione/visualizzazione referti e immagini emergenziali"	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Collaudo presso un sito pilota della soluzione di integrazione SIO/PACS per la produzione di un referto multimediale in Radiologia, già testata in ambiente di prova e avvio della soluzione a livello regionale.	Le Aziende garantiscono il supporto tecnico e clinico per le attività di collaudo e avviamento presso gli altri siti regionali secondo il programma che sarà redatto da ARCS d'intesa con INSIEL e con il fornitore PACS.
<b>Monitoraggio al 31.12.2019</b>	
<b>Obiettivo stralciato dalla DGR 1852/2019</b>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Proseguimento dell'estensione sistema PACS	Entro marzo ogni Azienda conferma le esigenze cliniche

all'intero ambito dell'endoscopia ambulatoriale (broncoscopia, cistoscopia, isteroscopia,) in relazione alle esigenze cliniche espresse dalle Aziende.	nei vari ambiti dell'endoscopia ambulatoriale e predisporre un piano di attuazione delle precondizioni tecnologiche per l'adozione dei profili di integrazione versus G2 e PACS.  Entro l'anno ogni Azienda si impegna ad attivare il flusso di integrazione versus G2 e PACS almeno per uno degli ambiti clinici individuati.
<b>Monitoraggio al 30.06.2019</b>	
La nostra programmazione è stata inviata ad ARCS predisponendo disponibilità e supporto per ulteriori configurazioni	
<b>Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>	
La nostra programmazione è stata inviata ad ARCS predisponendo disponibilità e supporto per ulteriori configurazioni. Si segue pertanto la programmazione regionale/Insiel	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Potenziamento delle funzionalità elaborative con moduli aggiuntivi per l'analisi diagnostica evoluta in distretti anatomici specifici, secondo motivate richieste aziendali e in coerenza con il progetto regionale di sviluppo dei sistemi informativi ospedalieri.	Ogni azienda presenta entro marzo un documento di richiesta motivata di moduli di post elaborazione da integrare nel sistema PACS regionale.
<b>Monitoraggio al 30.06.2019</b>	
<b>Obiettivo stralciato dalla DGR 1852/2019</b>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b>

## FORMAZIONE

<b>Formazione</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Accreditamento di eventi FAD gestiti su piattaforma HTML	1- Accreditamento di n. 1 evento FAD entro il 30.09.2019
<b>Monitoraggio al 31.12.2019</b>	
<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>	
Non avendo la possibilità di accesso ad alcuna piattaforma FAD, abbiamo organizzato l'evento del Corso base sicurezza di 4 ore con la piattaforma dell'AIFOS.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
1- Utilizzo della funzione "iscrizione on line" agli eventi	1- Utilizzo della funzione "iscrizione on line" per almeno 5 eventi RES entro il 30.11.2019
<b>Monitoraggio al 31.12.2019 OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>	
La maggior parte dei corsi organizzati dall'IRCCS Burlo Garofolo hanno attiva la funzione di Iscrizioni on line, verificabile a sistema con il gestionale GFOR..	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

## TABELLA INDICATORI

			BURLO	
			DATO AZIENDA	DATO DIREZIONE
21	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	>= 38%	34,59%	34,60%
22	Rapporto tra i ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza (allegato B Patto Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inapproprietezza in regime ordinario	<= 0,32	0,3	0,301
23	Percentuale di parti cesarei	<20%	15,08%	15,08%
BERSAGLIO (C16.2)	PRONTO SOCCORSO ED EMERGENZA URGENZA aumentare la percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1 h rispetto al totale dei pazienti con codice verde (media regionale 2014 del 66,19% - fonte Bersaglio)	>= 65% hub	77,38%	77,71%
BERSAGLIO (C16.3)	PRONTO SOCCORSO ED EMERGENZA URGENZA aumentare la percentuale dei pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto Soccorso meno di 4 ore	>= 75% hub	94,57%	96,94%
BERSAGLIO (C7.1)	MATERNO INFANTILE mantenimento della percentuale dei parti cesarei depurati (NTSV) al di sotto del 20% dei parti totale dei parti depurati	< 20%		12,72%
BERSAGLIO valore 2014 26,78	MATERNO INFANTILE i parti indotti farmacologicamente devono essere ridotti al di sotto del 20%	< 20%	20,52%	24,94
BERSAGLIO (C14.2.a)	DAY HOSPITAL MEDICO DI TIPO DIAGNOSTICO - ADULTI riduzione dei numero di ricoveri in Day Hospital medico per acuti con finalit� diagnostica portando la percentuale al di sotto del 30% per gli adulti e del 50% per i pediatrici	< 30% adulti	44,70%	47,00%
BERSAGLIO (C14.2.2)	DAY HOSPITAL MEDICO DI TIPO DIAGNOSTICO - PEDIATRICI riduzione dei numero di ricoveri in Day Hospital medico per acuti con finalit� diagnostica portando la percentuale al di sotto del 30% per gli adulti e del 50% per i pediatrici	< 50% pediatrici	50,89%	50,90%

## **Istituto di ricerca e cura a carattere scientifico Centro di riferimento oncologico**

### **3.1. PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE**

<b>3.1.3. Gli screening oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia (Programma II PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Tutte le Aziende Sanitarie: assicurare la collaborazione per la riconversione del programma di screening cervicale, inclusi gli aspetti di comunicazione e formazione.	Operatori aziendali formati
<b>Azioni e Interventi:</b> partecipazione degli operatori alla formazione	
<b>Attuazione al 31 dicembre 2019:</b> L'attività aziendale risulta garantita attraverso due eventi formativi nelle date del 20.03.2019-21.03.2019 a Trieste e in data 17.12.2019 presso il CRO.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Tutte le Aziende che attualmente refertano pap-test di screening di primo livello: garantire la tempestiva lettura dei pap-test primari fino a transizione di programma avvenuta	Lecture dei pap-test primari presso le sedi di attuale competenza fino a transizione del programma ultimata (>80% dei pap test refertati entro 21 giorni dalla data di prelievo)
<b>Azioni e Interventi:</b> mantenimento dell'attività come da cronoprogramma regionale	
<b>Attuazione al 31 dicembre 2019:</b> Sono state seguite le linee di indirizzo nella refertazione dei pap test di II livello in maniera sistematica e di I livello (occasionale) facendo riferimento a criteri di qualità.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO L'ISTITUTO NON FA ATTIVITÀ DI SCREENING DI PRIMO LIVELLO</b>
Tutte le aziende con unità senologica: garantire che i radiologi certificati svolgano sia la lettura del test mammografico di screening sia la gestione del percorso di approfondimento diagnostico dei casi richiamati	Lettura del primo livello e gestione del percorso di approfondimento diagnostico da parte di radiologi certificati
<b>Azioni e Interventi:</b>	

mantenimento dell'attività da parte dei radiologi certificati CRO	
<b>Attuazione al 31 dicembre 2019:</b> L'attività è stata garantita.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b>
Tutte le aziende con unità senologica: garantire la tempestiva e corretta chiusura dell'esito dei casi di secondo livello dello screening mammografico nel G2 clinico, ridurre i richiami intermedi (early recall) dopo approfondimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Percentuale di casi di secondo livello chiusi correttamente <math>\geq 95\%</math></li> <li>- Tempo di attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella <math>&lt; 0 =</math> a gg 30</li> <li>- Percentuale di early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso"/totale dei casi chiusi dall'unità senologica inferiore al 10%</li> </ul>
<b>Azioni e Interventi:</b> mantenimento dell'attività e rispetto degli indicatori	
<b>Attuazione al 31 dicembre 2019:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Percentuale di casi di secondo livello chiusi correttamente: 97,4%</li> <li>- Tempo di attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella: 97,96%</li> <li>- Percentuale di early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso"/totale dei casi chiusi dall'unità senologica: 9,43%</li> </ul>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Percentuale di cartelle correttamente compilate <math>\geq 95\%</math></li> <li>- Tempo di attesa per colonscopia di approfondimento di secondo livello <math>&lt; 0 =</math> 30 giorni</li> </ul>
<b>Azioni e Interventi:</b> mantenimento dell'attività e rispetto degli indicatori	
<b>Attuazione al 31 dicembre 2019:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Percentuale di cartelle correttamente compilate: 97%</li> <li>- È stata sempre garantita l'offerta di approfondimento entro 30 giorni dall'esito positivo di primo livello.</li> </ul>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.1.12. Emersione e prevenzione delle malattie professionali in Friuli Venezia Giulia e promozione della salute nei luoghi di lavoro (Programma X PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Tutte le Aziende Sanitarie: proseguire in ogni azienda il programma integrato di promozione della salute dei dipendenti, che coinvolga i medici competenti, per la declinazione operativa delle azioni dell'obiettivo specifico "Progetto pilota per un programma integrato di salute e benessere dei dipendenti"	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Analisi dei risultati relativi al rischio cardiovascolare negli operatori sanitari (report entro dicembre 2019)</li> <li>2. Offerta di percorsi per smettere di fumare</li> </ol>

pubblici...”del PRP.	
<b>Azioni e Interventi:</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Valutazione del rischio cardiovascolare SCORE nei dipendenti per sensibilizzare alla modifica dei fattori di rischio</li> <li>b. Raccolta dei parametri previsti e calcolo del punteggio SCORE</li> <li>c. Counseling per gli interventi di miglioramento dei fattori modificabili (fumo, dieta, attività fisica)</li> </ol> </li> <li>2. predisposizione e diffusione di una policy aziendale in tema di abitudini al fumo</li> </ol>	
<b>Attuazione al 31 dicembre 2019:</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Il report con l'analisi dei risultati relativi al rischio cardiovascolare negli operatori sanitari è stato predisposto entro il termine fissato (prot. 23101/SPPA del 31.12.2019).</li> <li>2. Nell'ambito dei percorsi per smettere di fumare, durante la visita periodica, il questionario anamnestico somministrato al dipendente è stato integrato con una domanda finalizzata ad accertarne l'eventuale condizione di fumatore. In relazione alla risposta fornita dal lavoratore, è stata inoltre predisposta una brochure ad hoc che viene consegnata dal medico competente, contenente i contatti utili per smettere di fumare.</li> </ol>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<p>Tutte le Aziende Sanitarie: realizzare interventi di immunizzazione degli operatori sanitari per la prevenzione e il controllo delle infezioni prevenibili da vaccino.</p> <p>Tutte le Aziende Sanitarie: adottare e applicare le nuove LLGG regionali sulla tubercolosi</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Report a dicembre 2019 – analisi dei risultati dello stato di copertura per morbillo, parotite, rosolia, varicella riguardanti <b>tutti</b> i lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria nel corso dell'anno.</li> <li>- Recepimento LLGG FVG 2018 sulla tubercolosi con revisione del protocollo di sorveglianza sanitaria aziendale entro 31.12.2019</li> </ul>
<b>Azioni e Interventi:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- nel corso della sorveglianza sanitaria degli operatori sanitari di nuova assunzione e in visita periodica (previa integrazione del protocollo sanitario):</li> <li>- verifica della copertura vaccinale nei confronti di morbillo, parotite, rosolia e varicella</li> <li>- verifica della risposta sierologica nei confronti di morbillo, parotite, rosolia, varicella</li> <li>- per i soli neoassunti: verifica della risposta ai test per la TBC come da protocollo aziendale</li> </ul>	
<b>Attuazione al 31 dicembre 2019:</b>	
<p>È stato elaborato il report della valutazione della copertura vaccinale e/o anticorpale nei confronti di morbillo, parotite, rosolia, varicella negli operatori sanitari (prot. 1457/SPPA del 28.01.2020)</p> <p>è stato aggiornato il Protocollo di Sorveglianza Sanitaria con in appendice il “Recepimento delle Linee Guida FVG 2018 sulla Tubercolosi (prot. 22120/SPPA del 17.12.2019).</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>3.1.15. Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive, inclusa la resistenza antimicrobica (Programma XIII PRP 2014-2018) e piano nazionale di contrasto alle resistenze antimicrobiche 2017-2018 (PNCAR)</b>	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Tutte le Aziende Sanitarie: realizzare interventi di immunizzazione dei volontari ospedalieri per la prevenzione e il controllo delle infezioni prevenibili da vaccino	è adottato e applicato un protocollo vaccinale per i volontari ospedalieri per il controllo dell'immunizzazione e la vaccinazione per malattie prevenibili con vaccino (morbillo, -parotite, -rosolia, -varicella, pertosse, influenza) comprendente altresì misure per il controllo e la prevenzione della tubercolosi secondo Linee guida regionali.
<b>Azioni e Interventi:</b> controllo immunizzazione dei volontari presenti in Istituto e delle misure per il controllo/prevenzione della tubercolosi secondo linee guida regionali	
<b>Attuazione al 31 dicembre 2019:</b> La procedura in essere è applicata ai frequentatori volontari dell'Istituto ed è in corso una revisione nel 2020.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Tutti gli ospedali partecipano ai programmi di sorveglianza delle ICA, con evidenza di monitoraggio degli indicatori regionali	indicatori regionali monitorati
<b>Azioni e Interventi:</b> mantenimento della sorveglianza delle ICA mediante gli indicatori regionali	
<b>Attuazione al 31 dicembre 2019:</b> Sono state effettuate due sorveglianze, una nel mese di aprile e l'altra nel mese di dicembre.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>3.1.16. Comunicazione del rischio e gestione delle emergenze (Programma XIV PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Garantire la formazione dei propri operatori sull'antimicrobial stewardship	In ogni azienda almeno il 25% di medici prescrittori formati
<b>Azioni e Interventi:</b> prosecuzione dei corsi su AMS per medici prescrittori in modo da raggiungere il target del 25%	
<b>Attuazione al 31 dicembre 2019:</b> Il corso si è svolto in data 11 novembre con una partecipazione del 25%.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Diffondere a tutti gli operatori sanitari la reportistica regionale sulle resistenze batteriche	Report inviato in formato elettronico a tutti gli operatori sanitari coinvolti in prescrizione e somministrazione di farmaci
<b>Azioni e Interventi:</b> prosecuzione della diffusione dei dati di resistenza batterica ai medici prescrittori	
<b>Attuazione al 31 dicembre 2019:</b> Il risultato è già stato raggiunto: il report con i dati del 2018 è stato inviato a tutti gli operatori con mail del	

12.07.2019.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
<b>3.1.17. Alimentazione e salute: promozione di un'alimentazione sana, sicura e sostenibile (Programma XV PRP)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Monitorare le gare di appalto di PA e Enti già mappate nel 2016 e fornire il proprio contributo nelle gare d'appalto in corso nel 2019 per favorire il maggior consumo di frutta e verdura, la riduzione del consumo di sale, usando quello iodato, l'utilizzo di prodotti preferibilmente tipici e a filiera corta	contributo al 10% delle gare d'appalto di PA e Enti in corso nel 2019 in ogni Azienda
<b>Azioni e Interventi:</b> partecipazione alle attività secondo le richieste dell'ARCS	
<b>Attuazione al 31 dicembre 2019:</b> L'attività è proseguita nel 2019 e il menu per pazienti e dipendenti risponde alle indicazioni riportate nell'obiettivo.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

### 3.2.1 ASSISTENZA DISTRETTUALE

<b>3.2.1.2. Attività distrettuali a supporto delle cure di lungo termine</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Partecipazione dei referenti aziendali al gruppo tecnico che supporta la definizione e l'implementazione delle politiche, strategie e attività nell'area della cronicità in tutte le classi di età</li> <li>2. Istituzione di un gruppo aziendale dedicato all'implementazione di reti assistenziali per la presa in carico di persone di tutte le età che necessitano di cure a lungo termine</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evidenza della partecipazione</li> <li>2. Report che riporta il censimento dei servizi/attività/PDPA/reti esistenti al 31.12.2018 in relazione al Piano nazionale della cronicità, entro il 30.06.2019</li> </ol>
<b>Azioni e Interventi:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Partecipazione del referente al gruppo tecnico</li> <li>2. Istituzione del gruppo aziendale e predisposizione report entro il 30.06.2019</li> </ol>	
<b>Attuazione al 31 dicembre 2019:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. È stata garantita la partecipazione secondo le richieste;</li> <li>2. considerata la particolarità del CRO, esistono gruppi multidisciplinari che si occupano dei diversi settori di attività inerenti a quanto richiesto. Sono in corso di elaborazione interventi che riguardano la continuità assistenziale extra e intra regionale.</li> </ol>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>



<b>3.2.1.3. Riabilitazione</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Individuazione professionisti delle AAS, ASUI e IRCSS per l'avvio dei lavori sul Piano Regionale della Riabilitazione.	1. Messa a disposizione dei professionisti e partecipazione dei professionisti individuati al gruppo di lavoro sul Piano Regionale della Riabilitazione.
5. Individuazione professionisti delle AAS, ASUI e IRCSS per l'avvio dei lavori sul PDTA riabilitazione oncologica	5. Messa a disposizione dei professionisti e partecipazione dei professionisti individuati al gruppo di lavoro sul PDTA riabilitazione oncologica
<b>Azioni e Interventi:</b> collaborazione da parte dei professionisti CRO ai gruppi regionali e alla stesura del PDTA riabilitazione oncologica	
<b>Attuazione al 31 dicembre 2019:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La Regione non ha avviato i gruppi di lavoro specifici;</li> <li>2. È stata garantita la partecipazione da parte dei referenti aziendali agli incontri organizzati dal gruppo di lavoro regionale.</li> </ol>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b>

<b>3.2.1.5. Superamento contenzione</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Dare attuazione alla DGR n. 1904/2016	1. Invio di un report di monitoraggio al 31.12.2019 del fenomeno della contenzione in tutte le strutture sanitarie, socio-sanitarie e assistenziali secondo quanto disposto nella DGR 1904/2016
<b>Azioni e Interventi:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. continuare l'attività di sorveglianza sulle prescrizioni della contenzione</li> <li>2. predisposizione e invio report entro il 31.12.2019</li> </ol>	
<b>Attuazione al 31 dicembre 2019:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Il report di monitoraggio al 31.12.2019 è stato inviato alla DCS con nota prot. 114 in data 07.01.2020.</li> </ol>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

### 3.2.2 ASSISTENZA SOCIOSANITARIA

<b>3.2.2.6. Cure palliative e terapia del dolore</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
2. Revisione dei criteri di accesso alla rete delle cure palliative da parte di un gruppo tecnico regionale	2. Partecipazione al gruppo tecnico regionale degli esperti aziendali identificati dalle singole Aziende e approvazione dei criteri entro il primo semestre del 2019 e successiva applicazione
4. Miglioramento delle modalità di presa in carico del paziente in cure palliative, in coerenza con le indicazioni della DGR 165/2016. Costituzione di un gruppo tecnico di lavoro a livello regionale	4. Partecipazione al gruppo regionale dei professionisti aziendali che si occupano di cure

<p>5. Percentuale di malati oncologici deceduti a domicilio</p> <p>6. Criteri di priorità della visita algologica</p> <p>7. Adottare le codifiche ambulatoriali e di ricovero di terapia antalgica definite nel corso del 2018</p> <p>8. Rispetto dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni di terapia del dolore</p>	<p>palliative con l'obiettivo di definire un sistema informativo omogeneo per la registrazione e rilevazione dei dati</p> <p>5. Uguale o superiore al 75%</p> <p>6. Tutte le AAS e ASUI/IRCCS adottano i criteri di priorità della prima visita algologica, garantendone la fruibilità agli utenti tramite link al CUP centralizzato Regionale</p> <p>7. Tutte le AAS e ASUI/IRCCS adottano le codifiche di terapia antalgica ambulatoriali e di ricovero definite nel 2018 entro il primo semestre 2019</p> <p>8. Le AAS e ASUI/IRCCS garantiscono il rispetto dei tempi di attesa per prima visita algologica ambulatoriale con priorità B e D in almeno il 75% dei casi, a partire dal secondo semestre 2019</p>
<p><b>Azioni e Interventi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. individuare un membro per il tavolo regionale per ciascuna delle seguenti strutture: SOC Oncologia Medica e dei Tumori immuno-correlati, SOC Oncologia Medica e Prevenzione Oncologica, SOC di Anestesia e della SOSD di Medicina del Dolore.</li> <li>4. i medici individuati (punto 2.) parteciperanno al gruppo regionale dei professionisti aziendali indicati.</li> <li>5. i medici individuati (punto 2.) si interfaceranno con gli omologhi membri designati dall'AAS5 per allineare i comportamenti clinici sull'area Pordenonese.</li> <li>6. mantenimento utilizzo dei criteri di priorità della prima visita del dolore favorendo la collaborazione con i medici di medicina generale dell'area pordenonese attraverso l'intermediazione dell'AAS5 (criteri già adottati da agosto 2018).</li> <li>7. partecipazione agli incontri periodici del Coordinamento regionale sulla terapie del dolore, avente funzione di uniformare i comportamenti codificativi delle procedure.</li> <li>8. monitoraggio semestrale dei tempi di attesa per le visite con priorità B e D.</li> </ol>	
<p><b>Attuazione al 31 dicembre 2019:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. È stata garantita la partecipazione ai lavori del gruppo tecnico regionale. Si è in attesa di approvazione regionale della proposta di revisione criteri di accesso alle cure palliative;</li> <li>4. è stata garantita la partecipazione ai lavori del gruppo tecnico regionale. Si è in attesa di integrazione regionale dei sistemi informativi dedicati per le cure palliative;</li> <li>5. è stata confermata la disponibilità della Medicina del Dolore CRO per il supporto ad ASFO su esigenze di terapia antalgica territoriali (convenzione prorogata a tutto il 2019);</li> <li>6. la fruibilità ag utenti è garantita dal call center regionale tramite la prenotazione in CUP web;</li> <li>7. si è in attesa di aggiornamento della DGR 1680 del 2018 su tale ambito;</li> <li>8. il monitoraggio del 2° semestre del rispetto dei tempi di attesa della prima visita algologica ambulatoriale evidenzia: <ul style="list-style-type: none"> <li>- priorità B: 88,28%</li> <li>- priorità D: 96,43%</li> </ul> </li> </ol>	
<p><b>Valutazione</b></p>	<p><b>2. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p>

- 4. OBIETTIVO RAGGIUNTO
- 5. OBIETTIVO RAGGIUNTO
- 6. OBIETTIVO RAGGIUNTO
- 7. OBIETTIVO RAGGIUNTO
- 8. OBIETTIVO RAGGIUNTO

### 3.3 ASSISTENZA FARMACEUTICA E ASSISTENZA INTEGRATIVA

3.3.1. Tetti spesa farmaceutica	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Tetto per la spesa farmaceutica per acquisti diretti (farmaceutica ospedaliera, diretta e DPC) = 6,69 % del FSR;</p> <p>Tetto acquisto diretto gas medicinali (ATC V03AN)= 0,2%</p> <p>Tetto per la spesa farmaceutica convenzionata = 7,96 % del FSR.</p> <p>Nello specifico i vincoli di spesa fissati a livello regionale per il 2019 sono riepilogati nel capitolo dedicato alle risorse finanziarie.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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</li> <li>- Rispetto dei vincoli regionali: monitoraggio mensile indicatori linee di gestione a cura della DCS</li> </ul>
<p><b>Azioni e Interventi:</b></p> <p>Monitoraggio periodico per il rispetto dei tetti</p>	
<p><b>Attuazione al 31.12.2019:</b></p> <p>Il report di monitoraggio annuale degli indicatori delle linee per la gestione 2019 evidenzia il rispetto del vincolo della farmaceutica ospedaliera+10% diretta.</p>	
<p><b>Valutazione</b></p>	<p><b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b></p> <p>I TETTI NAZIONALI RIPORTATI SONO AGGREGATI A LIVELLO REGIONALE (NON AZIENDALE) E LA VERIFICA DEL RISPETTO È EFFETTUATA A LIVELLO CENTRALE. DALL'ULTIMO REPORT AIFA GENNAIO-DICEMBRE 2019(PRIMO RILASCIO) IL TETTO PER LA CONVENZIONATA RISULTA RISPETTATO (6,90% VS 7,96% TARGET), IL TETTO PER I GLI ACQUISTI DIRETTI DEI GAS MEDICINALI RISULTA RISPETTATO (0,12% VS 0,20%). IL TETTO PER GLI ACQUISTI DIRETTI <u>NON</u> È STATO RISPETTATO (10,81% VS 6,69% TARGET)</p>

3.3.2. Appropriately prescrittiva	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Le Aziende invieranno un report semestrale alla DCS con evidenza sia delle iniziative di audit e feedback adottate, sia delle azioni più significative intraprese nel corso del primo e del secondo semestre del 2019</p>	<p>Invio alla DCS da parte delle Aziende di due relazioni semestrali (entro 31/08/2019 e 28/02/2020) da cui si evincano:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 3 obiettivi assegnati alle U.O aziendali relativi a</li> </ul>

(in particolare per oncologici, immunologici, farmaci per l'epatite C, terapie intra-vitreali, farmaci del PHT_DPC, equivalenti, IPP, ecc).	setting specialistici ad alto impatto di spesa - Azioni intraprese per le categorie principali  Modalità di valutazione: Relazioni inviate nei termini: sì/no (peso 50%) Relazioni congruenti in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 50%)
<b>Azioni e Interventi:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• individuazione obiettivi nelle schede di budget delle strutture operative</li> <li>• predisposizione e invio alla DCS delle relazioni semestrali</li> </ul>	
<b>Attuazione al 31 dicembre 2019:</b> Prima relazione: invio con nota prot. 14891/S del 30.08.2019 Seconda relazione: invio con nota prot. 3825/S del 28.02.2020	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>REPORT SEMESTRALI (I SEMESTRE E ANNO INTERO) INVIATI NEI TERMINI E COERENTI CON GLI OBIETTIVI ASSEGNATI</b>

<b>3.3.5. Biosimilari</b>	
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 31/08/2019 e 28/02/2020) da cui si evincano le attività svolte, i percorsi attivati con i prescrittori ed i monitoraggi effettuati per i singoli ambiti (ospedaliero, domiciliare, residenziale e semiresidenziale), da cui si evincano le ricadute sul SSR. A tal fine la DCS invierà uno schema di rilevazione delle informazioni per consentire confronti omogenei.  Modalità di valutazione: Relazioni inviate entro il 31.08.19 ed entro il 28.02.20: sì/no secondo schema DCS;
<b>Azioni e Interventi:</b> invio relazioni semestrali secondo tempistica e schema della DCS	
<b>Attuazione al 31 dicembre 2019:</b> Prima relazione: invio con nota prot. 14890/S del 30.08.2019 Seconda relazione: invio con nota prot. 2873/S del 14.02.2020	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.3.6. Distribuzione diretta (DD)e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso

Erogazione dei medicinali da parte delle strutture sanitarie (diretta e primo ciclo a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale) secondo la DGR 12/2018.	Invio di due report semestrali sull'attività svolta nell'ambito della distribuzione diretta entro il 31.08.2019 e entro il 28.02.2020. La DCS invierà un prototipo di report per la rilevazione omogenea dei dati. Modalità di valutazione: Relazioni inviate nei termini: sì/no
<b>Azioni e Interventi:</b> invio relazioni semestrali secondo il prototipo della DCS	
<b>Attuazione al 31 dicembre 2019:</b> Prima relazione: invio con nota prot. 14892/S del 30.08.2019 Seconda relazione: invio con nota prot. 2653/S del 12.02.2020	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.3.7. Rapporto con le Aziende Farmaceutiche e Biomedicali</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Gli enti del SSR, attraverso gli appositi Uffici (es. responsabili della trasparenza e dell'anticorruzione) adottano specifiche disposizioni organizzative relativamente alle attività d'informazione svolte dalle Aziende farmaceutiche e del settore dei dispositivi medici verso tutti gli operatori sanitari al fine di favorire comportamenti uniformi, coerenti a principi di trasparenza anche con riferimento ad eventuali conflitti di interesse.	Le aziende predispongono un regolamento e lo adottano entro il 31.12.2019. Modalità di valutazione: Invio del regolamento predisposto alla DCS entro il 31.12.2019 sì/no
<b>Azioni e Interventi:</b> adozione e invio alla DCS del regolamento entro il 31.12.2019	
<b>Attuazione al 31 dicembre 2019:</b> Il regolamento è stato approvato con deliberazione del direttore generale n. 578 del 23.12.2019 e trasmesso alla DCS con nota prot. 23022/DG del 30.12.2019.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.3.9 Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<b>Registri AIFA e recupero rimborsi</b> Per la prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA dovrà essere assicurata la registrazione di tutti i dati richiesti (anche con particolare riferimento ai	Evidenza dei monitoraggi/controlli effettuati/percorsi aziendali per la risoluzione di eventuali criticità. Assicurare l'invio delle Richieste di Rimborso secondo le modalità definite da AIFA per tutti i farmaci con

<p>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>accordo MEA.          Modalità di valutazione          Presenza di un percorso aziendale 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><b>Azioni e Interventi:</b>          monitoraggi periodici          individuazione di un percorso per la gestione delle criticità ed eventuali interventi correttivi</p>	
<p><b>Attuazione al 31 dicembre 2019:</b>          In Istituto è attiva "PR DS UFA 13 Procedura gestione del registro farmaci oncologici sottoposti a monitoraggio (RFOM)" (prot. 72/2019) ed è costante la collaborazione tra la SOSD di farmacia e i clinici per una corretta e tempestiva compilazione del registro.          Nel corso dell'anno è aumentata la frequenza dei solleciti ai pagamenti da parte della SOSD di farmacia verso le aziende farmaceutiche. Complessivamente nel 2019 sono stati monitorati in RFOM n. 972 trattamenti conclusi o in corso nell'anno e n. 102 trattamenti conclusi negli anni precedenti ma ancora in carico per iter di rimborso non ancora concluso. Infine, per quanto riguarda il rimborso dei farmaci innovativi, è stata fornita tutta la documentazione richiesta dalle aziende sanitarie extraregionali di provenienza del paziente.</p>	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<p><b>Cartella oncologica informatizzata</b>          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.          Modalità di valutazione:          Due rilevazione (DCS) del grado di completezza al 30.06.2019 e al 31.12.2019. L'obiettivo si intende raggiunto se entrambe le rilevazioni raggiungono il 95%.</p>
<p><b>Azioni e Interventi:</b>          monitoraggio sistematico delle registrazioni</p>	
<p><b>Attuazione al 31 dicembre 2019:</b>          98,50% al 30.06.2019          97,63% al 31.12.2019</p>	
Valutazione	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO <b>I RILEVAZIONE: CRO 88.74%, SEDE PN 97.59%, SEDE SAN VITO 87.75 (MEDIA= 91.36%)          II RILEVAZIONE: CRO 96.88%, SEDE PN 99.29%, SEDE SAN VITO 97.75 (MEDIA= 97.97%)</b>
<p><b>Prescrizioni personalizzate PSM iter elettronico</b>          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</p>	<p>% delle confezioni erogate in distribuzione diretta nominale hanno una prescrizione effettuata con il sistema PSM - iter elettronico ≥ 90%          Modalità di valutazione:</p>

<p>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><b>Le Aziende dovranno promuovere adeguate azioni di sensibilizzazione delle proprie strutture/reparti, al fine di ridurre l'erogazione derivante da prescrizioni cartacee indotte verso altre aziende.</b></p>	<p>Target rilevati dalla DCS.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- % <math>\geq</math> 90%: obiettivo raggiunto</li> <li>- % tra 75% e 89%: obiettivo parzialmente raggiunto</li> <li>- % &lt; 75%: obiettivo non raggiunto</li> </ul> <p><b>In questa fase, ai fini della valutazione, non saranno prese in considerazione le confezioni erogate a seguito di prescrizioni indotte da altre aziende.</b></p>
<p><b>Azioni e Interventi:</b> mantenimento dei risultati realizzati negli anni precedenti</p>	
<p><b>Attuazione al 31 dicembre 2019:</b> La percentuale di prescrizioni informatizzate è &gt; del 90%.</p>	
<p><b>Valutazione</b></p>	<p><b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>MODALITÀ DI VALUTAZIONE DEFINITA CON DGR N. 448/2019</b> <b>PSM ELETTRONICO 99.9 %</b> <b>PSM TUTTO (CARTACEO + ELETTRONICO): 99.9%</b> <b>PERSONALIZZATA TUTTA (ASCOT + PSM): 99.99%</b></p>
<p><b>Prescrizione informatizzata dei piani terapeutici</b></p> <p>Tutte le Aziende garantiranno il ricorso (prima prescrizione e rinnovi) alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici implementati/disponibili a sistema, tramite l'applicativo PSM-PT, in almeno il 65% di tutti i pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive, prevedendo azioni mirate di sensibilizzazione dei prescrittori all'utilizzo dello strumento nelle categorie di medicinali per i quali si osserva un ricorso prevalente al PT cartaceo (es. farmaci per l'infertilità o ormone della crescita per Burlo).</p> <p>Nel favorire l'implementazione di tale sistema informatizzato sarà inoltre assicurato il controllo dei piani terapeutici ed il rispetto delle note limitative AIFA.</p>	<p>% di ricorso alla prescrizione informatizzata tramite applicativo PSM-PT per tutti i pazienti: <math>\geq</math> 65%</p> <p>Modalità di valutazione:</p> <p>Target rilevati dalla DCS. Per le modalità di calcolo dell'indicatore si rimanda alla DGR n. 1912/2018</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- % PT informatizzati per tutti i pazienti &gt; 65% raggiunto</li> <li>- % PT informatizzati per tutti i pazienti tra 50 e 65% parzialmente raggiunto</li> <li>- % PT informatizzati per tutti i pazienti &lt; 50% non raggiunto</li> </ul> <p>Per gli IRCCS (non avendo come parametro di riferimento i residenti) la % di PT informatizzati (&gt; 65%) è calcolata rispetto al totale dei Piani terapeutici redatti dalla struttura (informatizzati + cartacei) e comunicato a fine anno alla DCS.</p>
<p><b>Azioni e Interventi:</b> mantenimento dei risultati realizzati negli anni precedenti</p>	
<p><b>Attuazione al 31 dicembre 2019:</b> Il 100% dei piani terapeutici degli specialisti cro utilizzati per la prescrizione dei farmaci sono informatizzati.</p>	
<p><b>Valutazione</b></p>	<p><b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>MODALITÀ DI VALUTAZIONE DEFINITA CON DGR N. 448/2019</b></p>

	<p><b>IL NUMERO DEI PT TOTALI (INFORMATIZZATI + CARTACEI) È STATO COMUNICATO DALL'IRCCS.</b></p> <p><b>PSM-PT: 99,9%</b></p>
<p><b>Flussi informativi farmaceutica</b></p> <p>Implementazione, verifiche e controlli di congruenza dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese, da parte dei responsabili individuati, utilizzando la reportistica a disposizione sul portale SISR (mancati invii, prezzi medi, revocati, ecc), con particolare riferimento ai disallineamenti derivanti da possibile mancato invio. Va assicurata, per il corretto calcolo del rispetto dei tetti di spesa, l'integrale copertura della fase 3 su fase 2 (100% della spesa negli ambiti previsti) per quanto riguarda la distribuzione diretta, nonché l'inserimento a sistema del codice targatura (&gt; 99% confezioni) in fase di erogazione diretta dei medicinali (applicativo PSM).</p> <p>Le Aziende e l'ARCS danno riscontro ad eventuali approfondimenti richiesti dalla Direzione Centrale, anche su istanza Ministero della Salute, entro 15 giorni dalle comunicazioni</p>	<p>Verifiche dei dati entro il 10 di ogni mese</p> <p>Integrale copertura fase 3/fase 2 (&gt; 99,5% della spesa negli ambiti previsti).</p> <p>Inserimento codice targatura in fase di erogazione diretta dei medicinali (&gt; 99%).</p> <p>Riscontro entro 15 giorni agli approfondimenti richiesti o segnalazioni inviate.</p> <p>Modalità di valutazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- copertura fase 3/fase 2: target rilevati dalla DCS</li> <li>% &gt; 99,5%: raggiunto</li> <li>% tra 99% e 99,5%: parzialmente raggiunto</li> <li>% &lt; 99% non raggiunto</li> </ul> <p>- Targatura: target rilevati dalla DCS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- % confezioni diretta PSM &gt; 99%: raggiunto</li> <li>- % confezioni diretta PSM da 97% a 99%: parzialmente raggiunto</li> <li>- % confezioni diretta PSM &lt; 97%: non raggiunto</li> <li>- Riscontri agli approfondimenti effettuati nei termini: sì/no</li> </ul>
<p><b>Azioni e Interventi:</b></p> <p>monitoraggio periodico e evasione eventuali richieste di approfondimenti</p>	
<p><b>Attuazione al 31 dicembre 2019:</b></p> <p>È garantito un monitoraggio sistematico con doppio controllo sulla targatura e tracciabilità dei farmaci erogati in distribuzione diretta che evidenzia una copertura superiore al 99,5%.</p>	
<p><b>Valutazione</b></p>	<p><b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p> <p><b>MODALITÀ DI VALUTAZIONE DEFINITA CON DGR N. 448/2019</b></p> <p><b>FASE3/FASE 2: 98,81%</b></p> <p><b>TARGATURA (CONFEZIONI): 99%</b></p>

<b>3.3.10 Farmacovigilanza</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Gli Enti del SSR assicurano la partecipazione dei sanitari interessati e il supporto alle attività organizzative.	Evidenza della partecipazione alle progettualità avviate dalla DCS e alle attività formative organizzate dalla stessa (partecipazione incontri periodici, stato di avanzamento progetti affidati alle Aziende sanitarie)
<p><b>Azioni e Interventi:</b></p> <p>partecipazione secondo le indicazioni della DCS</p>	



<b>Attuazione al 31 dicembre 2019:</b> È stata garantita la partecipazione secondo le indicazioni della DCS.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Nell'ambito della progettualità pluriennale avviata nel 2018 (Farmacisti in ospedale/territorio) con il coinvolgimento di tutte le Aziende sanitarie, gli Enti del SSR dovranno garantire la partecipazione agli incontri periodici del gruppo di Coordinamento e l'invio della relazione scientifica e della rendicontazione secondo le tempistiche stabilite dalla convenzione in essere.	Partecipazione agli incontri periodici del gruppo di Coordinamento del progetto ed evidenza della relazione scientifica e della rendicontazione: secondo le tempistiche della convenzione in essere. Modalità di valutazione: Partecipazione agli incontri periodici sì/no Presenza SI/NO della relazione scientifica e della rendicontazione entro le tempistiche previste dalla convenzione in essere.
<b>Azioni e Interventi:</b> partecipazione secondo le indicazione della DCS	
<b>Attuazione al 31 dicembre 2019:</b> Il farmacista incaricato ha partecipato agli incontri organizzati dalla DCS e alla predisposizione dei materiali formativi assegnati. La relazione scientifica e la rendicontazione sono state inviate nei tempi previsti.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Partecipazione ai tre nuovi moduli FAD da parte dei Responsabili di farmacovigilanza e dai loro collaboratori (da loro individuati) al fine di migliorare la qualità delle informazioni inserite in RNF	Evidenza di partecipazione da parte di tutti gli operatori sanitari individuati Modalità di valutazione: 1. obiettivo raggiunto: evidenza di partecipazione del 100% degli operatori sanitari individuati 2. obiettivo parzialmente raggiunto: evidenza di partecipazione degli operatori sanitari individuati compresa tra il 70% e il 99% 3. obiettivo non raggiunto: evidenza di partecipazione minore del 70% degli operatori sanitari individuati
<b>Azioni e Interventi:</b> partecipazione ai moduli FAD da parte degli operatori individuati	
<b>Attuazione al 31 dicembre 2019:</b> La partecipazione ai 3 corsi FAD effettuati sulla piattaforma SAEPE è stata garantita da tutti gli operatori individuati	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Gli Enti dovranno assicurare azioni per incentivare la segnalazione on-line	Aumento della % di segnalazioni on-line rispetto alla modalità cartacea al 31/12/2019 Modalità di valutazione: Con riferimento alla rilevazione delle segnalazioni on-line effettuate nel periodo 01/01/2018 - 31/08/2018

			<b>% di segnalazioni online/segna- lezioni totali</b>
	<b>ASUI-TS</b>		>50% ≤70%
	<b>AAS3 / ASUI- UD / CRO / BURLO</b>		>70%

L'obiettivo sarà diversificato nel seguente modo:

1. obiettivo raggiunto: aumento delle segnalazioni on-line rispettivamente del 20% per l'AAS2 e AAS5, del 15% per ASUI-TS e del 5% per i restanti Enti del SSR
2. obiettivo parzialmente raggiunto: aumento delle segnalazioni on-line rispettivamente del 15% per l'AAS2 e AAS5, del 10% per ASUI-TS e del 2,5% per i restanti Enti del SSR
3. obiettivo non raggiunto: aumento delle segnalazioni on-line rispettivamente inferiore al 15% per l'AAS2 e AAS5, al 10% per ASUI-TS e al 2,5% per i restanti Enti del SSR

**Azioni e Interventi:**  
attività sensibilizzazione volta a realizzare il target assegnato

**Attuazione al 31 dicembre 2019:**  
Nel corso del 2019 si è registrato un incremento del 5% delle segnalazioni online (dato fornito dal CRF regionale).

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--------------------	----------------------------

**VINCOLI OPERATIVI LINEE 2018 (DGR 185/2018)**

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

VINCOLO	TARGET	VALORE 2018
Diretta	/	/
DPC	/	/
Convenzionata	/	/
Ospedaliera	- 0,0%	<b>- 4,4%</b>

**3.4 ACCREDITAMENTO**

<b>3.4. Accreditamento</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Partecipazione attiva al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti	1. Gli enti del SSR 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
2. Partecipazione al programma di accreditamento	

<p>nazionale degli organismi tecnicamente accreditanti</p> <p>3. Garanzia del funzionamento dell'OTA FVG</p>	<p>Direzione centrale salute</p> <p>2. Gli enti del SSR mettono a disposizione i professionisti appartenenti alle aree professionali indicate dalla Direzione centrale salute, da avviare a percorso formativo dei valutatori dell'accreditamento</p> <p>3. Gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti inseriti nell'elenco nazionale dei valutatori dell'accreditamento di partecipare alle attività organizzate dal Ministero della salute e dall'Agenas</p> <p>4. Gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti, componenti dell'OTA regionale, di svolgere le funzioni previste dalla D.G.R. n. 2220/2015 e dal Decreto n. 1899/2017</p>
<p><b>Azioni e Interventi:</b></p> <p>1. messa a disposizione dei valutatori e del referente OTA per 5 gg/anno;</p> <p>2. messa a disposizione di altri professionisti per l'avvio del percorso formativo secondo le indicazioni della DCS</p> <p>3. messa a disposizione dei valutatori alle attività organizzate dal Ministero della salute e dall'Agenas</p> <p>messa a disposizione dei componenti dell'OTA regionale di svolgere le funzioni previste dalla normativa.</p>	
<p><b>Attuazione al 31 dicembre 2019:</b></p> <p>1. I valutatori e il referente OTA sono stati messi a disposizione secondo le richieste della DCS;</p> <p>2. i professionisti del CRO sono stati messi a disposizione della DCS per il percorso formativo;</p> <p>3. non ci sono state richieste, da parte della DCS, di valutatori per la partecipazione ad attività organizzate dal Ministero Salute e AGENAS;</p> <p>4. non ci sono state richieste da parte di DCS.</p>	
<p><b>Valutazione</b></p>	<p><b>1. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p> <p><b>2. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p> <p><b>3. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p> <p><b>4. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p>

### 3.5 ASSISTENZA OSPEDALIERA

3.5.3. Reti di patologia	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Reti di patologia: Malattie rare</p>	<p>Ogni rete di gruppo nosologico deve:</p> <p>1. Produrre entro il 31 dicembre 2019 almeno 1 percorso assistenziale,</p> <p>2. Alimentare il registro regionale di cui al DM 279/2001 (aggiornamento dati del registro con inserimento del 100% dei casi in prevalenza al 30 novembre 2019 e pulizia dei casi che sono usciti dal sistema) e produrre alla DCS un report di attività.</p>

<b>Azioni e Interventi:</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. individuazione di un percorso assistenziale</li> <li>2. alimentare il registro regionale</li> </ol>	
<b>Attuazione al 31 dicembre 2019:</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. E' stato inviato al Centro Coordinamento Regionale Malattie Rare il PDTA cancro del colon-Sindromi Genetiche e il percorso di transizione del cancro del colon-Sindromi Genetiche</li> <li>2. Tutti i casi sono stati registrati nel registro regionale ed è stato inviato al Centro Coordinamento Regionale Malattie Rare la relazione dell'attività 2019</li> </ol>	
<b>Valutazione</b>	<b>1. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>2. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.5.7. Erogazione dei livelli di assistenza</b>	
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. riduzione dei numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica, ricorrendo anche ad un maggiore utilizzo del day service</li> <li>2. riduzione della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. percentuale al di sotto del <b>20%</b> per gli adulti e del 40% per i pediatrici (valore medio regionale del 2017 di 28,58% per gli adulti e 54,07% per i pediatrici - fonte Bersaglio) – obiettivo valido sia per l'età adulta che pediatrica.</li> <li>2. riduzione della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti <math>\geq 65</math> anni portandola al di sotto del 4% (valore medio regionale 2017 di 4,81% - fonte Bersaglio).</li> </ol>
<b>Azioni e Interventi:</b>	
rispetto degli indicatori	
<b>Attuazione al 31 dicembre 2019:</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>2. 2% per gli adulti, non presenti per i pediatrici;</li> <li>3. 4%.</li> </ol>	
<b>Valutazione</b>	<b>1. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>1,8</b> <b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>4,0</b>

### 3.6 RETE CURE SICURE FVG

<b>3.6. RETE CURE SICURE FVG</b>	
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. adattamento delle figure professionali (numero e tipologia dei professionisti) coinvolte nella Rete Cure Sicure FVG, in relazione al nuovo assetto istituzionale;</li> <li>2. mantenimento delle indicazioni e delle</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. partecipazione al tavolo regionale dei risk manager;</li> <li>2. messa a regime delle nuove raccomandazioni e misurazione e verifica della loro adozione;</li> </ol>

<p>raccomandazioni ministeriali fino ad ora sviluppate, messa a regime di eventuali nuove raccomandazioni e misurazione e verifica della loro adozione con riferimento alle strutture ospedaliere e ai nuovi distretti;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. aggiornamento referenti aziendali dei flussi informativi istituzionali nazionali relativi al rischio clinico;</li> <li>4. implementazione degli eventi formativi aziendali specifici per il tema come definito dal PFR 2019;</li> <li>5. programma "Antimicrobial stewardship":       <ul style="list-style-type: none"> <li>○ diffusione e condivisione dei report regionali sul consumo di antibiotici e sulle resistenze batteriche nelle unità operative ospedaliere, nei distretti e nelle AFT;</li> <li>○ riduzione del consumo di antibiotici in ospedale e sul territorio: in particolare di cefalosporine e chinolonici (ambito ospedaliero e territoriale) e carbapenemi (ambito ospedaliero);</li> <li>○ formazione aziendale specifica per personale medico (in particolare medici ospedalieri e medici di medicina generale) sul tema della lettura dell'antibiogramma e sulla prescrizione antibiotica mirata come da indicazioni del gruppo di coordinamento regionale;</li> <li>○ adozione e diffusione delle linee di indirizzo regionali per la gestione delle infezioni in ambito pediatrico;</li> <li>○ adozione delle "Linee regionali per il riconoscimento precoce e la gestione della sepsi associata alle pratiche assistenziali" e monitoraggio degli indicatori riportati nel documento;</li> <li>○ partecipazione al processo di revisione dei documenti regionali sulla gestione delle infezioni nell'adulto;</li> <li>○ partecipazione al processo di valutazione delle attività di stewardship aziendali mediante l'analisi dell'aderenza agli standard definiti nell'ambito del programma regionale;</li> <li>○ promozione di attività per il coinvolgimento dei cittadini sul tema dell'uso appropriato degli antibiotici;</li> <li>○ implementazione della rete territoriale dei link professional relativi al programma di</li> </ul> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. aggiornamento referenti aziendali dei flussi informativi istituzionali nazionali relativi al rischio clinico</li> <li>4. programmazione eventi formativi specifici come da PRF 2019;</li> <li>5. prosecuzione delle attività programma "Antimicrobial stewardship":       <ul style="list-style-type: none"> <li>○ diffusione intra-aziendale dei report sul consumo di antibiotici e sulle resistenze batteriche forniti dalla regione</li> <li>○ sorveglianza uso di cefalosporine e chinolonici in ambito ospedaliero</li> <li>○ formazione specifica per il personale medico sul tema della lettura dell'antibiogramma e sulla prescrizione antibiotica mirata</li> <li>○ adozione della linea di indirizzo regionale sulla gestione precoce della sepsi, nell'adulto ed in ambito pediatrico ove appropriato, secondo le indicazioni del tavolo tecnico regionale</li> <li>○ partecipazione al processo di revisione dei documenti regionali sulla gestione delle infezioni nell'adulto;</li> <li>○ prosecuzione della sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico secondo il protocollo regionale;</li> <li>○ valutazione delle attività di stewardship aziendali mediante l'analisi dell'aderenza agli standard definiti nell'ambito del programma regionale;</li> <li>○ promozione di attività per il coinvolgimento dei cittadini sul tema dell'uso appropriato degli antibiotici;</li> <li>○ implementazione della rete territoriale dei link professional relativi al programma di Antimicrobial Stewardship</li> </ul> </li> <li>6. prosecuzione delle attività programma "Controllo delle infezioni correlate all'assistenza":       <ul style="list-style-type: none"> <li>○ effettuazione di una simulazione di evento epidemico</li> </ul> </li> </ol>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Antimicrobial Stewardship;</p> <p>6. programma “controllo delle infezioni correlate all’assistenza”:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ effettuazione di una simulazione di evento epidemico (preparedness) che coinvolga le unità operative di Pronto Soccorso e di Terapia Intensiva</li> <li>○ effettuazione della PPS biennale (prevalenza puntuale sulle ICA e sulla prescrizione di antibiotici) negli ospedali per acuti</li> <li>○ aggiornamento dei documenti regionali già esistenti sulla tematica</li> <li>○ effettuazione sorveglianza sulle infezioni del sito chirurgico e della compliance alle raccomandazioni dei comportamenti dei blocchi operatori</li> </ul> <p>7. prosecuzione programma “sicurezza del farmaco”:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ messa a regime della diffusione della reportistica periodica destinata ai medici di medicina generale;</li> <li>○ adeguamento alle indicazioni regionali sulla gestione degli elastomeri;</li> <li>○ applicazione delle raccomandazioni ministeriali;</li> <li>○ raccomandazione per la riconciliazione farmacologica;</li> <li>○ prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici;</li> <li>○ prevenzione degli errori in terapia con i farmaci “look-alike/sound alike”;</li> <li>○ prevenzione della morte, coma o grave danno derivatio da errori in terapia farmacologica;</li> <li>○ corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio –KCL – ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio;</li> </ul> <p>mantenimento delle azioni sull’uso prudente dei farmaci con particolare riferimento: alla riduzione del consumo di inibitori di pompa protonica a meno 25 unità posologiche procapite (diretta+ convenzionata e dpc);</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ effettuazione della PPS biennale (prevalenza puntuale sulle ICA e sulla prescrizione di antibiotici)</li> <li>○ aggiornamento dei documenti regionali già esistenti sulla tematica</li> <li>○ effettuazione sorveglianza sulle infezioni del sito chirurgico e della compliance alle raccomandazioni dei comportamenti dei blocchi operatori</li> </ul> <p>7. prosecuzione delle attività programma “sicurezza del farmaco”:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ adeguamento alle indicazioni regionali sulla gestione degli elastomeri;</li> <li>○ applicazione delle raccomandazioni ministeriali;</li> <li>○ raccomandazione per la riconciliazione farmacologica;</li> <li>○ prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici;</li> <li>○ prevenzione degli errori in terapia con i farmaci “look-alike/sound alike”;</li> <li>○ prevenzione della morte, coma o grave danno derivatio da errori in terapia farmacologica;</li> </ul> <p>corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio –KCL – ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio</p>
<p><b>Azioni e Interventi:</b></p> <p>1. partecipazione al tavolo regionale dei risk manager e ai tavoli delle diverse linee progettuali con propri esperti, anche con la messa a disposizione di informazioni e dati dove richiesto; aggiornamento referenti aziendali dei flussi informativi istituzionali nazionali relativi al rischio clinico;</p>	

2. attività formative: rischio infettivo, simulazione evento epidemico, formazione link professional, uso sicuro dei farmaci;
3. pubblicazione dei dati sui risarcimento nel sito web di istituto;
4. attività di sorveglianza e monitoraggio (infezioni del sito chirurgico, indicatori di performance e di adesione alle linee di indirizzo regionali e ministeriali, uso sicuro dei farmaci)
5. diffusione intra-aziendale della reportistica regionale (consumo di antibiotici, resistenze batteriche, stato nutrizionale) secondo tempi e modalità concordati dal coordinamento regionale

#### Attuazione al 31 dicembre 2019

1. È stata garantita la partecipazione al tavolo regionale dei risk manager e ai tavoli delle diverse linee progettuali con propri esperti qualora richiesto;
2. è stata mantenuta la rete link professional per la sorveglianza dei bundle correlati alle IC.;
3. l'attività è in linea;
4. si è mantenuta la formazione sul campo dei link professional;
5. in attesa del report definitivo regionale sul consumo di antibiotici, che poi sarà diffuso ai medici prescrittori;
6. l'Istituto ha partecipato assieme ad ASFO alla simulazione dell'evento epidemico nella giornata del 16 dicembre sorveglianza infezioni del sito chirurgico realizzata ed in attualità di follow-up secondo le linee regionali;
7. le attività di sorveglianza del percorso farmaco si sono attenute alle raccomandazioni ministeriali ed alle indicazioni regionali. In particolare:
  - è stata implementata la procedura per l'allestimento delle terapie antiblastiche (che con gennaio 2020 si sono concluse con l'introduzione del doppio controllo sotto cappa);
  - è stata revisionata la lista di farmaci LASA per i quali sono previste accortezze (es. etichette LASA, disposizione nell'armadio di reparto) volte ad evitare gli errori.

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>OBIETTIVO STRALCIATO</b> DIFFUSIONE INTRA-AZIENDALE DEI REPORT SUL CONSUMO DI ANTIBIOTICI E SULLE RESISTENZE BATTERICHE FORNITI DALLA REGIONE
--------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

<b>3.7. Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Prosecuzione della strutturazione della rete HPH FVG e avvio dei progetti riguardanti i dipendenti e pazienti	<u>Personale dipendente</u> benessere soggettivo e dimensioni psico-fisiche: <ul style="list-style-type: none"> <li>- medici competenti e coordinamento regionale della rete HPH individuano una strategia per implementare la valutazione del benessere soggettivo nel corso delle visite</li> <li>- al momento della visita periodica, il medico competente misura le dimensioni del benessere psico-fisico attraverso una breve anamnesi e la valutazione</li> </ul>

	<p>della composizione corporea (rapporto massa grassa/massa magra)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- i medici competenti collaborano con il comitato HPH di cui sono parte integrante, per la ricognizione dell'offerta aziendale riguardante sani stili di vita (evidenza di offerta dedicata agli operatori su stili di vita e gestione dello stress)</li> </ul> <p><u>Pazienti</u></p> <p>astensione del fumo di tabacco in fase peri-operatoria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tutti i soggetti fumatori ai quali viene programmato un intervento chirurgico sono informati sui benefici della sospensione del fumo, nelle settimane precedenti e successive, sulla guarigione dopo intervento chirurgico e vengono invitati all'astensione.</li> </ul>
<p><b>Azioni e Interventi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ istituzione del Comitato guida aziendale</li> <li>✓ avvio progetti mirati</li> </ul> <p><b>PERSONALE DIPENDENTE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- interventi di assessment da parte del medico competente attraverso le visite periodiche (anamnesi, misurazione BMI, WAI);</li> <li>- offerta informativa e di percorsi strutturati come strategie di miglioramento psicofisico;</li> <li>- definizione di un obiettivo a lungo termine (es riduzione IMC alle visite successive).</li> </ul> <p><b>PAZIENTI:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- informativa in corso di visita medica nelle settimane precedenti all'intervento chirurgico;</li> <li>- consegna a tutti i pazienti sottoposti ad intervento chirurgico (nel percorso pre-ricoveri e ricovero) dell'informativa sull'astensione al fumo;</li> <li>- contatto telefonico dopo la dimissione.</li> </ul>	
<p><b>Attuazione al 31 dicembre 2019:</b></p> <p>Le azioni intraprese sono state:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- istituzioni del Comitato guida aziendale;</li> </ul> <p><b>in riferimento al personale dipendente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- definizione con il medico competente degli interventi di assessment;</li> <li>- iniziative formative rivolte al personale in tema di prevenzione dello stress, competenze relazionali e comunicative, benessere dell'operatore;</li> <li>- condivisione tra i componenti del comitato di una policy aziendale come strategia di miglioramento;</li> <li>- predisposizione con SSPA di iniziative di informazione/divulgazione sugli stili di vita;</li> </ul> <p><b>in riferimento ai pazienti:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nel pre-ricovero, consegna a tutti i pazienti una brochure contenente informazioni anche sull'astensione al fumo;</li> <li>- attivazione nella cartella di refertazione del G2 Clinico della scheda di Informativa Fumo ai fini della registrazione.</li> </ul>	



Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
-------------	---------------------

### 3.8 RAPPORTO CON I CITTADINI

<b>3.8.1 Tempi d'attesa</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>- Mantenimento del monitoraggio regionale e ministeriale</p> <p>Prosecuzione dell'organizzazione delle agende delle prestazioni ambulatoriali specialistiche</p> <p>assicurare la "garanzia" erogativa per tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale dell'allegato A delle linee annuali per la gestione del SSR anno 2019.</p> <p>Le agende delle prestazioni di specialistica ambulatoriale individuate dalla DCS devono essere informatizzate ed essere rese disponibili a sistema CUP regionale.</p> <p>- Sospendere la libera professione intra-moenia ai medici delle strutture che non hanno reso disponibili a CUP regionale tutte le agende di prenotazione delle visite/prestazioni.</p> <p>Rispetto dei tempi di attesa per gli interventi chirurgici</p> <p>Libera professione</p> <p>Aggiornamento del programma attuativo aziendale in coerenza con quanto definito in ambito regionale</p>	<p>Monitoraggio regionale e ministeriale</p> <p>L'organizzazione delle agende consente la prenotazione online del cittadino dell'offerta.</p> <p>"garanzia" erogativa per le priorità B al &gt; 95%, per la priorità D al &gt; 90% e per le priorità P al &gt; 85%.</p> <p>Agende informatizzate e disponibili a CUP regionale.</p> <p>Sospensione della libera professione intra-moenia ai medici che non rispettano i valori oltre soglia sopra riportati e/o non hanno reso disponibili a CUP regionale tutte le agende di prenotazione delle visite/prestazioni</p> <p>% di interventi chirurgici monitorati e prescritti con priorità A che rispettano i tempi d'attesa &gt;= 95%</p> <p>% di interventi chirurgici monitorati e prescritti con priorità B, C e D che rispettano i tempi d'attesa &gt;= 90%</p> <p>Rispetto del rapporto di priorità tra attività libero professionale e le priorità di garanzia per il cittadino</p> <p>Aggiornamento del PAO entro 60 giorni dal Piano Regionale di Governo delle liste di attesa.</p>
<p><b>Azioni e Interventi:</b></p> <p>1. diffusione ai responsabili di Struttura del report periodico regionale per monitorare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la situazione dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali critiche oggetto di monitoraggio regionale e nazionale;</li> </ul>	

- la situazione dei tempi di attesa in regime ordinario per gli interventi critici oggetto di monitoraggio regionale e nazionale.

Il mancato rispetto dei valori soglia indicati determina, per i medici delle strutture interessate, la sospensione della possibilità di svolgere la libera professione specifica.

Monitoraggio informatico della apertura delle agende e della loro prenotabilità a CUP regionale e on line.

#### Attuazione al 31 dicembre 2019:

- I monitoraggi dei tempi di attesa sono svolti regolarmente;
- l'apertura delle agende è sotto controllo informatico;
- il monitoraggio regionale sui tempi di attesa relativi all'intero anno 2019 evidenzia:

Priorità B:

Prestazioni	Totali	% nei tempi	mobilità	mobilità totali	di cui nei tempi
7-Prima Visita ginecologica	12	92%	12	100%	92%
12-Prima Visita gastroenterologica	13	100%	13	100%	100%
13-Prima Visita oncologica	24	79%	24	100%	79%
15-Mammografia bilaterale ER.Mammografia	3	100%	3	100%	100%
16-Mammografia monolaterale	1	100%	1	100%	100%
24-TC dell'addome completo senza e con MDC	1	100%	1	100%	100%
26-TC Cranio – encefalo senza e con MDC	1	100%	1	100%	100%
37-RM di addome inferiore e scavo pelvico senza	1	100%	1	100%	100%
38-RM della colonna in toto	1	0%	1	100%	0%
39-RM della colonna in toto senza e con MDC	1	0%	1	100%	0%
45-Ecografia dell'addome completo	2	50%	2	100%	50%
46-Ecografia bilaterale della mammella	4	100%	4	100%	100%
47-Ecografia monolaterale della mammella	2	100%	2	100%	100%
51-Colonscopia totale con endoscopia flessibile	8	88%	8	100%	88%
54-Esofagogastroduodenoscopia	4	75%	4	100%	75%
55-Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in	2	100%	2	100%	100%
Totale complessivo	80	86%	80	100%	86%

Priorità D:

Prestazioni	Totali	% nei tempi	mobilita	mobilita totali	di cui nei tempi
7-Prima Visita ginecologica	1	0%	1	100%	0%
12-Prima Visita gastroenterologica	10	80%	10	100%	80%
13-Prima Visita oncologica	2	0%	2	100%	0%
15-Mammografia bilaterale ER.Mammografia	2	100%	2	100%	100%
16-Mammografia monolaterale	1	100%	1	100%	100%
17-TC del Torace	0	.	0	.	.
18-TC del Torace con MCD senza e con MCD	2	50%	2	100%	50%
22-TC dell'addome inferiore senza e con MDC	2	100%	2	100%	100%
23-TC dell'addome completo	0	.	0	.	.
24-TC dell'addome completo senza e con MDC	2	50%	2	100%	50%
25-TC Cranio – encefalo	0	.	0	.	.
34-RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione	1	100%	1	100%	100%
35-RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione	6	83%	6	100%	83%
37-RM di addome inferiore e scavo pelvico senza	3	100%	3	100%	100%
38-RM della colonna in toto	2	0%	2	100%	0%
39-RM della colonna in toto senza e con MDC	1	0%	1	100%	0%
40-Diagnostica ecografica del capo e del collo	1	100%	1	100%	100%
45-Ecografia dell'addome completo	3	67%	3	100%	67%
46-Ecografia bilaterale della mammella	4	100%	4	100%	100%
47-Ecografia monolaterale della mammella	3	100%	3	100%	100%
51-Colonscopia totale con endoscopio flessibile	2	50%	2	100%	50%
54-Esofagogastroduodenoscopia	7	86%	7	100%	86%
55-Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in	1	0%	1	100%	0%
<b>Totale complessivo</b>	<b>56</b>	<b>73%</b>	<b>56</b>	<b>100%</b>	<b>73%</b>

- Il monitoraggio di ARCS dei tempi di attesa degli interventi chirurgici anno 2019 evidenzia:

	<b>PRIORITA' A (≥ 95%)</b>
INTERVENTI NEOPLASIA COLON	92,22%
INTERVENTI NEOPLASIA UTERO	65,79%
INTERVENTI NEOPLASIA MAMMELLA	97,86%

Per quanto riguarda le neoplasie del colon si evidenzia che su n. 7 interventi che non rispettano il tempo di attesa, n. 3 interventi trovano giustificazione clinica (necessità di stadiazione), n. 1 trova giustificazione nella scelta della data di ricovero da parte del paziente e infine n. 1 intervento è stato conteggiato due volte. Risulta pertanto che la percentuale di rispetto del tempo di attesa è del 97%

- è in atto il monitoraggio del rispetto del rapporto di priorità tra attività libero professionale e le priorità di garanzia per il cittadino e non si è reso necessario sospendere la libera professione;
- il PRGLA è stato approvato con Deliberazione del direttore generale n. 588 del 24/12/2019.

#### Valutazione

**OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO**

#### 3.8.2 Innovazione nella gestione delle terapie

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Si conferma la necessità che le organizzazioni favoriscano le innovazioni che, a parità di efficacia terapeutica, riducono il disagio dei pazienti e dei loro	Se individuate nuove innovazioni, avvio nuovi setting

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.	
<b>Azioni e Interventi:</b> valutazione nuove innovazioni nella gestione delle terapie	
<b>Attuazione al 31 dicembre 2019:</b> Al momento non sono state individuate ulteriori innovazioni.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b>

<b>3.8.3 Rapporto con pazienti e familiari nelle attività di ricovero</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Prosecuzione dei programmi avviati nel 2017: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apertura dei reparti di terapia intensiva e semi-intensiva con accesso senza limite di tempo e orario a un care giver per volta (fa eccezione la necessità di isolamento).</li> <li>- Presenza del care giver in corso di visita nei reparti di degenza per i pazienti che abbisognano di un supporto per comprendere ciò che viene eseguito sulla propria persona.</li> <li>- Contatto telefonico dopo la dimissione da un intervento chirurgico o da altre tipologie di trattamento (recall) con il fine di far sentire al cittadino la vicinanza della struttura che lo ha curato, nonché acquisire utili informazioni per cogliere opportunità di miglioramento dei servizi offerti.</li> <li>- 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.</li> </ul>	Report inviato mensilmente all'ARCS
<b>Azioni e Interventi:</b> prosecuzione dei programmi avviati nel 2017	
<b>Attuazione al 31 dicembre 2019:</b> L'Istituto ha interrotto l'invio mensile dei dati ad ARCS così come richiesto da ARCS stessa (mail del 02.04.2019) ma ha proseguito tutti i programmi avviati nel 2017.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

#### 4. IL SISTEMA INFORMATIVO

4 IL SISTEMA INFORMATIVO	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Censimento dei principali Servizi ICT a supporto della funzionalità ed organizzazione delle Aziende e redazione di un Piano di riorganizzazione	Redazione del piano di riorganizzazione
<b>Azioni e Interventi:</b> predisposizione del piano	
<b>Attuazione al 31 dicembre 2019:</b> Con nota prot. 23095 del 31.12.2019 l'azienda ha trasmesso il censimento dei principali servizi ICT che hanno almeno un contratto attivo stipulato direttamente dall'istituto, precisando che non sono indicati i servizi erogati da INSIEL (considerati già censiti)	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Garantire la collaborazione con la DCS alle seguenti attività: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. gestione dell'attività sanitaria in ambito ospedaliero               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. potenziamento, revisione ed estensione delle integrazioni dei sistemi clinico sanitari</li> <li>b. normalizzazione della gestione delle credenziali, individuazione ed attivazione sistema single sign on</li> <li>e. Implementazione della prescrizione trasfusionale informatizzata</li> <li>8. sistema direzionale regionale                   <ol style="list-style-type: none"> <li>a. implementazione del <i>Data Warehouse gestionale</i></li> </ol> </li> </ol> </li> </ol>	È garantita la collaborazione con la DCS
<b>Attuazione al 31 dicembre 2019:</b> è stata garantita la partecipazione secondo le indicazioni di DCS.	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Revisione sistemi contabili:	90% degli incontri
Partecipazione ai gruppi di lavoro (Gestione Risorse Umane, Gestione contabilità)	31.3.2019
Individuazione siti pilota	30.9.2019
Configurazione e avviamento siti	31.12.2019
Configurazione siti rimanenti	
<b>Azioni e Interventi:</b> partecipazione ai gruppi di lavoro secondo le indicazioni della DCS	

<b>Attuazione al 31 dicembre 2019:</b> È stata garantita la partecipazione a tutti gli incontri organizzati dalla DCS.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Cartella clinica:	90% incontri
Partecipazione gruppo di lavoro	30.6.2019
Individuazione siti pilota	31.10.2019
Configurazione e avviamento siti	
<b>Azioni e Interventi:</b> collaborazione secondo le indicazioni della DCS	
<b>Attuazione al 31 dicembre 2019:</b> È stata garantita la partecipazione agli incontri organizzati dalla DCS.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b>
Completamento della ricetta dematerializzata	Farmaceutica >90%
<b>Azioni e Interventi:</b> predisposizione report per il monitoraggio periodico	
<b>Attuazione al 31 dicembre 2019:</b> 48% (2.306 ricette de materializzate su un totale di 4.822)	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b>
- Firma digitale	1. Referti ambulatoriali per interni ed esterni > 95%
- Tutte le Aziende garantiscono la tracciabilità (biffatura su applicativo GECO) sull'avvenuta presa visione dell'informativa rispetto al trattamento dei dati personali di base; la singola biffatura è valida nell'ambito dell'anagrafica degli assistiti regionale	Laboratorio >98% Radiologia > 98% Lettera di dimissione > 98%
	2. 100% degli accessi
<b>Azioni e Interventi:</b> inserimento dell'obiettivo nelle schede di budget delle strutture e predisposizione di un report di monitoraggio periodico	
<b>Attuazione al 31 dicembre 2019:</b> 1. G2 clinico: 91,07% (esclusa radiologia); Laboratorio: > 98%; Radiologia: 99,43%; Lettere di dimissione: 98,06%. 2. Dal 28 maggio 2019 la biffatura sul sistema GECO è resa obbligatoria e pertanto viene garantita la tracciabilità del 100% degli accessi.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b> Non raggiunto obiettivo relativo a referti

sicurezza fisica e logica/funzionale del sistema informativo, anche in attinenza ai temi relativi alla circolare n. 2/2017 del 18 aprile 2017 di AgID “misure minime di sicurezza” ed entrata in vigore del GDPR – (Regolamento UE 2016/679)	Aggiornamento documento AgID entro 31.12.2019
<b>Azioni e Interventi:</b> messa in atto delle azioni necessarie	
<b>Attuazione al 31 dicembre 2019:</b> Il documento Agid sulle misure minime di sicurezza ICT, già redatto a dicembre 2017, è stato revisionato e aggiornato.	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Partecipazione obbligatoria del Direttore Generale/Commissario, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario al corso sul trattamento dei dati personali realizzato dalla DCS	Partecipazione al corso
<b>Attuazione al 31 dicembre 2019:</b> La partecipazione è stata garantita.	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<b>Obiettivo aziendale</b> Predisposizione delle informative per le ditte esterne in accordo all'art. 28 del GDPR 679/2017	<b>Risultato atteso</b> 50% entro 31.05.2019 85% entro 30.10.2019 100% entro 31.12.2019
<b>Attuazione al 31 dicembre 2019:</b> Non è stato possibile garantire il primo risultato atteso (50% entro 31.05.2019) in quanto l'istituto si è potuto avvalere della consulenza del DPO solo a partire dal mese di maggio. Al 31.12.2019 sono state comunque predisposte tutte le nomine ex art. 28 del GDPR 679/2017.	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<b>4.1 Sistema PACS regionale</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Rinnovo del sistema PACS regionale con aggiornamento delle sue componenti tecnologiche	Aggiornamento delle precondizioni impiantistiche e logistiche Supporto tecnico alle attività di installazione.
<b>Azioni e Interventi:</b> rispetto del cronoprogramma di ARCS	
<b>Attuazione al 31 dicembre 2019:</b> E' stato adeguato il supporto della rete ai requisiti della nuova tecnologia lato server e sono state sostituite tutte le workstations di refertazione adeguandole ad un hardware più recente	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO

Collaudo presso un sito pilota della soluzione di integrazione SIO/PACS per la produzione di un referto multimediale in Radiologia, già testata in ambiente di prova e avvio della soluzione a livello regionale.	Collaudo presso un sito pilota della soluzione di integrazione SIO/PACS per la produzione di un referto multimediale in Radiologia, già testata in ambiente di prova e avvio della soluzione a livello regionale.
<b>Azioni e Interventi:</b> rispetto del cronoprogramma di ARCS	
<b>Attuazione al 31 dicembre 2019</b> Obiettivo stralciato con DGR 1812/2019	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Proseguimento dell'estensione sistema PACS all'intero ambito dell'endoscopia ambulatoriale (broncoscopia, cistoscopia, isteroscopia, ...) in relazione alle esigenze cliniche espresse dalle Aziende.	Entro marzo ogni Azienda conferma le esigenze cliniche nei vari ambiti dell'endoscopia ambulatoriale e predispone un piano di attuazione delle precondizioni tecnologiche per l'adozione dei profili di integrazione versus G2 e PACS.  Entro l'anno ogni Azienda si impegna ad attivare il flusso di integrazione versus G2 e PACS almeno per uno degli ambiti clinici individuati.
<b>Azioni e Interventi:</b> rispetto del cronoprogramma di ARCS	
<b>Attuazione al 31 dicembre 2019:</b> Nel corso del 2019 è stata completata l'integrazione tra i sistemi G2 e PACS.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
Potenziamento delle funzionalità elaborative con moduli aggiuntivi per l'analisi diagnostica evoluta in distretti anatomici specifici, secondo motivate richieste aziendali e in coerenza con il progetto regionale di sviluppo dei sistemi informativi ospedalieri.  Perfezionamento dell'integrazione dei sistemi PACS dell'ASUITS nell'impianto PACS regionale.	Ogni azienda presenta entro marzo un documento di richiesta motivata di moduli di post elaborazione da integrare nel sistema PACS regionale.  ASUITS completa l'integrazione versus il sistema PACS regionale in coerenza con il piano operativo di INSIEL.
<b>Azioni e Interventi:</b> rispetto del cronoprogramma di ARCS	
<b>Attuazione al 31 dicembre 2019:</b> Non è risultato necessario presentare ulteriori moduli di post elaborazione da integrare nel sistema PACS regionale.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

## 8.1 FORMAZIONE



<b>8.1 Formazione</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Accredimento di eventi FAD gestiti su piattaforma HTL. 2. Utilizzo della funzione "iscrizione on line" agli eventi	1. Accredimento di n. 1 evento FAD entro il 30.09.2019; 2. Utilizzo della funzione "iscrizione on line" per almeno 5 eventi RES entro il 30.11.2019.
<b>Attuazione al 31 dicembre 2019:</b> 1. L'obiettivo non è stato raggiunto in quanto la piattaforma HTL per progettare eventi FAD non è ancora stata resa disponibile; 2. la funzione di "iscrizione online" è stata utilizzata per più di 5 volte nel corso del 2019 (verificabile accedendo alle funzioni del GFOR).	
<b>Valutazione</b>	<b>1. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b> <b>2. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

## TABELLA INDICATORI

			CRO	
			DATO AZIENDA	DATO DIREZIONE
21	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	$\geq 38\%$	37,13%	37,10%
22	Rapporto tra i ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (allegato B Patto Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	$\leq 0,32$	0,82	0,816
BERSAGLIO (C14.2.a)	DAY HOSPITAL MEDICO DI TIPO DIAGNOSTICO - ADULTI riduzione dei numero di ricoveri in Day Hospital medico per acuti con finalità diagnostica portando la percentuale al di sotto del 30% per gli adulti e del 50% per i pediatrici	$< 30\%$ adulti	2,00%	1,80%
BERSAGLIO (C14.4)	RICOVERI MEDICI OLTRE SOGLIA riduzione della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti $\geq 65$ anni portandola al di sotto del 4%	$< 4\%$	4,00%	4,00%

## Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute (ARCS)

<b>Atto Aziendale</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
Adozione atto aziendale	Adozione dell'atto aziendale entro il 30/06/2019
Attuazione al 31/12/2019	
L'atto aziendale è stato adottato con delibera C.S. n. 92 del 28/06/2019.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.1.3. sub a) aaaa) Gli screening oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia (Programma II PRP)</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
Collaborare con la Direzione Centrale per la riorganizzazione della logistica di supporto allo screening cervicale	Garantire il supporto alla riorganizzazione
Attuazione al 31/12/2019	
ARCS ha gestito per conto delle Aziende sanitarie tutte le agende dello screening della cervice garantendo un aggiornamento trimestrale complessivo (programmato) e un aggiornamento costante per eventuali contingenze emergenti.	
Dal 1 luglio 2019 è stata effettuata la transizione al programma dello screening come da indicazioni regionali. Sono state attivate n. 40 nuove agende e 40 nuove liste per tale transizione.	
ARCS ha acquisito le competenze e la gestione del centro prelievi nel configuratore SISSR.	
Ha inoltre garantito la partecipazione al 100% delle riunioni a cui è stata convocata.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.1.3. sub b) Gli screening oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia (Programma II PRP)</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
Mantenere il supporto alla DCS nell'attività di controllo sulle Aziende affinché garantiscano le sedi per l'erogazione dello screening mammografico accertando la permanenza dei requisiti per l'installazione dell'unità mobile e garantendo	Evidenza effettuazione sopralluoghi

l'accessibilità da parte delle persone (barriere architettoniche, igiene dei locali, rispetto della privacy, decoro...)	
Attuazione al 31/12/2019	
Nel corso del 2019, per l'accertamento della permanenza dei requisiti previsti per l'erogazione dello screening mammografico, sono stati effettuati 21 sopralluoghi: Aviano, Cervignano (2 sopralluoghi in due sedi diverse), Cividale, Claut, Codroipo (2 sopralluoghi distinti), Cormons, Gemona, Grado, Maniago, Moggio Udinese, Palmanova, Pordenone, San Giorgio di Nogaro, Sappada, Spilimbergo, Tarvisio, Tricesimo, Turriaco, Udine (zona entrata principale).	
Assieme ai sopralluoghi che erano iniziati nel secondo semestre del 2018 rappresentano il 100% dell'attività di sopralluogo richiesta dalla Direzione Centrale Salute, Politiche sociali e Disabilità.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.1.3. sub c) Gli screening oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia (Programma II PRP)</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
Garantire continuità dell'attuale assetto organizzativo di erogazione dello screening mammografico basato su Unità mobili	Gara espletata
Attuazione al 31/12/2019	
La gara è stata aggiudicata con determina n. 774 del 24/07/2019 "ID18SER009 Aggiudicazione definitiva e approvazione verbali della gara europea a procedura aperta ai sensi dell'art. 60 del D.Lgs. n. 50/2016 per la stipula di una convenzione per l'affidamento del servizio di screening mammografico con unità mobile per le Aziende Sanitarie della Regione FVG".	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.1.3. sub d) Gli screening oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia (Programma II PRP)</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
Garantire supporto statistico epidemiologico per la valutazione dei programmi e per la produzione delle survey annuali per l'Osservatorio Nazionale Screening	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. portale SISSR aggiornato con cadenza almeno quadrimestrale e revisione almeno annuale degli indicatori coerentemente con gli obiettivi previsti dalla LLGG;</li> <li>2. survey ONS prodotte a scadenza;</li> <li>3. nuovi indicatori per il monitoraggio del riconvertito programma di screening cervicale;</li> <li>4. condivisione preventiva bozze reportistica di pertinenza per programmi nazionali di valutazione delle performance;</li> <li>5. report performance radiologi almeno annuale;</li> <li>6. collaborazione con la Direzione per la valutazione di aspetti specifici dei programmi.</li> </ol>
Attuazione al 31/12/2019	

1. L'aggiornamento del Portale SSISSR è avvenuto in parte in date diverse da quelle previste a causa di problematiche relative all'algoritmo di calcolo che hanno comportato la necessità di un lavoro congiunto tra ARCS, DCS ed INSIEL. In particolare, l'aggiornamento per il tramite di INSIEL nel 2019 è stato così strutturato:  
 27/03/2019 tutti e tre gli screening  
 16/04/2019 cervice  
 17/04/2019 mammografico  
 04/07/2019 tutti e tre gli screening  
 27/09/2019 cervice e mammografico  
 23/10/2019 colon;
2. ARCS, dopo aver elaborato i dati, ha trasmesso i documenti alla DCS in data 09/09/2019, la quale li ha inoltrati all'ONS in data 13/09/2019;
3. Il riconvertito programma di screening cervicale è stato avviato dal 01/07/2019, mentre le direttive della DCS sui nuovi indicatori per il monitoraggio– quale presupposto indispensabile per poter assolvere all'obiettivo– sono pervenute con nota prot. n. 5025 del 24/02/2020, rendendo di fatto inattuabile l'obiettivo nell'anno 2019.
4. In data 22/05/2019 ARCS ha inviato via mail i dati alla DCS. Gli indicatori sono stati pertanto condivisi e verificati in collaborazione tra ARCS e la DCS stessa. Bersaglio rimane una rilevazione annuale e non sono previsti calcoli di indicatori infrannuali.
5. In data 10/10/2019 ARCS ha trasmesso alla DCS il Report performance radiologi che mette a confronto gli anni 2017, 2018 e il primo semestre 2019;
6. In esito alle richieste formulate dalla DCS nell'incontro del 26/03/2019, in data 28/11/2019 ARCS ha trasmesso alla DCS due documenti: "Percorsi di diagnosi del tumore della mammella: programma regionale di screening e iter spontanei a confronto" e "Percorsi di diagnosi del tumore del colon-retto: programma regionale di screening e iter spontanei a confronto.

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>
--------------------	-----------------------------------------

<b>3.3.3. Assistenza farmaceutica e assistenza integrativa - Attività centralizzate</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
L'ARCS, in qualità di aggregatore della domanda, avvalendosi delle competenze interne e anche di quelle delle Aziende Sanitarie, potenzierà la capacità di coordinamento e di stesura di capitolati tecnici, al fine di perseguire un governo sulle politiche regionali di acquisto dei farmaci e dei dispositivi medici	Coordinare la stesura dei capitolati tecnici: <ul style="list-style-type: none"> <li>- con particolare riferimento ai dispositivi medici, l'ARCS promuove azioni centralizzate di acquisto per gli Enti del SSR, promuovendo e curando la predisposizione di capitolati in linea con i principi e criteri dell'HTA;</li> <li>- in linea con le evidenze scientifiche e con i principi dell'HTA, ARCS sarà di supporto alla DCS al fine di contribuire alla realizzazione di un sistema regionale più regolato.</li> <li>- per quanto riguarda la DPC, ARCS assicura il monitoraggio puntuale delle politiche di acquisto dei medicinali in DPC e adotta ogni misura conseguente al fine di garantire la</li> </ul>

	<p>maggiore economicità per l'SSR rispetto ai costi della convenzionata. Rende inoltre disponibile mensilmente a tutte le aziende sanitarie un aggiornamento della lista dei farmaci aggiudicati a gara.</p>
<p>Attuazione al 31/12/2019</p> <p>ARCS partecipa alla predisposizione di capitolati di gara in linea con le Linee Guida regionali/nazionali e adottando i principi di HTA. Tuttavia, nell'anno 2019, la tipologia di beni posti a gara, non ha richiesto analisi preliminari di HTA.</p> <p>ARCS, inoltre, assicura il monitoraggio puntuale delle politiche di acquisto dei medicinali in DPC. Infatti, ad ogni introduzione, eliminazione o altra variazione che possa intervenire, garantisce l'invio tempestivo alle Aziende del SSR della lista aggiornata dell'elenco dei farmaci erogabili in DPC.</p>	
<b>Valutazione</b>	<p><b>SI PRECISA CHE È OBIETTIVO DI ARCS PROVVEDERE AL COORDINAMENTO E ALLA STESURA DI CAPITOLATI TECNICI. PER LA VALUTAZIONE SI RIMANDA AI PUNTI 3.3.3 SUB 1.1, 1.4 E SUB 2</b></p>

<b>3.3.3. sub 1.1 Assistenza farmaceutica e assistenza integrativa - Attività centralizzate</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
<p>ARCS monitora:</p> <p>1.1 l'elenco dei medicinali prossimi alla scadenza brevettuale e garantisce l'ottimizzazione dei tempi di espletamento delle procedure di approvvigionamento con particolare riferimento all'immissione in commercio dei farmaci biosimili o a brevetto scaduto</p>	<p>1.1 Invio alla DCS, entro il 28/02/2020, di una relazione annuale sulle attività svolte e le tempistiche di attuazione delle procedure di approvvigionamento relativamente all'effettiva disponibilità del primo farmaco equivalente o 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><u>Indicatori:</u> dalla data dell'effettiva disponibilità dei biosimili o medicinali equivalenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- adozione del provvedimento di aggiudicazione =&lt;90giorni</li> <li>- a seguito di richiesta delle Aziende, messa a disposizione del farmaco a magazzino mediante procedure urgente entro 45 giorni.</li> </ul> <p><u>Modalità di valutazione:</u></p> <p>tempistiche rispettate per almeno il 90% dei farmaci-Raggiunto</p> <p>tempistiche rispettate tra 70-90% dei farmaci = parzialmente raggiunto</p> <p>tempistiche rispettate per meno del 70% dei farmaci = non raggiunto</p>
<p>Attuazione al 31/12/2019</p>	

Con nota prot. n. 7158 del 28/02/2020 è stata inviata alla DCS l'evidenza delle attività annuali svolte e delle tempistiche di attuazione delle procedure.

I dati ivi contenuti sono aggiornati come segue:

- per l'acquisizione del farmaco BUPRENORFINA/NALOXONE – SUBOXONE 8MG+2MG è stato contestato l'avvio del procedimento per la revoca del lotto di gara (lotto unico di gara con 2 dosaggi diversi e scadenze del brevetto diverse) e ciò ha determinato lo sfioramento dei termini per 9 giorni;
- per il farmaco DASATINIB- il farmaco è stato genericato con determinazione ARCS n. 938 del 20/09/2019, quindi entro 90 gg dal 01/07/2019, pertanto le tempistiche risultano rispettate.

In sintesi:

n. principi attivi 31

provvedimenti adottati nei termini: 15

procedimenti non conclusi o conclusi oltre le tempistiche per cause non imputabili ad ARCS: 14

totale: 29

procedimenti non conclusi nei termini: 2

Non si è reso necessario attuare procedure di urgenza, in quanto non richiesto da nessuna Azienda del SSR, con tempistiche di messa a disposizione a magazzino in tempi entro 45 gg, così come attestato nella nota citata.

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> È STATA TRASMESSA NEI TEMPI PREVISTI UNA RELAZIONE CORREDATA DEI DATI RICHIESTI. TENUTO CONTO CHE I DISALLINEAMENTI RISPETTO ALL'OBIETTIVO PREFISSATO SONO STATI OPPORTUNAMENTE MOTIVATI, L'INDICATORE "ADOZIONE DEL PROVVEDIMENTO DI AGGIUDICAZIONE =<90GIORNI" È STATO RISPETTATO PER PIÙ DEL 90% DEI FARMACI. E' PRECISATA L'ASSENZA DI CASISTICA RELATIVAMENTE AL SECONDO INDICATORE
--------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### 3.3.3. sub 1.2 Assistenza farmaceutica e assistenza integrativa - Attività centralizzate

Obiettivo	Risultato atteso
1.ARCS monitora: 1.2 le carenze dei medicinali e ottimizza la gestione degli approvvigionamenti dei prodotti a garanzia della continuità dei trattamenti.	1.2 Inoltro alla DCS di una procedura per la gestione delle carenze dei medicinali (entro 30/09/2019). <u>Modalità di valutazione:</u> procedura inviata: sì/no
Attuazione al 31/12/2019	
La "Procedura gestione carenze e indisponibilità di farmaci presso il Magazzino Centralizzato del Friuli Venezia Giulia" è stata inviata alla DCS con nota prot. n. 28410 del 30/09/2019.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

### 3.3.3. sub 1.3 Assistenza farmaceutica e assistenza integrativa - Attività centralizzate

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

ARCS monitora: 1.3 le variazioni del prezzo al pubblico dei medicinali, con particolare riferimento a quelli inseriti nell'elenco dei farmaci oggetto di DPC, al fine di garantire ricadute positive per il SSR	1.3 Inoltro entro il 28/02/2020 delle evidenze dell'attività svolta  <u>Modalità di valutazione:</u> Inoltro evidenze: sì/no
Attuazione al 31/12/2019  Si rappresenta che ARCS aggiorna le modifiche prezzi non appena vengono pubblicate su GU modificando, di conseguenza, il prezzo di gara (la scontistica viene rapportata al nuovo prezzo). Tale attività viene svolta con regolarità e puntualità su ciascuna variazione di prezzo, così come attestato con nota prot. n. 7158 del 28/02/2020 di invio alla DCS.	
Valutazione	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.3.3. sub 2 Assistenza farmaceutica e assistenza integrativa - Attività centralizzate</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
2- ARCS garantisce la continua disponibilità dei medicinali per l'erogazione in DPC ed ottimizza i tempi di approvvigionamento, con particolare riferimento ai medicinali di nuovo inserimento nell'elenco DPC.	2- ARCS fornisce alla DCS, entro il 28/02/2020, l'evidenza della tempistica della disponibilità dei farmaci DPC sulla piattaforma. <u>Indicatore:</u> 45 giorni dall'acquisizione da parte di ARCS dei fabbisogni delle Aziende. <u>Modalità di valutazione:</u> 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
Attuazione al 31/12/2019  Con nota prot. n. 7158 del 28/02/2020 è stata fornita alla DCS l'evidenza della tempistica della disponibilità dei farmaci DPC sulla piattaforma. Le tempistiche sono state rispettate per 5 principi attivi su 5.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>I DATI, INVIATI NEI TEMPI INDICATI, EVIDENZIANO IL RISPETTO DELL'INDICATORE NEL 100% DEI CASI</b>

<b>3.3.3. sub 3 Assistenza farmaceutica e assistenza integrativa - Attività centralizzate</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
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	3 – Evidenza dei ristori effettuati  <u>Modalità di valutazione:</u> Ristori effettuati: sì/no



rischio (risk sharing, cost-sharing e payment by results)	
Attuazione al 31/12/2019	
ARCS continua ad assicurare il ristoro delle somme spettanti a ciascun Ente, comunicando mensilmente i dati alla DCS. Il report definitivo relativo all'anno 2019 è stato inviato alla DCS in data 15/01/2020.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.3.3. sub 4 Assistenza farmaceutica e assistenza integrativa - Attività centralizzate</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
<p>4- ARCS centralizza l'acquisizione di nuovi farmaci per tutte le Aziende sanitarie, qualora siano:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-erogabili da Centri individuati dalla Regione (relativamente alle aziende sanitarie coinvolte);</li> <li>- innovativi;</li> <li>- con erogazione principale in distribuzione diretta.</li> </ul>	<p>4- invio alla DCS entro il 28/02/2020 di un report che evidenzi la % dei farmaci di nuova commercializzazione acquistati centralmente ed i tempi di acquisizione a decorrere dalla data di comunicazione dei fabbisogni delle Aziende a ARCS.</p> <p><u>Indicatore:</u> tempi massimi di acquisizione del farmaco = 45 giorni</p> <p><u>Modalità di valutazione:</u></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>
Attuazione al 31/12/2019	
<p>Con nota prot. n. 7158 del 28/02/2020 è stato inviato alla DCS il report relativo a procedure e tempistiche di acquisizione di nuovi farmaci per tutte le Aziende Sanitarie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- erogabili da Centri individuati dalla Regione (relativamente alle aziende sanitarie coinvolte);</li> <li>- innovativi;</li> <li>- con erogazione principale in distribuzione diretta.</li> </ul> <p>I provvedimenti di aggiudicazione relativi ai 24 principi attivi sono stati tutti adottati nel previsto termine di 45 giorni.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
	<b>I DATI, TRASMESSI DA ARCS NEI TERMINI PREVISTI, INDICANO IL RISPETTO DELL'INDICATORE NEL 100% DEI CASI.</b>

<b>3.3.5. sub. a) Assistenza farmaceutica e assistenza integrativa – Biosimilari</b>	
Obiettivo	Risultato atteso

Indicatori per categorie di medicinali in cui è disponibile l'alternativa biosimile	- ARCS invia un quadro riepilogativo degli ordini effettuati nell'ambito accordi quadro.  <u>Modalità di valutazione:</u> Relazioni inviate entro il 31/08/2019 ed entro il 28/02/2020: sì/no secondo schema DCS
Attuazione al 31/12/2019 Le relazioni sono state inviate alla DCS con note prot. n. 26985 del 18/09/2019 e prot. n. 7158 del 28/02/2020.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b> <b>LA PRIMA RELAZIONE INVIATA DOPO LA SCADENZA</b>

<b>3.3.5. sub. b) Assistenza farmaceutica e assistenza integrativa – Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
b) Flussi informativi farmaceutica ARCS da riscontro ad eventuali approfondimenti richiesti dalla Direzione Centrale, anche su istanza del Ministero della Salute, entro 15 giorni dalle comunicazioni	Riscontri agli approfondimenti effettuati nei termini: sì/no
Attuazione al 31/12/2019 ARCS risponde alle richieste della DCS in tempo reale on demand. Non si rilevano particolari richieste per l'anno 2019.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.4 Accreditamento</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
Partecipazione attiva al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti	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
Attuazione al 31/12/2019 Nel corso del 2019 ARCS ha garantito la partecipazione a tutte le attività programmate e organizzate dalla Direzione Centrale Salute, in collaborazione con l'Organismo Tecnicamente AccREDITante, sia in termini di partecipazione ai sopralluoghi di verifica nell'ambito dei procedimenti di accREDITamento, sia di attività formative di competenza specifica dell'OTA.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.5.2. Assistenza ospedaliera &gt; Emergenza urgenza</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
Sala operativa regionale emergenza sanitaria (SORES)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Utilizzo dei protocolli a) di ingresso, b) problema principale e c) istruzioni prearrivo del MPDS nel 90% delle chiamate di soccorso.</li> <li>2. Messa a sistema della scheda media elettronica e implementazione delle schede tempo-dipendenti (arresto cardiaco, STEMI, Ictus e Trauma) con sistema di monitoraggio e registrazione.</li> <li>3. Monitoraggio dei tempi di soccorso (attesa per la risposta, attivazione mezzi di soccorso, partenza dei mezzi di soccorso, invio mezzo di soccorso, arrivo sul target dei mezzi di soccorso) e comunicazione dei dati rilevati al DREU.</li> <li>4. Completamento al 75% della formazione dei medici e degli infermieri dell'emergenza territoriale aziendali e non, sulle funzioni SORES e sulle interazioni con il territorio e PS e dipartimenti di emergenza.</li> <li>5. Condivisione con l'emergenza territoriale e i dipartimenti di emergenza ospedalieri dei protocolli della maxi-emergenza, disaster recovery, RSR e NBCR.</li> <li>6. Uniformità delle procedure di soccorso su tutto il territorio regionale tramite parere del DREU e diffusione successiva alle aziende sanitarie.</li> <li>7. Costituzione del Dipartimento regionale di emergenza urgenza in ARCS.</li> </ol>
Attuazione al 31/12/2019	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nel periodo 2019 è stato estratto un totale di 111.312 casi analizzabili, con una percentuale di utilizzo delle codifiche di dispatch in costante incremento, partendo da un valore del 75,1% nel primo trimestre, coerente con il target già previsto nel 2018, e arrivando ad una percentuale del 94,09%, su un totale di n. 8704 chiamate, nel mese di dicembre.</li> <li>2. Non vi è evidenza dell'attività svolta rispetto alla messa a sistema della scheda media-elettronica.</li> <li>3. Sono stati monitorati i tempi di soccorso, con particolare riferimento ai volumi di chiamate gestite e agli indicatori di efficienza dell'attività svolta dalla Sores in riferimento ai tempi di soccorso, così come risultante dalla "Relazione annuale attività Centrale Operativa Sores – anno 2019", conservata agli atti.</li> <li>4. In sede di Dipartimento interaziendale è emersa la necessità di avere un documento unico di formazione e aggiornamento del personale medico e infermieristico impegnato in attività di emergenza urgenza. Nell'incontro del Dipartimento di data 12/12/2019 è stata illustrata una proposta di piano formativo per gli operatori provenienti dalle Aziende Sanitarie, sia per quanto attiene la gestione dei mezzi che per le attività di Centrale, oggetto di confronto ed ulteriore approfondimento. Pertanto, considerato anche che la carenza di personale di Centrale ha permesso esclusivamente la gestione dei turni, non è stato possibile dare attuazione ai percorsi di formazione.</li> </ol>	

5. Non vi è evidenza della condivisione dei protocolli della maxi-emergenza, disaster recovery, RSR e NBCR.
6. Non vi è evidenza della trasmissione alle Aziende delle procedure di soccorso ovvero evidenza di un incontro di diffusione.
7. Nell'atto aziendale, adottato con delibera C.S. n. 92 del 28/06/2019, sono state recepite le disposizioni contenute nella DGR 1092 del 28/06/2019 in merito alla costituzione del Dipartimento interaziendale del sistema di emergenza e urgenza extra-ospedaliera.

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>
--------------------	-----------------------------------------

<b>3.8.1 sub a) Rapporto con i cittadini &gt; Tempi d'attesa</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
Informatizzazione agende delle prestazioni di specialistica ambulatoriale individuate dalla DCS	Verifica che le agende delle prestazioni di specialistica ambulatoriale individuate dalla DCS siano informatizzate e rese disponibili a sistema CUP regionale
<p>Attuazione al 31/12/2019</p> <p>I monitoraggi relativi all'informatizzazione delle agende delle prestazioni di specialistica ambulatoriale sono stati trasmessi alla DCS, come di seguito indicato:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nota prot. n. 1513 del 16/01/2019 relativa al 2° semestre 2018;</li> <li>- nota prot. n. 22023 del 25/07/2019 relativa al 1° semestre 2019;</li> <li>- nota prot. n. 3275 del 30/01/2020 relativa al 2° semestre 2019.</li> </ul>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>3.8.1 sub b) Rapporto con i cittadini &gt; Tempi d'attesa</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
Monitoraggio dei tempi di attesa	<p>Predisposizione ed invio alla DCS dei monitoraggi dei tempi di attesa regionali:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 4 report trimestrali inviati alle Direzioni aziendali del SSR e alla DCS entro il secondo mese successivo alla fine del trimestre di competenza;</li> <li>- 1 report annuale inviato alle Direzioni aziendali del SSR e alla DCS entro il secondo mese successivo alla fine dell'anno;</li> <li>- evidenza della partecipazione ai monitoraggi nazionali</li> </ul>
<p>Attuazione al 31/12/2019</p> <p>I Monitoraggi regionali sui tempi di attesa sono stati prodotti ed inviati via mail alle Direzioni aziendali del SSR e alla DCS, con le seguenti tempistiche:</p> <p>gennaio in data 18/02/2019</p> <p>febbraio in data 04/03/2019</p> <p>marzo in data 09/05/2019</p> <p>aprile in data 09/05/2019</p>	

maggio in data 10/07/2019  
 giugno in data 10/07/2019  
 luglio in data 15/10/2019  
 agosto in data 24/09/2019  
 settembre in data 16/10/2019  
 ottobre in data 21/11/2019  
 novembre in data 30/12/2019  
 dicembre in data 30/01/2020

I dati, già inviati in questa modalità, sono stati anche riproposti alla DCS e alle Aziende del SSR in forma aggregata, con i seguenti report:

gennaio-febbraio in data 04/03/2019;  
 gennaio-Aprile in data 09/05/2019;  
 gennaio-giugno in data 10/07/2019;  
 gennaio-agosto in data 24/09/2019;  
 gennaio-settembre in data 16/10/2019;  
 gennaio-ottobre in data 21/11/2019;  
 gennaio-novembre in data 30/12/2019;  
 luglio-dicembre in data 30/01/2020.

I report semestrali sono stati inviati alle Aziende del SSR e alla DCS con mail del 10/07/2019 e nota prot. 3289 del 30/01/2020. Con la citata nota è stato altresì trasmesso alle Direzioni aziendali del SSR e alla DCS il report annuale relativo al Monitoraggio dei tempi di attesa regionali.

La Struttura ha partecipato ai monitoraggi nazionali in ottemperanza a quanto richiesto dal Ministero della Salute e da AGENAS, inviando i dati richiesti in merito ai Tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali via mail e validando i dati inseriti dai referenti aziendali sul portale AGENAS in merito alla Libera professione, rispettando le scadenze previste.

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--------------------	----------------------------

<b>4.1 sub a) Il sistema informativo</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
Revisione del modello organizzativo con conseguente adeguamento dei processi e delle procedure informatiche per il sistema CUS/SORES e adeguamento delle soluzioni con contestuale ampliamento della copertura radio del sistema di emergenza sanitario FVG.	Revisione del modello organizzativo con conseguente adeguamento dei processi e delle procedure informatiche per il sistema del SORES.
Attuazione al 31/12/2019	
Risulta completata l'attività di INSIEL per la costituzione di una rete radio avionica. In data 17/07/2019 è stato sottoscritto il documento tecnico relativo alla gara di acquisizione del nuovo software, a cui ha preso parte il personale SORES, specificamente incaricato dalla Direzione Aziendale.	

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
-------------	---------------------

4.1 sub b) Il sistema informativo	
Obiettivo	Risultato atteso
Piattaforma per la Gestione delle risorse Umane e la Contabilità. La DCS individuerà dei referenti aziendali per visionare una serie di sistemi presenti sul mercato. Partecipazione ai gruppi di lavoro, su indicazione DCS.	Partecipazione al 90% degli incontri.
Attuazione al 31/12/2019	
ARCS ha assicurato la partecipazione dei referenti competenti per materia, a tutti gli incontri organizzati, come da verbali acquisiti agli atti della DCS.	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO

4.1 sub c) Il sistema informativo	
Obiettivo	Risultato atteso
Sicurezza informatica: sicurezza fisica e logica/funzionale del sistema informativo, anche in attinenza ai temi relativi alla circolare AgID n. 2/2017 del 18.4.2017 "misure minime di sicurezza" ed entrata in vigore del GDPR - (Regolamento UE 2016/679)	Analisi del contesto per il consolidamento dei processi e l'introduzione di nuove procedure volte a favorire interventi di adeguamento tecnologico dei sistemi informativi per la sicurezza cibernetica e la protezione informatica dei dati.
Attuazione al 31/12/2019	
ARCS, nel corso del 2019, ha provveduto ad analizzare il contesto aziendale ai fini dell'adeguamento tecnologico dei sistemi informativi, consolidando le PdL aziendali a Windows 10 Ver. 1809 e garantendo l'aggiornamento degli applicativi installati sulla base delle vulnerabilità di maggiore criticità rilevate dal servizio Nessus.	
Con determina n. 674 del 01/07/2019 ARCS ha provveduto ad affidare il servizio "SPC Cloud lotto 2" (vulnerability assessment) e a sottoscrivere il relativo contratto.	
In data 10/10/2019 è stata adottata la nuova procedura "protezione crittografica e trasmissione di documenti con particolari requisiti di riservatezza", che è stata illustrata al personale ARCS durante gli incontri di formazione obbligatoria "La protezione dei dati personali alla luce del Regolamento (UE) 2016/679 e dell'entrata in vigore del D.Lgs. 101/2018".	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO

4.1 sub d) Il sistema informativo	
Obiettivo	Risultato atteso
<u>Regolamento europeo GDPR n. 679/2016 e D.lgs.</u>	Evidenza partecipazione al corso

<p><u>196/2003 come modificato dal D.lgs. 101/2018:</u> partecipazione obbligatoria del Commissario, Vice Commissario Amministrativo e Vice Commissario Sanitario al corso sul trattamento dei dati personali realizzato dalla DCS</p>	
<p>Attuazione al 31/12/2019</p> <p>La direzione strategica ha partecipato il 21/05/2019 al corso organizzato dalla DCS.</p>	
<p><b>Valutazione</b></p>	<p><b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b></p>

<p><b>4.2 sub a) Sistema PACS regionale</b></p>	
<p>Obiettivo</p>	<p>Risultato atteso</p>
<p>Collaudo presso un sito pilota della soluzione di integrazione SIO/PACS per la produzione di un referto multimediale in Radiologia, già testata in ambiente di prova e avvio della soluzione a livello regionale</p>	<p>Le Aziende garantiscono il supporto tecnico e clinico per le attività di collaudo e avviamento presso gli altri siti regionali secondo il programma che sarà redatto da ARCS d'intesa con INSIEL e con il fornitore PACS.</p>
<p>Attuazione al 31/12/2019</p> <p>Obiettivo stralciato con DGR n. 1812 del 25/10/2019 "I Rendiconto semestrale 2019 di valutazione economica, finanziaria e gestionale del Servizio Sanitario Regionale".</p>	
<p><b>Valutazione</b></p>	<p><b>OBIETTIVO STRALCIATO</b></p>

<p><b>4.2 sub b) Sistema PACS regionale</b></p>	
<p>Rinnovo del contratto di fornitura regionale in carico ad ARCS. In subordine le Aziende sono chiamate a proseguire, con il coordinamento dell'ARCS quale struttura di supporto della DCS per la gestione del sistema PACS regionale, nell'implementazione dei casi d'uso per la gestione dell'imaging per i flussi emergenziali interaziendali, per l'adozione di una nuova piattaforma di refertazione multimediale e dell'estensione del sistema PACS in ulteriori ambiti clinico/diagnostici. Resta comunque confermata la necessità di garantire all'impianto PACS regionale la disponibilità della funzione di visibilità a livello interaziendale di referti e delle relative immagini associate.</p>	<p>Rinnovo del contratto o prosecuzione implementazione casi d'uso</p>
<p>Attuazione al 31/12/2019</p> <p>ARCS ha garantito il coordinamento dell'attività anche per l'anno 2019.</p> <p>La sostituzione delle workstation e degli archivi in base alle condizioni del contratto rinnovato (determina EGAS 1419/2018) e della lettera di conferma fornitura si è completata con il supporto dei referenti tecnici</p>	

aziendali, con il coordinamento di ARCS.

Il flusso operativo per la gestione dell'imaging in regime emergenziale interaziendale è stato attivato tra il centro di cardiocirurgia dell'HUB di Udine e l'ospedale spoke di Pordenone.

Nel corso del 2019, la refertazione e il passaggio di dati clinici di screening sono stati attivati presso i servizi di endoscopia digestiva degli ospedali di Pordenone e di San Daniele del Friuli.

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
-------------	---------------------

## 7.2 Le regole gestionali – azioni operative

Obiettivo	Risultato atteso
<p><u>SIOPE+</u> La materia è regolata dall'art.14, comma 8-bis della L. 196/2009. Con SIOPE+ gli ordinativi dovranno essere trasmessi attraverso un'unica infrastruttura informatica, secondo lo standard definito da Agid, alla Banca d'Italia, la quale provvederà poi a trasmetterli al tesoriere per la loro lavorazione. Le aziende sanitarie sono passate nel nuovo sistema a partire dal 1° ottobre 2018. Dal 1 gennaio 2019 dovranno applicare il programma SIOPE + gli IRCCS e l'ARCS</p>	<p>Avvio del sistema SIOPE+ dal 01/01/2019</p>
<p>Attuazione al 31/12/2019</p> <p>Nel 2019 tutti gli ordinativi di pagamento e di incasso di ARCS sono stati emessi secondo il sistema SIOPE+.</p>	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO

## 8.1 Formazione

Obiettivo	Risultato atteso
<p>1. Creazione di un team di progettisti e tecnici informatici che gestiscano i progetti di FAD regionale.</p> <p>2. Accreditamento di eventi FAD regionali.</p> <p>3. Iscrizioni on line</p>	<p>1. Creazione del team entro il 30/06/2019.</p> <p>2. Accreditamento di n. 2 eventi FAD entro il 30/09/2019.</p> <p>3. Utilizzo della funzione "iscrizione on line" per almeno 5 eventi RES entro il 30/11/2019.</p>
<p>Attuazione al 31/12/2019</p> <p>1. Nel corso del 2019 si sono realizzate le attività propedeutiche al passaggio al nuovo software della formazione. Alla situazione attuale, infatti, non risulta possibile lo sviluppo di progetti formativi FAD su larga scala e integrati con l'applicativo della formazione in uso GFOR in quanto la piattaforma di e-learning HTL, individuata quale piattaforma regionale, non ha a regime tale integrazione. La costituzione del team in oggetto sarà, pertanto, successiva alla disponibilità del nuovo software.</p> <p>2. Entro il 30/09/2019 sono stati accreditati i seguenti eventi in modalità FAD:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- EGAS_18015 "Formazione generale del lavoratore sulla sicurezza" corso 2018 prorogato fino al 31/03/2019;</li> </ul>	



- ARCS\_19030 "Formazione generale del lavoratore sulla sicurezza" attivo dal 01/04/2019;
- ARCS\_19013 " Il nuovo sistema web di visualizzazione delle immagini del PACS regionale" attivo dal 31/05/2019.

3. L'utilizzo della funzione "iscrizioni on line" è stata utilizzata entro il 30/11/2019 per i seguenti corsi rivolti al personale aziendale:

- ARCS\_19001 BLSD;
- ARCS\_19002 PBLSD;
- ARCS\_19009 Corso Excel intermedio;
- ARCS\_19026 Formazione del personale in materia di anticorruzione e trasparenza;
- ARCS\_19027 La protezione dei dati personali alla luce del Regolamento (UE) 2016/679 e dell'entrata in vigore del D.Lgs. 101/2018.

<b>Valutazione</b>	<b>1. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b> <b>2. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> <b>3. OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------

### LINEE DI ATTIVITA' CONSOLIDATE

<b>Acquisti centralizzati di beni e servizi a favore degli Enti del SSR</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
ARCS prosegue l'attività di espletamento delle gare centralizzate di beni e servizi finalizzate al continuo perfezionamento del processo di omogeneizzazione dei comportamenti e delle modalità di utilizzo dei fattori produttivi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le procedure di gara sono avviate sia per garantire la continuità delle forniture necessarie al regolare funzionamento delle Aziende del SSR, che per specifiche procedure previste dalle linee di gestione 2019 o richieste in corso d'anno dalla pianificazione regionale;</li> <li>- nell'espletamento di tale attività ARCS continua ad agire guidata dai principi della "spending review" e della "green economy". In tale ottica ARCS prosegue nell'utilizzo per tutte le procedure di gara della piattaforma regionale di e-procurement ed imposta i capitolati di gara tenendo conto dei requisiti previsti dalla normativa sui Criteri Minimi Ambientali che i fornitori debbono garantire.</li> <li>- nel corso dell'anno 2019 diventerà operativo l'Albo dei Commissari di gara di cui all'articolo 78 del Decreto Legislativo 19 aprile 2016, n. 50, differito al 15/04/2019 dal comunicato del Presidente dell'ANAC del 15/01/2019.</li> </ul>
<p>Attuazione al 31/12/2019</p> <p>ARCS assicura l'espletamento delle gare centralizzate secondo i criteri e il cronoprogramma approvato con delibera n. 46 del 17/04/2019. L'attività è svolta secondo i principi della spending review e della green economy mediante utilizzo della piattaforma regionale di e-procurement.</p> <p>Il D.L. 32/2019, convertito con L. 55/2019 sospende l'Albo di cui all'art. 78 del D.lgs. 50/2016 fino al</p>	

31/12/2020.

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--------------------	----------------------------

<b>Logistica centralizzata</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
Logistica centralizzata	<p>Il servizio di logistica centralizzata sarà impegnato nell'attività di messa a regime della fornitura dell'area di ASUI TS, iniziata nel corso del primo semestre 2018.</p> <p>Nel corso del 2019 verranno analizzate le possibili modalità di sviluppo del servizio al fine di redigere idoneo capitolato atto a indire la gara per il prosieguo dell'attività dal 2020, sia per l'esternalizzazione della logistica che per l'utilizzo degli spazi di stoccaggio.</p>
<p>Attuazione al 31/12/2019</p> <p>Durante il primo semestre 2019 il servizio di logistica centralizzata è andato a regime sull'area Giuliana. L'attività complessiva ha registrato 136.298 righe consegnate pari ad un aumento percentuale sull'ultimo semestre 2018 del + 38%. Sostanzialmente il numero medio di righe mensili del primo semestre 2019 è stato di 22.716 contro le 16.427 dell'ultimo semestre 2018. In particolare, nel corso del periodo sono stati attivati i seguenti servizi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Il 01/01/2019 sono stati attivati i magazzini di trasferimento per la gestione degli emoderivati;</li> <li>- Il 01/03/2019 è stato attivato il magazzino di trasferimento per la gestione dei prodotti di nutrizione enterale</li> <li>- Il 01/06/2019 è stato implementato il numero di farmaci gestiti nei Buffer Aziendali.</li> </ul> <p>Nel corso del 2019, in vista della prossima scadenza del contratto di logistica centralizzata prevista per aprile 2020, sono state attivate una serie di iniziative atte alla stesura di un idoneo capitolato di gara, in particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Il 10/04/2019 sono state convocate le Direzioni delle Aziende del SSR per condividere un percorso per la definizione delle prestazioni e dei livelli di servizio della logistica centralizzata oggetto della nuova gara d'appalto.</li> <li>- Il 16/05/2019 si è svolto il primo incontro del Gruppo Tecnico, nominato dalle Aziende, che andrà a costruire il capitolato di gara. A questo, sono seguiti altri due incontri nelle date del 12/06/2019 e 27/06/2019 in forma plenaria nei quali sono stati definiti i fabbisogni e le caratteristiche dei servizi logistici richiesti dalle Aziende e altri tre incontri nel mese di ottobre 2019 con i professionisti delle singole Aziende (raggruppandoli in funzione dell'appartenenza agli Enti definiti dal nuovo assetto istituzionale ex L.R. 27/2018)</li> <li>- Il 07/06/2019 è stato attivato un servizio di supporto al RUP, finalizzato alla stesura del capitolato tecnico della nuova gara per la gestione della logistica centralizzata: nel secondo semestre è stato fornito supporto tecnico al consulente individuato per la predisposizione delle seguenti analisi: calcolo del baricentro del sito logistico e analisi costi/benefici del trasferimento del Magazzino in posizione baricentrica. I documenti finali sono stati trasmessi alla Direzione aziendale il 23/12/2019 e conservati agli atti.</li> <li>- Il 20/06/2019 è stato organizzato un workshop a Pordenone dal titolo "Logistica distributiva centralizzata e Logistica di reparto" nel quale sono state presentate diverse esperienze nazionali di integrazione della supply chain sanitaria ed è stata attivata una tavola rotonda con le aziende sanitarie regionali presenti sui possibili scenari di evoluzione della logistica sanitaria regionale.</li> </ul>	

Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO
-------------	---------------------

Provveditorato centralizzato AAS3-ASUI UD	
Obiettivo	Risultato atteso
ARCS continua ad assicurare le procedure di gara non centralizzate e tutte le attività correlate alla messa a disposizione dei beni e servizi richiesti da AAS3 e ASUIUD	Nel corso del 2019 verrà elaborato un progetto per il trasferimento della funzione alle Aziende interessate; i termini per l'attuazione delle modalità di trasferimento, sia per quanto concerne la dotazione organica che per le attività, verranno definite in condivisione con AAS3 e ASUIUD.
<p>Attuazione al 31/12/2019</p> <p>ARCS, nell'anno 2019, ha continuato a garantire il regolare svolgimento dell'attività per conto di AAS3 e ASUIUD.</p> <p>Nel corso del primo semestre l'attività di analisi si è concentrata in particolare sulle attività svolte per conto di ASUIUD, che costituiscono la maggioranza delle attività svolte dal Provveditorato Centralizzato e quelle che hanno presentato le maggiori criticità in alcuni ambiti (beni in transito).</p> <p>Si è provveduto ad una mappatura completa delle attività in corso con i relativi carichi di lavoro definiti in numero di personale FTE impiegato per ciascuna dell'attività analizzate.</p> <p>Nel mese di maggio è stata elaborato, a cura di ARCS, una prima bozza di accordo per definire i termini del passaggio di competenze delle attività.</p> <p>Con nota prot. n. 31317 del 25/10/2019 ARCS ha trasmesso, dopo diversi incontri intervenuti tra i rappresentanti delle Aziende interessate, il progetto finale di reinternalizzazione della funzione.</p>	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO

Concorsi centralizzati per il comparto	
Obiettivo	Risultato atteso
Concorsi centralizzati	Nel 2019 sarà garantito il completamento delle procedure concorsuali per la figura di Collaboratore professionale sanitario infermiere.
<p>Attuazione al 31/12/2019</p> <p>Nel 2019 si è conclusa la procedura concorsuale per la figura di collaboratore professionale sanitario infermiere, con l'approvazione della graduatoria di merito con delibera n. 186 del 18/12/2019.</p> <p>Le prove relative alla procedura centralizzate del concorso IP si sono svolte con il seguente calendario:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- prova preselettiva in data 02/07/2019;</li> <li>- prova scritta in data 05/07/2019;</li> <li>- prova pratica in data 23/10/2019;</li> <li>- prove orali dal 28/10/2019 e fino al 06/12/2019.</li> </ul>	
Valutazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO

Gestione trattamento economico stipendi personale convenzionato
-----------------------------------------------------------------

Obiettivo	Risultato atteso
Prosegue l'attività di centralizzazione della funzione di gestione del trattamento economico del personale convenzionato per l'AAS3 e l'ASUI UD.	Nel corso del 2019 verrà elaborato un progetto per il trasferimento della funzione alle Aziende interessate; i termini per l'attuazione delle modalità di trasferimento, sia per quanto concerne la dotazione organica che per le attività, verranno definite in condivisione con AAS3 e ASUIUD.
Attuazione al 31/12/2019	
<p>In esecuzione a quanto previsto dalle linee di gestione di cui all'allegato 1 della DGR 878/2019, come da nota prot. 32666 del 08/11/2019, ARCS ha assicurato, per tutto il 2019, la gestione della funzione di trattamento economico degli stipendi del personale convenzionato, invitando altresì le Aziende ASUIUD e AAS 3 a definire le modalità di trasferimento di detta funzione.</p> <p>AAS 3 con nota prot. 54113 del 20/11/2019, nelle more della riorganizzazione, ha richiesto la proroga della funzione fino al 30/04/2020. La richiesta è stata accolta con nota Arcs prot. 34708 del 27/11/2019.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Comitato Etico Regionale Unico FVG (CERU)</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
Comitato Etico Regionale Unico FVG (CERU)	ARCS continua ad assicurare a tale organismo la segreteria amministrativa, la gestione contabile delle partecipazioni alle sperimentazioni e ogni eventuale supporto tecnico-amministrativo necessario al funzionamento e all'espletamento delle funzioni.
Attuazione al 31/12/2019	
<p>A seguito della nomina regionale in data 30/10/2019 con decreto n. 2162 dei nuovi componenti CEUR per il triennio 2019-2022, sono stati predisposti da parte della segreteria CEUR gli atti propedeutici all'insediamento ed alla prosecuzione delle attività. È stato garantito l'aggiornamento delle sezioni dedicate nel sito istituzionale ARCS. In data 19/11/2019 si è avviato il percorso di revisione del Regolamento CEUR. La segreteria ha dato pertanto il proprio supporto nella redazione del documento nelle successive sedute del 2019 (26/11; 03/12; 17/12), giungendo all'approvazione del testo finale nella seduta del 28 gennaio 2020.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Gestione Convenzione Unica tra il CNSAS e la Regione</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
Gestione della convenzione tra il CNSAS e la Regione	In ottemperanza al dettato normativo di cui alla L.R. 24/2017, prosegue l'attività, iniziata nel 2018, di gestione finanziaria della convenzione tra il CNSAS, la Regione e ARCS.
Attuazione al 31/12/2019	

Per l'anno 2019 ARCS ha assicurato, per la parte di competenza, l'attività di gestione della convenzione tra il CNSAS e la Regione. Secondo la tempistica della convenzione vigente, sono stati effettuati i seguenti pagamenti:

- determinazione n. 281 del 21/03/2019, 1° acconto 2019;
- determinazione n. 741 del 15/07/2019, saldo 2018;
- determinazione n. 1096 dell'11/11/2019, 2° acconto 2019.

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--------------------	----------------------------

<b>Rischio clinico –assicurazioni</b>	
---------------------------------------	--

Obiettivo	Risultato atteso
Rischio clinico - assicurazioni	<p>Proseguono le attività relative alla gestione delle assicurazioni sul modello adottato negli anni precedenti, collaborando quindi nella gestione dei sinistri e provvedendo alla liquidazione dei sinistri e delle relative spese di difesa in giudizio dagli enti del SSR, con correlativa imputazione al fondo all'uopo finalizzato, secondo le regole regionali tempo per tempo vigenti.</p> <p>ARCS provvede altresì ad idoneo monitoraggio dei sinistri denunciati e del relativo iter procedurale.</p> <p>In corso d'anno si procederà alla revisione del regolamento interaziendale vigente ed al perfezionamento del sistema di responsabilizzazione delle Aziende del SSR.</p>

Attuazione al 31/12/2019

La gestione dei sinistri, denunciati nell'ambito della copertura assicurativa rct/o del SSR, continua ad essere espletata in coerenza con quanto fatto in precedenza, garantendo lo svolgimento del monitoraggio, dell'istruttoria e di tutte le attività finalizzate alla definizione dei medesimi nel rispetto della suddivisione dei ruoli con gli Enti del SSR di volta in volta coinvolti.

Si è proceduto, inoltre, alla predisposizione di una bozza di regolamento per l'introduzione di una rinnovata disciplina dell'attività di cui sopra, il cui vaglio ed eventuale approvazione da parte delle Aziende del SSR è dipendente dal processo di riorganizzazione in atto nelle stesse in esecuzione della Riforma Sanitaria di cui alla Legge Regionale 27/2018.

<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>
--------------------	----------------------------

### **SVILUPPO 2019**

<b>Atto Aziendale e assetto organizzativo</b>	
-----------------------------------------------	--

Obiettivo	Risultato atteso
Adozione atto aziendale e assetto organizzativo	Entro il 1° semestre di attività verrà adottato l'atto aziendale, con conseguente definizione dell'assetto organizzativo e di funzionamento di ARCS e

adempimento degli atti attuativi	
Attuazione al 31/12/2019	
L'atto aziendale è stato adottato con delibera n. 92 del 28/06/2019.	
Di seguito i conseguenti provvedimenti di prima attuazione adottati:	
- delibere n. 95 del 11/07/2019 e n. 113 del 27/08/2019 per il Dipartimento Attività centralizzate di farmaceutica, approvvigionamento e logistica dei beni – DIFAL;	
- delibera n. 114 del 27/08/2019 per il Dipartimento informatico, informativo e di valutazione tecnologica - SOC Ingegneria clinica;	
- delibere n. 116 del 29/08/2019 e n. 170 del 22/11/2019 per il Dipartimento della tecnostruttura;	
- delibera n. 130 del 12/09/2019 per il Dipartimento dei servizi alla persona – DISP;	
- delibera n. 131 del 12/09/2019 per il Dipartimento del governo delle aziende e del sistema- DIGAS.	
Si soggiunge che, in relazione alla definizione di un cronoprogramma delle successive fasi attuative, sono intervenuti diversi incontri con la DCS, cui hanno fatto seguito le note ARCS prot. n. 32498 del 07/11/2019 e prot. n. 35019 del 29/11/2019 in merito alla necessità di individuare delle risorse necessarie per l'attivazione delle funzioni.	
Tali istanze non hanno trovato alcun riscontro nel corso del 2019, tant'è che la DCS nell'incontro di negoziazione del 16/12/2019 confermava che le Linee per la gestione 2020 avrebbero contenuto indicazioni sul come operare al fine dell'integrazione dei fondi contrattuali di ARCS.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Revisione procedure informatiche per la gestione delle Risorse Umane e della Contabilità</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
Revisione procedure informatiche per la gestione delle Risorse Umane e della contabilità	ARCS partecipa al percorso di rinnovamento promosso dalla DCS per le piattaforme per la gestione delle Risorse Umane e la Contabilità che prevede per l'anno 2019 l'analisi dello stato di fatto, dei requisiti e una valutazione del piano di implementazione.
Attuazione al 31/12/2019	
ARCS ha assicurato la partecipazione dei referenti competenti per materia individuati dalla DCS, a tutti gli incontri organizzati, come da verbali acquisiti agli atti della DCS.	
ARCS ha altresì garantito tutte le attività propedeutiche alla partecipazione agli incontri indicati, in termini di ricognizione e analisi delle voci di codifica utilizzate e di predisposizione della relativa reportistica.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Centrale Operativa 118 regionale e sistema regionale del soccorso</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
Centrale Operativa 118 regionale e sistema regionale del soccorso	Prosegue l'attività della Centrale operativa mantenendo l'attuale assetto organizzativo. Per l'anno in corso è prevista una revisione del sistema

	di gestione dell'emergenza urgenza extraospedaliera che vedrà coinvolti le aziende regionali e ARCS al fine di migliorare l'operatività
Attuazione al 31/12/2019	
<p>Nell'atto aziendale adottato con delibera C.S. n. 92 del 28/06/2019 sono state recepite le disposizioni contenute nella DGR 1092 del 28/06/2019 in merito alla costituzione del Dipartimento interaziendale del sistema di emergenza e urgenza extra-ospedaliera.</p> <p>Nel corso del secondo semestre hanno avuto avvio i lavori per la definizione delle tematiche relative al sistema di emergenza urgenza regionale quali, ad esempio, l'omogeneizzazione dei protocolli sull'intero territorio regionale, l'istituzione delle nuove articolazioni territoriali, l'alternanza tra attività di Centrale e attività sui mezzi per gli operatori per il mantenimento delle competenze, la formazione degli operatori e l'elisoccorso,.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO</b>

<b>Screening oncologici</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
Screening oncologici	<p>Proseguono le attività garantite, compresa la gestione centralizzata delle agende per i refertatori dello screening della mammella.</p> <p>Per il 2019 è ipotizzabile un trasferimento in ARCS anche della parte strategica del progetto</p>
Attuazione al 31/12/2019	
<p>ARCS ha assicurato per tutto il 2019 la gestione centralizzata delle agende.</p> <p>Sono stati regolarmente prodotti i calendari per l'attività di screening mammografico per il secondo semestre 2019 ed il primo semestre 2020 nel tempo corretto per garantire la programmazione e l'attuazione di tutte le attività previste. Al 100% degli esami e dei richiami tecnici eseguiti su unità mobile è seguita una prima lettura da parte dei Radiologi del programma di screening regionale.</p> <p>Per tutto l'anno 2019 la struttura ha garantito l'assegnazione delle prime e seconde letture e degli arbitrati ai radiologi di screening della regione FVG.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Piano sangue e attività trasfusionali</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
Piano sangue e attività trasfusionali	<p>ARCS continua ad assicurare a supporto di tale attività le seguenti funzioni:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. la gestione delle convenzioni con le associazioni e federazioni dei donatori di sangue;</li> <li>2. le procedure centralizzate di acquisizione dei beni e servizi necessari alle attività trasfusionali regionali, per i quali l'Ufficio di Coordinamento definisce gli standard di prodotto, i requisiti tecnici e i volumi;</li> </ol>

	<p>3. la gestione centralizzata e l'erogazione dei contributi per donazioni alle associazioni, così come previsto dalla DGR 1903/2016 ed attuato da EGAS.</p> <p>4. È inoltre da valutare l'ipotesi di acquisizione dell'attività relativa alla gestione del piano sangue regionale.</p>
<p>Attuazione al 31/12/2019</p> <p>ARCS ha continuato ad assicurare la gestione delle convenzioni vigenti e delle relative funzioni.</p> <p>1. È stata elaborata una proposta di regolamentazione dei rapporti con le Associazioni / Federazioni dei donatori di sangue trasmessa, a firma del Commissario straordinario, alla DCS e alle Aziende interessate nelle date del 03/12/2019 e 11/12/2019.</p> <p>2. Con determina n. 690 del 04/07/2019 "(ID 19APB002) Fornitura di infusori portatili per infusione S.C. di immunoglobuline. Trattativa diretta sul mercato elettronico di Consip. Aggiudicazione" è stata aggiudicata la gara per la fornitura di infusori portatili per immunoglobuline.</p> <p>3. Sono stati erogati i seguenti contributi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- I trimestre 2019 - determinazione n. 460 del 06/05/2019; ordinativi di pagamento emessi in data 16/05/2019;</li> <li>- Il trimestre 2019 - determinazione n. 853 del 20/08/2019; ordinativi di pagamento emessi in data 26/08/2019;</li> <li>- III trimestre 2019 - determinazione n.1056 del 29/10/2019; ordinativi di pagamento emessi in data 11/11/2019;</li> <li>- IV trimestre 2019 - determinazione n. 119 del 14/02/2020; ordinativi di pagamento emessi in data 19/02/2020.</li> </ul> <p>4. Alla data del 31/12/2019 l'attività non è stata internalizzata da ARCS.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

<b>Centro regionale trapianti</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
Centro regionale trapianti	L'acquisizione di ARCS di tale attività comporterà il trasferimento di risorse stimate in ca. 250.000€.
<p>Attuazione al 31/12/2019</p> <p>Nel corso del 2019 non si sono realizzate le condizioni per il trasferimento della funzione in ARCS. Il nuovo atto aziendale approvato con decreto n. 115 del 07/05/2020 non prevede la funzione.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b>

<b>Centro regionale di formazione area cure primarie - CEFORMED</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
Centro regionale di formazione area cure primarie - CEFORMED	In ottemperanza alle direttive e nel rispetto del percorso legislativo ARCS acquisirà la funzione nel corso del 2019



Attuazione al 31/12/2019	
Le disposizioni per il trasferimento della funzione in capo ad ARCS sono contenute nella L.R. 22 del 12/12/2019. Pertanto nel corso del 2019 non vi è stato il tempo tecnico per la realizzazione del trasferimento.	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b>

**AVVIO ULTERIORI FUNZIONI**

<b>Gestione sanitaria accentrata</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
Avvio ulteriori funzioni: come precisato, solo in seguito alla definizione dell'atto aziendale e del conseguente assetto organizzativo di ARCS, in condivisione con la DCS, verranno definite le modalità e le tempistiche di presa in carico di funzioni, competenze e organico necessari all'attuazione di questa ulteriore progettualità	Gestione delegata della Gestione Sanitaria Accentrata di cui all'articolo 22 del decreto legislativo 118/2011, in seguito all'adeguamento normativo sulla base delle determinazioni e tempistiche stabilite con deliberazione della Giunta regionale.
Attuazione al 31/12/2019	
<p>Di seguito l'elenco degli atti predisposti da ARCS al fine di definire le criticità correlate al progetto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- prot. 20842 del 16/07/2019, nota con cui ARCS delinea l'iter regionale assunto a far tempo dall'attuazione del D.Lgs 118/2011 e chiede un incontro di coordinamento delle attività tra ARCS - DCS e DCF;</li> <li>- in sede di redazione del rendiconto infrannuale 2019 ARCS chiede una riprogrammazione delle attività, atteso che l'obiettivo è stato assegnato in data 21/06/2019;</li> <li>- in data 21/11/2019 perviene riscontro da parte della DCS che trasmette bozza di progetto elaborato in collaborazione di un consulente esterno;</li> <li>- con nota prot. 36126 del 09/12/2019 ARCS evidenzia le criticità riscontrate nel progetto ricevuto.</li> </ul> <p>Pertanto, la funzione al 31/12/2019 non risulta attivata in ARCS.</p>	
<b>Valutazione</b>	<b>OBIETTIVO STRALCIATO</b>

<b>Monitoraggio dei costi delle risorse umane</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
Avvio ulteriori funzioni: come precisato, solo in seguito alla definizione dell'atto aziendale e del conseguente assetto organizzativo di ARCS, in condivisione con la DCS, verranno definite le modalità e le tempistiche di presa in carico di funzioni, competenze e organico necessari all'attuazione di questa ulteriore progettualità	ARCS, per il tramite anche di una Commissione regionale, è deputata a predisporre un monitoraggio periodico dei costi, nonché a stabilire le opportune metodologie da adottarsi per il controllo dei limiti di spesa.
Attuazione al 31/12/2019	
Nel corso del 2019 non sono state definite dalla DCS le tempistiche di presa in carico. Tale attività risulta in carico ad ARCS per il 2020, come previsto dalla DGR 2195 del 20/12/2019.	

Valutazione	OBIETTIVO STRALCIATO
<b>Percorsi attuativi della certificazione – PAC</b>	
Obiettivo	Risultato atteso
<p>Avvio ulteriori funzioni: come precisato, solo in seguito alla definizione dell'atto aziendale e del conseguente assetto organizzativo di ARCS, in condivisione con la DCS, verranno definite le modalità e le tempistiche di presa in carico di funzioni, competenze e organico necessari all'attuazione di questa ulteriore progettualità</p>	<p>Definizione, nel corso dell'anno 2019, di un documento di analisi della situazione in essere ed un cronoprogramma operativo di implementazione e realizzazione degli standard organizzativi, contabili e procedurali necessari a garantire la certificabilità dei dati e dei bilanci delle Aziende secondo il nuovo assetto della governance del SSR di cui alla citata L.R. 27/2018.</p>
Attuazione al 31/12/2019	
Nel corso del 2019 non sono state definite dalla DCS le tempistiche di presa in carico.	
Valutazione	OBIETTIVO STRALCIATO

### 5.1 LA PROGRAMMAZIONE DEGLI INVESTIMENTI

La programmazione degli investimenti successiva all'entrata in vigore della LR 26/2015 è stata stabilita delle seguenti Deliberazioni della Giunta Regionale:

- n. 349 del 4 marzo 2016 "LR 49/1996, art 16 e art 20. Programmazione annuale 2016 del Servizio Sanitario Regionale"
- n. 1780 del 23 settembre 2016 "LR 49/1996, art 16 e art 20. Programmazione annuale 2016 del servizio sanitario regionale. integrazione alla DGR 349/2016. investimenti per l'anno 2016"
- n. 1833 del 30 settembre 2016 "LR 49/1996, art 16 e art 20. Programmazione annuale 2016 del servizio sanitario regionale. allegato 6 'investimenti per l'anno 2016'. Integrazioni conseguenti alla legge di assestamento di bilancio 2016"
- n. 2185 del 18 novembre 2016 "DGR 349/2016: 'LR 49/1996, art 16 e art 20. Programmazione annuale 2016 del servizio sanitario regionale'. allegato 6 'investimenti per l'anno 2016".
- n. 371 del 3 marzo 2017 "LR 49/1996, art 16 e art 20. Programmazione annuale 2017 del servizio sanitario regionale - investimenti per l'anno 2017"
- n. 1820 dd. 29 settembre 2017 "LR 49/1996, art 16 e art 20. Programmazione degli investimenti per gli anni 2017/2019"
- n. 2107 dd. 26 ottobre 2017 "LR 49/1996, art 16 e art 20. Programmazione degli investimenti per gli anni 2017/2019 - riforma della DGR 1820/2017"
- n. 2201 dd. 17 novembre 2017 "LR 49/1996, art 16 e art 20. Programmazione degli investimenti per gli anni 2017/2019 e riforma della DGR 349/2016"
- n. 561 del 15 marzo 2018 "LR 49/1996, art. 16 e art. 20. Programmazione degli investimenti per gli anni 2018/2020 e riforma della DGR 185/2018;
- n. 735 del 21 marzo 2018 "LR 49/1996, art. 16 e art. 20. Programmazione degli investimenti per gli anni 2018/2020"
- n. 790 del 21 marzo 2018 "LR 49/1996, art. 16 e art. 20. Programmazione degli investimenti per gli anni 2018/2020 in attuazione della DGR 561/2018"
- n. 791 del 21 marzo 2018 "LR 49/1996, art. 16 e art. 20. Programmazione degli investimenti per gli anni 2018/2020: riforma della DGR 561/2018"
- n. 1424 del 27 luglio 2018 "LR 49/1996, art 16 e art 20. Programmazione degli investimenti per gli anni 2018/2020 in attuazione della DGR 561/2018 - "interventi di investimento e adeguamento sistemi informativi"."
- n. 1911 del 19 ottobre 2018 "LR 49/1996, art 16 e art 20. Programmazione degli investimenti per gli anni 2018/2020 in attuazione della DGR 561/2018."
- n. 2163 del 23 novembre 2018 "LR 49/1996, art 16 e art 20. Programmazione degli investimenti per gli anni 2018/2020 del servizio sanitario regionale. integrazione a seguito della LR 25/2018."
- n. 1334 del 31 luglio 2019 "Revisione della rete odontoiatrica della regione Friuli Venezia Giulia e del programma regionale di odontoiatria pubblica - organizzazione della rete odontoiatrica della regione Friuli Venezia Giulia."
- n. 1455 del 30 agosto 2019 "LR 26/2015, art 33, comma 10 - programmazione degli investimenti nel SSR per gli anni 2019-2021 e riforma delle DGR 735/2018 e 791/2018."
- n. 1626 del 27 settembre 2019 "LR 26/2015 - programmazione degli investimenti nel SSR per gli anni 2019-2021."

- n. 2092 del 5 dicembre 2019 "LR 49/1996 e 26/2015 - programmazione degli investimenti nel SSR - attrezzaggio e rinnovo tecnologico del nuovo ospedale e della cittadella della salute di Pordenone."

Tali Deliberazioni hanno stabilito il riparto tra gli enti del SSR delle risorse regionali in conto capitale per i trienni 2016-2018, 2017-2019, 2018-2020 e 2019-2021 come di seguito riportato:

<b>Ente SSR</b>	<b>Importo concesso nel corso del 2016</b>	<b>Importo concesso nel corso del 2017</b>	<b>Importo concesso nel corso del 2018</b>	<b>Importo concesso nel corso del 2019</b>	<b>Totale complessivo</b>
AAS2	5.984.363,05	25.101.111,08	4.562.600,00	4.665.214,57	40.313.288,70
AAS3	5.498.296,20	4.257.907,26	15.769.903,09	4.194.789,14	29.720.895,69
AAS5	7.334.993,10	13.062.993,51	6.584.048,86	4.445.310,15	31.427.345,62
ASUI TS	7.915.112,89	14.066.085,95	11.666.126,68	6.337.653,90	39.984.979,42
ASUI UD	8.696.373,14	17.466.319,26	4.982.770,59	6.187.110,76	37.332.573,75
EGAS/ARCS	85.000,00	490.000,00	480.000,00	-	1.055.000,00
IRCCS BURLO	1.307.842,14	1.681.387,44	641.483,25	2.331.317,32	5.962.030,15
IRCCS CRO	2.038.626,74	1.011.529,00	831.937,86	18.008.574,39	21.782.041,25
<b>Totale</b>	<b>38.860.607,26</b>	<b>77.137.333,50</b>	<b>45.518.870,33</b>	<b>46.169.970,23</b>	<b>207.578.154,58</b>

Nel corso degli esercizi dal 2016 al 2019 sono stati adottati i decreti di concessione definitiva per le quote stabilite con le citate Deliberazioni.

Di seguito si riporta lo stato di avanzamento degli investimenti programmati nel SSR successivamente all'entrata in vigore della Legge regionale n. 26 del 10 novembre 2015 e risultante dalla rilevazione dei residui passivi ai fini del riaccertamento ordinario effettuata nel 2020.

Le tabelle di questa sezione riportano i riferimenti alle linee programmatiche di investimento stabilite dalle Deliberazioni della Giunta regionale e nelle colonne successive la corrispondente situazione rilevata e quella prevista per gli esercizi futuri. Le linee programmatiche di investimento regionali sono declinate a livello aziendale in uno o più specifici interventi di investimento e risultano pertanto suddivise in ulteriori livelli di dettaglio negli atti di chiusura del Bilancio per l'esercizio 2019 degli enti del SSR.

Ente	ANNO	DGR	Linea di investimento da DGR	TOTALE	di cui al 2019	di cui 2020	di cui 2021	di cui esercizi successivi		
<b>AAS2</b>	2016	1780/2016	interventi programmati dagli enti del SSR a valere sulla quota pari a euro 9.695.085,20	1,96	1,68	0,29	-	-		
			assegnata con DGR 349/2016							
		1833/2016	Aree critiche	0,10	0,07	0,04	-	-		
			Centri di Assistenza Sanitaria Primaria	0,50	-	0,50	-	-		
			Odontoiatria sociale	0,06	0,06	-	-	-		
		2185/2016	Altri interventi	1,37	0,51	0,86	-	-		
			Centri di Assistenza Sanitaria Primaria	0,56	-	0,56	-	-		
		349/2016	Aree critiche (Punto di Primo Soccorso di Lignano)	0,48	0,48	-	-	-		
			Interventi emergenti	0,42	0,42	-	-	-		
			Piano sangue	0,20	0,20	-	-	-		
			Rinnovo automezzi 118	0,08	0,08	-	-	-		
			Unità di allestimento dei Farmaci Antiblastici (UFA)	0,25	0,13	0,12	-	-		
		<b>2016 Totale</b>				<b>5,98</b>	<b>3,62</b>	<b>2,37</b>	-	-
		2017	1820/2017	Trasferimento	21,20	21,20	-	-	-	
	371/2017		Interventi di investimento edili impiantistici	1,13	0,76	0,37	-	-		
			Interventi di investimento per acquisizioni di beni mobili e tecnologici	2,37	1,54	0,83	-	-		
			Interventi emergenti	0,36	0,21	0,15	-	-		
	Odontoiatria sociale		0,04	0,02	0,02	-	-			
	<b>2017 Totale</b>				<b>25,10</b>	<b>23,73</b>	<b>1,37</b>	-	-	
	2018	1424/2018	Trasferimento	1,13	1,13	-	-	-		
		1911/2018	Trasferimento	0,42	-	0,42	-	-		
		2163/2018	Trasferimento	0,35	0,35	-	-	-		
		561/2018	Interventi emergenti	1,20	-	1,20	-	-		
			Trasferimento	1,47	1,47	-	-	-		
	<b>2018 Totale</b>				<b>4,56</b>	<b>2,94</b>	<b>1,62</b>	-	-	
	2019	1334/2019	Trasferimento	0,23	0,23	-	-	-		
		1455/2019	Interventi emergenti	0,44	-	0,44	-	-		
1626/2019		acquisizioni di beni mobili e tecnologici o edili impiantistici finalizzati alla messa a norma del patrimonio aziendale	4,00	4,00	-	-	-			
<b>2019 Totale</b>				<b>4,67</b>	<b>4,23</b>	<b>0,44</b>	-	-		
<b>AAS2 Totale</b>				<b>40,31</b>	<b>34,51</b>	<b>5,80</b>	-	-		
<b>AAS3</b>	2016	1780/2016	interventi programmati dagli enti del SSR a valere sulla quota pari a euro 9.695.085,20	0,44	0,42	0,02	-	-		
		1833/2016	Altri interventi							
			Aree critiche						0,18	-

Ente	ANNO	DGR	Linea di investimento da DGR	TOTALE	di cui al 2019	di cui 2020	di cui 2021	di cui esercizi successivi	
			interventi programmati dagli enti del SSR a valere sulla quota pari a euro 9.695.085,20 assegnata con DGR 349/2016	0,06	0,06	-	-	-	
			Odontoiatria sociale	0,06	0,06	-	-	-	
			Rinnovo automezzi 118	0,40	0,38	0,02	-	-	
		2185/2016	Altri interventi	1,92	1,92	-	-	-	
		349/2016	Adeguamento funzionale ed antisismico Distretto di Codroipo. Integrazione finanziamento per ristrutturazione piastra --	1,40	-	1,40	-	-	
			Aree critiche	0,17	0,16	0,01	-	-	
			Centri di Assistenza Sanitaria Primaria	0,20	-	-	-	0,20	
			Elisuperfici	0,40	-	0,40	-	-	
			Interventi emergenti	0,21	0,21	-	-	-	
		<b>2016 Totale</b>				<b>5,50</b>	<b>3,26</b>	<b>1,85</b>	<b>0,18</b>
	2017	1820/2017	Trasferimento	2,06	2,06	-	-	-	
		371/2017	Interventi di investimento edili impiantistici	1,51	0,50	1,01	-	-	
			Interventi di investimento per acquisizioni di beni mobili e tecnologici	0,49	0,43	0,06	-	-	
			Interventi emergenti	0,16	0,16	-	-	-	
			Odontoiatria sociale	0,04	0,04	-	-	-	
	<b>2017 Totale</b>				<b>4,26</b>	<b>3,19</b>	<b>1,07</b>	-	-
	2018	1424/2018	Trasferimento	0,82	0,82	-	-	-	
		1911/2018	Trasferimento	0,23	-	0,23	-	-	
		2163/2018	Trasferimento	0,22	0,22	-	-	-	
		561/2018	Interventi emergenti	0,55	0,55	0,00	-	-	
			Trasferimento	13,94	7,46	6,48	-	-	
	<b>2018 Totale</b>				<b>15,77</b>	<b>9,06</b>	<b>6,71</b>	-	-
	2019	1455/2019	Interventi emergenti	0,19	0,07	0,13	-	-	
		1626/2019	acquisizioni di beni mobili e tecnologici o edili impiantistici finalizzati alla messa a norma del patrimonio aziendale	4,00	4,00	-	-	-	
			<b>2019 Totale</b>				<b>4,19</b>	<b>4,07</b>	<b>0,13</b>
	<b>AAS3 Totale</b>				<b>29,72</b>	<b>19,57</b>	<b>9,77</b>	<b>0,18</b>	<b>0,20</b>
	<b>AAS5</b>	2016	1780/2016	interventi programmati dagli enti del SSR a valere sulla quota pari a euro 9.695.085,20 assegnata con DGR 349/2016	0,80	0,80	-	-	-
1833/2016				Altri interventi	0,28	0,26	0,02	-	-
				Centri di Assistenza Sanitaria Primaria	0,36	0,00	-	0,35	0,01
2185/2016			Odontoiatria sociale	0,06	0,06	-	-	-	
			Adeguamenti normativi	0,60	0,41	0,19	-	-	
			Altri interventi	1,58	1,58	-	-	-	

Ente	ANNO	DGR	Linea di investimento da DGR	TOTALE	di cui al 2019	di cui 2020	di cui 2021	di cui esercizi successivi	
	2016	349/2016	Aree critiche	1,27	0,90	0,37	-	-	
			Centri di Assistenza Sanitaria Primaria	1,59	0,42	0,92	0,19	0,06	
			Elisuperfici	0,18	0,18	0,00	-	-	
			Interventi emergenti	0,32	0,32	-	-	-	
			Rinnovo automezzi 118	0,30	0,30	-	-	-	
	<b>2016 Totale</b>				<b>7,33</b>	<b>5,22</b>	<b>1,51</b>	<b>0,54</b>	<b>0,07</b>
	2017	1820/2017	371/2017	Trasferimento	4,55	4,55	-	-	-
				Interventi di investimento edili impiantistici	5,79	0,16	1,62	1,34	2,67
				Interventi di investimento per acquisizioni di beni mobili e tecnologici	2,41	2,20	0,21	-	-
				Interventi emergenti	0,27	0,27	-	-	-
			Odontoiatria sociale	0,04	0,04	-	-	-	
	<b>2017 Totale</b>				<b>13,06</b>	<b>7,23</b>	<b>1,83</b>	<b>1,34</b>	<b>2,67</b>
	2018	1424/2018	1911/2018	Trasferimento	1,35	1,35	-	-	-
				Trasferimento	0,75	0,54	0,21	-	-
				Trasferimento	0,20	0,20	-	-	-
				Interventi emergenti	0,94	0,80	0,14	-	-
				Trasferimento	3,34	3,34	-	-	-
	<b>2018 Totale</b>				<b>6,58</b>	<b>6,23</b>	<b>0,35</b>	-	-
	2019	1334/2019	1455/2019	Trasferimento	0,12	0,12	-	-	-
				Interventi emergenti	0,33	-	0,33	-	-
acquisizioni di beni mobili e tecnologici o edili impiantistici finalizzati alla messa a norma del patrimonio aziendale				4,00	4,00	-	-	-	
<b>2019 Totale</b>				<b>4,45</b>	<b>4,12</b>	<b>0,33</b>	-	-	
<b>AASs Totale</b>				<b>31,43</b>	<b>22,79</b>	<b>4,02</b>	<b>1,88</b>	<b>2,74</b>	
<b>ASUITS</b>	2016	1780/2016	interventi programmati dagli enti del SSR a valere sulla quota pari a euro 9.695.085,20 assegnata con DGR 349/2016	2,21	2,00	0,21	-	-	
			1833/2016	Adeguamenti normativi	0,05	0,05	0,00	-	-
				Altri interventi	0,54	0,49	0,05	-	-
				Elisuperfici	0,02	0,02	-	-	-
				Odontoiatria sociale	0,06	0,06	-	-	-
				Rinnovo automezzi 118	0,01	0,00	0,00	-	-
			2185/2016	Adeguamenti normativi	0,12	0,12	-	-	-
				Altri interventi	2,81	2,71	0,10	-	-
			349/2016	Aree critiche	1,22	1,21	0,01	-	-
				Centri di Assistenza Sanitaria Primaria	0,25	0,19	0,06	-	-
Interventi emergenti	0,47	0,43		0,05	-	-			

Ente	ANNO	DGR	Linea di investimento da DGR	TOTALE	di cui al 2019	di cui 2020	di cui 2021	di cui esercizi successivi
			Rinnovo automezzi 118	0,16	0,16	-	-	-
			<b>2016 Totale</b>	<b>7,92</b>	<b>7,43</b>	<b>0,48</b>	-	-
2017	1820/2017		Trasferimento	10,15	10,15	-	-	-
	371/2017		Interventi di investimento edili impiantistici	0,85	0,21	0,51	0,13	-
			Interventi di investimento per acquisizioni di beni mobili e tecnologici	2,60	1,64	0,96	-	-
			Interventi emergenti	0,42	0,42	-	-	-
			Odontoiatria sociale	0,05	0,05	-	-	-
			<b>2017 Totale</b>	<b>14,07</b>	<b>12,47</b>	<b>1,47</b>	<b>0,13</b>	-
2018	1424/2018		Trasferimento	1,26	1,26	-	-	-
	1911/2018		Trasferimento	0,50	-	0,50	-	-
	2163/2018		Trasferimento	0,50	0,50	-	-	-
	561/2018		Interventi emergenti	1,61	0,99	0,62	-	-
			Trasferimento	7,80	7,80	-	-	-
			<b>2018 Totale</b>	<b>11,67</b>	<b>10,55</b>	<b>1,12</b>	-	-
2019	1334/2019		Trasferimento	0,27	0,27	-	-	-
	1455/2019		Interventi emergenti	0,56	0,08	0,49	-	-
	1626/2019		acquisizioni di beni mobili e tecnologici o edili impiantistici finalizzati alla messa a norma del patrimonio aziendale	5,20	5,20	-	-	-
			Trasferimento	0,30	0,30	-	-	-
			<b>2019 Totale</b>	<b>6,34</b>	<b>5,85</b>	<b>0,49</b>	-	-
			<b>ASUITS Totale</b>	<b>39,98</b>	<b>36,30</b>	<b>3,55</b>	<b>0,13</b>	-
<b>ASUIUD</b>	2016	1780/2016	interventi programmati dagli enti del SSR a valere sulla quota pari a euro 9.695.085,20 assegnata con DGR 349/2016	2,99	1,98	0,70	0,29	-
		1833/2016	Altri interventi	0,60	0,60	-	-	-
			Odontoiatria sociale	0,06	0,05	0,01	-	-
		2185/2016	Altri interventi	3,66	2,36	0,70	0,56	-
		349/2016	Aree critiche	0,76	0,45	0,31	-	-
			Centri di Assistenza Sanitaria Primaria	0,20	0,20	0,00	-	-
			Interventi emergenti	0,42	0,42	-	-	-
			<b>2016 Totale</b>	<b>8,70</b>	<b>6,06</b>	<b>1,73</b>	<b>0,85</b>	-
	2017	1820/2017	Trasferimento	12,65	12,65	-	-	-
		371/2017	Interventi di investimento edili impiantistici	0,80	0,25	0,55	-	-
			Interventi di investimento per acquisizioni di beni mobili e tecnologici	3,60	3,30	0,30	-	-
			Interventi emergenti	0,37	0,35	0,01	-	-
			Odontoiatria sociale	0,05	0,05	0,00	-	-
			<b>2017 Totale</b>	<b>17,47</b>	<b>16,60</b>	<b>0,86</b>	-	-



Ente	ANNO	DGR	Linea di investimento da DGR	TOTALE	di cui al 2019	di cui 2020	di cui 2021	di cui esercizi successivi	
	2018	1424/2018	Trasferimento	1,60	1,60	-	-	-	
		1911/2018	Trasferimento	0,50	-	0,50	-	-	
		2163/2018	Trasferimento	0,50	0,50	-	-	-	
		561/2018	Interventi emergenti	1,58	0,89	0,70	-	-	
			Trasferimento	0,80	0,80	-	-	-	
	<b>2018 Totale</b>				<b>4,98</b>	<b>3,79</b>	<b>1,20</b>	-	-
	2019	1334/2019	Trasferimento	0,13	0,13	-	-	-	
		1455/2019	Interventi emergenti	0,56	0,07	0,49	-	-	
		1626/2019	acquisizioni di beni mobili e tecnologici o edili impiantistici finalizzati alla messa a norma del patrimonio aziendale	5,50	5,50	-	-	-	
	<b>2019 Totale</b>				<b>6,19</b>	<b>5,70</b>	<b>0,49</b>	-	-
<b>ASUIUD Totale</b>				<b>37,33</b>	<b>32,14</b>	<b>4,28</b>	<b>0,85</b>	-	
EGAS/ARCS	2016	1780/2016	interventi programmati dagli enti del SSR a valere sulla quota pari a euro 9.695.085,20 assegnata con DGR 349/2016	0,09	0,09	-	-	-	
		<b>2016 Totale</b>				<b>0,09</b>	<b>0,09</b>	-	-
	2017	1820/2017	Trasferimento	0,24	0,24	-	-	-	
		371/2017	Interventi di investimento per acquisizioni di beni mobili e tecnologici	0,25	0,25	-	-	-	
	<b>2017 Totale</b>				<b>0,49</b>	<b>0,49</b>	-	-	
	2018	1424/2018	Trasferimento	0,48	0,48	-	-	-	
		<b>2018 Totale</b>				<b>0,48</b>	<b>0,48</b>	-	-
<b>EGAS Totale</b>				<b>1,06</b>	<b>1,06</b>	-	-		
IRCCS BURLO	2016	1780/2016	interventi programmati dagli enti del SSR a valere sulla quota pari a euro 9.695.085,20 assegnata con DGR 349/2016	0,26	0,26	-	-	-	
		1833/2016	Adeguamenti normativi	0,11	0,11	0,00	-	-	
			Odontoiatria sociale	0,04	0,04	-	-	-	
		2185/2016	Adeguamenti normativi	0,02	0,02	0,00	-	-	
			Altri interventi	0,55	0,41	0,13	-	-	
		349/2016	Aree critiche	0,30	0,30	-	-	-	
			Interventi emergenti	0,04	0,04	-	-	-	
	<b>2016 Totale</b>				<b>1,31</b>	<b>1,17</b>	<b>0,14</b>	-	
	2017	1820/2017	Trasferimento	1,25	1,25	-	-	-	
		371/2017	Interventi di investimento edili impiantistici	0,16	0,09	0,07	-	-	
			Interventi di investimento per acquisizioni di beni mobili e tecnologici	0,24	0,13	0,11	-	-	
Interventi emergenti			0,04	0,02	0,02	-	-		
	Odontoiatria sociale	0,04	0,04	-	-	-			
<b>2017 Totale</b>				<b>1,73</b>	<b>1,54</b>	<b>0,20</b>	-		

Ente	ANNO	DGR	Linea di investimento da DGR	TOTALE	di cui al 2019	di cui 2020	di cui 2021	di cui esercizi successivi	
	2018	1424/2018	Trasferimento	0,28	0,28	-	-	-	
		1911/2018	Trasferimento	0,10	-	0,10	-	-	
		2163/2018	Trasferimento	0,10	0,10	-	-	-	
		561/2018	Interventi emergenti	0,11	0,05	0,06	-	-	
	<b>2018 Totale</b>				<b>0,59</b>	<b>0,43</b>	<b>0,16</b>	-	-
	2019	1334/2019	Trasferimento	0,06	0,06	-	-	-	
		1455/2019	Interventi emergenti	0,04	0,04	0,00	-	-	
			Trasferimento	0,07	0,07	-	-	-	
		1626/2019	acquisizioni di beni mobili e tecnologici o edili impiantistici finalizzati alla messa a norma del patrimonio aziendale		2,16	2,16	-	-	-
	<b>2019 Totale</b>				<b>2,33</b>	<b>2,33</b>	<b>0,00</b>	-	-
	<b>IRCCS BURLO Totale</b>				<b>5,96</b>	<b>5,46</b>	<b>0,50</b>	-	-
IRCCS CRO	2016	1780/2016	Altri interventi	0,15	0,11	0,04	-	-	
			interventi programmati dagli enti del SSR a valere sulla quota pari a euro 9.695.085,20 assegnata con DGR 349/2016		0,85	0,67	0,18	-	-
		1833/2016	Altri interventi	0,93	0,41	0,41	0,11	-	
	<b>2016 Totale</b>				<b>1,93</b>	<b>1,20</b>	<b>0,62</b>	<b>0,11</b>	-
	2017	371/2017	Interventi di investimento per acquisizioni di beni mobili e tecnologici		1,00	0,48	0,52	-	-
			Interventi emergenti		0,01	0,01	-	-	-
	<b>2017 Totale</b>				<b>1,01</b>	<b>0,49</b>	<b>0,52</b>	-	-
	2018	1424/2018	Trasferimento	0,28	0,28	-	-	-	
		2163/2018	Trasferimento	0,20	0,10	0,10	-	-	
		561/2018	Interventi emergenti	0,35	0,09	0,26	-	-	
	<b>2018 Totale</b>				<b>0,83</b>	<b>0,47</b>	<b>0,36</b>	-	-
	2019	1455/2019	Interventi emergenti	0,12	-	0,12	-	-	
			Trasferimento	15,88	10,34	-	5,54	-	
		1626/2019	acquisizioni di beni mobili e tecnologici o edili impiantistici finalizzati alla messa a norma del patrimonio aziendale		2,00	2,00	-	-	-
<b>2019 Totale</b>				<b>18,01</b>	<b>12,34</b>	<b>0,12</b>	<b>5,54</b>	-	
<b>IRCCS CRO Totale</b>				<b>21,78</b>	<b>14,49</b>	<b>1,63</b>	<b>5,66</b>	-	
<b>Totale complessivo</b>				<b>207,58</b>	<b>166,34</b>	<b>29,55</b>	<b>8,70</b>	<b>2,94</b>	

Importi espressi in milioni di Euro

Si precisa che nelle tabelle sopra riportate sono esclusi i finanziamenti per gli interventi sugli Hub di Udine, Trieste e Pordenone, finanziati in esercizi precedenti e il finanziamento favore dell'IRCCS CRO di Aviano per l'acquisizione della tecnologia di radioterapia con protoni:

<b>Ente</b>	<b>Descrizione intervento</b>	<b>Totale</b>	<b>Di cui al 2019</b>	<b>Di cui 2020</b>	<b>Di cui 2021</b>	<b>Di cui 2022</b>	<b>Di cui esercizi successivi</b>
ASUI Udine	Riqualificazione del Polo Ospedaliero Udinese – III e IV lotto	81,48	10,00	14,30	33,00	18,70	5,48
ASUI Trieste	Riordino della rete ospedaliera triestina - ristrutturazione e ampliamento dell'ospedale di Cattinara e nuova sede dell'IRCCS Burlo Garofolo.	140,00*	19,13	62,42	30,35	14,00	-
AAS 5	Realizzazione del nuovo ospedale di Pordenone e Cittadella della Salute	198,14	37,66	55,65	49,20	54,24	3,39
IRCCS CRO	Acquisizione della tecnologia di radioterapia con protoni	15,88	10,34	-	5,54	-	-

\*di cui 14,1 fondi statali direttamente assegnati all'IRCCS Burlo Garofolo

Importi espressi in milioni di Euro

IL PRESIDENTE

IL VICESEGRETARIO GENERALE