

ALLEGATO ALLA DELIBERA N 1492 DEL 14 OTTOBRE 2022

Consolidato Consuntivo 2021 - Allegato 5

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

ANNO 2021

Sommario

PREMESSA	3
1. IL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE NEL 2021	5
1.1. Generalità sul territorio, popolazione assistita e organizzazione aziende	5
1.2. Generalità sulla struttura e l'organizzazione dei servizi	17
1.3. Altri contenuti	32
2. ATTIVITA' DEL PERIODO	51
2.1. Screening oncologici	51
2.2. Vaccinazioni.....	55
2.3. Emergenza - Urgenza	59
2.4. Ricoveri	65
2.5. Prestazioni ambulatoriali.....	76
2.6. Percorso nascita	78
2.7. Altri indicatori	82
2.8. Tempi di attesa	84
3. LE PROGETTUALITA' 2021	107
AZIENDA SANITARIA FRIULI OCCIDENTALE (ASFO)	109
AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA FRIULI CENTRALE (ASUFC)	162
AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA GIULIANO ISONTINA (ASUGI)	221
ISTITUTO DI RICERCA E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO BURLO GAROFOLO	278
ISTITUTO DI RICERCA E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO CENTRO DI RIFERIMENTO ONCOLOGICO (CRO)	309
AZIENDA REGIONALE DI COORDINAMENTO PER LA SALUTE(ARCS)	331
4. INVESTIMENTI	348
5. VINCOLI GESTIONALI	361

PREMESSA

La proposta di “Relazione sullo stato di attuazione del programma annuale consolidato per l’anno 2021 del SSR”, rappresenta la sintesi delle relazioni sulla gestione che i Direttori Generali degli Enti sanitari hanno redatto e approvato in relazione all’esercizio 2021 e costituisce il documento di valutazione del Sistema sanitario regionale e delle sue aziende.

Le deliberazioni della Giunta, che hanno regolato la gestione del Servizio Sanitario Regionale per l’anno 2021, fornendo indirizzi relativamente alla pianificazione strategica, alla programmazione nonché al controllo periodico di gestione sono state le seguenti:

- **DGR 144 del 5.2.2021:** L.R. 22/2019 - Linee annuali per la gestione del servizio sanitario regionale - anno 2021. Approvazione preliminare;
- **DGR 189 del 12.02.2021:** L.R. 22/2019 - Linee annuali per la gestione del servizio sanitario regionale - anno 2021. Approvazione definitiva;
- **DGR 371 del 12.03.2021:** L.R. 22/2019, art 50 e art 54 - definizione percorso approvazione atto aziendale a modifica linee annuali per la gestione del SSR anno 2021;
- **DGR 1036 del 02.07.2021:** DL 73/2021, art 26 - DL 104/2020, art 29 - DL 18/2020, art 18, comma 1. Programma operativo per la gestione dell'emergenza da COVID-19 della Regione autonoma Friuli Venezia Giulia. riavvio attività piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa;
- **DGR 1042 del 02.07.2021:** DGR 189/2021 - Linee annuali per la gestione del servizio sanitario regionale per l'anno 2021. Integrazioni;
- **DGR 1314 del 27.08.2021:** L.R. 26/2015 - Programmazione degli investimenti nel SSR per gli anni 2021-2023;
- **DGR 1315 del 27.08.2021:** DL 34/2020, art 2 - Piano per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19. Modifiche alla DGR 1224/2020;
- **DGR 1346 del 03.09.2021:** Autorizzazione ai sensi dell'art. 36, comma 7 della Legge regionale 10 novembre 2015, n. 26. Riforma DGR 349/2016, 2185/2016 e 561/2018;
- **DGR 1403 del 17.09.2021:** L.R. 26/2015 - Programmazione degli investimenti nel SSR per gli anni 2021-2023 a seguito della stipula del contratto di mutuo con la banca europea degli investimenti;
- **DGR 1446 del 24.09.2021:** L.R. 22/2019. Definizione delle attività e delle funzioni dei livelli assistenziali del servizio sanitario regionale;
- **DGR 1553 del 15.10.2021:** L.R. 26/2015 - Programmazione degli investimenti nel SSR per gli anni 2021-2023 nell'ambito del POS di Gemona del Friuli e dell'area distrettuale di Codroipo;
- **DGR 1683 del 8.11.2021:** L.R. 22/2019. Piano attuativo e bilancio preventivo economico annuale consolidato degli enti del servizio sanitario regionale - anno 2021. Approvazione;
- **DGR 1767 del 19.11.2021:** Interventi di investimento ai sensi dell'art 33, comma 10 e autorizzazione ai sensi dell'art 36, comma 7 della L.R. 26/2015;
- **DGR 1891 del 10.12.2021:** DL 73/2021, art 26, dl 104/2020, art 29 e DL 18/2020, art 18. Programma operativo per la gestione dell'emergenza da COVID-19 della Regione autonoma Friuli Venezia Giulia. rimodulazione piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa;
- **DGR 1932 del 17.12.2021:** DPCM 502/1995, art 1, comma 5. Determinazione per l'anno 2021 del compenso integrativo del trattamento economico dei direttori generali degli enti del servizio sanitario regionale e criteri per l'attribuzione;

- **DGR 1965 del 23.12.2021:** L.R. 22/2019. DGR 1446/2021 "Definizione delle attività e delle funzioni dei livelli assistenziali del servizio sanitario regionale". Rettifica errori materiali;
- **DGR 1968 del 23.12.2021:** Lr 22/2019. piano attuativo e bilancio preventivo economico annuale consolidato degli enti del servizio sanitario regionale - anno 2021. variazione.

Tutti gli enti del Servizio sanitario regionale hanno approvato e trasmesso all'Azienda regionale di coordinamento per la salute (di seguito ARCS) e alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità (di seguito DCS) i bilanci consuntivi dell'esercizio 2021.

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:

ASUGI	Decreto del Direttore Generale 507 del 31/05/2022	Verbale 49 del 18/08/2022
ASUFC	Decreto del Direttore Generale 606 del 27/05/2022 Decreto del Direttore Generale 607 del 31/05/2022	Verbale del 31/05/2022
ASFO	Decreto del Direttore Generale 428 del 25/05/2022 Decreto del Direttore Generale 502 del 15/06/2022	Verbale del 03/6/2022
BURLO	Decreto del Direttore Generale 80 del 31/05/2022	Verbale n. 32 del 31/5/2022
CRO	Deliberazione del Direttore Generale 259 del 31/05/2022	Verbale 40 del 26/05/2022
ARCS	Decreto del Direttore Generale 89 del 19/05/2022 Decreto del Direttore Generale 98 del 31/05/2022	Verbale 38 del 30/05/2022

La Relazione si articola nei seguenti capitoli:

- *Capitolo 1:* fornisce una sintesi delle Relazioni presentate dalle aziende allo scopo di illustrare la struttura e l'organizzazione del SSR nell'anno 2021;
- *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:* illustra per ciascun Ente il livello di raggiungimento degli obiettivi definiti dalle Linee progettuali regionali 2021;
- *Capitolo 4:* presenta una breve sintesi sull'andamento degli investimenti nel corso del 2021;

1. IL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE NEL 2021

1.1. Generalità sul territorio, popolazione assistita e organizzazione aziende

AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA GIULIANO ISONTINA (ASUGI)

L'Azienda sanitaria universitaria Giuliano Isontina attualmente comprende un ambito territoriale di 678,9 kmq, costituito dai territori dei Comuni che ne fanno parte:

- Area Giuliana (corrispondente alla Provincia di Trieste)* – superficie totale di 212,5 kmq ed una popolazione residente di 230.689 abitanti (dati ISTAT al 01/01/2021). Comprende i seguenti comuni: Duino-Aurisina/Devin Nabrežina, Monrupino/Repentabor, Muggia, San Dorligo della Valle-Dolina, Sgonico/Zgonik, Trieste;
- Area Isontina (corrispondente alla Provincia di Gorizia)* – superficie di 475,4 kmq e 139.070 abitanti rilevati al 01/01/2021. Comprende i seguenti comuni: Capriva del Friuli, Cormons, Doberdò del Lago/Doberdò, Dolegna del Collio, Farra d'Isonzo, Fogliano Redipuglia, Gorizia, Gradisca d'Isonzo, Grado, Mariano del Friuli, Medea, Monfalcone, Moraro, Mossa, Romans d'Isonzo, Ronchi dei Legionari, Sagrado, San Canzian d'Isonzo, San Floriano del Collio/Steuerjan, San Lorenzo Isontino, San Pier d'Isonzo, Savogna d'Isonzo/Sovodnje ob Soci, Staranzano, Turriaco, Villesse.

Popolazione ASUGI al 01/01 Comune di Residenza	2020	2021		Var. % 21/20	Sup. kmq	Densità Abitativa	
	totale	maschi	femmine				totale
Gorizia	137.795	68.735	70.335	139.070	0,90%	475,4	292,8
Trieste	231.445	110.976	119.713	230.689	-0,30%	212,5	1097,8
Trieste							
Duino Aurisina-Devin Nabrežina	8.321	4.033	4.340	8.373	0,60%	45,3	185,9
Monrupino-Repentabor	859	427	430	857	-0,20%	12,6	68,4
Muggia	12.934	6.252	6.714	12.966	0,20%	13,9	939,4
San Dorligo della Valle-Dolina	5.722	2.939	2.893	5.832	1,90%	24,2	235,7
Sgonico-Zgonik	1.996	1.027	1.025	2.052	2,80%	31,4	64,6
Trieste	201.613	96.298	104.311	200.609	-0,50%	85,1	2388,1
Gorizia							
Capriva del Friuli	1.644	782	840	1.622	-1,30%	6,3	259,7
Cormons	7.162	3.437	3.813	7.250	1,20%	35,1	208
Doberdò del Lago-Doberdob	1.350	636	704	1.340	-0,70%	27,1	49,9
Dolegna del Collio	328	174	151	325	-0,90%	12,9	25,6
Farra d'Isonzo	1.662	834	864	1.698	2,20%	10,3	163,3
Fogliano Redipuglia	2.986	1.439	1.538	2.977	-0,30%	7,9	383,6
Gorizia	33.569	16.528	17.559	34.087	1,50%	41,3	824,8
Gradisca d'Isonzo	6.385	3.034	3.339	6.373	-0,20%	11,2	571,7

Popolazione ASUGI al 01/01	2020	2021			Var. % 21/20	Sup. kmq	Densità Abitativa
	totale	maschi	femmine	totale			
Grado	8.065	3.805	4.154	7.959	-1,30%	119,5	67,4
Mariano del Friuli	1.485	736	739	1.475	-0,70%	8,6	171,9
Medea	978	484	481	965	-1,30%	7,4	132,8
Monfalcone	28.290	15.157	14.076	29.233	3,30%	20,6	1395,8
Moraro	713	343	350	693	-2,80%	3,6	199,1
Mossa	1.555	726	799	1.525	-1,90%	6,2	250,1
Romans d'Isonzo	3.709	1.833	1.873	3.706	-0,10%	15,5	239
Ronchi dei Legionari	11.811	5.821	6.030	11.851	0,30%	17,1	697,7
Sagrado	2.166	1.050	1.105	2.155	-0,50%	13,9	156,5
San Canzian d'Isonzo	6.129	3.022	3.088	6.110	-0,30%	33,9	182
San Floriano del Collio-Števerjan	756	373	374	747	-1,20%	10,6	71
San Lorenzo Isontino	1.540	765	753	1.518	-1,40%	4,4	349
San Pier d'Isonzo	1.998	1.007	970	1.977	-1,10%	9	220,3
Savogna d'Isonzo-Sovodnje ob Soci	1.672	919	821	1.740	4,10%	17	100,2
Staranzano	7.309	3.617	3.649	7.266	-0,60%	18,8	389,3
Turriaco	2.855	1.370	1.438	2.808	-1,60%	5,2	552,1
Villesse	1.678	843	827	1.670	-0,50%	12,1	139,8

Fonte Istat

Indicatori di struttura della popolazione al 01/01/2021

PROVINCE	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza totale	Indice di dipendenza giovanile	Indice di dipendenza senile	Indice di struttura età attiva	Indice di ricambio età attiva	Indice di mascolinità	Età media (anni)
Gorizia	231,16	61,97	18,71	43,26	163,11	152,21	97,73	48,2
Trieste	265,19	65,15	17,84	47,31	156,62	171,03	92,67	49,1
FVG	227,13	62,04	18,96	43,07	158,07	155,83	95,15	47,9

Fonte Istat

INDICATORE	D1	D2	D3	D4	DAI	DBI	ASUGI	FVG
dip. giovanile (%)	18,01	16,9	18,24	18,08	18,09	19,26	18,17	18,96
dip. Senile (%)	47,89	43,24	55,45	44,45	45,95	40,93	45,77	43,07
popol. attiva (%)	165,61	143,53	179,28	149,1	172,22	155,68	159,05	158,07
Carico (%)	21,8	21,99	22,31	22,53	22,22	25,53	22,96	22,71
Dipendenza (%)	65,91	60,14	73,69	62,53	64,03	60,18	63,94	62,04
Fecondità (%)	3,76	4,24	4,13	4,34	4,04	5,11	4,35	4,24
Vecchiaia (%)	265,9	255,8	304,06	245,76	254,05	212,53	251,89	227,13
sostituzione (%)	163,86	183,5	174,02	167,2	163,11	143,15	163,57	155,83

La distribuzione della popolazione per fasce di età è la seguente:

G: ASSISTITI	Fascia di età	Maschi	Femmine	Numero
Popolazione di età	0-13	21.283	19.982	41.265
Popolazione di età	14-64	114.042	110.134	224.176
Popolazione di età	65-74	21.385	25.171	46.556
Popolazione di età	75 anni e oltre	21.998	35.245	57.243
Popolazione di età	Totale	178.708	190.532	369.240

La popolazione esente da ticket nell'esercizio 2021 è pari a 285.718 unità (87.798 per motivi di reddito, 197.920 per altri motivi)

H: Esenzione da ticket 2021

per età e reddito	87.798
per altri motivi	197.920

I dati relativi alla popolazione assistita, sopra riportati, differiscono da quelli ISTAT e da quelli utilizzati dalla Regione per il riparto del fabbisogno sanitario regionale standard (se diversi da ISTAT). In particolare, la popolazione ISTAT è pari a 369.759 unità, la popolazione utilizzata dalla Regione per il riparto è pari a 369.816 unità.

ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

L'anno 2020 ha visto l'applicazione della legge regionale di riforma n. 27/2018 e n. 22/2019 e, di conseguenza, per quanto qui rileva, la nascita dell'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI), costituita dalla fusione dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste con la parte isontina dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 2 bassa friulana – isontina.

I primi atti adottati dalla neonata Azienda nell'anno 2021 hanno inteso confermare la preesistente organizzazione delle due Aziende fuse (ad eccezione del Dipartimento di Prevenzione, fin da subito reso unico in base alla normativa vigente) in attesa dell'adozione del nuovo atto aziendale. nel contempo hanno continuato a coesistere le Strutture di staff e di line sia di ASUITS che di AAS 2 – parte isontina, definite, rispettivamente, nell'Atto Aziendale

adottato con decreto del Direttore Generale di ASUITS n. 843 dd. 6/12/2017 e del Direttore Generale di AAS 2 n. 721 dd. 31/12/2015.

La Direzione Generale è già, ovviamente, unica, e compone la Direzione Strategica assieme alla Direzione Sanitaria, a quella Amministrativa e a quella dei Servizi Sociosanitari, uniche anch'esse sin dal 1/1/2020. Il collegio sindacale è stato nominato con DCR 492 del 28.5.2020 e l'Organismo indipendente di valutazione è stato nominato con decreto n. 363 del 14.4.2020. Alla data di redazione del presente piano non risultano ancora nominati/designati i componenti dell'Organo di Indirizzo.

L'ambito di competenza di ASUGI insiste su un territorio di confine, la cooperazione sanitaria transfrontaliera - ed in particolare con la Slovenia - rappresenta uno degli indirizzi strategici della programmazione aziendale, per favorire l'integrazione tra i relativi sistemi sanitari. A tal fine l'Azienda partecipa alle iniziative promosse dalla Regione in materia e favorisce ogni altra attività atta a sviluppare progetti di collaborazione transfrontaliera. La presentazione dell'organizzazione e dell'attività aziendale che segue si riferisce al periodo precedente all'anno 2020: per fornire una rappresentazione di quanto accade in ASUGI normalmente si è scelto infatti di riferirsi al periodo precedente al diffondersi dell'emergenza pandemica, in quanto i dati riferiti al 2020 risultano chiaramente influenzati dalla gestione 30 dell'emergenza in atto.

ASUGI integra in un'unica Azienda i Servizi Territoriali, l'Ospedale e l'Università (Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e della Salute). Eroga e sviluppa, integrandole, prevenzione, diagnosi e terapia polispecialistica, ricerca e formazione, anche di rilievo nazionale e sovranazionale. L'Azienda svolge in modo unitario e inscindibile, a livello di cure primarie ed ospedaliere, le funzioni di assistenza, didattica e ricerca. Organizza e gestisce le attività assistenziali e di ricerca clinica sia direttamente sia attraverso il governo delle reti cliniche integrate previste dalla programmazione del Servizio Sanitario Regionale.

ASUGI nell'anno 2021 si configura come articolata in sei **Distretti**, quattro per l'ex ASUITS e due per l'ex AAS 2. Tutti i cittadini, in base alla residenza, hanno un Distretto di riferimento.

L'offerta dei servizi nelle strutture distrettuali è finalizzata a garantire ai cittadini:

- assistenza sanitaria di base; - autorizzazione e distribuzione di farmaci e di altri presidi sanitari;
- assistenza protesica;
- assistenza ambulatoriale;
- assistenza domiciliare;
- continuità terapeutica ed assistenziale Ospedale – Territorio;
- assistenza sanitaria nelle strutture residenziali e semiresidenziali, sanitarie e socio assistenziali;
- assistenza sanitaria e sociosanitaria rispetto a specifici bisogni della persona o della famiglia;
- attività amministrative dirette all'utenza.

I Servizi distrettuali lavorano in stretta integrazione con i Dipartimenti ad Attività integrata dei Presidi di Cattinara/Maggiore e di Gorizia/Monfalcone, con l'I.R.C.C.S. Burlo Garofolo di Trieste, con i pediatri, le scuole, i servizi sociali dei Comuni, il Tribunale dei minori.

Presso il Distretto 2 di ex ASUITS è attiva la struttura Tutela salute bambini e adolescenti di lingua Slovena, Slovenska služba (Servizio socio-psico-pedagogico sloveno), cui possono rivolgersi le famiglie di tutto il territorio aziendale di Trieste, indipendentemente dal Distretto di appartenenza.

La **Salute mentale** nell'area giuliana è garantita attraverso il Dipartimento per la tutela della Salute Mentale (DSM) Presso il DSM vengono organizzati gli interventi rivolti alla tutela e alla promozione della salute mentale dei cittadini e della prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione nel campo della psichiatria. Il Dipartimento è inoltre Collaborative Center WHO.

Il DSM è organizzato in

- Centri di Salute Mentale (CSM);
- Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) con posti letto presso il Presidio del Maggiore;
- Servizio Abilitazione e Residenze (SAR);
- Clinica Psichiatrica, sede universitaria per le attività di tirocinio per gli studenti di medicina e di tirocinio professionalizzante per i medici specializzandi in psichiatria.

Nell'area isontina vi è la presenza di CSM (Alto Isontino e Basso Isontino).

Nell'area giuliana ha sede di un **Dipartimento delle Dipendenze (DDD)** la cui attività è rivolta alle persone che vivono un problema legato al consumo o alla dipendenza da sostanze legali (come alcol e fumo di tabacco), illegali (come cannabis, eroina, cocaina, LSD, ecstasy, ketamina), da gioco d'azzardo e da tecnologie (come internet, videogiochi, social network). Analoghe prestazioni vengono garantite nell'area isontina attraverso la SC delle Dipendenze nelle sedi di Gorizia e Monfalcone.

AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA FRIULI CENTRALE (ASUFC)

L'Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale (ASU FC) è costituita in ottemperanza alla L.R. n. 27/2018 con decorrenza dal 1° gennaio 2020. L'Azienda nasce dalla fusione, e contestuale cessazione, delle precedenti Azienda sanitaria Universitaria integrata di Udine (ASUIUD), Azienda per i Servizi Sanitari Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli (AAS3) e parte della precedente Azienda per i Servizi Sanitari Bassa Friulana-Isontina (AAS2).

L'Azienda assicura inoltre in coerenza alle proprie funzioni istituzionali l'attività di didattica e ricerca prioritariamente all'interno del presidio ospedaliero "Santa Maria della Misericordia" di Udine.

L'ASU FC opera su un territorio coincidente con la provincia di Udine. La superficie totale del territorio dell'Azienda è di Km² 4.904,9 (63% del territorio regionale); la popolazione residente al 31 dicembre 2020 (fonte dati ISTAT) è di 521.117 abitanti (il 43% della popolazione regionale). Il corretto dimensionamento del bacino d'utenza dell'Azienda deve, però, tener conto anche del movimento turistico presente nel territorio del Comune di Lignano nel periodo estivo.

L'ambito di operatività dell'Azienda comprende i 134 comuni della provincia di Udine, attualmente suddivisi in 9 distretti sanitari territoriali.

<i>Distretto</i>	<i>Popolazione residente</i>	<i>Distribuzione % della popolazione</i>	<i>Comuni</i>
Distretto di Palmanova	56.430	10,8%	17
Distretto di Latisana	51.715	9,9%	12
Distretto di Gemona	31.562	6,1%	15
Distretto di Tolmezzo	36.545	7,0%	28
Distretto di S. Daniele	46.573	8,9%	14
Distretto di Codroipo	50.110	9,6%	11
Distretto di Tarcento	40.000	7,7%	11
Distretto di Cividale	50.060	9,6%	17
Distretto di Udine	158.122	30,3%	9
Totale ASU FC	521.117	100,0%	134

La tabella che segue evidenzia la distribuzione della popolazione residente di ASU FC per genere e classe di età:

<i>Classi Età</i>	<i>Femmine</i>	<i>Maschi</i>	<i>Totale</i>	<i>% sul tot</i>
00-14	29.008	30.244	59.252	11,4%

15-64	159.761	161.587	321.348	61,7%
65-74	35.891	32.301	68.192	13,1%
75+	43.215	29.110	72.325	13,9%
Totale	267.875	253.242	521.117	100,0%

Fonte Istat, Popolazione al 31.12.2020

Il modello ministeriale FLS.11, riguardante il numero di assistibili (soggetti che hanno effettuato presso ASU FC la scelta del medico di base o del pediatra) ed il numero di persone esenti nell'anno 2021, riporta quanto segue:

Assistibili (Fasce età)	Maschi	Femmine	Totale
00 - 13 aa	26.767	25.704	52.471
14 - 64 aa	157.447	158.143	315.590
65 - 74 aa	31.989	35.638	67.627
> 74 aa	28.954	42.870	71.824
Totale Azienda	245.157	262.355	507.512

Utenti esenti da Ticket	Totale
per età e reddito	105.929
per altri motivi	108.754
Totale	214.683

I dati relativi alla popolazione assistita, sopra riportati, differiscono da quelli ISTAT della popolazione residente in quanto tra gli assistibili sono presenti anche pazienti domiciliati e non residenti, mentre tra i residenti ci sono persone che possono non avere scelto il MMG o il PLS.

ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

L'emergenza pandemica ha condizionato la funzionalità aziendale ridefinendone le priorità di azione. ASU FC ha effettuato nel 2021 la predisposizione del nuovo atto aziendale e l'anno 2021 è stato caratterizzato dal sostanziale e formale mantenimento degli assetti organizzativi già presenti nel 2020. La strutturazione dell'offerta aziendale è articolata in:

- Sistema ospedaliero;
- Sistema distrettuale;
- Sistema della prevenzione;
- Sistema della salute mentale;
- Sistema delle dipendenze.

Il sistema organizzativo ospedaliero è articolato come segue:

- Presidio ospedaliero universitario di secondo livello "Santa Maria della Misericordia" di Udine;
- Presidio ospedaliero di base "San Daniele del Friuli e Tolmezzo" con 2 sedi (San Daniele e Tolmezzo);
- Presidio ospedaliero di base "Latisana e Palmanova" con 2 sedi (Latisana e Palmanova);
- Istituto di medicina fisica e riabilitazione "Gervasutta" con sede a Udine.

Il sistema organizzativo territoriale è articolato come segue:

- Nove distretti sanitari:
 - Distretto di Palmanova;

- Distretto di Latisana;
- Distretto di Gemona;
- Distretto di Tolmezzo;
- Distretto di S. Daniele;
- Distretto di Codroipo;
- Distretto di Tarcento;
- Distretto di Cividale;
- Distretto di Udine.
- Dipartimento di Prevenzione con le seguenti articolazioni:
 - SOC Igiene e Sanità pubblica;
 - SOC Igiene degli alimenti;
 - SOC Prevenzione e Sicurezza Luoghi di Lavoro;
 - SOC Veterinaria Area A;
 - SOC Veterinaria Area B;
 - SOC Veterinaria Area C;
 - SSD Medicina preventiva delle comunità;
 - SSD Medicina Legale;
 - SSD Prevenzione malattie cardiovascolari;
 - SSD Gestione Amministrativa.
- Dipartimento di Salute Mentale con le seguenti articolazioni:
 - CSM sulle 24h a Tolmezzo, Gemona, San Daniele, Udine nord e sud, Cividale del Friuli, Latisana e Palmanova;
 - CSM sulle 12h a Codroipo e Tarcento;
 - Servizio Ospedaliero Psichiatrico di Diagnosi e Cura;
 - SOC Clinica Psichiatrica.
- 3 dipartimenti/strutture delle dipendenze, la cui determinazione e organizzazione verrà definita con l'adozione dell'atto aziendale.

AZIENDA SANITARIA FRIULI OCCIDENTALE (ASFO)

Il territorio dell'Azienda Sanitaria "Friuli Occidentale" (AsFO) coincide con la provincia di Pordenone ed ha un'estensione di 2.273 kmq, pari al 29% della superficie regionale.

La popolazione residente al 1/1/2021, in base ai dati ISTAT aggiornati dopo l'ultimo censimento, ammonta a 310.634 abitanti, e risulta stabile rispetto all'anno precedente (310.502 abitanti al 1/1/2020 dopo il ricalcolo post-censimento). Nel bilancio annuale il saldo demografico naturale è risultato negativo con 2.081 nati e 3.707 morti (-1.626) ma è stato bilanciato dal saldo demografico (+1.758).

La composizione per età dei residenti al 1/1/2021 risulta essere così strutturata per fasce di età:

Fasce d'età	Femmine		Maschi		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%
0-14	20.859	13,64%	19.522	12,38%	40.381	13,00%

15-64	98.710	64,56%	95.906	60,81%	194.616	62,65%
65-w	33.339	21,80%	42.298	26,82%	75.637	24,35%
Totale Residenti	152.908	100,00%	157.726	100,00%	310.634	100,00%

La speranza di vita alla nascita nel 2019 in provincia di Pordenone risultava di 82,6 anni nei maschi e di 86,3 anni nelle donne e nel 2020 è diminuita rispettivamente a 80,7 anni e 85,7 anni a causa dell'eccesso di mortalità causato dalla pandemia da COVID-19.

	Speranza di vita alla nascita (Prov. PN)		
	Maschi	Femmine	Totale
2011	79,9	85,7	82,7
2012	79,7	85,5	82,5
2013	80,3	85,5	82,8
2014	81,3	86,2	83,7
2015	81,0	85,7	83,3
2016	81,1	86,4	83,7
2017	81,6	85,9	83,7
2018	81,7	85,6	83,6
2019	82,6	86,3	84,4
2020	80,7	85,7	83,2

Il quadro demografico risente degli effetti della pandemia sia per l'aumento del numero di decessi legati al COVID 19 sia per le conseguenze sulla natalità, che potranno essere valutate negli anni successivi.

I dati di mortalità vengono comunemente utilizzati come macro indicatori dello stato di salute di una popolazione, dato che le statistiche di mortalità rappresentano la più diffusa fonte di informazione disponibile e comparabile sui problemi di salute.

I tassi standardizzati (per età) di mortalità in provincia di Pordenone che erano riduzioni dagli anni '90, con una certa stabilità nel quinquennio 2015-2019, sono diminuiti in misura importante nel 2020.

I dati ISTAT mostrano che nel quinquennio 2015-2019 sono morte mediamente 3.243 persone all'anno residenti in provincia di Pordenone, pari a un tasso grezzo di mortalità di 10,1 per 1.000 residenti. Nel 2020 sono decedute 3.707 persone residenti in provincia di Pordenone, pari a un tasso grezzo di mortalità di 12 per 1.000 residenti. L'eccesso di mortalità registrato nel 2020 è attribuibile alla pandemia da COVID-19.

La pandemia da COVID-19 ha avuto in impatto notevole su molteplici aspetti della vita, tra cui quelli economici, sociali e non solo relativi alla salute fisica e psichica della popolazione. La gestione dell'emergenza e le misure di contenimento del contagio hanno avuto importanti ripercussioni anche sull'offerta di prestazioni sanitarie con il rischio di ritardare diagnosi e trattamenti.

L'azienda sanitaria "Friuli Occidentale" opera su un territorio coincidente con la provincia di Pordenone, con una popolazione complessiva di 310.634 abitanti (ISTAT), distribuiti in 50 comuni, suddivisi in 5 distretti.

La distribuzione della popolazione al 31/12/2020 per fasce di età è la seguente

0-14	40.381
15-64	194.616
65-74	36.876
75-W	38.761
0-W	310.634

La popolazione esente da ticket nell'esercizio 2021 è pari a 116.661 unità (61.648 per motivi di reddito, 55.013 per altri motivi) (da "assistiti domiciliati in data 31/12/2020" mod. SAN.US.071-08 Insiel)

I dati relativi alla popolazione assistita, sopra riportati, differiscono da quelli ISTAT e da quelli utilizzati dalla Regione per il riparto del fabbisogno sanitario regionale standard. In particolare, la popolazione ISTAT è pari a 310.634 unità (31/12/2020), la popolazione pesata utilizzata dalla Regione per il riparto è pari a 341.308 (31/12/2019).

ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

L'AsFO adotta il seguente modello organizzativo:

1. Articolazione in strutture operative e piattaforme assistenziali deputate a garantire i livelli essenziali di assistenza e in strutture di supporto alle attività di erogazione dei LEA.
2. I livelli essenziali di assistenza (LEA) sono erogati da strutture/servizi:
 - A) Aziendali:
 - a prevalente valenza territoriale, che assicurano l'assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e lavoro e l'assistenza distrettuale, in conformità agli artt. 14 e seguenti della L.R. 17/2014;
 - ospedaliera, che assicurano l'assistenza ai pazienti affetti da patologie a insorgenza acuta e con rilevante compromissione funzionale, nonché la gestione di attività programmabili richiedenti un setting tecnologicamente e organizzativamente complesso.
 - B) Privati accreditati.
3. Le funzioni di supporto sono assicurate dalle strutture/servizi di Staff della Direzione Strategica nonché dalle strutture/servizi della Direzione Amministrativa e Sanitaria, secondo i rispettivi ambiti di competenza.
4. L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività aziendali.
5. I dipartimenti clinici ospedalieri aggregano le strutture complesse e semplici dipartimentali del Presidio Ospedaliero di Pordenone e del Presidio Ospedaliero di S. Vito al Tagliamento e Spilimbergo, secondo un modello già consolidato e ispirato alla massima integrazione dei professionisti e alla migliore valorizzazione dei percorsi di prevenzione, diagnostico terapeutici assistenziali (P.D.T.A.).
6. Alle piattaforme organizzative è assegnato il governo delle risorse professionali secondo le aree definite dalla legge 251/2000 e L.R. 10/2007. Sono gestite in autonomia da un coordinatore di piattaforma, di una delle professioni sanitarie o tecniche, con incarico di posizione organizzativa o di dirigenza in base alla complessità della piattaforma e alle risorse disponibili. Il responsabile di piattaforma fa capo gerarchicamente al direttore di dipartimento e funzionalmente al coordinamento delle professioni sanitarie e tecniche. In relazione alla complessità delle risorse gestite la piattaforma può assumere la connotazione di S.O.C., S.O.S. o di posizione organizzativa.

L'Azienda ispira la propria organizzazione a criteri di responsabilizzazione diffusa, di delega dei sistemi di gestione, di valorizzazione dell'autonomia gestionale delle singole articolazioni organizzative, dell'autonomia professionale degli operatori e di un generale orientamento alla flessibilità, limitando lo sviluppo verticale delle strutture e dei livelli di responsabilità. Ciò si traduce, per quanto possibile e opportuno, nell'attribuzione e nella delega esplicita di

poteri e nell'assegnazione di obiettivi, affinché i singoli operatori possano essere meglio coinvolti nella gestione aziendale e sia possibile una valutazione dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi assegnati, tenuto conto delle risorse messe a disposizione.

L'area della Direzione Amministrativa è articolata in due dipartimenti: il dipartimento tecnico e quello amministrativo. L'area della Direzione Sanitaria è articolata in:

- Dipartimento di Prevenzione;
- Dipartimento Dipendenze e della Salute Mentale;
- Dipartimento Assistenza Primaria Aziendale (DAPA);
- Dipartimento Assistenza Ospedaliera (DAO).

Il Dipartimento Assistenza Primaria Aziendale (DAPA) è articolato in:

- 5 distretti;
- Neuropsichiatria infantile;
- Rete delle Cure Intermedie Palliative e Hospice.

Il Dipartimento Assistenza Ospedaliera (DAO) è articolato in 2 presidi:

- Presidio ospedaliero di Pordenone – hub di primo livello;
- Presidio ospedaliero di San Vito al Tagliamento – Spilimbergo – spoke.

IRCCS BURLO GAROFOLO

Il Burlo Garofolo, in quanto IRCCS, è chiamato a garantire un doppio mandato: come Istituto Scientifico persegue finalità di ricerca nel campo biomedico ed in quello dell'organizzazione dei servizi sanitari, di innovazione dei modelli d'assistenza e di trasferimento delle conoscenze, come Presidio di rilievo nazionale assicura nell'area materno infantile l'erogazione di prestazioni diagnostiche, di cura e di riabilitazione a cittadini della provincia di Trieste, della Regione Friuli Venezia Giulia ed extraregionali, compresi i cittadini stranieri. In particolare l'Istituto svolge assistenza materno – infantile di base e di alta specializzazione per l'area di Trieste e di alta specializzazione per il resto della Regione e dell'Italia.

In quanto IRCCS la legge regionale 14/2006 ne detta l'assetto istituzionale, organizzativo e gestionale, giuridico, mentre sul fronte assistenziale la legge di riforma del SSR (legge regionale 17/2014) ne ha ridisegnato in parte ambiti, funzioni e ruolo rispetto alla rete sanitaria regionale. Le criticità emerse in sede di applicazione della legge 17/2014 sono state affrontate dalla LR 27/2018, che, mantenendo saldi i principi ed i valori della precedente legge, tra cui principalmente l'integrazione tra ospedale e territorio, ha posto mano alla revisione della governance del SSR.

A fine 2019 la legge regionale n. 22/2019 ha confermato all'art. 29 l'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste tra i presidi ospedalieri specializzati della Regione e ha attribuito al nostro Istituto, al comma 3, le funzioni ospedaliere dell'area materno infantile, relativamente a pediatria e a ostetricia e ginecologia, per il territorio di competenza dell'Azienda sanitaria universitaria Giuliana Isontina presso la sede di Trieste e presso le sedi del presidio ospedaliero Gorizia e Monfalcone, secondo la programmazione vigente. Nel 2020 non si è dato seguito al nuovo assetto organizzativo da parte di nessuna Azienda del SSR, a causa della gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID19 e la Regione ha deciso di riprogrammare tale attività nel 2021.

Nel corso del 2021 pertanto, secondo le indicazioni e le tempistiche regionali, l'Istituto ha quindi provveduto alla redazione della proposta di Atto aziendale che definisce i principi generali dell'organizzazione e la configurazione degli assetti strutturali e delle articolazioni di governo dell'Ente. L'iter di approvazione del nuovo atto aziendale si è

concluso nel corso del 2022, pertanto viene riportato nei grafici sottostanti l'assetto organizzativo previsto dall'atto aziendale vigente nel corso del 2021. Esso prevede che l'attività clinica assistenziale si espliciti attraverso tre dipartimenti clinici e un dipartimento dei servizi.

IRCCS CENTRO DI RIFERIMENTO ONCOLOGICO

La denominazione ufficiale dell'Ente è: "Centro di Riferimento Oncologico" di Aviano. Il Centro di Riferimento Oncologico (CRO) è un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) ed è classificato come ospedale di alta specializzazione e di rilievo nazionale per l'Oncologia.

E' dotato di personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale, il cui assetto istituzionale, organizzativo e gestionale è disciplinato dalla L.R. n. 14 del 10 agosto 2006 in attuazione del D.Lvo di riordino degli IRCCS n. 288/2003 e dalle altre leggi nazionali e regionali in materia di finanziamento, contabilità e organizzazione delle aziende sanitarie.

E' stato riconosciuto Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico con Decreto Interministeriale in data 31 luglio 1990 e mantiene tuttora tale qualifica in forza del superamento delle periodiche visite di sorveglianza da parte del Ministero competente. E' un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico per il tema ONCOLOGIA e si distingue per essere una organizzazione sanitaria nella quale l'approccio alle malattie neoplastiche è caratterizzato da una completa integrazione tra ricerca, prevenzione e cura. Il malato è posto al centro di un tempestivo e coordinato intervento multidisciplinare, derivato dall'esperienza clinica coniugata con le più avanzate acquisizioni di ricerca, maturate in proprio ed a livello della comunità scientifica: tutto il percorso diagnostico terapeutico è improntato alla personalizzazione delle cure ed è caratterizzato da una forte connotazione di umanizzazione e di attenzione alle esigenze del paziente e dei suoi familiari.

L'Istituto persegue lo scopo istituzionale di promuovere ed attuare la ricerca e la cura nell'ambito delle patologie oncologiche attraverso le attività di ricerca sperimentale e clinica, quelle clinico-assistenziali, organizzative e di supporto amministrativo secondo criteri di efficacia, efficienza, equità, rispetto dei diritti dei Cittadini e dei principi di Bioetica.

Attività scientifica

Il CRO svolge attività di ricerca nell'area dell'oncologia, sviluppando linee di ricerca concordate con il Ministero della Salute. Tali linee corrispondono alle grandi aree che caratterizzano la ricerca clinica e traslazionale dell'Istituto e si distinguono anche per la particolare attenzione verso l'umanizzazione delle cure.

Il CRO, in coerenza con le caratteristiche e le finalità istituzionali, è altresì impegnato a sostenere la ricerca traslazionale e l'innovazione promosse dalla Regione Friuli Venezia Giulia, partecipando alle iniziative regionali e internazionali.

L'Istituto ha ormai un impianto consolidato e un'attività di ricerca multidisciplinare che dimostra l'interdipendenza e la competitività della sua ricerca clinica, sperimentale ed epidemiologica che si traduce in una buona capacità di attrarre fondi di ricerca (circa 7 milioni di euro all'anno) e in un buon livello di produzione scientifica.

Il programma clinico e di ricerca del CRO dimostra un'alta qualità scientifica, con potenziale eccellenza in alcune aree specifiche, comprese la ricerca traslazionale, l'epidemiologia e la patogenesi e trattamento delle malattie linfo-ematopoietiche e dei tumori femminili e dell'anziano.

Attività clinico assistenziali

Il CRO eroga prestazioni sanitarie di alta qualificazione a pazienti affetti da patologie oncologiche; in questo contesto è impegnato nella adozione di percorsi diagnostico-terapeutici multidisciplinari e integrati orientati alla valutazione degli esiti dal punto di vista dei pazienti.

L'Istituto si dedica alla cura e alla ricerca sui tumori in tutte le loro fasi: prevenzione, diagnosi, trattamento, cure riabilitative e sostegno di pazienti e loro famigliari in un'ottica di patient-centered hospital.

L'offerta clinica del CRO comprende trattamenti di oncologia medica innovativi (medicina di precisione, immunoterapia e trapianto autologo di midollo), chirurgia generale, senologica e ginecologica, e un'avanzata radioterapia sia curativa sia palliativa. Un' Area Giovani è dedicata a bambini e adolescenti con tumore. L'offerta dell'oncologia medica comprende linfomi e leucemie, tumori femminili, tumori dell'apparato urinario, dell'apparato respiratorio, della testa e del collo e del tratto gastrointestinale dedicando molta attenzione all'inclusione e ai risultati della terapia nei pazienti fragili, in particolare gli anziani. L'Istituto si caratterizza inoltre per lo studio dei tumori associati ad agenti infettivi.

L'Istituto mantiene attenzione prioritaria a consolidare il proprio ruolo di riferimento nazionale sulle patologie di pertinenza sia per le attività clinico assistenziali sia per la partecipazione e lo sviluppo di linee di ricerca. L'attrazione esercitata sulla popolazione oncologica è legata alle specificità del CRO, che offre un approccio diagnostico e terapeutico multidisciplinare, la possibilità di accedere a cure innovative e di partecipare allo sviluppo delle conoscenze scientifiche sia promuovendo che partecipando a protocolli di ricerca clinica e traslazionale.

AZIENDA REGIONALE DI COORDINAMENTO PER LA SALUTE (ARCS)

Con L.R. n. 27 del 17 dicembre 2018 è stato ridefinito l'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio Sanitario Regionale ed, in particolare, è stata prevista l'istituzione, a decorrere dal 1 gennaio 2019, dell'Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute (ARCS), che si vede attribuite numerose funzioni riconducibili, in parte al soppresso Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi (Egas), e in parte attinenti al livello di Governance del Sistema sanitario regionale prevalentemente svolte in funzione strumentale a favore della Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità (DCS).

Il legislatore regionale, nella sua previsione di riorganizzazione del SSR affida ad ARCS un ruolo centrale nella guida del Sistema sanitario regionale assegnandogli compiti di supporto a carattere tecnico specialistico nei confronti della Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità, nella pianificazione, programmazione attuativa e implementazione delle strategie regionali, con coordinamento e controllo svolto nei riguardi degli altri enti del SSR.

A partire dal 2020 è iniziata l'implementazione delle funzioni necessarie a rispondere al mandato dell'articolo 4 della LR 27/2018. In particolare, nel corso del biennio 2020-2021 sono state attivate le funzioni:

- *Pianificazione, Programmazione e Controllo Direzionale* al fine di adempiere a quanto previsto dal comma 4 lettera e) dell'articolo 4 della LR 27/2018 e dagli articoli 52, 53, 54, 56 e 57 della LR 22/2019, nonché di svolgere l'attività interna per ARCS.

- *Attività specialistiche di gestione del rischio clinico, coordinamento e controllo del governo clinico regionale e delle reti cliniche, con valutazione della qualità quale Struttura di health technology assessment, funzioni di ingegneria clinica nonché svolgimento delle attività a supporto del Comitato Etico Unico Regionale, precedentemente incardinato presso il Centro di Riferimento Oncologico di Aviano.*

- *Patrimonio Immobiliare del SSR* che sta supportando la DCS nel seguire in modo coordinato la programmazione degli investimenti in sanità previsti dal PNRR e di quelli che utilizzeranno i fondi regionali

Sono state inoltre potenziate:

- *l'attività dei concorsi centralizzati, in seno alla funzione Gestione Risorse Umane, in relazione a tutti i concorsi del comparto, in modo da permettere alle aziende sanitarie e agli IRCCS di concentrarsi su quelli della dirigenza.*

- il *Centro Regionale per la Formazione* per svolgere il mandato di cui al punto 3, lettera c) dell'articolo 4 della LR 27/2018 e quanto previsto dagli articoli 37 e 38 della LR 22/2019.

Con l'approvazione della DGR 1446 del 24 settembre 2021 "LR 22/2019. Definizione delle attività e delle funzioni dei livelli assistenziali del Servizio sanitario regionale" successivamente modificata con DGR 1965 del 23 dicembre 2021 "LR 22/2019. Definizione delle attività e delle funzioni dei livelli assistenziali del Servizio sanitario regionale – rettifica errori materiali", è stato programmato l'affidamento ad ARCS ulteriori funzioni centralizzate.

1.2. Generalità sulla struttura e l'organizzazione dei servizi

AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA GIULIANO ISONTINA (ASUGI)

ASSISTENZA OSPEDALIERA

L'Assistenza Ospedaliera è garantita dai due Presidi ospedalieri, quello di Cattinara e Maggiore, con 630 p.l. alla data del 31/12/2021 (596 ordinari, 34 di day hospital, di cui 16 di day surgery) e quello di Gorizia e Monfalcone, con 388 p.l. alla data del 31/12/2021 (353 ordinari e 35 di day hospital).

Inoltre, insiste sul territorio un ospedale infantile, l'Istituto di Ricerca e Cura a Carattere Speciale Burlo Garofolo (136 p.l.) e altre 3 case di cura convenzionate (altri 321 p.l. accreditati).

Il Presidio Cattinara/Maggiore è costituito da due complessi ospedalieri, uno denominato Ospedale di "Cattinara" ed uno denominato Ospedale "Maggiore". È sede del Dipartimento di Scienze Mediche Chirurgiche e della Salute dell'Università degli Studi di Trieste.

Il Presidio ospedaliero di Gorizia-Monfalcone è composto da 2 stabilimenti: l'Ospedale San Giovanni di Dio di Gorizia e l'Ospedale San Polo di Monfalcone.

Le sale operatorie del presidio ospedaliero Maggiore/Cattinara sono in totale 22 (due dedicate completamente ad attività di chirurgia "ambulatoriale" e "day surgery" presso l'ospedale Maggiore). Le sale operatorie del presidio ospedaliero di Gorizia e Monfalcone sono in totale 12 (di cui 2 dedicate ai piccoli interventi chirurgici in regime "ambulatoriale" e di "day surgery"). Al Complesso Operatorio di Cattinara sono collegati 15 p.l. di "recovery-room". Al Complesso Operatorio di Gorizia e Monfalcone sono collegati 8 p.l. di "recovery-room".

L'emergenza Cardiologica viene assicurata presso il Polo Cardiologico di Trieste (altri 15.000 m2) che dispone di 3 sale emodinamiche e di 9 p.l. di UCIC. Nello stesso Polo è operativa la Cardiocirurgia (24 p.l.) con due sale operatorie e terapia intensiva (altri 10 p.l.) e nel presidio di Gorizia e Monfalcone viene assicurata attraverso 8 p.l. di terapia intensiva cardiologica (4 per stabilimento) e 10 p.l. di terapia semintensiva cardiologica (4 a Gorizia e 6 a Monfalcone). Inoltre, nel Presidio di Cattinara è attiva l'unica Camera Iperbarica regionale con una capienza di 12 p.l.

L'attività dialitica è garantita presso il presidio Cattinara/Maggiore attraverso 52 p.l. "tecnici" in cui vengono erogate sedute emodialitiche in regime ambulatoriale o, se necessarie, per pazienti ricoverati.

Presso il presidio di Gorizia e Monfalcone, invece, l'attività dialitica è garantita attraverso 34 p.l. "tecnici" (16 a Gorizia e 18 a Monfalcone) in cui vengono erogate sedute emodialitiche in regime ambulatoriale o, se necessarie, per pazienti ricoverati.

Il Tasso di occupazione dei posti letto complessivo è pari a 78,9%, all'80,6% nel presidio Cattinara/Maggiore mentre in quello di Gorizia e Monfalcone è pari a 75,8%.

L'Azienda, inoltre:

1. accoglie in Pronto Soccorso (PS) una media di 166 cittadini/giorno nell'area giuliana e 145 cittadini al giorno nell'area isontina;

2. ricovera, dopo primo intervento presso il PS, una media di 29 pazienti/giorno (ricovero ordinario) nell'area giuliana e 15 nell'area isontina;
3. accetta in ricovero ordinario programmato circa 23 pazienti/giorno; in ricovero in regime diurno (Day Hospital o Day Surgery) 7 nell'area giuliana e 5 nell'area isontina;
4. per la specialistica ambulatoriale (per esterni):
 - offre una media di 2.858 (nell'area giuliana) e 1.688 (nell'area isontina) prestazioni di specialistica ambulatoriale/giorno (sia visite che prestazioni strumentali o chirurgiche ambulatoriali, escluso quindi la Medicina dei Servizi e la Diagnostica per Immagini);
 - eroga una media di 8.445 prestazioni di diagnostica di laboratorio/giorno per pazienti operando anche per il bacino di utenza dell'Istituto Burlo Garofolo;
 - eroga una media di 244 (nell'area giuliana) e 137 (nell'area isontina) prestazioni di diagnostica per immagini/giorno.

I dati sono riferiti all'anno 2021.

Nel territorio gestito da ASUGI, l'attività ambulatoriale viene erogata in più di 180 ambulatori specialistici di tipo clinico, organizzati per discipline (112 per l'area giuliana e 73 per quella isontina).

Negli ambulatori dell'area giuliana vengono erogate oltre 230.000 visite e controlli/anno per esterni (di cui oltre il 45% sono prime visite).

Il Dipartimento di Diagnostica per Immagini dell'area giuliana eroga oltre 200.000 prestazioni/anno, quello di Medicina dei Servizi oltre 4.000.000 esami/anno (l'attività di Laboratorio viene svolta anche per l'Istituto Burlo Garofolo dal 2018) e l'Anatomia Patologica referta oltre 30.000 esami/anno.

Nel territorio isontino l'attività specialistica ambulatoriale viene erogata negli ambulatori ospedalieri di Gorizia e Monfalcone e nei poliambulatori distrettuali di Cormons, Gradisca d'Isonzo, Gorizia, Monfalcone e Grado, organizzati per discipline.

Negli ambulatori dell'area isontina vengono erogate oltre 110.000 visite e controlli/anno per esterni (di cui oltre il 55% sono prime visite).

Il Dipartimento di Diagnostica per Immagini dell'area isontina eroga oltre 94.000 prestazioni/anno, quello di Medicina dei Servizi oltre 2.000.000 esami/anno (l'attività di Laboratorio viene svolta anche per l'Istituto Burlo Garofolo dal 2018).

L'azienda opera mediante 2 presidi a gestione diretta e 2 case di cura convenzionate.

I posti letto direttamente gestiti sono pari a 1.018 unità, quelli convenzionati sono pari a 321 unità.

Stato dell'arte

L'azienda opera mediante 2 presidi a gestione diretta e 2 case di cura convenzionate.

I posti letto direttamente gestiti sono pari a 1.018 unità, quelli convenzionati sono pari a 321 unità.

ASSISTENZA TERRITORIALE

ASUGI è articolata in sei Distretti, quattro per l'area giuliana e due per l'area isontina. L'offerta dei servizi nelle strutture distrettuali è finalizzata a garantire ai cittadini:

- assistenza sanitaria di base;
- autorizzazione e distribuzione di farmaci e di altri presidi sanitari;
- assistenza protesica;
- assistenza ambulatoriale;
- assistenza domiciliare;

- continuità terapeutica ed assistenziale Ospedale – Territorio;
- assistenza sanitaria nelle strutture residenziali e semiresidenziali, sanitarie e socio assistenziali;
- assistenza sanitaria e sociosanitaria rispetto a specifici bisogni della persona o della famiglia;
- attività amministrative dirette all'utenza.

I Servizi distrettuali lavorano in stretta integrazione con i Dipartimenti dei Presidi di Cattinara/Maggiore e di Gorizia/Monfalcone, con l'I.R.C.C.S. Burlo Garofolo di Trieste, con i pediatri, le scuole, i servizi sociali dei Comuni, il Tribunale dei minori.

Presso il Distretto 2 di ex ASUITS è attiva la struttura Tutela salute bambini e adolescenti di lingua Slovena, Slovenska služba (Servizio socio-psico-pedagogico sloveno), cui possono rivolgersi le famiglie di tutto il territorio aziendale di Trieste, indipendentemente dal Distretto di appartenenza.

Le Cure ambulatoriali e domiciliari vengono garantite in stretta integrazione con i servizi sanitari e sociali, per realizzare valutazioni e interventi che coinvolgono diversi professionisti, di diverse discipline.

I principali servizi offerti coprono:

- il coordinamento delle attività svolte dai medici di assistenza sanitaria di base;
- la definizione di percorsi diagnostici-terapeutici condivisi tra medici di medicina generale e specialisti;
- attività sanitarie specialistiche ambulatoriali;
- la continuità assistenziale e l'integrazione tra ospedale e medicina generale;
- la possibilità, sulle 24 ore, di ricevere cure mediche ed infermieristiche (nel territorio isontino le cure infermieristiche vengono garantite sulle 12 ore);
- autorizzazione e distribuzione di farmaci e di altri presidi sanitari.

Presso ogni Distretto è attiva l'Assistenza domiciliare (a casa e presso le strutture residenziali per anziani), per evitare l'istituzionalizzazione delle persone fragili, per consentire loro di rimanere in sicurezza nel normale contesto di vita, senza perdere o limitare le proprie abitudini e relazioni sociali. L'Assistenza Domiciliare viene attuata anche attraverso il Servizio infermieristico domiciliare. ASUGI ha disponibilità di servizi specifici di Medicina specialistica domiciliare, per le prestazioni di Chirurgia, Chirurgia vascolare, Dermatologia, Ginecologia ed Ecografia ostetrico-ginecologica, Neurologia, Oculistica, Ortopedia, Otorinolaringoiatria, Pneumologia, Urologia Fisiatria, Cure Palliative e terapia del dolore alle quali si accede attraverso le richieste del medico di Medicina generale. Le Cure ambulatoriali e domiciliari, infine, prevedono le autorizzazioni e la distribuzione di farmaci e altri presidi ai cittadini che ne fanno richiesta.

Le principali forme di assistenza distrettuale attive sul territorio giuliano riguardano:

- Servizio infermieristico domiciliare (SID);
- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI);
- Servizio Assistenza Domiciliare (SAD);
- Pronto intervento domiciliare;
- Centro diurno convenzionato;
- Infermiere di comunità.

In ognuno dei quattro Distretti afferenti all'ex ASUITS è attiva almeno una Microarea (unità territoriale dai 1.000 ai 1.500 residenti dove si sperimenta medicina proattiva: nate nel 2005 all'interno di un progetto, promosso dall'Azienda territoriale assieme al Comune e all'ATER di Trieste, che si sviluppa sulla base delle indicazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) e di alcuni programmi europei. Il progetto coinvolge altri enti pubblici e privati per intervenire nei settori determinanti per la salute: sanità, educazione, habitat, lavoro e la democrazia locale.

L'assistenza agli anziani nel territorio giuliano viene offerta attraverso l'accoglimento dell'anziano presso le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA).

Come servizio alla persona anziana è disponibile, inoltre, una variegata offerta di Residenze socioassistenziali (case di riposo), classificate in:

- Casa albergo (struttura dedicata a persone autosufficienti);
- Residenza polifunzionale (anziani con problemi di non autosufficienza che non necessitano di cure medico-infermieristiche continuative, eventualmente fornite dalle strutture distrettuali);
- Residenza polifunzionale di fascia A (persone non autosufficienti che necessitano di prestazioni di assistenza infermieristica);
- Residenza protetta (persone con elevati livelli di non autosufficienza e con necessità di assistenza sanitaria continuativa).

Stato dell'arte

Nell'anno 2021 l'azienda ha operato mediante 96 presidi a gestione diretta e 90 strutture convenzionate.

Gli istituti o centri di riabilitazione convenzionati ex art.26 L.833/78 sono 2, per complessivi 53 posti letto residenziali e 6 posti letto semiresidenziali.

Relativamente alla Medicina Generale, ASUGI, nel 2021, ha operato mediante 236 medici di medicina generale (MMG) e 34 pediatri di libera scelta (PLS).

PREVENZIONE

In ASUGI opera il Dipartimento di Prevenzione (DIP) che ha la finalità di garantire la prevenzione e la tutela della salute pubblica e l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro. In particolare il Dipartimento di Prevenzione garantisce le funzioni di prevenzione collettiva e sanità pubblica quali: profilassi delle malattie infettive e parassitarie; tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali; tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro; sanità pubblica veterinaria, che comprende sorveglianza epidemiologica delle popolazioni animali e profilassi delle malattie infettive e parassitarie; farmacovigilanza veterinaria; igiene delle produzioni zootecniche; tutela igienico-sanitaria degli alimenti di origine animale; tutela igienico-sanitaria degli alimenti; sorveglianza e prevenzione nutrizionale; tutela della salute nelle attività sportive. Contribuisce inoltre alle attività di promozione della salute e di prevenzione delle malattie cronico-degenerative in collaborazione con gli altri servizi e dipartimenti aziendali.

Fanno parte del Dipartimento le seguenti articolazioni organizzative:

- SC Igiene e Sanità pubblica;
- SC Igiene degli Alimenti e della Nutrizione;
- SC Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro;
- SC Centro Regionale Unico Amianto;
- SC Sanità Animale;
- SC Igiene Alimenti di Origine Animale.

AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA FRIULI CENTRALE (ASUFC)

ASSISTENZA OSPEDALIERA

Nell'Azienda operano 4 presidi ospedalieri a gestione diretta e 1 casa di cura privata accreditata.

Di seguito si rappresenta la situazione dei posti letto per presidio ospedaliero, per sede e per disciplina al 31.12.2021.

	ORD	DH	TOT
IST. MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	70	4	74
P.O. LATISANA E PALMANOVA	254	23	277
P.O. LATISANA E PALMANOVA - SEDE LATISANA	134	9	143
P.O. LATISANA E PALMANOVA - SEDE PALMANOVA	120	14	134
P.O. S.DANIELE E TOLMEZZO	302	20	322
P.O. S.DANIELE E TOLMEZZO - SEDE SAN DANIELE	131	10	141
P.O. S.DANIELE E TOLMEZZO - SEDE TOLMEZZO	171	10	181
P.O. S.MARIA DELLA MISERICORDIA	896	110	1006

Di seguito si rappresenta la situazione dei posti letto COVID al 31.12.2021. Durante l'anno 2021 posti letto COVID sono stati attivati in tutti i presidi (Sedi di Palmanova, San Daniele e Udine).

	PL al 31.12.2021			
	ORD	di cui COVID	DH	TOT
Ospedale Palmanova	120	15	14	134
Ospedale Latisana	134		9	143
Totale Presidio Latisana Palmanova	254	15	23	277
Ospedale San Daniele	131		10	141
Ospedale Tolmezzo	171		10	181
Totale Presidio San Daniele Tolmezzo	302		20	322
Totale Presidio SMM Udine	896	78	110	1.006
Totale IMFR	70		4	74
Totale ASU FC	1.522	93	157	1.679

Il Policlinico "Città di Udine", con sede a Udine, è accreditato per complessivi 72 posti letto ordinari e 28 di Day Hospital. Le specialità presenti sono: Medicina generale, Chirurgia generale, ORL, Ortopedia, Ginecologia, Oculistica, Urologia.

Il Policlinico eroga anche prestazioni specialistiche ambulatoriali.

ASSISTENZA TERRITORIALE

L'Azienda opera mediante strutture a gestione diretta e convenzionate.

La tipologia di strutture e il tipo di assistenza erogata sono riassunte nelle seguenti tabelle e i dati risultano coerenti con quelli complessivamente desumibili dai modelli STS.11 (Anno 2021).

STRUTTURE A GESTIONE DIRETTA:

TIPO STRUTTURE A GESTIONE DIRETTA*	ASSISTENZA AGLI ANZIANI	ASSISTENZA AI DISABILI FISICI	ASSISTENZA AI MALATI TERMINALI	ASSISTENZA AIDS	ASSISTENZA PAZIENTI COVID-19	ASSISTENZA PER	ASSISTENZA	ATTIVITA` CLINICA	ATTIVITA` DI	ATTIVITA` DI LABORATORIO	DIAGNOSTICA	VACCINAZIONI ANTI COVID-19	Totale strutture*	
ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE				1		9	68	5	16	1		26		
AMBULATORIO E LABORATORIO								25		6	11			
STRUTTURA RESIDENZIALE	1	6	2		4	1	34	48						
STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE						1	30	31						
Totale complessivo	1	6	2	1	4	11	77	30	172	7	11	26		

* Nota: una stessa Struttura può avere diversi "tipi di assistenza erogata", pertanto il totale di riga in tabella non è il risultato della somma dei valori indicati ma è il numero esatto delle Strutture esistenti.

STRUTTURE A GESTIONE NON DIRETTA:

TIPO STRUTTURE A GESTIONE NON DIRETTA*	ASSISTENZA AGLI ANZIANI	ASSISTENZA AI DISABILI FISICI	ASSISTENZA IDROTERMALE	ATTIVITA` CLINICA	ATTIVITA` DI LABORATORIO	DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI	Totale strutture*
ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE			1				1
AMBULATORIO E LABORATORIO				15	3	10	18
STRUTTURA RESIDENZIALE	37	3					40
STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE	5						5
Totale complessivo	42	3	1	15	3	10	64

* Nota: una stessa Struttura può avere diversi "tipi di assistenza erogata", pertanto il totale di riga in tabella non è il risultato della somma dei valori indicati ma è il numero esatto delle Strutture esistenti.

Sono inoltre presenti 4 Istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78, per complessivi 34 posti letto residenziali e 195 posti letto semiresidenziali, come risulta dai modelli RIA.11.

STRUTTURA	Posti letto al 31.12.2021	
	Posti residenziali	Posti semiresidenziali
Comunità Piergiorgio	18	20
Istituto S. Maria dei Colli Tarcento	8	60
Associazione "La Nostra Famiglia"	0	110
Comunità di Rinascita	8	5
Totale complessivo	34	195

Relativamente alla **medicina generale**, l'Azienda opera per il tramite di 338 medici di medicina generale e 49 pediatri.

AZIENDA SANITARIA FRIULI OCCIDENTALE (ASFO)

ASSISTENZA OSPEDALIERA

L'AsFO opera mediante 2 presidi a gestione diretta:

- Presidio ospedaliero "Santa Maria degli Angeli" di Pordenone
- Presidio ospedaliero "San Vito al Tagliamento – Spilimbergo"

e una struttura privata accreditata - Casa di Cura S. Giorgio

I posti letto direttamente gestiti sono pari a 701, quelli convenzionati sono pari a 167 (fonte dati modello HSP 12 e HSP 13 al 1.1.2020).

POSTI LETTO AL 1.1.2021	Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria	di cui Pagamento	TOTALE
Ospedale di Pordenone	36	0	440	19	476
Ospedale di San Vito / Spilimbergo	18	0	204	12	222
Totale Presidi a gestione diretta	54	0	644	31	698
Casa di Cura S. Giorgio	41	0	126	0	167
Totale Casa di cura convenzionata	41	0	126	0	167

ASSISTENZA TERRITORIALE

L'azienda opera mediante 61 presidi a gestione diretta e 37 strutture convenzionate.

Strutture private accreditate	Decreti accreditamento	Decreti di rinnovo
La Nostra Famiglia	88 del 04/02/2016	1528 del 17/10/2018
Centro Medico Esperia	982 del 19/11/2015	1626 del 6/11/2018 integrazione 2836 del 20/12/2019 e 378 del 25/2/2020
Diagnostica 53	524 del 16/07/2015	51 dell'11/01/2019 e integrazione 341 del 17/2/2020

Cc "San Giorgio"	1049 del 27/11/2015	1640 del 13/09/2019
Cc "San Giorgio" punto nascita	1465/05/10/2018	
Sanisystem	1131 del 4/12/2015	1287 del 13/09/2018 e integrazione 342 del 17/2/2020
Busetto & Pontel per la riabilitazione	651 del 30/4/2018 - 759 del 23/05/2018	
Obiettivo Salute s.r.l.	731 del 22/4/2020	
Maniago Nuoto s.s.d. s.r.l.	602 del 5/4/2019	
Hospice "Via di Natale"	1016 del 27/7/2017 - 1282 del 28/9/2017	2028 del 22/10/2020

<i>Strutture convenzionate</i>	<i>Autorizzazioni</i>
Case di Riposo (n. 17)	Autorizzate ai sensi del D.P.Reg. n. 144 del 13/7/2015
Centri Diurni per Anziani (n. 13)	Autorizzati ai sensi del D.P.Reg. n. 144 del 13/7/2015
Consultorio A.I.E.D	Autorizzazione AAS 5 n. 20215 del 19/3/2015
Consultorio Noncello	Autorizzazione ASS 6 n. 372 del 7/1/2004
Struttura residenziale "Ricchieri" - Itaca	DPGR 83/Pres del 14/2/1990
Struttura residenziale "La Selina" - Itaca	DPGR 83/Pres del 14/2/1990
ANFFAS	DPGR 83/Pres del 14/2/1990 - Autor. Comune PN prot. 31221/P del 12/5/2009
ANFFAS minori con disabilità gravissima	D.G.R. 1462 del 28/7/2016 - Autor. eserc. ai sensi Decr. Regione n. 1495/SPS del 24/11/2016

Gli istituti o centri di riabilitazione convenzionati ex art.26 L.833/78 sono 6, per complessivi 14 posti letto residenziali e 189 posti letto semiresidenziali.

<i>Struttura</i>	<i>Posti letto residenziali</i>	<i>Posti letto semiresidenziali</i>
Progetto Spilimbergo	14	9
Ns. Famiglia San Vito al Tagliamento	0	180
Busetto & Pontel	0	0
Friuli Riabilitazione	0	0
Bambini e Autismo	0	0
UILDM Pordenone ONLUS	0	0
TOTALE Posti Letto	14	189

La tipologia di strutture e il tipo di assistenza erogata sono riassunte nelle seguenti tabelle.

STRUTTURE A GESTIONE DIRETTA	ATTIVITA' CLINICA	DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI	ATTIVITA' DI LABORATORIO	ATTIVITA' DI CONSULTORIO MATERNO-INFANTILE	ASSISTENZA PSICHIATRICA	ASSISTENZA PER TOSSICODIPENDENTI	ASSISTENZA AI DISABILI FISICI	ASSISTENZA AI MALATI TERMINALI	VACCINAZIONI ANTI COVID	Totale complessivo
AMBULATORIO E LABORATORIO	11	5	3							11
STRUTTURA RESIDENZIALE					11		7	1		19
STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE					1					1
ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE				7	11	6			6	30
Totale complessivo	11	5	3	7	23	6	7	1	6	61

STRUTTURE CONVENZIONATE	ATTIVITA' CLINICA	DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI	ATTIVITA' DI LABORATORIO	ATTIVITA' DI CONSULTORIO MATERNO-INFANTILE	ASSISTENZA PSICHIATRICA	ASSISTENZA AGLI ANZIANI	ASSISTENZA AI DISABILI FISICI	ASSISTENZA AI DISABILI PSICHICI	ASSISTENZA AI MALATI TERMINALI	Totale complessivo
ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE				2						2
AMBULATORIO E LABORATORIO	4	4	1							7
STRUTTURA RESIDENZIALE					2	18		1	1	22
STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE						6		1		7
Totale complessivo	4	4	1	2	2	24		1	1	37

Relativamente alla medicina generale, l'Azienda opera mediante 189 medici di base, che assistono complessivamente una popolazione pari a 273.901 unità, e 33 pediatri, che assistono complessivamente una popolazione pari a 33.654 unità.

PREVENZIONE

Il Dipartimento di Prevenzione è articolato in 12 sedi operative in tutta la provincia di Pordenone ed è presente con proprio personale (Igiene Pubblica, Veterinari, Igiene degli Alimenti e Nutrizione) in ciascuna delle 5 sedi distrettuali. I servizi veterinari oltre alle sedi distrettuali dispongono di ulteriori 4 sedi. La struttura che opera in un'unica sede è la SC Prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro (sede centrale di Pordenone).

IRCCS BURLO GAROFOLO

I posti letto al 31/12/2021 sono pari a 136, di cui 100 di ricovero ordinario, 23 di DH/DS e 13 di ricovero ordinario dedicati ai pazienti affetti da SARS COV-19.

ORDINARI / DH	100	23
COVID	13	0
TOTALE	113	23
NEONATOLOGIA -NIDO	25	

I posti letto dell'Irccs Burlo Garofolo verranno adeguati ai posti letto previsti dalla DGR 1446/2021 così come rettificata dalla DGR 1965/2021, successivamente all'adozione dell'atto aziendale nel corso del 2022.

OBIETTIVI DELL'ANNO IN MERITO A VARIAZIONI SU STRUTTURE/ORGANIZZAZIONE

MODIFICHE ORGANIZZATIVE

- Piano per la risposta all'emergenza
- Nuovo assetto strutturale e organizzativo (compreso Burlo Multicentrico)
- Rete Regionale Pediatrica
- Rete regionale cure palliative pediatriche e hospice pediatrico

PREVENZIONE

- Screening II Livello cervice uterina

SISTEMI DI SORVEGLIANZA

L'IRCCS Burlo Garofolo prosegue, per conto della Direzione Centrale Salute del Friuli Venezia Giulia, il coordinamento delle attività di sorveglianza di sovrappeso e dell'obesità in regione FVG, che hanno riguardato le seguenti popolazioni: donne in gravidanza, bambini di scuola elementare, adolescenti di scuola media e superiore.

- Monitoraggio dello stato nutrizionale in gravidanza (*Progetto supportato dalla DCS Regione Friuli Venezia Giulia*)
- OKkio alla Salute (progetto nazionale promosso nel 2007 dal Ministero della Salute insieme con il MIUR ed è coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con le Regioni. L'IRCCS Burlo Garofolo funge da referente regionale presso l'Istituto Superiore di Sanità).
- Health Behaviour in School Children (HBSC)

RICERCA

L'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico Burlo Garofolo è un ospedale di eccellenza che persegue finalità di ricerca, prevalentemente clinica e traslazionale, nel campo biomedico ed in quello della organizzazione e gestione dei servizi sanitari ed effettua prestazioni di ricovero e cura di alta specialità.

Obiettivi dell'esercizio relativi alle strutture e all'organizzazione della ricerca

Causa la pandemia COVID-19 e la conseguente proroga a tutto il 2021 della Programmazione Triennale 2018-2020, al Ministero della Salute (Ministry of Health – MOH) nel corso del 2021 sono state fornite da tutti gli IRCCS le proposte relative alla Programmazione Triennale degli Istituti di Ricovero e Cura Carattere Scientifico (IRCCS) per il periodo 2022-2024 comprensive delle linee di ricerca.

Secondo la Programmazione Triennale degli IRCCS 2022-2024, approvata in data 23/12/2021 dal MOH, a seguito del parere del Comitato Tecnico Scientifico istituito presso il medesimo dicastero a partire dal 1° gennaio 2022 le

attività di ricerca degli IRCCS dovranno essere programmate, al fine di consentire il benchmarking internazionale, con riferimento alle "Major Diagnostic Categories" (MDC), raggruppamento in 25 categorie diagnostiche principali del sistema di classificazione "Diagnosis Related Group" (DRG), in cui ciascun gruppo comprende tutte le diagnosi correlate ad un determinato criterio di rilevanza clinica, anatomico o eziologico.

Al fine di rendere la classificazione adottata da ogni IRCCS coerente con le proprie attività assistenziali, il MOH ha inteso affiancare alle Aree Tematiche Principali le cosiddette "Patologie Integrate", patologie che pur rientrando in aree tematiche diverse da quella principale sono di norma gestite da specialisti, sia dell'area tematica principale, sia di un'area tematica diversa, nonché le "Patologie Correlate" patologie afferenti ad una area tematica diversa ma che risultano rilevanti per la terapia, la prevenzione e la riabilitazione di patologie che rientrano nell'area tematica principale considerando però che in tale area rientrino solo patologie che debbano essere prese necessariamente in considerazione solo per la corretta gestione del paziente affetto dalla patologia primaria.

La classificazione adottata dall'IRCCS Burlo è "Istituto Monotematico di Area Pediatrica".

Nell'anno 2021, peraltro, la programmazione dell'attività si è sviluppata seguendo ancora gli ambiti e aree di punta delle attività di ricerca dell'Istituto precedentemente approvati:

Linea 1 - salute riproduttiva, medicina materno fetale e neonatologia.

Linea 2: Scienze mediche e chirurgiche dell'infanzia e dell'adolescenza

Linea 3: Innovazione e diagnostica avanzata in area materno infantile

Nel corso del 2021 l'Istituto ha proseguito la partecipazione a numerose sperimentazioni cliniche profit e non profit e studi osservazionali.

IRCCS CENTRO RIFERIMENTO ONCOLOGICO (CRO)

ASSISTENZA OSPEDALIERA

La dotazione dei posti letto per il CRO è la seguente.

AREA	PL ORDINARI	PL DH	TOTALE
Area Chirurgica	44	6	50
Area Medica	50	20	70
Servizi	4	6	10
Totale CRO	98	32	130

I posti letto sono pari a 130 unità, di cui 98 ordinari e 32 DH:

DIPARTIMENTO	PL ORDINARI	PL DH	TOTALE
Dipartimento Oncologia Chirurgica	44	6	50
Dipartimento Clinico Oncologico	50	20	70
Dipartimento Clinico Alte Tecnologie	4	6	10
Totale	98	32	130

Con DGR n. 1446 del 24.09.2021 e 1965 del 23 dicembre 2021 sono state ridefinite le dotazioni dei posti letto degli ospedali pubblici e privati, nonché il modulo organizzativo delle funzioni stesse. Nel corso del 2022, a seguito dell'approvazione dell'atto aziendale, si darà concreta attuazione alla nuova dotazione dei posti letto.

RICERCA

Il CRO ha sviluppato, come negli anni precedenti, le linee di ricerca concordate con la Regione ed il Ministero della Salute. I programmi di ricerca traslazionale e clinica sono cresciuti come dimostrato dall'aumento della produzione scientifica (vedi tabella). Particolare attenzione è stata dedicata all'ulteriore sviluppo di reti di ricerca nazionali, in particolare all'interno di Alleanza contro il Cancro con la partecipazione ai progetti ACC quali Genomics, Gersom, Big Health Data, ecc e a quelli della rete italiana ed europea (Euracan) dei tumori rari. Il CRO ha inoltre intensificato la collaborazione con strutture pubbliche e private (PMI) della regione per lo sviluppo di progetti collaborativi nell'ambito dei fondi strutturali (POR FESR e 5 per mille). Sforzi essenziali per migliorare la digitalizzazione, sicurezza e incrociabilità dei dati biomedici del CRO sono stati promossi da tre progetti chiamati Task Force 1,2, e3. Rilevante è stato anche lo sviluppo ulteriore di progetti di ricerca orientata al paziente, in prosecuzione del progetto Patient Education.

Le Strutture Operative del CRO sono tutte implicate nella ricerca scientifica, i essenzialmente traslazionale, ma in misura differente come indicato dalla tabella sottostante.

PRODUZIONE SCIENTIFICA - Impact factor (aggiornata al 08/02/2022)

L'analisi del metodo di valutazione della performance legata alla produzione scientifica (inserita nel processo di Budget aziendale) ha portato dal 2019 alla volontà di articolare meglio gli obiettivi ed indicatori scientifici all'interno del CRO. Tale sistema include il numero di pubblicazioni sottoposte a peer.review, l'Impact Factor, IF, Grezzo e quello NORMALIZZATO). Continua anche un esame attento della produzione scientifica delle differenti Strutture Operative (SO) e Dipartimenti e, soprattutto, delle interazioni multidisciplinari per una maggior valorizzazione della ricerca traslazionale (IF frazionato per ruolo delle diverse Strutture che vi hanno partecipato).

	Publicati 2020	Publicati 2021
Numero	436	354
IF grezzo	1.685	2.363
IF normalizzato	1.265 Secondo le regole RC 2020	1.248 Secondo le regole RC 2021
	ARTICOLI PUBBLICATI periodo gennaio-dicembre 2020 - aggiornamento: 08/02/2021	ARTICOLI PUBBLICATI periodo gennaio-dicembre 2021 - aggiornamento: 08/02/2022

RICERCA CORRENTE MINISTERIALE 2021

Nel triennio 2018-2020, esteso al 2021, la Ricerca Corrente al CRO continua il suo sviluppo all'interno delle cinque linee definite precedentemente. Nel corso del 2018, tuttavia, la Direzione Scientifica ha messo in atto un processo di riorganizzazione e compattamento di progetti all'interno delle Linee di Ricerca per rafforzare la chiarezza ed il coordinamento all'interno e tra strutture.

Il finanziamento erogato dal Ministero della Salute per il 2021 è pari a € 3.542.420, con un incremento rispetto agli anni precedenti di circa 700.000 euro. Anche nel corso del 2021, in analogia agli anni 2019 e 2020, l'importo assegnato per la Ricerca Corrente è stato integrato con contributi specifici per la partecipazione del CRO ad attività di rete, pari a un totale di € 209.941,00.

Linee ed i progetti Ricerca Corrente Ministero della Salute 2021 sono i seguenti:

Linea di ricerca 1: Genetica e biologia dei tumori (ricerca di base e traslazionale)

Linea di ricerca 2: Epidemiologia e prevenzione dei tumori

Linea di Ricerca 3: Neoplasie Ematologiche, ricerca traslazionale e clinica

Linea di Ricerca 4: Tumori solidi: dai database clinico-patologici alla medicina "4P"

Linea di ricerca 5: Tumori associati ad Agenti Infettivi

AZIENDA REGIONALE DI COORDINAMENTO PER LA SALUTE (ARCS)

Oltre agli obiettivi previsti dalla programmazione regionale, recepita nel Piano attuativo aziendale, ARCS nel corso del 2021 ha collaborato nella gestione dell'emergenza COVID-19 svolgendo le attività indicate dal coordinamento regionale ed in particolare:

- attività di approvvigionamento anche in virtù del decreto del Soggetto Attuatore DCR/2/SA13/2020;
- attività finalizzate al reclutamento del personale;
- attività di rendicontazione delle spese sostenute direttamente da ARCS o per il tramite di ARCS;
- coordinamento delle attività di rendicontazione delle spese sostenute dalle Aziende per la gestione dell'emergenza Covid-19 e per la realizzazione del piano di potenziamento della rete ospedaliera
- supporto ai monitoraggi del Piano di recupero dei Tempi di attesa di cui al DL 104/2020 e s.m.i.;

Di seguito vengono illustrate i principali servizi centralizzati assicurati da ARCS e le relative attività svolte nel corso del 2021.

MAGAZZINO CENTRALIZZATO

Anche nel corso del 2021 la gestione della logistica centralizzata è stata condizionata dall'emergenza COVID in termini di flussi di materiali in ingresso/uscita e di estrema variabilità degli stessi, come attestato dai seguenti dati.

Il numero di righe in uscita è rimasto sostanzialmente stabile rispetto al 2020 (1.940.185 righe nel 2021 vs 1.944.276 righe nel 2020; -0,21%) confermando, quindi, il dato su cui si attesta la gestione della logistica centralizzata del SSR. Rispetto al 2020, tuttavia, si è riscontrata una maggiore regolarità della domanda (fatti salvi i picchi su base stagionale e mensile legati alle festività): la deviazione standard del numero di righe in uscita mensili rispetto alla media si è ridotta dal 9,26% al 5,95%.

I flussi in ingresso su base annuale sono diminuiti (173.749 unità di carico accettate nel 2021 vs 180.539 nel 2020; -3,7%), con una sensibile riduzione di quelli provenienti dalla gestione commissariale nazionale (1934 nel 2021 vs 3800 nel 2020, concentrata soprattutto nel II semestre dell'anno).

Considerato il perdurare della gestione di rilevanti stock di DPI ha reso necessario il mantenimento della superficie di stoccaggio aggiuntiva (in regime di locazione temporanea) rispetto a quella standard (+2562mq), che ha portato la superficie complessiva del Magazzino centralizzato a 12.224mq.

FONDO ASSICURATIVO

L'ARCS, mediante la SSD Gestione Assicurativa Centralizzata, nel corso del 2021 nella gestione dei contratti assicurativi stipulati ha provveduto all'apertura e istruzione di 331 richieste risarcitorie e alla definizione (chiusura senza seguito/liquidazione/reiezione) di 333 sinistri nell'ambito della gestione centralizzata della copertura assicurativa RCT/O del S.S.R.. Nel corso del 2021 in collaborazione con la Direzione Centrale Salute sono state perfezionate e successivamente adottate, con Decreto del Direttore Generale dell'ARCS n.169/2021 del

11/11/2021, le disposizioni attuative della DGR n. 1970/2016 per la disciplina della gestione assicurativa centralizzata della polizza RCT/O delle Aziende del S.S.R..

Le tabelle sotto riportate forniscono:

- l'evidenza della valutazione dei rischi al 31/12/2021, dei sinistri aperti per gli anni 2006-2021:

ANNO	PROBABILE	POSSIBILE	REMOTO	LIQUIDATO
2006	111.000,00 €	290.000,00 €	110.000,00 €	6.739.377,56 €
2007	79.952,97 €	139.279,12 €	/	9.583.963,86 €
2008	334.278,23 €	1.275.000,00 €	/	11.134.126,63 €
2009	280.500,00 €	571.500,00 €	60.000,00 €	7.926.179,47 €
2010	2.147.064,48 €	287.873,00 €	30.000,00 €	14.276.740,02 €
2011	1.634.981,98 €	1.003.000,00 €	185.000,00 €	10.575.427,19 €
2012	4.203.300,00 €	1.355.483,53 €	/	11.998.456,32 €
2013	3.261.292,09 €	1.129.621,00 €	/	10.881.611,81 €
2014	3.913.300,00 €	1.926.700,00 €	15.000,00 €	10.605.444,39 €
2015	4.798.370,00 €	2.426.900,00 €	10.000,00 €	8.930.426,75 €
2016	6.653.044,00 €	2.182.653,78 €	/	7.649.526,51 €
2017	5.285.058,40 €	2.416.510,32 €	5.000,00 €	4.339.891,18 €
2018	8.224.750,00 €	3.050.000,00 €	320.000,00 €	2.427.298,50 €
2019	2.994.354,68 €	5.314.982,87 €	30.000,00 €	1.492.170,11 €
2020	1.740.245,00 €	3.664.671,35 €	499.624,38 €	401.481,65 €
2021	956.893,00 €	3.513.517,60 €	382.029,58 €	18.866,05 €
TOTALE	46.618.384,83 €	30.547.962,57 €	1.646.653,96 €	118.980.985,00 €

- il dettaglio del valore dei sinistri, riepilogato per grado di rischio e per ente del S.S.R. di riferimento

ENTE	PROBABILE	POSSIBILE	REMOTO	LIQUIDATO
ASU FC	21.719.722,57 €	15.458.993,85 €	825.005,00 €	52.920.231,86 €
ASU GI	14.740.662,21 €	8.150.840,97 €	423.412,96 €	33.897.962,39 €
AS FO	7.963.814,55 €	5.035.357,75 €	183.200,00 €	24.987.739,60 €
BURLO	1.767.105,50 €	1.194.500,00 €	60.000,00 €	5.237.654,24 €
CRO	427.080,00 €	658.000,00 €	155.000,00 €	1.937.396,91 €
ARCS	/	50.000,00 €	36,00 €	/
TOTALE	46.618.384,83 €	30.547.962,57 €	1.646.653,96 €	118.980.985,00 €

PROCEDURE ACQUISTI CENTRALIZZATI

Nel corso dell'Anno 2021 in considerazione del protrarsi dello stato di emergenza sanitaria da Covid-19 sul territorio nazionale l'attività istituzionale di ARCS è stata ancora influenzata dalla necessità di dover garantire oltre allo svolgimento della ordinaria attività amministrativa- che già era stata fortemente condizionata nel corso del 2020 a seguito dell'improvviso scoppio della pandemia - dall'esigenza prioritaria di dover ancora assicurare alle Aziende del SSR gli approvvigionamenti necessari per la gestione della emergenza Covid-19 (farmaci, DPI,

materiale sanitario ecc.) tramite il Magazzino Centralizzato di PN, in qualità di Ente a supporto del Presidente della Regione Friuli Venezia Giulia, quale Soggetto attuatore della struttura commissariale per l'emergenza.

Nell'anno 2021 sono state avviate 231 procedure per un totale di base d'asta bandito di € 1.286.566.58, e sono state aggiudicate 214 gare per un importo aggiudicato di € 918.590.529 a fronte di un importo base dei lotti aggiudicati pari a € 1.046.507.570

Va evidenziato che l'attività sopra delineata è comprensiva anche delle procedure di gara regionale svolte da ARCS in nome e per conto della CUC – Centrale Unica di Committenza Regionale, Soggetto aggregatore regionale per la Regione FVG, in virtù dell'apposito rapporto di avvalimento ai sensi dei commi 4 bis e 4 ter dell'art. 44 della L.R. n. 26/2014, relativamente alle iniziative di acquisto rientranti nelle categorie merceologiche di cui al D.P.C.M. del 24/12/2015 ed al successivo D.P.C.M. dell'11/07/2018.

Nell'Anno 2021 è stata anche aggiudicata la nuova gara per la fornitura di farmaci biologici/biosimilari. Sono state altresì bandite una serie di iniziative di particolare rilievo quali: la nuova gara per il servizio di ristorazione a favore degli Enti del SSR per un valore di € 153.521.580 (senza proroghe ed opzioni contrattuali), il servizio di elisoccorso a favore anche della Protezione Civile FVG per un valore di €39.782.500 (senza proroghe ed opzioni contrattuali) nonché la nuova gara d'appalto per l'affidamento del servizio di logistica centralizzata per le Aziende del SSR per un importo complessivo presunto di €34.402.488.

CONCORSI CENTRALIZZATI

Di seguito si dà evidenza dello stato di avanzamento delle procedure concorsuali centralizzate alla data del 31/12/2021. A tal proposito, si segnala che la programmazione delle attività ha subito dei rallentamenti in esito alle prescrizioni contenute nel DL 44/2021 art. 10 e, soprattutto, nel "Protocollo per lo svolgimento dei concorsi pubblici" diramato dal Dipartimento della Funzione Pubblica prot. 25239-P- 15/04/2021.

Si precisa che la data di avvio viene fatta coincidere con la data di adozione del bando, mentre la data di chiusura coincide con la data di approvazione della graduatoria di merito.

ruolo	profilo a concorso	posti a bando	data avvio	data chiusura graduatoria di merito	graduatoria per area
sanitario	infermiere	130	24/11/2020	29/06/2021	si
	ostetrica	4	24/11/2020	11/06/2021	si
	tec. prevenzione ambienti e luoghi di lav	1	22/12/2020	23/07/2021	no
	dietista	1	22/12/2020	19/08/2021	no
	tecno sanitario di laboratorio medico	6	22/12/2020	30/04/2021	no
	assistente sanitario	6	22/12/2020	26/03/2021	no
	fisioterapista	4	26/02/2021	04/11/2021	no
	logopedista	1	26/02/2021	23/11/2021	no
	infermieri	130	30/11/2021	entro 31/05/2022	si
	assistente sanitario	12	17/11/2021	02/03/2022	no
	tec. sanitario di laboratorio medico	12	19/11/2021	05/04/2022	no
	tec. prevenzione ambienti e luoghi di lav	6	19/11/2021	30/03/2022	no
amm.vo	assistente amm.vo	6	22/09/2020	30/11/2021	no
tecnico	operatore socio sanitario	60	04/08/2020	29/06/2021	si
	assistente sociale	1	22/12/2020	23/09/2021	no
	ingegnere gestionale	1	26/02/2021	04/11/2021	no
	autista di ambulanze	5	03/12/2021	entro 30/06/2022	no
	assistente tecnico - geometra	1	31/12/2021	entro 31/10/2022	no
	CTP Ingegnere clinico	1	31/12/2021	entro 31/12/2022	no
	CTP ingegnere civile	1	31/12/2021	entro 30/09/2022	no
		389			

1.3. Altri contenuti

CEFORMED

I Medici in Formazione nel 2021 sono stati:

- triennio 2020-2023 n. 45 medici in formazione, di cui n. 40 Medici con borsa di studio, n. 3 Medici in sovrannumero ai sensi della L. 401/2000 e n. 2 Medici in sovrannumero ai sensi della L. 35/2019);
- triennio 2019-2022 n. 42 Medici in formazione, di cui n. 36 Medici con borsa di studio, e n. 4 Medici in sovrannumero ai sensi della L. 401/2000 e n. 2 Medici in sovrannumero ai sensi della L. 35/2019);
- triennio 2018-2021 n. 43 Medici in formazione, di cui n. 39 Medici con borsa di studio e n. 4 Medici in sovrannumero ai sensi della L. 401/2000);
- triennio 2017-2020 n. 27 (n. 20 Medici con borsa di studio e n. 7 Medici in sovrannumero ai sensi della L. 401/2000).

A causa dell'emergenza sanitaria è stato necessario rimodulare l'attività già programmata:

- l'attività formativa seminariale si è svolta esclusivamente in modalità webinar fino a giugno 2021, da luglio sono riprese anche le lezioni in presenza;
- l'attività di tutoraggio presso lo studio del MMG e nei reparti ospedalieri in molti casi è stata sostituita dalle attività alternative dei medici in formazione, che possono pertanto svolgere una serie di attività ed incarichi alternativi, come stabilito dall'art. 2 quinquies della L.n.27/2020 "Misure urgenti per il reclutamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta;
- il triennio 2020-2023 è iniziato con le attività il 30 luglio 2021;
- per il triennio 2019-2022 a seguito di rinunce pervenute alla fine del 2020, è stato fatto uno scorrimento della graduatoria, pertanto, si specifica che tra i 36 Medici con borsa di studio 8 di loro hanno iniziato il 23/01/2021, nella stessa data e per lo stesso motivo ha avviato il percorso formativo anche un medico reclutato ai sensi della L.35/2019.

Vi sono stati inoltre due trasferimenti: un medico è stato trasferito ad altra Regione a far data dal 01/07/2021 e un Medico si è trasferito presso la nostra Regione il 30/08/2021. Infine, sono sopravvenute 3 rinunce dopo lo scorrimento.

- per il triennio 2018-2021 vi sono state due rinunce.
- gli esami di abilitazione del triennio 2017-2020 si sono svolti il 29/01/2021, in quella data l'esame è stato sostenuto da 25 Medici su 27, in quanto un Medico ha sostenuto l'esame durante una sessione straordinaria il 09/07/2021 e l'altro ha sostenuto l'esame in data 01/04/2022.

La formazione continua dei medici di assistenza primaria, pediatri di libera scelta e specialisti si è svolta anche quest'anno per lo più in modalità webinar, favorendo comunque un recupero della modalità in presenza, quando possibile.

In occasione delle iniziative è stato assicurato in anticipo il servizio di continuità assistenziale.

CENTRO REGIONALE TRAPIANTI

Di seguito si dà evidenza dell'attività di prelievo e di trapianto d'organo erogata all'interno dell'ASUFC.

<i>Organi prelevati</i>	2020	2021
Cuori	6	7
Reni	45	28
Fegati	22	18
Pancreas	5	3
Polmoni	4	6
Cornee	326	276
Valvole cardiache	0	1
Cute	2	5
Tessuto vascolare da donatore multitessuto	3	4
Tessuti ossei totale	45	39
<i>Da vivente</i>	24	34
<i>Da multitessuto</i>	3	5
Prelievi multiorgano	27	28
Prelievi multitessuto a cuore fermo	1	1
Prelievi multitessuto a cuore battente	2	5

<i>Trapianti</i>	2020	2021
Cuore	21	17
Rene	70 + 2 da vivente	57 + 1
Cornea	30	30
Fegato	26	23

Fonte: Centro Regionale Trapianti

L'attività di trapianto di midollo osseo inoltre evidenzia un aumento rispetto all'anno precedente.

	2020	2021
ASUFC	75	109
Extra-Regione	27	
TOTALE	102	109

CENTRO DI COORDINAMENTO REGIONALE PER LE MALATTIE RARE (CCMR)

Compiti istituzionali del Centro di Coordinamento Regionale per le Malattie Rare (CCMR) sono:

- La gestione del Registro Regionale Malattie Rare ed integrazione con il Registro Nazionale presso l'Istituto Superiore di Sanità;
- La rappresentanza regionale al Tavolo Tecnico per le Malattie Rare della Commissione Salute. Azioni formative-informative rivolte ai presidi della rete regionale ed ai professionisti del S.S.R.;
- Lo sviluppo e il mantenimento delle relazioni e collaborazioni con le associazioni dei pazienti e la Consulta Regionale Disabili;
- L'attività diagnostico-clinico-assistenziale sulle malattie rare.

Durante il 2021 il protrarsi della pandemia da SARS-CoV2 ha condizionato le attività del Centro.

Rete e Registro Regionale per le Malattie Rare

Il Tavolo Tecnico per le Malattie Rare della Commissione Salute è l'organo attraverso il quale si è rafforzato il ruolo delle regioni nell'attuazione del programma di sorveglianza epidemiologica e si è formalizzata l'istituzione di un Gruppo tecnico interregionale permanente, che coordina ed è responsabile del monitoraggio delle attività assistenziali per le MR. Il Gruppo interregionale è responsabile della diffusione dei protocolli metodologici, indica le procedure per garantire la sorveglianza epidemiologica e definisce le modalità di collaborazione con le associazioni che operano nel settore.

Rapporti con le Associazioni dei Pazienti

Nel corso del 2021 la collaborazione con le Associazioni dei Pazienti è stata assicurata attraverso meeting effettuati via web causa COVID-19.

È stato confermato il potenziamento del servizio psicologico per sostenere i pazienti da problematiche relative a COVID-19.

Le Associazioni sono state inoltre coinvolte nel processo di ristrutturazione del sito internet del CCMR.

Attività diagnostico-assistenziale

Nonostante il protrarsi dell'emergenza COVID-19, l'attività clinica del CCRMR ha mantenuto comunque le 5 direttrici principali dell'anno 2021:

- a. Area della degenza pediatrico e adulto;
- b. Day hospital pediatrico e adulto;
- c. Attività ambulatoriale;
- d. Televisite;
- e. Servizio di psicologia;
- f. Attività diagnostica di laboratorio;
- g. Progetti di ricerca epidemiologica, clinica e di base a livello nazionale ed internazionale.

L'attività di DH è stata programmata secondo le necessità di controllo dei pazienti e ha visto un Relazione sulla gestione ASUFC – anno 2021 13 incremento degli accessi annuali di circa 37% per i pazienti adulti ed è rimasta pressoché identica per i pazienti pediatrici.

Nelle tabelle 1 e 2 sono riportati i dati relativi agli accessi in DH Pediatrico e Adulto:

Tabella 1: DH Pediatrico

	2020	2021
gennaio	19	5
febbraio	19	11
marzo	6	9
aprile	12	22
maggio	14	27
giugno	23	17
luglio	21	17
agosto	8	14
settembre	24	25
ottobre	19	21
novembre	17	23
dicembre	26	22
TOTALE	208	213

Tabella 2: DH Adulto

	2020	2021
gennaio	25	27
febbraio	39	42
marzo	16	45
aprile	14	54
maggio	21	49
giugno	43	54
luglio	60	58
agosto	46	47
settembre	61	63
ottobre	57	68
novembre	40	79
dicembre	43	52
TOTALE	465	638

Per quanto concerne l'imputazione dei ricoveri 2021 si segnala che questi, secondo quanto definito dalla DGR n.2228 del 22.9.2006 di approvazione del "Primo modello organizzativo per l'attivazione della Rete per le Malattie Rare nella Regione Friuli-Venezia Giulia", risultano formalmente a carico della SOC di Clinica Pediatrica, per l'età infantile, e della SOC di Medicina 1 per l'età adulta. I dati esposti in tabella sono stati prodotti dalla SOC Malattie Rare.

Si fa presente che, allo scopo di risolvere tale situazione, è stata inoltrata la richiesta alla Direzione ASUFC e alla Direzione regionale per l'attribuzione di posti letto a gestione diretta della SOC Malattie Rare.

I professionisti del CCRMR svolgono attività di consulenza genetica e metabolica:

- in seno all'Azienda;
- rivolta ai Presidi della rete regionale, a pazienti e strutture cliniche regionali o nazionali;
- rivolta a strutture scientifiche e sanitarie o pazienti di altri Paesi.

Nel corso del 2021 sono state evase oltre 260 consulenze telefoniche e on-line, in risposta a richieste e quesiti pervenuti direttamente al CCRMR da privati o da professionisti del Sistema Sanitario. L'attività ambulatoriale è proseguita senza interruzioni per tutto il 2021. I tempi di attesa si aggirano tra i 10/15 giorni.

L'erogazione di prestazioni in regime di televisita è proseguita per tutto il corso del 2021 sempre tramite piattaforma LIFESIZE CLOUD acquisita dalla Regione FVG. Sono state erogate 120 prestazioni di cui 56 controlli a pazienti già presi in carico e impossibilitati a venire al centro intra ed extraregionali e 64 a pazienti che necessitano di un colloquio per interpretazione degli esami genetici svolti in consulenza con il genetista del centro.

Il Direttore del Centro è membro del gruppo di studio sulla Telemedicina dell'Istituto Superiore della Sanità e ha coordinato un documento su Telemedicina in Pediatria.

Il servizio di psicologia offerto dal CCRMR è stato erogato dal Centro stipulando un contratto di collaborazione libero professionale.

L'attività è iniziata nel 2012 perché non vi era disponibilità di soddisfare le necessità dei pazienti afferenti al Centro tramite personale dell'Azienda.

Nel 2021 per il protrarsi della pandemia i colloqui sono stati svolti sia in presenza che da remoto. Nello specifico sono stati erogati 128 colloqui in presenza e 107 colloqui da remoto con pazienti e le loro famiglie.

Rete Europea di Riferimento (ERN) per le Malattie Rare Metaboliche

Durante il 2021 la rete Europea MetabERN ha continuato le sue attività mediante il trasferimento in web dei meeting programmati in presenza.

La rete, istituita dalla Commissione Europea nel 2017, coinvolge al momento 78 Health Care Providers (fornitori di assistenza sanitaria), certificati e approvati dai Ministeri della Sanità di 23 diversi Paesi dell'Unione Europea. Quarantuno Organizzazioni di Pazienti hanno aderito a MetabERN. La rete è anche partner della Società per lo Studio degli Errori Congeniti del Metabolismo (SSIEM).

A causa della Pandemia da SARS-CoV2 l'ammissione dei nuovi membri è slittata al 26 Novembre 2021, giorno nel quale METabERN ha ammesso altri 24 membri portando quindi a 102 Health Care Providers in 27 Stati membri.

Il laboratorio di Malattie Rare del CCRMR svolge attività di diagnostica biochimica e molecolare pre e post-natale di Malattie d'accumulo lisosomiale e altre malattie rare. Inoltre, esegue i test di conferma diagnostica dei neonati della regione risultati positivi allo screening neonatale per malattie lisosomiali.

Il 70% dei campioni processati nel laboratorio provengono di pazienti non ricoverati (esterni) e di questi circa la metà provengono di strutture regionali o nazionali. L'invio di questi ultimi viene sempre preceduto da un colloquio telefonico/via mail fra il medico di riferimento inviante e il responsabile del laboratorio.

Dal 2020 è stata ufficializzata l'attività di mantenimento della "Biobanca SLA, Malattie Neuromuscolari e lisosomiali" in collaborazione con la SOC di Neurologia. Nel 2021 è stato attivato il percorso biobanca e sono stati arruolati 77 pazienti affetti da malattie lisosomiali dei quali sono stati raccolti 240 campioni.

Il Laboratorio ha partecipato ai programmi di controllo di qualità europeo per il dosaggio di enzimi lisosomiali e biomarkers (ERNDIM; progetto pilota IWGGD) e per il sequenziamento Sanger (EMQN).

E' stata validata e implementata a livello diagnostico la metodica d'analisi molecolare dell'esoma clinico mediante next generation sequencing (NGS).

Inoltre, è stata validata la metodica per lo screening genetico della Atrofia Muscolare Spinale (SMA) in previsione dell'avvio di un progetto pilota per lo screening neonatale della SMA, recentemente approvato dal Comitato Etico Regionale.

Progetti di ricerca epidemiologica, clinica e di base a livello nazionale ed internazionale

Si riportano in tabella 3, 4 e 5 gli studi clinici attivi, in fase di attivazione e i progetti di ricerca clinica, finalizzata, indipendente e sponsorizzata attivi nel 2021.

Tabella 3: Studi clinici attivi nel 2021

Studio osservazionale sponsorizzato - Protocollo GOS "Studio osservazionale, internazionale, multicentrico, a lungo termine in pazienti con Malattia di Gaucher -GAUCHER DISEASE OUTCOMESURVEY (GOS)" - Promotore Takeda
Programma internazionale osservazionale "Registri LSD" Registro Fabry, Registro Pompe, Registro Gaucher, Registro MPS I - Promotore Sanofi-Genzyme
Studio clinico di Arimoclomol, prospettico, randomizzato, doppio cieco, controllato verso placebo in pazienti con diagnosi di malattia Niemann-Pick di tipo C, CT-ORZY-NPC-002 (finanziato da Orphazymeaps)
Studio a lungo termine per valutare su base continua la sicurezza e l'efficacia di olipudase alfa in pazienti con deficit di sfingomielinasi acida, protocollo LTS13632 (finanziato da Sanofi-Genzyme)
Sotto-registro di sicurezza prospettico multicentrico osservazionale post-autorizzativo volto a valutare il profilo di sicurezza a lungo termine di eliglustat ad uso commerciale (Cerdelga) nei pazienti adulti con malattia di Gaucher, protocollo OBS14099 "ELISAFE" (finanziato da Sanofi spa)
Studio multicentrico, non interventistico, con doppia coorte per valutare la sicurezza dell'infusione domiciliare di myozyme® e di aldurazyme® in "real world" – protocollo homert
Protocollo alx-lald-501 registro osservazionale della malattia e degli esiti clinici dei pazienti affetti da deficit di lipasi acida lisosomiale (lal)
Protocollo – studio di fase 2/3, multicentrico, randomizzato, in doppio cieco, controllato con placebo, adosi ripetute, per valutare l'efficacia, la sicurezza, la farmacodinamica e la farmacocinetica di olipudase alfa in pazienti con deficit di sfingomielinasi acida – protocollo dfi12712
Studio di coorte prospettico e retrospettivo per migliorare e ampliare le conoscenze sui pazienti affetti da forme croniche di carenza di sfingomielinasi acida (ASMD)- Protocollo PIR16183
Un registro osservazionale, globale, multicentrico, a lungo termine, di pazienti con Sindrome di Hunter (Mucopolisaccaridosi di tipo II, MPS II)- HO
Studio longitudinale prospettico sui potenziali biomarcatori della risposta al trattamento e sui risultati clinici nella sindrome di Hunter -DENALI0001.
U-IMD (Unified European Registry for Inherited Metabolic Disorders)

Tabella 4: Studi clinici in fase di attivazione

Studio di fase III, in doppio cieco, randomizzato, controllato- con placebo, a gruppi paralleli, multicentrico per valutare la sicurezza, tollerabilità ed efficacia di 2000 mg/kg di Trappsol® CycloTM (idrossipropil-β-ciclodestrina) e terapia standard rispetto a placebo e terapia standard in pazienti affetti da malattia di Niemann-Pick di tipo C1
Studio prospettico longitudinale della traiettoria della malattia neurologica nei bambini in partenza con gangliosidosi GM1 o GM2 ad esordio tardivo-infantile e giovanile
Studio multicentrico di fase 2b, di 16 settimane, in doppio cieco, randomizzato, controllato con placebo, con periodo di estensione in aperto per la determinazione della dose e la valutazione della sicurezza e dell'efficacia di Tesomet in soggetti adulti e adolescenti con sindrome di Prader-Willi

Tabella 5: Progetti di ricerca attivi nel 2021

Nanostructured molecular decoders for the quantitative, multiplexed, layer-by-layer detection of disease-associated proteins (progetto finanziato dall'UE nell'ambito del programma Marie Skłodowska-Curie Research and Innovation Staff Exchange)
Molecular Nanodecoders for the Quantitative, Multiplexed, Layer-by-Layer Imaging of Disease Associated Markers (Ricerca Finalizzata 2013, progetto finanziato dal Ministero d

Undiagnosed Rare Diseases: a joint Italy - USA project (collaborazione con il Centro Nazionale Malattie Rare, Istituto Superiore di Sanità, in progetto del Ministero degli Affari Esteri)
Screening for splicing-modifying factors for late onset Pompe Disease (collaborazione con ICGEB di Trieste, progetto finanziato da AFM Telethon)
MICRO-RNA as novel Biomarkers for lysosomal storage diseases (collaborazione con Università degli Studi di Napoli "Federico II", progetto finanziato dal bando AIFA per la ricerca indipendente)
Monitorare l'uso appropriato e sicuro ed ottimizzare l'accesso ai farmaci per la cura delle malattie rare nella regione Friuli Venezia Giulia (progetto finanziato dal bando AIFA per la ricerca indipendente sui farmaci)
Pre-clinical validation of FDA approved molecules able to rescue GAA pre-mRNA splicing of c.-32- 13T>G mutants as therapeutic agents for lateonset Pompe Disease (in collaborazione con ICGEB Trieste, progetto finanziato da Acid Maltase Deficiency Association)
European Joint Programme on Rare Diseases (partner in progetto finanziato dall'UE nell'ambito del programma Horizon2020)
Unified European Registry for Inherited Metabolic Disorders — U-IMD (partner in progetto finanziato dall'UE attraverso Consumers, Health, Agriculture and Food Executive Agency)
Under the connecting Europe Facility (CEF) – Telecommunications Sector (progetto finanziato dall'UE attraverso Innovation and Networks Executive Agency)
Rare 2030 - a participatory foresight study for policy-making rare diseases (partner in progetto finanziato dall'UE nell'ambito del programma Horizon 2020)

AREA WELFARE

La presente sezione descrive le attività che Area Welfare di Comunità (d'ora innanzi nel documento, Area Welfare oppure AW), struttura dell'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI), ha realizzato a supporto della Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità (Direzione centrale o DCS) nel corso dell'anno 2021.

Il supporto dell'Area Welfare alla Direzione centrale si fonda sui seguenti riferimenti normativi:

- l'art. 105 legge regionale 29 giugno 2020, n. 13 sancisce che "presso l'Azienda sanitaria universitaria Giuliano Isontina è istituita la struttura Area Welfare di Comunità cui compete lo svolgimento delle attività previste dall'articolo 9, commi 53 e seguenti della legge regionale 25 luglio 2012, n. 14 (Assestamento del bilancio 2012 e del bilancio pluriennale per gli anni 2012-2014). Al fine di assicurarne la continuità e il coordinato svolgimento, le attività poste in essere per l'Area Welfare di Comunità a far data dal 1° gennaio 2020 e i rapporti dalla stessa costituiti sono a ogni effetto confermati e continuano a essere disciplinati dai provvedimenti che li hanno disposti;
- l'articolo 9 della LR 14/2012, al comma 53 reca che "l'Amministrazione regionale, al fine di garantire sistematico supporto alle attività di programmazione, progettazione e gestione degli interventi relativi al governo del sistema sanitario e sociale, nonché alle politiche per la famiglia e per i giovani, si avvale delle competenze dell'Area Welfare di Comunità, istituita presso l'Azienda per i servizi sanitari n. 5 "Bassa Friulana".

Modalità di organizzazione e di realizzazione delle attività

Nel perimetro del finanziamento di cui alla DGR 189/2021, l'Area Welfare fornisce supporto alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità per ciò che riguarda le attività attinenti alla programmazione degli interventi nelle aree ad alta integrazione socio-sanitaria.

Per l'anno 2021, la realizzazione delle attività ha fatto riferimento a quattro dimensioni, che rappresentano le macro-funzioni costitutive dell'Area Welfare:

A. Supporto alla definizione della pianificazione strategica e della programmazione operativa nelle aree a elevata integrazione sociosanitaria

Si tratta di un'attività di supporto relativa alla definizione della pianificazione strategica e della programmazione operativa attraverso la predisposizione di contributi utili alla decisione politica, nonché la partecipazione e l'affiancamento in gruppi di lavoro tematici, utili all'elaborazione di proposte e alla strutturazione e realizzazione di azioni strategiche e di lungo periodo facenti capo alla Direzione centrale;

B. Accompagnamento nella realizzazione e implementazione della programmazione operativa

Si tratta di un'attività di accompagnamento e implementazione, in relazione all'applicazione fattuale di quanto deciso dalla DCS in sede di pianificazione strategica e di programmazione operativa;

C. Monitoraggio e valutazione della programmazione delle politiche

Le attività di monitoraggio e di valutazione delle azioni poste in essere vengono portate avanti tramite la raccolta, l'analisi dati e, quando possibile, l'utilizzo di dedicati sistemi informativi di settore, al fine di fornire alla DCS le necessarie informazioni per l'eventuale rimodulazione delle politiche intraprese;

D. Sperimentazioni/innovazioni

Si tratta dell'introduzione, diffusione e realizzazione di attività sperimentali utili a generare innovazione in termini di gestione, organizzazione, partner coinvolti ovvero strumenti e tecniche utilizzati nel sistema regionale.

Le attività 2021

Si specificano di seguito le attività svolte, il grado di raggiungimento degli obiettivi e le eventuali criticità, suddivisi per Area di riferimento (Anziani, Disabilità, Minori, Dipendenze, Terzo Settore, Salute Mentale e Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e Procedure progetti di cooperazione internazionale).

Le attività di staff e di coordinamento dell'Area Welfare hanno comportato:

- la gestione dei rapporti istituzionali e con la Direzione centrale
- attività di coordinamento tra le varie linee di lavoro con riunioni interne e raccordo tra il personale
- la pianificazione delle risorse economiche
- controllo di gestione: monitoraggio e rendicontazione del budget di struttura
- monitoraggio periodico e rendicontazione progettuale
- gestione delle attività amministrative e di segreteria
- gestione sistemi informatici hardware e software e infrastrutture rete.

Anziani

Riqualificazione del sistema residenziale e semiresidenziale per anziani, con particolare riferimento alla revisione del DPRReg 144/2015, alla predisposizione del regolamento di accreditamento, nonché degli atti finalizzati all'introduzione del nuovo sistema di finanziamento e alla definizione del fabbisogno

L'Area Welfare ha fornito supporto tecnico nella realizzazione delle seguenti attività:

- definizione strategia di riqualificazione ed elementi caratterizzanti il nuovo sistema
- revisione DPRReg 144/2015
- definizione linee operative per assolvimento debito informativo (art. 24 DPRReg 144/2015)
- bozza regolamento di accreditamento
- valutazione impatto nuove regole ipotizzate nelle bozze documentali predisposte
- condivisione bozze documentali predisposte con i principali stakeholders

Output:

- bozza documento con strategia di riqualificazione elementi caratterizzanti il nuovo sistema
- bozza revisione DPRReg 144/2015 e allegati
- bozza decreto di definizione delle linee operative per l'assolvimento del debito informativo minimo dei servizi residenziali e semiresidenziali (ex art. 24 DPRReg 144/2015)
- bozza requisiti di accreditamento
- DB valutazioni impatto
- PPT e materiali preparatori incontri condivisione.

Accompagnamento e assistenza tecnica ad Aziende sanitarie (DIP e Distretti) e Enti gestori nelle attività e adempimenti conseguenti alla revisione del DPRReg 144/2015, all'attuazione del processo di accreditamento e all'introduzione delle nuove regole di finanziamento delle residenze per anziani.

L'attività prevista non è stata realizzata in quanto nel corso dell'anno 2021 il regolamento di accreditamento e delle nuove regole di finanziamento delle residenze per anziani non è stato adottato.

Sistema di VMD Val.Graf. – FVG

Sono state realizzate le seguenti attività:

- formazione all'uso del sistema:
 - ricostituzione corsi FAD su nuova piattaforma;
 - organizzazione e gestione corsi FAD (realizzazione di 1 corso);
 - assistenza tecnica nell'utilizzo dello strumento e degli indicatori di sintesi (help desk di 2° livello);
- miglioramento continuo del sistema:
 - analisi profili di bisogno e revisione incrementale dell'algoritmo;
 - revisione informatica dell'algoritmo in raccordo con Insiel (rilascio nuova versione mese di luglio 2021).

Output:

- corso FAD sviluppato su nuova piattaforma;
- report di analisi profili di bisogno.

Analisi bisogni informativi, manutenzione evolutiva sistemi informativi SIRA-FVG e Genesys, sviluppo Portale regionale anziani

Sono state realizzate le seguenti attività:

- censimento sistemi di timbratura presso le residenze convenzionate con il SSR e successiva individuazione di soluzioni informatiche;
- supporto nella definizione della programmazione sviluppi a livello regionale;
- supporto nello sviluppo del sistema per la gestione economica del budget di salute (DGR 1624/2019);
- manutenzione evolutiva e adattativa dei sistemi in uso (SIRA-FVG e Genesys);
- supporto al Servizio informativo della Direzione centrale salute per il rilascio della scheda Val.Graf.-FVG all'interno del nuovo applicativo in uso presso i Distretti (Cartella Utente).

Output:

- produzione specifiche tecniche;
- indicazioni e feedback sugli esiti dei test.

Gestione procedure finalizzate all'erogazione di finanziamenti definiti con leggi regionali (Art. 8, LR 22/2020)

Sono state realizzate le seguenti attività:

- definizione della procedura per l'erogazione dei contributi in raccordo con la Direzione regionale e le Aziende sanitarie;
- predisposizione circolari e documenti propedeutici alla presentazione delle domande di contributo;
- supporto tecnico ai soggetti richiedenti ai fini della presentazione delle domande di contributo;
- supporto alla Direzione regionale competente nella predisposizione della DGR di cui all'art. 8 della L.R. 22/2020;
- supporto alle Aziende nell'istruttoria delle domande pervenute;
- supporto alle Aziende sanitarie nei conteggi dei contributi spettanti;
- supporto alle Aziende sanitarie nella predisposizione bozza decreto di assegnazione dei contributi spettanti.

Inoltre, per quanto riguarda ASUGI, l'Area Welfare ha gestito le procedure relative all'istruttoria delle domande presentate e ha predisposto i conseguenti atti finalizzati alla concessione ed erogazione dei contributi da assegnare ai soggetti beneficiari.

Output:

- DB valutazione impatto;
- bozza decreto.

Per ASUGI:

- istruttoria domande pervenute;
- elaborazione conteggi contributi spettanti;
- predisposizione decreti di assegnazione contributi.

Attività extra non prevista nell'esecutivo:

Gestione procedure finalizzate all'erogazione di finanziamenti definiti con leggi regionali (Art. 8, co. 19 – 21 LR 13/2021)

Sono state realizzate le seguenti attività:

- definizione della procedura per l'erogazione dei contributi in raccordo con la Direzione regionale;
- ricognizione dati utili ai fini del calcolo delle giornate di non occupazione e supporto tecnico agli enti gestori nella restituzione dei dati;
- valutazione d'impatto dei criteri ipotizzati per il calcolo delle giornate di non occupazione;
- supporto alla Direzione regionale competente nella predisposizione degli allegati alla DGR di cui all'art. 8, comma 21 della L.R. 13/2021.

Output:

- DB ricognizione;
- DB valutazione impatto criteri ipotizzati;
- bozza allegati DGR con indicazioni operative per l'erogazione dei contributi.

Attività extra non prevista nell'esecutivo:

Gestione procedure finalizzate alla copertura dei costi riconoscibili ai servizi semiresidenziali per anziani del territorio di ASUGI in considerazione della situazione di emergenza sanitaria derivante dalla diffusione dell'epidemia da COVID-19, così come previsto dalla LR 15/2020, art. 8, co. 9

Su richiesta di ASUGI sono state realizzate le seguenti attività:

- - definizione dei criteri per l'applicazione dell'art. 8 co. 9 della LR 5/2020 nei servizi semiresidenziali per anziani non autosufficienti del territorio di ASUGI
- - simulazione d'impatto dei criteri ipotizzati
- - predisposizione circolari e documenti propedeutici alla presentazione delle domande

Output:

- documento con definizione iter per l'erogazione dei contributi (con evidenza dei criteri per il loro riconoscimento);
- bozza circolare e modulistica per la presentazione delle domande;

Sperimentazioni abitare inclusivo (abitare possibile e domiciliarità innovativa.

Sono state realizzate le seguenti attività:

- supporto nell'analisi delle proposte progettuali di avvio sperimentazione presentate alla Direzione centrale (relazioni tecniche ed eventuali sopralluoghi in loco);
- condivisione con la Direzione centrale e avvio del progetto di valutazione e monitoraggio delle sperimentazioni di abitare inclusivo.

Output:

- relazioni tecniche e esiti dei sopralluoghi effettuati per ogni proposta progettuale trasmessa dalla Direzione centrale competente
- progetto di monitoraggio e valutazione delle sperimentazioni
- avvio dell'attività di monitoraggio

Assistenza tecnica, monitoraggio flussi dati e produzione reportistica

Sono state realizzate le seguenti attività:

- predisposizione elenco residenze per anziani autorizzate all'esercizio anno 2021;
- assistenza tecnica all'uso dei sistemi (help desk di 1° livello attivo);
- raccordo con Insiel e Insoft per segnalazione/risoluzione problemi;
- analisi e elaborazione dati disponibili a sistema (Genesys e SIRA) e predisposizione di report periodici o su richiesta per i diversi stakeholder (in particolare Direzione centrale).

Output:

- elenco residenze per anziani 2021;
- servizio help desk telefonico (attivo 10 h/sett) e mail;
- report periodici.

Sperimentazione budget di salute a domicilio (Art. 13, LR 10/1997)

Nell'ambito dell'attività di supporto all'elaborazione delle linee di indirizzo per la realizzazione delle sperimentazioni sono state volte le seguenti attività:

- raccolta, studio e analisi materiali inerenti budget di salute, codice contratti pubblici, coprogettazione, identificazione target beneficiari;
- predisposizione bozze documentali;
- verifica impatti;
- condivisione bozze con Direzione centrale;
- supporto predisposizione Delibera.

Le attività di preparazione del percorso sulla sperimentazione del budget di salute ha richiesto un tempo maggiore di approfondimento per cui le linee di indirizzo per la realizzazione delle sperimentazioni di domiciliarità comunitaria sono state approvate in via definitiva a fine anno 2021 (DGR n. 1964 del 23 dicembre 2021).

Output:

- bozza linee di indirizzo per la realizzazione delle sperimentazioni.

Disabilità

Riqualificazione della rete dei servizi per disabili, con particolare riferimento alla revisione della LR 41/96

Sono state realizzate le seguenti attività:

- supporto nella fase di stesura di bozze incrementali relative ai contenuti del DDL di riforma e all'iter procedurale necessario per l'approvazione;
- verifica simulazione impatti;
- predisposizione materiali finalizzati alla concertazione;
- supporto alle concertazioni;
- revisione bozze.

Output:

- bozze documentali.

Unificazione fondi SLA, Gravissimi e FAP in coerenza con quanto previsto nel Documento programmatico del fondo per la non autosufficienza della Regione FVG per il triennio 2019/2021 (DGR 1732/2020)

Sono state realizzate le seguenti attività:

- predisposizione bozze documentali;
- simulazioni dati e verifica impatti;
- predisposizione materiali.

Output:

- bozze documentali e simulazioni di impatto.

Accompagnamento applicazione Regolamento Fondo gravissimi DPRReg 247/2009 e successive modifiche

Sono state realizzate le seguenti attività:

- supporto ai territori (AAS e SSC) nell'attività di loro competenza;
- supporto alle attività della Direzione centrale nell'approvazione dei casi nuovi e in continuità nell'erogazione dei contributi agli Ambiti sociali;
- supporto alle attività della Commissione di Esperti.

Output:

- verbali commissione di esperti, graduatoria.

Accompagnamento applicazione Regolamento Fondo SLA D.PReg 201/2012

Sono state realizzate le seguenti attività:

- supporto ai territori (AAS e SSC) nell'attività di loro competenza;
- attività amministrative finalizzate all'approvazione delle graduatorie e all'erogazione dei contributi - comunicazione agli interessati, alle AAS e ai Servizi sociali dei comuni (SSC) territorialmente competenti dell'avvenuta concessione o del diniego del beneficio;
- gestione comunicazioni relative ai movimenti in corso d'anno;
- vigilanza, sollecitazione e accompagnamento degli enti eventualmente inadempienti sullo svolgimento dei compiti ad essi attribuiti nel rispetto dei tempi e dei modi previsti;
- help desk.

Output:

- determine, mandati di pagamento, comunicazioni di esito del procedimento.

Monitoraggio interventi di cui alla legge 112/2016 "Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare"

Sono state realizzate le seguenti attività:

- raccolta dati tramite l'implementazione di appositi format predisposti dal Ministero;
- realizzazione incontri di condivisione;
- analisi dati;
- elaborazione dati;
- stesura report.

Output:

- report di monitoraggio.

Monitoraggio sperimentazioni approvate con DGR 1462/2016 e 1463/2016

Sviluppo Q-VAD: costituzione comunità professionale finalizzata alla validazione degli indicatori e profili, formazione degli operatori, evoluzione dello strumento.

Sono state realizzate le seguenti attività:

A causa della pandemia non è stato possibile avviare la Comunità professionale ma sono state comunque realizzate le seguenti attività:

- avvio dei lavori per la validazione di indicatori e profili:
 - o stesura disegno di ricerca;
 - o raccolta dati;
 - o analisi dati;
 - o elaborazione dati;
- avvio dei lavori per la formazione degli operatori:
 - o progettazione corsi;
 - o avvio sviluppo webinar;
 - o progettazione e realizzazione attività preliminari alla realizzazione del corso di secondo livello per operatori che ricopriranno il ruolo di "esperti Q-VAD" a livello territoriale.

Output:

- indicatori e profili prodotti dallo strumento Q-VAD in corso di validazione;
- attività preliminari allo sviluppo del webinar (raccolta materiali, organizzazione materiali, definizione struttura);
- attività propedeutiche alla realizzazione del corso di formazione di secondo livello realizzate.

Sviluppo sistema informatizzato Q-VAD

Sono state realizzate le seguenti attività:

- interfaccia per sviluppo;
- test di coerenza tra progettazione e strumento realizzato e test di funzionamento.

L'attività "Predisposizione algoritmi per la produzione dei profili e degli indicatori" non è stata conclusa perché siamo in attesa della validazione degli stessi prima di procedere alla stesura definitiva degli algoritmi

Output:

- indicazioni e feedback sugli esiti dei test.

Progetto personalizzato (revisione format di progetto e accompagnamento all'utilizzo)

Sono state realizzate le seguenti attività:

- approfondimento documentale;
- analisi format (utilizzati in via sperimentale) pervenuti;
- organizzazione e analisi feedback pervenuti;
- revisione format;
- revisione manuale;
- accompagnamento all'utilizzo (help desk/formazione).

Output:

- format di progetto personalizzato revisionato, manuale aggiornato e operatori formati all'utilizzo.

Attivazione flusso offerta

Sono state realizzate le seguenti attività:

- interfaccia per sviluppo;
- test di verifica ricezione e qualità dei dati tramite l'utilizzo di BO.

Output:

- indicazioni e feedback sugli esiti dei test.

Monitoraggio flussi dati (Q-VAD e offerta) e produzione reportistica

Sono state realizzate le seguenti attività:

- raccolta dati;
- analisi dati;
- elaborazione dati;
- stesura report;
- pubblicazione report sul portale.

Output:

- reportistica flussi.

Pubblicazione e gestione Portale regionale disabilità

Sono state realizzate le seguenti attività:

- revisione contenuti alla luce delle indicazioni della Consulta;
- verifica accessibilità (in collaborazione con Insiel e Consulta);
- verifica ultime modifiche di sviluppo parte pubblica;
- gestione portale (il portale per volere del Vice-Presidente non è stato ancora pubblicato);
- interfaccia per sviluppi Area riservata.

Output:

- portale aggiornato ma non ancora pubblicato.

Minori

Riqualificazione del sistema residenziale e semiresidenziale per minori, con particolare riferimento alla revisione del DPRReg 083/1990 secondo gli indirizzi di cui alla DGR 273/2020

Applicazione delle Linee guida per la qualificazione dei percorsi di presa in carico dei minori che necessitano di accoglienza nelle strutture residenziali e semiresidenziali di cui alla DGR 273/2020 con interventi di formazione e supporto finalizzato alla definizione di criteri e strumenti di valutazione del bisogno omogenei a livello regionale

Nel corso del 2021 è stato dato supporto alla DCS nella definizione del percorso formativo e di accompagnamento dell'applicazione delle Linee guida di cui alla DGR 273/2020.

Output:

Si è preso parte agli incontri di preparazione del percorso formativo finanziato dal FSE e si è partecipato agli incontri di formazione svolti in live streaming su Google Meet in data 22/11/2021, 13/12/2021 e 13/01/2021.

Monitoraggio dei minori accolti in strutture residenziali della regione e fuori regioni e dei minori in affidamento familiare (DGR 115/2015)

- rilevazione ISTAT sui Presidi residenziali socio sanitari e socio assistenziali per minori della regione (anno 2019): compilazione del questionario previsto dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e dall'Istituto degli Innocenti;
- sono stati analizzati ed elaborati i dati relativi alla presa in carico da parte dei Servizi Sociali dei Comuni dei minori accolti in comunità della regione e fuori regione e dei minori in affidamento familiare (fonte: Cartella Sociale Informatizzata anno 2020) e sono state predisposte le relative tavole confluite tra l'altro nella sezione "Minori e famiglia" del Rapporto Sociale Regionale – 2020;
- raccolta dei dati relativi alla spesa sostenuta nel corso del 2019 da SSC e AS per i minori in carico e accolti in comunità, nella regione e fuori regione per una prima analisi e la predisposizione di alcune tavole preliminari.

Output:

- tabelle dati sui minori in carico ai servizi sociali della regione con interventi di affido e di accoglienza in comunità;
- tabelle sui minori accolti nelle comunità residenziali per minori della regione.

Monitoraggio della sperimentazione di percorsi di presa in carico integrata di minori con bisogni sociosanitari realizzati con progetti personalizzati e relativi budget di salute secondo quanto previsto dalla DGR 273/2020

Sono state realizzate le seguenti attività:

- partecipazione alla definizione di un questionario on line sull'applicazione delle Linee guida per la qualificazione del percorso di presa in carico dei minori fuori famiglia" DGR 273/2020.

Output:

In accordo con la Direzione centrale salute, l'azione prevista per il conseguimento dell'obiettivo è stata ridefinita come rilevazione tramite questionario online dell'applicazione delle "Linee guida per la qualificazione del percorso di presa in carico dei minori fuori famiglia" DGR 273/2020 presso i Servizi Sociali dei Comuni, i servizi delle Aziende sanitarie e le comunità di accoglienza per minori della regione. I questionari sono stati costruiti e pubblicati online; i dati registrati sono stati elaborati e sono state predisposte le relative sintesi.

Dipendenze

Monitoraggio flussi dati e produzione reportistica

Sono state realizzate le seguenti attività:

- raccolta dati;
- analisi dati;
- elaborazione dati;
- stesura report;
- raccordo con DC e ARCS per flusso SIND.

Output:

- Report flussi dipendenze.

Nuovo gestionale GEDI

Sono state realizzate le seguenti attività:

- ultime attività finalizzate all'adeguamento del gestionale preliminari al rilascio:
 - o analisi inquadramento organizzativo finalizzato alla profilatura utenti e alla definizione delle relative regole;
 - o verifica esaustività del tracciato rispetto alle esigenze dei diversi flussi;
 - o stesura specifiche adeguamento;
 - o test;
- formazione:
 - o definizione piano formativo;
 - o organizzazione formazione;
 - o avvio attività formative;
- rilascio GEDI:
 - o organizzazione rilascio in raccordo con Ciditech e Insiel;
 - o accompagnamento on job durante il rilascio;

- organizzazione e sistematizzazione eventuali criticità e osservazioni emerse durante il rilascio;
- avvio stesura/revisione manuale - accompagnamento all'utilizzo.

Output:

- specifiche adeguamento GEDI;
- piano formativo e attività formative avviate;
- piano rilascio GEDI e attività di rilascio gestionale GEDI avviate.

Portale dipendenze

Sono state realizzate le seguenti attività:

- riattivazione vecchio sito Dipendenze su WordPress;
- progettazione struttura nuovo portale (su Open CMS);
- interfaccia finalizzata all'adeguamento del portale esistente;
- produzione contenuti.

Output:

- vecchio sito dipendenze nuovamente attivo;
- contenuti nuovo portale pronti per essere implementati nel nuovo portale.

Accompagnamento e formazione PTRI nell'ambito dell'omonimo tavolo

Sono state realizzate le seguenti attività:

- organizzazione e accreditamento corso;
- predisposizione materiali;
- realizzazione incontri;
- attività conclusive.

Output:

- corso accreditato e operatori formati.

Terzo Settore

Gestione procedure finalizzate all'erogazione di finanziamenti definiti con LR 16/2019

A seguito del Decreto del Direttore generale n. 903 dd. 29.10.2020, con cui si è approvato il "Bando per la concessione di contributi agli enti del Terzo settore a sostegno di progetti per la presa in carico e sostegno delle persone fragili, per il supporto ai caregiver familiari e per la mobilità e l'accessibilità di persone con disabilità, con limitata autosufficienza o anziane" l'attività nell'anno 2021 è consistita nella:

- raccolta domande e relativa istruttoria;
- predisposizione graduatoria;
- erogazione contributi;
- rendicontazione all'amministrazione regionale dell'attività svolta.

Output:

- decreto del Direttore Generale n.550/2021 con il quale è stata disposta l'erogazione del contributo agli aventi diritto;
- PEC prot n.61115 dd.5.7.21 di rendicontazione alla Direzione Centrale salute, politiche sociali e disabilità.

Salute Mentale e NPIA

Monitoraggio flussi dati e produzione reportistica

Sono state realizzate le seguenti attività:

- supporto rilevazioni ISS legate a emergenza COVID19;
- supporto restituzione informazioni flusso STS.

Output:

- DB;
- manualistica uso.

SI POINT - DSM

Sono state realizzate le seguenti attività:

- raccordo con servizi (CSM) per utilizzo gestionale POINT;
- partecipazione ai tavoli di lavoro del gruppo regionale referenti DSM per SI POINT.

Output:

- revisione elenco prestazioni;
- glossario prestazioni.

Sviluppo PTRI POINT per DSM/NPIA/DDD

Sono state realizzate le seguenti attività:

- partecipazione al gruppo regionale per la condivisione dei contenuti della nuova funzionalità;
- supporto a DC e Insiel per le attività di sviluppo (produzione documentazione, attività di test);
- attività formativa online.

Output:

- documenti test.

Sviluppo PTRI POINT per DSM/NPIA/DDD

Sono state realizzate le seguenti attività:

- analisi per l'inquadramento organizzativo;
- partecipazione al gruppo regionale dei referenti del sistema informativo;
- supporto a DC per il raccordo con i servizi;
- supporto a DC per l'avvio della formazione.

Output:

- documenti analisi aspetti organizzativi;
- revisione elenco prestazioni;
- documenti CFA per accreditamento corso (corso poi sospeso da DC e rilascio applicativo rimandato).

Procedure progetti di Cooperazione Internazionale

Contributi agli enti finanziati dalla D.G.R. n.189/2021, Tabella 2, linee n. 30

Nel corso del 2021 sono state regolarmente svolte le seguenti attività:

- stipula convenzione con la Fondazione Italiana Fegato (dcr n.564/2021), supporto amministrativo con entrambi i beneficiari;
- verifica rendicontazione e liquidazione contributo ad entrambi i beneficiari.

Output:

- rendiconto progetti valutato, approvato e inviato alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità; finanziamento erogato.

Risorse Umane

Le risorse umane che hanno operato per la realizzazione delle diverse attività sopra descritte sono composte da personale dipendente a tempo determinato ed indeterminato.

Per supporto operativo di linee di lavoro è attiva una convenzione ai sensi della legge 8 novembre 1991, n. 381 e della legge regionale 26 ottobre 2006, n. 20 per l'inserimento lavorativo di due persone svantaggiate.

Fondo di finanziamento

Per il 2021 le risorse complessivamente a disposizione per la realizzazione delle attività su esposte sono quelle definite nell'allegato della deliberazione di Giunta regionale n.189 dd. 12.2.2021:

- Tabella 1 "Finanziamento Area Welfare" € 1.200.000
- Tabella 2, linea n. 30 "Progetti internazionali" € 100.000

Nelle tabelle di seguito si specifica la suddivisione dei costi:

<i>Costi sostenuti - Tabella 1 "Finanziamento Area Welfare"</i>	
Personale dipendente	€ 567.000
Servizi esterni	€ 13.000
Spese di trasferta	€ 6.000
Spese generali e varie	€ 95.000
TOTALE	€ 681.000

<i>Costi sostenuti - Tabella 2, linea n. 30 "Progetti internazionali"</i>	
Contributi ad enti	€ 100.000
TOTALE	€ 100.000

2. ATTIVITA' DEL PERIODO

2.1. Screening oncologici

2.1.1 SCREENING SERVICE UTERINA

ADESIONE PRIMO LIVELLO SCREENING

Azienda	Gennaio - Dicembre 2021		Gennaio - Dicembre 2021*
ASUGI	21.164	31.144	67,96%
ASUFC	25.577	37.236	68,69%
ASFO	14.899	20.653	72,14%
TOTALE FVG	61.640	89.033	69,523%

Target: >= 60%

* SONO COMPRESI LE DONNE IRRAGGIUNGIBILI

LETTURE PAP TEST PRIMARI

Azienda	Gennaio - Dicembre 2021		
	PT REFERTATI IN UN TEMPO <= 21GG	PT TOTALI	%
ASUGI	7.448	7.512	99,1
ASUFC	9.060	9.208	98,4
ASFO	4.354	5.529	78,7
TOTALE FVG	20.862	22.249	93,8

Target: > 80% entro 21 gg.

2.1.2 SCREENING MAMMOGRAFICO

ADESIONE

Area/Struttura	Adesione grezza			Adesione corretta		
	Donne invitate	Donne Aderenti	Adesione (%)	Donne invitate	Donne Aderenti	Adesione (%)
ASUGI	33.243	21.463	64,56	28.976	21.463	74,1
ASUFC	49.870	31.800	63,77	41.605	31.800	76,4
ASFO	25.221	15.935	63,18	21.141	15.935	75,4
TOTALE FVG	108.334	69.198	63,87	91.722	69.198	75,4

Target: >= 64%

Sono state escluse le donne invitate ma non raggiunte telefonicamente.

TEMPO DI ATTESA PER APPROFONDIMENTI 2 LIVELLO

Area/Struttura	Gennaio - Dicembre 2021		
	Nei tempi	Totale	% nei tempi
ASUGI - TRIESTE	468	696	67,2

ASUGI - GORIZIA	117	409	28,6
ASUGI - MONFALCONE	5	5	100,0
ASUGI	590	1110	53,2
ASUFC - UDINE	431	1508	28,6
ASUFC - S. DANIELE	409	501	81,6
ASUFC - TOLMEZZO	195	352	55,4
ASUFC - LATISANA	391	580	67,4
ASUFC	1426	2941	48,5
ASFO - PORDENONE	335	744	45,0
ASFO - S. VITO	1	1	100,0
ASFO	336	745	45,1
CRO	231	439	52,6
TOTALE FVG	2.583	5.235	49,3

Target: <= 20 gg da esito positivo della mammografia di primo livello >= 70%

TEMPO TRA TEST DI SCREENING E INTERVENTO

Area/Struttura	Gennaio - Dicembre 2021		
	Nei tempi	Totale	% nei tempi
ASUGI - TRIESTE	7	64	10,9
ASUGI - GORIZIA	1	43	2,3
ASUGI	8	107	7,5
ASUFC - UDINE	2	75	2,7
ASUFC - S. DANIELE	14	42	33,3
ASUFC - TOLMEZZO	2	32	6,3
ASUFC - LATISANA	9	29	31,0
ASUFC	27	178	15,2
ASFO - PORDENONE	16	54	29,6
ASFO	16	54	29,6
CRO	18	34	52,9
TOTALE FVG	69	373	18,5

Target: <= 60 gg >= 95% dei casi

TEMPO MEDIO TRA DATA INDICAZIONE CLINICA (DATA ESITO POSITIVO II LIVELLO) E INTERVENTO CHIRURGICO

Struttura erogazione/azienda residenza	Gennaio - Dicembre 2021	
	Media gg attesa	Volume
ASUGI - TRIESTE	56,5	61
ASUGI - GORIZIA	20,6	22
ASUFC - UDINE	58,3	69

ASUFC - S. DANIELE	33,7	27
ASUFC - TOLMEZZO	29,0	18
ASUFC - LATISANA	27,0	23
ASFO - PORDENONE	34,5	50
CRO	14,2	23
ASUGI	47,0	83
ASUFC	44,4	134
ASFO	34,4	50
CRO	14,4	23

Target: <= 30 gg

Sono considerati gli esami di secondo livello dell'anno 2021 riferiti a donne con un esito positivo di primo livello avvenuto nell'anno 2020-2021.

EARLY RECALL (CASI CON ESITO II LIVELLO "SOSPESO" / TOTALE CASI CHIUSI UNITÀ SENOLOGICA)

Area/Struttura	Gennaio - Dicembre 2021		
	Numero		% early recall
	Esiti sospesi	Esiti chiusi	
ASUGI - TRIESTE	70	632	11,1
ASUGI - GORIZIA	31	363	8,5
ASUGI	101	995	10,2
ASUFC - UDINE	48	1.305	3,7
ASUFC - S. DANIELE	22	474	4,6
ASUFC - TOLMEZZO	28	348	8,0
ASUFC - LATISANA	60	617	9,7
ASUFC	158	2.744	5,8
ASFO - PORDENONE	20	706	2,8
ASFO - PORDENONE	20	706	2,8
CRO	28	430	6,5
TOTALE FVG	307	4.875	6,3

Target: <= 10%

2.1.3 SCREENING COLON RETTO

CARTELLE CORRETTAMENTE COMPILATE

Periodo esecuzione	Gennaio - Dicembre 2021		
	Esami con cartella correttamente compilata	Esami totali	% Esami con cartella correttamente compilata
P.O. CATTINARA E MAGGIORE	1.028	1.059	97,10%
P.O. GORIZIA E MONFALCONE	703	788	89,20%
ASUGI	1.731	1.847	93,72%
P.O. S.MARIA DELLA MISERICORDIA	1.116	1.153	96,80%
P.O. S.DANIELE E TOLMEZZO	874	881	99,20%
P.O. LATISANA E PALMANOVA	593	597	99,30%
ASUFC	2.583	2.631	98,18%
P.O. S.MARIA DEGLI ANGELI	490	525	93,30%
P.O. S.VITO E SPILIMBERGO	493	544	90,60%
ASFO	983	1.069	91,96%
CRO	513	521	98,46%
TOTALE FVG	5.810	6.068	95,75%

Target: >= 95%

TEMPO DI ATTESA PER COLONSCOPIA DI APPROFONDIMENTO DI SECONDO LIVELLO: % DI ESAMI ESEGUITI ENTRO 30 GIORNI DALLA POSITIVITÀ DEL FOBT DI SCREENING

Azienda	Gennaio - Dicembre 2021		
	numeratore	denominatore	Valore %
P.O. CATTINARA E MAGGIORE	407	581	70,05%
P.O. GORIZIA E MONFALCONE	332	436	76,15%
ASUGI	739	1.017	72,66%
P.O. S.MARIA DELLA MISERICORDIA	38	628	6,05%
P.O. S.DANIELE E TOLMEZZO	426	530	80,38%
P.O. LATISANA E PALMANOVA	286	321	89,10%
ASUFC	750	1.479	50,71%
P.O. S.MARIA DEGLI ANGELI	53	228	23,25%
P.O. S.VITO E SPILIMBERGO	130	261	49,81%
ASFO	183	489	37,42%
CRO	258	316	81,65%
TOTALE FVG	1.930	3.301	58,47%

Target: >= 95%

ADESIONE ALLO SCREENING DEL COLON RETTO

Azienda	Gennaio - Dicembre 2021		
	Inviti	Adesioni	Tasso Adesione (%)
ASUGI	59.482	31.675	53,25
ASUFC	84.935	48.011	56,53
ASFO	44.844	26.680	59,50
TOTALE FVG	189.261	106.366	56,20

Target: >= 60%

2.2. Vaccinazioni**2.2.1 VACCINAZIONI INFANTILI****VACCINAZIONE ANTIPOLIO A 24 MESI**

Azienda	COPERTURA A 24 MESI – anno 2021		
	numeratore	denominatore	%
ASUGI	2.164	2.303	93,96
ASUFC	3.009	3.194	94,21
ASFO	2.174	2.287	95,06
TOTALE FVG	7.347	7.784	94,39

Azienda	COPERTURA A 24 MESI – anno 2019		
	numeratore	denominatore	%
ASUGI	2.393	2.571	93,08
ASUFC	3.236	3.479	93,02
ASFO	2.324	2.463	94,36
TOTALE FVG	7.953	8.513	93,42

VACCINAZIONE ANTIPOLIO A 36 MESI

Azienda	COPERTURA A 36 MESI – anno 2021		
	numeratore	denominatore	%
ASUGI	2.341	2.469	94,82
ASUFC	3.173	3.343	94,91
ASFO	2.199	2.316	94,95
TOTALE FVG	7.713	8.128	94,89

Azienda	COPERTURA A 36 MESI – anno 2019		
	numeratore	denominatore	%
ASUGI	2.362	2.596	90,99

ASUFC	3.486	3.712	93,91
ASFO	2.448	2.581	94,85
TOTALE FVG	8.296	8.889	93,33

VACCINAZIONE DIFTERITE A 24 MESI

Azienda	Anno 2021 COPERTURA A 24 MESI		
	numeratore	denominatore	%
ASUGI	2.163	2.301	94,00
ASUFC	3.005	3.193	94,11
ASFO	2.176	2.286	95,19
TOTALE FVG	7.344	7.780	94,40

VACCINAZIONE TETANO A 24 MESI

Azienda	Anno 2021 COPERTURA A 24 MESI		
	numeratore	denominatore	%
ASUGI	2.163	2.301	94,00
ASUFC	3.005	3.193	94,11
ASFO	2.176	2.286	95,19
TOTALE FVG	7.344	7.780	94,40

VACCINAZIONE EPATITE B A 24 MESI

Azienda	Anno 2021 COPERTURA A 24 MESI		
	numeratore	denominatore	%
ASUGI	2.158	2.301	93,79
ASUFC	3.001	3.193	93,99
ASFO	2.173	2.286	95,06
TOTALE FVG	7.332	7.780	94,24

VACCINAZIONE MPR 1 DOSE

Azienda	COPERTURA COORTE 2019 1 dose 2021		
	numeratore	denominatore	%
ASUGI	2.148	2.303	93,27
ASUFC	2.933	3.194	91,83
ASFO	2.160	2.287	94,45
TOTALE FVG	7.241	7.784	93,02

Azienda	COPERTURA COORTE anno 2017 1 dose 2019		
---------	---	--	--

	numeratore	denominatore	%
ASUGI	2.387	2.571	92,84
ASUFC	3.212	3.479	92,33
ASFO	2.316	2.463	94,03
TOTALE FVG	7.915	8.513	92,98

VACCINAZIONE MPR 2 DOSE

Azienda	COPERTURA COORTE – anno 2014 2 dose 2021		
	numeratore	denominatore	%
ASUGI	2.317	2.743	84,47
ASUFC	3.327	4.005	83,07
ASFO	2.486	2.758	90,14
TOTALE FVG	8.130	9.506	85,52

Azienda	COPERTURA COORTE - anno 2012 2 dose 2019		
	numeratore	denominatore	%
ASUGI	2.470	3.014	81,95
ASUFC	3.617	4.316	83,80
ASFO	2.560	2.862	89,45
TOTALE FVG	8.647	10.192	84,84

2.2.2 VACCINAZIONI ADULTI**PERTOSSE IN GRAVIDANZA***

Azienda	Gennaio - Dicembre 2021		
	donne vaccinate nei 90 gg prima del parto*	parti*	%
ASUGI	961	1.542	62,32
ASUFC	1.332	2.170	61,38
ASFO	803	1.497	53,64
TOTALE FVG	3.096	5.209	59,44

Target: 15%

* consigliata oltre la 28esima settimana di gravidanza. Sono stati considerati i parti avvenuti tra il 1 Aprile 2021 e il 31 Dicembre 2021

COPERTURA HERPES ZOSTER IN SOGGETTI 65ENNI

Azienda residenza	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Denominatore	%
ASUGI	2	8	17	4773	0,57%
ASUFC	9	233	438	6866	9,90%

ASFO	1	156	14	3751	4,56%
------	---	-----	----	------	-------

Target: 40%

* nati nel 1955 vaccinati contro l'herpes zoster per anno di vaccinazione

* considerati a denominatore per entrambe le classi di nascita i residenti al 01.01.2020 e ancora in vita al 31.12.2021

ANTINFLUENZALE OVER 65 ANNI

Azienda	Gennaio - Dicembre 2021		
	over 65 con antinfluenzale	residenti over 65 al 31.12.2019	%
ASUGI	72.369	128.562	56,29
ASUFC	112.445	177.376	63,39
ASFO	61.009	95.872	63,64
TOTALE FVG	245.823	401.810	61,18

2.3. Emergenza - Urgenza

2.3.1 ACCESSI IN PRONTO SOCCORSO E PUNTI DI PRIMO INTERVENTO

Tipo PS	Struttura	Accessi Gen – Dic 2021	Accessi Gen – Dic 2020	Variazione %
HUB	PS CATTINARA	46.261	40.254	14,92
	PS UDINE	55.128	52.334	5,34
	PS PEDIATRICO UD	10.495	9.787	7,23
	PS PORDENONE	47.405	42.470	11,62
	PS BURLO GAROFOLO	19.865	15.530	27,91
TOTALE HUB		179.154	160.375	11,71
SPOKE	PS GORIZIA	17.454	16.013	9,00
	PS LATISANA	21.591	19.883	8,59
	PS MONFALCONE	31.543	28.440	10,91
	PS PALMANOVA	21.566	21.004	2,68
	PS SAN DANIELE	24.060	23.151	3,93
	PS TOLMEZZO	21.310	18.915	12,66
	PS PEDIATRICO PN	11.765	9.942	18,34
	PS SAN VITO	19.512	17.608	10,81
	PS SPILIMBERGO	10.251	9.280	10,46
TOTALE SPOKE		179.052	164.236	9,02
PPI	PS MAGGIORE	14.352	13.356	7,46
	PS GRADO	3.786	3.393	11,58
	PS LIGNANO	2.980	1.680	77,38
	PS GEMONA		4.410	-100,00
	PS CIVIDALE	6	2.689	-99,78
	PS MANIAGO	719	1.025	-29,85
	PS SACILE	5.008	5.247	-4,55
TOTALE PPI		26.851	31.800	-15,56
TOTALE FVG		385.057	356.411	8,04

2.3.2 ACCESSI PER CODICE TRIAGE DI INGRESSO

<i>Triage</i>	<i>Accessi Gen – Dic 2021</i>	<i>Accessi Gen – Dic 2020</i>	<i>Variazione %</i>
BIANCO	106.337	102.083	4,17
VERDE	201.464	181.560	10,96
GIALLO	71.354	67.063	6,40
ROSSO	5.857	5.675	3,21
NERO	45	30	50,00
TOTALE	385.057	356.411	8,04

2.3.3 ACCESSI PER STRUTTURA E CODICE TRIAGE DI INGRESSO

<i>Tipo PS</i>	<i>Struttura</i>	<i>Gennaio -Dicembre 2021</i>				
		<i>BIANCO</i>	<i>VERDE</i>	<i>GIALLO</i>	<i>ROSSO</i>	<i>NERO</i>
HUB	PS BURLO GAROFOLO	7.792	10.664	1.366	43	
	PS CATTINARA	7.630	25.173	12.279	1.176	3
	PS PEDIATRICO UD	1.403	7.244	1.781	67	
	PS PORDENONE	11.309	25.909	9.115	1.070	2
	PS UDINE	8.417	28.913	16.113	1.670	15
TOTALE HUB		36.551	97.903	40.654	4.026	20
SPOKE	PS GORIZIA	4.760	9.402	3.099	192	1
	PS LATISANA	6.022	11.441	3.773	354	1
	PS MONFALCONE	8.455	17.885	4.971	230	2
	PS PALMANOVA	6.382	9.855	4.975	352	2
	PS PEDIATRICO PN	1.826	8.802	1.114	23	
	PS SAN DANIELE	9.981	10.704	3.237	138	
	PS SAN VITO	5.581	10.490	3.281	160	
	PS SPILIMBERGO	3.933	4.771	1.434	113	
	PS TOLMEZZO	8.038	9.631	3.386	236	19
TOTALE SPOKE		54.978	92.981	29.270	1.798	25
PPI	PS CIVIDALE		4	2		
	PS GEMONA					
	PS GRADO	2.842	897	46	1	
	PS LIGNANO	1.209	1.333	426	12	
	PS MAGGIORE	7.755	6.100	489	8	
	PS MANIAGO	335	343	41		
	PS SACILE	2.667	1.903	426	12	
TOTALE PPI		14.808	10.580	1.430	33	-
TOTALE FVG		106.337	201.464	71.354	5.857	45

2.3.4 TEMPI MEDI ALLA VISITA PER CODICE TRIAGE

TIPO PS	Struttura	Gennaio -Dicembre 2021			
		BIANCO	VERDE	GIALLO	ROSSO
HUB	PS BURLO GAROFOLO	00:28	00:33	00:12	00:10
	PS CATTINARA	01:18	01:46	00:29	00:06
	PS PEDIATRICO UD	00:25	00:30	00:14	00:06
	PS PORDENONE	01:43	01:12	00:22	00:03
	PS UDINE	01:52	01:58	00:28	00:07
SPOKE	PS GORIZIA	01:13	01:03	00:23	00:08
	PS LAVISANA	01:50	01:04	00:15	00:06
	PS MONFALCONE	00:56	01:26	00:27	00:07
	PS PALMANOVA	02:05	01:26	00:19	00:06
	PS PEDIATRICO PN	00:44	00:37	00:10	00:09
	PS SAN DANIELE	00:55	00:34	00:13	00:07
	PS SAN VITO	02:02	01:28	00:21	00:05
	PS SPILIMBERGO	01:08	00:48	00:17	00:07
	PS TOLMEZZO	00:38	00:32	00:15	00:08
PPI	PS CIVIDALE		04:00	03:19	
	PS GEMONA				
	PS GRADO	00:07	00:03	00:03	00:06
	PS LIGNANO	01:07	00:23	00:09	00:03
	PS MAGGIORE	01:31	01:04	00:14	00:07
	PS MANIAGO	00:15	00:16	00:12	
	PS SACILE	00:28	00:23	00:14	00:04
TOTALE FVG		01:13	01:14	00:23	00:06

2.3.5 ACCESSI PER STRUTTURA E CODICE TRIAGE DI INGRESSO ED ESITO RICOVERO

Tipo PS	Struttura	Gennaio -Dicembre 2021											
		BIANCO			VERDE			GIALLO			ROSSO		
		totale accessi	di cui ricoverati	% ric.	totale accessi	di cui ricoverati	% ric.	totale accessi	di cui ricoverati	% ric.	totale accessi	di cui ricoverati	% ric.
HUB	PS BURLO GAROFOLO	7.792	121	1,55	10.664	328	3,08	1.366	272	19,91	43	23	53,49
	PS CATTINARA	7.630	331	4,34	25.173	4.469	17,75	12.279	4.530	36,89	1.176	865	73,55
	PS PEDIATRICO UD	1.403	16	1,14	7.244	162	2,24	1.781	263	14,77	67	32	47,76
	PS PORDENONE	11.309	186	1,64	25.909	3.899	15,05	9.115	3.758	41,23	1.070	834	77,94
	PS UDINE	8.417	171	2,03	28.913	4.421	15,29	16.113	6.465	40,12	1.670	1.361	81,50
TOTALE HUB	36.551	825	2,26	97.903	13.279	13,56	40.654	15.288	37,61	4.026	3.115	77,37	
SPOKE	PS GORIZIA	4.760	100	2,10	9.402	1.206	12,83	3.099	975	31,46	192	117	60,94

	PS LATISANA	6.022	193	3,20	11.441	1.147	10,03	3.773	775	20,54	354	218	61,58
	PS MONFALCONE	8.455	88	1,04	17.885	1.432	8,01	4.971	1.242	24,98	230	115	50,00
	PS PALMANOVA	6.382	101	1,58	9.855	1.248	12,66	4.975	1.338	26,89	352	197	55,97
	PS PEDIATRICO PN	1.826	27	1,48	8.802	225	2,56	1.114	229	20,56	23	10	43,48
	PS SAN DANIELE	9.981	237	2,37	10.704	1.227	11,46	3.237	725	22,40	138	81	58,70
	PS SAN VITO	5.581	153	2,74	10.490	1.200	11,44	3.281	888	27,06	160	104	65,00
	PS SPILIMBERGO	3.933	130	3,31	4.771	819	17,17	1.434	458	31,94	113	66	58,41
	PS TOLMEZZO	8.038	310	3,86	9.631	1.231	12,78	3.386	748	22,09	236	115	48,73
TOTALE SPOKE		54.978	1.339	2,44	92.981	9.735	10,47	29.270	7.378	25,21	1.798	1.023	56,90
PPI	PS CIVIDALE				4	1	25,00	2		0,00			
	PS GEMONA												
	PS GRADO	2.842		0,00	897		0,00	46		0,00	1		0,00
	PS LIGNANO	1.209	3		1.333	32		426	41		12	2	
	PS MAGGIORE	7.755	52		6.100	312		489	81	16,56	8	2	
	PS MANIAGO	335	1		343	8		41	4				
	PS SACILE	2.667	15	0,56	1.903	70	3,68	426	70	16,43	12	8	66,67
TOTALE PPI		14.808	71	0,48	10.580	423	4,00	1.430	196	13,71	33	12	36,36
TOTALE FVG		106.337	2.235	2,10	201.464	23.437	11,63	71.354	22.862	32,04	5.857	4.150	70,86

2.3.6 CODICI VERDI VISITATI ENTRO 1 ORA*

Tipo PS	Struttura	Gennaio – Dicembre 2021		
		Accessi codice verde visitati entro 1h	Accessi con codice verde	% accessi codice verde visitati entro 1 h
HUB	PS BURLO GAROFOLO	9.127	10.650	85,7
	PS CATTINARA	11.477	25.166	45,6
	PS PEDIATRICO UD	6.215	7.244	85,8
	PS PORDENONE	13.926	23.856	58,4
	PS UDINE	11.608	27.376	42,4
TOTALE HUB		52.353	94.292	55,5
SPOKE	PS GORIZIA	6.123	9.382	65,3
	PS LATISANA	6.679	10.300	64,8
	PS MONFALCONE	10.555	17.389	60,7
	PS PALMANOVA	4.536	9.540	47,5
	PS PEDIATRICO PN	6.995	8.802	79,5
	PS SAN DANIELE	7.838	9.500	82,5
	PS SAN VITO	5.906	10.489	56,3

	PS SPILIMBERGO	3.465	4.771	72,6
	PS TOLMEZZO	7.706	9.171	84,0
TOTALE SPOKE		59.803	89.344	66,9
PPI	PS CIVIDALE			
	PS GEMONA			
	PS GRADO	896	897	99,9
	PS LIGNANO	1.207	1.329	90,8
	PS MAGGIORE	3.531	5.584	63,2
	PS MANIAGO	329	342	96,2
	PS SACILE	1.730	1.903	90,9
TOTALE PPI		7.693	10.055	76,5
TOTALE FVG		119.849	193.691	61,9

Target * Bersaglio C16.2 target 80% (spoke), 65% (hub)

2.3.7 CODICI VERDI VISITATI ENTRO 4 ORE*

Tipo PS	Struttura	Gennaio - Dicembre 2021		
		Accessi codice verde visitati entro 4h	Accessi con codice verde	% accessi codice verde visitati entro 4h
HUB	PS BURLO GAROFOLO	9.409	9.701	97,0
	PS CATTINARA	8.154	17.397	46,9
	PS PEDIATRICO UD	5.976	6.654	89,8
	PS PORDENONE	14.223	19.910	71,4
	PS UDINE	8.662	16.585	52,2
TOTALE HUB		46.424	70.247	66,1
SPOKE	PS GORIZIA	5.233	7.543	69,4
	PS LATISANA	7.106	9.167	77,5
	PS MONFALCONE	9.585	14.255	67,2
	PS PALMANOVA	5.216	7.614	68,5
	PS PEDIATRICO PN	7.512	8.268	90,9
	PS SAN DANIELE	6.925	8.602	80,5
	PS SAN VITO	5.123	7.999	64,0
	PS SPILIMBERGO	1.930	3.278	58,9
PS TOLMEZZO	5.932	7.154	82,9	
TOTALE SPOKE		54.562	73.880	73,9
PPI	PS GRADO	895	896	99,9
	PS LIGNANO	1.118	1.223	91,4
	PS MAGGIORE	3.436	5.241	65,6
	PS MANIAGO	290	316	91,8
	PS SACILE	1.534	1.745	87,9
TOTALE PPI		7.273	9.421	77,2
TOTALE FVG		108.259	153.548	70,5

* Bersaglio C16.3 target 85% (spoke), 75% (hub)

2.3.8 INTERVALLO ALLARME – TARGET DEI MEZZI DI SOCCORSO

Ambito territoriale	75% percentile del tempo allarme target (Gen – Dic. 2021)
GORIZIA	16' 30"
TRIESTE	15' 58"
GORIZIA + TRIESTE	16' 10"
PORDENONE	19' 48"
UDINE	20' 50"
TOTALE FVG	19' 07"

Target: il 75 percentile del tempo allarme target <=18 minuti

2.3.9 UTILIZZO DISPATCH

	Gennaio - Dicembre 2021	
	chiamate	%
CON UTILIZZO DISPATCH	103.773	96,90%
SENZA UTILIZZO DISPATCH	3.322	3,10%
TOTALE FVG	107.095	100%

Target: >= 95%

2.3.10 EMERGENZE CARDILOGICHE STEMI: ACCESSO DIRETTO AL SSR TRAMITE CHIAMATA AL 112 DEI PAZIENTI CON DOLORE TORACICO*

Struttura	N° accessi				% accessi				variazione % accessi tramite 112
	Gennaio - Dicembre 2020		Gennaio - Dicembre 2021		Gennaio - Dicembre 2020		Gennaio - Dicembre 2021		
	Accesso autonomo, non rilevato, altro, mancante	Accesso tramite 112	Accesso autonomo, non rilevato, altro, mancante	Accesso tramite 112	Accesso autonomo, non rilevato, altro, mancante	Accesso tramite 112	Accesso autonomo, non rilevato, altro, mancante	Accesso tramite 112	
1-HUB ADULTO									
PS CATTINARA	657	894	896	917	42%	58%	49%	51%	-7,1%
PS PORDENONE	1.235	460	1.518	540	73%	27%	74%	26%	-0,9%
PS UDINE	1.561	743	1.771	801	68%	32%	69%	31%	-1,1%
2-HUB PEDIATRICO									
PS BURLO GAROFOLO	54	6	108	4	90%	10%	96%	4%	-6,4%
PS PEDIATRICO PN	95	6	81	4	94%	6%	95%	5%	-1,2%
PS PEDIATRICO UD	73	8	73	2	90%	10%	97%	3%	-7,2%
3-SPOKE									
PS GORIZIA	381	212	345	154	64%	36%	69%	31%	-4,9%
PS LATISANA	438	70	571	65	86%	14%	90%	10%	-3,6%
PS MONFALCONE	645	248	714	296	72%	28%	71%	29%	1,5%
PS PALMANOVA	560	242	625	229	70%	30%	73%	27%	-3,4%
PS SAN DANIELE	623	157	672	119	80%	20%	85%	15%	-5,1%
PS SAN VITO	615	99	666	67	86%	14%	91%	9%	-4,7%

PS SPILIMBERGO	307	74	346	80	81%	19%	81%	19%	-0,6%
PS TOLMEZZO	415	164	496	172	72%	28%	74%	26%	-2,6%

* % di record/paziente con STEMI presente e completo >incremento del 10% degli accessi tramite 112 ai PS Hub e del 20% ai PS Spoke

2.4. Ricoveri

2.4.1 DIMISSIONI PER RESIDENZA DA STRUTTURE SANITARIE FVG

Azienda	Gennaio – Dicembre 2021	Gennaio – Dicembre 2020	Δ%
ASUGI	43.434	43.443	0,0%
ASUFC	60.696	61.029	-0,5%
ASFO	32.926	32.804	0,4%
TOTALE RESIDENTI FVG	137.056	137.276	-0,2%
EXTRA-FVG	14.031	14.518	-3,4%
TOTALE DIMISSIONI FVG	151.087	151.794	-0,5%

2.4.2 DIMISSIONI DA STRUTTURE SANITARIE FVG PER REGIME DI RICOVERO

Regime	Gennaio – Dicembre 2021	Gennaio – Dicembre 2020	Δ%
ORDINARIO	120.817	123.285	-2,0%
DH	30.270	28.509	6,2%
TOTALE FVG	151.087	151.794	-0,5%

Azienda	ORDINARI			DAY HOSPITAL		
	Gen-Dic 2021	Gen-Dic 2020	Δ%	Gen-Dic 2021	Gen-Dic 2020	Δ%
ASUGI	28.736	28.616	0,4%	4.066	3.961	2,7%
ASUFC	46.664	48.855	-4,5%	11.871	11.393	4,2%
ASFO	23.677	24.675	-4,0%	2.914	2.826	3,1%
CDC CITTA' DI UDINE	3.052	2.414	26,4%	1.586	1.526	3,9%
CDC POLICLINICO TRIESTINO	2.593	2.832	-8,4%	1.072	1.107	-3,2%
CDC SANATORIO TRIESTINO	1.350	1.378	-2,0%	1.076	768	40,1%
CDC S. GIORGIO	4.802	4.044	18,7%	2.986	2.592	15,2%
BURLO	6.636	6.818	-2,7%	3.533	3.218	9,8%
CRO	3.307	3.653	-9,5%	1.166	1.118	4,3%
TOTALE FVG	120.817	123.285	-2,0%	30.270	28.509	6,2%

2.4.3 GIORNATE DI DEGENZA IN STRUTTURE SANITARIE FVG

Regime	Gen-Dic 2021	Gen-Dic 2020	Δ%
--------	--------------	--------------	----

ORDINARIO	973.981	962.288	1,2%
DH	125.672	117.541	6,9%
TOTALE FVG	1.099.653	1.079.829	1,8%

Azienda	ORDINARI			DAY HOSPITAL		
	Gen-Dic 2021	Gen-Dic 2020	Δ%	Gen-Dic 2021	Gen-Dic 2020	Δ%
ASUGI	264.886	254.859	3,9%	19.890	17.537	13,4%
ASUFC	419.915	422.627	-0,6%	75.164	70.606	6,5%
ASFO	168.484	160.982	4,7%	9.428	8.575	9,9%
CDC CITTA' DI UDINE	14.199	11.075	28,2%	1.618	1.573	2,9%
CDC POLICLINICO TRIESTINO	24.840	30.485	-18,5%	1.077	1.107	-2,7%
CDC SANATORIO TRIESTINO	8.681	8.117	6,9%	1.076	769	39,9%
CDC S. GIORGIO	25.849	24.099	7,3%	3.828	4.049	-5,5%
BURLO	27.040	26.907	0,5%	6.171	5.269	17,1%
CRO	20.087	23.137	-13,2%	7.420	8.056	-7,9%
TOTALE FVG	973.981	962.288	1,2%	125.672	117.541	6,9%

2.4.4 DIMISSIONI DA STRUTTURE SANITARIE PER DRG

Tipo DRG	Gen-Dic 2021	Gen-Dic 2020	Δ%
DRG CHIRURGICO	63.873	63.974	-0,2%
DRG MEDICO	79.211	79.779	-0,7%
DRG NEONATO	7.293	7.381	-1,2%
DRG MALDEFINITO	710	660	7,6%
TOTALE FVG	151.087	151.794	-0,5%

* DRG MALDEFINITO: DRG 424, 468, 469, 476, 477, 470; DRG NEONATO: 385, 386, 387, 388, 389, 390, 391

2.4.5 RICOVERI PER DRG

TOTALE DRG

Tipo DRG	Gen-Dic 2021	Gen-Dic 2020	Δ%
391 NEONATO NORMALE	5.466	5.524	-1,0%
373 PARTO VAGINALE SENZA DIAGNOSI COMPLICANTI	5.379	5.499	-2,2%
87 EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	4.554	3.944	15,5%

544	SOSTITUZIONE DI ARTICOLAZIONI MAGGIORI O REIMPIANTO DEGLI ARTI INFERIORI	4.411	3.915	12,7%
127	INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	3.477	3.621	-4,0%
503	INTERVENTI SUL GINOCCHIO SENZA DIAGNOSI PRINCIPALE DI INFEZIONE	3.254	3.101	4,9%
79	INFEZIONI E INFIAMMAZIONI RESPIRATORIE, ETÀ > 17 ANNI CON CC	3.191	1.816	75,7%
359	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI SENZA CC	3.174	2.987	6,3%
162	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETÀ > 17 ANNI SENZA CC	2.218	2.071	7,1%
576	SETTICEMIA SENZA VENTILAZIONE MECCANICA = 96 ORE, ETÀ > 17 ANNI	2.142	2.089	2,5%
TOTALE FVG (primi 10 DRG)		37.266	34.567	7,8%

DRG MEDICI

Tipo DRG		Gen-Dic 2021	Gen-Dic 2020	Δ%
391	NEONATO NORMALE	5.466	5.524	-1,0%
373	PARTO VAGINALE SENZA DIAGNOSI COMPLICANTI	5.379	5.499	-2,2%
87	EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	4.554	3.944	15,5%
127	INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	3.477	3.621	-4,0%
79	INFEZIONI E INFIAMMAZIONI RESPIRATORIE, ETÀ > 17 ANNI CON CC	3.191	1.816	75,7%
576	SETTICEMIA SENZA VENTILAZIONE MECCANICA = 96 ORE, ETÀ > 17 ANNI	2.142	2.089	2,5%
14	EMORRAGIA INTRACRANICA O INFARTO CEREBRALE	2.081	2.208	-5,8%
410	CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	2.060	2.125	-3,1%
467	ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE	2.036	1.894	7,5%
80	INFEZIONI E INFIAMMAZIONI RESPIRATORIE, ETÀ > 17 ANNI SENZA CC	1.768	1.319	34,0%
TOTALE FVG (primi 10 DRG)		32.154	30.039	7,0%

DRG CHIRURGICI

Tipo DRG		Gen-Dic 2021	Gen-Dic 2020	Δ%
544	SOSTITUZIONE DI ARTICOLAZIONI MAGGIORI O REIMPIANTO DEGLI ARTI INFERIORI	4.411	3.915	12,67%
503	INTERVENTI SUL GINOCCHIO SENZA DIAGNOSI PRINCIPALE DI INFEZIONE	3.254	3.101	4,93%
359	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI SENZA CC	3.174	2.987	6,26%
162	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETÀ > 17 ANNI SENZA CC	2.218	2.071	7,10%

311	INTERVENTI PER VIA TRANSURETRALE SENZA CC	1.539	1.458	5,56%
371	PARTO CESAREO SENZA CC	1.392	1.286	8,24%
266	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI ECCETTO PER ULCERE DELLA PELLE/CELLULITE SENZA CC	1.217	1.502	-18,97%
211	INTERVENTI SU ANCA E FEMORE, ECCETTO ARTICOLAZIONI MAGGIORI, ETÀ > 17 ANNI SENZA CC	1.210	1.144	5,77%
494	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE SENZA CC	1.200	1.161	3,36%
260	MASTECTOMIA SUBTOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI SENZA CC	1.162	1.053	10,35%
TOTALE FVG (PRIMI 10 DRG)		20.777	19.678	5,6%

2.4.6 TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE

Residenza	Gen-Dic 2021	Gen-Dic 2020	Δ%	Popolazione 31/12/2020	Fuga 2020	Tasso grezzo 2021 senza fuga	Tasso standard 2021 senza fuga	Tasso grezzo 2021 con fuga2020	Tasso standard 2021 con fuga2020
ASUGI	39.995	40.095	-0,25%	369.816	2.620	108,1	97,2	115,2	104,0
ASUFC	55.712	56.183	-0,84%	521.117	3.266	106,9	97,1	113,2	103,2
ASFO	29.700	29.597	0,35%	310.634	3.617	95,6	89,8	107,3	101,0
TOTALE REGIONALE	125.407	125.875	-0,37%	1.201.567	9.503	104,4	95,2	112,3	102,8

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

2.4.7 INDICATORI DI ATTIVITÀ OSPEDALIERA

RICOVERI ORDINARI

	Azienda	RICOVERI ORDINARI 2021					
		% OCCUPAZIONE MEDIA	DEGENZA MEDIA	INDICE DI ROTAZIONE	INDICE DI TURN-OVER	POSTI LETTO (media)	PRESENZA MEDIA GG
PUBBLICO	ASUGI	77,02	9,06	30,27	2,77	949,58	731,38
	ASUFC	72,5	8,91	28,98	3,46	1.615,70	1.171,35
	ASFO	69,62	7,00	35,59	3,12	664,38	462,53
	BURLO	76,36	4,66	59,29	1,46	113,00	86,28
	CRO	56,16	5,98	33,67	4,75	98,00	55,04
PRIVATO	CDC CITTA DI UDINE	49,13	4,63	38,52	4,82	79,00	38,82
	CDC POLICLINICO TRIESTINO	39,07	9,41	14,68	15,15	174	67,98
	CDC SANATORIO TRIESTINO	50,82	15,05	11,69	15,36	113	57,42

	CDC S. GIORGIO	51,39	5,31	35,07	5,06	137	70,40
TOTALE FVG		69,51	8,10	30,67	3,63	3.943,66	2.741,20

RICOVERI DAY HOSPITAL

	Azienda	RICOVERI DAY HOSPITAL 2021					
		% OCCUPAZIONE MEDIA	DEGENZA MEDIA	INDICE DI ROTAZIONE	INDICE DI TURN-OVER	POSTI LETTO (media)	PRESENZA MEDIA GG
PUBBLICO	ASUGI	92,89	4,89	59,50	0,37	68,44	63,58
	ASUFC	155,01	6,33	76,69	-2,25	156,33	242,34
	ASFO	55,90	3,22	54,24	2,54	54,00	30,19
	BURLO	86,12	1,74	154,65	0,28	23,00	19,81
	CRO	74,08	6,36	36,44	2,23	32,00	23,71
PRIVATO	CDC CITTA DI UDINE	25,85	1,02	79,30	2,93	20,00	5,17
	CDC POLICLINICO TRIESTINO	28,70	1,00	89,42	2,50	12,00	3,44
	CDC SANATORIO TRIESTINO	20,22	1,00	63,29	3,95	17,00	3,44
	CDC S. GIORGIO	37,06	1,28	90,48	2,18	33,00	12,23
TOTALE FVG		95,76	4,15	72,16	0,18	421,78	403,90

2.4.8 FRATTURE DI FEMORE OPERATE ENTRO 48 H*

Azienda	Gennaio - Dicembre 2021		
	interventi per frattura del collo del femore con degenza tra l'ammissione e l'intervento <= 2 giorni	interventi per frattura del collo del femore	% interventi con degenza tra ammissione e intervento <= 2 giorni
P.O. CATTINARA E MAGGIORE	366	546	67,0
P.O. GORIZIA E MONFALCONE	109	231	47,2
ASUGI	475	777	61,1
P.O. LATISANA E PALMANOVA	105	213	49,3
P.O. S.DANIELE E TOLMEZZO	184	228	80,7
P.O. S.MARIA DELLA MISERICORDIA	155	398	38,9
ASUFC	444	839	52,9
P.O. S.MARIA DEGLI ANGELI	195	235	83,0
P.O. S.VITO E SPILIMBERGO	95	142	66,9
ASFO	290	377	76,9
CDC CITTÀ DI UDINE	1	1	100,0
CDC SAN GIORGIO	2	2	100,0
TOTALE FVG	1.212	1.996	60,7

* Indicatore Bersaglio: almeno il 70% (hub) o 80% (spoke) dei casi trattati dal presidio ospedaliero

2.4.9 FRATTURE DI FEMORE OPERATE ENTRO 48 H – OVER 65

Azienda	Gennaio - Dicembre 2021		
	interventi per frattura del collo del femore in pazienti over 65 anni con degenza tra l'ammissione e l'intervento <= 2 giorni	interventi per frattura del collo del femore in pazienti over 65 anni	% interventi in pazienti over 65 anni con degenza tra ammissione e intervento <= 2gg
P.O. CATTINARA E MAGGIORE	345	513	67,3
P.O. GORIZIA E MONFALCONE	100	216	46,3
ASUGI	445	729	61,0
P.O. LATISANA E PALMANOVA	94	198	47,5
P.O. S.DANIELE E TOLMEZZO	174	216	80,6
P.O. S.MARIA DELLA MISERICORDIA	144	371	38,8
ASUFC	412	785	52,5
P.O. S.MARIA DEGLI ANGELI	177	216	81,9
P.O. S.VITO E SPILIMBERGO	89	133	66,9
ASFO	266	349	76,2
CDC CITTÀ DI UDINE	1	1	100,0
CDC SAN GIORGIO	2	2	100,0
TOTALE FVG	1.126	1.866	60,3

2.4.10 FRATTURE OPERATE ENTRO LE 48 H

Azienda	Gennaio - Dicembre 2021		
	NUMERATORE	DENOMINATORE	%
P.O. GORIZIA E MONFALCONE	203	393	51,7
P.O. CATTINARA E MAGGIORE	521	809	64,4
ASUGI	724	1.202	60,2
P.O. LATISANA E PALMANOVA	166	345	48,1
P.O. S.DANIELE E TOLMEZZO	329	403	81,6
P.O. S.MARIA DELLA MISERICORDIA	402	899	44,7
ASUFC	897	1.647	54,5
P.O. S.MARIA DEGLI ANGELI PN	567	721	78,6
P.O. S.VITO E SPILIMBERGO	133	189	70,4
ASFO	700	910	76,9
I.R.C.C.S. BURLO GAROFOLO	84	93	90,3
TOTALE FVG	2.405	3.852	62,4

BERSAGLIO C5.30

2.4.11 RICOVERI DIURNI DI TIPO DIAGNOSTICI

ADULTI*

Struttura	Gen-Dic 2021			Gen-Dic 2020		
	DH medico	DH medico diagnostico	%	DH medico	DH medico diagnostico	%

P.O. CATTINARA E MAGGIORE	1.506	504	33,5%	1.362	427	31,4%
P.O. GORIZIA E MONFALCONE - SEDE GORIZIA	181	23	12,7%	243	17	7,0%
P.O. GORIZIA E MONFALCONE - SEDE MONFALCONE	268	19	7,1%	181	17	9,4%
ASUGI	1.955	546	27,9%	1.786	461	25,8%
IST. DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	0	0	0,0%	4	0	0,0%
P.O. LATISANA E PALMANOVA - SEDE LATISANA	151	9	6,0%	102	3	2,9%
P.O. LATISANA E PALMANOVA - SEDE PALMANOVA	50	1	2,0%	49	0	0,0%
P.O. S.DANIELE E TOLMEZZO - SEDE GEMONA	0	0	0,0%	5	0	0,0%
P.O. S.DANIELE E TOLMEZZO - SEDE SAN DANIELE	385	69	17,9%	310	60	19,4%
P.O. S.DANIELE E TOLMEZZO - SEDE TOLMEZZO	270	125	46,3%	176	62	35,2%
P.O. S.MARIA DELLA MISERICORDIA	4.286	1.063	24,8%	4.104	970	23,6%
ASUFC	5.142	1.267	24,6%	4.750	1.095	23,1%
P.O. S.MARIA DEGLI ANGELI	681	128	18,8%	633	101	16,0%
P.O. S.VITO E SPILIMBERGO - SEDE S.VITO	251	10	4,0%	53	1	1,9%
P.O. S.VITO E SPILIMBERGO - SEDE SPILIMBERGO	44	1	2,3%	19	0	0,0%
ASFO	976	139	14,2%	705	102	14,5%
CRO	69	1	1,4%	63	1	1,6%
CDC CITTÀ DI UDINE	45	0	0,0%	42	0	0,0%
CDC SANATORIO TRIESTINO	25	0	0,0%	11	0	0,0%
CDC POLICLINICO TRIESTINO - SALUS	32	2	6,3%	29	0	0,0%
CDC SAN GIORGIO	276	1	0,4%	332	1	0,3%
TOTALE FVG	8.520	1.956	23,0%	7.718	1.660	21,5%

* >=14 anni; escluso Burlo

PEDIATRICI*

Struttura	Gen-Dic 2021			Gen-Dic 2020		
	DH medico	DH medico diagnostico	%	DH medico	DH medico diagnostico	%
P.O. CATTINARA E MAGGIORE	1	0	0,0%	0	0	0,0%
P.O. GORIZIA E MONFALCONE - SEDE MONFALCONE	16	0	0,0%	15	1	6,7%
ASUGI	17	0	0,0%	15	1	6,7%
IST. DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	0	0	0,0%	8	0	0,0%
P.O. LATISANA E PALMANOVA - SEDE LATISANA	4	3	75,0%	11	6	54,5%
P.O. LATISANA E PALMANOVA - SEDE PALMANOVA	10	5	50,0%	9	0	0,0%

P.O. S.DANIELE E TOLMEZZO - SEDE SAN DANIELE	14	2	14,3%	18	1	5,6%
P.O. S.DANIELE E TOLMEZZO - SEDE TOLMEZZO	5	1	20,0%	11	4	36,4%
P.O. S.MARIA DELLA MISERICORDIA	371	99	26,7%	373	208	55,8%
ASUFC	404	110	27,2%	430	219	50,9%
P.O. S.MARIA DEGLI ANGELI	151	129	85,4%	157	118	75,2%
P.O. S.VITO E SPILIMBERGO - SEDE S.VITO	28	7	25,0%	34	20	58,8%
P.O. S.VITO E SPILIMBERGO - SEDE SPILIMBERGO	0	0	0,0%	3	0	0,0%
ASFO	179	136	76,0%	194	138	71,1%
BURLO	930	408	43,9%	982	536	54,6%
CRO	2	1	50,0%	3	1	33,3%
TOTALE FVG	1.532	655	42,8%	1.624	895	55,1%

* <14 anni; al netto di polisonnografia e infusione di tranquillanti per il Burlo

2.4.12 RICOVERI CON DRG CHIRURGICO IN REGIME ORDINARIO SUL TOTALE RICOVERI ORDINARI

Struttura	Gen-Dic 2021			Gen-Dic 2020		
	DRG CHIRURGICO IN REGIME ORDINARIO	RICOVERI ORDINARI	%	DRG CHIRURGICO IN REGIME ORDINARIO	RICOVERI ORDINARI	%
P.O. CATTINARA E MAGGIORE	7.512	17.842	42,1%	7.519	17.564	42,8%
P.O. GORIZIA E MONFALCONE - SEDE GORIZIA	1.705	4.531	37,6%	1.724	4.505	38,3%
P.O. GORIZIA E MONFALCONE - SEDE MONFALCONE	2.185	5.196	42,1%	2.213	5.241	42,2%
ASUGI	11.402	27.569	41,4%	11.456	27.310	41,9%
P.O. LATISANA E PALMANOVA - SEDE LATISANA	1.982	4.278	46,3%	1.897	4.491	42,2%
P.O. LATISANA E PALMANOVA - SEDE PALMANOVA	297	3.642	8,2%	332	3.514	9,4%
P.O. S.DANIELE E TOLMEZZO - SEDE SAN DANIELE	1.341	4.672	28,7%	1.959	5.725	34,2%
P.O. S.DANIELE E TOLMEZZO - SEDE TOLMEZZO	2.317	5.105	45,4%	2.401	5.247	45,8%
P.O. S.MARIA DELLA MISERICORDIA	10.589	26.406	40,1%	10.845	27.062	40,1%
ASUFC	16.526	44.103	37,5%	17.434	46.039	37,9%
P.O. S.MARIA DEGLI ANGELI	6.250	16.456	38,0%	6.339	16.408	38,6%
P.O. S.VITO E SPILIMBERGO - SEDE S.VITO	1.685	4.300	39,2%	1.902	4.599	41,4%
P.O. S.VITO E SPILIMBERGO - SEDE SPILIMBERGO	365	1.291	28,3%	666	1.882	35,4%
ASFO	8.300	22.047	37,6%	8.907	22.889	38,9%
BURLO	2.122	5.841	36,3%	2.053	6.095	33,7%
CRO	1.382	3.307	41,8%	1.422	3.653	38,9%
CDC CITTÀ DI UDINE	2.188	3.052	71,7%	1.717	2.414	71,1%
CDC SANATORIO TRIESTINO	1.122	1.350	83,1%	1.147	1.378	83,2%
CDC POLICLINICO TRIESTINO - PINETA	0	337	0,0%	0	20	0,0%

CDC POLICLINICO TRIESTINO - SALUS	1.545	1.676	92,2%	1.463	1.696	86,3%
CDC POLICLINICO TRIESTINO	1.545	2.013	76,8%	1.463	1.716	85,3%
CDC S.GIORGIO	2.603	4.182	62,2%	2.310	3.547	65,1%
TOTALE FVG	47.190	113.464	41,6%	47.909	115.041	41,6%

2.4.13 RAPPORTO TRA RICOVERI CON DRG AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA E RICOVERI CON DRG NON A RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA

Struttura	Gen-Dic 2021			Gen-Dic 2020		
	DRG ALTO RISCHIO INAPPROPRIAT.	DRG NON A RISCHIO DI INAPPROPRIAT.	RAPPORTO %	DRG ALTO RISCHIO INAPPROPRIAT.	DRG NON A RISCHIO DI INAPPROPRIAT.	RAPPORTO %
P.O. CATTINARA E MAGGIORE	2.978	14.990	19,9%	3.080	14.673	21,0%
P.O. GORIZIA E MONFALCONE - SEDE GORIZIA	699	3.832	18,2%	775	3.730	20,8%
P.O. GORIZIA E MONFALCONE - SEDE MONFALCONE	1.109	5.128	21,6%	1.066	5.292	20,1%
ASUGI	4.786	23.950	20,0%	4.921	23.695	20,8%
IST. DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	30	271	11,1%	76	345	22,0%
P.O. LATISANA E PALMANOVA - SEDE LATISANA	755	4.024	18,8%	833	4.246	19,6%
P.O. LATISANA E PALMANOVA - SEDE PALMANOVA	478	3.263	14,6%	461	3.117	14,8%
P.O. S.DANIELE E TOLMEZZO - SEDE SAN DANIELE	630	4.770	13,2%	800	5.685	14,1%
P.O. S.DANIELE E TOLMEZZO - SEDE TOLMEZZO	988	4.420	22,4%	909	4.662	19,5%
P.O. S.MARIA DELLA MISERICORDIA	4.690	22.345	21,0%	5.015	22.706	22,1%
ASUFC	7.571	39.093	19,4%	8.094	40.761	19,9%
P.O. S.MARIA DEGLI ANGELI	2.558	14.974	17,1%	2.806	14.748	19,0%
P.O. S.VITO E SPILIMBERGO - SEDE S.VITO	894	3.955	22,6%	1.039	4.146	25,1%
P.O. S.VITO E SPILIMBERGO - SEDE SPILIMBERGO	370	926	40,0%	654	1.282	51,0%
ASFO	3.822	19.855	19,2%	4.499	20.176	22,3%
BURLO	1.309	5.327	24,6%	1.337	5.481	24,4%
CRO	1.351	1.956	69,1%	1.476	2.177	67,8%
CDC CITTÀ DI UDINE	909	2.143	42,4%	861	1.553	55,4%
CDC SANATORIO TRIESTINO	534	816	65,4%	643	735	87,5%
CDC POLICLINICO TRIESTINO - PINETA	253	447	56,6%	572	479	119,4%
CDC POLICLINICO TRIESTINO - SALUS	679	1.214	55,9%	575	1.206	47,7%
CDC POLICLINICO TRIESTINO	932	1.661	56,1%	1.147	1.685	68,1%
CDC S.GIORGIO	481	4.321	11,1%	538	3.506	15,3%
TOTALE FVG	21.695	99.122	21,9%	23.516	99.769	23,6%

2.4.14 RICOVERI MEDICI OLTRE SOGLIA PER PAZIENTI \geq 65 ANNI

Struttura	Gen-Dic 2021			Gen-Dic 2020		
	RICOVERI ORDINARI	RICOVERI OLTRESOGLIA	% RICOVERI OLTRESOGLIA	RICOVERI ORDINARI	RICOVERI OLTRESOGLIA	% RICOVERI OLTRESOGLIA
P.O. CATTINARA E MAGGIORE	7.458	593	8,0%	7.468	508	6,8%
P.O. GORIZIA E MONFALCONE - SEDE GORIZIA	2.218	236	10,6%	2.248	207	9,2%
P.O. GORIZIA E MONFALCONE - SEDE MONFALCONE	1.541	42	2,7%	1.582	105	6,6%
ASUGI	11.217	871	7,8%	11.298	820	7,3%
P.O. LATISANA E PALMANOVA - SEDE LATISANA	1.262	67	5,3%	1.400	45	3,2%
P.O. LATISANA E PALMANOVA - SEDE PALMANOVA	2.868	185	6,5%	2.736	58	2,1%
P.O. S.DANIELE E TOLMEZZO - SEDE SAN DANIELE	1.981	95	4,8%	2.327	130	5,6%
P.O. S.DANIELE E TOLMEZZO - SEDE TOLMEZZO	1.822	184	10,1%	1.804	160	8,9%
P.O. S.MARIA DELLA MISERICORDIA	8.778	626	7,1%	9.458	588	6,2%
ASUFC	16.711	1.157	6,9%	17.725	981	5,5%
P.O. S.MARIA DEGLI ANGELI	6.262	225	3,6%	6.240	223	3,6%
P.O. S.VITO E SPILIMBERGO - SEDE S.VITO	1.524	46	3,0%	1.557	29	1,9%
P.O. S.VITO E SPILIMBERGO - SEDE SPILIMBERGO	813	61	7,5%	1.079	26	2,4%
ASFO	8.599	332	3,9%	8.876	278	3,1%
BURLO	23	0	0,0%	23	5	21,7%
CRO	850	18	2,1%	1.049	30	2,9%
CDC CITTÀ DI UDINE	776	27	3,5%	593	7	1,2%
CDC SANATORIO TRIESTINO	211	43	20,4%	207	106	51,2%
CDC POLICLINICO TRIESTINO - PINETA	264	59	22,3%	19	5	26,3%
CDC POLICLINICO TRIESTINO - SALUS	109	13	11,9%	210	51	24,3%
CDC POLICLINICO TRIESTINO	373	72	19,3%	229	56	24,5%
CDC SAN GIORGIO	661	88	13,3%	585	75	12,8%
TOTALE FVG	39.421	2.608	6,6%	40.585	2.358	5,8%

2.4.15 TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER SCOMPENSO CARDIACO PER 100.000 RESIDENTI (50 – 74 ANNI)*

Azienda	Gennaio - Dicembre 2021				
	ricoveri per scompenso cardiaco	popolazione 50-74 residente	%	Fuga 2020	Stima anno con fuga
ASUGI	216	131.543	164,20	1	165,0
ASUFC	249	190.827	130,48	4	132,6

ASFO	136	105.038	129,48	4	133,3
TOTALE FVG	601	427.408	140,62	9	142,7

* criterio Bersaglio C11A.1.1

Target: <200

2.4.16 TASSO DI AMPUTAZIONI MAGGIORI PER DIABETE (PER MILIONE DI RESIDENTI) *

Azienda	2019-2020-2021		
	amputazioni maggiori per diabete	residenti	Valore
ASUGI	31	1.117.371	27,74
ASUFC	63	1.584.646	39,76
ASFO	20	935.115	21,39
TOTALE FVG	114	3.637.132	31,34

* criterio Bersaglio C11A.2.4

Target: <28

2.4.17 TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER BPCO PER 100.000 RESIDENTI (50-74 ANNI) *

Azienda	Gennaio - Dicembre 2021				
	ricoveri per BPCO	popolazione 50-74 residente	Valore	Fuga 2020	Stima anno con fuga
ASUGI	28	131.543	21,29	3	23,6
ASUFC	55	190.827	28,82		28,8
ASFO	34	105.038	32,37	1	33,3
TOTALE FVG	117	427.408	27,37	4	28,3

* criterio Bersaglio C11A.3.1

Target: <55

2.4.18 EMODIALISI

Azienda	Gennaio - Dicembre 2021				% Emodialisi
	Emodialisi	Dialisi peritoneale	Trapianti	Totale	
ASUGI	276	61	229	566	48,8%
ASUFC	507	84	303	894	56,7%
ASFO	201	33	174	408	49,3%
TOTALE FVG	984	178	706	1.868	52,7%

Target: <=52%

2.4.19 TROMBOLISI

Azienda	Gennaio - Dicembre 2021		
	Trombolisi (99.10)	Trombectomie (39.74)	Totale
ASUGI	110	40	150
ASUFC	122	75	197

ASFO	74		74
TOTALE FVG	306	115	421

2.5. Prestazioni ambulatoriali

2.5.1 PRESTAZIONI EROGATE DA STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE DEL FVG

Prestazioni	Gen - Dic 2021	Gen - Dic 2020	Var%
Prestazioni ambulatoriali erogate per residenti	14.894.534	12.586.895	18,33%
Prestazioni ambulatoriali erogate per non residenti	660.276	573.767	15,08%
TOTALE FVG	15.554.810	13.160.662	18,19%

2.5.2 PRESTAZIONI DISTINTE PER STRUTTURA EROGANTE

Azienda erogazione	Gen - Dic 2021	Gen - Dic 2020	Var%
ASFO	3.481.824	3.091.164	12,64%
ASUFC	6.749.978	5.750.364	17,38%
ASUGI	4.283.334	3.447.693	24,24%
BURLO	312.442	251.980	23,99%
CRO	727.232	619.461	17,40%
TOTALE FVG	15.554.810	13.160.662	18,19%

2.5.3 PRESTAZIONI EROGATE A RESIDENTI DA STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE DEL FVG*

Azienda residenza	Gen - Dic 2021	Gen - Dic 2020	Var%
ASFO	789.644	732.096	7,86%
ASUFC	1.422.800	1.313.611	8,31%
ASUGI	1.502.438	1.275.382	17,80%
TOTALE FVG	3.714.882	3.321.089	11,86%

2.5.4 PRESTAZIONI AMBULATORIALI DISTINTE PER TIPOLOGIA EROGATORE E BRANCA

Prestazioni	Gen - Dic 2021			Gen - Dic 2020			Var %		
	Pubblica	Privata	Totale	Pubblica	Privata	Totale	Pubblica	Privata	Totale
ALTRE PRESTAZIONI	315.990	4.392	320.382	294.381	4.899	299.280	7%	-10%	7%
ANESTESIA	36.042	332	36.374	32.449	328	32.777	11%	1%	11%
CARDIOLOGIA	206.928	55.528	262.456	190.696	46.918	237.614	9%	18%	10%
CHIRURGIA GENERALE	49.429	5.726	55.155	46.872	4.264	51.136	5%	34%	8%
CHIRURGIA PLASTICA	29.873	1.018	30.891	27.026	704	27.730	11%	45%	11%
CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	12.891	1.054	13.945	13.165	927	14.092	-2%	14%	-1%

DERMOSIFILOPATIA	84.496	10.937	95.433	80.872	10.554	91.426	4%	4%	4%
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: MEDI	14.683		14.683	12.210		12.210	20%		20%
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADI	435.577	203.550	639.127	389.296	158.011	547.307	12%	29%	17%
ENDOCRINOLOGIA	101.250	14.794	116.044	84.526	12.074	96.600	20%	23%	20%
GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA	107.433	41.430	148.863	95.677	37.035	132.712	12%	12%	12%
LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE	10.052.000	1.572.176	11.624.176	8.646.461	993.625	9.640.086	16%	58%	21%
MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	281.485	348.759	630.244	241.397	302.273	543.670	17%	15%	16%
NEFROLOGIA	187.711	8.453	196.164	196.103	8.952	205.055	-4%	-6%	-4%
NEUROCHIRURGIA	11.665		11.665	9.643		9.643	21%		21%
NEUROLOGIA	146.258	36.303	182.561	120.180	28.183	148.363	22%	29%	23%
OCULISTICA	184.581	35.995	220.576	179.219	28.753	207.972	3%	25%	6%
ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIRURGIA	65.703	2.613	68.316	52.777	2.960	55.737	24%	-12%	23%
ONCOLOGIA	124.583	5	124.588	119.303	2	119.305	4%	150%	4%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	136.698	35.299	171.997	126.606	29.005	155.611	8%	22%	11%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	126.677	7.154	133.831	122.070	6.891	128.961	4%	4%	4%
OTORINOLARINGOIATRIA	105.591	5.640	111.231	94.877	6.164	101.041	11%	-9%	10%
PNEUMOLOGIA	83.086	5.202	88.288	70.720	4.425	75.145	17%	18%	17%
PSICHIATRIA	16.922	3.360	20.282	13.517	3.622	17.139	25%	-7%	18%
RADIOTERAPIA	171.067		171.067	150.451		150.451	14%		14%
UROLOGIA	54.058	12.413	66.471	50.036	9.563	59.599	8%	30%	12%
TOTALE FVG	13.142.677	2.412.133	15.554.810	11.460.530	1.700.132	13.160.662	15%	42%	18%

2.5.5 PRESTAZIONI AMBULATORIALI PER ABITANTE SULLA POPOLAZIONE PESATA (ESCLUSA LA BRANCA DI LABORATORIO)*

Azienda residenza	Pop. Residente 31/12/2019	prestazione per abitante		Pop. pesata LG 2019	prest. per abit. / pop. pesata	
		Gen-Dic 2021	Gen-Dic 2020		Gen-Dic 2021	Gen-Dic 2020
ASFO	310.502	2,5	2,4	341.308	2,3	2,2
ASFC	526.474	2,7	2,5	608.550	2,3	2,2
ASUGI	369.240	4,1	3,4	439.527	3,4	2,9
TOTALE FVG	1.206.216	3,0	2,7	1.389.385	2,7	2,4

*Target <= 3,4 pro-capite

2.5.6 TASSO DI RM MUSCOLO SCHELETRICHE PER 1.000 RESIDENTI (> 65 ANNI)

Azienda di residenza	Numero prestazioni		Var %	Fuga 2020	Popolazione resid. 2020 Over 65	Indicatore	
	Gen-Dic 2021	Gen-Dic 2020				2021	2020
ASFO	2.030	1.880	8%	721	75.297	27,0	25,0

ASUFC	2.718	2.405	13%	587	140.809	19,3	17,1
ASUGI	2.145	1.490	44%	105	103.848	20,7	14,3
TOTALE FVG	6.893	5.775	19%	1.413	319.954	21,5	18,0

* Target <= 24 pro-capite. Criteri Bersaglio C13a.2.2.1

2.5.7 TERAPIA DEL DOLORE

Azienda	B - Breve		
	Gennaio - Dicembre 2021		
	prestazioni nei tempi	totale prestazioni	% nei tempi
ASFO	336	504	66,7
ASUFC	99	527	18,8
ASUGI	135	473	28,5
BURLO	2	2	100,0
CRO	331	401	82,5
TOTALE FVG	903	1.907	47,4

Azienda	D - Differita		
	Gennaio - Dicembre 2021		
	prestazioni nei tempi	totale prestazioni	% nei tempi
ASFO	498	514	96,9
ASUFC	280	425	65,9
ASUGI	417	508	82,1
BURLO	3	3	100,0
CRO	87	87	100,0
TOTALE FVG	1.285	1.537	83,6

Azienda	P - Programmata		
	Gennaio - Dicembre 2021		
	prestazioni nei tempi	totale prestazioni	% nei tempi
ASFO	235	235	100,0
ASUFC	359	363	98,9
ASUGI	132	135	97,8
BURLO	16	16	100,0
CRO	127	127	100,0
TOTALE FVG	869	876	99,2

2.6. Percorso nascita

2.6.1 PARTI IN PUNTI NASCITA REGIONE FVG

Punto nascita	Gennaio - Dicembre 2021		
	Parti totali	di cui madre	
		Residente in FVG	Non Residenti in FVG

P.O. CATTINARA E MAGGIORE	3	3	-
P.O. GORIZIA E MONFALCONE - SEDE MONFALCONE	785	756	29
ASUGI	788	759	29
P.O. LATISANA E PALMANOVA - SEDE LATISANA	463	368	95
P.O. S.DANIELE E TOLMEZZO - SEDE SAN DANIELE	779	763	16
P.O. S.DANIELE E TOLMEZZO - SEDE TOLMEZZO	366	358	8
P.O. S.MARIA DELLA MISERICORDIA	1.459	1.403	56
ASUFC	3.067	2.892	175
P.O. S.MARIA DEGLI ANGELI	1.104	833	271
P.O. S.VITO E SPILIMBERGO - SEDE S.VITO	528	437	91
ASFO	1.632	1.270	362
BURLO	1.423	1.365	58
CDC S. GIORGIO	768	555	213
DOMICILIO/ALTRO LUOGO	29	29	-
TOTALE FVG	7.707	6.870	837

<i>Punto nascita</i>	<i>Parti 2021</i>	<i>Parti 2020</i>	<i>%</i>
P.O. CATTINARA E MAGGIORE	3		-
P.O. GORIZIA E MONFALCONE - SEDE MONFALCONE	785	821	-4,4%
ASUGI	788	821	-4,0%
P.O. LATISANA E PALMANOVA - SEDE LATISANA	463	533	-13,1%
P.O. S.DANIELE E TOLMEZZO - SEDE SAN DANIELE	779	831	-6,3%
P.O. S.DANIELE E TOLMEZZO - SEDE TOLMEZZO	366	388	-5,7%
P.O. S.MARIA DELLA MISERICORDIA	1.459	1.498	-2,6%
ASUFC	3.067	3.250	-5,6%
P.O. S.MARIA DEGLI ANGELI	1.104	1.170	-5,6%
P.O. S.VITO E SPILIMBERGO - SEDE S.VITO	528	551	-4,2%
ASFO	1.632	1.721	-5,2%
BURLO	1.423	1.458	-2,4%
CDC S. GIORGIO	768	508	51,2%
DOMICILIO/ALTRO LUOGO	29	55	-47,3%
TOTALE FVG	7.707	7.813	-1,4%

2.6.2 NATI IN PUNTI NASCITA REGIONE FVG

<i>Punto nascita</i>	<i>Gennaio - Dicembre 2021</i>		
	<i>Totale nati</i>	<i>di cui madri</i>	
		<i>Residenti FVG</i>	<i>Non Residenti FVG</i>

P.O. CATTINARA E MAGGIORE	3	3	-
P.O. GORIZIA E MONFALCONE - SEDE MONFALCONE	786	757	29
ASUGI	789	760	29
P.O. LATISANA E PALMANOVA - SEDE LATISANA	468	373	95
P.O. S.DANIELE E TOLMEZZO - SEDE SAN DANIELE	784	768	16
P.O. S.DANIELE E TOLMEZZO - SEDE TOLMEZZO	372	364	8
P.O. S.MARIA DELLA MISERICORDIA	1.491	1.429	62
ASUFC	3.115	2.934	181
P.O. S.MARIA DEGLI ANGELI	1.117	843	274
P.O. S.VITO E SPILIMBERGO - SEDE S.VITO	530	439	91
ASFO	1.647	1.282	365
BURLO	1.452	1.392	60
CDC S. GIORGIO	771	555	216
DOMICILIO/ALTRO LUOGO	29	29	-
TOTALE FVG	7.803	6.952	851

Punto nascita	nati Gen-Dic 2021	nati Gen-Dic 2020	%
P.O. CATTINARA E MAGGIORE	3		-
P.O. GORIZIA E MONFALCONE - SEDE MONFALCONE	786	826	-4,8%
ASUGI	789	826	-4,5%
P.O. LATISANA E PALMANOVA - SEDE LATISANA	468	537	-12,8%
P.O. S.DANIELE E TOLMEZZO - SEDE SAN DANIELE	784	839	-6,6%
P.O. S.DANIELE E TOLMEZZO - SEDE TOLMEZZO	372	390	-4,6%
P.O. S.MARIA DELLA MISERICORDIA	1.491	1.546	-3,6%
ASUFC	3.115	3.312	-5,9%
P.O. S.MARIA DEGLI ANGELI	1.117	1.194	-6,4%
P.O. S.VITO E SPILIMBERGO - SEDE S.VITO	530	557	-4,8%
ASFO	1.647	1.751	-5,9%
BURLO	1.452	1.484	-2,2%
CDC S. GIORGIO	771	510	51,2%
DOMICILIO/ALTRO LUOGO	29	55	-47,3%
TOTALE FVG	7.803	7.938	-1,7%

2.6.3 PERCENTUALE PARTI CESAREI

Punto nascita	Gennaio - Dicembre 2021			Gennaio - Dicembre 2020		
	Num.	Den.	%	Num.	Den.	%
P.O. CATTINARA E MAGGIORE						

P.O. GORIZIA E MONFALCONE - SEDE MONFALCONE	185	785	23,57	169	821	20,58
ASUGI	185	785	23,57	169	821	20,58
P.O. LATISANA E PALMANOVA - SEDE LATISANA	101	463	21,81	98	533	18,39
P.O. S.DANIELE E TOLMEZZO - SEDE SAN DANIELE	174	778	22,37	183	830	22,05
P.O. S.DANIELE E TOLMEZZO - SEDE TOLMEZZO	70	366	19,13	67	388	17,27
P.O. S.MARIA DELLA MISERICORDIA	352	1.459	24,13	359	1.498	23,97
ASUFC	697	3.066	22,73	707	3.249	21,76
P.O. S.MARIA DEGLI ANGELI	287	1.107	25,93	276	1.170	23,59
P.O. S.VITO E SPILIMBERGO - SEDE S.VITO	98	527	18,60	123	550	22,36
ASFO	385	1.634	23,56	399	1.720	23,20
BURLO	224	1.423	15,74	213	1.458	14,61
CDC S. GIORGIO	172	768	22,40	102	508	20,08
ALTRO		29	-		55	-
TOTALE FVG	1.663	7.705	21,58	1.590	7.811	20,36

2.6.4 PARTI CESAREI PRIMARI

Punto nascita	Gennaio - Dicembre 2021		
	parti cesarei primari	parti con nessun cesareo pregresso	% parti cesarei primari
P.O. CATTINARA E MAGGIORE TS	1	1	100,0
P.O. GORIZIA E MONFALCONE - SEDE MONFALCONE	108	679	15,9
ASUGI	109	680	16,0
P.O. LATISANA E PALMANOVA - SEDE LATISANA	64	411	15,6
P.O. S.DANIELE E TOLMEZZO - SEDE SAN DANIELE	128	732	17,5
P.O. S.DANIELE E TOLMEZZO - SEDE TOLMEZZO	54	339	15,9
P.O. S.MARIA DELLA MISERICORDIA UD	262	1.326	19,8
ASUFC	508	2.808	18,1
P.O. S.MARIA DEGLI ANGELI - SEDE PORDENONE	180	895	20,1
P.O. S.VITO E SPILIMBERGO - SEDE S.VITO	57	475	12,0
ASFO	237	1.370	17,3
BURLO	150	1.265	11,9
CDC S. GIORGIO	121	643	18,8
TOTALE FVG	1.125	6.766	16,6

Target:

Punto nascita con parti <= 1.000: <= 15%

Punto nascita con parti > 1.000: <= 25%

2.6.5 PARTI INDOTTI

Punto nascita	Gennaio - Dicembre 2021			Gennaio - Dicembre 2020		
	parti vaginali con induzione	parti vaginali	% con induzione	parti vaginali con induzione	parti vaginali	% con induzione
P.O. CATTINARA E MAGGIORE	1	3	33,33			
P.O. GORIZIA E MONFALCONE - SEDE MONFALCONE	154	600	25,67	158	654	24,16
ASUGI	155	603	25,70	158	654	24,16

P.O. S.MARIA DELLA MISERICORDIA	556	1.117	49,78	518	1.149	45,08
P.O. LATISANA E PALMANOVA - SEDE LATISANA	123	365	33,70	118	439	26,88
P.O. S.DANIELE E TOLMEZZO - SEDE TOLMEZZO	73	300	24,33	77	322	23,91
P.O. S.DANIELE E TOLMEZZO - SEDE SAN DANIELE	157	605	25,95	157	648	24,23
ASUFC	909	2.387	38,08	870	2.558	34,01
P.O. S.VITO E SPILIMBERGO - SEDE S.VITO	132	430	30,70	106	427	24,82
P.O. S.MARIA DEGLI ANGELI	208	820	25,37	230	898	25,61
ASFO	340	1.250	27,20	336	1.325	25,36
BURLO	349	1.217	28,68	358	1.262	28,37
CDC S. GIORGIO	140	597	23,45	85	406	20,94
DOMICILIO/ALTRO LUOGO	-	29	-	-	55	-
TOTALE FVG	1.893	6.083	31,12	1.807	6.260	28,87

2.6.6 PARTI CESAREI DEPURATI

punto nascita	Gennaio - Dicembre 2021			Gennaio - Dicembre 2020		
	parti cesarei depurati	parti depurati	% cesarei depurati	parti cesarei depurati	parti depurati	% cesarei depurati
P.O. CATTINARA E MAGGIORE	-	3				
P.O. GORIZIA E MONFALCONE - SEDE MONFALCONE	86	341	25,2	58	318	18,2
ASUGI	86	344	25,0	58	318	18,2
P.O. S.MARIA DELLA MISERICORDIA	106	609	17,4	95	618	15,4
P.O. LATISANA E PALMANOVA - SEDE LATISANA	36	201	17,9	31	211	14,7
P.O. S.DANIELE E TOLMEZZO - SEDE TOLMEZZO	29	165	17,6	25	193	13,0
P.O. S.DANIELE E TOLMEZZO - SEDE SAN DANIELE	71	351	20,2	59	388	15,2
ASUFC	242	1.326	18,3	210	1.410	14,9
P.O. S.MARIA DEGLI ANGELI	104	456	22,8	72	459	15,7
P.O. S.VITO E SPILIMBERGO - SEDE S.VITO	33	234	14,1	44	224	19,6
ASFO	137	690	19,9	116	683	17,0
BURLO	72	634	11,4	58	630	9,2
CDC S. GIORGIO	71	356	19,9	33	232	14,2
TOTALE FVG	608	3.350	18,1	475	3.273	14,5

2.7. Altri indicatori

2.7.1 CARTELLA ONCOLOGICA

Azienda / Presidio	Gennaio - Dicembre 2021		
	Cartelle implementate	Totale cartelle	%
P.O. CATTINARA E MAGGIORE	2.377	2.456	96,80

P.O. GORIZIA E MONFALCONE	682	896	76,10
ASUGI	3.059	3.352	91,30
P.O. LATISANA E PALMANOVA	836	836	100,00
P.O. S.DANIELE E TOLMEZZO	985	996	98,90
P.O. S.MARIA DELLA MISERICORDIA	4.726	4.792	98,60
ASUFC	6.547	6.624	98,80
P.O. S.MARIA DEGLI ANGELI	5	8	62,50
P.O. S.VITO E SPILIMBERGO	276	300	92,00
CRO	5.011	5.240	95,60
TOTALE CRO	5.292	5.548	95,40
TOTALE FVG	14.898	15.524	96,00

Target: >95%

2.7.2 DECESSI ONCOLOGICI A DOMICILIO / HOSPICE / STRUTTURA RESIDENZIALE

Azienda	Anno 2021		
	numeratore	denominatore	valore %
ASUGI	681	1.144	59,53
ASUFC	911	1.596	57,08
ASFO	500	869	57,54
TOTALE FVG	2.092	3.352	57,82

Target: almeno il 75% dei decessi con diagnosi di tumore avviene a domicilio o in hospice

2.7.3 POSTI LETTO HOSPICE

Azienda	Standard da DGR 2673/2014	posti letto 31.12.2020	posti letto 31.12.2021
ASUGI	29	20	20
ASUFC	35	19	14
ASFO	20	22	22
TOTALE FVG	3.352	61	56

Fonte: flussi ministeriali

2.7.4 SCHEDE DI MORTE

Azienda	Schede Gen-Dic 2021 inserite entro 90 GG	Schede Gen-Dic 2021	Valore %
ASUGI	555	4.640	11,96
ASUFC	3.670	6.542	56,10
ASFO	2.753	3.670	75,10
TOTALE FVG	6.978	14.852	46,98

Target: >98%

Azienda	Schede 2020 inserite entro 30 Giugno 2021	Schede 2020 inserite	Valore %	Decessi intero 2020 (dato provvisorio Istat)	Stima % schede mancanti
ASUGI	3.867	5.470	70,69	5633	2,894

Azienda	Schede 2019 inserite entro 30 Giugno 2021	Schede 2019 inserite	Valore %	Decessi intero 2019 (dato Istat)	Stima % schede mancanti
ASUGI	4.879	4.879	100,00	4.945	1,35

2.8. Tempi di attesa

2.8.1 AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA GIULIANO ISONTINA (ASUGI)

RIPRISTINO VOLUMI PRESTAZIONI (RIF. 6.1 LINEE GESTIONE 2021)

ATTIVITA' AMBULATORIALE

ASUGI - PRESTAZIONI	OTT - DIC 2021	OTT - DIC 2019	VARIAZIONE	% >=90%	OBIETTIVO
1-Prima Visita cardiologica	2.513	3.193	- 680	39,20%	% tempi < 90%
2-Prima Visita chirurgia vascolare	348	359	- 11	71,15%	% tempi < 90%
3-Prima Visita endocrinologica	1.568	1.215	353		volumi 2021>2019
4-Prima Visita neurologica	1.995	1.773	222		volumi 2021>2019
5-Prima Visita oculistica	5.698	5.655	43		volumi 2021>2019
6-Prima Visita ortopedica	3.358	3.405	- 47	44,86%	% tempi < 90%
7-Prima Visita ginecologica	1.694	2.236	- 542	60,17%	% tempi < 90%
8-Prima Visita otorinolaringoiatrica	2.650	3.619	- 969	55,12%	% tempi < 90%
9-Prima Visita urologica	2.661	2.068	593		volumi 2021>2019
10-Prima Visita dermatologica	5.958	5.288	670		volumi 2021>2019
11-Prima Visita fisiatrica	4.304	5.197	- 893	53,68%	% tempi < 90%
12-Prima Visita gastroenterologica	551	471	80		volumi 2021>2019
13-Prima Visita oncologica	381	320	61		volumi 2021>2019
14-Prima Visita pneumologica	1.714	1.379	335		volumi 2021>2019
15-Mammografia bilaterale ER Mammografia bilaterale	3.020	3.146	- 126	81,10%	% tempi < 90%
16-Mammografia monolaterale	320	350	- 30	71,76%	% tempi < 90%
17-TC del Torace	743	560	183		volumi 2021>2019
18-TC del Torace con MCD senza e con MCD	1.226	1.172	54		volumi 2021>2019
20-TC dell'addome superiore senza e con MDC	79	97	- 18	72,41%	% tempi < 90%
23-TC dell'addome completo	200	144	56		volumi 2021>2019
24-TC dell'addome completo senza e con MDC	1.465	1.348	117		volumi 2021>2019
25-TC Cranio – encefalo	480	457	23		volumi 2021>2019
26-TC Cranio – encefalo senza e con MDC	283	209	74		volumi 2021>2019
27-TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	63	48	15		volumi 2021>2019

ASUGI - PRESTAZIONI	OTT - DIC 2021	OTT - DIC 2019	VARIAZIONE	% >=90%	OBIETTIVO
28-TC del rachide e dello speco vertebrale toracico	32	46	- 14	84,62%	% tempi < 90%
29-TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	105	112	- 7	89,01%	% tempi < 90%
33-TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	49	40	9		volumi 2021>2019
34-RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	385	653	- 268	79,67%	% tempi < 90%
35-RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC	793	624	169		volumi 2021>2019
36-RM di addome inferiore e scavo pelvico	91	50	41		volumi 2021>2019
37-RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	315	169	146		volumi 2021>2019
38-RM della colonna in toto	2.036	875	1.161		volumi 2021>2019
39-RM della colonna in toto senza e con MDC	247	184	63		volumi 2021>2019
40-Diagnostica ecografica del capo e del collo	2.369	1.252	1.117		volumi 2021>2019
41-Eco (color) dopplergrafia cardiaca	2.893	2.287	606		volumi 2021>2019
42-Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraaortici	3.286	2.053	1.233		volumi 2021>2019
43-Ecografia dell'addome superiore	1.469	1.270	199		volumi 2021>2019
44-Ecografia dell'addome inferiore	259	177	82		volumi 2021>2019
45-Ecografia dell'addome completo	4.237	2.191	2.046		volumi 2021>2019
46-Ecografia bilaterale della mammella	2.344	2.290	54		volumi 2021>2019
47-Ecografia monolaterale della mammella	362	371	- 9	89,92%	% tempi < 90%
48-Ecografia ostetrica	504	579	- 75	90,63%	% tempi > 90%
50-Ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	1.328	1.021	307		volumi 2021>2019
51-Colonscopia totale con endoscopio flessibile	945	925	20		volumi 2021>2019
52-Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica	195	145	50		volumi 2021>2019
53-Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	34	60	- 26	100,00%	% tempi > 90%
54-Esofagogastroduodenoscopia	530	435	95		volumi 2021>2019
56-Elettrocardiogramma	4.158	5.469	- 1.311	89,98%	% tempi < 90%
57-Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	1.670	1.483	187		volumi 2021>2019
58-Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	250	430	- 180	92,16%	% tempi > 90%
60-Esame audiometrico tonale	1.066	1.210	- 144	98,63%	% tempi > 90%
61-Spirometria semplice	572	402	170		volumi 2021>2019
62-Spirometria globale	1.678	1.778	- 100	41,96%	% tempi < 90%
63-Fotografia del fundus	600	145	455		volumi 2021>2019
64-ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]	6.169	2.643	3.526		volumi 2021>2019
70-INIEZIONE INTRAVITREALE	1.427	742	685		volumi 2021>2019
72-Intervento cristallino con e senza vitrectomia	1.109	1.409	- 300	96,39%	% tempi > 90%

ATTIVITÀ DI RICOVERO

ASUGI - RICOVERI		OTT-DIC 2021	OTT - DIC 2019	VARIAZIONE	% NEI TEMPI ≥90%	OBIETTIVO
P.O. CATTINARA E MAGGIORE						
1	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	71	53	18		volumi 2021>2019
2	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	16	20	-4	25,00%	% tempi < 90%
3	Interventi chirurgici tumore maligno Colon	19	20	-1	26,32%	% tempi < 90%
4	Intervento chirurgico tumore maligno del Retto	11	10	1		volumi 2021>2019
5	Interventi chirurgici tumore maligno dell'Utero	0	1	-1	0,00%	nessun intervento periodo 21
6	Interventi chirurgici per Melanoma	15	14	1		volumi 2021>2019
7	Interventi chirurgici per tumore maligno della Tiroide	6	18	-12	66,67%	% tempi < 90%
8	By pass aortocoronarico	16	22	-6	100,00%	% tempi > 90%
9	Angioplastica Coronarica (PTCA)	28	28	0		volumi 2021=2019
10	Endoarteriectomia carotidea	13	19	-6	69,23%	% tempi < 90%
12	Interventi chirurgici tumore del Polmone	21	27	-6	76,19%	% tempi < 90%
14	Coronarografia	99	95	4		volumi 2021>2019
15	Biopsia percutanea del Fegato	5	9	-4	100,00%	% tempi > 90%
P.O. GORIZIA E MONFALCONE						
1	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	27	32	-5	100,00%	% tempi > 90%
2	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	22	16	6		volumi 2021>2019
3	Interventi chirurgici tumore maligno Colon	14	11	3		volumi 2021>2019
4	Intervento chirurgico tumore maligno del Retto	3	4	-1	66,67%	% tempi < 90%
5	Interventi chirurgici tumore maligno dell'Utero	5	3	2		volumi 2021>2019
6	Interventi chirurgici per Melanoma	4	6	-2	75,00%	% tempi < 90%
7	Interventi chirurgici per tumore maligno della Tiroide	1	1	0		volumi 2021=2019
15	Biopsia percutanea del Fegato	1	0	1		volumi 2021>2019
CDC POLICLINICO TRIESTINO						
3	Interventi chirurgici tumore maligno Colon	2	1	1		volumi 2021>2019
4	Intervento chirurgico tumore maligno del Retto	0	1	-1	0,00%	nessun intervento periodo 21
CASA DI CURA SANATORIO TRIESTINO						
1	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	0	3	-3	0,00%	nessun intervento periodo 21
2	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	7	6	1		volumi 2021>2019
3	Interventi chirurgici tumore maligno Colon	0	1	-1	0,00%	nessun intervento periodo 21

ASUGI - RICOVERI		GENNAIO - DICEMBRE 2021		
		PRIORITÀ A		
		NEI TEMPI	N. RICOVERI	% NEI TEMPI

Colecistectomia laparoscopica	28	49	57,14
Emorroidectomia	7	14	50,00
Intervento protesi anca	27	54	50,00
Riparazione ernia inguinale	19	31	61,29

RISPETTO DEI TEMPI DI ATTESA PRESTAZIONI SANITARIE INDIFFERIBILI (RIF. 12.2.2.4 LINEE GESTIONE 2021)
ATTIVITÀ AMBULATORIALE

ASUGI - PRESTAZIONI	GENNAIO - DICEMBRE 2021		
	PRIORITÀ B		
	NEI TEMPI	PRESTAZIONI	% NEI TEMPI
01-Prima Visita cardiologica	2.771	3.959	69,99
02-Prima Visita chirurgia vascolare	370	390	94,87
03-Prima Visita endocrinologica	327	601	54,41
04-Prima Visita neurologica	1.204	2.071	58,14
05-Prima Visita oculistica	3.014	3.088	97,60
06-Prima Visita ortopedica	3.062	4.448	68,84
07-Prima Visita ginecologica	544	753	72,24
08-Prima Visita otorinolaringoiatrica	1.923	2.925	65,74
09-Prima Visita urologica	2.449	2.579	94,96
10-Prima Visita dermatologica	5.169	5.478	94,36
11-Prima Visita fisiatrica	3.010	4.595	65,51
12-Prima Visita gastroenterologica	244	768	31,77
13-Prima Visita oncologica	195	257	75,88
14-Prima Visita pneumologica	498	1.746	28,52
15-Mammografia bilaterale ER Mammografia bilaterale	540	558	96,77
16-Mammografia monolaterale	71	78	91,03
17-TC del Torace	335	437	76,66
18-TC del Torace con MCD senza e con MCD	566	1.005	56,32
19-TC dell'addome superiore	26	36	72,22
20-TC dell'addome superiore senza e con MDC	72	115	62,61
21-TC dell'Addome inferiore	28	33	84,85
22-TC dell'addome inferiore senza e con MDC	31	48	64,58
23-TC dell'addome completo	344	416	82,69
24-TC dell'addome completo senza e con MDC	867	1.282	67,63
25-TC Cranio – encefalo	492	688	71,51
26-TC Cranio – encefalo senza e con MDC	200	361	55,40
27-TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	32	39	82,05
28-TC del rachide e dello speco vertebrale toracico	36	41	87,80
29-TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	129	155	83,23
30-TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale senza e con MDC	1	5	20,00
31-TC del rachide e dello speco vertebrale toracico senza e con MDC	1	8	12,50
32-TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale senza e con MDC	4	7	57,14
33-TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	40	57	70,18
34-RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	321	420	76,43
35-RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC	671	844	79,50
36-RM di addome inferiore e scavo pelvico	50	98	51,02
37-RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	169	234	72,22
38-RM della colonna in toto	1.333	2.066	64,52
39-RM della colonna in toto senza e con MDC	60	220	27,27
40-Diagnostica ecografica del capo e del collo	641	801	80,02

ASUGI - PRESTAZIONI	GENNAIO - DICEMBRE 2021		
	PRIORITÀ B		
	NEI TEMPI	PRESTAZIONI	% NEI TEMPI
41-Eco (color) dopplergrafia cardiaca	596	610	97,70
42-Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraaortici	820	872	94,04
43-Ecografia dell'addome superiore	475	553	85,90
44-Ecografia dell'addome inferiore	154	187	82,35
45-Ecografia dell'addome completo	2.399	2.757	87,01
46-Ecografia bilaterale della mammella	559	688	81,25
47-Ecografia monolaterale della mammella	186	257	72,37
48-Ecografia ostetrica	2	2	100,00
49-Ecografia ginecologica	5	9	55,56
50-Ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	987	1.321	74,72
51-Colonscopia totale con endoscopio flessibile	1.117	1.351	82,68
53-Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	30	50	60,00
54-Esofagogastroduodenoscopia	616	908	67,84
55-Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede multipla	161	223	72,20
55-Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	38	49	77,55
56-Elettrocardiogramma	1.520	1.685	90,21
57-Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	788	1.055	74,69
58-Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	22	55	40,00
60-Esame audiometrico tonale	147	199	73,87
61-Spirometria semplice	31	110	28,18
62-Spirometria globale	102	299	34,11
63-Fotografia del fundus	110	125	88,00
64-67-ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER MUSCOLO	755	1.179	64,04

ATTIVITA' DI RICOVERO ONCOLOGICO

ASUGI - RICOVERO	GENNAIO - DICEMBRE 2021		
	PRIORITÀ A		
	NEI TEMPI	N. RICOVERI	% NEI TEMPI
Interventi chirurgici per Melanoma	35	42	83,33
Interventi chirurgici per tumore maligno della Tiroide	18	33	54,55
Interventi chirurgici tumore del Polmone	76	90	84,44
Interventi chirurgici tumore maligno Colon	56	109	51,38
Interventi chirurgici tumore maligno dell'Utero	11	12	91,67
Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	184	372	49,46
Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	39	99	39,39
Intervento chirurgico tumore maligno del Retto	16	44	36,36

ASUGI - RICOVERO	GENNAIO - DICEMBRE 2021		
	PRIORITÀ B		
	NEI TEMPI	N. RICOVERI	% NEI TEMPI
Interventi chirurgici per Melanoma	12	12	100,00
Interventi chirurgici per tumore maligno della Tiroide	0	1	0,00
Interventi chirurgici tumore maligno Colon	3	3	100,00
Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	34	34	100,00
Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	14	16	87,50
Intervento chirurgico tumore maligno del Retto	1	2	50,00

ASUGI - RICOVERO	GENNAIO - DICEMBRE 2021
------------------	-------------------------

	PRIORITY C		
	NEI TEMPI	N. RICOVERI	% NEI TEMPI
Interventi chirurgici per Melanoma	5	5	100,00
Interventi chirurgici tumore maligno Colon	1	1	100,00
Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	15	15	100,00
Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	45	46	97,83
Intervento chirurgico tumore maligno del Retto	1	1	100,00

ASUGI - RICOVERO	GENNAIO - DICEMBRE 2021		
	PRIORITY D		
	NEI TEMPI	N. RICOVERI	% NEI TEMPI
Interventi chirurgici per Melanoma	1	1	100,00
Interventi chirurgici tumore del Polmone	1	1	100,00
Interventi chirurgici tumore maligno Colon	1	1	100,00
Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	2	2	100,00
Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	3	3	100,00

ATTIVITA' DI RICOVERO NON ONCOLOGICO

ASUGI - RICOVERO	GENNAIO - DICEMBRE 2021		
	PRIORITY A		
	NEI TEMPI	RICOVERI	% NEI TEMPI
Angioplastica Coronarica (PTCA)	67	69	97,10
Biopsia percutanea del Fegato	10	12	83,33
By pass aortocoronarico	39	39	100,00
Colecistectomia laparoscopica	28	49	57,14
Coronarografia	259	261	99,23
Emorroidectomia	7	14	50,00
Endoarteriectomia carotidea	9	12	75,00
Intervento protesi anca	27	54	50,00
Riparazione ernia inguinale	19	31	61,29

2.8.2 AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA FRIULI CENTRALE (ASUFC)

RIPRISTINO VOLUMI PRESTAZIONI (RIF. 6.1 LINEE GESTIONE 2021)

ATTIVITA' AMBULATORIALE

ASUFC - PRESTAZIONI	OTTO - DIC 2021	OTT - DIC 2019	VARIAZIONE	% >=90%	OBIETTIVO
1-Prima Visita cardiologica	4.928	5.258	- 330	55,00%	% tempi < 90%
2-Prima Visita chirurgia vascolare	871	991	- 120	49,85%	% tempi < 90%
3-Prima Visita endocrinologica	2.781	2.131	650		volumi 2021>2019
4-Prima Visita neurologica	2.346	2.908	- 562	27,67%	% tempi < 90%
5-Prima Visita oculistica	6.823	9.765	- 2.942	31,83%	% tempi < 90%

ASUFC - PRESTAZIONI	OTTO - DIC 2021	OTT - DIC 2019	VARIAZIONE	% >=90%	OBIETTIVO
6-Prima Visita ortopedica	4.273	5.692	- 1.419	30,41%	% tempi < 90%
7-Prima Visita ginecologica	6.847	7.357	- 510	82,82%	% tempi < 90%
8-Prima Visita otorinolaringoiatrica	4.507	5.325	- 818	58,04%	% tempi < 90%
9-Prima Visita urologica	1.913	2.706	- 793	28,62%	% tempi < 90%
10-Prima Visita dermatologica	3.871	3.890	- 19	34,06%	% tempi < 90%
11-Prima Visita fisiatrica	5.282	6.388	- 1.106	47,87%	% tempi < 90%
12-Prima Visita gastroenterologica	518	771	- 253	34,16%	% tempi < 90%
13-Prima Visita oncologica	347	391	- 44	95,82%	% tempi > 90%
14-Prima Visita pneumologica	1.318	1.284	34		volumi 2021>2019
15-Mammografia bilaterale ER Mammografia bilaterale	5.162	5.637	- 475	58,39%	% tempi < 90%
16-Mammografia monolaterale	584	590	- 6	62,50%	% tempi < 90%
17-TC del Torace	689	641	48		volumi 2021>2019
18-TC del Torace con MCD senza e con MCD	2.168	1.909	259		volumi 2021>2019
20-TC dell'addome superiore senza e con MDC	129	148	- 19	65,12%	% tempi < 90%
23-TC dell'addome completo	128	185	- 57	55,32%	% tempi < 90%
24-TC dell'addome completo senza e con MDC	2.642	2.435	207		volumi 2021>2019
25-TC Cranio – encefalo	903	1.072	- 169	69,43%	% tempi < 90%
26-TC Cranio – encefalo senza e con MDC	535	405	130		volumi 2021>2019
27-TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	67	62	5		volumi 2021>2019
28-TC del rachide e dello speco vertebrale toracico	42	34	8		volumi 2021>2019
29-TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	179	168	11		volumi 2021>2019
33-TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	56	29	27		volumi 2021>2019
34-RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	1.063	944	119		volumi 2021>2019
35-RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC	900	837	63		volumi 2021>2019
36-RM di addome inferiore e scavo pelvico	89	75	14		volumi 2021>2019
37-RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	472	335	137		volumi 2021>2019
38-RM della colonna in toto	3.875	3.143	732		volumi 2021>2019
39-RM della colonna in toto senza e con MDC	381	395	- 14	53,95%	% tempi < 90%
40-Diagnostica ecografica del capo e del collo	2.722	2.817	- 95	69,65%	% tempi < 90%
41-Eco (color) dopplergrafia cardiaca	3.478	2.975	503		volumi 2021>2019
42-Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraaortici	3.318	3.476	- 158	66,69%	% tempi < 90%
43-Ecografia dell'addome superiore	826	942	- 116	52,26%	% tempi < 90%
44-Ecografia dell'addome inferiore	289	337	- 48	61,07%	% tempi < 90%
45-Ecografia dell'addome completo	5.012	4.811	201		volumi 2021>2019
46-Ecografia bilaterale della mammella	5.500	5.964	- 464	52,34%	% tempi < 90%
47-Ecografia monolaterale della mammella	295	394	- 99	44,93%	% tempi < 90%
48-Ecografia ostetrica	2.278	2.893	- 615	95,08%	% tempi > 90%
49-Ecografia ginecologica	514	450	64		volumi 2021>2019
50-Ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	2.616	1.942	674		volumi 2021>2019
51-Colonscopia totale con endoscopio flessibile	1.173	1.234	- 61	41,79%	% tempi < 90%
52-Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica	208	155	53		volumi 2021>2019
53-Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	46	41	5		volumi 2021>2019
54-Esofagogastroduodenoscopia	379	330	49		volumi 2021>2019
55-Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede multipla	1.301	197	1.104		volumi 2021>2019

ASUFC - PRESTAZIONI	OTTO - DIC 2021	OTT - DIC 2019	VARIAZIONE	% >=90%	OBIETTIVO
55-Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	228	44	184		volumi 2021>2019
56-Elettrocardiogramma	5.825	8.016	- 2.191	89,98%	% tempi < 90%
57-Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	1.368	1.245	123		volumi 2021>2019
58-Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	886	862	24		volumi 2021>2019
60-Esame audiometrico tonale	1.986	2.271	- 285	67,13%	% tempi < 90%
61-Spirometria semplice	541	638	- 97	34,15%	% tempi < 90%
62-Spirometria globale	1.207	1.354	- 147	28,07%	% tempi < 90%
63-Fotografia del fundus	575	532	43		volumi 2021>2019
64-ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]	1.620	2.176	- 556	43,68%	% tempi < 90%
70-INIEZIONE INTRAVITREALE	1.543	1.384	159		volumi 2021>2019
71-Visita algologica	499	712	- 213	52,36%	% tempi < 90%
72-Intervento cristallino con e senza vitrectomia	2.017	1.595	422		volumi 2021>2019

ATTIVITÀ DI RICOVERO

ASUFC - RICOVERI	OTT - DIC 2021	OTT - DIC 2019	VARIAZIONE	% NEI TEMPI >=90%	OBIETTIVO
P.O. S.MARIA DELLA MISERICORDIA					
10 Endoarteriectomia carotidea	45	48	-3	6,67%	% tempi < 90%
12 Interventi chirurgici tumore del Polmone	22	28	-6	90,91%	% tempi > 90%
14 Coronarografia	190	145	45		volumi 2021>2019
15 Biopsia percutanea del Fegato	90	65	25		volumi 2021>2019
P.O. S.DANIELE E TOLMEZZO					
7 Interventi chirurgici per tumore maligno della Tiroide	4	4	0		volumi 2021=2019
10 Endoarteriectomia carotidea	-	9	-9	0,00%	nessun intervento periodo 21
14 Coronarografia	-	1	-1	0,00%	nessun intervento periodo 21
15 Biopsia percutanea del Fegato	22	4	18		volumi 2021>2019
1 Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	100	88	12		volumi 2021>2019
2 Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	9	19	-10	55,56%	% tempi < 90%
3 Interventi chirurgici tumore maligno Colon	37	19	18		volumi 2021>2019
4 Intervento chirurgico tumore maligno del Retto	14	10	4		volumi 2021>2019
5 Interventi chirurgici tumore maligno dell'Utero	22	10	12		volumi 2021>2019
6 Interventi chirurgici per Melanoma	18	22	-4	16,67%	% tempi < 90%
7 Interventi chirurgici per tumore maligno della Tiroide	15	14	1		volumi 2021>2019
8 By pass aortocoronarico	55	45	10		volumi 2021>2019
9 Angioplastica Coronarica (PTCA)	37	16	21		volumi 2021>2019
P.O. LATISANA E PALMANOVA					

ASUFC - RICOVERI		OTT - DIC 2021	OTT - DIC 2019	VARIAZIONE	% NEI TEMPI >=90%	OBIETTIVO
5	Interventi chirurgici tumore maligno dell'Utero	1	7	-6	100,00%	% tempi > 90%
6	Interventi chirurgici per Melanoma	1	2	-1	100,00%	% tempi > 90%
1	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	48	57	-9	75,00%	% tempi < 90%
2	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	9	12	-3	44,44%	% tempi < 90%
3	Interventi chirurgici tumore maligno Colon	11	12	-1	100,00%	% tempi > 90%
4	Intervento chirurgico tumore maligno del Retto	2	8	-6	100,00%	% tempi > 90%
5	Interventi chirurgici tumore maligno dell'Utero	6	7	-1	66,67%	% tempi < 90%
6	Interventi chirurgici per Melanoma	1	2	-1	100,00%	% tempi > 90%

CASA DI CURA CITTÀ DI UDINE

1	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	23	12	11		volumi 2021>2019
2	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	-	-	0		volumi 2021=2019
3	Interventi chirurgici tumore maligno Colon	5	5	0		volumi 2021=2019
4	Intervento chirurgico tumore maligno del Retto	4	6	-2	100,00%	% tempi > 90%
5	Interventi chirurgici tumore maligno dell'Utero	1	-	1		volumi 2021>2019
1	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	20	15	5		volumi 2021>2019
3	Interventi chirurgici tumore maligno Colon	10	18	-8	100,00%	% tempi > 90%
4	Intervento chirurgico tumore maligno del Retto	4	5	-1	75,00%	% tempi < 90%

ASUFC	GENNAIO - DICEMBRE 2021		
	PRIORITÀ A		
	NEI TEMPI	N. RICOVERI	% NEI TEMPI
Colecistectomia laparoscopica	41	102	40,20
Emorroidectomia	6	13	46,15
Intervento protesi anca	29	130	22,31
Riparazione ernia inguinale	31	70	44,29

RISPETTO DEI TEMPI DI ATTESA PRESTAZIONI SANITARIE INDIFFERIBILI (RIF. 12.2.2.4 LINEE GESTIONE 2021)**ATTIVITÀ AMBULATORIALE**

ASUFC - PRESTAZIONI	GENNAIO - DICEMBRE 2021		
	PRIORITÀ B		
	NEI TEMPI	PRESTAZIONI	% NEI TEMPI
01-Prima Visita cardiologica	2.406	4.104	58,63
02-Prima Visita chirurgia vascolare	963	1.190	80,92
03-Prima Visita endocrinologica	620	1.122	55,26
04-Prima Visita neurologica	587	1.924	30,51
05-Prima Visita oculistica	1.005	1.899	52,92

ASUFC - PRESTAZIONI	GENNAIO - DICEMBRE 2021		
	PRIORITÀ B		
	NEI TEMPI	PRESTAZIONI	% NEI TEMPI
06-Prima Visita ortopedica	1.498	3.730	40,16
07-Prima Visita ginecologica	1.712	1.996	85,77
08-Prima Visita otorinolaringoiatrica	3.308	4.221	78,37
09-Prima Visita urologica	897	1.769	50,71
10-Prima Visita dermatologica	1.238	2.983	41,50
11-Prima Visita fisiatrica	3.174	5.240	60,57
12-Prima Visita gastroenterologica	114	571	19,96
13-Prima Visita oncologica	225	238	94,54
14-Prima Visita pneumologica	364	1.587	22,94
15-Mammografia bilaterale ER Mammografia bilaterale	546	665	82,11
16-Mammografia monolaterale	44	54	81,48
17-TC del Torace	81	281	28,83
18-TC del Torace con MCD senza e con MCD	457	1.396	32,74
19-TC dell'addome superiore	0	12	0,00
20-TC dell'addome superiore senza e con MDC	15	51	29,41
21-TC dell'Addome inferiore	1	5	20,00
22-TC dell'addome inferiore senza e con MDC	13	36	36,11
23-TC dell'addome completo	61	211	28,91
24-TC dell'addome completo senza e con MDC	715	2.026	35,29
25-TC Cranio – encefalo	478	939	50,91
26-TC Cranio – encefalo senza e con MDC	93	408	22,79
27-TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	8	42	19,05
28-TC del rachide e dello speco vertebrale toracico	6	34	17,65
29-TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	125	188	66,49
30-TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale senza e con MDC	0	2	0,00
31-TC del rachide e dello speco vertebrale toracico senza e con MDC	2	4	50,00
32-TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale senza e con MDC	3	6	50,00
33-TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	16	54	29,63
34-RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	408	849	48,06
35-RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC	293	611	47,95
36-RM di addome inferiore e scavo pelvico	16	89	17,98
37-RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	59	280	21,07
38-RM della colonna in toto	1.158	3.144	36,83
39-RM della colonna in toto senza e con MDC	115	276	41,67
40-Diagnostica ecografica del capo e del collo	1.667	2.016	82,69
41-Eco (color) dopplergrafia cardiaca	714	951	75,08
42-Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraaortici	1.424	1.503	94,74
43-Ecografia dell'addome superiore	188	364	51,65
44-Ecografia dell'addome inferiore	100	178	56,18
45-Ecografia dell'addome completo	2.173	3.888	55,89
46-Ecografia bilaterale della mammella	497	820	60,61
47-Ecografia monolaterale della mammella	102	172	59,30
48-Ecografia ostetrica	34	70	48,57
49-Ecografia ginecologica	23	67	34,33
50-Ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	987	1.535	64,30
51-Colonscopia totale con endoscopio flessibile	499	1.029	48,49
53-Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	8	18	44,44
54-Esofagogastroduodenoscopia	387	877	44,13
55-Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede multipla	312	684	45,61
55-Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	30	69	43,48
56-Elettrocardiogramma	984	1.206	81,59
57-Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	304	517	58,80

ASUFC - PRESTAZIONI	GENNAIO - DICEMBRE 2021		
	PRIORITÀ B		
	NEI TEMPI	PRESTAZIONI	% NEI TEMPI
58-Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	280	308	90,91
60-Esame audiometrico tonale	126	238	52,94
61-Spirometria semplice	38	158	24,05
62-Spirometria globale	195	523	37,28
63-Fotografia del fundus	0	2	0,00
64-67-ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER MUSCOLO	269	1.062	25,33
72-Intervento cristallino con e senza vitrectomia	0	38	0,00

ATTIVITA' DI RICOVERO ONCOLOGICO

ASUFC	GENNAIO - DICEMBRE 2021		
	PRIORITÀ A		
	NEI TEMPI	N. RICOVERI	% NEI TEMPI
Interventi chirurgici per Melanoma	26	67	38,81
Interventi chirurgici per tumore maligno della Tiroide	18	73	24,66
Interventi chirurgici tumore del Polmone	47	86	54,65
Interventi chirurgici tumore maligno Colon	138	172	80,23
Interventi chirurgici tumore maligno dell'Utero	72	106	67,92
Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	345	618	55,83
Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	6	29	20,69
Intervento chirurgico tumore maligno del Retto	27	56	48,21

ASUFC	GENNAIO - DICEMBRE 2021		
	PRIORITÀ B		
	NEI TEMPI	N. RICOVERI	% NEI TEMPI
Interventi chirurgici per tumore maligno della Tiroide	2	6	33,33
Interventi chirurgici tumore maligno Colon	23	25	92,00
Interventi chirurgici tumore maligno dell'Utero	3	4	75,00
Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	69	72	95,83
Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	16	26	61,54
Intervento chirurgico tumore maligno del Retto	8	10	80,00

ASUFC	GENNAIO - DICEMBRE 2021		
	PRIORITÀ C		
	NEI TEMPI	N. RICOVERI	% NEI TEMPI
Interventi chirurgici tumore maligno Colon	1	1	100,00
Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	2	2	100,00
Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	4	4	100,00

ASUFC	GENNAIO - DICEMBRE 2021		
	PRIORITÀ D		
	NEI TEMPI	N. RICOVERI	% NEI TEMPI
Interventi chirurgici tumore maligno Colon	1	1	100,00
Interventi chirurgici tumore maligno dell'Utero	1	1	100,00

ATTIVITA' DI RICOVERO NON ONCOLOGICO

ASUFC	GENNAIO - DICEMBRE 2021		
	PRIORITÀ A		
	NEI TEMPI	N. RICOVERI	% NEI TEMPI
Angioplastica Coronarica (PTCA)	56	73	76,71
Biopsia percutanea del Fegato	138	149	92,62
By pass aortocoronarico	97	127	76,38
Colecistectomia laparoscopica	41	102	40,20
Coronarografia	162	243	66,67
Emorroidectomia	6	13	46,15
Endoarteriectomia carotidea	10	83	12,05
Intervento protesi anca	29	130	22,31
Riparazione ernia inguinale	31	70	44,29

2.8.3 AZIENDA SANITARIA FRIULI OCCIDENTALE (ASFO)**RIPRISTINO VOLUMI PRESTAZIONI (RIF. 6.1 LINEE GESTIONE 2021)****ATTIVITA' AMBULATORIALE**

ASFO - PRESTAZIONI	OTT - DIC 2021	OTT - DIC 2019	VARIAZIONE	% NEI TEMPI >=90%	OBBIETTIVO
1-Prima Visita cardiologica	2.863	3.010	-147	55,29%	% tempi < 90%
2-Prima Visita chirurgia vascolare	377	438	-61	63,41%	% tempi < 90%
3-Prima Visita endocrinologica	1.049	964	85		volumi 2021>2019
4-Prima Visita neurologica	1.338	1.308	30		volumi 2021>2019
5-Prima Visita oculistica	2.260	3.586	-1.326	51,47%	% tempi < 90%
6-Prima Visita ortopedica	3.229	2.925	304		volumi 2021>2019
7-Prima Visita ginecologica	1.959	1.820	139		volumi 2021>2019
8-Prima Visita otorinolaringoiatrica	2.813	3.413	-600	73,33%	% tempi < 90%
9-Prima Visita urologica	1.415	1.604	-189	54,07%	% tempi < 90%
10-Prima Visita dermatologica	1.975	3.790	-1.815	39,23%	% tempi < 90%
11-Prima Visita fisiatrica	2.007	2.128	-121	38,05%	% tempi < 90%
12-Prima Visita gastroenterologica	435	397	38		volumi 2021>2019
14-Prima Visita pneumologica	677	813	-136	46,00%	% tempi < 90%
15-Mammografia bilaterale ER Mammografia bilaterale	2.367	2.745	-378	68,07%	% tempi < 90%
16-Mammografia monolaterale	216	250	-34	53,85%	% tempi < 90%
17-TC del Torace	636	603	33		volumi 2021>2019
18-TC del Torace con MCD senza e con MCD	1.150	1.137	13		volumi 2021>2019
20-TC dell'addome superiore senza e con MDC	65	98	-33	60,00%	% tempi < 90%

ASFO - PRESTAZIONI	OTT - DIC 2021	OTT - DIC 2019	VARIAZIONE	% NEI TEMPI >=90%	OBIETTIVO
23-TC dell'addome completo	205	159	46		volumi 2021>2019
24-TC dell'addome completo senza e con MDC	1.382	1.321	61		volumi 2021>2019
25-TC Cranio – encefalo	617	640	-23	88,56%	% tempi < 90%
26-TC Cranio – encefalo senza e con MDC	236	256	-20	47,22%	% tempi < 90%
27-TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	53	48	5		volumi 2021>2019
28-TC del rachide e dello speco vertebrale toracico	26	28	-2	75,00%	% tempi < 90%
29-TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	106	126	-20	90,79%	% tempi > 90%
33-TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	28	28	0		volumi 2021=2019
34-RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	380	394	-14	42,82%	% tempi < 90%
35-RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC	542	584	-42	52,40%	% tempi < 90%
36-RM di addome inferiore e scavo pelvico	62	65	-3	92,21%	% tempi > 90%
37-RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	221	182	39		volumi 2021>2019
38-RM della colonna in toto	1.624	1.439	185		volumi 2021>2019
39-RM della colonna in toto senza e con MDC	183	132	51		volumi 2021>2019
40-Diagnostica ecografica del capo e del collo	1.595	1.963	-368	43,98%	% tempi < 90%
41-Eco (color) dopplergrafia cardiaca	3.317	2.967	350		volumi 2021>2019
42-Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraaortici	1.581	1.871	-290	48,12%	% tempi < 90%
43-Ecografia dell'addome superiore	1.135	1.775	-640	55,03%	% tempi < 90%
44-Ecografia dell'addome inferiore	376	521	-145	40,00%	% tempi < 90%
45-Ecografia dell'addome completo	2.833	3.742	-909	56,09%	% tempi < 90%
46-Ecografia bilaterale della mammella	2.258	2.589	-331	53,93%	% tempi < 90%
47-Ecografia monolaterale della mammella	148	182	-34	50,00%	% tempi < 90%
48-Ecografia ostetrica	855	1.003	-148	100,00%	% tempi > 90%
49-Ecografia ginecologica	146	135	11		volumi 2021>2019
50-Ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	873	1.137	-264	40,29%	% tempi < 90%
51-Colonscopia totale con endoscopio flessibile	477	478	-1	39,36%	% tempi < 90%
52-Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica	171	101	70		volumi 2021>2019
53-Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	61	72	-11	75,00%	% tempi < 90%
54-Esofagogastroduodenoscopia	127	131	-4	50,69%	% tempi < 90%
55-Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede multipla	493	288	205		volumi 2021>2019
55-Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	442	86	356		volumi 2021>2019
56-Elettrocardiogramma	5.115	5.571	-456	85,95%	% tempi < 90%
57-Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	1.266	1.292	-26	63,99%	% tempi < 90%
58-Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	613	711	-98	78,08%	% tempi < 90%

ASFO - PRESTAZIONI	OTT - DIC 2021	OTT - DIC 2019	VARIAZIONE	% NEI TEMPI >=90%	OBIETTIVO
60-Esame audiometrico tonale	1.384	1.827	-443	93,20%	% tempi > 90%
61-Spirometria semplice	411	273	138		volumi 2021>2019
62-Spirometria globale	376	340	36		volumi 2021>2019
63-Fotografia del fundus	15	40	-25	66,67%	% tempi < 90%
64-ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]	1.954	2.435	-481	52,27%	% tempi < 90%
70-INIEZIONE INTRAVITREALE	493	1.023	-530	85,00%	% tempi < 90%
71-Visita algologica	529	628	-99	82,52%	% tempi < 90%
72-Intervento cristallino con e senza vitrectomia	454	789	-335	66,17%	% tempi < 90%

ATTIVITÀ DI RICOVERO

ASFO - RICOVERI		OTT - DIC 2021	OTT - DIC 2019	VARIAZIONE	% NEI TEMPI >=90%	OBIETTIVO
P.O. S.MARIA DEGLI ANGELI						
1	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	54	56	-2	90,74%	% tempi > 90%
2	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	13	16	-3	7,69%	% tempi < 90%
3	Interventi chirurgici tumore maligno Colon	11	14	-3	100,00%	% tempi > 90%
4	Intervento chirurgico tumore maligno del Retto	10	11	-1	80,00%	% tempi < 90%
5	Interventi chirurgici tumore maligno dell'Utero	10	17	-7	100,00%	% tempi > 90%
6	Interventi chirurgici per Melanoma	4	2	2		volumi 2021>2019
7	Interventi chirurgici per tumore maligno della Tiroide	13	8	5		volumi 2021>2019
9	Angioplastica Coronarica (PTCA)	31	62	-31	100,00%	% tempi > 90%
10	Endoarteriectomia carotidea	15	23	-8	13,33%	% tempi < 90%
12	Interventi chirurgici tumore del Polmone	4	9	-5	25,00%	% tempi < 90%
14	Coronarografia	126	162	-36	96,83%	% tempi > 90%
15	Biopsia percutanea del Fegato	0	8	-8	0,00%	nessun intervento periodo 21
P.O. S.VITO E SPILIMBERGO						
1	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	1	0	1		volumi 2021>2019
3	Interventi chirurgici tumore maligno Colon	5	4	1		volumi 2021>2019
4	Intervento chirurgico tumore maligno del Retto	0	5	-5	0,00%	nessun intervento periodo 21
5	Interventi chirurgici tumore maligno dell'Utero	3	0	3		volumi 2021>2019
6	Interventi chirurgici per Melanoma	0	2	-2	0,00%	nessun intervento periodo 21
15	Biopsia percutanea del Fegato	3	2	1		volumi 2021>2019
CDC SAN GIORGIO						
2	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	25	12	13		volumi 2021>2019

ASFO - RICOVERI		OTT - DIC 2021	OTT - DIC 2019	VARIAZIONE	% NEI TEMPI >=90%	OBIETTIVO
3	Interventi chirurgici tumore maligno Colon	0	1	-1	0,00%	nessun intervento periodo 21
4	Intervento chirurgico tumore maligno del Retto	0	2	-2	0,00%	nessun intervento periodo 21
5	Interventi chirurgici tumore maligno dell'Utero	4	0	4		volumi 2021>2019
15	Biopsia percutanea del Fegato	0	0	0		

ASFO	GENNAIO - DICEMBRE 2021		
	PRIORITÀ A		
	NEI TEMPI	N. RICOVERI	% NEI TEMPI
Colecistectomia laparoscopica	11	15	73,33
Emorroidectomia	2	3	66,67
Intervento protesi anca	10	20	50,00
Riparazione ernia inguinale	13	18	72,22

RISPETTO DEI TEMPI DI ATTESA PRESTAZIONI SANITARIE INDIFFERIBILI (RIF. 12.2.2.4 LINEE GESTIONE 2021)

ATTIVITÀ AMBULATORIALE

ASFO - PRESTAZIONI	GENNAIO - DICEMBRE 2021		
	PRIORITÀ B		
	NEI TEMPI	PRESTAZIONI	% NEI TEMPI
01-Prima Visita cardiologica	1.687	2.539	66,44
02-Prima Visita chirurgia vascolare	168	412	40,78
03-Prima Visita endocrinologica	38	537	7,08
04-Prima Visita neurologica	982	1.470	66,80
05-Prima Visita oculistica	890	1.176	75,68
06-Prima Visita ortopedica	1.247	2.380	52,39
07-Prima Visita ginecologica	677	705	96,03
08-Prima Visita otorinolaringoiatrica	2.568	2.766	92,84
09-Prima Visita urologica	203	1.153	17,61
10-Prima Visita dermatologica	395	1.929	20,48
11-Prima Visita fisiatrica	1.257	2.834	44,35
12-Prima Visita gastroenterologica	132	376	35,11
13-Prima Visita oncologica	168	215	78,14
14-Prima Visita pneumologica	125	1.034	12,09
15-Mammografia bilaterale ER Mammografia bilaterale	278	295	94,24
16-Mammografia monolaterale	44	46	95,65
17-TC del Torace	290	383	75,72
18-TC del Torace con MCD senza e con MCD	358	1.179	30,36
19-TC dell'addome superiore	12	18	66,67
20-TC dell'addome superiore senza e con MDC	25	74	33,78
21-TC dell'Addome inferiore	10	15	66,67
22-TC dell'addome inferiore senza e con MDC	8	27	29,63
23-TC dell'addome completo	197	300	65,67
24-TC dell'addome completo senza e con MDC	487	1.399	34,81
25-TC Cranio - encefalo	625	759	82,35
26-TC Cranio - encefalo senza e con MDC	111	316	35,13

ASFO - PRESTAZIONI	GENNAIO – DICEMBRE 2021		
	PRIORITÀ B		
	NEI TEMPI	PRESTAZIONI	% NEI TEMPI
27-TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	40	54	74,07
28-TC del rachide e dello speco vertebrale toracico	28	39	71,79
29-TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	112	142	78,87
30-TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale senza e con MDC	0	5	0,00
31-TC del rachide e dello speco vertebrale toracico senza e con MDC	3	10	30,00
32-TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale senza e con MDC	2	20	10,00
33-TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	32	50	64,00
34-RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	213	554	38,45
35-RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC	557	736	75,68
36-RM di addome inferiore e scavo pelvico	64	72	88,89
37-RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	97	220	44,09
38-RM della colonna in toto	453	1.905	23,78
39-RM della colonna in toto senza e con MDC	164	258	63,57
40-Diagnostica ecografica del capo e del collo	553	888	62,27
41-Eco (color) dopplergrafia cardiaca	334	702	47,58
42-Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraaortici	718	841	85,37
43-Ecografia dell'addome superiore	249	410	60,73
44-Ecografia dell'addome inferiore	84	167	50,30
45-Ecografia dell'addome completo	1.394	2.787	50,02
46-Ecografia bilaterale della mammella	328	456	71,93
47-Ecografia monolaterale della mammella	67	100	67,00
48-Ecografia ostetrica	1	1	100,00
49-Ecografia ginecologica	5	13	38,46
50-Ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	798	1.352	59,02
51-Colonscopia totale con endoscopio flessibile	317	746	42,49
53-Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	49	81	60,49
54-Esofagogastroduodenoscopia	386	888	43,47
55-Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede multipla	55	116	47,41
55-Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	5	15	33,33
56-Elettrocardiogramma	1.511	1.679	89,99
57-Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	404	846	47,75
58-Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	45	226	19,91
60-Esame audiometrico tonale	125	143	87,41
61-Spirometria semplice	74	148	50,00
62-Spirometria globale	86	185	46,49
63-Fotografia del fundus	0	1	0,00
64-67-ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER MUSCOLO	394	840	46,90
70-Iniezione intravitreale	4	25	16,00
72-Intervento cristallino con e senza vitrectomia	2	58	3,45

ATTIVITA' DI RICOVERO ONCOLOGICO

ASFO - RICOVERI	GENNAIO - DICEMBRE 2021		
	PRIORITÀ A		
	NEI TEMPI	N. RICOVERI	% NEI TEMPI
Interventi chirurgici per Melanoma	15	22	68,18
Interventi chirurgici per tumore maligno della Tiroide	24	29	82,76
Interventi chirurgici tumore del Polmone	12	25	48,00
Interventi chirurgici tumore maligno Colon	52	59	88,14

Interventi chirurgici tumore maligno dell'Utero	41	49	83,67
Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	130	177	73,45
Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	2	16	12,50
Intervento chirurgico tumore maligno del Retto	13	20	65,00

ASFO - RICOVERI	GENNAIO - DICEMBRE 2021		
	PRIORITÀ B		
	NEI TEMPI	N. RICOVERI	% NEI TEMPI
Interventi chirurgici per tumore maligno della Tiroide	5	12	41,67
Interventi chirurgici tumore del Polmone	1	1	100,00
Interventi chirurgici tumore maligno Colon	2	3	66,67
Interventi chirurgici tumore maligno dell'Utero	2	3	66,67
Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	3	3	100,00
Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	79	112	70,54
Intervento chirurgico tumore maligno del Retto	2	5	40,00

ASFO - RICOVERI	GENNAIO - DICEMBRE 2021		
	PRIORITÀ C		
	NEI TEMPI	N. RICOVERI	% NEI TEMPI
Interventi chirurgici per tumore maligno della Tiroide	1	3	33,33
Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	0	1	0,00
Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	9	11	81,82
Intervento chirurgico tumore maligno del Retto	2	2	100,00

ASFO - RICOVERI	GENNAIO - DICEMBRE 2021		
	PRIORITÀ D		
	NEI TEMPI	N. RICOVERI	% NEI TEMPI
Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	2	3	66,67

ATTIVITA' DI RICOVERO NON ONCOLOGICO

ASFO - RICOVERI	GENNAIO - DICEMBRE 2021		
	PRIORITÀ A		
	NEI TEMPI	N. RICOVERI	% NEI TEMPI
Angioplastica Coronarica (PTCA)	81	83	97,59
Biopsia percutanea del Fegato	10	10	100,00
Colecistectomia laparoscopica	11	15	73,33
Coronarografia	277	288	96,18
Emorroidectomia	2	3	66,67
Endoarteriectomia carotidea	14	40	35,00
Intervento protesi anca	10	20	50,00
Riparazione ernia inguinale	13	18	72,22

2.8.4 IRCCS BURLO GAROFOLO (BURLO)

RIPRISTINO VOLUMI PRESTAZIONI (RIF. 6.1 LINEE GESTIONE 2021)

ATTIVITA' AMBULATORIALE

BURLO - PRESTAZIONI	OTT - DIC 2021	OTT - DIC 2019	VARIAZIONE	% NEI TEMPI >=90%	OBIETTIVO
1-Prima Visita cardiologica	316	252	64		volumi 2021>2019
3-Prima Visita endocrinologica	174	170	4		volumi 2021>2019
4-Prima Visita neurologica	154	147	7		volumi 2021>2019
5-Prima Visita oculistica	698	696	2		volumi 2021>2019
6-Prima Visita ortopedica	840	683	157		volumi 2021>2019
7-Prima Visita ginecologica	1.888	1.849	39		volumi 2021>2019
8-Prima Visita otorinolaringoiatrica	612	530	82		volumi 2021>2019
9-Prima Visita urologica	44	49	- 5	94,44%	% tempi > 90%
10-Prima Visita dermatologica	763	730	33		volumi 2021>2019
12-Prima Visita gastroenterologica	240	182	58		volumi 2021>2019
14-Prima Visita pneumologica	85	77	8		volumi 2021>2019
18-TC del Torace con MCD senza e con MCD	39	23	16		volumi 2021>2019
34-RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	40	35	5		volumi 2021>2019
35-RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC	23	21	2		volumi 2021>2019
38-RM della colonna in toto	48	46	2		volumi 2021>2019
40-Diagnostica ecografica del capo e del collo	106	105	1		volumi 2021>2019
41-Eco (color) dopplergrafia cardiaca	347	260	87		volumi 2021>2019
43-Ecografia dell'addome superiore	47	44	3		volumi 2021>2019
44-Ecografia dell'addome inferiore	785	520	265		volumi 2021>2019
45-Ecografia dell'addome completo	346	250	96		volumi 2021>2019
48-Ecografia ostetrica	1.714	1.661	53		volumi 2021>2019
49-Ecografia ginecologica	158	232	- 74	100,00%	% tempi > 90%
56-Elettrocardiogramma	75	92	- 7	94,12%	% tempi > 90%
57-Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	47	46	1		volumi 2021>2019
58-Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	52	14	38		volumi 2021>2019
60-Esame audiometrico tonale	309	360	- 51	100,00%	% tempi > 90%
61-Spirometria semplice	201	192	9		volumi 2021>2019
64-ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]	13	61	- 48	23,33%	% tempi < 90%
71-Visita algologica	16	69	- 53	100,00%	% tempi > 90%

ATTIVITÀ DI RICOVERO

BURLO - RICOVERI		OTT - DIC 2021	OTT - DIC 2019	VARIAZIONE	% NEI TEMPI >=90%	OBIETTIVO
1	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	1	0	1		volumi 2021>2019
5	Interventi chirurgici tumore maligno dell'Utero	13	16	-3	76,92%	% tempi < 90%
15	Biopsia percutanea del Fegato	9	3	6		volumi 2021>2019

BURLO - RICOVERI	GENNAIO - DICEMBRE 2021		
	PRIORITÀ A		
	NEI TEMPI	N. RICOVERI	% NEI TEMPI
Colecistectomia laparoscopica	1	1	100,00
Riparazione ernia inguinale	14	25	56,00

RISPETTO DEI TEMPI DI ATTESA PRESTAZIONI SANITARIE INDIFFERIBILI (RIF. 12.2.2.4 LINEE GESTIONE 2021)

ATTIVITÀ AMBULATORIALE

BURLO - PRESTAZIONI	GENNAIO - DICEMBRE 2021		
	PRIORITÀ B		
	NEI TEMPI	PRESTAZIONI	% NEI TEMPI
01-Prima Visita cardiologica	165	199	82,91
03-Prima Visita endocrinologica	71	92	77,17
04-Prima Visita neurologica	48	98	48,98
05-Prima Visita oculistica	252	345	73,04
06-Prima Visita ortopedica	186	285	65,26
07-Prima Visita ginecologica	99	171	57,89
08-Prima Visita otorinolaringoiatrica	151	223	67,71
09-Prima Visita urologica	29	32	90,63
10-Prima Visita dermatologica	147	206	71,36
12-Prima Visita gastroenterologica	79	128	61,72
13-Prima Visita oncologica	2	2	100,00
14-Prima Visita pneumologica	21	22	95,45
18-TC del Torace con MCD senza e con MCD	1	1	100,00
24-TC dell'addome completo senza e con MDC	2	2	100,00
33-TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	1	1	100,00
34-RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	21	27	77,78
35-RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC	28	31	90,32
36-RM di addome inferiore e scavo pelvico	1	2	50,00
37-RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	2	8	25,00
38-RM della colonna in toto	28	29	96,55
39-RM della colonna in toto senza e con MDC	1	1	100,00
40-Diagnostica ecografica del capo e del collo	28	29	96,55
41-Eco (color) dopplergrafia cardiaca	53	65	81,54
43-Ecografia dell'addome superiore	6	6	100,00
44-Ecografia dell'addome inferiore	9	9	100,00
45-Ecografia dell'addome completo	89	91	97,80
48-Ecografia ostetrica	10	28	35,71
49-Ecografia ginecologica	1	2	50,00
56-Elettrocardiogramma	24	24	100,00
57-Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	3	3	100,00
58-Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	1	3	33,33
60-Esame audiometrico tonale	6	9	66,67
64-67-ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER MUSCOLO	5	5	100,00

ATTIVITA' DI RICOVERO ONCOLOGICO

BURLO - RICOVERI	GENNAIO - DICEMBRE 2021		
	PRIORITÀ A		
	NEI TEMPI	N. RICOVERI	% NEI TEMPI
Interventi chirurgici tumore maligno dell'Utero	51	70	72,86
Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	6	7	85,71

ATTIVITA' DI RICOVERO NON ONCOLOGICO

BURLO	GENNAIO - DICEMBRE 2021		
	PRIORITÀ A		
	NEI TEMPI	N. RICOVERI	% NEI TEMPI
Biopsia percutanea del Fegato	10	13	76,92
Colecistectomia laparoscopica	1	1	100,00
Riparazione ernia inguinale	14	25	56,00

2.8.5 IRCCS CENTRO DI RIFERIMENTO ONCOLOGICO (CRO)**RIPRISTINO VOLUMI PRESTAZIONI (RIF. 6.1 LINEE GESTIONE 2021)****ATTIVITA' AMBULATORIALE**

CRO - PRESTAZIONI	OTT - DIC 2021	OTT - DIC 2019	VARIAZIONE	% NEI TEMPI >=90%	OBIETTIVO
7-Prima Visita ginecologica	226	188	38		volumi 2021>2019
8-Prima Visita otorinolaringoiatrica	31	56	-25	90,00%	% tempi > 90%
11-Prima Visita fisiatrica	29	29	0		volumi 2021>=2019
12-Prima Visita gastroenterologica	112	228	-116	57,14%	% tempi < 90%
13-Prima Visita oncologica	763	995	-232	87,56%	% tempi < 90%
15-Mammografia bilaterale ER Mammografia bilaterale	580	488	92		volumi 2021>2019
16-Mammografia monolaterale	253	221	32		volumi 2021>2019
17-TC del Torace	98	91	7		volumi 2021>2019
18-TC del Torace con MCD senza e con MCD	528	342	186		volumi 2021>2019
20-TC dell'addome superiore senza e con MDC	20	24	-4	100,00%	% tempi > 90%
23-TC dell'addome completo	44	27	17		volumi 2021>2019
24-TC dell'addome completo senza e con MDC	521	340	181		volumi 2021>2019
25-TC Cranio – encefalo	13	21	-8	100,00%	% tempi > 90%
26-TC Cranio – encefalo senza e con MDC	109	72	37		volumi 2021>2019
34-RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	23	24	-1	100,00%	% tempi > 90%
35-RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC	181	167	14		volumi 2021>2019
37-RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	218	229	-11	83,33%	% tempi < 90%

CRO - PRESTAZIONI	OTT - DIC 2021	OTT - DIC 2019	VARIAZIONE	% NEI TEMPI >=90%	OBIETTIVO
38-RM della colonna in toto	84	64	20		volumi 2021>2019
39-RM della colonna in toto senza e con MDC	47	37	10		volumi 2021>2019
40-Diagnostica ecografica del capo e del collo	601	220	381		volumi 2021>2019
43-Ecografia dell'addome superiore	70	78	-8	62,50%	% tempi < 90%
45-Ecografia dell'addome completo	334	197	137		volumi 2021>2019
46-Ecografia bilaterale della mammella	1068	841	227		volumi 2021>2019
47-Ecografia monolaterale della mammella	265	196	69		volumi 2021>2019
50-Ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	272	108	164		volumi 2021>2019
51-Colonscopia totale con endoscopio flessibile	170	214	-44	47,62%	% tempi < 90%
52-Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica	71	63	8		volumi 2021>2019
53-Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	16	24	-8	100,00%	% tempi > 90%
54-Esofagogastroduodenoscopia	34	52	-18	51,72%	% tempi < 90%
55-Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede multipla	136	162	-26	70,00%	% tempi < 90%
55-Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	48	51	-3	66,67%	% tempi < 90%
71-Visita algologica	324	245	79		volumi 2021>2019

ATTIVITÀ DI RICOVERO

CRO - RICOVERI		OTT - DIC 2021	OTT - DIC 2019	VARIAZIONE	% NEI TEMPI >=90%	OBIETTIVO
1	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	92	110	-18	97,83%	% tempi > 90%
2	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	0	1	-1	0,00%	nessun intervento periodo 21
3	Interventi chirurgici tumore maligno Colon	13	16	-3	100,00%	% tempi > 90%
4	Intervento chirurgico tumore maligno del Retto	5	4	1		volumi 2021>2019
5	Interventi chirurgici tumore maligno dell'Utero	20	26	-6	70,00%	% tempi < 90%
6	Interventi chirurgici per Melanoma	14	13	1		volumi 2021>2019
15	Biopsia percutanea del Fegato	5	3	2		volumi 2021>2019

CRO	GENNAIO - DICEMBRE 2021		
	PRIORITÀ A		
	NEI TEMPI	N. RICOVERI	% NEI TEMPI
Colecistectomia laparoscopica	6	6	100,00
Riparazione ernia inguinale	4	4	100,00

RISPETTO DEI TEMPI DI ATTESA PRESTAZIONI SANITARIE INDIFFERIBILI (RIF. 12.2.2.4 LINEE GESTIONE 2021)

ATTIVITÀ AMBULATORIALE

CRO - PRESTAZIONI	GENNAIO - DICEMBRE 2021		
	PRIORITÀ B		
	NEI TEMPI	PRESTAZIONI	% NEI TEMPI
01-Prima Visita cardiologica	1	2	50,00
07-Prima Visita ginecologica	209	209	100,00
08-Prima Visita otorinolaringoiatrica	22	24	91,67
09-Prima Visita urologica	14	15	93,33
11-Prima Visita fisiatrica	0	2	0,00
12-Prima Visita gastroenterologica	115	301	38,21
13-Prima Visita oncologica	361	450	80,22
15-Mammografia bilaterale ER Mammografia bilaterale	39	44	88,64
16-Mammografia monolaterale	2	2	100,00
17-TC del Torace	4	11	36,36
18-TC del Torace con MCD senza e con MCD	57	128	44,53
19-TC dell'addome superiore	0	1	0,00
20-TC dell'addome superiore senza e con MDC	2	4	50,00
22-TC dell'addome inferiore senza e con MDC	1	1	100,00
23-TC dell'addome completo	1	5	20,00
24-TC dell'addome completo senza e con MDC	65	138	47,10
25-TC Cranio – encefalo	2	5	40,00
26-TC Cranio – encefalo senza e con MDC	5	20	25,00
33-TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	1	2	50,00
34-RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	3	4	75,00
35-RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC	18	25	72,00
36-RM di addome inferiore e scavo pelvico	3	4	75,00
37-RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	21	42	50,00
38-RM della colonna in toto	7	24	29,17
39-RM della colonna in toto senza e con MDC	4	8	50,00
40-Diagnostica ecografica del capo e del collo	33	49	67,35
41-Eco (color) dopplergrafia cardiaca	1	1	100,00
42-Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraaortici	4	5	80,00
43-Ecografia dell'addome superiore	24	35	68,57
44-Ecografia dell'addome inferiore	1	4	25,00
45-Ecografia dell'addome completo	66	138	47,83
46-Ecografia bilaterale della mammella	114	164	69,51
47-Ecografia monolaterale della mammella	51	72	70,83
50-Ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	14	16	87,50
51-Colonscopia totale con endoscopio flessibile	77	173	44,51
54-Esofagogastroduodenoscopia	41	49	83,67
55-Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede multipla	14	14	100,00
55-Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	5	6	83,33
57-Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	5	6	83,33
58-Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	0	1	0,00

ATTIVITA' DI RICOVERO ONCOLOGICO

CRO - PRESTAZIONI	GENNAIO - DICEMBRE 2021		
	PRIORITÀ A		
	NEI TEMPI	N. RICOVERI	% NEI TEMPI

Interventi chirurgici per Melanoma	55	56	98,21
Interventi chirurgici per tumore maligno della Tiroide	1	1	100,00
Interventi chirurgici tumore maligno Colon	47	49	95,92
Interventi chirurgici tumore maligno dell'Utero	78	98	79,59
Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	407	412	98,79
Intervento chirurgico tumore maligno del Retto	25	26	96,15

CRO - PRESTAZIONI	GENNAIO - DICEMBRE 2021		
	PRIORITÀ B		
	NEI TEMPI	N. RICOVERI	% NEI TEMPI
Interventi chirurgici per Melanoma	4	4	100,00
Interventi chirurgici tumore maligno dell'Utero	3	4	75,00
Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	16	16	100,00

ATTIVITA' DI RICOVERO NON ONCOLOGICO

CRO	GENNAIO - DICEMBRE 2021		
	PRIORITÀ		
	NEI TEMPI	N. RICOVERI	% NEI TEMPI
Biopsia percutanea del Fegato	15	15	100,00
Colecistectomia laparoscopica	6	6	100,00
Riparazione ernia inguinale	4	4	100,00

3. LE PROGETTUALITÀ 2021

Le progettualità rendicontate dalle Aziende del Servizio sanitario regionale nei bilanci di esercizio 2021, corrispondono a quelle della DGR 1683 del 8.11.2021 "Lr 22/2019. piano attuativo e bilancio preventivo economico annuale consolidato degli enti del servizio sanitario regionale - anno 2021. approvazione.

ARCS nella sua proposta di consolidamento degli atti relativi al controllo annuale ha precisato che in occasione dei rendiconti periodici previsti della LR 22/2019 e presentati alla Direzione Centrale salute con note prot. 24080 del 21.6.2021 (rendiconto gennaio-marzo), prot. 36900 del 5.10.2021 (rendiconto gennaio-giugno) e prot. 45437 del 9/12/2021 (rendiconto gennaio-settembre), erano state presentate delle richieste di modifica e/o stralcio di alcuni obiettivi relativamente alla programmazione dell'anno in corso. La stessa ARCS ha preso atto che con DGR 1968 del 23.12.2021 "Lr 22/2019. piano attuativo e bilancio preventivo economico annuale consolidato degli enti del servizio sanitario regionale - anno 2021. Variazione" la Giunta regionale ha "accertato la coerenza del Piano attuativo 2021 e del Bilancio preventivo economico annuale consolidato degli Enti del SSR per l'anno 2021 con i contenuti della pianificazione sanitaria e sociosanitaria regionale e con il quadro degli obiettivi, delle risorse e dei criteri di finanziamento previsti dalla deliberazione della Giunta regionale n. 189 del 12 febbraio 2021 recante "Linee annuali per la gestione del Servizio sanitario regionale per l'anno 2021".

Non è stata pertanto accolta alcuna richiesta di modifica e/o stralcio presentata.

In considerazione dei provvedimenti giuntali deliberati, ARCS ha proceduto a verificare le rendicontazioni prodotte dagli Enti negli atti di approvazione dei Bilanci d'esercizio e relazione sulla gestione dell'anno e laddove possibile verificarne la correttezza tramite le informazioni disponibili ad ARCS.

Le fattispecie di proposte di valutazione espresse da ARCS, per tutte le valutazioni operate e non demandate alla stessa DCS, sono state individuate nelle seguenti:

- Obiettivo RAGGIUNTO: l'azienda ha pienamente raggiunto il risultato atteso;
- Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO: l'azienda ha parzialmente raggiunto il risultato atteso;
- Obiettivo NON RAGGIUNTO: l'azienda non ha raggiunto il risultato atteso;
- Obiettivo NON VALUTABILE: l'azienda non ha realizzato il risultato atteso per cause ad essa non imputabili. Allo stesso modo risultano non valutabili gli obiettivi erroneamente inseriti nella programmazione da parte di un'azienda in quanto non di sua pertinenza. In tutti questi casi si procede allo stralcio dell'obiettivo.

La Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità, preso atto di quanto chiarito da ARCS e delle proposte di valutazione adottate da tale Ente, precisa quanto segue rispetto ai corretti criteri da applicare per la valutazione dei risultati:

- nel caso che, oltre al pieno raggiungimento, sia a priori considerata la possibilità di raggiungimento parziale dell'obiettivo in misure prefissate (es.: al raggiungimento della soglia di produzione del sessanta per cento rispetto all'obiettivo totale prefissato, l'obiettivo si considera realizzato al 50 per cento...), la valutazione deve considerarsi di tipo discreto e non risulta possibile collegare tra loro in modo continuo i valori "soglia" applicando una graduazione proporzionale continua di raggiungimento del risultato;
- per obiettivo di risultato da considerarsi conseguito solo in presenza di risultati positivi misurati rispetto a più parametri congiunti, non risulta possibile considerare conseguito il risultato stesso in assenza di una valutazione positiva dei risultati indicati nei parametri.
- per l'obiettivo: "Assicurare la realizzazione del piano regionale di assistenza territoriale", si prende atto della positiva valutazione delle attività in corso negli Enti, non essendo possibile attribuirsi la diversa valutazione di obiettivo realizzato rispetto ad un'attività a durata pluriennale e ancora in corso.

Preso atto delle proposte di valutazione elaborate da ARCS e delle eventuali maggiori informazioni disponibili e degli ulteriori accertamenti svolti laddove resosi necessario, si è dato corso alla definizione delle valutazioni dei risultati delle attività degli Enti di seguito esposte. Per quanto riguarda la valutazione dei risultati delle attività di ARCS, non permettendosi, logicamente, una proposta di valutazione elaborata dallo stesso ente, le valutazioni esposte sono state elaborate dalla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità nelle sue funzioni di controllo e vigilanza svolte nei confronti di ARCS e sulla base delle informazioni acquisite e disponibili allo stato degli atti.

AZIENDA SANITARIA FRIULI OCCIDENTALE (ASFO)

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
1	Covid	Piano regionale di assistenza territoriale	Assicurare la realizzazione del piano regionale di assistenza territoriale	31/12/2021	Attuazione del Piano di assistenza territoriale AsFO: è stato predisposto il progetto per le attività di potenziamento dell'Assistenza domiciliare e di avvio delle COT (centrali operative territoriali). Rispetto all'attuazione prevista nell'anno 2021 del "Piano di Assistenza Territoriale", con decreto n. 1021 del 10.11.2021 l'Azienda ha disposto l'assunzione a tempo determinato di:- n. 58 unità di collaboratore professionale sanitario – infermiere di cui: o n. 50 unità da assegnare alla S.C. Servizio infermieristico territoriale per il progetto sperimentale degli "infermieri di comunità"; o n. 2 unità da assegnare alla S.C. Servizio Infermieristico territoriale per la Centrale Operativa Territoriale; o n. 5 unità da assegnare alla S.C. Servizio infermieristico territoriale per l'assistenza domiciliare e residenziale per le cure palliative; o n. 1 unità da assegnare al D.A.A.M.A.;- n. 8 unità di collaboratore professionale sanitario – fisioterapista. Le suddette acquisizioni si potranno concretizzare nel primo semestre 2022, compatibilmente con la possibilità di reperimento delle stesse. A tal fine verranno utilizzate le risorse statali erogate durante gli anni 2020 e 2021 e accantonate a bilancio. Per quanto riguarda le attività USCA, nei quattro trimestri sono regolarmente continuate. Sono state attivate massimo 5 USCA e lavorato 37 medici per un totale di 13.149,5 ore di apertura del servizio e un costo complessivo degli oneri di 525.980 €.	Valutazione POSITIVA
1	Covid	Piano regionale di assistenza territoriale	Rendicontazione, in uno specifico paragrafo in occasione nei rendiconti periodici sull'andamento della gestione (ex. art. 56 LR 22/2019), dello stato di avanzamento rispetto a:- Potenziamento dell'Assistenza domiciliare- Attività delle USCA- Avvio delle Centrali operative territoriali- Sorveglianza della circolazione SARS COV2 (contact tracing e notifiche)- Utilizzo personale	31/05/2021	I report trimestrali di attività sono stati regolarmente inviati su richiesta della DCS. La rendicontazione dei Piani di Assistenza Territoriale è stata richiesta direttamente dalla DCS e le aziende l'hanno inviata con le modalità dalla stessa definite, al fine di poter trasmettere il monitoraggio regionale al Ministero. Nel rendiconto è presente una breve relazione sull'andamento complessivo della gestione COVID da cui non si evince il grado di attuazione del piano di assistenza territoriale. Inoltre è stato rendicontato il costo sostenuto per il personale assunto in ambito territoriale e per le USCA tramite l'utilizzo dei finanziamenti specifici. Considerati i rendiconti trimestrali inviati alla DCS si propone di valutare l'obiettivo realizzato	Obiettivo RAGGIUNTO
1	Covid	Piano regionale di assistenza territoriale	Rendicontazione, in uno specifico paragrafo in occasione nei rendiconti periodici sull'andamento della gestione (ex. art. 56 LR 22/2019), dello	31/07/2021	I report trimestrali di attività sono stati regolarmente inviati su richiesta della DCS. La rendicontazione dei Piani di Assistenza Territoriale è stata richiesta direttamente dalla DCS e le aziende	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
			stato di avanzamento rispetto a:- Potenziamento dell'Assistenza domiciliare- Attività delle USCA- Avvio delle Centrali operative territoriali- Sorveglianza della circolazione SARS COV2 (contact tracing e notifiche)- Utilizzo personale		l'hanno inviata con le modalità dalla stessa definite, al fine di poter trasmettere il monitoraggio regionale al Ministero. Nel rendiconto è presente una breve relazione specifica nell'ambito della rendicontazione dell'obiettivo, inoltre è stato rendicontato il costo sostenuto per il personale assunto in ambito territoriale e per le USCA tramite l'utilizzo dei finanziamenti specifici. Considerati i rendiconti trimestrali inviati alla DCS si prone di valutare l'obiettivo realizzato	
1	Covid	Piano regionale di assistenza territoriale	Rendicontazione, in uno specifico paragrafo in occasione nei rendiconti periodici sull'andamento della gestione (ex. art. 56 LR 22/2019), dello stato di avanzamento rispetto a:- Potenziamento dell'Assistenza domiciliare- Attività delle USCA- Avvio delle Centrali operative territoriali- Sorveglianza della circolazione SARS COV2 (contact tracing e notifiche)- Utilizzo personale	31/10/2021	I report trimestrali di attività sono stati regolarmente inviati su richiesta della DCS. La rendicontazione dei Piani di Assistenza Territoriale è stata richiesta direttamente dalla DCS e le aziende l'hanno inviata con le modalità dalla stessa definite, al fine di poter trasmettere il monitoraggio regionale al Ministero. Nel rendiconto è presente una breve relazione specifica nell'ambito della rendicontazione dell'obiettivo, inoltre è stato rendicontato il costo sostenuto per il personale assunto in ambito territoriale e per le USCA tramite l'utilizzo dei finanziamenti specifici. Considerati i rendiconti trimestrali inviati alla DCS si prone di valutare l'obiettivo realizzato	Obiettivo RAGGIUNTO
1	Covid	Piano regionale di potenziamento assistenza ospedaliera	Assicurare la realizzazione del piano regionale di potenziamento della rete ospedaliera	31/12/2021	Con nota prot 38423 del 19/05/2021 sono state trasmesse le Relazioni descrittive degli interventi edili impiantistici e delle acquisizioni attrezzature rientranti nel piano di riorganizzazione della rete ospedaliera del SSR DGR 1224/2020.Per quanto riguarda i trasporti sanitari dedicati, è mantenuta l'attività che prevede la sanificazione dei mezzi, la vestizione del personale con i DPI, la formazione continua in base alle nuove evidenze scientifiche. Nel corso del 2021 lo stato di avanzamento degli interventi è stato rendicontato dalle singole aziende con periodicità mensile così come richiesto dal Ministero della Salute utilizzando le modalità definite dal Ministero stesso (file excel di rendicontazione predisposto dal Ministero). Le Aziende hanno portato avanti le attività di potenziamento della rete ospedaliera nel rispetto del cronoprogramma validato dal Ministero	Obiettivo RAGGIUNTO
1	Covid	Piano regionale di potenziamento assistenza ospedaliera	Rendicontazione, in uno specifico paragrafo in occasione nei rendiconti periodici sull'andamento della gestione (ex. art. 56 LR 22/2019), dello stato di avanzamento rispetto a:- Potenziamento posti letto di terapia intensiva e semintensiva, area medica- Rete emergenza e urgenza ospedaliera- Stabilizzazione dei percorsi separati nei PS della Regione- Emergenza territoriale- Assicurare trasporti sanitari dedicati ai soggetti COVID e ai soggetti fragili- Utilizzo del personale	31/05/2021	I report trimestrali di attività sono stati regolarmente inviati su richiesta della DCS. Nel corso del 2021 lo stato di avanzamento degli interventi è stato rendicontato dalle singole aziende con periodicità mensile così come richiesto dal Ministero della Salute utilizzando le modalità definite dal Ministero stesso (file excel di rendicontazione predisposto dal Ministero). Considerato la frequenza di rendicontazione mensile rispetto a quanto previsto dall'obiettivo (trimestrale) l'obiettivo si può considerare raggiunto	Obiettivo RAGGIUNTO
1	Covid	Piano regionale di potenziamento assistenza ospedaliera	Rendicontazione, in uno specifico paragrafo in occasione nei rendiconti periodici sull'andamento della gestione (ex. art. 56 LR 22/2019), dello	31/07/2021	I report trimestrali di attività sono stati regolarmente inviati su richiesta della DCS. Nel corso del 2021 lo stato di avanzamento degli interventi è stato rendicontato dalle singole aziende con	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
			stato di avanzamento rispetto a:- Potenziamento posti letto di terapia intensiva e semintensiva, area medica- Rete emergenza e urgenza ospedaliera- Stabilizzazione dei percorsi separati nei PS della Regione- Emergenza territoriale- Assicurare trasporti sanitari dedicati ai soggetti COVID e ai soggetti fragili- Utilizzo del personale		periodicità mensile così come richiesto dal Ministero della Salute utilizzando le modalità definite dal Ministero stesso (file excel di rendicontazione predisposto dal Ministero). Considerato la frequenza di rendicontazione mensile rispetto a quanto previsto dall'obiettivo (trimestrale) l'obiettivo si può considerare raggiunto	
1	Covid	Piano regionale di potenziamento assistenza ospedaliera	Rendicontazione, in uno specifico paragrafo in occasione nei rendiconti periodici sull'andamento della gestione (ex. art. 56 LR 22/2019), dello stato di avanzamento rispetto a:- Potenziamento posti letto di terapia intensiva e semintensiva, area medica- Rete emergenza e urgenza ospedaliera- Stabilizzazione dei percorsi separati nei PS della Regione- Emergenza territoriale- Assicurare trasporti sanitari dedicati ai soggetti COVID e ai soggetti fragili- Utilizzo del personale	31/10/2021	I report trimestrali di attività sono stati regolarmente inviati su richiesta della DCS. Nel corso del 2021 lo stato di avanzamento degli interventi è stato rendicontato dalle singole aziende con periodicità mensile così come richiesto dal Ministero della Salute utilizzando le modalità definite dal Ministero stesso (file excel di rendicontazione predisposto dal Ministero). Considerato la frequenza di rendicontazione mensile rispetto a quanto previsto dall'obiettivo (trimestrale) l'obiettivo si può considerare raggiunto	Obiettivo RAGGIUNTO
1	Covid	Rendicontazione costi COVID-19	Adottare i criteri di rilevazione indicati dalla Regione e da ARCS e rendicontazione dei COSTI sostenuti nei tempi e con le modalità che verranno indicate	31/12/2021	Sono stati adempiuti tutti degli obblighi di trasmissione di dati, reporting, contabilizzazione e rendicontazione dei costi relativi alla gestione COVID-19, secondo le tempistiche regionali richieste, in occasione dei rendiconti trimestrali dell'attività e contenuti nella relazione illustrativa sull'andamento della gestione:- Decreto 511 del 31.05.2021 è stato adottato il 1° rendiconto infrannuale 2021;- Decreto 723 del 31.07.2021 è stato adottato il 2° rendiconto infrannuale 2021;- Decreto 990 del 02.11.2021 è stato adottato il 3° rendiconto infrannuale 2021. E' proseguita la creazione e alimentazione dei centri di costo COVID. In occasione dei rendiconti infrannuali, gli Enti del SSR hanno censito e stimato i costi attribuiti alla gestione COVID mediante la compilazione di una sezione separata degli schemi di conto economico e delle tabelle di monitoraggio sull'utilizzo dei finanziamenti statali 2020 e 2021, per specifica finalità di utilizzo come da normativa di assegnazione. E' stata data inoltre evidenza dei costi sostenuti per la gestione della campagna vaccinale COVID 2021. In sede di bilancio consuntivo è stato compilato il modello ministeriale CECOVID 2021 e le relative tabelle di monitoraggio sull'utilizzo dei finanziamenti statali 2020 e 2021 e sugli accantonamenti effettuati.	Obiettivo RAGGIUNTO
1	Covid	Campagna vaccinale anti SARS CoV 2	Assicurare le attività previste dal Piano Strategico nazionale della vaccinazione anti SARS CoV-2 e successive indicazioni ministeriali e regionali	31/12/2021	Settimanalmente il Dipartimento di Prevenzione invia con mail dedicata alla DCS i dati necessari alla stesura del report settimanale del ISS. Inoltre, per quanto concerne "Numero, tipologia di figure professionali e tempo/persona dedicate in ciascun servizio" esso viene comunicato una volta al mese come previsto dalla normativa. Di tale attività vi è una tabella in Excel implementata mese per mese. La gestione e monitoraggio del Piano Strategico nazionale della vaccinazione anti SARS CoV.2 è stato gestito direttamente dalla Direzione Centrale Salute. ARCS	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
					ha partecipato nel ruolo di gestore del Call Center a parte degli incontri di coordinamento e dalle informazioni a disposizione e dalle relazioni periodiche delle Aziende si evince che tutte le Aziende hanno assicurato l'organizzazione dell'offerta vaccinale secondo le indicazioni e le tempistiche definite dalla Direzione Centrale.	
1	Covid	Monitoraggio degli indicatori di processo sulla capacità di accertamento diagnostico, indagine e di gestione dei contatti	Numero, tipologia di figure professionali e tempo/persona dedicate in ciascun servizio territoriale al contact-tracing: >= 1 per 10.000 ab.	rendiconti trimestrali	Settimanalmente il Dipartimento di Prevenzione invia con mail dedicata alla DCS i dati necessari alla stesura del report settimanale del ISS. Inoltre, per quanto concerne "Numero, tipologia di figure professionali e tempo/persona dedicate in ciascun servizio" esso viene comunicato una volta al mese come previsto dalla normativa. Di tale attività vi è una tabella in Excel implementata mese per mese. Si richiama quanto rendicontato sull'attuazione del Piano di assistenza territoriale. ARCS non dispone dei dati trasmessi dalle Aziende alla task force regionale, tuttavia dai report settimanali pubblicati dal Ministero Salute risulta che la Regione FVG nei 53 monitoraggi risulta a target solo in 19 settimane pari al 36% delle rilevazioni. Per una valutazione aziendale si rimanda alla DCS che dispone dei dati disaggregati per azienda	Valutazione POSITIVA
1	Covid	Monitoraggio degli indicatori di processo sulla capacità di accertamento diagnostico, indagine e di gestione dei contatti	Numero di casi confermati di infezione nella Regione per cui sia stata effettuata una regolare indagine epidemiologica con ricerca dei contatti stretti/totale di nuovi casi di infezione confermati: >= 98%.	rendiconti trimestrali	Settimanalmente il Dipartimento di Prevenzione invia con mail dedicata alla DCS i dati necessari alla stesura del report settimanale del ISS. Inoltre, per quanto concerne "Numero, tipologia di figure professionali e tempo/persona dedicate in ciascun servizio" esso viene comunicato una volta al mese come previsto dalla normativa. Di tale attività vi è una tabella in Excel implementata mese per mese. Si richiama quanto rendicontato sull'attuazione del Piano di assistenza territoriale. ARCS non dispone dei dati trasmessi dalle Aziende alla task force regionale, tuttavia dai report settimanali pubblicati dal Ministero Salute risulta che la Regione FVG nei 53 monitoraggi risulta a target solo in 36 settimane pari al 68% delle rilevazioni. Per una valutazione aziendale si rimanda alla DCS che dispone dei dati disaggregati per azienda	Valutazione POSITIVA
1	Covid	Piani territoriali disabilità Dare attuazione a quanto previsto nei piani territoriali e mantenere costantemente informata la Regione	Le Aziende sanitarie adempiono all'onere informativo sull'attuazione dei piani nel rispetto delle scadenze previste.	rendiconti trimestrali	E' stato effettuato il rendiconto finale. L'attività è stata garantita.	Obiettivo RAGGIUNTO
2.1	Piano regionale della prevenzione 2020-2025	Collaborare alla stesura e realizzazione dei programmi dei PRP	Individuazione dei referenti di programma, partecipazione alle attività regionali	approvazione del PRP	I referenti sono stati individuati e comunicati alla DCS con nota prot. 16388 del 02.03.2021. La partecipazione alle attività regionali è stata garantita.	Obiettivo RAGGIUNTO
2.2	Screening cervice	Screening cervice uterina	Applicazione protocollo per la gestione clinica del secondo livello dello screening cervicale redatto dal CRO e adottato da tutte le Aziende nel corso del 2020	31/12/2021	L'applicazione del protocollo richiede l'adeguamento della cartella colposcopica in G2, che non è ancora stato attuato (attività coordinata a livello regionale).	Obiettivo NON VALUTABILE(STRALCIO)

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
2.2	Screening cervice	Screening cervice uterinaAssicurare la collaborazione per la riconversione del programma di screening cervicale	Disponibilità di appuntamenti per mantenere intervallo di chiamata entro 36 mesi dall'ultimo pap test, entro 12 mesi dall'ultimo HPV+ con pap test negativo.	31/12/2021	E' stato definito un programma annuale di aumento dell'offerta di ore dedicate allo screening, ma è stato sospeso in quanto i posti negli orari già disponibili in agenda non erano pienamente occupati. L'intervallo di chiamata in alcune sedi ha superato i 36 mesi.	Obiettivo RAGGIUNTO
2.2	Screening cervice	Screening cervice uterinaAssicurare la collaborazione per la riconversione del programma di screening cervicale	HPV-DNA primari e tutte le letture dei pap-test secondari analizzati presso il laboratorio unico regionale dell'Anatomia Patologica di ASUGI	31/12/2021	Assicurata la collaborazione per la riconversione del programma	Obiettivo RAGGIUNTO
2.2	Screening cervice	Screening cervice uterinaAssicurare la collaborazione per la riconversione del programma di screening cervicale	HPV-DNA di triage su ASCUS e HPV-DNA e cervico-citologia di secondo livello analizzati presso il laboratorio unico regionale dell'Anatomia Patologica di ASUGI	31/12/2021	Assicurata la collaborazione per la riconversione del programma	Obiettivo RAGGIUNTO
2.2	Screening cervice	Screening cervice uterinaAssicurare la collaborazione per la riconversione del programma di screening cervicale	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)	31/12/2021	Letture dei pap-test primari presso le sedi di attuale competenza fino a transizione del programma ultimata (dato ARCS 78,7% dei pap test refertati entro 21 giorni dalla data di prelievo)	Obiettivo NON RAGGIUNTO
2.2	Screening cervice	Screening cervice uterinaLe aziende che garantiscono i prelievi per HPV-DNA test di secondo livello	Gli ambulatori di prelievo dispongono delle dotazioni informatiche e delle configurazioni CUPWEB già in uso al primo livello	31/12/2021		Obiettivo RAGGIUNTO
2.2	Screening cervice	Screening cervice uterinaLe aziende che garantiscono i prelievi per HPV-DNA test di secondo livello	Logistica di supporto (trasporto campioni) da realizzarsi secondo indicazioni DCS	31/12/2021		Obiettivo RAGGIUNTO
2.2	Screening cervice	Adesione allo screening della cervice uterina	% di adesione >= 60%	31/12/2021	72,14% (dato riferito al 2021 e calcolato con i dati aggiornati al 28/07/2022)	Obiettivo RAGGIUNTO
2.2	Screening cervice	Recuperare gli inviti non effettuati nel 2020 a causa della sospensione per emergenza COVID	Le Aziende assicurano le ore ambulatorio necessarie per consentire il 100% del recupero degli inviti non effettuate nel 2020 entro giugno 2021 senza compromettere l'attività ordinaria di screening prevista per il 2021	30/06/2021	Gli inviti non effettuati nel 2020 sono stati pienamente recuperati nel 2021, con parziale slittamento degli inviti del 2021 nel 2022. L'aumento delle ore ambulatoriali è stato sospeso in quanto i posti negli orari già disponibili in agenda non erano pienamente occupati. A livello regionale gli inviti non effettuati nel 2020 sono stati recuperati senza pregiudicare l'attività ordinaria 2021. Permane nel 2021 il problema imputabile all'irraggiungibilità di alcune persone a causa dell'errata o mancata registrazione dei dati nel sistema informativo o della mancata risposta alle chiamate di invito. Il problema non è imputabile all'organizzazione dell'offerta aziendale.	Obiettivo RAGGIUNTO
2.2	Screening mammella	Screening mammella	Rispetto dei requisiti check-list DCS	31/12/2021	Requisiti rispettati	Obiettivo RAGGIUNTO
2.2	Screening mammella	Screening mammella	Collaborazione con ARCS e con la ditta aggiudicataria dell'appalto nei sopralluoghi di controllo delle sedi di attività	31/12/2021	Collaborazione nei sopralluoghi assicurata	Obiettivo RAGGIUNTO
2.2	Screening mammella	Screening mammellaTutte le aziende che svolgono attività di 2° livello per lo screening mammografico	100% degli esami di approfondimento diagnostico è eseguito dai radiologi formati	31/12/2021	Approfondimenti garantiti dai radiologi formati=100%	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
2.2	Screening mammella	Screening mammellaFormazione dei radiologi da inserire nel pool dei radiologi di screening	Formazione del numero di radiologi identificati da ARCS (anche su richiesta delle Aziende) secondo il percorso formativo identificato a livello regionale	31/12/2021	Effettuata la formazione di 1 radiologo in accordo con ARCS secondo il percorso formativo identificato a livello regionale	Obiettivo RAGGIUNTO
2.2	Screening mammella	Screening mammograficoTutte le aziende con unità senologica	% dei casi con tempi di attesa per approfondimenti di secondo livello <= 20 gg da esito positivo della mammografia di primo livello >= 70% tenuto conto dell'estensione dello screening alle donne 45-49.Risultato atteso modificato per tutte le Aziende del SSR con DGR 1683 del 8/11/2021	31/12/2021	45,1% nei tempi (dato Arcs) PORDENONE: 45%; S. VITO: 100% (1 caso); ASFO: 45,1%	Obiettivo NON RAGGIUNTO
2.2	Screening mammella	Screening mammograficoTutte le aziende con unità senologica	Percentuale di casi di secondo livello chiusi correttamente > = 95%	31/12/2021	100% dei casi chiusi correttamente. Dato aziendale	Obiettivo RAGGIUNTO
2.2	Screening mammella	Screening mammograficoTutte le aziende con unità senologica	- % dei casi con tempo tra test di screening e intervento inferiore o uguale 60gg>= 95%Obiettivo prescritto anche ad ASFO con DGR 1683 del 8/11/2021	31/12/2021	% dei casi con tempo tra test di screening e intervento inferiore o uguale 60gg=29,6%	Obiettivo NON RAGGIUNTO
2.2	Screening mammella	Screening mammograficoTutte le aziende con unità senologica	Tempo medio giorni tra data indicazione clinica (data esito positivo II liv) e intervento chirurgico <= 30 gg considerando escluse le donne che ritardano l'intervento perchè eseguono la chemioterapia neoadiuvanteRisultato atteso modificato per tutte le Aziende del SSR con DGR 1683 del 8/11/2021	31/12/2021	34,4 giorni per 50 casi (Dato ARCS)	Obiettivo NON RAGGIUNTO
2.2	Screening mammella	Screening mammograficoTutte le aziende con unità senologica	Percentuale di early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso"/totale dei casi chiusi dall'unità senologica inferiore al 10%	31/12/2021	2,8% (Dato ARCS)	Obiettivo RAGGIUNTO
2.2	Screening mammella	Adesione allo screening della mammella	% di adesione >= 64%	31/12/2021	Adesione corretta: 75,4%	Obiettivo RAGGIUNTO
2.2	Screening colon retto	Screening colon rettoTutte 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%	31/12/2021	Percentuale di cartelle correttamente compilate = 92,0% (dato parziale Arcs al 28.02.22) PORDENONE: 93,3%S.VITO-SPILIMBERGO: 90,6%ASFO: 91,96%	Obiettivo NON RAGGIUNTO
2.2	Screening colon retto	Screening colon rettoGarantire l'offerta della colonscopia di approfondimento di secondo livello entro 30 giorni dalla positività del FOBT di screening	Percentuale dei casi con tempi tra fobt e colonscopia (% entro 30gg)>=95%Obiettivo prescritto anche ad ASFO con DGR 1683 del 8/11/2021	31/12/2021	% dei casi con tempi tra FOBT e colonscopia (% entro 30gg) = 37,42% dato parziale Arcs al 02/03/22L'Azienda ha affermato genericamente che l'offerta di approfondimento è sempre garantita entro 30gg e l'eventuale ritardo è dovuto a scelta dell'utente. PORDENONE: 23,25%; S.VITO-SPILIMBERGO: 49,81%; ASFO: 37,42%.	Obiettivo NON RAGGIUNTO
2.2	Screening colon retto	Screening colon rettoAdesione allo screening del colon	% di adesione >= 60%	31/12/2021	% di adesione allo screening del colon= 59,5% (dato parziale Arcs 02.05.2022)	Obiettivo NON RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
2.3	Screening neonatale	Coordinamento del programma di screening regionale uditivo, visivo, metabolico esteso, e dell'individuazione precoce di ipotiroidismo, fenilchetonuria e fibrosi cistica	- Entro 31/12/2021: evento formativo sui programmi di screening per gli operatori regionali coinvolti Obiettivo stralciato con DGR 1683 del 8/11/2021	31/12/2021		Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
2.3	Screening neonatale	Screening neonataleAderenza ai programmi di screening neonatali regionali assicurando il flusso informativo previsto al coordinamento	Flusso informativo 100%	31/12/2021	Il flusso informativo è assicurato.	Obiettivo RAGGIUNTO
2.6	Promozione delle salute nelle scuole	Sviluppo di progetti di promozione della salute nelle scuole e promozione dell'attività fisica nella comunità	Partecipazione dei referenti ai Tavoli Tecnici Regionali per la promozione dell'attività fisica e di scuole che promuovono salute	31/12/2021	La partecipazione dei referenti è stata assicurata	Obiettivo RAGGIUNTO
2.6	Promozione delle salute nelle scuole	Disponibilità di percorsi di attività fisica adattata	Attivazione di almeno un percorso	31/12/2021	Sono stati riattivati tutti i percorsi di attività fisica adattata sospesi causa Covid.	Obiettivo RAGGIUNTO
2.6	Promozione delle salute nelle scuole	Promozione delle salute nelle scuoleDisponibilità di un documento regionale di buone pratiche per le scuole	Partecipazione alla stesura del documento regionale	31/12/2021	Il piano è stato gestito interamente dalla regione. E' stata garantita la presenza del personale, quando richiesta.	Obiettivo RAGGIUNTO
2.7	Promozione salute luoghi di lavoro	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	31/12/2021	Il controllo è inserito nei protocolli	Obiettivo RAGGIUNTO
2.7	Promozione salute luoghi di lavoro	Promozione salute luoghi di lavoroPartecipare al Progetto CCM "Implementare la rete WHP in Friuli Venezia Giulia"	Operatori PSAL e dei Dipartimenti di Prevenzione che si occupano di Promozione alla Salute formati con corso regionale sul Programma WHP (805 dei 19 operatori censiti al 8/10/2019)	31/12/2021	Sono stati formati 5 operatori	Obiettivo RAGGIUNTO
2.7	Promozione salute luoghi di lavoro	Promozione salute luoghi di lavoroPartecipare al Progetto CCM "Implementare la rete WHP in Friuli Venezia Giulia"	Eventuale incremento della rete delle imprese aderenti al programma in relazione all'andamento della pandemia (attualmente 15 imprese aderenti).Obiettivo prescritto anche ad ASFO con DGR 1683 del 8/11/2021	31/12/2021	Confermate le 15 aziende aderenti al programma	Obiettivo RAGGIUNTO
2.7	Promozione salute luoghi di lavoro	Promozione salute luoghi di lavoroPartecipare al Progetto inter-istituzionale "Favorire l'empowerment e l'inclusione sociale delle persone in esecuzione penale e promuovere interventi di giustizia riparativa" attraverso interventi formativi a favore dei detenuti delle case circondariali regionali	Operatori PSAL docenti ai corsi sulla formazione generale ai sensi dell'art. 37, CO. 1 lett. a) del D.Lgs. 81/08 dei detenuti dimettendi, organizzata in ogni istituto penale del FVG (il numero dei corsi verrà definito in relazione all'andamento della pandemia).	31/12/2021	Sono stati forniti i due corsi di formazione richiesti.	Obiettivo RAGGIUNTO
2.8	Salute e sicurezza nei comparti a maggior rischio	Mantenere un'adeguata vigilanza nei settori edile e agricolo secondo i parametri definiti a livello nazionale, tenendo conto della	- 5% delle aziende vigilate o assistite per la prevenzione del contagio da SARS CoV2, anche tramite un Piano Mirato di Prevenzione (la percentuale potrà essere modificata tenendo	31/12/2021	numero aziende vigilate: 554/616. (la proposta di valutazione è stata effettuata dal referente regionale. Il referente regionale precisa che ha concordato con le Aziende che in caso di nuovi picchi epidemici gli obiettivi numerici assegnati potessero essere	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
		riduzione delle attività conseguente all'epidemia da SARS CoV2.	conto di quanto verrà definito a livello nazionale in considerazione della pandemia in corso).		rimodulati in funzione della riduzione delle attività non connesse al Covid 19)	
2.8	Salute e sicurezza nei comparti a maggior rischio	Mantenere un'adeguata vigilanza nei settori edile e agricolo secondo i parametri definiti a livello nazionale, tenendo conto della riduzione delle attività conseguente all'epidemia da SARS CoV2.	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 del numero, si dovrà raggiungere almeno il numero dei cantieri vigilati nell'anno 2020.	31/12/2021	numero cantieri vigilati: 269/253	Obiettivo RAGGIUNTO
2.8	Salute e sicurezza nei comparti a maggior rischio	Mantenere un'adeguata vigilanza nei settori edile e agricolo secondo i parametri definiti a livello nazionale, tenendo conto della riduzione delle attività conseguente all'epidemia da SARS CoV2.	Agricoltura: vigilare 128 aziende agricole a livello regionale	31/12/2021	agricoltura: numero aziende agricole vigilate:43/43	Obiettivo RAGGIUNTO
2.8	Salute e sicurezza nei comparti a maggior rischio	CRUA/Aziende Sanitarie (SO PSAL e UCO Medicina del Lavoro): collaborare con la DCS alla predisposizione delle attività informative e alla sorveglianza sanitaria dei cittadini riconosciuti da INAIL esposti all'amianto ai fini previdenziali ai sensi della L. 257/92	Collaborazione alla campagna informativa e ad eventuali altre iniziative regionali per i cittadini riconosciuti esposti all'amianto ai fini previdenziali da INAIL e non già aderenti alla sorveglianza sanitaria per soggetti ex esposti attualmente in atto nelle Aziende Sanitarie	31/12/2021	La collaborazione alla campagna informativa e ad eventuali altre iniziative regionali è stata garantita quando richiesta. E' stata effettuata una prima riunione tra CRUA, UCO e PSAL in data 17.11.2021 per analizzare i dati in possesso delle Aziende Sanitarie e si sono programmate attività che non si sono intraprese a causa della pandemia	Obiettivo RAGGIUNTO
2.9	Miglioramento di sorveglianza	Miglioramento di sorveglianza	Assicurare da parte di tutte le Aziende le attività previste dai programmi nazionali finalizzate a facilitare la realizzazione delle interviste telefoniche, affidate al call center regionale ed alla diffusione dei risultati fra gli operatori sanitari, la popolazione generale, i caregiver, e gli stakeholder anche attraverso i portali aziendali	31/12/2021	L'azienda ha assicurato le attività previste.	Obiettivo RAGGIUNTO
2.10	Ambiente e salute	Programma di controllo regionale per garantire la tutela della salute della popolazione dalle sostanze radioattive presenti nelle acque destinate al consumo umano secondo quanto previsto dal d.lgs. n. 28 del 15 febbraio 2016 .	Effettuazione di campionamenti secondo le indicazioni fornite dal Ministero della Salute e successiva adozione da parte della DCS.	31/12/2021	Sono stati effettuati 30 campionamenti.	Obiettivo RAGGIUNTO
2.10	Ambiente e salute	Partecipazione ai tavoli di lavoro promossi dalla DCS per la stesura di linee guida su criteri e indicatori da adottare per valutare gli obiettivi di salute nella VAS degli strumenti urbanistici.	Nomina di un referente aziendale.	31/12/2021	Il referente è stato nominato e la partecipazione agli incontri è stata garantita. L'attività non è stata però avviata dalla DCS per cause collegate alla gestione emergenziale COVID-19)	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
2.10	Ambiente e salute	Partecipazione ai tavoli di lavoro promossi dalla DCS per la stesura di linee guida su criteri e indicatori da adottare per valutare gli obiettivi di salute nella VAS degli strumenti urbanistici.	Partecipazione almeno al 90% degli incontri di lavoro organizzati dalla DCS.	31/12/2021	Il referente è stato nominato e la partecipazione agli incontri è stata garantita. L'attività non è stata però avviata dalla DCS per cause collegate alla gestione emergenziale COVID-19)	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
2.10	Ambiente e salute	Sorveglianza acque potabili - garantire la partecipazione dell'Azienda Sanitaria ai	Nomina di un referente aziendale in possesso di formazione specifica per team leader per	31/12/2021	Il referente è stato nominato. La partecipazione agli incontri è stata garantita.	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
		tavoli di lavoro promossi dalla DCS al fine di favorire un approccio proattivo alla sorveglianza basato sulla valutazione e gestione del rischio.	l'implementazione dei Piani di Sicurezza dell'Acqua (PSA).			
2.10	Ambiente e salute	Sorveglianza acque potabili - garantire la partecipazione dell'Azienda Sanitaria ai tavoli di lavoro promossi dalla DCS al fine di favorire un approccio proattivo alla sorveglianza basato sulla valutazione e gestione del rischio.	Partecipazione almeno al 90% degli incontri di lavoro organizzati dalla DCS.	31/12/2021	Il referente è stato nominato. La partecipazione agli incontri è stata garantita.	Obiettivo RAGGIUNTO
2.10	Ambiente e salute	Garantire un numero di controlli coerenti con il Piano nazionale annuale dei controlli in materia di REACH/CLP, per quanto attiene target group e tipologia di sostanze controllate con particolare attenzione ai progetti di cooperazione con le Dogane e di controllo sulle vendite on line di prodotti.	Almeno 6 imprese controllate per ciascuna Azienda Sanitaria.	31/12/2021	Sono stati effettuati 6 interventi sui 6 previsti (100%)	Obiettivo RAGGIUNTO
2.11	Malattie infettive prioritarie	Colmare le lacune immunitarie in tutte le fasce d'età (bambini, adolescenti, anziani) per le vaccinazioni previste dal PNPV, piano di eliminazione del morbillo e rosolia congenita, calendario regionale.	Predisporre un piano d'azione per il recupero delle attività vaccinali (entro il primo trimestre 2021)	31/03/2021	Il piano di recupero è stato predisposto nel primo trimestre	Obiettivo RAGGIUNTO
2.11	Malattie infettive prioritarie	Conservazione o miglioramento della copertura vaccinale rispetto ai risultati conseguiti nell'esercizio 2019Obiettivo modificato per tutte le Aziende del SSR con DGR 1683 del 8/11/2021	Esavalente (proxy del vaccino esavalente sarà considerata la vaccinazione antipolio) a 24 e 36 mesi e 36 mesi	31/12/2021	Sono stati mantenuti/migliorati i livelli di copertura del 2019:Esavalente- Polio: Anno 2021: 94,8% a 24 mesi, 94,8 a 36 mesi. Anno 2020: 94,5% a 24 mesi, 95,41% a 36 mesi. Anno 2019: 94,4%a 24 mesi, 94,8 a 36 mesi. Copertura Polio 24 mesi 2021: 95,06% .Copertura Polio 24 mesi 2019: 94,36%. Copertura Polio 36 mesi 2021: 94,95%. Copertura Polio 36 mesi 2019: 94,85%.	Obiettivo RAGGIUNTO
2.11	Malattie infettive prioritarie	Conservazione o miglioramento della copertura vaccinale rispetto ai risultati conseguiti nell'esercizio 2019Obiettivo modificato per tutte le Aziende del SSR con DGR 1683 del 8/11/2021	MMR (in e 2^ dose)	31/12/2021	MMR: Anno 2021: 94,3% (1^dose); 90,1% (2^dose); Anno 2020: 93,8% (1^dose); 90,6% (2^dose); Anno 2019, 94,0% (1^dose); 89,5% (2^dose).Copertura Mmr 1 dose 2021: 94,45%; Copertura Mmr 1 dose 2019: 94,03%; Copertura Mmr 2 dose 2021: 90,14%; Copertura Mmr 2 dose 2019: 89,45%	Obiettivo RAGGIUNTO
2.11	Malattie infettive prioritarie	Migliorare la copertura vaccinale nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, gruppi a rischio per patologie)	Recupero e offerta attiva della vaccinazione anti herpes zoster nei 65enni non vaccinati nel 2020: (40%)	31/12/2021	Herpes zoster: Anno 2021: 4,56% (Coorte 1955), 40% (Coorte 1954). Recupero della coorte del 1955 non raggiungibile in quanto l'attività del DP è stata vincolata dall'emergenza COVID. Anno 2020: 39,8% (Coorte 1954); Anno 2019: 39,8%	Obiettivo NON RAGGIUNTO
2.11	Malattie infettive prioritarie	Migliorare la copertura vaccinale nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, gruppi a rischio per patologie)	Vaccinazione antipertosse (dTap) donne in gravidanza: (15%)	31/12/2021	Vaccinazione pertosse in gravidanza: Miglioramento della copertura 2019:Anno 2021: 53,6%Anno 2020: 52,8%Anno 2019: 49,8%	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
2.11	Malattie infettive prioritarie	Campagna vaccinale antinfluenzale 2021-2022	Predisposizione del fabbisogno aziendale entro il 31.03.2021	31/03/2021	Il fabbisogno aziendale è stato predisposto entro il 31.03.2021. con nota prot. 6986 del 04/03/2021 il Direttore del Servizio prevenzione della DCS comunica ad ARCS i fabbisogni Aziendali delle vaccinazioni antinfluenzali 2021-2022, precisando che gli stessi sono stati approvati e comunicati dai Direttori di Dipartimento delle Aziende Sanitarie	Obiettivo RAGGIUNTO
2.11	Malattie infettive prioritarie	Malattie infettive prioritarie Piano Pan Flu (Piano Pandemico)	Messa a disposizione di almeno un referente aziendale per la stesura del Piano pandemico Pan Flu regionale	31/12/2021	E' stato individuato il referente aziendale e comunicato con nota 30346 del 21.04.2021. valutazione effettuata sulla base della dichiarazione aziendale e sull'evidenza che il PANFLU regionale è stato trasmesso al Ministero della Salute con nota DCS 29525 del 29.10.2021)	Obiettivo RAGGIUNTO
2.12	Uso appropriato di antibiotici in ambito veterinario	Antibiotici ambito veterinario	Utilizzando come strumento di verifica la checklist di farmacovigilanza ministeriale, le ASL promuovono iniziative mirate perché in 5 anni nel campione sottoposto a controllo ufficiale si rilevi che almeno il 70% degli allevamenti aderiscono alle indicazioni sull'utilizzo degli antimicrobici secondo le "linee guida" promosse dal Ministero della Salute	31/12/2021	I controlli di farmacovigilanza sono stati eseguiti con le checklist proposte dal Ministero e sono caricati a sistema.	Obiettivo RAGGIUNTO
2.12	Uso appropriato di antibiotici in ambito veterinario	Antibiotici ambito veterinario	Riduzione (globali e per specifiche classi di antibiotici) del consumo di antibiotici previsti dal PNCAR in ambito umano.(verrà valutato negativamente lo scostamento superiore al dato medio di consumo nazionale)	31/12/2021	In Classyfarm i cruscotti evidenziano il trend di riduzione dell'utilizzo degli antimicrobici.	Obiettivo RAGGIUNTO
2.12	Uso appropriato di antibiotici in ambito veterinario	Antibiotici ambito veterinario Sistema Informativo Nazionale della Farmacovigilanza Ricetta Veterinaria Elettronica (SINF-RE). mantenimento funzionalità sistema informativo	Entro 7 giorni dal ricevimento le aziende assolvono tramite SINF-RE il 100% delle richieste pervenute di aggiornamento/nuova richiesta delle anagrafiche / nuove autorizzazioni tramite SINF-RE per le strutture veterinarie, strutture di detenzione	entro 7 gg dal ricevimento	Tutte le richieste di nuova autorizzazione pervenute tramite VET INFO sono state assolve entro i 7 giorni dal ricevimento.	Obiettivo RAGGIUNTO
2.13	Alimentazione e salute: promozione di un'alimentazione sana, sicura e sostenibile	Garantire la partecipazione degli operatori dedicati al percorso formativo programmato a livello regionale sull'allattamento al seno	85% operatori dedicati formati in ogni Azienda	31/12/2021	Effettuate 2 edizioni (IRCBG_21075) corso allattamento PBL. N. 26 operatori dedicati formati/29 (>= 85%)	Obiettivo RAGGIUNTO
2.13	Alimentazione e salute: promozione di un'alimentazione sana, sicura e sostenibile	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	31/12/2021	Le schede sono regolarmente inserite nel sistema di rilevazione regionale.	Obiettivo RAGGIUNTO
2.13	Alimentazione e salute: promozione di un'alimentazione sana, sicura e sostenibile	Monitorare le gare di appalto di PA e Enti già mappate nel 2016 e fornire il proprio contributo nelle gare d'appalto in corso per favorire il maggior consumo di frutta e verdura, la riduzione del consumo di sale,	Contributo al 10% delle gare d'appalto di PA e Enti in corso nel 2021 in ogni Azienda	31/12/2021	L'azienda fornisce il proprio contributo nelle gare di appalto ogni qualvolta richiesto.	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
		usando quello iodato, l'utilizzo di prodotti preferibilmente tipici e a filiera corta				
2.14	Sicurezza alimentare, salute e benessere alimentare	Garantire la partecipazione degli operatori al percorso formativo programmato a livello regionale sui MOCA	70% degli operatori SIAN formati entro il 31/12/2021	31/12/2021	La seconda edizione del percorso formativo programmato a livello regionale sui MOCA e calendarizzata nel 2021, non è stata avviata causa Covid. La regione ha dato mandato di riprogrammarla nel 2022. Il corso organizzato dalla Direzione Centrale Salute è stato effettuato nel 2022.	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
2.14	Sicurezza alimentare, salute e benessere alimentare	Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare e nutrizionale:	Interventi programmati come da PRISAN:- n. interventi ispettivi per settore programmati per il 2021- n. audit per settore programmati per il 2021- n. valutazioni del rischio programmate- n. di campionamenti di alimenti programmati per 2021- n. dei controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni	31/12/2021	SIAN: - n. interventi ispettivi: 544/519 programmati; - n. audit per settore: 10/6; - n. valutazioni del rischio: 100% degli interventi ispettivi (450/450); - n. di campionamenti di alimenti: 281/ 205 programmati; - n. dei controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN: 100% (26/26). VET: - n. interventi ispettivi: 229/321 - 71%; - n. audit per settore: 15/15 (un'azienda cessata); - n. valutazioni del rischio: 55/55; - n. di campionamenti di alimenti: 160/160 (100%) (non previsti dal PRISAN); - n. dei controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN: 100% (26/26). SIAN: Obiettivo REALIZZATO Servizi Veterinari: Obiettivo REALIZZATO Interventi Ispettivi (229/321= 71%); Obiettivo NON REALIZZATO	Obiettivo PARzialmente RAGGIUNTO
2.14	Sicurezza alimentare, salute e benessere alimentare	Effettuare i controlli sulla condizionalità come da convenzione con il MIPAAF/AGEA	Effettuare, entro il 31/12/2021, il 100% dei controlli previsti per gli atti di interesse della condizionalità e inserire le evidenze ed i verbali in Banca Dati Nazionale (BDN)	31/12/2021	Sono stati effettuati il 98,1% dei controlli (52/53)	Obiettivo PARzialmente RAGGIUNTO
2.14	Sicurezza alimentare, salute e benessere alimentare	Progetto Piccole Produzioni Locali:	Applicare il protocollo PPL malghe 2021 a tutti gli osa aderenti al 100% delle malghe entro il 30/6/2021.	30/06/2021	Il protocollo malghe 2021 è stato applicato a tutte le malghe.	Obiettivo RAGGIUNTO
2.14	Sicurezza alimentare, salute e benessere alimentare	Progetto Piccole Produzioni Locali:	Trasmettere entro il 31/01/2022 una relazione finale dettagliata di verifica Aziendale; la relazione dovrà riportare:- il numero di PPL registrate ed il numero di ispezioni; - un'analisi critica con punti di forza e debolezza del Progetto rilevate sul territorio; - il dettaglio delle attività eseguite su: carni suine e avicunicole; carni di specie diverse; prodotti lattiero caseari di malga; vegetali, confetture, conserve, prodotti da forno, erbe aromatiche, prodotti dell'alveare, vegetali fermentati, lumache, ecc...	31/01/2022	L'attività è stata svolta ed è stata relazionata riportando i dati richiesti. Prot. Nr 26376 del 28.03.2022. Non è stato possibile raccogliere tutti i dati analitici per stilare la relazione entro la data del 31.01.2022.	Obiettivo RAGGIUNTO
2.14	Sicurezza alimentare, salute e benessere alimentare	Sistema informativo SICER	Il 100% degli operatori utilizza le principali funzioni del sistema (aggiornamento anagrafi operatori, gestione pratiche D Lgs 194/2008, registrazione C.U., agenda operatore, inserimento campionamenti, report di base)	31/12/2021	Tutti gli operatori utilizzano il sistema informativo SICER.	Obiettivo RAGGIUNTO
2.14	Sicurezza alimentare, salute e benessere alimentare	Accreditamento comunitario Malattia di Aujeszky	Mantenimento delle attività di monitoraggio e controllo ai fini del mantenimento dello status di Regione indenne (campioni di sangue effettuati al macello su tutte le partite di suini provenienti	31/12/2021	Sono state mantenute le attività di monitoraggio e controllo ai fini del mantenimento dello status di Regione indenne	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
			da fuori regione, 1 partita al mese di suini allevati in regione campionando lo stesso allevamento di origine non più di una volta all'anno, tutte le partite di cinghiali, comprese le macellazioni in allevamento, tutte le partite di suini) risultato atteso modificato con DGR 1683 del 8/11/2021			
2.14	Sicurezza alimentare, salute e benessere alimentare	Benessere animale negli allevamenti e durante il trasporto	Effettuare il 100% dei controlli sul benessere animale secondo indicazione Ministero della Salute	31/12/2021	Benessere animale: 100% (76/76) Area C dei controlli sul benessere animale.	Obiettivo RAGGIUNTO
2.14	Sicurezza alimentare, salute e benessere alimentare	Anagrafe ovi caprina	Raggiungimento del 3% dei controlli su base Regionale come richiesto da LEA Ministeriali	31/12/2021	E' stato raggiunto il 3,25% dei controlli	Obiettivo RAGGIUNTO
2.14	Sicurezza alimentare, salute e benessere alimentare	Genotipizzazione arieti per Scrapie .	Effettuare il 100% dei campioni di sangue sui capi target ai fini di individuare animali resistenti alla malattia, inserire in BDN il dato ed aggiornare lo status sanitario degli allevamenti entro il 31/12/2021	31/12/2021	E' stato effettuato il 100% dei campioni di sangue ed è stato inserito il dato nella BDN.	Obiettivo RAGGIUNTO
2.14	Sicurezza alimentare, salute e benessere alimentare	Applicazione del PRP sull'Igiene Urbana Veterinaria.	Effettuare il 100% dei controlli, di tutte le attività, sulle strutture di ricovero e custodia della Regione Autonoma FVG sia convenzionate che non convenzionate.	31/12/2021	E' stato effettuato il 60% dei controlli.	Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO
3	Assistenza primaria	Avvio dell'utilizzo dello strumento ACG	Identificazione dei data manager aziendali	31/12/2021	Il data manager aziendale è stato identificato nel 2020. Insiel ha provveduto a configurare il sistema di rappresentazione dinamica Qlik per la fruibilità da parte delle Aziende delle informazioni derivate dal sistema ACG, tuttavia il sistema non è stato reso visibile. Il progetto è rimasto bloccato per problemi collegati alla normativa sulla privacy che sono in corso di approfondimento da parte della DC	Obiettivo NON VALUTABILE(STRALCIO)
3	Assistenza primaria	Avvio dell'utilizzo dello strumento ACG	Identificazione dei referenti distrettuali per l'utilizzo operativo dello strumento (Almeno 1 per distretto)	31/12/2021	. Insiel ha provveduto a configurare il sistema di rappresentazione dinamica Qlik per la fruibilità da parte delle Aziende delle informazioni derivate dal sistema ACG, tuttavia il sistema non è stato reso visibile. Il progetto è rimasto bloccato per problemi collegati alla normativa sulla privacy che sono in corso di approfondimento da parte della DC	Obiettivo NON VALUTABILE(STRALCIO)
3	Assistenza primaria	Avvio dell'utilizzo dello strumento ACG	Partecipazione dei referenti e data manager alla formazione specifica	31/12/2021	Insiel ha provveduto a configurare il sistema di rappresentazione dinamica Qlik per la fruibilità da parte delle Aziende delle informazioni derivate dal sistema ACG, tuttavia il sistema non è stato reso visibile. Il progetto è rimasto bloccato per problemi collegati alla normativa sulla privacy che sono in corso di approfondimento da parte della DC	Obiettivo NON VALUTABILE(STRALCIO)
3.1	Assistenza distrettuale	Revisione degli ambiti territoriali di assistenza primaria	Entro il 31.03.2021 ASUGI, ASUIUD e ASFO adottano e trasmettono tempestivamente alla DCS i provvedimenti aziendali recanti la revisione degli ambiti territoriali di assistenza primaria	31/03/2021	Con decreto 183 del 04/03/2021 è stata adottata la revisione degli ambiti territoriali di assistenza primaria degli MMG. Gli ambiti dei PLS erano già stati revisionati nel 2020 con decreto 793 del 15/12/2020.	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
			inviando in ogni caso l'articolazione vigente degli ambiti.			
3.1	Assistenza distrettuale	Trasmissione alla DCS degli elenchi degli ambiti territoriali vacanti di medico di assistenza primaria, degli ambiti territoriali vacanti di continuità assistenziale e degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale	Gli elenchi sono trasmessi alla DCS in tempo utile per la pubblicazione sul BUR entro i termini previsti da ACN.	entro i termini da ACN	- MMG: decreto 203 11/03/2021. - PLS: decreto 240 del 19/03/2021. - Continuità assistenziale: decreto 204 del 11/03/2021 trasmessi nei tempi. - Non presenti Incarichi vacanti di emergenza territoriale	Obiettivo RAGGIUNTO
3.1	Assistenza distrettuale	Sistemi di valutazione MMG	La valutazione dei risultati sul raggiungimento degli obiettivi previsti dagli Accordi e intese regionali per i MMG viene effettuata in sede di Comitato Aziendale ex art. 23 ACN entro il 30 aprile.	30/04/2021	I dati necessari, ai fini della valutazione MMG, sono stati resi disponibili nel portale il 20/06. I dati sono stati analizzati e presentati in data 8/7 in sede di Comitato Aziendale ex art. 23 ACN. La proposta di valutazione del referente regionale è lo stralcio dell'obiettivo in quanto l'azienda non ha realizzato il risultato atteso per cause ad essa non imputabili	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
3.1	Assistenza distrettuale	Riallocazione delle quote attualmente inutilizzate per i MMG entro il tetto economico sostenuto al 31.12.2013 complessivamente per le quote di rimborso per il personale segretariale e infermieristico di studio.	Autorizzazione diretta all'inserimento di nuovi medici aventi diritto all'indennità entro il 31.03.2021	31/03/2021	L'autorizzazione all'inserimento di nuovi medici aventi diritto all'indennità avviene previo parere Comitato ex art 23. Gli atti di riferimento sono i seguenti: decreto 332 del 16/04/2021, decreto 540 del 9/6/2021, determina 639 15/06/2021. Nel mese di giugno e luglio sono state inviate le PEC ai 12 medici utilmente collocati in graduatoria. Tutti medici hanno risposto alle PEC inviate entro i termini concordati e nel corso dei mesi di luglio, agosto e settembre l'ufficio preposto ha provveduto alla liquidazione dei contributi riconosciuti a ciascun MMG. L'azienda non ha autorizzato l'inserimento dei nuovi medici entro il termine previsto. Si evidenzia che le aziende avrebbero dovuto riassegnare ai MMG aventi diritto le quote rese disponibili per cessazioni di attività o rinuncia al collaboratore di studio già in seguito all'approvazione del punto 7. dell'AIR "ponte" 2019 reso esecutivo con DGR 1381 dd. 09.08.2019. (la proposta di valutazione è stata effettuata dal referente regionale)	Obiettivo NON RAGGIUNTO
3.1	Assistenza distrettuale	Istituzione delle AFT degli Specialisti Ambulatoriali interni e medici veterinari ed altre professionalità sanitarie	Individuare ed istituire le AFT degli Specialisti Ambulatoriali interni e medici veterinari ed altre professionalità sanitarie con definizione del Regolamento per il funzionamento interno di AFT entro il 31.03.2021.	31/03/2021	Il risultato è già stato raggiunto. In data 29/03/2021 è stato sottoscritto l'accordo aziendale dove viene individuata la AFT degli Specialisti Ambulatoriali con allegato il regolamento per il funzionamento interno di AFT. E' stato adottato con decreto 313 del 14/04/2021.	Obiettivo RAGGIUNTO
3.2	Cure intermedie	Avvio dell'implementazione dei posti letto di cure intermedie	Graduale incremento di almeno il 10% previsto dallo standard dei posti letto di cure intermedie con l'obiettivo di tendere a medio termine agli standard definiti	31/12/2021	E' stata eseguita la ricognizione dei posti letto attivabili nelle strutture esistenti e sono state individuate le sedi di Sacile (RSA e SIP) e Maniago Ospedale di Prossimità. Al 31.12.2021 tuttavia i letti non sono stati aumentati tenuto conto della necessità di mantenere la Struttura di Maniago per la gestione dei pazienti Covid e la difficoltà di affidamento della gara per la gestione delle strutture di Sacile. Obiettivo NON VALUTABILE .La dotazione di posti letto di cure intermedie aziendale è stata oggetto di ridefinizione nel corso dell'anno da prima con la DGR 1446 del 24 settembre 2021, in seguito dalla DGR 1965 del 23 dicembre 2021.	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
					L'avvicinamento alla dotazione determinata dagli standard definiti delle delibere citate presuppone una revisione complessiva dell'organizzazione delle cure intermedie anche alla luce dei necessari nuovi standard di accreditamento conseguenti alle nuove definizioni. Va tenuto inoltre in debito conto l'intervento del PNRR che condiziona gli sviluppi strutturali aziendali. Si ritiene che visto le mutate condizioni che si sono susseguite nel corso del 2021 l'obiettivo non possa essere valutato per nessuna azienda.	
3.3	Disturbi spettro autistico	Valutazione multiprofessionale (PLS e/o MMG, Servizi sanitari aziendali e Servizi sociali) del 100% dei 17enni con diagnosi di disturbi dello spettro autistico (DSA) attraverso una calendarizzazione concordata tra servizi per l'età evolutiva e quelli per l'età adulta.	Entro il 31.12.2021 invio di relazione al Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera della Direzione Centrale Salute sulle progettualità elaborate per la fase di transizione dei soggetti con DSA.	31/12/2021	Con l'avvio del Servizio per le Transizioni è stato attivato il protocollo di presentazione dei minori con disabilità e quindi anche con disturbo dello spettro autistico. Nel corso del 2021 sono stati presentati n. 6 soggetti diciassettenni (100%) con disturbo dello spettro autistico al servizio per le transizioni all'età adulta, secondo quanto definito dal protocollo in vigore. Dati inseriti nel gestionale dedicato della Direzione Sociale.	Obiettivo RAGGIUNTO
3.4	Rete assistenziale Disturbi del comportamento alimentare	Rete assistenziale disturbi del comportamento alimentareLe Aziende rendono operativa la rete di offerta dei servizi DCA in coerenza a quanto previsto dalla DGR 668/2017	Report inviato entro il 31.12.2021 ad ARCS con le seguenti indicazioni:- referenti DCA aziendali per l'età adulta e per l'età evolutiva- data attivazione Centri diurni DCA per età adulta e per età evolutiva e casistica 2021- individuazione equipe funzionale multidisciplinare, multiprofessionale (rif. professionalità DGR 668/2017)	31/12/2021	Il referente per l'età adulta e per l'età evolutiva sono stati individuati.L'attivazione Centri diurni DCA per età adulta e per età evolutiva è avvenuta il 14.06.2021.L'equipe del Centro disturbi Alimentari di San Vito al Tagliamento è di riferimento sia per l'età adulta che per l'età evolutiva per AsFO. Come da protocollo in vigore la NPPIA interviene per consulenze e prese in carico in situazioni di comorbidità. Casistica 2021: n.23 pazienti in carico per n. 566 giornate di presenza.Individuazione equipe funzionale multidisciplinare, multiprofessionale (rif. Professionalità DGR 668/2017): n.1 psichiatra, n.2 psicologi, n. dietiste, n.3 infermiere, n.1 operatore di segreteria. Attiva una collaborazione con medico nutrizionista. Ad ARCS non risulta pervenuto da parte di ASFO il report previsto dall'obiettivo	Obiettivo NON RAGGIUNTO
3.4	Rete assistenziale Disturbi del comportamento alimentare	Rete assistenziale disturbi del comportamento alimentareLe Aziende rendono operativa la rete di offerta dei servizi DCA in coerenza a quanto previsto dalla DGR 668/2017	Attivazione centro dei disturbi del comportamento alimentare entro il primo semestre 2021 in sede ospedaliera	30/06/2021	L'attivazione Centri diurni DCA per età adulta e per età evolutiva è avvenuta il 14.06.2021.L'equipe del Centro disturbi Alimentari di San Vito al Tagliamento è di riferimento sia per l'età adulta che per l'età evolutiva per AsFO. Come da protocollo in vigore la NPPIA interviene per consulenze e prese in carico in situazioni di comorbidità.	Obiettivo RAGGIUNTO
3.5	Sanità penitenziaria	Regolamento di funzionamento interno della rete di sanità penitenziaria, atto a garantire in particolare risposte uniformi all'Amministrazione Penitenziaria rispetto ad eventuali trasferimenti per motivi sanitari	Entro il 30.06.2021, predisposizione di una bozza di documento per uniformare le risposte all'Autorità penitenziaria in merito ai trasferimenti per motivi sanitari ed invio alla DCS;	30/06/2021	Il documento in merito al trasferimento dei detenuti per motivi sanitari è stato predisposto e integrato con la normativa vigente, in collaborazione con l'Osservatorio Regionale di Sanità Penitenziaria, e trasmesso alla DCS per l'approvazione.Dal 9 dicembre 2021 è stato attivato il servizio di telemedicina per i colloqui psichiatrici di monitoraggio ed i teleconsulti tra medico penitenziario di turno e psichiatri del DSM.	Obiettivo RAGGIUNTO
3.5	Sanità penitenziaria	Regolamento di funzionamento interno della rete di sanità penitenziaria, atto a garantire in particolare risposte uniformi	Entro il 31.12.2021 approvazione del documento per uniformare le risposte all'Autorità penitenziaria in merito ai trasferimenti per motivi sanitari	31/12/2021	Il documento in merito al trasferimento dei detenuti per motivi sanitari è stato predisposto e integrato con la normativa vigente, in collaborazione con l'Osservatorio Regionale di Sanità Penitenziaria, e trasmesso alla DCS per l'approvazione.Dal 9 dicembre 2021 è	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
		all'Amministrazione Penitenziaria rispetto ad eventuali trasferimenti per motivi sanitari			stato attivato il servizio di telemedicina per i colloqui psichiatrici di monitoraggio ed i teleconsulti tra medico penitenziario di turno e psichiatri del DSM.	
3.5	Sanità penitenziaria	Ulteriore sviluppo della telemedicina in carcere	Entro il 31.12.2021 descrizione di almeno n. 1 nuovo progetto di telemedicina e indicazione degli interventi effettuati a favore dei detenuti	31/12/2021	Il documento in merito al trasferimento dei detenuti per motivi sanitari è stato predisposto e integrato con la normativa vigente, in collaborazione con l'Osservatorio Regionale di Sanità Penitenziaria, e trasmesso alla DCS per l'approvazione. Dal 9 dicembre 2021 è stato attivato il servizio di telemedicina per i colloqui psichiatrici di monitoraggio ed i teleconsulti tra medico penitenziario di turno e psichiatri del DSM.	Obiettivo RAGGIUNTO
3.5	Sanità penitenziaria	Progettualità CASSE AMMENDE: Realizzazione delle attività previste dal progetto da parte dei Dipartimenti di prevenzione, per quanto riguarda i corsi di cui al D.Lgs 81/2008	Evidenza delle attività realizzate nel report di monitoraggio al 31.12.2021	31/12/2021	- La formazione è stata realizzata il 16 e 18 febbraio 2021. - Sono state completate e rendicontate le progettualità previste dalla Cassa Ammende in particolare il progetto di assistenza psicologica ai detenuti sex offenders per l'anno 2021 svolto e rendicontato dalla psicologa incaricata e di formazione per l'inserimento lavorativo ai sensi del D.Lgs 81/2008 con il corso svolto il 18 marzo e rendicontato alla referente regionale del progetto Cassa Ammende nella videoconferenza del 25 marzo 2021.	Obiettivo RAGGIUNTO
3.5	Sanità penitenziaria	Progettualità CASSE AMMENDE: Realizzazione delle attività previste dal progetto a favore di persone in esecuzione penale con problemi di dipendenza	Evidenza delle attività realizzate nel report di monitoraggio al 31.12.2021	31/12/2021	- La formazione è stata realizzata il 16 e 18 febbraio 2021. - Sono state completate e rendicontate le progettualità previste dalla Cassa Ammende in particolare il progetto di assistenza psicologica ai detenuti sex offenders per l'anno 2021 svolto e rendicontato dalla psicologa incaricata e di formazione per l'inserimento lavorativo ai sensi del D.Lgs 81/2008 con il corso svolto il 18 marzo e rendicontato alla referente regionale del progetto Cassa Ammende nella videoconferenza del 25 marzo 2021.	Obiettivo RAGGIUNTO
3.6	Superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari	Predisposizione dei progetti terapeutico riabilitativi individualizzati (PTRI) nei confronti delle persone soggette a misura di sicurezza	Le Aziende predispongono le modalità operative, la stesura e l'invio alla competente autorità, entro 45 giorni dall'applicazione della misura di sicurezza in REMS, del PTRI, e lo inoltrano per conoscenza al Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera della Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità	entro 45 gg dall'applicazione della misura di sicurezza in REMS	Non ci sono stati nuovi accoglimenti nel 2021. La proposta di valutazione del referente regionale è lo stralcio dell'obiettivo in quanto l'azienda non ha realizzato il risultato atteso per cause ad essa non imputabili	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
3.6	Superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari	Predisposizione di progetti finalizzati per l'adozione di soluzioni diverse dalla REMS (misure alternative), nei confronti delle persone soggette a misura di sicurezza	Entro il 30.06.2021 le Aziende predispongono ed inviano alla competente autorità progetti per le misure alternative, riguardanti almeno il 40% delle persone soggette a misura di sicurezza nel primo semestre del 2021, e li inoltrano per conoscenza al Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera della Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità;	30/06/2021	la proposta di valutazione è stata effettuata dal referente regionale che ritiene il dettaglio aziendale non coerente con l'obiettivo	Obiettivo NON RAGGIUNTO
3.6	Superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari	Predisposizione di progetti finalizzati per l'adozione di soluzioni diverse dalla REMS (misure alternative), nei confronti delle persone soggette a misura di sicurezza	Entro il 31.12.2021 le Aziende predispongono ed inviano alla competente autorità progetti per le misure alternative, riguardanti almeno il 60% delle persone soggette a misura di sicurezza nel	31/12/2021	la proposta di valutazione è stata effettuata dal referente regionale che ritiene il dettaglio aziendale non coerente con l'obiettivo	Obiettivo NON RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
			secondo semestre del 2021, e li inoltrano per conoscenza al Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera della Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità;			
3.6	Superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari	Completamento dei lavori e allestimento della nuova sede REMS con 4 posti letto	Inaugurazione a Maniago della REMS entro dicembre 2021.	31/12/2021	L'inaugurazione della nuova sede è avvenuta il 21.12.2021	Obiettivo RAGGIUNTO
3.7	Rete cure palliative e terapia del dolore	Terapia del dolore- Tempi di attesa- Reperibilità algologica- Appropriately prescrittiva- Piattaforme dotelemedicina/teleassistenza- Integrazione con la medicina generale	Sono rispettati i tempi di attesa per la prima visita algologica almeno nel 75% dei casi per ogni classe di priorità, in caso di richiesta appropriata, salvo eventuali correttivi dovuti all'emergenza COVID 2019	31/12/2021	B: 66,7%; D: 96,9%, P: 100%. (Dato ARCS). Le criticità rilevate nell'ambito delle prestazioni in priorità B possono essere spiegate da diversi fattori concomitanti, ad esempio le difficoltà legate alla pandemia, all'incremento dell'attrattività con numero in aumento di pazienti da fuori provincia e fuori regione.	Obiettivo NON RAGGIUNTO
3.7	Rete cure palliative e terapia del dolore	Terapia del dolore- Tempi di attesa- Reperibilità algologica- Appropriately prescrittiva- Piattaforme dotelemedicina/teleassistenza- Integrazione con la medicina generale	Le aziende individuano un referente che partecipa ai lavori del gruppo regionale per:- Implementare un modello per la reperibilità algologica h24, aziendale (per le Aziende sede di centro Hub algologico) o Regionale;- Implementare e, messa in utilizzo (almeno in via sperimentale), di un modello di valutazione dell'appropriatezza prescrittiva per prima visita algologica	31/12/2021	I referenti aziendali sono stati individuati	Obiettivo RAGGIUNTO
3.7	Rete cure palliative e terapia del dolore	Terapia del dolore- Tempi di attesa- Reperibilità algologica- Appropriately prescrittiva- Piattaforme dotelemedicina/teleassistenza- Integrazione con la medicina generale	Utilizzo, per le prestazioni autorizzate (es. "controllo algologico"), delle piattaforme di telemedicina acquisite nel 2020 - almeno il 5% delle prestazioni eleggibili	31/12/2021	I programmi di telemedicina, e teleassistenza sono stati avviati. Permangono alcune difficoltà legate all'età media dell'utente, che essendo molto anziano, fa fatica a interagire via web preferendo il più tradizionale sistema telefonico. (Dato non disponibile)	Obiettivo RAGGIUNTO
3.7	Rete cure palliative e terapia del dolore	Terapia del dolore- Tempi di attesa- Reperibilità algologica- Appropriately prescrittiva- Piattaforme dotelemedicina/teleassistenza- Integrazione con la medicina generale	Vi è evidenza d'integrazione tra i servizi di terapia antalgica ospedalieri e la medicina generale	31/12/2021	L'integrazione tra i servizi di terapia antalgica ospedalieri e la medicina generale prosegue con regolari confronti telefonici e telematici.	Obiettivo RAGGIUNTO
3.7	Rete cure palliative e terapia del dolore	Cure palliative- Decessi a domicilio- Dotazione organica- Registrazione attività cliniche	Almeno il 75% dei decessi con diagnosi di tumore avviene a domicilio o in hospice Obiettivo prescritto anche ad ASFO con DGR 1683 del 8/11/2021	31/12/2021	L'azienda nel Piano attuativo ha programmato per il 2021 di raggiungere almeno il 60% dei decessi con diagnosi di tumore a domicilio o in hospice; i pazienti deceduti con diagnosi di tumore a domicilio o in hospice è pari al 57,54%	Obiettivo NON RAGGIUNTO
3.7	Rete cure palliative e terapia del dolore	Cure palliative- Decessi a domicilio- Dotazione organica- Registrazione attività cliniche	Ogni Azienda è dotata di un numero di posti letto hospice accreditati congruo agli standard LEA (DGR 2062/2014 e DGR 165/2016);	31/12/2021	L'azienda adotta le necessarie azioni di mantenimento dei posti letto accreditati a valle delle indicazioni fornite dalla DCS. la DGR 2673/2014 definiva il numero di posti letto per ogni Azienda sanitaria utilizzando lo standard Lea. Il numero di posti letto previsto per ASFO è pari a 20. Dai flussi ministeriali risulta che ASFO ha dichiarato nel 2021 n° 22 posti letto di hospice	Obiettivo RAGGIUNTO
3.7	Rete cure palliative e terapia del dolore	Cure palliative- Decessi a domicilio- Dotazione organica- Registrazione attività cliniche	Le Aziende adottano eventuali modalità di registrazione dell'attività definite dal coordinamento regionale (attualmente non	31/12/2021	Le modalità saranno adottate quando definite dal coordinamento regionale	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
			prevista dai sistemi informatici) entro il 31/12/2021.			
3.8	Odontoiatria pubblica	Ogni centro erogatore deve fornire le prestazioni/anno;	Erogazione di almeno 1400 prestazioni/anno per centro erogatore	31/12/2021	L'obiettivo è stato raggiunto in tutte le sedi eroganti, tranne nel distretto delle Dolomiti. obiettivo raggiunto da 5 centri su 8 - San Vito, Maniago, Spilimbergo, Cordenons, Porcia	Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO
3.8	Odontoiatria pubblica	La media dei singoli centri erogatori e la media aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra deve essere mantenuta al livello raggiunto nel 2019 nelle Aziende con valore > 1.5; si deve raggiungere tale valore nelle Aziende che nel 2019 hanno raggiunto una media compresa tra 1.0 e 1.5 e si deve raggiungere il valore di almeno 1.3 nelle Aziende la cui media nel 2019 è risultata < 1;	- Mantenimento della media dei singoli centri erogatori e di quella aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra al livello raggiunto nel 2019 nelle Aziende con valore > 1.5;- Raggiungimento del valore di 1.5 per le Aziende che nel 2019 hanno raggiunto una media compresa tra 1.0 e 1.5 e del valore di almeno 1.3 nelle Aziende la cui media nel 2019 è risultata < 1;	31/12/2021	Non essendo disponibile il dato sulle prestazioni, la valutazione è stata effettuata sulla base della dichiarazione dell'Azienda, che ha dichiarato l'obiettivo parzialmente raggiunto	Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO
3.8	Odontoiatria pubblica	la media aziendale annua di prestazioni/riunito non deve essere inferiore a 1400;	Raggiungimento di una media aziendale annua di almeno 1400 prestazioni/riunito;	31/12/2021	Media aziendale annua prestazioni/riunito= 1.147	Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO
3.8	Odontoiatria pubblica	la percentuale aziendale di visite sul totale delle prestazioni erogate deve essere inferiore al 30% per ASUGI, inferiore al 40% per ASUFC, ASFO e Burlo Garofolo;	Percentuale aziendale di visite sul totale delle prestazioni erogate deve essere:- inferiore al 40% per ASUFC, ASFO e Burlo Garofolo;	31/12/2021	la proposta di valutazione è stata effettuata tenendo conto dei dati trasmessi dal referente regionale: le visite sono 5.322 su 12.224 prestazioni complessive pari a 43,5%	Obiettivo NON RAGGIUNTO
3.8	Odontoiatria pubblica	tutte le Aziende devono sottoscrivere entro il 31.3.2021 la convenzione con ASUGI per le prestazioni extra-LEA;	Sottoscrizione da parte delle Aziende entro il 31.3.2021 della convenzione con ASUGI per le prestazioni extra-LEA	31/03/2021	Con decreto 576 del 24/06/2021 sono state approvate "nuove integrazioni all'accordo convenzionale con l'ASUGI per l'applicazione del Programma regionale di odontoiatria pubblica di cui alla DGR n. 1334 del 31.07.2019."	Obiettivo RAGGIUNTO
3.8	Odontoiatria pubblica	tutte le aziende devono fornire alla Direzione centrale salute per il tramite del Coordinamento regionale una comunicazione trimestrale sulle liste di attesa e tutte le informazioni previste dalla convenzione;	Invio al coordinatore regionale della reportistica trimestrale sulle liste di attesa, con tutte le informazioni previste, entro il mese successivo alla scadenza del trimestre;	entro il mese successivo al trimestre di riferimento	a proposta di valutazione è stata effettuata dal referente regionale che precisa che la reportistica è inviata saltuariamente solo riferita a consumi extra lea. Assenza di dati su liste attesa, prestazioni erogate ecc.. anche se c'è un stato un lieve miglioramento verso fine anno	Obiettivo NON RAGGIUNTO
3.8	Odontoiatria pubblica	per ASFO: razionalizzazione ed implementazione degli ambulatori di Maniago e Spilimbergo;	ASFO deve operare la: razionalizzazione ed implementazione degli ambulatori di Maniago e Spilimbergo;	31/12/2021	L'organizzazione aziendale prevede di mantenere due ambulatori per l'area delle Dolomiti Friulane in relazione alla dispersione della popolazione nelle tre valli montane	Obiettivo NON RAGGIUNTO
3.8	Odontoiatria pubblica	Per tutte le aziende: definire una razionalizzazione dei materiali impiegati nella attività.	Tutte le aziende devono definire una razionalizzazione dei materiali impiegati nella attività.	31/12/2021	L'azienda razionalizza i materiali impiegati nella attività.	Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO
3.9	Consultori familiari	Percorso nascita:Applicazione dei protocolli aziendali di accompagnamento e dimissioni per le gravidanze in età precoce e i neonati esposti elaborati in ogni azienda sanitaria.	Evidenza e applicazione dei protocolli in ogni azienda sanitaria	31/12/2021	I Protocolli sono stati applicati e la casistica 2020-2021 ha riguardato:2020 gravidanze in età precoce: 162020 neonati esposti: 82021 gravidanze in età precoce: 242021 neonati esposti: 4	Obiettivo RAGGIUNTO
3.9	Consultori familiari	Percorso nascita:Applicazione dei protocolli aziendali di accompagnamento e dimissioni	Evidenza biennale della casistica 2020-2021 per ogni azienda sanitaria	31/12/2021	I Protocolli sono stati applicati e la casistica 2020-2021 ha riguardato:2020 gravidanze in età precoce: 162020 neonati esposti: 82021 gravidanze in età precoce: 242021 neonati esposti: 4	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
		per le gravidanze in età precoce e i neonati esposti elaborati in ogni azienda sanitaria.				
3.9	Consultori familiari	Sostegno alla genitorialitàPredisporre strumenti situazionali e specifici materiali per evidenziare le necessità più emergenti della casistica in esame, al fine di migliorare le azioni della rete di presa in carico, in particolare dei Consultori familiari e del Servizio Sociale dei Comuni	Evidenza degli strumenti e materiali attraverso report da inviare in DC Salute (dicembre 2021)	31/12/2021	E' stata rendicontata alla DCS l'attività relativa alla prima annualità di finanziamento legato al Fondo Nazionale Politiche per la Famiglia. Sono stati identificati strumenti testistici adatti alla casistica in oggetto E' stata sperimentata la Scheda di accesso e presentazione famiglie individuata nel 2020 su n. 60 minori.	Obiettivo RAGGIUNTO
3.9	Consultori familiari	Sostegno alla genitorialitàAttivare gruppi sperimentali di ascolto e confronto tra genitori, in relazione alle diverse fasi evolutive dei figli minori, modulati sugli elementi di specifiche criticità evidenziate, ovvero neo-genitori di casistica con natalità particolare, nuclei con minori vittime di violenza assistita o subita	Evidenza di n° di gruppi di ascolto e confronto tra genitori per ogni azienda sanitaria	31/12/2021	Data la situazione pandemica non è stato possibile avviare gruppi sperimentali in tutti i Distretti. La presa in carico della casistica è avvenuta in setting individuali, di coppia o familiari. Distretto del Noncello n. 92 interventi; Distretto delle Dolomiti n. 22 interventi; Distretto del Livenza n. 16 interventi + 1 gruppo di 5 di madri straniere; Distretto del Sile n. 32 interventi + 1 gruppo di genitori con figli adolescenti (5 incontri); Distretto del Tagliamento n. 71 interventi; Totale 233 persone e 2 gruppi.	Obiettivo RAGGIUNTO
3.9	Consultori familiari	Sostegno alla genitorialitàOrganizzare spazi e momenti di incontro per bambini e adolescenti, anche in collaborazione con i genitori, tesi a migliorare le capacità genitoriali espresse.	Evidenza di n° incontri per bambini e adolescenti per ogni azienda sanitaria	31/12/2021	Sono stati realizzati incontri per bambini e adolescenti, anche in collaborazione con i genitori: Distretto del Noncello n. 129 incontri; Distretto delle Dolomiti n. 81 incontri; Distretto del Livenza n. 131 incontri; Distretto del Sile n. 93 incontri; Distretto del Tagliamento n. 90 incontri. Totale: 524 incontri afferenti all'area psicologica e sociale svolti dal singolo operatore o in compresenza.	Obiettivo RAGGIUNTO
3.9	Consultori familiari	Sostegno alla genitorialitàAttivare specifiche collaborazioni con il Terzo settore a sostegno degli interventi.	Evidenza di protocolli e/o convenzioni con il Terzo settore per ogni azienda sanitaria	31/12/2021	E' stato prodotto con il Terzo Settore, e inviato in Direzione Sanitaria e Sociosanitaria, il Protocollo per la realizzazione di interventi finalizzati a favorire la conoscenza delle attività offerte dai Consultori Familiari e dalle Associazioni del territorio a sostegno della genitorialità fragile/complessa e migliorarne l'accessibilità.	Obiettivo RAGGIUNTO
3.9	Consultori familiari	Sostegno alla genitorialitàProgettare servizi dedicati a minori e famiglie, aventi carattere di stabilità e in continuità con le azioni attivate nell'ambito della programmazione complessiva, per lo sviluppo delle attività di carattere sociale dei consultori familiari	Evidenza di bozze avanzate e/o avvio diretto di specifica progettazione di servizi dedicati a minori e famiglie, anche con particolare multi-complessità, aventi carattere di stabilità e continuità.	31/12/2021	E' stata prodotta, e inviata alla Direzione Sanitaria e Sociosanitaria, una proposta di progettazione di servizio/equipe dedicato a minori e famiglie avente carattere di stabilità/continuità come previsto dalle linee progettuali finanziate dal Fondo Nazionale Politiche per la Famiglia denominato Nucleo Operativo Genitorialità.La DCS non ha richiesto report ed ha concesso una proroga dei finanziamenti e della progettualità al 2023. E' stata sperimentata la scheda di accesso e presentazione famiglie per la casistica individuata tra consultori familiari e servizi sociali nel 2020 e sono stati identificati strumenti testistici adatti alla casistica in oggetto Data la situazione pandemica non è stato possibile avviare gruppi sperimentali in tutti i Distretti. Nel frattempo la presa in carico della casistica è avvenuta in setting individuali, di coppia o familiari.E' stato avviato un programma di incontri con il terzo settore finalizzato alla stesura di un protocollo di collaborazione.E' in corso di stesura una bozza avanzata di progettazione da presentare alla direzione aziendale	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
3.9	Consultori familiari	AdozioneAttività di monitoraggio e valutazione dell'iter adottivo per l'adozione nazionale e internazionale	Analisi di casistica adottiva (nazionale e internazionale) e perfezionamento dell'offerta formativa alle coppie aspiranti l'adozione in collaborazione con gli Enti Autorizzati EE.AA. e l'Ufficio Scolastico Regionale	31/12/2021	E' stato compilato il file di raccolta dati relativo all'anno 2021. I dati sono a disposizione della DCS in attesa di indicazioni sulla modalità di gestione. E' stata compilata la scheda riepilogativa definita dal Tavolo Regionale Adozioni dell'offerta formativa alle coppie aspiranti all'adozione e inviata in DCS. Relazione di rendicontazione 2021 inviata alla DCS.	Obiettivo RAGGIUNTO
3.9	Consultori familiari	AdozioneConsultazione del Tavolo con altri interlocutori del territorio, quali le Associazioni del Terzo Settore e alcuni referenti dell'area minori e famiglia dei SSC riguardo in particolare ai fallimenti adottivi.	Evidenza di n° di incontri e contenuti trattati tramite verbali e report periodico (giugno/dicembre 2021)	31/12/2021	La DCS non ha convocato incontri del Tavolo Regionale Adozioni con la presenza del Terzo Settore e con i referenti dell'area minori dei SSC. Il Tavolo ha convocato due incontri in remoto (2.2.2021 e 23.2.2021) su tematiche specifiche a cui hanno partecipato i referenti dell'Equipe Adozioni (foglio presenze presso la DCS). Relazione di rendicontazione 2021 inviata alla DCS.	Obiettivo RAGGIUNTO
3.9	Consultori familiari	AdozioneApplicazione della Tabella dei fattori di rischio nelle famiglie con figli adottati elaborata dal sottogruppo di lavoro "Fallimenti adottivi"	Attendibilità di applicazione in tutte le aziende sanitarie	31/12/2021	E' stata perfezionata la Tabella dei Fattori di Rischio/Protezione. La tabella è stata compilata con i dati 2021. I dati sono a disposizione della DCS in attesa di indicazioni sulle modalità di gestione. Relazione di rendicontazione 2021 inviata alla DCS.	Obiettivo RAGGIUNTO
3.9	Consultori familiari	Violenza contro le donneAvvio di programmi e interventi volti all'intercettazione degli autori di violenza per una prima valutazione del rischio e della presa in carico in rete, da attuarsi attraverso una co-progettazione con le Associazioni/Enti del Terzo Settore attivi sul territorio in materia di contrasto alla violenza di genere, i Servizi Sociali e Sanitari, i Centri Antiviolenza, gli Organi Giudiziari, le Forze dell'Ordine	Attivazione gruppi di lavoro a tema, con la partecipazione della rete antiviolenza dei Servizi socio-sanitari, degli Enti preposti, degli Organi di Polizia, della Magistratura e del Terzo settore (Associazioni per uomini autori di violenza e per donne/minori vittime)PDTA per l'intercettazione degli autori di violenza e delle vittime di violenza subita e assistita per la valutazione del rischio.	31/12/2021	E' stato attivato il gruppo di lavoro che ha avviato gli incontri per la produzione del PDTA. Gli incontri allo scopo sono stati realizzati il 18/10/2021, il 02/11/2021, il 23/11/2021 (in remoto) e il 22/12/2021 (in remoto) per l'anno in corso e proseguono nel 2022.E' stato prodotto un Protocollo per l'avvio di punti di ascolto aziendali destinati alla presa in carico degli autori di violenza di genere, in collaborazione con il terzo settore. Il Protocollo è stato inviato alla Direzione Sanitaria.	Obiettivo RAGGIUNTO
3.9	Consultori familiari	Violenza contro le donnePredisposizione e avvio di punti di ascolto aziendali per l'invio e la presa in carico, degli autori di violenza.	N° interventi di accesso e invio di casistica di violenzaObiettivo prescritto anche ad ASFO con DGR 1683 del 8/11/2021	31/12/2021	E' stato attivato il gruppo di lavoro che ha avviato gli incontri per la produzione del PDTA. Gli incontri allo scopo sono stati realizzati il 18/10/2021, il 02/11/2021, il 23/11/2021 (in remoto) e il 22/12/2021 (in remoto) per l'anno in corso e proseguono nel 2022.E' stato prodotto un Protocollo per l'avvio di punti di ascolto aziendali destinati alla presa in carico degli autori di violenza di genere, in collaborazione con il terzo settore. Il Protocollo è stato inviato alla Direzione Sanitaria. Nel corso del 2022 la casistica verrà presa in carico secondo il nuovo protocollo.	Obiettivo RAGGIUNTO
4.1	Non autosufficienza	Fondo non Autosufficienza:Assicurare il corretto utilizzo delle risorse destinate del Fondo nazionale per la non autosufficienza attraverso la certificazione delle persone in condizione di disabilità gravissima	Per tutte le persone valutate in sede di UVM sono raccolte le informazioni previste ai sensi dell'art. 3 del DM 26 settembre 2016 per certificare la condizione di disabilità gravissima.	31/12/2021	Le UVM sono state regolarmente svolte nel corso del 2021. Vista però l'impossibilità dei sistemi informativi in uso nel corso del 2021 nei distretti a raccogliere tutti i dati previsti ai sensi dell'art.3 del DM 26 settembre 2016 e visto il passaggio al nuovo sistema gestionale territoriale ("cartella utente") non ancora ottimizzato dai sistemi informativi regionali alla finalità di cui sopra, la Direzione centrale salute ha comunicato nell'incontro effettuato il 12/01/2022 con tutte le Aziende sanitarie regionali, che provvederà a estrarre le informazioni necessarie dai sistemi gestionali in uso presso i Servizi sociali dei comuni.	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
4.1	Non autosufficienza	Sperimentazione budget di salute a domicilioPromuovere e sostenere l'utilizzo del budget di salute a sostegno di progetti personalizzati rivolti a persone non autosufficienti assistite a domicilio	Le aziende hanno creato le condizioni per attuare quanto previsto dagli indirizzi regionali con apposita DGR	31/12/2021	Non sono state emanati in tempo utile gli indirizzi regionali e quindi non è stato possibile avviare la sperimentazione. La proposta di valutazione del referente regionale è di stralcio dell'obiettivo in quanto le linee di indirizzo regionali per la realizzazione di sperimentazioni di domiciliarità comunitaria sono state approvate con DGR 1964 del 23/12/2021	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
4.2	Anziani	Progetti di abitare inclusivoPromuovere, avviare, attuare e monitorare i progetti di abitare inclusivo	Tutti i progetti di abitare inclusivo autorizzati dalla Regione sono attuati previa stipula di apposita convenzione tra i soggetti coinvolti;	31/12/2021	La convenzione con Casa Betania è stata stipulata e approvata con Decreto 609 del 20.10.2020. Le persone eleggibili sono già state profilate e UVD per l'attivazione del Budget di Salute.	Obiettivo RAGGIUNTO
4.2	Anziani	Progetti di abitare inclusivoPromuovere, avviare, attuare e monitorare i progetti di abitare inclusivo	Attivazione del budget di salute per tutte le persone anziane non autosufficienti inserite nelle sperimentazioni di abitare inclusivoObiettivo prescritto anche ad ASUFC con DGR 1683 del 8/11/2021	31/12/2021	La convenzione con Casa Betania è stata stipulata e approvata con Decreto 609 del 20.10.2020. Le persone eleggibili sono già state profilate e UVD per l'attivazione del Budget di Salute.	Obiettivo RAGGIUNTO
4.2	Anziani	Prisma 7Sviluppo della seconda fase del Programma-intervento consistente nella sorveglianza leggera e presa in carico anticipata degli anziani individuati quali potenzialmente fragili.	Le AAS definiscono i contenuti della seconda fase del programma - intervento di sorveglianza attiva rivolto alla popolazione anziana a rischio di fragilità, anche alla luce della epidemia sanitaria, con indicazione del numero di anziani coinvolti, gli interventi programmati e i risultati attesi;	31/12/2021	I referenti distrettuali hanno partecipato alla webconference con la DCS, nella quale è stato presentato il protocollo sperimentale di screening.E' stata garantita la presa in carico anticipata a 5618 utenti (score 4-7).	Obiettivo RAGGIUNTO
4.2	Anziani	Prisma 7Sviluppo della seconda fase del Programma-intervento consistente nella sorveglianza leggera e presa in carico anticipata degli anziani individuati quali potenzialmente fragili.	Le AAS svolgeranno le attività connesse alla fase di screening rivolta agli anziani non ancora coinvolti.	31/12/2021	I referenti distrettuali hanno partecipato alla webconference con la DCS, nella quale è stato presentato il protocollo sperimentale di screening.E' stata garantita la presa in carico anticipata a 5618 utenti (score 4-7).	Obiettivo RAGGIUNTO
4.2	Anziani	Sistema informativo integrato a supporto della presa in carico Istituzione di un gruppo tecnico a livello regionale per la definizione dei contenuti progettuali	Partecipazione al gruppo tecnico a livello regionale per la definizione dei contenuti progettuali	31/12/2021	Garantita la partecipazione al gruppo tecnico, quando richiesta. Il documento è a carico della Regione.	Obiettivo RAGGIUNTO
4.2	Anziani	Sistema informativo integrato a supporto della presa in caricoDefinizione del documento progettuale che includa tutte le caratteristiche e le modalità del sistema per la definizione del Capitolato	Evidenza del documento entro il 31.12.2021	31/12/2021	Garantita la partecipazione al gruppo tecnico, quando richiesta. Il documento è a carico della Regione.	Obiettivo RAGGIUNTO
4.2	Anziani	Rafforzare l'integrazione socio-sanitaria e l'accesso unitario alla rete dei serviziAumentare l'accessibilità e la funzione dei PUA a livello integrato (sistema sociale e sistema sanitario, anche con l'eventuale collaborazione delle ASP)	Evidenza di un accordo formale tra SSC e Distretto per definire le sinergie in termini di modalità operative e risorse	31/12/2021	L'attività è in linea Protocollo aggiornato con Decreto n. 1141 del 13/12/2021 "Linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario Regionale n. 189/2021 - Aggiornamento normativo sulle funzioni del Punto Unico di Accesso (PUA)"	Obiettivo RAGGIUNTO
4.2	Anziani	Monitoraggio e promozione della qualità nelle residenze per anzianiGarantire la prosecuzione del programma di	Sono effettuate almeno 2 visite di audit approfondite per azienda;	31/12/2021	Sono state effettuate 5 visite di audit, una per distretto. (Pasiano 11.5.2021, Aviano 13.5.2021, Spilimbergo 3.5.2021, Casa Serena 15.6.2021, Morsano 7.7.2021)	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
		monitoraggio e promozione della qualità nelle residenze per anziani				
4.2	Anziani	Monitoraggio e promozione della qualità nelle residenze per anziani Garantire la prosecuzione del programma di monitoraggio e promozione della qualità nelle residenze per anziani	E' stata redatta e trasmessa entro il primo semestre del 2021 la relazione illustrativa relativa alle attività svolte nel corso dell'anno 2020.	30/06/2021	La relazione illustrativa relativa alle attività svolte nel corso dell'anno 2020 è stata redatta e trasmessa alla DCS con nota prot 52039 il 30/06/2021.	Obiettivo RAGGIUNTO
4.2	Anziani	Verifiche sul personale in servizio nelle residenze per anziani convenzionate con il SSR Migliorare l'attività di vigilanza e controllo sul personale delle residenze per anziani convenzionate	Le Aziende verificano che tutte le Residenze per anziani convenzionate implementino i dati di presenza del personale entro 3 mesi dal rilascio del nuovo sistema da parte della Regione.	entro 3 mesi dal rilascio del nuovo sistema	E' stata emanata una circolare nella quale si prevede il graduale rilascio del nuovo sistema. Il sistema non è ancora stato rilasciato da parte della Regione. La proposta di valutazione del referente regionale è di stralcio dell'obiettivo in quanto le attività descritte non sono ascrivibili all'obiettivo come formulato nelle linee di gestione (DGR 189/2021), che comunque è stato ritenuto non raggiungibile per causa non imputabile all'Azienda sanitaria (mancato rilascio, da parte della Regione, di un sistema di rilevazione delle presenze che consenta alle Aziende l'accertamento, in tempo reale, degli operatori presenti in struttura).	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
4.2	Anziani	Posti letto convenzionati nelle residenze per anziani Garantire la riassegnazione dei posti letto già convenzionati divenuti disponibili a seguito di chiusura o riduzione del numero di posti letto autorizzati in strutture residenziali per anziani	Gli eventuali posti letto disponibili sono convenzionabili disponibili sono stati riassegnati.	31/12/2021	In AsFO non sono previsti nuovi posti convenzionabili.	Obiettivo RAGGIUNTO
4.2	Anziani	Teleassistenza domiciliare: Migliorare l'appropriatezza del servizio di teleassistenza e la presa in carico delle persone	Viene prodotto e condiviso con i referenti aziendali il primo piano di verifica e di miglioramento del servizio (ai sensi della DGR n.161 del 07.02.2020)	31/12/2021	E' stato individuato il referente aziendale, il quale ha condiviso in regione con gli altri referenti aziendali il primo piano di verifica e di miglioramento del servizio. Sono stati inoltre individuati i referenti distrettuali. Il referente aziendale ha partecipato all'incontro in data 29-11-2021. Il portale dedicato è utilizzato in modo uniforme, condividendo il percorso a livello regionale.	Obiettivo RAGGIUNTO
4.2	Anziani	Teleassistenza domiciliare Migliorare l'appropriatezza del servizio di teleassistenza e la presa in carico delle persone	L'utilizzo del portale dedicato alla gestione e monitoraggio del servizio è in graduale aumento (rispetto all'anno precedente)	31/12/2021	E' stato individuato il referente aziendale, il quale ha condiviso in regione con gli altri referenti aziendali il primo piano di verifica e di miglioramento del servizio. Sono stati inoltre individuati i referenti distrettuali. Il referente aziendale ha partecipato all'incontro in data 29-11-2021. Il portale dedicato è utilizzato in modo uniforme, condividendo il percorso a livello regionale.	Obiettivo RAGGIUNTO
4.3	Disabilità	Sperimentazione percorsi innovativi: Promuovere e sostenere l'innovazione dei servizi attraverso la sperimentazione di percorsi innovativi	Le AAS hanno accolto eventuali richieste di partenariato da parte di soggetti interessati finalizzate alla costruzione condivisa di proposte progettuali;	31/12/2021	ASFO ha costruito in partenariato e presentato in veste di soggetto capofila le proposte progettuali all'Amministrazione regionale.	Obiettivo RAGGIUNTO
4.3	Disabilità	Sperimentazione percorsi innovativi: Promuovere e sostenere l'innovazione dei servizi attraverso la sperimentazione di percorsi innovativi	Le AAS, valutata l'opportunità di proseguire in tal senso, hanno costruito in partenariato e presentato in veste di soggetto capofila le proposte progettuali all'Amministrazione regionale.	31/12/2021	ASFO ha costruito in partenariato e presentato in veste di soggetto capofila le proposte progettuali all'Amministrazione regionale.	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
4.3	Disabilità	Sperimentazione percorsi innovativi:Assicurare la Valutazione Multi Dimensionale a tutte le persone prese in carico	Le AAS hanno identificato, attraverso il raccordo con gli Enti Gestori dei servizi per la disabilità, le persone da valutare con Q-VAD;	31/12/2021	Sono state identificati 336 utenti e, come da indicazioni regionali, tutti gli utenti inseriti in servizi residenziali o semiresidenziali privi di personale infermieristico, sono stati valutati con Q-VAD-parte sanitaria, da parte di personale infermieristico distrettuale come risulta nel database disponibile presso gli uffici della Direzione dei Servizi Sociosanitari.	Obiettivo RAGGIUNTO
4.3	Disabilità	Sperimentazione percorsi innovativi:Assicurare la Valutazione Multi Dimensionale a tutte le persone prese in carico	Tutte le persone in carico ai servizi residenziali e semiresidenziali sono state ri-valutate con lo strumento Q-VAD (parte sanitaria);	31/12/2021	Sono state identificati 336 utenti e, come da indicazioni regionali, tutti gli utenti inseriti in servizi residenziali o semiresidenziali privi di personale infermieristico, sono stati valutati con Q-VAD-parte sanitaria, da parte di personale infermieristico distrettuale come risulta nel database disponibile presso gli uffici della Direzione dei Servizi Sociosanitari.	Obiettivo RAGGIUNTO
4.3	Disabilità	Sperimentazione percorsi innovativi: Assicurare la Valutazione Multi Dimensionale a tutte le persone prese in carico	Tutte le persone in carico alle sperimentazioni sono state valutate con lo strumento Q-VAD;	31/12/2021	Sono state identificati 336 utenti e, come da indicazioni regionali, tutti gli utenti inseriti in servizi residenziali o semiresidenziali privi di personale infermieristico, sono stati valutati con Q-VAD-parte sanitaria, da parte di personale infermieristico distrettuale come risulta nel database disponibile presso gli uffici della Direzione dei Servizi Sociosanitari.	Obiettivo RAGGIUNTO
4.3	Disabilità	Sperimentazione percorsi innovativi:Assicurare la Valutazione Multi Dimensionale a tutte le persone prese in carico	Tutti i nuovi accessi sono sottoposti alla valutazione con Q-VAD.	31/12/2021	Sono state identificati 336 utenti e, come da indicazioni regionali, tutti gli utenti inseriti in servizi residenziali o semiresidenziali privi di personale infermieristico, sono stati valutati con Q-VAD-parte sanitaria, da parte di personale infermieristico distrettuale come risulta nel database disponibile presso gli uffici della Direzione dei Servizi Sociosanitari.	Obiettivo RAGGIUNTO
4.3	Disabilità	Sperimentazione percorsi innovativi:Promuovere e sostenere percorsi innovativi atti ad assicurare i trattamenti socio-riabilitativi sperimentali a favore di persone con disabilità utilizzando lo strumento del budget di salute (quota sanitaria).	Progetti personalizzati sperimentali attivati e co-finanziati.	31/12/2021	Per tutti i nuovi casi presi in carico sono stati realizzati progetti personalizzati dal Servizio per le Transizioni previa Segnalazione. I Progetti sono stati inseriti nei fascicoli personali degli utenti.	Obiettivo RAGGIUNTO
4.3	Disabilità	Sicurezza cure farmacologicheCondurre e valutare attività sperimentali finalizzate a gestire in sicurezza il processo di somministrazione e di aiuto all'assunzione della terapia farmacologica per le persone con disabilità accolte nei servizi residenziali e semiresidenziali con l'utilizzo di un applicativo dedicato	Nella sperimentazione sono coinvolte almeno due strutture per AAS	31/12/2021	- Sono state individuate le due strutture dove sono presenti gli OSS oggetto di sperimentazione: servizi residenziali Comunità Alloggio Casa Giglio e Comunità Alloggio Il Granello;- È stata decretata la struttura organizzativa e il sistema di responsabilità per la conduzione della sperimentazione (Decreto n. 64 del 03/02/2022 "Le cure farmacologiche per le persone con disabilità accolte nei servizi residenziali e semi residenziali"- avvio sperimentazione)- È stato presentato il progetto di formazione sul campo ed è stato inserito nel programma di formazione 2022 con realizzazione aprile-dicembre 2022 (Decreto n. 197 del 09/03/2022)	Obiettivo RAGGIUNTO
4.3	Disabilità	Sicurezza cure farmacologicheCondurre e valutare attività sperimentali finalizzate a gestire in sicurezza il processo di somministrazione e di aiuto all'assunzione	Tutti gli operatori impiegati nella struttura inclusa nella sperimentazione sono inseriti nei percorsi formativi	31/12/2021	- Sono state individuate le due strutture dove sono presenti gli OSS oggetto di sperimentazione: servizi residenziali Comunità Alloggio Casa Giglio e Comunità Alloggio Il Granello;- È stata decretata la struttura organizzativa e il sistema di responsabilità per la	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
		della terapia farmacologica per le persone con disabilità accolte nei servizi residenziali e semiresidenziali con l'utilizzo di un applicativo dedicato			conduzione della sperimentazione (Decreto n. 64 del 03/02/2022 "Le cure farmacologiche per le persone con disabilità accolte nei servizi residenziali e semi residenziali"- avvio sperimentazione)- È stato presentato il progetto di formazione sul campo ed è stato inserito nel programma di formazione 2022 con realizzazione aprile-dicembre 2022 (Decreto n. 197 del 09/03/2022)	
4.3	Disabilità	Sicurezza cure farmacologicheCondurre e valutare attività sperimentali finalizzate a gestire in sicurezza il processo di somministrazione e di aiuto all'assunzione della terapia farmacologica per le persone con disabilità accolte nei servizi residenziali e semiresidenziali con l'utilizzo di un applicativo dedicato	Report finale di valutazione della sperimentazione a cura del referente aziendale	31/12/2021	- Sono state individuate le due strutture dove sono presenti gli OSS oggetto di sperimentazione: servizi residenziali Comunità Alloggio Casa Giglio e Comunità Alloggio Il Granello;- È stata decretata la struttura organizzativa e il sistema di responsabilità per la conduzione della sperimentazione (Decreto n. 64 del 03/02/2022 "Le cure farmacologiche per le persone con disabilità accolte nei servizi residenziali e semi residenziali"- avvio sperimentazione)- È stato presentato il progetto di formazione sul campo ed è stato inserito nel programma di formazione 2022 con realizzazione aprile-dicembre 2022 (Decreto n. 197 del 09/03/2022). La proposta di valutazione del referente regionale è di stralcio dell'obiettivo in quanto la DCS ha concordato con le Aziende Sanitarie che la sperimentazione ed il report finale viene rinviata al 2022 (vedi DGR 54/2022).	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
4.3	Disabilità	Sicurezza cure farmacologicheCondurre e valutare attività sperimentali finalizzate a gestire in sicurezza il processo di somministrazione e di aiuto all'assunzione della terapia farmacologica per le persone con disabilità accolte nei servizi residenziali e semiresidenziali con l'utilizzo di un applicativo dedicato	Incident reporting: assenza di eventi o quasi eventi	31/12/2021	- Sono state individuate le due strutture dove sono presenti gli OSS oggetto di sperimentazione: servizi residenziali Comunità Alloggio Casa Giglio e Comunità Alloggio Il Granello;- È stata decretata la struttura organizzativa e il sistema di responsabilità per la conduzione della sperimentazione (Decreto n. 64 del 03/02/2022 "Le cure farmacologiche per le persone con disabilità accolte nei servizi residenziali e semi residenziali"- avvio sperimentazione)- È stato presentato il progetto di formazione sul campo ed è stato inserito nel programma di formazione 2022 con realizzazione aprile-dicembre 2022 (Decreto n. 197 del 09/03/2022). La proposta di valutazione del referente regionale è di stralcio dell'obiettivo in quanto la DCS ha concordato con le Aziende Sanitarie che la sperimentazione ed il report finale viene rinviata al 2022 (vedi DGR 54/2022).	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
4.3	Disabilità	Sicurezza cure farmacologicheCondurre e valutare attività sperimentali finalizzate a gestire in sicurezza il processo di somministrazione e di aiuto all'assunzione della terapia farmacologica per le persone con disabilità accolte nei servizi residenziali e semiresidenziali con l'utilizzo di un applicativo dedicato	Ogni Azienda Sanitaria ha trasmesso alla direzione centrale il report con l'esito della sperimentazione condotta in almeno due strutture	31/12/2021	- Sono state individuate le due strutture dove sono presenti gli OSS oggetto di sperimentazione: servizi residenziali Comunità Alloggio Casa Giglio e Comunità Alloggio Il Granello;- È stata decretata la struttura organizzativa e il sistema di responsabilità per la conduzione della sperimentazione (Decreto n. 64 del 03/02/2022 "Le cure farmacologiche per le persone con disabilità accolte nei servizi residenziali e semi residenziali"- avvio sperimentazione)- È stato presentato il progetto di formazione sul campo ed è stato inserito nel programma di formazione 2022 con realizzazione aprile-dicembre 2022 (Decreto n. 197 del 09/03/2022)	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
4.4	Minori	Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata dei minori con bisogni socio-sanitari Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata	Per ogni minore accolto in struttura viene effettuata la valutazione con gli strumenti previsti;	31/12/2021	I minori inseriti in comunità terapeutico riabilitative /educativo riabilitative extraregionali sono stati n.5 nel corso del 2021, e per tutti è stato definito il profilo di bisogno sanitario secondo la DGR 273 /20.	Obiettivo RAGGIUNTO
4.4	Minori	Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata dei minori con bisogni socio-sanitari Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata	Tutti i minori valutati dispongono del relativo profilo di bisogno così come indicato nelle linee di indirizzo	31/12/2021	I minori con profilo di bisogno educativo-riabilitativo integrato, inseriti in strutture socio-educative regionali con progetto educativo-riabilitativo integrato sono stati n. 4. Per tutti (100%) il profilo di bisogno è stato individuato in sede di UVMF come da DGR 273/20.	Obiettivo RAGGIUNTO
4.4	Minori	Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata dei minori con bisogni socio-sanitari Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata	Tutti i minori accolti nelle strutture residenziali e semi-residenziali dispongono di un progetto personalizzato per la presa in carica integrata	31/12/2021	I minori con profilo di bisogno educativo-riabilitativo integrato, inseriti in strutture socio-educative regionali con progetto educativo-riabilitativo integrato sono stati n. 4. Per tutti (100%) il profilo di bisogno è stato individuato in sede di UVMF come da DGR 273/20.	Obiettivo RAGGIUNTO
4.4	Minori	Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata dei minori con bisogni socio-sanitari Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata	Riduzione del numero di minori inseriti in strutture residenziali fuori regione	31/12/2021	Il numero dei minori inseriti in comunità terapeutiche extra regionali è 6. Trattasi di situazioni con profilo di bisogno ad alta intensità terapeutico-riabilitativo che non trovano idonea collocazione presso le strutture integrate regionali. la proposta del referente regionale è di stralcio dell'obiettivo in quanto anche a causa COVID le richieste di collocamento in comunità per minori, anche con problematiche che richiedono interventi di tipo sanitario, sono aumentate e l'offerta regionale non è risultata sufficiente a garantirne l'accoglienza	Obiettivo NON VALUTABILE
4.4	Minori	Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata dei minori con bisogni socio-sanitari Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata	Numero di budget personali sostenuti con il budget di salute (quota sanitaria) attivati per minori afferenti all'area della neuro-psichiatria infantile	31/12/2021	Il numero di minori adolescenti che hanno usufruito di progetti sostenuti con BS è di 50 soggetti minori in complessivi n. 89 progetti organizzati in attività individuali e/o collettive.	Obiettivo RAGGIUNTO
4.4	Minori	Potenziare le capacità di intercettazione precoce di condizioni di fragilità nello sviluppo dei bambini 03 anni e nelle competenze dei loro genitori	Ciascuna AS e ASU forma due operatori della NPIA o del Consultorio sull'utilizzo degli strumenti PICCOLO e ASQ-3	31/12/2021	E' stata comunicata alla DCS la disponibilità degli operatori a partecipare alla formazione specifica. la proposta di valutazione è stata effettuata dal referente regionale che precisa che la formazione è stata realizzata a fine novembre e l'Azienda ha partecipato con propri operatori	Obiettivo RAGGIUNTO
4.4	Minori	Potenziare le capacità di intercettazione precoce di condizioni di fragilità nello sviluppo dei bambini 03 anni e nelle competenze dei loro genitori	Ciascuna AS e ASU individua due nuclei familiari fragili in carico alla propria NPIA o Consultorio da valutare con gli strumenti PICCOLO e ASQ-3	31/12/2021	E' stata comunicata alla DCS la disponibilità degli operatori a partecipare alla formazione specifica. Nel 2021 la DCS regionale non ha avviato la formazione. La proposta di valutazione del referente regionale è di stralcio dell'obiettivo in quanto la formazione è stata realizzata (v. item precedente), tuttavia non è stato possibile utilizzare gli strumenti in quanto ancora da validarsi a livello nazionale.	Obiettivo NON VALUTABILE(STRALCIO)
4.5	Salute mentale	Percorso integrato di presa in carico e di cura dei disturbi mentali nella transizione dall'età evolutiva a quella adulta, in coerenza con quanto previsto dal Piano di Salute Mentale	Trasmissione alla Direzione centrale salute del percorso di transizione delle cure dalle strutture per l'età evolutiva a quelle dell'adulto entro il 31/12/2021	31/12/2021	Sono proseguite le attività del percorso aziendale integrato previsto dal protocollo di transizione NPI-DSM (già inviato in DCS nel 2019).	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
		Infanzia Adolescenza ed Età Adulta (DGR 732/2018, par.6.1.5.2)				
4.5	Salute mentale	Valutazione budget individuali di salute follow upConsolidare l'attività di valutazione degli esiti dei progetti terapeutici riabilitativi personalizzati delle persone titolari di Budget Individuali di Salute attraverso la realizzazione delle attività di follow up a tre anni (T2)	Trasmissione alla Direzione, entro il 31.07.201 delle schede di valutazione sintetiche contententi Honos Short version-12 item e realitve al campione di riferimento	31/07/2021	E' stata inviata mail in data 29 luglio 2021, alla referente Regionale, con le schede di valutazione sintetiche contenenti le Honos del campione di riferimento effettuata entro il 30 giugno (valutazione T2) e riportata come richiesto in formato EXCEL.	Obiettivo RAGGIUNTO
4.5	Salute mentale	Sistema informativo Point Psm:Miglioramento del prodotto e della qualità dei dati nell'impiego del nuovo gestionale per la Salute Mentale	Partecipazione dei referenti per il sistema informativo dei DSM ai Tavoli Tecnici Regionali	31/12/2021	La partecipazione ai tavoli è stata garantita.	Obiettivo RAGGIUNTO
4.5	Salute mentale	Sistema informativo Point PsmUtilizzo della funzionalità di Point pSM relativa allo strumento del Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato	Inserimento del Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato in Point pSM, a conclusione dei lavori di strutturazione e rilascio della funzionalità dedicata, per almeno il 75% delle persone in carico con bisogni complessi, entro il 31.12.	31/12/2021	Il rilascio della funzione per l'inserimento dei Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato nell'applicativo in Point pSM è avvenuto nel mese di giugno. Ogni CSM ha provveduto all'inserimento entro il 31/12/2021 dei progetti delle persone in carico con bisogni complessi. In data 28 ottobre 2021, l'Area Welfare della Regione FVG ha comunicato via mail l'aggiornamento dell'indicatore dell'obiettivo, (dal 75 % previsto al 20 %). AsFO ha inserito 77 persone in carico al DSM con bisogni complesse, dal rilascio della sezione POINT, pari al 20%.	Obiettivo RAGGIUNTO
4.5	Salute mentale	Sviluppo programmi recovery orientedPromuovere le policy e le progettualità recovery oriented	I programmi recovery oriented, con il coinvolgimento di stakeholders, peer support workers e associazioni di familiari, sono parte integrante dell'offerta sociosanitaria dei DSM (Report 31.12)	31/12/2021	E' stato elaborato un report del 2021 sulle attività recovery oriented, dove vengono riportati gli incontri svolti con: Presidente Associazione ARTSAM. DDN, Presidente associazione AITSAM, Amministratori di sostegno.	Obiettivo RAGGIUNTO
4.5	Salute mentale	Valutazione della qualità inserimento lavorativo (QUIL):Adesione alla sperimentazione QUIL regionale e utilizzo della scheda di valutazione dei percorsi di inserimento lavorativo.	Partecipazione degli operatori referenti per la formazione e l'inserimento lavorativo alle iniziative regionali dedicate e alle attività valutative del singolo percorso (Report 31.12)	31/12/2021	La partecipazione degli operatori referenti per la formazione e l'inserimento lavorativo alle iniziative regionali sarà garantita. Non si è ancora proceduto alla convocazione dei tavoli regionali.	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
4.6	Dipendenze	Presenza in carico delle persone con problemi di dipendenza:Sviluppo e consolidamento di interventi finalizzati al miglioramento della presa in carico delle persone con problemi di dipendenza patologica	Redazione di PTRI per tutti gli utenti under 25 presi in carico con bisogni complessi;	31/12/2021	La formazione regionale per la redazione di PTRI è stata programmata il 19 ottobre e 8 novembre 2021 e l'azienda ha partecipato. La proposta di valutazione del referente regionale è di stralcio dell'obiettivo in quanto per il Dipartimento delle dipendenze la formazione regionale rivestiva carattere propedeutico alla redazione di PTRI. Svolatasi effettivamente a fine anno, essa non ha assolto alla sua funzione in tempo utile)(la proposta di valutazione è stata effettuata dal referente regionale)	Obiettivo NON VALUTABILE(STRALCIO)
4.6	Dipendenze	Presenza in carico delle persone con problemi di dipendenza:Sviluppo e consolidamento di interventi finalizzati al miglioramento della presa in carico delle persone con problemi di dipendenza patologica	Budget di salute attivati;	31/12/2021	BIS n. 14 utenti + n. 4 collettive	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
4.6	Dipendenze	Presa in carico delle persone con problemi di dipendenza: Sviluppo e consolidamento di interventi finalizzati al miglioramento della presa in carico delle persone con problemi di dipendenza patologica	Esecuzione di test per prevenire e ridurre il rischio di acquisizione e trasmissione delle malattie correlate a comportamenti a rischio sul 70% delle persone testabili con dipendenza da sostanze stupefacenti;	31/12/2021	71% persone con test eseguiti su 604 persone testabili in carico ai Servizi	Obiettivo RAGGIUNTO
4.6	Dipendenze	Presa in carico delle persone con problemi di dipendenza: Sviluppo e consolidamento di interventi finalizzati al miglioramento della presa in carico delle persone con problemi di dipendenza patologica	Stesura di accordi operativi con specialisti epatologi/infettivologi per aumentare l'accesso alle cure con farmaci antivirali DAA dei pazienti con dipendenza ed epatite C;	31/12/2021	L'attività è svolta secondo il protocollo redatto	Obiettivo RAGGIUNTO
4.6	Dipendenze	Presa in carico delle persone con problemi di dipendenza: Sviluppo e consolidamento di interventi finalizzati al miglioramento della presa in carico delle persone con problemi di dipendenza patologica	Almeno 1 progetto per azienda per favorire la cessazione del fumo tra gli operatori.	31/12/2021	Carenza di organico	Obiettivo NON RAGGIUNTO
4.6	Dipendenze	Problematiche alcolcorrelate e disturbi correlati al gioco d'azzardo: Promuovere l'integrazione tra servizi pubblici ed il terzo settore per supportare la rete di cura per i soggetti con problematiche alcolcorrelate e per le persone inserite in percorsi residenziali nelle strutture regionali	Rilevazione delle criticità emerse nel territorio e stesura del piano di intervento;	31/12/2021	E' stato redatto il piano di intervento a seguito della rilevazione delle criticità emerse nel territorio	Obiettivo RAGGIUNTO
4.6	Dipendenze	Problematiche alcolcorrelate e disturbi correlati al gioco d'azzardo: Promuovere l'integrazione tra servizi pubblici ed il terzo settore per supportare la rete di cura per i soggetti con problematiche alcolcorrelate e per le persone inserite in percorsi residenziali nelle strutture regionali	Adozione di concerto con le strutture residenziali regionali di una scheda in invio comprensiva della valutazione diagnostica.	31/12/2021	La scheda di invio alle CT è stata adottata	Obiettivo RAGGIUNTO
4.6	Dipendenze	Problematiche alcolcorrelate e disturbi correlati al gioco d'azzardo: Aumentare gli interventi territoriali di prevenzione in tema di disturbi correlati al gioco d'azzardo	Incremento del numero di persone contattate nell'attività di accoglienza, informazione e orientamento per la prevenzione e la gestione del disturbo del gioco d'azzardo.	31/12/2021	Nell'attività di accoglienza, informazione, orientamento e gestione del Disturbo da Gioco d'Azzardo sono state raggiunte n. 77 persone. In linea con il 2020, anche nel 2021 si è registrata una diminuzione dei nuovi accessi all'equipe dovuta alla Pandemia Covid 19: limitazione degli spostamenti, timori di contagio e chiusura degli spazi fisici per gioco e scommesse avvenuta nel 2020. Ciò ha prodotto una riduzione delle richieste di presa in carico e ha favorito fenomeni di dropout collegati alla convinzione, da parte di alcune persone con problemi di DGA, di avere ormai interrotto definitivamente il rapporto con il gioco d'azzardo. In collaborazione con il Terzo Settore, sono proseguite le attività di prevenzione in ambito scolastico ed extrascolastico, dedicate a giovani, adulti ed esercenti. La proposta di valutazione del referente regionale è di stralcio dell'obiettivo in quanto i dati quantitativi evidenziano una flessione degli accessi in particolare per DGA dovuta all'impatto delle problematiche legate all'emergenza	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
					sanitaria da COVID-19 che hanno altresì limitato la possibilità stessa d'ampliamento degli interventi territoriali di prevenzione che sono stati realizzati compatibilmente con i vincoli e le limitazioni in essere.	
4.6	Dipendenze	Valutazione della qualità inserimento lavorativo (QUIL):Miglioramento del sistema di monitoraggio della presa in carico	Sono raccolti gli esiti di almeno 6 indicatori di processo e di outcome attraverso l'invio dei flussi informativi all'Osservatorio;	31/12/2021	Non è stato convocato il tavolo nel corso 2021 con gli operatori referenti per la formazione e l'inserimento lavorativo; pertanto non essendo stati trasmessi gli indicatori non si è reso possibile l'invio dei flussi. Si procede allo stralcio dell'obiettivo in quanto le aziende risultano aver regolarmente inviato i dati richiesti dall'Osservatorio regionale sulle dipendenze per la stesura del report 2020 che prende in considerazione indicatori di outcome ma non anche di esito, non individuati/condivisi a livello regionale.	Obiettivo NON VALUTABILE(STRALCIO)
4.6	Dipendenze	Valutazione della qualità inserimento lavorativo (QUIL):Miglioramento del sistema di monitoraggio della presa in carico	Sono inviate entro il 30 giugno 2021 le informazioni previste dal flusso informativo regionale per la stesura del report annuale da parte dell'Osservatorio.	30/06/2021	I Dati sono stati inseriti regolarmente nel gestionale e inviati all'Osservatorio Regionale Dipendenze FVG per la stesura del report NIOD	Obiettivo RAGGIUNTO
5	Rapporti con gli enti del terzo settore, le fondazioni, le ASP	Formazione operatori sociosanitari (OSS):A seguito di specifico atto regionale, ogni Azienda ha autorizzato ed avviato l'organizzazione di DUE corsi per il conseguimento della qualifica di operatore socio sanitario da 1000 ore secondo la vigente normativa.	I corsi sono stati avviati con le modalità, le tempistiche, i requisiti ed il numero di allievi indicati nell'atto regionale.	31/12/2021	L'azienda ha partecipato agli incontri regionali che si sono svolti nelle seguenti date: 19/08/2021, 29-30/09/2021, 4-7-13/10/2021. L'azienda ha prodotto tutti gli atti propedeutici per l'avvio dei corsi OSS 1000 ore e OSS-c 400 ore di ASFO:- Decreto del Direttore Generale n. 1084 del 25/11/2021 con Oggetto: "Percorsi di formazione per l'acquisizione della qualifica di Operatore socio-sanitario (OSS) e di Operatore socio-sanitario con formazione complementare in assistenza sanitaria (Oss-c): approvazione e pubblicazione avviso interno per il conferimento degli incarichi di insegnamento"- Decreto del Direttore Generale n. 1161 del 16/12/2021 con Oggetto: "Percorsi di formazione per l'acquisizione della qualifica di Operatore socio-sanitario (OSS) e di Operatore socio-sanitario con formazione complementare in assistenza sanitaria (Oss-c): individuazione struttura di riferimento per atti amministrativi, funzione "Gestione corsi OSS", Direttori di Corso, Tutor di Corso" - Decreto del Direttore Generale n. 1162 del 16/12/2021 con Oggetto: "Percorsi di formazione per l'acquisizione della qualifica di Operatore socio-sanitario (OSS) e di Operatore socio-sanitario con formazione complementare in assistenza sanitaria (Oss-c): nomina commissione per la costituzione Albo docenti." - Decreto del Direttore Generale n. 1182 del 23/12/2021 con Oggetto: "Percorso di formazione per l'acquisizione della qualifica di Operatore socio-sanitario con formazione complementare in assistenza sanitaria (Oss-c) - 400 ore: approvazione verbale della Commissione e relativa graduatoria per la costituzione dell'Albo docenti interno." - Decreto del Direttore Generale n. 1181 del 23/12/2021 con Oggetto: Percorso di formazione per l'acquisizione della qualifica di Operatore socio-sanitario (OSS) - 1000 ore: approvazione verbale della Commissione e relativa graduatoria per la costituzione dell'Albo	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
					docenti interno. L'Azienda ha formulato, compilato e inviato i progetti alla Regione entro i tempi previsti dall' "Avviso pubblico per la presentazione di operazioni di carattere formativo da parte delle aziende sanitarie" con scadenza ore 17.00 del 31 dicembre 2021, tramite portale regionale WEBFORMA : domanda di finanziamento protocollata in data 23/12/21 n. 2021/220404 e domanda di finanziamento protocollata in data 28/12/2021 n. 2021/221066.	
5	Rapporti con gli enti del terzo settore, le fondazioni, le ASP	Formazione operatori sociosanitari (OSS):A seguito di specifico atto regionale, ogni Azienda ha autorizzato ed avviato l'organizzazione di UN corso per il conseguimento della qualifica di operatore socio sanitario con formazione complementare in assistenza sanitaria	Il corso è stato avviato con le modalità, tempistiche, i requisiti ed il numero di allievi indicati nell'atto regionale.	31/12/2021	L'azienda ha partecipato agli incontri regionali che si sono svolti nelle seguenti date: 19/08/2021, 29-30/09/2021, 4-7-13/10/2021. L'azienda ha prodotto tutti gli atti propedeutici per l'avvio dei corsi OSS 1000 ore e OSS-c 400 ore di ASFO:- Decreto del Direttore Generale n. 1084 del 25/11/2021 con Oggetto: "Percorsi di formazione per l'acquisizione della qualifica di Operatore socio-sanitario (OSS) e di Operatore socio-sanitario con formazione complementare in assistenza sanitaria (Oss-c): approvazione e pubblicazione avviso interno per il conferimento degli incarichi di insegnamento"- Decreto del Direttore Generale n. 1161 del 16/12/2021 con Oggetto: "Percorsi di formazione per l'acquisizione della qualifica di Operatore socio-sanitario (OSS) e di Operatore socio-sanitario con formazione complementare in assistenza sanitaria (Oss-c): individuazione struttura di riferimento per atti amministrativi, funzione "Gestione corsi OSS", Direttori di Corso, Tutor di Corso"- Decreto del Direttore Generale n. 1162 del 16/12/2021 con Oggetto: "Percorsi di formazione per l'acquisizione della qualifica di Operatore socio-sanitario (OSS) e di Operatore socio-sanitario con formazione complementare in assistenza sanitaria (Oss-c): nomina commissione per la costituzione Albo docenti."- Decreto del Direttore Generale n. 1182 del 23/12/2021 con Oggetto: "Percorso di formazione per l'acquisizione della qualifica di Operatore socio-sanitario con formazione complementare in assistenza sanitaria (Oss-c) - 400 ore: approvazione verbale della Commissione e relativa graduatoria per la costituzione dell'Albo docenti interno."- Decreto del Direttore Generale n. 1181 del 23/12/2021 con Oggetto: Percorso di formazione per l'acquisizione della qualifica di Operatore socio-sanitario (OSS) - 1000 ore: approvazione verbale della Commissione e relativa graduatoria per la costituzione dell'Albo docenti interno.L'Azienda ha formulato, compilato e inviato i progetti alla Regione entro i tempi previsti dall' "Avviso pubblico per la presentazione di operazioni di carattere formativo da parte delle aziende sanitarie" con scadenza ore 17.00 del 31 dicembre 2021, tramite portale regionale WEBFORMA : domanda di finanziamento protocollata in data 23/12/21 n. 2021/220404 e domanda di finanziamento protocollata in data 28/12/2021 n. 2021/221066.	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
5	Rapporti con gli enti del terzo settore, le fondazioni, le ASP	Rapporti con gli enti del terzo settore, le fondazioni, le asp:Promozione di rapporti di collaborazione tra Enti del SSR con ETS, Fondazioni e ASP nell'ambito delle attività sanitarie e sociosanitarie ritenute strategiche	Nr. di atti di collaborazione formalizzati al 31.12.2021	31/12/2021	AsFO non ha ancora alcuna evidenza di domande di progetti presentati sul piano di potenziamento e di riorganizzazione della rete assistenziale regionale.	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
5	Rapporti con gli enti del terzo settore, le fondazioni, le ASP	Rapporti con gli enti del terzo settore, le fondazioni, le aspValutazione di coerenza con gli obiettivi della programmazione sanitaria e sociosanitaria aziendale delle progettualità e iniziative proposte dagli ETS per concorrere alle risorse messe a disposizione dalla regione FVG	Nr. valutazioni formali al 31.12.2021	31/12/2021	AsFO non ha ancora alcuna evidenza di domande di progetti presentati sul piano di potenziamento e di riorganizzazione della rete assistenziale regionale.	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
5	Rapporti con gli enti del terzo settore, le fondazioni, le ASP	Rapporti con gli enti del terzo settore, le fondazioni, le asp:Individuazione formale a livello aziendale di un referente per i rapporti e le collaborazioni con gli ETS	Evidenza atto di individuazione, inviato in DCSPSD entro il 1.3.2021	01/03/2021	Referente individuato e comunicato a DCS con nota prot. N. 31067 del 1/3/2021	Obiettivo RAGGIUNTO
5	Rapporti con gli enti del terzo settore, le fondazioni, le ASP	Rapporti con gli enti del terzo settore, le fondazioni, le asp:Costituzione gruppo tecnico di lavoro integrato (Enti del SSR, SSC, ASP, ETS) per la definizione di una strategia di promozione della qualità dei servizi e degli interventi degli ETS, Fondazioni e ASP ed approvazione formale di un documento che contenga obiettivi, materiali, metodi, indicatori e criteri di qualità, coerenti con i livelli essenziali di assistenza sociosanitaria da garantire.	Approvazione documento entro il 31.12.2021	31/12/2021	Non sono pervenute indicazioni da parte della Regione per la partecipazione al Tavolo Tecnico, si procede allo stralcio dell'obiettivo	Obiettivo NON VALUTABILE(STRALCIO)
6.1	Assistenza ospedaliera	Indicatori attività ospedaliera:Ripristino dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa ai livelli registrati nell'anno 2019	Volumi specifici per prestazioni monitorate per i tempi d'attesa>=volumi registrati nell'anno 2019 (Fonte: SIASA) – vengono escluse le prestazioni che nel 2019 hanno registrato un volume < 20.Qualora il volume non sia raggiunto l'Azienda deve garantire il rispetto dei tempi di attesa della specifica prestazione in almeno il 90% dei casi (valutazione effettuata nel 4° trimestre)	31/12/2021	Le prestazioni di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa con volumi nel 2021 >= al 2019 sono state 21 su 60 monitorate (35%). Sono state considerate solo le prestazioni in priorità B, D e P con volumi >=20 nel 2019. Per le prestazioni con volumi nel 2021 inferiori al 2019 non è stato garantito il rispetto dei tempi.	Obiettivo PARzialmente RAGGIUNTO (si rimanda al paragrafo "Tempi di Attesa" del presente documento)
6.1	Assistenza ospedaliera	Indicatori attività ospedaliera:Ripristino dei volumi relativi agli interventi chirurgici oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa ai livelli registrati nell'anno 2019	Volumi specifici per interventi chirurgici monitorati per i tempi d'attesa>=volumi registrati nell'anno 2019 (Fonte: SDO) – vengono escluse gli interventi di protesi d'anca, colecistectomia laparoscopica, riparazione ernia inguinale emorroidectomia.Qualora il volume non sia raggiunto l'Azienda deve garantire il rispetto dei tempi di attesa della specifica prestazione in	31/12/2021	Gli interventi chirurgici monitorati per i tempi di attesa (esclusi gli interventi di protesi d'anca, colecistectomia laparoscopica, riparazione ernia inguinale emorroidectomia) con volumi nel 2021 sostanzialmente ripristinati rispetto al 2019 e/o con tempi rispettati in almeno il 90% dei casi nel 4° trimestre sono stati 8 su 12 monitorati (67%).	Obiettivo PARzialmente RAGGIUNTO (si rimanda al paragrafo "Tempi di Attesa" del presente documento)

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
			almeno il 90% dei casi (valutazione effettuata nel 4° trimestre).			
6.1	Assistenza ospedaliera	Indicatori attività ospedaliera:Ripristino dei volumi relativi agli interventi chirurgici oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa ai livelli registrati nell'anno 2019	Per gli interventi di protesi d'anca, colecistectomia laparoscopica, riparazione ernia inguinale emorroidectomia di classe A deve essere garantito il tempo massimo 30 gg in almeno il 90% dei casi	31/12/2021	Per gli interventi di protesi d'anca, colecistectomia laparoscopica, riparazione ernia inguinale, emorroidectomia di classe A, il tempo massimo di 30gg è stato garantito per la colecistectomia laparoscopica (1 su 4, 25%).	Obiettivo NON RAGGIUNTO (si rimanda al paragrafo "Tempi di Attesa" del presente documento)
6.1	Assistenza ospedaliera	Indicatori attività ospedaliera:Frattura di femore	Trattamento della Frattura di femore entro 48H in almeno il 70% (hub) o 80% (spoke) dei casi trattati dal presidio ospedaliero (media regionale 2019 del 71,77% - fonte Bersaglio).	31/12/2021	S. Vito- Spilimbeago: 83,0% (hub); S. Maria degli Angeli: 66,9% (spoke)	Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO
6.1	Assistenza ospedaliera	Indicatori attività ospedaliera:Urgenze ortopediche	Fratture operate entro le 48h >=70% (media regionale anno 2019: 71,04%) – fonte Bersaglio	31/12/2021	76,9% (Dato ARCS)	Obiettivo RAGGIUNTO
6.2	Indicatori Emergenza-urgenza	Pronto Soccorso:Pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h	Mantenimento / miglioramento della percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde, ad almeno l'80% (spoke) o 65% (hub) (media regionale 2019 del 53,55% negli Hub e del 64,16% negli spoke - criteri Bersaglio)	31/12/2021	Hub: 65,5%; Spoke: 62,2% (Dati ARCS) PS Pordenone: 58,4% (hub); PS Pediatrico Pordenone: 79,5% (spoke); PS S. Vito: 56,3% (spoke); PS Spilimbeago: 72,6% (spoke)	Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO
6.2	Indicatori Emergenza-urgenza	Pronto Soccorso:Pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore	Mantenimento / miglioramento della percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore, portandola a valori superiori all'85% (spoke) e 75% (hub) (media regionale 2019 del 71,8% negli Hub e 76,5% negli spoke - criteri Bersaglio)	31/12/2021	Hub: 77,8%; Spoke: 63,3% (Dati ARCS) ps Pordenone: 71,4% (hub)PS Pediatrico Pordenone: 90,5% (spoke); PS S. Vito: 64,0% (spoke); PS Spilimbeago: 58,9% (spoke)	Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO
6.2	Indicatori Emergenza-urgenza	Pronto Soccorso:Consolidamento del percorso per le donne oggetto di violenza (PDTA violenza contro le donne FVG inserire 2019)	I PS garantiscono la presa in carico e la gestione della donna vittima di violenza.	31/12/2021	Il PDTA regionale del 2019 è applicato in modo estensivo, così come il protocollo sulla violenza sessuale. Nel 2020-2021 a San Vito sono state prese in carico 40 donne, di cui 10 prese in carico direttamente dal centro antiviolenza. A tutte le 40 donne sono state fornite informazioni/indicazioni in linea con il PDTA regionale.	Obiettivo RAGGIUNTO
6.2	Indicatori Emergenza-urgenza	Pronto Soccorso:Consolidamento del percorso per le donne oggetto di violenza (PDTA violenza contro le donne FVG inserire 2019)	Assicurare la partecipazione alla formazione degli operatori di PS (come da indicazioni ministeriali). Indicatore: N. operatori formati/n. totale operatori PS. Standard =>50%Obiettivo prescritto anche ad ASFO con DGR 1683 del 8/11/2021	31/12/2021	Nel biennio 2020-2021 la gran parte del personale ha partecipato alla FAD nazionale sulla violenza domestica, coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità. Nel 2021, alla ripresa della possibilità di lezioni in presenza, hanno partecipato altri colleghi/e, implementando il numero di operatori/trici formati/e.Operatori formati nel biennio: 50/99=50,5%.	Obiettivo RAGGIUNTO
6.2	Indicatori Emergenza-urgenza	Pronto Soccorso:Consolidamento del percorso per le donne oggetto di violenza (PDTA violenza contro le donne FVG inserire 2019)	Trasposizione del PDTA regionale nella realtà locale	31/12/2021	Il PDTA regionale del 2019 è applicato in modo estensivo, così come il protocollo sulla violenza sessuale. Nel 2020-2021 a San Vito sono state prese in carico 40 donne, di cui 10 prese in carico	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
					direttamente dal centro antiviolenza. A tutte le 40 donne sono state fornite informazioni/indicazioni in linea con il PDTA regionale.	
6.2	Indicatori Emergenza-urgenza	Emergenze Cardiologiche – STEMI: Compilazione data-set PACS emodinamica nei 3 Centri Hub nei pazienti con STEMI	Presenza e completezza > 95% dei dati richiesti per ogni record/paziente con STEMI	31/12/2021	100% (Dato Esaote)	Obiettivo RAGGIUNTO
6.2	Indicatori Emergenza-urgenza	Emergenze Cardiologiche – STEMI: Strutturazione del percorso di riabilitazione ambulatoriale/follow-up post STEMI	Evidenza di inserimento in agende dedicate entro 2 mesi dalla dimissione di almeno il 60% dei pazienti con diagnosi di STEMI	31/12/2021	Sono svolte le attività di riabilitazione per i pazienti segnalati alla dimissione. Dato in elaborazione ARCS	Obiettivo RAGGIUNTO
6.2	Indicatori Emergenza-urgenza	Emergenze Cardiologiche – NSTEMI: Utilizzo in ogni azienda del sistema CUP Web per la segnalazione e trasferimento dei pazienti in attesa di coronarografia. L'agenda CUP Web di un Hub è visibile ed utilizzabile anche dagli Spoke non di riferimento.	100% dei pazienti con NSTEMI sottoposti a coronarografia hanno evidenza di segnalazione attraverso l'agenda dedicata	31/12/2021	Questo obiettivo non è attuabile per ASFO in quanto nell'ambito delle emergenze cardiologiche NSTEMI le coronarografie vengono effettuate durante il ricovero	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
6.2	Indicatori Emergenza-urgenza	Emergenze Cardiologiche – NSTEMI: Strutturazione del percorso di riabilitazione ambulatoriale/follow-up post STEMI	Evidenza di inserimento in agende dedicate entro 2 mesi dalla dimissione di almeno il 60% dei pazienti con diagnosi di STEMI	31/12/2021	Il 62.9% dei pazienti con diagnosi NSTEMI è stato inserito in agende dedicate entro 2 mesi dalla dimissione.	Obiettivo RAGGIUNTO
6.2	Indicatori Emergenza-urgenza	Emergenze Cardiologiche – Sindrome Aortica Acuta: Utilizzo dei sistemi di telemedicina (teleradiologia, teleconsulto radiologico, teleconsulto cardiocirurgico) nei pazienti con Sindrome Aortica Acuta trasferiti dai centri Spoke ai Centri Hub	% di pazienti con SAA trasferiti dai centri Spoke ai centri hub per i quali è stato utilizzato il sistema di telemedicina >= 75% (2° semestre 2021).	31/12/2021	Il sistema di telemedicina è sempre stato utilizzato per trasferire i casi di dissezione aortica passibili di correzione chirurgica presso la CCH di UDINE. Il sistema di telemedicina non funziona per il nosocomio di Trieste. (Dato non disponibile)	Obiettivo RAGGIUNTO
6.2	Indicatori Emergenza-urgenza	Emergenza Territoriale Aziende: Miglioramento dei tempi allarme-target	Il 75° percentile del tempo allarme target <= 18 minuti	31/12/2021	19' 48" (Dato ARCS)	Obiettivo NON RAGGIUNTO
6.2	Indicatori Emergenza-urgenza	Rene Dialisi peritoneale	Potenziamento della dialisi peritoneale, dei trapianti e dell'emodialisi domiciliare con l'obiettivo di ridurre i pazienti in emodialisi presso i centri dialisi al di sotto del 52% del totale (trapiantati + emodializzati + in dialisi peritoneale) (valori regionali 2019: 33% trapianti, 11% dialisi peritoneale, 55% emodialisi)	31/12/2021	49,3% (Dato ARCS)	Obiettivo RAGGIUNTO
6.3	Trapianto e donazione	Migliorare la comunicazione con i cittadini	Inserimento nella pagina web di ciascuna Azienda delle informazioni per facilitare gli assistiti in merito a – Deposizione Dichiarazioni di volontà alla donazione – Donazione di sangue ed emoderivati – Donazione Cellule Staminali – Donazione di organi – Donazione di tessuti	31/12/2021	Il sito web è stato aggiornato	Obiettivo RAGGIUNTO
6.4	Infertilità	Le aziende sede di Centri di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) concorrono a predisporre un percorso per la preservazione della fertilità in pazienti oncologici con	Predisposizione condivisa del percorso trasmissione e alla DCS entro il 31/12/2021.	31/12/2021	Il documento è stato inviato con prot 12643 in data 31.12.21 alla DCS e ARCS.	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
		coinvolgimento di tutti gli specialisti del percorso terapeutico dei suddetti pazienti.				
6.5	Governo clinico e reti di patologia	Costituzione nuclei funzionali	Evidenza della costituzione dei nuclei funzionali aziendali e comunicazione ad ARCS della loro composizione entro il 30 aprile	30/04/2021	Con Decreto 708 del 29/07/2021 è stato costituito il nucleo funzionale aziendale.	Obiettivo RAGGIUNTO
6.5	Governo clinico e reti di patologia	Partecipazione dei componenti dei nuclei funzionali alla formazione organizzata da ARCS	Partecipazione ai moduli formativi organizzati da ARCS	31/12/2021	La partecipazione è stata garantita	Obiettivo RAGGIUNTO
6.6	Rischio clinico e rete cure sicure	Mantenimento delle indicazioni e delle raccomandazioni ministeriali, misurazione e verifica della loro adozione	Partecipazione alla survey regionale attraverso l'inserimento dei dati nel database fornito da Agenas	31/12/2021	Inseriti i dati come da indicazioni regionale nel portale AGENAS	Obiettivo RAGGIUNTO
6.6	Rischio clinico e rete cure sicure	Effettuazione del monitoraggio degli indicatori semestrali	Evidenza dell'effettuazione del monitoraggio degli indicatori semestrali	semestrale	Visto il perdurare della emergenza COVID, la Rete Cure Sicure ha deciso di non raccogliere i dati per il 2° semestre 2020 e per il 1° semestre 2021	Obiettivo RAGGIUNTO
6.6	Rischio clinico e rete cure sicure	Identificazione di almeno una buona pratica per la Call for Good Practice (Agenas)	Registrazione di almeno una buona pratica nel database fornito da Agenas	31/12/2021	Inserite 3 buone pratiche nel portale AGENAS	Obiettivo RAGGIUNTO
6.6	Rischio clinico e rete cure sicure	Garanzia di trasparenza come indicato dalla Legge 24/2017	Presenza sul sito web aziendale dei dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio e dei dati condivisi con il tavolo regionale dei RM	31/12/2021	Pubblicazione sul sito internet effettuata https://asfo.sanita.fvg.it/amministrazione_trasparente/23_altri_contenuti/trasparenza_dati.html	Obiettivo RAGGIUNTO
6.6	Rischio clinico e rete cure sicure	Valutazione degli ambiti di potenziale miglioramento dei programmi di gestione del rischio clinico	Evidenza della compilazione dello strumento CARMINA	31/12/2021	Compilato l'applicativo CARMINA come da indicazioni regionali	Obiettivo RAGGIUNTO
6.6	Rischio clinico e rete cure sicure	Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva degli antibiotici	Diffusione e condivisione dei report regionali sul consumo di antibiotici e sulle resistenze batteriche nelle unità operative ospedaliere, nei distretti e nelle AFT	31/12/2021	I report sono stati condivisi durante l'incontro effettuato il 29.09 a Pordenone dall'infettivologo.	Obiettivo RAGGIUNTO
6.6	Rischio clinico e rete cure sicure	Rafforzamento della Rete del programma di antimicrobial stewardship	Identificazione di un referente MMG (link professional) per AFT	31/12/2021	I referenti sono stati identificati, ma l'obiettivo è stato stralciato in quanto la realizzazione è stata condizionata dalla gestione dell'emergenza COVID-19.	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
6.6	Rischio clinico e rete cure sicure	Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza	Effettuazione degli studi di prevalenza negli ospedali per acuti (protocollo PPS)	31/12/2021	La PPS è stata realizzata dal 13 al 20 ottobre 2021.	Obiettivo RAGGIUNTO
6.6	Rischio clinico e rete cure sicure	Riduzione del consumo di inibitori di pompa protonica	Prosecuzione del programma come previsto dal tavolo regionale RM	31/12/2021	Si procede allo stralcio dell'obiettivo in quanto la realizzazione è stata condizionata dalla gestione dell'emergenza COVID-19 e non sono state formulate le indicazioni relative nell'anno 2021	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
6.6	Rischio clinico e rete cure sicure	Riduzione del consumo di benzodiazepine e degli ipnotici nelle case di riposo	Avvio del programma come previsto dal tavolo regionale dei RM	31/12/2021	Si procede allo stralcio dell'obiettivo in quanto la realizzazione è stata condizionata dalla gestione dell'emergenza COVID-19 e non sono state formulate le indicazioni relative nell'anno 2021	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
6.6	Rischio clinico e rete cure sicure	Rafforzamento della Rete del programma sull'uso sicuro dei farmaci	Identificazione di un referente MMG (link professional) per AFT	31/12/2021	Si procede allo stralcio dell'obiettivo in quanto la realizzazione è stata condizionata dalla gestione dell'emergenza COVID-19	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
6.6	Rischio clinico e rete cure sicure	Sensibilizzazione dei cittadini e degli operatori sanitari sul tema della violenza a danno degli operatori	Avvio del programma come previsto dal tavolo regionale dei RM	31/12/2021	Non pervenute indicazioni dalla regione nel corso del 2021	Obiettivo RAGGIUNTO
6.6	Rischio clinico e rete cure sicure	Superamento della contenzione come previsto dalla D.G.R. n. 1904/2016	Avvio del gruppo di lavoro e pianificazione della formazione specifica sul tema	31/12/2021	Partecipazione garantita al gruppo regionale con 2 operatrici ASFO.	Obiettivo RAGGIUNTO
6.7	Percorso nascita	Comitato percorso nascita	Le Aziende per il tramite dei loro rappresentanti collaborano alle attività del Comitato e partecipano attivamente ai lavori dei sottogruppi (presenza riunioni > 80%)	31/12/2021	La collaborazione e La partecipazione è stata assicurata	Obiettivo RAGGIUNTO
6.7	Percorso nascita	Tagli cesarei	Tagli cesarei primari dei PN I livello o N. parti < 1000/anno: ≤15%	31/12/2021	12.0% (Dati ARCS)	Obiettivo RAGGIUNTO
6.7	Percorso nascita	Tagli cesarei	Tagli cesarei primari nei PN II livello o N. parti > 1000/anno: ≤ 25%	31/12/2021	20,1% (Dati ARCS)	Obiettivo RAGGIUNTO
6.7	Percorso nascita	Gravidanze a basso rischio	Entro il 30/6/2021 le Aziende comunicano alla Direzione centrale salute il nominativo delle ostetriche che partecipano alle attività di cui alla DGR 723/2018	30/06/2021	Non sussiste agli atti della Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità la richiesta comunicazione proveniente da ASFO	Obiettivo NON RAGGIUNTO
6.7	Percorso nascita	Gravidanze a basso rischio	Il personale di cui sopra partecipa entro il 31/12/2021 ad almeno un evento formativo sulla gestione della gravidanza a basso rischio	31/12/2021	Il personale individuato ha partecipato all'evento RES (ASFO_21155) nelle date 17-18-19 novembre 2021	Obiettivo RAGGIUNTO
6.8	Pediatria	IRCSS Burlo Rete oncologica pediatrica Definizione delle caratteristiche della rete di patologia onco-ematologica pediatrica della Regione FVG, secondo il modello Hub e Spoke, con identificazione di livelli e delle relative responsabilità e sua formalizzazione	Evidenza di costituzione della rete entro il 31/12/2021	31/12/2021	La collaborazione con il BURLO è stata garantita	Obiettivo RAGGIUNTO
6.8	Pediatria	IRCSS Burlo Area emergenza-urgenza Identificazione di un modello Hub & Spoke per il trasporto sanitario inter-ospedaliero in età pediatrica	Entro il 31/12/2021 è definito da parte il documento sul trasporto pediatrico in emergenza urgenza.	31/12/2021	La collaborazione con il BURLO è stata garantita	Obiettivo RAGGIUNTO
6.8	Pediatria	Tutte le aziende Farmaci galenici pediatrici	Entro il 30/6/2021 le aziende regionali condividono il modello per la centralizzazione presso il Burlo della produzione di farmaci galenici secondo i principi definiti con l'ASUGI	30/06/2021	Non risulta evidenza di condivisione del modello per la centralizzazione presso il Burlo della produzione di farmaci galenici che sarà formalizzato.	Obiettivo NON RAGGIUNTO
6.9	Sangue ed emocomponenti	Mantenimento autosufficienza emocomponenti labili e contributo a quella nazionale	Raccolta sanguell DIMT contribuirà alla raccolta di sangue con valori pari alla media tra quelli 2019-2020	31/12/2021	Media numero unità raccolte 2019/2020: 19.681 Numero unità raccolte 2021: 19.833	Obiettivo RAGGIUNTO
6.9	Sangue ed emocomponenti	Emoderivati d piano sangue	Raccolta plasmall DIMT contribuirà alla raccolta di plasma con la quota del 20% (DIMT ASUGI) 25%(DIMT ASFO) 45% (DIMT ASFC) 10%(CURPE) sul totale di 27.500kg come previsti dal documento di programmazione	31/12/2021	Di n. 19.883 unità di plasma raccolte: Prodotto il 28,9% del plasma regionale. (7.955 kg)	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
6.9	Sangue ed emocomponenti	Appropriatezza	Monitoraggio appropriatezzall DMT continuerà anche nel 2021, a promuovere nell'ambito dei COBUS, il monitoraggio dell'appropriatezza delle richieste trasfusionali, con valutazione finale dei risultati e relative azioni correttive. Report trimestrali riportanti i dati di completezza e appropriatezza delle richieste trasfusionali. Attivazione audit nelle strutture con livelli di appropriatezza inferiori alla media dipartimentale.	31/12/2021	Ogni trimestre è stato inviato alla direzione sanitaria e al Cobus il report dell'appropriatezza delle richieste trasfusionali. E' stata effettuata una riunione Cobus il 30 settembre 2021. E' stato svolto audit alla CCSG alla quale viene garantita la terapia trasfusionale dal SC di Medicina Trasfusionale di ASFO.	Obiettivo RAGGIUNTO
6.9	Sangue ed emocomponenti	Sicurezza	Implementazione prescrizione trasfusionale informatizzata in almeno 90% dei reparti (EMOWARD)	31/12/2021	Inviata richiesta formale ad Insiel-Nonostante non vi sia stato un riscontro diretto di Insiel si è provveduto a preparare un Change control per implementare La richiesta trasfusionale informatizzata a San Vito Spilimbergo e al CRO coinvolgendo i Sistemi informatici di ASFO.La proposta del referente regionale è di stralcio dell'obiettivo in quanto il progetto è stato posticipato al 2022 con inserimento della richiesta informatizzata nel Presidio ospedaliero di San Vito Spilimbergo e all' IRCCS CRO di Aviano	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
6.9	Sangue ed emocomponenti	Sicurezza	Relazione sulla fattibilità di utilizzo di 'sistemi barriera' per la trasfusione al letto del paziente	31/12/2021	E' stata predisposta la relazione sulla fattibilità	Obiettivo RAGGIUNTO
6.9	Sangue ed emocomponenti	Governo clinico	Linee guida condivise regionali sulla trasfusione. Costituzione gruppo lavoro	31/12/2021	Nel 2021 il DMT ha partecipato alle riunioni per la revisione sulla procedura per la sicurezza trasfusionale "LOOK BACK, PDI E GESTIONE DONATORE POSITIVO" e per la procedura "GESTIONE EMOCOMPONENTI REGIONE FVG". L'attività si può considerare raggiunta in quanto nel 2021 il DMT ha comunque partecipato alle riunioni per la revisione sulla procedura per la sicurezza trasfusionale "LOOK BACK, PDI E GESTIONE DONATORE POSITIVO" e per la procedura "GESTIONE EMOCOMPONENTI REGIONE FVG" che hanno una valenza regionale (la proposta di valutazione è stata effettuata dal referente regionale)	Obiettivo RAGGIUNTO
6.9	Sangue ed emocomponenti	Rimodulazione modelli raccolta sangue	Sperimentazione di nuove modalità organizzative di raccolta condivise con le Associazioni (1 sperimentazione per DMT)	31/12/2021	Modulazione dei fabbisogni nelle agende per gruppo sanguigno su richieste delle Associazioni e del CURPE per esigenze regionali.	Obiettivo RAGGIUNTO
6.9	Sangue ed emocomponenti	Costituzione di una rete trasfusionale unica regionale	L'azienda collabora alla definizione del progetto vi partecipa attivamente per quanto di competenza.	31/12/2021	Nel 2021 il DMT ha partecipato alle riunioni per la condivisione di un percorso comune per la donazione del plasma immune anti-COVID 19. 'attività si può considerare raggiunta in quanto nel 2021 il DMT ha partecipato alle riunioni per la condivisione di un percorso comune per la donazione del plasma immune anti-COVID 19.(la proposta di valutazione è stata effettuata dal referente regionale)	Obiettivo RAGGIUNTO
6.10	Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH	Le aziende sviluppano programmi dedicati al benessere degli operatori	Gli enti aderenti alla rete regionale, nell'ambito del gruppo regionale benessere sul posto di Lavoro HPH partecipano alla formazione di ARCS dedicata all'attivazione dei Team multiprofessionali	31/12/2021	N. professionisti dell'ASFO che hanno portato a termine la formazione: 5 (Nota ARCS 21.07.2021). 4 partecipanti ad Evento formativo ECM ARCS N°21001 "Aver cura di chi ci cura" _10 moduli per un totale di 40 ore, dal 10 febbraio al 16 giugno. 4 formati e autorizzati con Decreto n. 786 del 02/09/2021 pag. 5 a far parte	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
					dei Team Multiprofessionali (la proposta di valutazione è stata effettuata dal referente regionale)	
6.10	Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH	Le aziende sviluppano programmi dedicati al benessere degli operatori	Gli enti aderenti alla rete regionale, nell'ambito del gruppo aziendale benessere sul posto di Lavoro HPH organizzano un evento formativo per la diffusione del progetto "Aver cura di chi ci ha curato" con la diffusione dei materiali informativi e dei risultati ottenuti nella fase sperimentale sulla base di un format concordato dal gruppo regionale (entro giugno)	30/06/2021	L'evento formativo "Prendiamoci cura di noi...e vogliamo bene. Siamo preziosi" che prevedeva incontri in presenza non è stato attivato a causa dell'emergenza Covid ed è stato sostituito da un calendario (concordato con tutti i coordinatori infermieristici) di interventi individuali di supporto psico-fisico agli operatori con strumenti e metodi precedentemente utilizzati per il progetto "Aver cura di chi ci ha curato". In tutto 56 interventi individuali a PN e a San Vito.	Obiettivo RAGGIUNTO
6.10	Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH	Le aziende sviluppano programmi dedicati al benessere degli operatori	Gli enti aderenti alla rete regionale, nell'ambito del gruppo aziendale benessere sul posto di Lavoro HPH pianificano la trasferibilità del prototipo regionale descritto e messo in atto nella fase sperimentale dal progetto "Aver cura di chi ci ha curato", per la proposta operativa di attivazione nelle aziende in rete (entro il primo semestre)	30/06/2021	Sono stati organizzati 2 incontri informativi e formativi con il gruppo Aziendale benessere per trasmissione risultati e procedure in data 14 maggio e 27 maggio 2021 nel corso dei quali è stato presentato il format. Successivamente i componenti del Comitato hanno trasferito le informazioni alle figure apicali infermieristiche. ASFO è capofila del progetto Aver cura di chi ci cura di cui ARCS è promotore. La documentazione relativa al protocollo di lavoro è stata presentata al CEUR a settembre e ha ricevuto parere favorevole nella seduta del 28.9.2021. In prospettiva di avviare anche l'aggiunta degli altri centri regionali. (la proposta di valutazione è stata effettuata dal referente regionale) (la proposta di valutazione è stata effettuata dal referente regionale)	Obiettivo RAGGIUNTO
6.10	Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH	Le aziende sviluppano programmi dedicati al benessere degli operatori	Nel secondo semestre, gli enti aderenti alla rete regionale attivano i team multiprofessionali previsti nel protocollo di collaborazione per il monitoraggio della resilienza e del lifestyle nella strategia del progetto "Aver cura di chi ci ha curato"	31/12/2021	Attivazione team multiprofessionali Decreto n. 786 del 02/09/2021.	Obiettivo RAGGIUNTO
6.10	Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH	Le Aziende promuovono corretti stili di vita dei pazienti che accedono ai servizi	Gli enti aderenti alla rete regionale, nell'ambito del gruppo regionale Patient Engagement HPH, elaborano uno studio di fattibilità per l'avvio di Team multiprofessionali per la promozione della salute dei pazienti	31/12/2021	AsFo ha partecipato a 3 incontri organizzati da ARCS nei giorni 8 aprile, 13 maggio e 14 giugno 2021 focalizzati sia sulla fattibilità che sul Format. È stato fatto un lavoro di revisione delle cartelle cliniche per individuare i bisogni di promozione della salute dei pazienti finalizzato all'implementazione di programmi dedicati al miglioramento degli stili di vita.	Obiettivo RAGGIUNTO
6.10	Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH	Le Aziende promuovono corretti stili di vita dei pazienti che accedono ai servizi	Gli enti aderenti alla rete regionale elaborano un format per la valutazione dei bisogni di promozione della salute da inserire nella documentazione sanitaria (a cura dei gruppi aziendali per il Patient Engagement - clinical health promotion)	31/12/2021	A causa della continua riorganizzazione dei reparti e delle attività dovuti alla pandemia COVID 19 non è stato possibile proseguire secondo le linee del progetto. AsFo ha partecipato con la referente aziendale del gruppo a 3 incontri organizzati da ARCS nei giorni 8 aprile, 24 agosto e 9 settembre 2021, focalizzati sia sulla fattibilità che sul Format. La referente ha portato cartelle cliniche della sua azienda in visione al gruppo di lavoro per contribuire all'analisi. Ha collaborato al lavoro di revisione per individuare i bisogni di promozione della salute dei pazienti finalizzato all'implementazione di programmi dedicati al miglioramento degli stili di vita. Format condiviso nella riunione regionale del 20 dicembre 2021 (disponibile)	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
					su richiesta). (la proposta di valutazione è stata effettuata dal referente regionale)	
6.10	Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH	Le Aziende promuovono corretti stili di vita dei pazienti che accedono ai servizi	Gli enti aderenti alla rete regionale promuovono il programma per l'astensione del fumo nel periodo perioperatorio.	31/12/2021	A causa della continua riorganizzazione dei reparti e delle attività dovuti alla pandemia COVID 19 non è stato possibile proseguire secondo le linee del progetto. presentazione interna del programma, condivisione con comitato aziendale HPH e associazione A.I.R.	Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO
6.10	Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH	Le Aziende sviluppano un piano di comunicazione per la diffusione degli obiettivi HPH al loro interno	Link della pagina di ARCS e avvio di sezione dedicata nel sito aziendale con aggiornamento su referenti e progetti collegati alle linee di gestione	31/12/2021	E' stata predisposta la sezione nel redazionale all'interno del sito Aziendale. Impostata HOME PAGE della sezione e inviata a tutti i membri aziendali.	Obiettivo RAGGIUNTO
6.11	Accreditamento	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.	31/12/2021	La partecipazione è stata garantita	Obiettivo RAGGIUNTO
6.11	Accreditamento	Partecipazione attiva al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti	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.	31/12/2021	La partecipazione è stata garantita	Obiettivo RAGGIUNTO
6.11	Accreditamento	Partecipazione al programma di accreditamento nazionale degli organismi tecnicamente accreditanti	Gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti inseriti nell'elenco nazionale dei valutatori dell'accREDITamento di partecipare alle attività organizzate dal Ministero della salute e dall'Agenas	31/12/2021	La partecipazione è stata garantita. (La proposta del referente regionale è di stralcio dell'obiettivo in quanto nel 2021 nessuna attività ministeriale è stata proposta ai valutatori. È stata erogata invece, una edizione del corso base regionale per i valutatori in elenco.	Obiettivo NON VALUTABILE(STRALCIO)
6.11	Accreditamento	Garanzia del funzionamento dell'OTA FVG	Gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti, componenti dell'OTA regionale, di svolgere le funzioni previste dalla DGR 2220/2015 e dal Decreto n. 1899/2017	31/12/2021	La partecipazione è stata garantita	Obiettivo RAGGIUNTO
7.1	Tetti spesa farmaceutica	Tetto per la spesa farmaceutica per acquisti diretti(farmaceutica ospedaliera, diretta e DPC) = 7,85 % del FSR, comprensiva della spesa per acquisto diretto gas medicinali - ATC V03AN -, che ha a sua volta l'ulteriore specifico limite massimo di spesa pari allo 0,2%. Tetto per la spesa farmaceutica convenzionata = 7,00 % del FSR. Nello specifico i vincoli di spesa fissati a livello regionale per il 2021 sono riepilogati nel capitolo dedicato alle risorse finanziarie	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.	31/12/2021	Dati sui tetti per la spesa farmaceutica disposizione da DCS. (I tetti sono valutati dall'AIFA a livello regionale e non per singola azienda): Farmaceutica convenzionata: 6,18 Raggiunto; Farmaceutica diretta: 10,68 Non raggiunto; Gas medicali: 0,122 Raggiunto(Fonte Monitoraggio AIFA della Spesa Farmaceutica Nazionale e Regionale Gennaio - Dicembre 2021 del 28.4.2022)	Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO
7.1	Tetti spesa farmaceutica	Tetto per la spesa farmaceutica per acquisti diretti(farmaceutica ospedaliera, diretta e DPC) = 7,85 % del FSR, comprensiva della	Rispetto dei vincoli regionali: monitoraggio mensile indicatori linee di gestione a cura della DCS.	31/12/2021	Rispetto dei vincoli regionali – Fonte dati Report Servizio Assistenza Farmaceutica della DCSPSD - FARMACEUTICA DIRETTA TERRITORIALE: 88,14€ pro capite (+10,14€ rispetto allo standard)-	Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
		spesa per acquisto diretto gas medicinali - ATC V03AN -, che ha a sua volta l'ulteriore specifico limite massimo di spesa pari allo 0,2%. Tetto per la spesa farmaceutica convenzionata = 7,00 % del FSR. Nello specifico i vincoli di spesa fissati a livello regionale per il 2021 sono riepilogati nel capitolo dedicato alle risorse finanziarie			FARMACEUTICA DIRETTA (DPC): 37,49€ pro capite (-0,51 rispetto alla standard,)- FARMACEUTICA DIRETTA (CONVENZIONATA): 111,68€ pro capite (-0,32 rispetto alla standard)- FARMACEUTICA OSPEDALIERA + 10% DIRETTA: 12.595.742 € (-6,0% Rispetto al valore 2020)- FARMACEUTICA OSPEDALIERA (FARMACI ONCOLOGICI ED EMATO-ONCOLOGICI): 812.842€ -6,3% rispetto al 2020.Rispettati 4/5 vincoli regionali: - Farmaceutica territoriale diretta standard 78,00: Non Raggiunto (Valore aziendale 88,04); - Farmaceutica territoriale (distribuzione per conto) standard 38,00: Raggiunto (valore aziendale 37,49); - Farmaceutica territoriale (convenzionata) standard 112,00: Raggiunto (Valore aziendale 111,68); - Farmaceutica ospedaliera +10% diretta standard -0,5%: Raggiunto (valore aziendale -6,0% - - 7,7% netto cdc COVID);- Farmaceutica ospedaliera oncologicimantenimento valore 2020: Raggiunto (valore aziendale -6,3%) (Fonte report DCS Monitoraggio Indicatori Linee per la gestione 2021 Novembre - Dicembre)	
7.2	Contenimento spesa farmaceutica e appropriatezza prescrittiva	Le Aziende invieranno un report di sintesi semestrale e annuale alla DCS con evidenza dei monitoraggi effettuati, delle iniziative di audit e feedback adottate, delle azioni più significative intraprese e degli esiti conseguiti nel corso del primo semestre e dell'intero anno 2021 (ad esempio per oncologici, immunologici, farmaci per l'epatite C, terapie intra-vitreali, equivalenti, IPP, nota AIFA 96 e nuova nota 97, EBPM ecc).	Invio alla DCS da parte delle Aziende di due report di sintesi sull'attività del primo semestre, entro 30/09/2021 e sull'attività annuale entro il 15/04/2022, da cui si evincano:Obiettivi assegnati, monitoraggi effettuati, azioni intraprese ed esiti: - in ambito ospedaliero relativi a setting ad alto impatto di spesa; - in ambito territoriale (distrettuale, ambulatoriale, MMG) al fine di favorire l'appropriatezza; Modalità di valutazione: Report inviati nei termini: sì/no (peso 40%) Report congruenti in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 60%)	30/09/2021	I report sono stati inviati via mail alla DCS il 30/9/2021 e il 20/4/2022. Valutazione appropriatezza farmaci area oculistica, epatite C, biosimilari, note AIFA 96 e 97. Relazione inviata e congruente con gli obiettivi assegnati, monitoraggio e azioni	Obiettivo RAGGIUNTO
7.2	Contenimento spesa farmaceutica e appropriatezza prescrittiva	Le Aziende invieranno un report di sintesi semestrale e annuale alla DCS con evidenza dei monitoraggi effettuati, delle iniziative di audit e feedback adottate, delle azioni più significative intraprese e degli esiti conseguiti nel corso del primo semestre e dell'intero anno 2021 (ad esempio per oncologici, immunologici, farmaci per l'epatite C, terapie intra-vitreali, equivalenti, IPP, nota AIFA 96 e nuova nota 97, EBPM ecc).	Invio alla DCS da parte delle Aziende di due report di sintesi sull'attività del primo semestre, entro 30/09/2021 e sull'attività annuale entro il 15/04/2022, da cui si evincano:Obiettivi assegnati, monitoraggi effettuati, azioni intraprese ed esiti: - in ambito ospedaliero relativi a setting ad alto impatto di spesa; - in ambito territoriale (distrettuale, ambulatoriale, MMG) al fine di favorire l'appropriatezza; Modalità di valutazione: Report inviati nei termini: sì/no (peso 40%) Report congruenti in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 60%)	15/04/2022	I report sono stati inviati via mail alla DCS il 30/9/2021 e il 20/4/2022. Valutazione appropriatezza farmaci area oculistica, epatite C, biosimilari, note AIFA 96 e 97. Relazione inviata e congruente con gli obiettivi assegnati, monitoraggio e azioni	Obiettivo RAGGIUNTO
7.3	Appropriatezza prescrittiva – indicatori in ambito territoriale	Le Tabelle riportano il target per il 2021 relativamente agli indicatori: - consumo pro –capite di farmaci inibitori di pompa protonica (IPP); - consumo di antibiotici sul territorio e in età pediatrica; - percentuale di	Consumo pro – capite di farmaci inibitori di pompa protonica<=25 up pro cap Consumo di antibiotici sul territorio DDD 1000 res. pes. Die:ASUGI <=13,44;ASUFCS <= 13,50;ASFOS <= 16,50	31/12/2021 31/12/2021	Consumo pro-capite di farmaci inibitori di pompa protonica: 33,0 pro capite – Obiettivo non raggiunto consumo di antibiotici sul territorio DDD 1000 res. Pes die: 10,7 - Obiettivo raggiunto	Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO 2 indicatori a target su 4- (Fonte

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
		abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi.	Consumo di antibiotici in età pediatrica DDD:ASUGI ≤ 14,80;ASUFC≤ 14,14;ASFO≤ 14,80	31/12/2021	Consumo di antibiotici in età pediatrica DDD 1000 res. Pes. Die: 6,1 - Obiettivo raggiunto	report DCS Monitoraggio Indicatori Linee per la gestione 2021 Novembre - Dicembre)
			Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi:ASUGI ≤23,50;ASUFC≤20,50;ASFO≤ ≤21,50	31/12/2021	Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi: 21,96% - Obiettivo non raggiunto	
7.4	Contenimento spesa farmaceutica - Biosimilari	Nell'ambito delle categorie di medicinali di cui è disponibile l'alternativa biosimile, gli Enti favoriscono l'impiego delle specialità che garantiscono l'efficienza del SSR	Invio alla DCS di un report di sintesi entro il 15/04/2022 descrittivo delle attività svolte, dei percorsi attivati con i prescrittori e delle ricadute per il SSR, specificatamente per gli ambiti dell'assistenza ospedaliera e territoriale (diretta, DPC e convenzionata).I dati di spesa e di consumo, rilevati secondo lo schema predisposto dalla DCS, integreranno i report.Modalità di valutazione: Report congruenti in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 60%) Relazioni inviate nei termini: sì/no (peso 40%)	15/04/2022	Il report è stato inviato alla DCS.	Obiettivo RAGGIUNTO
7.5	Gestione delle terapie con ormone della crescita	L'Ente nella gestione delle terapie con ormone della crescita attiva un team aziendale (composto almeno da un medico e un infermiere) che garantisca la formazione dei nuovi pazienti e care-giver al corretto uso degli autoiniettori per la somministrazione dell'ormone della crescita presenti nella graduatoria dell'accordo quadro regionale.	Evidenza dell'attivazione del team entro il 30/06/2021.Modalità di valutazione: Attivazione del team nei termini: sì/no (peso 50%)	30/06/2021	La composizione del team è stata inviata alla DCS con nota prot 52120 del 30.06.2021.	Obiettivo RAGGIUNTO
7.5	Gestione delle terapie con ormone della crescita	L'Ente nella gestione delle terapie con ormone della crescita attiva un team aziendale (composto almeno da un medico e un infermiere) che garantisca la formazione dei nuovi pazienti e care-giver al corretto uso degli autoiniettori per la somministrazione dell'ormone della crescita presenti nella graduatoria dell'accordo quadro regionale.	Invio alla DCS entro il 30/02/2022 di un report dell'attività di formazione svolta nel 2021, con evidenza degli autoiniettori proposti e selezionati.Modalità di valutazione: Invio del report nei termini: sì/no (peso 50%)	28/02/2022	A causa della carenza del personale infermieristico, per l'anno 2021 non è stato possibile avviare il progetto sulla formazione dei nuovi pazienti e care-giver sulla gestione delle terapie con ormone della crescita. Dai dati di prescrizione risultano avviati 4 nuovi pazienti a cui fare la formazione da parte del team formalmente attivato(la proposta di valutazione è stata effettuata dal referente regionale)	Obiettivo NON RAGGIUNTO
7.7	distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali	In coerenza con le modalità organizzative conseguenti alla situazione pandemica da Covid19, le Aziende garantiscono azioni che nell'ambito della distribuzione diretta e della DPC dei medicinali possano assicurare l'ottimizzazione dei percorsi assistenziali e le migliori ricadute economiche sul SSR	Invio alla DCS di una relazione sull'attività del primo semestre, entro 30/09/2021 e di una relazione sull'attività annuale entro il 15/04/2022 da cui si evincano le azioni, gli esiti ed i monitoraggi svolti nell'ambito della DPC e della distribuzione diretta, integrati da tabelle di sintesi (come da schema della DCS) Modalità di valutazione: Relazioni congruenti in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 60%) Relazioni inviate nei termini: sì/no (peso 40%)	30/09/2021	I report sono stati inviati via mail alla DCS il 30/9/2021 e il 20/4/2022. Relazioni congruenti agli obiettivi assegnati, da cui si evincono chiaramente le azioni puntuali messe in atto dall'Azienda al fine di migliorare l'assistenza e le ricadute economiche sul SSR. Relazioni inviate nei termini(la proposta di valutazione è stata effettuata dal referente regionale)	Obiettivo RAGGIUNTO
7.7	distribuzione diretta (DD) e distribuzione	In coerenza con le modalità organizzative conseguenti alla situazione pandemica da	Invio alla DCS di una relazione sull'attività del primo semestre, entro 30/09/2021 e di una	15/04/2022	I report sono stati inviati via mail alla DCS il 30/9/2021 e il 20/4/2022. Relazioni congruenti agli obiettivi assegnati, da cui si	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
	per conto (DPC) dei medicinali	Covid19, le Aziende garantiscono azioni che nell'ambito della distribuzione diretta e della DPC dei medicinali possano assicurare l'ottimizzazione dei percorsi assistenziali e le migliori ricadute economiche sul SSR	relazione sull'attività annuale entro il 15/04/2022 da cui si evincano le azioni, gli esiti ed i monitoraggi svolti nell'ambito della DPC e della distribuzione diretta, integrati da tabelle di sintesi (come da schema della DCS) Modalità di valutazione: Relazioni congruenti in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 60%) Relazioni inviate nei termini: sì/no (peso 40%)		evincono chiaramente le azioni puntuali messe in atto dall'Azienda al fine di migliorare l'assistenza e le ricadute economiche sul SSR. Relazioni inviate nei termini (la proposta di valutazione è stata effettuata dal referente regionale)	
7.8	Assistenza integrativa	Le Aziende monitorano:a) l'appropriatezza delle prescrizioni dei dispositivi monouso per pazienti diabetici, con particolare riferimento al rispetto dei quantitativi massimi erogabili a carico del SSR delle strisce per la misurazione capillare della glicemia e all'utilizzo corretto dei codici di esenzione.a) i dati di spesa dei dispositivi per il monitoraggio della glicemia interstiziale(CGM, FGM e SAP)	Presentazione alla DCS di una relazione sintetica entro il 15/04/2022 relativa alle attività intraprese, i monitoraggi effettuati e gli esiti conseguiti.Modalità di valutazione:Relazione congruente in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 60%)Relazione inviate nei termini: sì/no (peso 40%)	15/04/2022	Il report è stato inviato alla DCS. Relazioni congruenti agli obiettivi assegnati, da cui si evincano chiaramente le azioni puntuali messe in atto dall'Azienda al fine di migliorare l'assistenza e le ricadute economiche sul SSR. Relazioni inviate nei termini (la proposta di valutazione è stata effettuata dal referente regionale)	Obiettivo RAGGIUNTO
7.8	Assistenza integrativa	Nell'ambito dell'assistenza integrativa le Aziende sanitarie e gli IRCCS effettuano una ricognizione dei percorsi e delle procedure attuate anche al fine di una possibile armonizzazione degli stessi.	Invio alla DCS entro il 15/04/2022 delle risultanze della ricognizione effettuata.Modalità di valutazione: Ricognizione effettuata e inviata: sì/no	15/04/2022	Il report è stato inviato alla DCS. Si procede allo stralcio dell'obiettivo in quanto attività non di pertinenza dell'Azienda	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
7.9	Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	REGISTRI AIFA E RECUPERO RIMBORSI Per la prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA viene 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 garantirne l'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.	Assicurare la registrazione dei pazienti e l'inserimento di tutti i dati richiesti, con particolare riferimento ai pazienti extra regione trattati con medicinali innovativi e oncologici innovativi, per consentire il rimborso dei costi sostenuti attraverso il meccanismo della fatturazione diretta.Modalità di valutazione:Evidenza dei monitoraggi/percorsi aziendali per la gestione delle eventuali criticità in tutti gli Enti del SSR: sì/no	31/12/2021	La registrazione di tutti i dati richiesti è assicurata.E' assicurato l'invio delle Richieste di Rimborso secondo le modalità definite da AIFA.	Obiettivo RAGGIUNTO
7.9	Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	REGISTRI AIFA E RECUPERO RIMBORSI Per la prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA viene 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 garantirne l'appropriatezza d'uso e consentire il	Assicurare l'invio delle Richieste di Rimborso secondo le modalità definite da AIFA per tutti i farmaci con accordo MEA, anche attraverso la nuova piattaforma gestione rimborsi.Modalità di valutazione:Riscontro agli approfondimenti/richieste di verifica relative ai registri AIFA/procedure di rimborso, inviate nei termini indicati: sì/no	31/12/2021	La registrazione di tutti i dati richiesti è assicurata.E' assicurato l'invio delle Richieste di Rimborso secondo le modalità definite da AIFA.	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
		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.				
7.9	Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	REGISTRI AIFA E RECUPERO RIMBORSIPer la prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA viene 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 garantire l'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.	Monitoraggi/controlli periodici effettuati, nell'ambito dei percorsi aziendali in essere, per la risoluzione di eventuali criticità legate al mancato/ritardato inserimento dei pazienti in piattaforma (inserimento del 100% dei casi ai fini della rimborsabilità).	periodici	La registrazione di tutti i dati richiesti è assicurata.E' assicurato l'invio delle Richieste di Rimborso secondo le modalità definite da AIFA.	Obiettivo RAGGIUNTO
7.9	Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	PRESCRIZIONI PERSONALIZZATE PSM ITER ELETTRONICO Per tutte le Aziende, la copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM dovrà essere garantita per il 95%, con riferimento ai medicinali erogati in distribuzione diretta nominale mediante lo stesso applicativo, anche al fine di consentire un puntuale monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e la promozione dei medicinali acquisiti centralmente da ARCS. Le Aziende assicureranno azioni di sensibilizzazione su quelle strutture/reparti per i quali si rileva un modesto utilizzo dell'iter elettronico, al fine di ridurre l'erogazione derivante da prescrizioni cartacee indotte verso altre aziende.	% delle prescrizioni di medicinali erogati in distribuzione diretta nominale effettuate con il sistema PSM - iter elettronico $\geq 95\%$.La DCS invierà periodicamente agli Enti del SSR un report relativo alle prescrizioni indotte con iter cartaceo verso altre Aziende /IRCCS, per le successive azioni di sensibilizzazione.Modalità di valutazione:Target rilevati dalla DCS.- $\% \geq 95\%$: obiettivo raggiunto- $\%$ tra 85% e 95%: obiettivo parzialmente raggiunto- $\% < 85\%$: obiettivo non raggiunto	31/12/2021	% delle prescrizioni di medicinali erogati in distribuzione diretta nominale effettuate con il sistema PSM - iter elettronico = 97,3%. Dato DCS: 99,4%.	Obiettivo RAGGIUNTO
7.9	Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	PRESCRIZIONE INFORMATIZZATA DEI PIANI TERAPEUTICI 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 70% di tutti pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive, prevedendo azioni mirate di sensibilizzazione dei prescrittori	- % di ricorso alla prescrizione informatizzata tramite applicativo PSM-PT per tutti i pazienti: $> 70\%$ - Burlo: % PT informatizzati per medicinali soggetti a nota AIFA 39 o 74 o altre indicazioni pediatriche $> 70\%$ rispetto al totale dei PT redatti dall'IRCCS.Modalità di valutazione:Target rilevati dalla DCS. Per le modalità di calcolo dell'indicatore si rimanda alla DGR n. 1912/2018- % PT informatizzati per tutti i pazienti $> 70\%$ raggiunto- % PT informatizzati per	31/12/2021	Il dato sulla % di ricorso alla prescrizione informatizzata tramite applicativo PSM-PT per tutti i pazienti: 84%	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
		all'utilizzo dello strumento nelle categorie di medicinali per i quali si osserva un ricorso prevalente al PT cartaceo (es. farmaci per l'infertilità o ormone della crescita per Burlo). Nel favorire l'implementazione di tale sistema informatizzato sarà inoltre assicurato il controllo dei piani terapeutici ed il rispetto delle note limitative AIFA.	tutti i pazienti tra 65-70% parzialmente raggiunto- % PT informatizzati per tutti i pazienti < 65% non raggiunto Per gli IRCCS (non avendo come parametro di riferimento i residenti) la % di PT informatizzati (> 70%) è calcolata rispetto al totale dei Piani terapeutici redatti dalla struttura (distinti in informatizzati + cartacei) e comunicato formalmente alla DCS entro il 15/04/2022. Per il Burlo la valutazione riguarderà i medicinali indicati.			
7.9	Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	FLUSSI INFORMATIVI FARMACEUTICI Inserimento dei dati, 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 un possibile mancato invio. Va assicurata, per il corretto calcolo del rispetto dei tetti di spesa, l'integrale copertura della fase 3 su fase 2 (100% della spesa negli ambiti previsti) per quanto riguarda la distribuzione diretta, nonché l'inserimento a sistema del codice targatura (> 99% confezioni) in fase di erogazione diretta dei medicinali (applicativo PSM). Le Aziende assicurano un controllo periodico sulla coerenza dei centri di Costo (ospedaliera e diretta), con particolare riferimento alla corretta implementazione dei centri di costo correlati all'emergenza COVID-19. 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.	Verifiche dei dati entro il 10 di ogni mese: Integrale copertura fase 3/fase 2 (> 99,5% della spesa negli ambiti previsti). Modalità di valutazione: Target rilevati dalla DCS - copertura fase 3/fase 2: % > 99,5%: raggiunto % tra 99% e 99,5%: parzialmente raggiunto % < 99%: non raggiunto	mensile	copertura fase 3/fase 2= 100% (Fonte BO estrazione 7.7.2022)	Obiettivo RAGGIUNTO
7.9	Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	FLUSSI INFORMATIVI FARMACEUTICI Inserimento dei dati, 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	Verifiche dei dati entro il 10 di ogni mese: Inserimento codice targatura in fase di erogazione diretta dei medicinali (> 99%). Target rilevati dalla DCS Targatura- % confezioni diretta PSM > 99%: raggiunto- % confezioni diretta PSM da 97% a 99%: parzialmente raggiunto- % confezioni diretta PSM < 97%: non raggiunto	mensile	% confezioni diretta PSM =99,2%(Fonte BO estrazione 7.7.2022: 99,14%)	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
		particolare riferimento ai disallineamenti derivanti da un possibile mancato invio. Va assicurata, per il corretto calcolo del rispetto dei tetti di spesa, l'integrale copertura della fase 3 su fase 2 (100% della spesa negli ambiti previsti) per quanto riguarda la distribuzione diretta, nonché l'inserimento a sistema del codice targatura (> 99% confezioni) in fase di erogazione diretta dei medicinali (applicativo PSM).Le Aziende assicurano un controllo periodico sulla coerenza dei centri di Costo (ospedaliera e diretta), con particolare riferimento alla corretta implementazione dei centri di costo correlati all'emergenza COVID-19. 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.				
7.9	Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	FLUSSI INFORMATIVI FARMACEUTICI Inserimento dei dati, 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 un possibile mancato invio. Va assicurata, per il corretto calcolo del rispetto dei tetti di spesa, l'integrale copertura della fase 3 su fase 2 (100% della spesa negli ambiti previsti) per quanto riguarda la distribuzione diretta, nonché l'inserimento a sistema del codice targatura (> 99% confezioni) in fase di erogazione diretta dei medicinali (applicativo PSM).Le Aziende assicurano un controllo periodico sulla coerenza dei centri di Costo (ospedaliera e diretta), con particolare riferimento alla corretta implementazione dei centri di costo correlati all'emergenza COVID-19. Le Aziende e l'ARCS danno riscontro ad eventuali approfondimenti richiesti dalla Direzione Centrale, anche su istanza	Inserimento dei dati, verifiche e controlli di congruenza dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese	mensile	L'attività è realizzata	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
		Ministero della Salute, entro 15 giorni dalle comunicazioni.				
7.9	Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	FLUSSI INFORMATIVI FARMACEUTICI Inserimento dei dati, 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 un possibile mancato invio. Va assicurata, per il corretto calcolo del rispetto dei tetti di spesa, l'integrale copertura della fase 3 su fase 2 (100% della spesa negli ambiti previsti) per quanto riguarda la distribuzione diretta, nonché l'inserimento a sistema del codice targatura (> 99% confezioni) in fase di erogazione diretta dei medicinali (applicativo PSM). Le Aziende assicurano un controllo periodico sulla coerenza dei centri di Costo (ospedaliera e diretta), con particolare riferimento alla corretta implementazione dei centri di costo correlati all'emergenza COVID-19. 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.	Riscontro entro 15 giorni agli eventuali approfondimenti richiesti o segnalazioni inviate.	entro 15 gg ricevimento	Non è pervenuta alcuna richiesta di riscontro al 31.12. Si procede allo stralcio dell'obiettivo in quanto non sono state fatte richieste di approfondimento	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
7.10	Farmacovigilanza	Gli Enti del SSR assicurano le attività di Farmacovigilanza nel rispetto della normativa vigente secondo quanto previsto dalle procedure operative AIFA per i CRFV e i RLFV	Mantenimento della % di segnalazione on-line $\geq 90\%$ in linea con le indicazioni AIFA e tenuto conto dell'avvio a fine 2021/inizio 2022 della nuova piattaforma di segnalazione collegata alla RNF Modalità di valutazione: % segnalazioni online/segналazioni totali $\geq 90\%$. Target rilevati dalla DCS	31/12/2021	La % segnalazioni online/segналazioni totali il dato è del 99,7%. % di segnalazione on-line aggiornata al 31.12.2021: 99,8 (Fonte DCS)	Obiettivo RAGGIUNTO
7.10	Farmacovigilanza	Gli Enti assicurano l'inserimento delle segnalazioni di sospette reazioni avverse relative a medicinali utilizzati nella terapia del COVID-19 (compresi i nuovi vaccini) o nei pazienti con COVID-19 (qualsiasi medicinale), secondo le indicazioni fornite da AIFA. Il CRFV fornirà eventuale supporto ai RLFV al fine di migliorare la qualità del dato inserito.	Inserimento delle segnalazioni di sospetta ADR relative a medicinali utilizzati nella terapia COVID-19 o nel paziente COVID-19 secondo i parametri e con le codifiche indicate da AIFA (comunicati 4 maggio e 27 novembre 2020). Modalità di valutazione: Andamento periodico (su base semestrale) delle segnalazioni di ADR relative a medicinali utilizzati nella terapia del COVID-19 o nei pazienti con COVID-19,	31/12/2021		Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
			effettuato dal CRFV.% codifica inserimento corretta/ totale segnalazioni inserite ≥ 80%.Riscontri a richieste del CRFV su qualità del dato: si/no			
8.1	Sistema informativo di gestione della formazione	Contribuire alla analisi del processo organizzativo per una adeguata configurazione del sistema di tutte le aziende, assieme all'azienda pilota già avviata nell'anno 2020	Tutte le aziende partecipano, con propri operatori, alle attività svolte per l'attivazione del sistema e forniscono contributi per ottimizzare l'attivazione nel proprio ambito. Si richiede la presenza del 90% delle convocazioni	31/12/2021	La partecipazione è stata garantita per tutte le riunioni previste, il personale della SOS Formazione ha partecipato in base al proprio coinvolgimento nel processo formativo;	Obiettivo RAGGIUNTO
8.1	Sistema informativo di gestione della formazione	Completare l'attivazione del sistema nelle aziende in accordo con le indicazioni di DCS partecipando alla messa a punto del sistema ed organizzando turni del personale per favorire la formazione in aula e sul campo	Completare l'attivazione del sistema presso tutte le altre aziende entro il 31/12/2021	31/12/2021	La SOS Formazione ha partecipato alla sperimentazione fino al 31.12.21, con il 1° gennaio 2022 il nuovo gestionale è a regime. La formazione del personale della in presenza è stata effettuata nei giorni 30 settembre, 6 e 11 ottobre 2021.	Obiettivo RAGGIUNTO
8.2	Sistema informativo dei distretti	Contribuire alla analisi del processo organizzativo per una adeguata configurazione del sistema di tutte le aziende, assieme all'azienda pilota individuata nell'anno 2020	Tutte le aziende partecipano, con propri operatori, alle attività svolte per l'attivazione del sistema e forniscono contributi per ottimizzare l'attivazione nel proprio ambito. Si richiede la presenza del 90% delle convocazioni	31/12/2021	Abbiamo svolto l'attività di Azienda Pilota partecipando a tutte le riunioni	Obiettivo RAGGIUNTO
8.2	Sistema informativo dei distretti	Completare l'attivazione del sistema nell'azienda pilota in accordo con le indicazioni di DCS/ARCS partecipando alla messa a punto del sistema ed organizzando turni del personale per favorire la formazione in aula e sul campo	Completare l'attivazione del sistema presso l'azienda pilota entro il 30/09/2021	30/09/2021	Tutte le attività sono state svolte entro il 30/09/2021 come previsto dal progetto regionale. Il sistema è attivato dal 30/09/2021 in tutti i distretti di AsFo.	Obiettivo RAGGIUNTO
8.2	Sistema informativo dei distretti	Attivare il sistema in un'altra azienda ottimizzando i contenuti del sistema e le esperienze formative e di avviamento della azienda pilota.	Attivare il sistema entro il 31/12/2021	31/12/2021		Obiettivo RAGGIUNTO
8.2	Sistema informativo dei distretti	Favorire la collaborazione nell'assistenza territoriale fra Aziende sanitarie, Ambiti del sociale e Enti del terzo settore per rendere possibile il coordinamento degli interventi di assistenza anche tramite la condivisione e/o l'integrazione dei sistemi informativi.	Partecipare all'analisi delle attività che favoriscono la collaborazione nell'assistenza territoriale. Si richiede la presenza del 90% delle convocazioni	31/12/2021	L'AsFO ha collaborato alla formazione/divulgazione in altre aziende.	Obiettivo RAGGIUNTO
8.3	Sistema informativo gestione economica finanziaria e economato	Contribuire alla analisi del processo organizzativo per una adeguata configurazione del sistema	Partecipazione al 90% delle riunioni convocate	31/12/2021	La partecipazione è stata garantita	Obiettivo RAGGIUNTO
8.3	Sistema informativo gestione economica finanziaria e economato	Siti pilota: collaborare in termini di test del sistema, opportunamente integrato con i sistemi satelliti	Sistema funzionante nelle aziende pilota (verbale collaudo) entro il 30/06/2021	30/06/2021	Sito Pilota ASUGI/ARCS. progettualità riproposta nelle linee annuali per la Gestione 2022	Obiettivo NON VALUTABILE(STRA LCIO)

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
8.3	Sistema informativo gestione economica finanziaria e economato	Avviamento in tutte le aziende del SSR secondo un cronoprogramma definito dalla ditta aggiudicatrice della gara tenendo conto delle peculiarità delle aziende e con una attenzione alla formazione in aula e sul campo	Sistema funzionante in tutte le aziende (verbale collaudo) entro il 31/12/2021	31/12/2021	Da cronoprogramma Regionale l'avvio per ASFO è prevista nel corso del 2022. progettualità riproposta nelle linee annuali per la Gestione 2022	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
8.4	Telemedicina	Censimento delle soluzioni di telemedicina presenti attualmente in azienda con indicazione delle integrazioni già operative con i sistemi aziendali e quelle ritenute importanti da realizzare.	Fornire l'elenco delle soluzioni di telemedicina presenti con indicazioni delle integrazioni entro il 31/03/2021	31/03/2021	L'elenco è stato fornito	Obiettivo RAGGIUNTO
8.4	Telemedicina	Analisi e valutazione dei processi dei post-acuti con scompenso cardiaco, diabete o BPCO per individuare quali soluzioni di telemedicina possono essere adottate e se devono essere rese operative strutture capaci di controllare e monitorare gli strumenti di telemedicina utilizzati.	Partecipazione al 90% delle riunioni dei team interaziendali di analisi e valutazione.	31/12/2021	La partecipazione è stata garantita, quando richiesta	Obiettivo RAGGIUNTO
8.4	Telemedicina	Stesura piano regionale di attivazione delle soluzioni di telemedicina nelle varie aziende tenendo conto delle esperienze già maturate e dell'analisi e valutazione dei processi dei post- acuti.	Partecipazione alla stesura del piano regionale di attivazione e avviamento e messa a punto delle soluzioni di telemedicina individuate per l'azienda.	31/12/2021	La partecipazione è stata garantita, non sono emerse dal tavolo regionale coordinato da DCS indicazioni per la stesura di un piano di attivazione e avviamento	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
8.5	Ricetta e piano terapeutico dematerializzato	Ricette dematerializzate specialistica farmaceutica e medici specialisti	90% sul totale delle ricette entro il 31/12/2021	31/12/2021	Il dato della specialistica è aggiornato a ottobre 2019, mentre il dato sull'erogato farmaceutico è disponibile nel Visual Analytics:71,73%. Si evidenzia un aumento significativo rispetto al 2020, che registrava un valore di 60,20%.	Obiettivo RAGGIUNTO
8.5	Ricetta e piano terapeutico dematerializzato	Ricette dematerializzate specialistica e farmaceutica dei MMG/PLS	95% sul totale delle ricette entro il 31/12/2021	31/12/2021	Il dato della specialistica è aggiornato a ottobre 2019, mentre il dato sull'erogato farmaceutico è disponibile nel Visual Analytics: 93,75%. Si evidenzia un aumento rispetto al 2020, che registrava un valore di 89,27	Obiettivo RAGGIUNTO
8.5	Ricetta e piano terapeutico dematerializzato	Ricette dematerializzate non SSR	Media del 50 % sui mesi in cui è attiva la ricetta non SSR dematerializzata entro il 31/12/2021	31/12/2021	Non pervenute indicazioni nel 2021. Il sistema non è ancora disponibile. INSIEL non ha potuto attivare la dematerializzazione della ricetta non SSR per mancanza delle specifiche nazionali.L'attività è stata realizzata a seguito della comunicazione delle specifiche adottate a livello nazionale (2022), pertanto si ritiene di stralciare l'obiettivo	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
8.5	Ricetta e piano terapeutico dematerializzato	Piani terapeutici dematerializzati	Media del 50 % sui mesi in cui è attiva la firma digitale del piano terapeutico dematerializzato	31/12/2021	Non pervenute indicazioni nel 2021.L'attività è stata annullata a livello nazionale, pertanto si ritiene di stralciare l'obiettivo	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
8.6	Linee guida integrazione Asset	Censimento dei sistemi informatici delle aziende del SSR da integrare con gli asset regionali.	Predisporre un documento secondo le linee guida regionali entro il 31/10/2021	31/10/2021	E' stata svolta un'attività con Insiel di mappatura delle principali attività di integrazione previste nel corso del 2021. Il servizio Sistemi informativi e privacy non ha ricevuto il censimento degli	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
					asset regionali, in quanto non sono state ancora predisposte le linee guida regionali e quindi si procede allo stralcio	
8.7	Piattaforma di integrazione	Contribuire alla analisi del processo organizzativo per una adeguata configurazione della piattaforma (definizione processi, PDTA)	Tutte le aziende partecipano, con propri operatori, alle attività svolte per l'analisi dei processi e forniscono contributi per ottimizzare l'attivazione del PDTA. Si richiede la presenza del 90% delle convocazioni	31/12/2021	Non pervenute di indicazioni regionali. Il servizio sistemi informativi e privacy ha subito dei rallentamenti nella realizzazione dell'attività, causa COVID. La linea operativa non è stata avviata	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
8.7	Piattaforma di integrazione	Configurare e sperimentare il sistema nell'azienda pilota in accordo con le indicazioni di DCS partecipando alla messa a punto del sistema	Completare la sperimentazione del sistema presso l'azienda pilota entro il 31/10/2021	31/10/2021	Non pervenute di indicazioni regionali. Il servizio sistemi informativi e privacy ha subito dei rallentamenti nella realizzazione dell'attività, causa COVID. La linea operativa non è stata avviata	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
8.8	Sistema informativo integrato a supporto della presa in carico	Definizione del documento progettuale che includa tutte le caratteristiche e le modalità del sistema per la definizione del Capitolato	Definizione del documento progettuale che includa tutte le caratteristiche e le modalità del sistema per la definizione del Capitolato	31/12/2021	Non pervenute di indicazioni regionali. E' stato avviato il gruppo di lavoro e sono stati programmati e realizzati gli incontri per la stesura del documento previsto	Obiettivo RAGGIUNTO
8.9	Censimento apparecchiature	Censimento di tutte le apparecchiature (pc, mobile, stampanti ecc.) dove saranno attivati i sistemi del personale, della contabilità e dei distretti. Per i pc nel censimento va indicata la versione del Sistema Operativo. Sono da riportare anche nuove esigenze indotte dall'introduzione dei nuovi sistemi.	Elenco apparecchiature entro il 31/5/2021	31/05/2021	Gli elenchi sono stati predisposti nei tempi previsti.	Obiettivo RAGGIUNTO
8.9	Censimento apparecchiature	Censimento di tutto il parco apparecchiature (pc, mobile, stampanti ecc.) con indicazioni di nuove esigenze.	Elenco apparecchiature entro il 31/5/2021	31/05/2021	Gli elenchi sono stati predisposti nei tempi previsti.	Obiettivo RAGGIUNTO
8.9	Censimento apparecchiature	Indicazioni delle apparecchiature di rete da sostituire con indicazioni delle caratteristiche (doppio alimentatore, ecc.)	Elenco apparecchiature entro il 31/12/2021	31/12/2021	Gli elenchi sono stati predisposti nei tempi previsti.	Obiettivo RAGGIUNTO
8.10	Privacy in Sanità	Convocazione incontri trimestrali (4 all'anno)	Partecipazione ad almeno 3 incontri su 4 programmati con condivisione e attestazione del verbale predisposto dal segretario.	31/12/2021	Con nota protocollata 14003/AG del 23 febbraio 2021 è stato individuato il referente privacy aziendale. La partecipazione agli incontri è stata garantita.	Obiettivo RAGGIUNTO
8.11	PACS	Referto multimediale	Il dispiegamento della soluzione sperimentata sarà completato in tutti i servizi di radiologia delle Aziende regionali entro 6 mesi dalla sostituzione del refertatore vocale	entro 6 mesi sostituzione refertatore vocale	La proposta del referente regionale è di stralcio dell'obiettivo in quanto la gara indetta da INSIEL per l'acquisizione del nuovo refertatore vocale non è stata portata a termine.	obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
8.11	PACS	Refertatore vocale	Sostituzione, presso tutte le radiologie della regione, dell'attuale refertatore, ormai obsoleto e non più rispondente ai requisiti di sicurezza informatica. INSIEL presenta la soluzione tecnologica individuata entro il 28.02.2021 e concorderà entro il 31.03.2021 con la DCS, che si avvarrà del supporto di ARCS, il cronoprogramma delle sostituzioni con l'obiettivo di completarle entro giugno 2021. Le Aziende si attivano per	30/06/2021	In attesa degli esiti della sperimentazione del nuovo refertatore nel sito pilota. Si procede allo stralcio dell'obiettivo in quanto la gara indetta da INSIEL per l'acquisizione del nuovo refertatore vocale non è stata portata a termine.	obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
			agevolare il passaggio al nuovo refertatore secondo le date concordate.			
8.11	PACS	Visibilità interaziendale di referti diagnostici e delle relative immagini per i pazienti in cura	Avvio utilizzo del fascicolo sanitario operatore in tutte le aziende entro 30.09.2021.	30/09/2021	Si tratta di una progettualità aziendale limitatamente alla messa in servizio dello strumento che consente di condividere le immagini quando lo stesso sarà messo a disposizione da parte di Regione e Insiel. La funzione di visualizzazione immagini è stata attivata per il FSE Operatore entro settembre 2021.	obiettivo RAGGIUNTO
8.11	PACS	Visibilità interaziendale in regime emergenziale di referti diagnostici e delle relative immagini	Sviluppo entro 30.09.2021 di una soluzione strumentale prototipale in grado di soddisfare le esigenze dei flussi emergenziali.	30/09/2021	Si tratta di una progettualità aziendale limitatamente alla messa in servizio dello strumento che consente di condividere le immagini quando lo stesso sarà messo a disposizione da parte di Regione e Insiel. La proposta del referente regionale è di stralcio dell'obiettivo in quanto in attesa dell'esito dell'interpello del garante Privacy sulla visibilità dei documenti in emergenza	obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
8.11	PACS	Adeguamento piattaforma di refertazione radiologica al D. Lgs.101/2020	DCS nomina entro febbraio 2021 e, con l'eventuale supporto di ARCS, coordina un gruppo di lavoro con i referenti tecnici di INSIEL e con i referenti aziendali in materia di radioprotezione e di radiologia. Il gruppo di lavoro entro giugno 2021 individua le necessarie modifiche della piattaforma di refertazione radiologica per poter ottemperare a D. Lgs. 101/2020 e propone entro settembre 2021 un cronoprogramma di attività di sviluppo e implementazione.	30/09/2021	La partecipazione è stata garantita. Il gruppo è stato nominato ed è in attività. E' garantita la collaborazione in caso di richiesta da parte del gruppo tecnico. L'azienda è rappresentata all'interno del gruppo tecnico nominato da DCS per il tramite della Fisica sanitaria del CRO,	obiettivo RAGGIUNTO
9.2	Applicativo SIASI e trattamento dei dati	Assicurare la corretta e tempestiva codifica dei reparti e dei relativi posti letto nel sistema SIASI	Tutti i reparti e le sezioni che registrano movimenti di ricovero devono avere il corretto codice disciplina associato e un numero di posti letto assegnati	31/12/2021	L'attività è stata svolta	obiettivo RAGGIUNTO
9.2	Applicativo SIASI e trattamento dei dati	Inserimento schede di morte nell'apposito applicativo SIASI	Il 98% delle schede di morte vengono inserite nel sistema siasi entro 3 mesi dall'evento	31/12/2021	2.756 su 3.670 schede di morte inserite entro 90 giorni (75.10%) (Dati ARCS - Dato provvisorio ISTAT)	Obiettivo NON RAGGIUNTO
9.5	Acquisto di beni e regolare gestione delle evidenze contabili dei magazzini	Verifica delle modalità di gestione amministrativa e contabile da parte degli enti dei beni acquistati ai fini di una corretta e regolare rappresentazione contabile dei costi di esercizio e del valore delle rimanenze di magazzino secondo il principio della competenza economica e eventuale adozione delle misure correttive necessarie a garantire tale corretta e regolare rappresentazione contabile	ARCS predisporre e trasmettere alla Direzione salute entro il 30/6/2021 una relazione in cui, in merito a procedure e modalità amministrative e di contabilizzazione seguite dagli enti del SSR nella gestione dei beni acquistati in rapporto agli obblighi di regolare tenuta delle scritture contabili per una corretta e regolare rappresentazione contabile dei costi di esercizio e del valore delle rimanenze di magazzino nel rispetto del principio della competenza economica:- si evidenzia lo stato esistente in ciascun ente;- si verifica e valuta la funzionalità e conformità delle procedure esistenti in rapporto agli obblighi di adeguata e regolare rappresentazione contabile;- si comunicano le	30/06/2021	La collaborazione è stata assicurata, partecipando ai diversi incontri e con invio delle informazioni richieste da ARCS	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
			eventuali misure correttive necessarie da adottarsi negli enti per garantire il rispetto degli obblighi di adeguata e regolare rappresentazione contabile, evidenziando contenuti, modalità e tempistica prevista per il processo di adeguamento correttivo.			
9.6	Gestione del patrimonio tecnologico biomedicale	Ricognizione straordinaria del patrimonio tecnologico biomedicale	Ciascun ente conclude entro il 31.10.2021 la ricognizione straordinaria del patrimonio tecnologico biomedicale.	31/10/2021	L'attività si è conclusa nel mese di novembre, agli atti lettera con le motivazioni del ritardo. La ricognizione straordinaria del patrimonio tecnologico biomedicale e della riconciliazione con le viste inventariali è stata affidata ad una ditta esterna che certifica la conclusione della rilevazione con specifiche note trasmesse alle aziende in data 03.11.2021 specificando che ci sarebbero stati ulteriori passaggi all'interno delle strutture ospedaliere finalizzati a migliorare gli esiti della ricognizione già effettuata	Obiettivo RAGGIUNTO
9.6	Gestione del patrimonio tecnologico biomedicale	Aggiornamento dello stato patrimoniale	Entro i termini di chiusura del bilancio 2021 ciascun ente aggiorna la base dati inventariale e il relativo libro cespiti in base agli esiti della ricognizione straordinaria del patrimonio tecnologico biomedicale.	31/12/2021	Attività realizzata	Obiettivo RAGGIUNTO
9.7	Utilizzo di forme di partenariato pubblico privato e di concessione di costruzione e gestione e verifica della corretta rappresentazione contabile dei loro costi	Verifica di regolarità e correttezza, per misura, modalità e criteri adottati, della rappresentazione contabile degli utilizzi di beni e servizi per mezzo di forme di partenariato pubblico privato e di concessione di costruzione e gestione, funzionalmente all'adeguata rappresentazione a bilancio dei costi collegati nel rispetto di principi, norme e criteri contabili applicabili per tale rappresentazione	Gli enti entro il 30/6/2021:- effettuano una ricognizione nella propria realtà aziendale dell'eventuale sussistenza dell'utilizzo di beni e servizi per mezzo di forme di partenariato pubblico privato e di concessione di costruzione e gestione nonché le modalità di rappresentazione contabile di tale fenomeno gestionale in uso;- in caso di sussistenza dello strumento gestionale in discorso, predispongono e trasmettono alla Direzione centrale salute ed ad ARCS una relazione illustrativa sulle modalità di rappresentazione contabile del suo utilizzo evidenziando, se presenti, eventuali difformità di contabilizzazione rispetto a principi, norme e criteri contabili da applicarsi a tale rappresentazione e indicando altresì, le misure correttive - in termini di azioni e tempistiche programmate - per l'adeguamento di gestione contabile necessario.	30/06/2021	Nella realtà aziendale non ci sono forme di partenariato pubblico privato	Obiettivo RAGGIUNTO
11.5.2	Programmazione della formazione	Programmazione della formazione	Predisposizione e trasmissione alla DCS del Piano della formazione entro il 31 marzo 2021	31/03/2021	Con decreto 152 del 25.02.2021 è stato adottato il Piano della formazione 2021 ed inviato alla DCR con nota PEC 23230 del 26.03.2021 e con decreto 290 del 31.03.2021 è stato decretato l'aggiornamento, trasmesso alla DCS con nota PEC nr. 25659 del 06.04.2021	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
11.5.2	Programmazione della formazione	Programmazione della formazione	Eventuale aggiornamento del piano entro 30 gg dalla pubblicazione del PRF	entro 30 gg PRF	Il PFR è stato adottato con decreto della Direzione Centrale Salute nr. 1703 del 30.06.2021, pertanto abbiamo riaggiornato il piano e riadottato con decreto del DG n. 676 del 22 luglio 2021	Obiettivo RAGGIUNTO
11.5.2	Programmazione della formazione	Programmazione della formazione	Redazione ed invio della Relazione annuale sulle attività formative 2020 entro il 31/5/2021	31/05/2021	La Relazione annuale sulle attività formative 2020 è stata inviata alla Direzione Centrale Salute con nota PEC nr. 33300 del 03.05.2021	Obiettivo RAGGIUNTO
12.1	Atti aziendali	proposta di collocazione funzioni e attività (art. 54 LR 22/2019)	Gli enti del Servizio sanitario regionale trasmettono all'Azienda regionale di coordinamento per la salute e alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità la proposta collocazione, ai sensi dell'art. 54, c. 1, della l.r. n. 22/2019, delle funzioni e attività per l'organizzazione dell'assistenza distrettuale, per l'assistenza alla persona con dipendenze e con disturbi mentali, per la prevenzione collettiva e sanità pubblica, per l'assistenza ospedaliera.	31/03/2021	L'azienda ha trasmesso all'ARCS con nota prot 26731 del 08.04.2021 la prima proposta di Funzioni AsFO per la strutturazione del nuovo Atto Aziendale. Con DGR 1279/2021 di agosto 2021 è stato dato atto del parere di coerenza funzionale espresso da ARCS sulla proposta di ricognizione delle funzioni e attività per l'organizzazione dell'assistenza distrettuale, per l'assistenza alla persona con dipendenze e con disturbi mentali, per la prevenzione collettiva e sanità pubblica, per l'assistenza ospedaliera trasmessa da AsFO. La DGR 1279/2021 ha procrastinato il termine di presentazione degli Atti Aziendali al 27/09/2021. Si precisa da subito che pur essendo in grado questa Azienda di presentare una propria prima proposta di nuovo Atto Aziendale nel termine indicato, ciò non è stato fatto perché mancavano specifiche linee guida regionali che dovevano discendere dalla DGR 1279/2021. Infatti solo con DGR n. 1446 del 24.09.2021 recante "L.R. 22/19. Definizione delle attività e delle funzioni dei livelli assistenziali del Servizio Sanitario Regionale", sono state adottate linee guida e definizioni delle funzioni in capo all'Azienda ed alla luce della definizione dei livelli di assistenza adottati con DGR citata il solo 24/09/2021 era impossibile per le Azienda redigere un Atto Aziendale conforme alle direttive.	Obiettivo RAGGIUNTO
12.1	Atti aziendali	proposta atto aziendale (art. 54 LR 22/2019)	Gli enti del Servizio sanitario regionale, nel rispetto delle deliberazioni della Giunta regionale di cui all'art. 54, c. 1, della l.r. n. 22/2019 da adottarsi entro il 31 luglio 2021, trasmettono alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità e all'Azienda regionale di coordinamento per la salute la proposta di atto aziendale recante la disciplina di organizzazione e di funzionamento di cui all'art. 54, c. 4, della l.r. n. 22/2019 e compatibile con la cornice finanziaria propria di ciascun ente Target modificato con DGR 1683 del 8/11/2021	27/09/2021	Viste le delibere della Giunta regionale nn. DGR 1279/2021, 1446/2021 e 1965/2021 aventi come oggetto percorso per l'adozione degli atti aziendali e la definizione delle attività e delle funzioni dei livelli essenziali del servizio sanitario regionale, essendo stato modificato il percorso di adozione degli atti aziendali si procede allo stralcio dell'obiettivo.	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
12.2.1	Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale	Ricognizione da parte degli Enti dell'organizzazione e attuale svolgimento delle attività così come esistente e elaborazione ed attuazione di ipotesi riorganizzative dello svolgimento delle attività che partendo dall'articolata strutturazione aziendale, e di quella dei altri	Presentazione alla Direzione Centrale Salute e a ARCS entro il 30/4/2021 da parte degli Enti di relazione su ipotesi riorganizzativa dello svolgimento delle attività per il raggiungimento degli obiettivi di miglioramento indicati, anche con esposizione dello stato ex ante al	30/04/2021	Le tre relazioni su riduzione rischio conseguente alla gestione pandemica, sulla riorganizzazione delle sale operatorie e sull'utilizzo delle apparecchiature diagnostiche sono state trasmesse alla DCS e ad ARCS con nota prot 52136 del 30/06/2021, senza che venga definita in modo operativo la tempistica.	Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
		presidi ospedalieri regionali, utilizzino appieno la potenzialità di costruzione di percorsi operativi distinti per la riduzione del rischio conseguente alla gestione pandemica, e ciò non solo all'interno di ogni presidio ospedaliero, ma anche per mezzo di una gestione adeguata della rete aziendale e di quella regionale	31/01/2021 Target modificato con DGR 1683 del 8/11/2021			
12.2.1	Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale	Ricognizione da parte degli Enti dell'organizzazione e attuale svolgimento delle attività così come esistente e elaborazione ed attuazione di ipotesi riorganizzative dello svolgimento delle attività che partendo dall'articolata strutturazione aziendale, e di quella dei altri presidi ospedalieri regionali, utilizzino appieno la potenzialità di costruzione di percorsi operativi distinti per la riduzione del rischio conseguente alla gestione pandemica, e ciò non solo all'interno di ogni presidio ospedaliero, ma anche per mezzo di una gestione adeguata della rete aziendale e di quella regionale	Attuazione entro il 30/6/2021 della riorganizzazione presentata nella relazione finalizzata a significativo aumento delle prestazioni erogate con valorizzazione dell'utilizzo integrato della rete aziendale e di quella regionale. Target modificato con DGR 1683 del 8/11/2021	30/06/2021	Per quanto riguarda l'attivazione dei processi previsti dai piani di riorganizzazioni, l'Ente rappresenta che gli stessi sono limitati dal fatto che la pandemia COVID richiede procedure di sanificazione/impiantistica particolare che di fatto impediscono il piano di riorganizzazione. L'Ente, tuttavia, non espone nella nota prot. 52136 del 30/06/2021 un piano riorganizzativo completo di cronoprogramma operativo concretamente applicabile e non si dà corso alla richiesta riorganizzazione in attuazione di un programma sostanzialmente non disponibile.	Obiettivo NON RAGGIUNTO
12.2.1	Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale	Ricognizione da parte degli Enti delle modalità di pianificazione operativa, tipologia di funzionamento giornaliero (a blocchi, dedicato a singola unità operativa, ovvero integrato e trasversale), orario giornaliero e settimanale, ore e giorni, di funzionamento e disponibilità delle sale operatorie, con predisposizione e implementazione di riorganizzazione funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo.	Presentazione alla Direzione Centrale Salute e a ARCS entro il 30/4/2021 da parte degli Enti di relazione su ipotesi riorganizzativa funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo, anche con esposizione dello stato ex ante al 31/01/2021; Target modificato con DGR 1683 del 8/11/2021	30/04/2021	Le tre relazioni su riduzione rischio conseguente alla gestione pandemica, sulla riorganizzazione delle sale operatorie e sull'utilizzo delle apparecchiature diagnostiche sono state trasmesse alla DCS e ad ARCS con nota prot 52136 del 30/06/2021, senza che venga definita in modo operativo la tempistica.	Obiettivo PARzialmente RAGGIUNTO
12.2.1	Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale	Ricognizione da parte degli Enti delle modalità di pianificazione operativa, tipologia di funzionamento giornaliero (a blocchi, dedicato a singola unità operativa, ovvero integrato e trasversale), orario giornaliero e settimanale, ore e giorni, di funzionamento e disponibilità delle sale operatorie, con predisposizione e implementazione di riorganizzazione funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo.	Attuazione entro il 30/6/2021 della riorganizzazione funzionale e dell'ampliamento di tempo di utilizzo delle sale operatorie. Target modificato con DGR 1683 del 8/11/2021	30/06/2021	Per quanto riguarda l'attivazione dei processi previsti dai piani di riorganizzazioni, l'Ente rappresenta che gli stessi sono limitati dal fatto che la pandemia COVID richiede procedure di sanificazione/impiantistica particolare che di fatto impediscono il piano di riorganizzazione. L'Ente, tuttavia, non espone nella nota prot. 52136 del 30/06/2021 un piano riorganizzativo completo di cronoprogramma operativo concretamente applicabile e non si dà corso alla richiesta riorganizzazione in attuazione di un programma sostanzialmente non disponibile.	Obiettivo NON RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
12.2.1	Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale	Ricognizione da parte degli Enti delle modalità di utilizzo delle apparecchiature diagnostiche finalizzata all'aumento dei tempi di utilizzo - in termini di funzionamento orario giornaliero e settimanale, ore e giorni - sia per la diretta erogazione ai pazienti di prestazioni ambulatoriali, sia a servizio delle attività interne dei presidi ospedalieri, e implementazione della riorganizzazione delle apparecchiature diagnostiche e ampliamento del tempo di utilizzo	Presentazione alla Direzione Centrale Salute e a ARCS entro il 30/4/2021 da parte degli Enti di relazione su ipotesi riorganizzativa funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo, anche con esposizione dello stato ex ante al 31/01/2021; Target modificato con DGR 1683 del 8/11/2021	30/04/2021	Le tre relazioni su riduzione rischio conseguente alla gestione pandemica, sulla riorganizzazione delle sale operatorie e sull'utilizzo delle apparecchiature diagnostiche sono state trasmesse alla DCS e ad ARCS con nota prot 52136 del 30/06/2021. Per quanto riguarda l'attivazione dei processi previsti dai piani di riorganizzazioni, l'Ente rappresenta che gli stessi sono limitati dal fatto che la pandemia COVID richiede procedure di sanificazione/impiantistica particolare che di fatto impediscono il piano di riorganizzazione. L'Ente, tuttavia, non espone nella nota prot. 52136 del 30/06/2021 un piano riorganizzativo completo di cronoprogramma operativo concretamente applicabile.	Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO
12.2.1	Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale	Ricognizione da parte degli Enti delle modalità di utilizzo delle apparecchiature diagnostiche finalizzata all'aumento dei tempi di utilizzo - in termini di funzionamento orario giornaliero e settimanale, ore e giorni - sia per la diretta erogazione ai pazienti di prestazioni ambulatoriali, sia a servizio delle attività interne dei presidi ospedalieri, e implementazione della riorganizzazione delle apparecchiature diagnostiche e ampliamento del tempo di utilizzo	Attuazione entro il 30/6/2021 della riorganizzazione funzionale e dell'ampliamento di tempo di utilizzo e prestazioni erogate delle apparecchiature diagnostiche. Target modificato con DGR 1683 del 8/11/2021	30/06/2021	Per quanto riguarda l'attivazione dei processi previsti dai piani di riorganizzazioni, l'Ente rappresenta che gli stessi sono limitati dal fatto che la pandemia COVID richiede procedure di sanificazione/impiantistica particolare che di fatto impediscono il piano di riorganizzazione. L'Ente, tuttavia, non espone nella nota prot. 52136 del 30/06/2021 un piano riorganizzativo completo di cronoprogramma operativo concretamente applicabile e non si dà corso alla richiesta riorganizzazione in attuazione di un programma sostanzialmente non disponibile.	Obiettivo NON RAGGIUNTO
12.2.1	Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale	Attività di predisposizione, organizzazione, coordinamento e partecipazione finalizzata alla tenuta di riunioni tra ARCS, Direzione Centrale Salute e Enti di monitoraggio condiviso, coordinamento e informative delle azioni di cambiamento organizzativo programmate e di gestione e miglioramento dell'attività di erogazione delle prestazioni	ARCS avvia l'attività, con prima riunione da tenersi, con frequenza quindicinale, a partire dal 30/4/2021. Target modificato con DGR 1683 del 8/11/2021	ogni 15 gg da 30/4/2021	L'azienda ha partecipato sempre con la presenza del Direttore Sanitario o suo delegato.	Obiettivo RAGGIUNTO
12.2.1	Trasferimento e riorganizzazione di funzioni	Trasferimento funzione Medicina Nucleare del CRO come previsto dall'Accordo Quadro sottoscritto dalle due aziende il 30/6/2016	Trasferimento della funzione di Medicina Nucleare al CRO dal 1/4/2021 Obiettivo aziendale inserito nella programmazione regionale a valere per tutti gli enti interessati (rif. DGR 1683 del 8/11/2021)	01/04/2021	Con decreto AsFO n.287 del 31.03.2021 si è decretato lo scorporo della funzione di Medicina Nucleare e cessione di tale ramo d'Azienda al Centro Oncologico di Aviano a partire dal 01.04.2021	Obiettivo RAGGIUNTO
12.2.1	Trasferimento e riorganizzazione di funzioni	Completa il trasferimento della medicina trasfusionale dal CRO all'Azienda ASFO	Erogazione della funzione di Medicina trasfusionale da parte di ASFO su due poli di attività con personale ASFO Obiettivo aziendale inserito nella programmazione regionale a valere per tutti gli enti interessati (rif. DGR 1683 del 8/11/2021)	31/12/2021	Con Decreto AsFO 288 del 31.03.2021 si prende atto del Decreto del CRO di Aviano n. 107 del 31.03.2021 recante "Integrazione e completamento accordo interaziendale sul trasferimento delle funzioni e attività della Medicina Trasfusionale all'Azienda sanitaria "Friuli Occidentale" di Pordenone. Individuazione personale del comparto e trasferimento con decorrenza 01 aprile 2021".	Obiettivo RAGGIUNTO
12.2.1	Nuovo ospedale di ASFO	Prosecuzione lavori riguardanti il nuovo ospedale	Prosecuzione attività secondo cronoprogramma Obiettivo aziendale inserito	31/12/2021	Nell'anno 2021, nel mese giugno sono terminati i lavori relativi alla realizzazione della Cittadella della Salute con consegna all'ASFO il	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
			nella programmazione regionale a valere per tutti gli enti interessati (rif. DGR 1683 del 8/11/2021)		30/08/2021 e l'attivazione dell'attività sanitaria il 13/09/2021. L'avanzamento dell'intervento complessivo di realizzazione del nuovo ospedale a dicembre 2021 è pari al 66,3 %, riconducibile ad una contabilizzazione dei lavori eseguiti di circa 84,8 milioni di euro, rispetto al quadro economico complessivo. Nel mese di giugno 2021 sono state avviate le istruttorie di gara per la segnaletica dell'ospedale e per l'allestimento edile-impiantistico e attrezzaggio medicale del blocco operatorio e terapia intensiva. Successivamente, nel mese di novembre 2021 sono state avviate le procedure per l'acquisizione degli arredi. Nel corso del 2022 proseguiranno i lavori di costruzione del nuovo ospedale che, in conseguenza delle sopravvenute esigenze tradotte nella perizia di variante n.4, nonché della procedura di accordo bonario intercorsa, avranno compimento nel mese di ottobre 2022. Si prevede un avanzamento dell'attività di cantiere con un deciso incremento in ordine agli allestimenti impiantistici, attraverso l'ultimazione delle dotazioni impiantistiche primarie. Trattasi, quindi, di una proiezione al 31/12/2022 che prevede l'ultimazione dei lavori al 100% dell'intervento, pari a circa 127.000.000 €.	
12.2.2.4	Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni sanitarie indifferibili	Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni sanitarie indifferibili	gli enti devono, in particolare, garantire - almeno nella misura del novanta per cento del totale per la tipologia di prestazione - nei tempi di attesa previsti l'erogazione delle seguenti prestazioni: attività ambulatoriale per prestazioni garantite dal SSN - prestazioni specialistiche afferenti alle classi di priorità come definite dal PNGLA 2019-2021 di cui all'Intesa Stato-Regioni 21.02.2019:• U (Urgente): da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;• B (Breve), da eseguire entro 10 giorni;	31/12/2021	Le prestazioni ambulatoriali urgenti sono state garantite nei tempi richiesti. Le prestazioni ambulatoriali in priorità B sono garantite entro i tempi richiesti nel 53,6% dei casi.	Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO (si rimanda al paragrafo "Tempi di Attesa" del presente documento)
12.2.2.4	Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni sanitarie indifferibili	Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni sanitarie indifferibili	Gli enti devono, in particolare, garantire - almeno nella misura del novanta per cento del totale per la tipologia di prestazione - nei tempi di attesa previsti l'erogazione delle seguenti prestazioni: attività di ricovero per prestazioni garantite dal SSN:• ricoveri in regime di urgenza;• ricoveri elettivi oncologici;• ricoveri elettivi non oncologici con classe di priorità A (come definita dal PNGLA 2019-2021 di cui all'Intesa Stato-Regioni 21.02.2019).	31/12/2021	Le prestazioni di ricovero urgenti sono state garantite nei tempi richiesti. I ricoveri elettivi oncologici con priorità A sono stati garantiti complessivamente nel 72,8% dei casi nei tempi richiesti, con un tempo medio di attesa di 25,5 giorni. I ricoveri elettivi non oncologici con priorità A sono stati garantiti complessivamente nell'85,9% dei casi nei tempi richiesti, con un tempo medio di attesa di 23,2 giorni. (dati ARCS)	Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO (si rimanda al paragrafo "Tempi di Attesa" del presente documento)
14.2.10	Gestione fondi statali COVID-19	Gestione fondi statali COVID-19	Le Aziende dovranno sin d'ora provvedere alla raccolta della documentazione necessaria alla rendicontazione delle spese sostenute per la gestione dell'emergenza.	31/12/2021	Le attività sono rendicontate nel capitolo POLITICHE DEL PERSONALE. E' proseguita la creazione e alimentazione dei centri di costo COVID. In occasione dei rendiconti infrannuali, gli Enti del SSR hanno censito e stimato i costi attribuiti alla gestione COVID mediante la compilazione di una sezione separata degli schemi di conto economico e delle tabelle di monitoraggio sull'utilizzo dei	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
					finanziamenti statali 2020 e 2021, per specifica finalità di utilizzo come da normativa di assegnazione. E' stata data inoltre evidenza dei costi sostenuti per la gestione della campagna vaccinale COVID 2021. In sede di bilancio consuntivo è stato compilato il modello ministeriale CECOVID 2021 e le relative tabelle di monitoraggio sull'utilizzo dei finanziamenti statali 2020 e 2021 e sugli accantonamenti effettuati.	

AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA FRIULI CENTRALE (ASUFC)

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
1	Covid	Piano regionale di assistenza territoriale	Assicurare la realizzazione del piano regionale di assistenza territoriale	31/12/2021	Con nota prot. n. 81835 del 31/5/2021 è stato trasmesso alla DCSPSD il monitoraggio relativo al I trimestre, con prot. n. 113171 del 29/7/2021 quello relativo al II trimestre 2021, con nota prot. n. 159483 del 27/10/2021 quello relativo al III trimestre 2021 e con nota prot.n. 13372 del 25.1.2022 quello relativo al 4° trimestre. Si rappresenta la necessità di definire centralmente criteri di compilazione e fonte dei dati da utilizzare	Valutazione POSITIVA
1	Covid	Piano regionale di assistenza territoriale	Rendicontazione, in uno specifico paragrafo in occasione nei rendiconti periodici sull'andamento della gestione (ex. art. 56 LR 22/2019), dello stato di avanzamento rispetto a:- Potenziamento dell'Assistenza domiciliare- Attività delle USCA- Avvio delle Centrali operative territoriali- Sorveglianza della circolazione SARS COV2 (contact tracing e notifiche)- Utilizzo personale	31/05/2021	Con nota prot. n. 81835 del 31/5/2021 è stato trasmesso alla DCSPSD il monitoraggio relativo al I trimestre, con prot. n. 113171 del 29/7/2021 quello relativo al II trimestre 2021, con nota prot. n. 159483 del 27/10/2021 quello relativo al III trimestre 2021 e con nota prot.n. 13372 del 25.1.2022 quello relativo al 4° trimestre. Si rappresenta la necessità di definire centralmente criteri di compilazione e fonte dei dati da utilizzare. La rendicontazione dei Piani di Assistenza Territoriale è stata richiesta direttamente dalla DCS e le aziende l'hanno inviata con le modalità dalla stessa definite, al fine di poter trasmettere il monitoraggio regionale al Ministero. Nel rendiconto non è presente una relazione specifica, tuttavia è stato rendicontato il costo sostenuto per il personale assunto in ambito territoriale e per le USCA tramite l'utilizzo dei finanziamenti specifico. Considerati i rendiconti trimestrali inviati alla DCS si propone di valutare l'obiettivo realizzato	Obiettivo RAGGIUNTO
1	Covid	Piano regionale di assistenza territoriale	Rendicontazione, in uno specifico paragrafo in occasione nei rendiconti periodici sull'andamento della gestione (ex. art. 56 LR 22/2019), dello stato di avanzamento rispetto a:- Potenziamento dell'Assistenza domiciliare- Attività delle USCA- Avvio delle Centrali operative territoriali- Sorveglianza della circolazione SARS COV2 (contact tracing e notifiche)- Utilizzo personale	31/07/2021	Con nota prot. n. 81835 del 31/5/2021 è stato trasmesso alla DCSPSD il monitoraggio relativo al I trimestre, con prot. n. 113171 del 29/7/2021 quello relativo al II trimestre 2021, con nota prot. n. 159483 del 27/10/2021 quello relativo al III trimestre 2021 e con nota prot.n. 13372 del 25.1.2022 quello relativo al 4° trimestre. Si rappresenta la necessità di definire centralmente criteri di compilazione e fonte dei dati da utilizzare. La rendicontazione dei Piani di Assistenza Territoriale è stata richiesta direttamente dalla DCS e le aziende l'hanno inviata con le modalità dalla stessa definite, al fine di poter trasmettere il monitoraggio regionale al Ministero. Nel rendiconto non è presente una relazione specifica, tuttavia è stato rendicontato il costo sostenuto per il personale assunto in ambito territoriale e per le USCA tramite l'utilizzo dei finanziamenti specifico. Considerati i rendiconti trimestrali inviati alla DCS si propone di valutare l'obiettivo realizzato	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
1	Covid	Piano regionale di assistenza territoriale	Rendicontazione, in uno specifico paragrafo in occasione nei rendiconti periodici sull'andamento della gestione (ex. art. 56 LR 22/2019), dello stato di avanzamento rispetto a:- Potenziamento dell'Assistenza domiciliare- Attività delle USCA- Avvio delle Centrali operative territoriali- Sorveglianza della circolazione SARS COV2 (contact tracing e notifiche)- Utilizzo personale	31/10/2021	Con nota prot. n. 81835 del 31/5/2021 è stato trasmesso alla DCSPSD il monitoraggio relativo al I trimestre, con prot. n. 113171 del 29/7/2021 quello relativo al II trimestre 2021, con nota prot. n. 159483 del 27/10/2021 quello relativo al III trimestre 2021 e con nota prot.n. 13372 del 25.1.2022 quello relativo al 4° trimestre. Si rappresenta la necessità di definire centralmente criteri di compilazione e fonte dei dati da utilizzare. La rendicontazione dei Piani di Assistenza Territoriale è stata richiesta direttamente dalla DCS e le aziende l'hanno inviata con le modalità dalla stessa definite, al fine di poter trasmettere il monitoraggio regionale al Ministero. Nel rendicontono non è presente una relazione specifica, tuttavia è stato rendicontato il costo sostenuto per il personale assunto in ambito territoriale e per le USCA tramite l'utilizzo dei finanziamenti specifico. Considerati i rendiconti trimestrali inviati alla DCS si propone di valutare l'obiettivo realizzato	Obiettivo RAGGIUNTO
1	Covid	Piano regionale di potenziamento assistenza ospedaliera	Assicurare la realizzazione del piano regionale di potenziamento della rete ospedaliera	31/12/2021	L'attività trova una prima attuazione con l'adozione del decreto n.574 del 21/05/2021; si è provveduto mensilmente alla trasmissione ad ARCS dei monitoraggi relativi al piano del DL 34/2020.Sono stati attivati Servizi di trasporto con mezzi dedicati - ambulanze - ad utenti COVID in dimissione da Pronto Soccorso e da reparti di Malattie Infettive oltre a mezzi dedicati- taxi- per trasporto di utenti da e verso domicilio.Il capitolo relativo alla spesa del personale SSR evidenzia le modalità di utilizzo del personale. Nel corso del 2021 lo stato di avanzamento degli interventi è stato rendicontato dalle singole aziende con periodicità mensile così come richiesto dal Ministero della Salute utilizzando le modalità definite dal Ministero stesso (file excel di rendicontazione predisposto dal Ministero). Le Aziende hanno portato avanti le attività di potenziamento della rete ospedaliera nel rispetto del cronoprogramma validato dal Ministero	Obiettivo RAGGIUNTO
1	Covid	Piano regionale di potenziamento assistenza ospedaliera	Rendicontazione, in uno specifico paragrafo in occasione nei rendiconti periodici sull'andamento della gestione (ex. art. 56 LR 22/2019), dello stato di avanzamento rispetto a:- Potenziamento posti letto di terapia intensiva e semintensiva, area medica- Rete emergenza e urgenza ospedaliera- Stabilizzazione dei percorsi separati nei PS della Regione- Emergenza territoriale- Assicurare trasporti sanitari dedicati ai soggetti COVID e ai soggetti fragili- Utilizzo del personale	31/05/2021	L'attività trova una prima attuazione con l'adozione del decreto n.574 del 21/05/2021; si è provveduto mensilmente alla trasmissione ad ARCS dei monitoraggi relativi al piano del DL 34/2020.Sono stati attivati Servizi di trasporto con mezzi dedicati - ambulanze - ad utenti COVID in dimissione da Pronto Soccorso e da reparti di Malattie Infettive oltre a mezzi dedicati- taxi- per trasporto di utenti da e verso domicilio.Il capitolo relativo alla spesa del personale SSR evidenzia le modalità di utilizzo del personale. Nel corso del 2021 lo stato di avanzamento degli interventi è stato rendicontato dalle singole aziende con periodicità mensile così come richiesto dal Ministero della Salute utilizzando le modalità definite dal Ministero stesso (file excel di rendicontazione predisposto dal Ministero). Le Aziende hanno portato avanti le attività di potenziamento della rete ospedaliera nel rispetto del cronoprogramma validato dal Ministero	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
1	Covid	Piano regionale di potenziamento assistenza ospedaliera	Rendicontazione, in uno specifico paragrafo in occasione nei rendiconti periodici sull'andamento della gestione (ex. art. 56 LR 22/2019), dello stato di avanzamento rispetto a:- Potenziamento posti letto di terapia intensiva e semintensiva, area medica- Rete emergenza e urgenza ospedaliera- Stabilizzazione dei percorsi separati nei PS della Regione- Emergenza territoriale- Assicurare trasporti sanitari dedicati ai soggetti COVID e ai soggetti fragili- Utilizzo del personale	31/07/2021	L'attività trova una prima attuazione con l'adozione del decreto n.574 del 21/05/2021; si è provveduto mensilmente alla trasmissione ad ARCS dei monitoraggi relativi al piano del DL 34/2020.Sono stati attivati Servizi di trasporto con mezzi dedicati - ambulanze - ad utenti COVID in dimissione da Pronto Soccorso e da reparti di Malattie Infettive oltre a mezzi dedicati- taxi- per trasporto di utenti da e verso domicilio.Il capitolo relativo alla spesa del personale SSR evidenzia le modalità di utilizzo del personale. Obiettivo RAGGIUNTONel corso del 2021 lo stato di avanzamento degli interventi è stato rendicontato dalle singole aziende con periodicità mensile così come richiesto dal Ministero della Salute utilizzando le modalità definite dal Ministero stesso (file excel di rendicontazione predisposto dal Ministero). Considerato la frequenza di rendicontazione mensile rispetto a quanto previsto dall'obiettivo (trimestrale) l'obiettivo si può considerare raggiunto	Obiettivo RAGGIUNTO
1	Covid	Piano regionale di potenziamento assistenza ospedaliera	Rendicontazione, in uno specifico paragrafo in occasione nei rendiconti periodici sull'andamento della gestione (ex. art. 56 LR 22/2019), dello stato di avanzamento rispetto a:- Potenziamento posti letto di terapia intensiva e semintensiva, area medica- Rete emergenza e urgenza ospedaliera- Stabilizzazione dei percorsi separati nei PS della Regione- Emergenza territoriale- Assicurare trasporti sanitari dedicati ai soggetti COVID e ai soggetti fragili- Utilizzo del personale	31/10/2021	L'attività trova una prima attuazione con l'adozione del decreto n.574 del 21/05/2021; si è provveduto mensilmente alla trasmissione ad ARCS dei monitoraggi relativi al piano del DL 34/2020.Sono stati attivati Servizi di trasporto con mezzi dedicati - ambulanze - ad utenti COVID in dimissione da Pronto Soccorso e da reparti di Malattie Infettive oltre a mezzi dedicati- taxi- per trasporto di utenti da e verso domicilio.Il capitolo relativo alla spesa del personale SSR evidenzia le modalità di utilizzo del personale. Obiettivo RAGGIUNTONel corso del 2021 lo stato di avanzamento degli interventi è stato rendicontato dalle singole aziende con periodicità mensile così come richiesto dal Ministero della Salute utilizzando le modalità definite dal Ministero stesso (file excel di rendicontazione predisposto dal Ministero). Considerato la frequenza di rendicontazione mensile rispetto a quanto previsto dall'obiettivo (trimestrale) l'obiettivo si può considerare raggiunto	Obiettivo RAGGIUNTO
1	Covid	Rendicontazione costi COVID-19	Adottare i criteri di rilevazione indicati dalla Regione e da ARCS e rendicontazione dei COSTI sostenuti nei tempi e con le modalità che verranno indicate	31/12/2021	In ottemperanza alle direttive della DCS e di ARCS la rilevazione dei costi COVID è avvenuta, secondo le modalità garantite dai gestionali informatici in uso, tramite alimentazione dei centri di costo COVID-19 (con separata evidenza dell'attività correlata alle vaccinazioni COVID). Di tale rilevazione è stata fornita adeguata rendicontazione secondo i modelli di rilevazione richiesti, sia in fase preventiva, che in sede di rendicontazione infrannuale. E' proseguita la creazione e alimentazione dei centri di costo COVID. In occasione dei rendiconti infrannuali, gli Enti del SSR hanno censito e stimato i costi attribuiti alla gestione COVID mediante la compilazione di una sezione separata degli schemi di conto economico e delle tabelle di monitoraggio sull'utilizzo dei finanziamenti statali 2020 e 2021, per specifica finalità di utilizzo come da normativa di assegnazione. E' stata data inoltre evidenza dei costi sostenuti per la gestione della campagna vaccinale COVID 2021.In sede di bilancio consuntivo è stato compilato il modello ministeriale CECOVID 2021 e le relative	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
					tabelle di monitoraggio sull'utilizzo dei finanziamenti statali 2020 e 2021 e sugli accantonamenti effettuati	
1	Covid	Campagna vaccinale anti SARS CoV 2	Assicurare le attività previste dal Piano Strategico nazionale della vaccinazione anti SARS CoV-2 e successive indicazioni ministeriali e regionali	31/12/2021	L'Azienda ha attivato un sistema organizzato di centri vaccinali diffuso sul territorio. Tre di questi operano con continuità, due svolgendo la funzione di centri HUB, all'Ente Fiera di Martignacco e al Centro commerciale Le Manifatture di Gemona, e presso l'Ospedale di Palmanova. Per la vaccinazione dei soggetti fragili per patologia e/o classe d'età a rischio, sono stati attivati specifici punti di vaccinazione temporanei presso strutture di grandi dimensioni (palestre, palazzetti, ecc.). Sono poi stati attivati presso le sedi dei distretti e dei presidi ospedalieri aziendali punti di vaccinazione in relazione ai fabbisogni. Inoltre, sono stati attivati punti di vaccinazione a gestione dei MMG a livello locale nelle strutture dei CAP o presso altre sedi messe a disposizione dagli enti locali. All'attività presso i punti vaccinali si aggiunge quella garantita dai servizi territoriali a domicilio e presso strutture residenziali per e disabili. gestione e monitoraggio del Piano Strategico nazionale della vaccinazione anti SARS CoV.2 è stato gestito direttamente dalla Direzione Centrale Salute. ARCS ha partecipato nel ruolo di gestore del Call Center a parte degli incontri di coordinamento e dalle informazioni a disposizione e dalle relazioni periodiche delle Aziende si evince che tutte le Aziende hanno assicurato l'organizzazione dell'offerta vaccinale secondo le indicazioni e le tempistiche definite dalla Direzione Centrale	Obiettivo RAGGIUNTO
1	Covid	Monitoraggio degli indicatori di processo sulla capacità di accertamento diagnostico, indagine e di gestione dei contatti	Numero, tipologia di figure professionali e tempo/persona dedicate in ciascun servizio territoriale al contact-tracing: >= 1 per 10.000 ab.	rendiconti trimestrali	E' stato inviato con frequenza mensile alla task force regionale il monitoraggio delle figure professionali impegnate nelle attività di contact tracing, sorveglianza Covid e ambulatorio tamponi nelle sedi di ASUFC	Valutazione POSITIVA
1	Covid	Monitoraggio degli indicatori di processo sulla capacità di accertamento diagnostico, indagine e di gestione dei contatti	Numero di casi confermati di infezione nella Regione per cui sia stata effettuata una regolare indagine epidemiologica con ricerca dei contatti stretti/totale di nuovi casi di infezione confermati: >= 98%.	rendiconti trimestrali	Lo standard di riferimento è elaborato a livello regionale	Valutazione POSITIVA
1	Covid	Piani territoriali disabilità Dare attuazione a quanto previsto nei piani territoriali e mantenere costantemente informata la Regione	Le Aziende sanitarie adempiono all'onere informativo sull'attuazione dei piani nel rispetto delle scadenze previste.	rendiconti trimestrali	L'attività è stata garantita.	Obiettivo RAGGIUNTO
2.1	Piano regionale della prevenzione 2020-2025	Collaborare alla stesura e realizzazione dei programmi dei PRP	Individuazione dei referenti di programma, partecipazione alle attività regionali	approvazione del PRP	I referenti aziendali per il Piano regionale della Prevenzione 2020-2025 sono stati individuati con nota prot. n. 31068 del 1 marzo u.s. in riscontro alla richiesta della DCS prot. n. 5238 del 19 febbraio u.s.	Obiettivo RAGGIUNTO
2.2	Screening cervice	Screening cervice uterina	Applicazione protocollo per la gestione clinica del secondo livello dello screening cervicale redatto dal CRO e adottato da tutte le Aziende nel corso del 2020	31/12/2021	L'applicazione del protocollo richiede l'adeguamento della cartella colposcopia in G2, che non è ancora stato attuato da INSIEL (attività coordinata a livello regionale).	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
2.2	Screening cervice	Screening cervice uterinaAssicurare la collaborazione per la riconversione del programma di screening cervicale	Disponibilità di appuntamenti per mantenere intervallo di chiamata entro 36 mesi dall'ultimo pap test, entro 12 mesi dall'ultimo HPV+ con pap test negativo.	31/12/2021	La disponibilità di appuntamenti di I livello non è stata aumentata in quanto i posti già disponibili non risultano completamente occupati	Obiettivo RAGGIUNTO
2.2	Screening cervice	Screening cervice uterinaAssicurare la collaborazione per la riconversione del programma di screening cervicale	HPV-DNA primari e tutte le letture dei pap-test secondari analizzati presso il laboratorio unico regionale dell'Anatomia Patologica di ASUGI	31/12/2021	L'attività è stata realizzata in coerenza alle indicazioni regionali	Obiettivo RAGGIUNTO
2.2	Screening cervice	Screening cervice uterinaAssicurare la collaborazione per la riconversione del programma di screening cervicale	HPV-DNA di triage su ASCUS e HPV-DNA e cervico-citologia di secondo livello analizzati presso il laboratorio unico regionale dell'Anatomia Patologica di ASUGI	31/12/2021	L'attività è stata realizzata in coerenza alle indicazioni regionali	Obiettivo RAGGIUNTO
2.2	Screening cervice	Screening cervice uterinaAssicurare la collaborazione per la riconversione del programma di screening cervicale	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)	31/12/2021	Continua la lettura dei pap-test primari presso le sedi attuali di competenza; pap test refertati entro 21 giorni dalla data di prelievo 98% (Dati ARCS) ASUFC 98,4	Obiettivo RAGGIUNTO
2.2	Screening cervice	Screening cervice uterinaLe aziende che garantiscono i prelievi per HPV-DNA test di secondo livello	Gli ambulatori di prelievo dispongono delle dotazioni informatiche e delle configurazioni CUPWEB già in uso al primo livello	31/12/2021	Attività già garantita dal 2019	Obiettivo RAGGIUNTO
2.2	Screening cervice	Screening cervice uterinaLe aziende che garantiscono i prelievi per HPV-DNA test di secondo livello	Logistica di supporto (trasporto campioni) da realizzarsi secondo indicazioni DCS	31/12/2021	Attività già garantita dal 2019	Obiettivo RAGGIUNTO
2.2	Screening cervice	Adesione allo screening della cervice uterina	% di adesione >= 60%	31/12/2021	Adesione screening della cervice 2021: -pap test di screening =57% (Dato portale SISSR); -esame HPV di screening= 53% (Dato portale SISSR). Dato del 68,69% (dato riferito al 2021 e calcolato con i dati aggiornati al 28/07/2022)	Obiettivo RAGGIUNTO
2.2	Screening cervice	Recuperare gli inviti non effettuati nel 2020 a causa della sospensione per emergenza COVID	Le Aziende assicurano le ore ambulatorio necessarie per consentire il 100% del recupero degli inviti non effettuate nel 2020 entro giugno 2021 senza compromettere l'attività ordinaria di screening prevista per il 2021	30/06/2021	Il perdurare della pandemia non ha consentito di ripristinare le precedenti modalità di gestione degli inviti e degli appuntamenti; gli inviti 2020 sono stati recuperati, ma l'attività ordinaria 2021 ha subito ritardo. A livello regionale gli inviti non effettuati nel 2020 sono stati recuperati senza pregiudicare l'attività ordinaria 2021. Permane nel 2021 il problema imputabile all'irraggiungibilità di alcune persone a causa dell'errata o mancante registrazione dei dati nel sistema informativo o della mancata risposta alle chiamate di invito. Il problema non è imputabile all'organizzazione dell'offerta aziendale	Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO
2.2	Screening mammella	Screening mammella	Rispetto dei requisiti check-list DCS	31/12/2021	Eseguiti tutti i sopralluoghi necessari in collaborazione con ARCS finalizzati alla garanzia del rispetto dei requisiti della check list DCS	Obiettivo RAGGIUNTO
2.2	Screening mammella	Screening mammella	Collaborazione con ARCS e con la ditta aggiudicataria dell'appalto nei sopralluoghi di controllo delle sedi di attività	31/12/2021	Eseguiti tutti i sopralluoghi necessari in collaborazione con ARCS finalizzati alla garanzia del rispetto dei requisiti della check list DCS	Obiettivo RAGGIUNTO
2.2	Screening mammella	Screening mammellaTutte le aziende che svolgono attività di 2° livello per lo screening mammografico	100% degli esami di approfondimento diagnostico è eseguito dai radiologi formati	31/12/2021	I radiologi formati assicurano la refertazione del 100% degli esami di approfondimento diagnostico.	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
2.2	Screening mammella	Screening mammella Formazione dei radiologi da inserire nel pool dei radiologi di screening	Formazione del numero di radiologi identificati da ARCS (anche su richiesta delle Aziende) secondo il percorso formativo identificato a livello regionale	31/12/2021	Nessuna richiesta di formazione di radiologi è stata presentata da ASUFC	Obiettivo NON VALUTATO (STRALCIO)
2.2	Screening mammella	Screening mammografico Tutte le aziende con unità senologica	% dei casi con tempi di attesa per approfondimenti di secondo livello <= 20 gg da esito positivo della mammografia di primo livello >= 70% tenuto conto dell'estensione dello screening alle donne 45-49 Risultato atteso modificato per tutte le Aziende del SSR con DGR 1683 del 8/11/2021	31/12/2021	Udine: 29%; Latisana: 67%; S. Daniele: 82%; Tolmezzo: 55%; ASUFC: 49%. L'ampliamento della coorte di riferimento costituisce un elemento di innovazione il cui impatto ha ulteriormente aggravato il dato dei tempi di attesa. Performance condizionata dal perdurare della pandemia	Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO
2.2	Screening mammella	Screening mammografico Tutte le aziende con unità senologica	Percentuale di casi di secondo livello chiusi correttamente >= 95%	31/12/2021	Il dato della percentuale dei casi chiusi correttamente non è disponibile	Obiettivo NON RAGGIUNTO
2.2	Screening mammella	Screening mammografico Tutte le aziende con unità senologica	- % dei casi con tempo tra test di screening e intervento inferiore o uguale 60gg >= 95% Obiettivo prescritto anche ad ASFO con DGR 1683 del 8/11/2021	31/12/2021	Udine: 3%; Latisana: 31%; S. Daniele: 33%; Tolmezzo: 6%; ASUFC: 15%. L'ampliamento della coorte di riferimento costituisce un elemento di innovazione il cui impatto ha ulteriormente aggravato il dato dei tempi di attesa. Performance condizionata dal perdurare della pandemia	Obiettivo NON RAGGIUNTO
2.2	Screening mammella	Screening mammografico Tutte le aziende con unità senologica	Tempo medio giorni tra data indicazione clinica (data esito positivo Il liv) e intervento chirurgico <= 30 gg considerando escluse le donne che ritardano l'intervento perchè eseguono la chemioterapia neoadiuvante Risultato atteso modificato per tutte le Aziende del SSR con DGR 1683 del 8/11/2021	31/12/2021	Tempi medi (volumi): Udine: 58,3 (69); Latisana: 27,0 (23); S. Daniele: 33,7 (27); Tolmezzo: 26,2 (15); ASUFC: 44,4 (134). L'ampliamento della coorte di riferimento costituisce un elemento di innovazione il cui impatto ha ulteriormente aggravato il dato dei tempi di attesa. Performance condizionata dal perdurare della pandemia	Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO
2.2	Screening mammella	Screening mammografico Tutte le aziende con unità senologica	Percentuale di early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso"/totale dei casi chiusi dall'unità senologica inferiore al 10%	31/12/2021	Udine: 3,7%; Latisana: 9,7%; S. Daniele: 4,6%; Tolmezzo: 8%; ASUFC: 5,8%	Obiettivo RAGGIUNTO
2.2	Screening mammella	Adesione allo screening della mammella	% di adesione >= 64%	31/12/2021	Si confermano le criticità già rappresentate. Adesione corretta 76,4%.	Obiettivo RAGGIUNTO
2.2	Screening colon retto	Screening colon retto 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%	31/12/2021	Percentuale di cartelle correttamente compilate: 98,2% (dato da portale SISSR) UDINE: 96,8%; SAN DANIELE-TOLMEZZO: 99,2%; LATISANA-PALMANOVA: 99,3%; ASUFC: 98,18%	Obiettivo RAGGIUNTO
2.2	Screening colon retto	Screening colon retto Garantire l'offerta della colonscopia di approfondimento di secondo livello entro 30 giorni dalla positività del FOBT di screening	Percentuale dei casi con tempi tra fobt e colonscopia (% entro 30gg) >= 95% Obiettivo prescritto anche ad ASFO con DGR 1683 del 8/11/2021	31/12/2021	Percentuale dei casi con tempi tra fobt e colonscopia (% entro 30gg) = 46% (dato da portale SISSR) UDINE: 6,05%; SAN DANIELE-TOLMEZZO: 80,38%; LATISANA-PALMANOVA: 89,10%; ASUFC: 50,71%. Si confermano le criticità già espresse: i target definiti, in particolare per quanto attiene i tempi di accesso al secondo livello, non paiono conseguibili.	Obiettivo NON RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività		
2.2	Screening colon retto	Screening colon retto	Adesione allo screening del colon	% di adesione >= 60%	31/12/2021	Monitoraggio a cura ARCS – adesione: 56,5 %	Obiettivo NON RAGGIUNTO	
2.3	Screening neonatale	Coordinamento del programma di screening regionale uditivo, visivo, metabolico esteso, e dell'individuazione precoce di ipotiroidismo, fenilchetonuria e fibrosi cistica	Obiettivo stralciato con DGR 1683 del 8/11/2021	31/12/2021	31/12/2021	Obiettivo stralciato con DGR 1683 del 8/11/2021	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)	
2.3	Screening neonatale	Screening neonatale	Aderenza ai programmi di screening neonatali regionali assicurando il flusso informativo previsto al coordinamento	Flusso informativo 100%	31/12/2021	Attività garantita; si segnala che dal portale regionale non vi sono flussi informativi di "ritorno".	Obiettivo RAGGIUNTO	
2.4	Prevenzione degli incidenti domestici e stradali	Approfondimento neuropsicologico dell'idoneità alla guida	Su richiesta delle Commissioni Mediche Locali assicura la valutazione strumentale della forza dei 4 arti e dei tempi di azione e reazione alla guida nei soggetti affetti da minorazioni agli arti e da patologie neurologiche	31/12/2021	31/12/2021	- E' stato distribuito in diversi punti (farmacie, distretti ecc.) materiale informativo "la casa sicura" realizzato dal gruppo regionale.- Attività di accertamento dell'idoneità alla guida in essere; non è pervenuto riscontro alla nota prot. n. 99845 del 1/7/2021 inviata all'ARCS e alla DCS con cui si segnala la necessità di identificare nel Tariffario regionale la prestazione o il pacchetto di prestazioni collegate con relative tariffe e modalità di accesso.	Obiettivo RAGGIUNTO	
2.6	Promozione delle salute nelle scuole	Sviluppo di progetti di promozione della salute nelle scuole e promozione dell'attività fisica nella comunità	Partecipazione dei referenti ai Tavoli Tecnici Regionali per la promozione dell'attività fisica e di scuole che promuovono salute	31/12/2021	31/12/2021	E' stata assicurata la partecipazione agli incontri periodici del tavolo regionale finalizzati all'implementazione della rete delle scuole che promuovono salute e alla definizione degli obiettivi alla linea di lavoro e alla stesura di un catalogo regionale di progetti evidence-based da proporre alle scuole	Obiettivo RAGGIUNTO	
2.6	Promozione delle salute nelle scuole	Disponibilità di percorsi di attività fisica adattata	Attivazione di almeno un percorso	31/12/2021	31/12/2021	L'attività è stata sospesa causa Covid fino a giugno 2021; successivamente sono stati avviati contatti telefonici con i trainers per la verifica di adeguatezza e rispetto delle misure di contenimento della diffusione del virus. I corsi già avviati sono ripresi come da indicazioni contenute nel DPCM e nelle linee guida ministeriali.	Obiettivo RAGGIUNTO	
2.6	Promozione delle salute nelle scuole	Promozione delle salute nelle scuole	Disponibilità di un documento regionale di buone pratiche per le scuole	Partecipazione alla stesura del documento regionale	31/12/2021	31/12/2021	E' stata assicurata la partecipazione agli incontri periodici del tavolo regionale finalizzati all'implementazione della rete delle scuole che promuovono salute e alla definizione degli obiettivi alla linea di lavoro e alla stesura di un catalogo regionale di progetti evidence-based da proporre alle scuole	Obiettivo RAGGIUNTO
2.7	Promozione salute luoghi di lavoro	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	31/12/2021	31/12/2021	Nel corso della sorveglianza sanitaria per i dipendenti, e assimilati, in occasione delle visite preventive e periodiche si sono applicate le linee guida regionali effettuando le sierologie raccomandate per gli operatori sanitari.	Obiettivo RAGGIUNTO	
2.7	Promozione salute luoghi di lavoro	Promozione salute luoghi di lavoro	Partecipare al Progetto CCM "Implementare la rete WHP in Friuli Venezia Giulia"	Operatori PSAL e dei Dipartimenti di Prevenzione che si occupano di Promozione alla Salute formati con corso regionale sul Programma WHP (805 dei 19 operatori censiti al 8/10/2019)	31/12/2021	31/12/2021	4 operatori dello PSAL hanno completato il percorso formativo (ultimo incontro tenutosi a Trieste in data 24.09.2021);	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
2.7	Promozione salute luoghi di lavoro	Promozione salute luoghi di lavoro Partecipare al Progetto CCM "Implementare la rete WHP in Friuli Venezia Giulia"	Eventuale incremento della rete delle imprese aderenti al programma in relazione all'andamento della pandemia (attualmente 15 imprese aderenti). Obiettivo prescritto anche ad ASFO con DGR 1683 del 8/11/2021	31/12/2021	Nel territorio di ASUFC 1 azienda nel corso del 2021 ha aderito al progetto	Obiettivo RAGGIUNTO
2.7	Promozione salute luoghi di lavoro	Promozione salute luoghi di lavoro Partecipare al Progetto inter-istituzionale "Favorire l'empowerment e l'inclusione sociale delle persone in esecuzione penale e promuovere interventi di giustizia riparativa" attraverso interventi formativi a favore dei detenuti delle case circondariali regionali	Operatori PSAL docenti ai corsi sulla formazione generale ai sensi dell'art. 37, CO. 1 lett. a) del D.Lgs. 81/08 dei detenuti dimettendi, organizzata in ogni istituto penale del FVG (il numero dei corsi verrà definito in relazione all'andamento della pandemia).	31/12/2021	L'azienda ha dato disponibilità ai corsi. Sono stati definiti i referenti sia degli Istituti Penitenziari che dell'Azienda. Si attende l'organizzazione dei corsi di formazione da parte dell'amministrazione penitenziaria di Tolmezzo. la proposta del referente regionale è di stralcio dell'obiettivo in quanto l'attività non è stata avviata dall'Azienda perché in attesa dei corsi di formazione da parte dell'amministrazione penitenziaria di Tolmezzo	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
2.8	Salute e sicurezza nei comparti a maggior rischio	Mantenere un'adeguata vigilanza nei settori edile e agricolo secondo i parametri definiti a livello nazionale, tenendo conto della riduzione delle attività conseguente all'epidemia da SARS CoV2.	- 5% delle aziende vigilate o assistite per la prevenzione del contagio da SARS CoV2, anche tramite un Piano Mirato di Prevenzione (la percentuale potrà essere modificata tenendo conto di quanto verrà definito a livello nazionale in considerazione della pandemia in corso).	31/12/2021	I primi 4 mesi del 2021 tutti gli operatori sono stati impegnati nell'attività COVID_19 e pertanto il target definito è stato riparametrato su 8 mesi pari a: 8/12 di 1234 = 823 Unità Locali da visitare 8/12 di 394 = 263 cantieri da visitare Al 31.12.2021: 896 U.L. visitate	Obiettivo RAGGIUNTO
2.8	Salute e sicurezza nei comparti a maggior rischio	Mantenere un'adeguata vigilanza nei settori edile e agricolo secondo i parametri definiti a livello nazionale, tenendo conto della riduzione delle attività conseguente all'epidemia da SARS CoV2.	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 del numero, si dovrà raggiungere almeno il numero dei cantieri vigilati nell'anno 2020.	31/12/2021	315 cantieri visitati,	Obiettivo RAGGIUNTO
2.8	Salute e sicurezza nei comparti a maggior rischio	Mantenere un'adeguata vigilanza nei settori edile e agricolo secondo i parametri definiti a livello nazionale, tenendo conto della riduzione delle attività conseguente all'epidemia da SARS CoV2.	Agricoltura: vigilare 128 aziende agricole a livello regionale	31/12/2021	74 aziende agricole vigilate	Obiettivo RAGGIUNTO
2.8	Salute e sicurezza nei comparti a maggior rischio	CRUA/Aziende Sanitarie (SO PSAL e UCO Medicina del Lavoro): collaborare con la DCS alla predisposizione delle attività informative e alla sorveglianza sanitaria dei cittadini riconosciuti da INAIL esposti all'amianto ai fini previdenziali ai sensi della L. 257/92	Collaborazione alla campagna informativa e ad eventuali altre iniziative regionali per i cittadini riconosciuti esposti all'amianto ai fini previdenziali da INAIL e non già aderenti alla sorveglianza sanitaria per soggetti ex esposti attualmente in atto nelle Aziende Sanitarie	31/12/2021	E' stata garantita la collaborazione alle iniziative organizzate dal CRUA	Obiettivo RAGGIUNTO
2.9	Miglioramento di sorveglianza	Miglioramento di sorveglianza	Assicurare da parte di tutte le Aziende le attività previste dai programmi nazionali finalizzate a facilitare la realizzazione delle interviste telefoniche, affidate al call center regionale ed alla diffusione dei risultati fra gli operatori sanitari, la popolazione generale, i caregiver, e gli stakeholder anche attraverso i portali aziendali	31/12/2021	L'Azienda ha assicurato le attività previste dai programmi nazionali finalizzate a facilitare la realizzazione delle interviste telefoniche, affidate al call center regionale ed alla diffusione dei risultati fra gli operatori sanitari, la popolazione generale, i caregiver e gli stakeholder anche attraverso i portali aziendali	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
2.10	Ambiente e salute	Programma di controllo regionale per garantire la tutela della salute della popolazione dalle sostanze radioattive presenti nelle acque destinate al consumo umano secondo quanto previsto dal d.lgs. n. 28 del 15 febbraio 2016 .	Effettuazione di campionamenti secondo le indicazioni fornite dal Ministero della Salute e successiva adozione da parte della DCS.	31/12/2021	Sono stati eseguiti i campionamenti secondo le indicazioni fornite dal Ministero della Salute e successiva adozione da parte della DCS, ad eccezione dei 4 punti di campionamento previsti nel territorio dell'ex AAS 3 per il IV trimestre (Tolmezzo, Gemona, Villa Santina e Varmo) in quanto il personale dedicato è stato dirottato sulle attività di contact-tracing per COVID	Obiettivo RAGGIUNTO
2.10	Ambiente e salute	Partecipazione ai tavoli di lavoro promossi dalla DCS per la stesura di linee guida su criteri e indicatori da adottare per valutare gli obiettivi di salute nella VAS degli strumenti urbanistici.	Nomina di un referente aziendale.	31/12/2021	I referenti aziendali per il Piano regionale della Prevenzione 2020-2025 sono stati individuati con nota prot. n. 31068 del 1 marzo u.s. in riscontro alla richiesta della DCS prot. n. 5238 del 19 febbraio u.s.	Obiettivo RAGGIUNTO
2.10	Ambiente e salute	Partecipazione ai tavoli di lavoro promossi dalla DCS per la stesura di linee guida su criteri e indicatori da adottare per valutare gli obiettivi di salute nella VAS degli strumenti urbanistici.	Partecipazione almeno al 90% degli incontri di lavoro organizzati dalla DCS.	31/12/2021	Non attivato il tavolo di lavoro	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
2.10	Ambiente e salute	Sorveglianza acque potabili - garantire la partecipazione dell'Azienda Sanitaria ai tavoli di lavoro promossi dalla DCS al fine di favorire un approccio proattivo alla sorveglianza basata sulla valutazione e gestione del rischio.	Nomina di un referente aziendale in possesso di formazione specifica per team leader per l'implementazione dei Piani di Sicurezza dell'Acqua (PSA).	31/12/2021	E' stato nominato un referente aziendale	Obiettivo RAGGIUNTO
2.10	Ambiente e salute	Sorveglianza acque potabili - garantire la partecipazione dell'Azienda Sanitaria ai tavoli di lavoro promossi dalla DCS al fine di favorire un approccio proattivo alla sorveglianza basata sulla valutazione e gestione del rischio.	Partecipazione almeno al 90% degli incontri di lavoro organizzati dalla DCS.	31/12/2021	E' stata garantita la partecipazione al tavolo regionale nelle date 1.10.2021 e 21.10.2021	Obiettivo RAGGIUNTO
2.10	Ambiente e salute	Garantire un numero di controlli coerenti con il Piano nazionale annuale dei controlli in materia di REACH/CLP, per quanto attiene target group e tipologia di sostanze controllate con particolare attenzione ai progetti di cooperazione con le Dogane e di controllo sulle vendite on line di prodotti.	Almeno 6 imprese controllate per ciascuna Azienda Sanitaria.	31/12/2021	E' stato assicurato il controllo in più di 6 imprese	Obiettivo RAGGIUNTO
2.11	Malattie infettive prioritarie	Colmare le lacune immunitarie in tutte le fasce d'età (bambini, adolescenti, anziani) per le vaccinazioni previste dal PNPV, piano di eliminazione del morbillo e rosolia congenita, calendario regionale.	Predisporre un piano d'azione per il recupero delle attività vaccinali (entro il primo trimestre 2021)	31/03/2021	E' stato concordato con la DCS un parziale piano di recupero per il 2022	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
2.11	Malattie infettive prioritarie	Conservazione o miglioramento della copertura vaccinale rispetto ai risultati conseguiti nell'esercizio 2019	Esavalente (proxy del vaccino esavalente sarà considerata la vaccinazione antipolio) a 24 e 36 mesi e 36 mesi Obiettivo modificato per tutte le Aziende del SSR con DGR 1683 del 8/11/2021	31/12/2021	- Esavalente (antipolio) a 24 mesi: 94,05 (2020: 93,35 – 2019: 91,70); - Esavalente (antipolio) a 36 mesi: 94,76 (2020: 93,98 – 2019: 94,16). Copertura Polio 24 mesi 2021: 94,21%; Copertura Polio 24 mesi 2019: 93,02%; Copertura Polio 36 mesi 2021: 94,91%; Copertura Polio 36 mesi 2019: 93,91%	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
2.11	Malattie infettive prioritarie	Conservazione o miglioramento della copertura vaccinale rispetto ai risultati conseguiti nell'esercizio 2019	MMR (1 e 2 ^a dose)Obiettivo modificato per tutte le Aziende del SSR con DGR 1683 del 8/11/2021	31/12/2021	- MMR 1° dose: 92,25 (2020: 91,78 – 2019: 90,14); - MMR 2° dose: 83,00 (2020: 81,46 – 2019: 65,52)Copertura Mmr 1 dose 2021: 91,83%; Copertura Mmr 1 dose 2019: 92,33%Copertura Mmr 2 dose 2021: 83,07%; Copertura Mmr 2 dose 2019: 83,80%	Obiettivo NON RAGGIUNTO
2.11	Malattie infettive prioritarie	Migliorare la copertura vaccinale nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, gruppi a rischio per patologie)	Recupero e offerta attiva della vaccinazione anti herpes zoster nei 65enni non vaccinati nel 2020: (40%)	31/12/2021	Herpes zoster, cop. Vaccinale 11,4%	Obiettivo NON RAGGIUNTO
2.11	Malattie infettive prioritarie	Migliorare la copertura vaccinale nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, gruppi a rischio per patologie)	Vaccinazione antipertosse (dTap) donne in gravidanza: (15%)	31/12/2021	Si riporta di seguito la copertura vaccinali:Antipertosse in gravide, cop. Vaccinale 54,8% (61,38%)	Obiettivo RAGGIUNTO
2.11	Malattie infettive prioritarie	Campagna vaccinale antinfluenzale 2021-2022	Predisposizione del fabbisogno aziendale entro il 31.03.2021	31/03/2021	Azione effettuata e coordinata dalla DCS per l'espletamento della gara di acquisto.E' stato comunicato alla DCS il fabbisogno aziendale. con nota prot. 6986 del 04/03/2021 il Direttore del Servizio prevenzione della DCS comunica ad ARCS i fabbisogni Aziendali delle vaccinazioni antinfluenzali 2021-2022, precisando che gli stessi sono stati approvati e comunicati dai Direttori di Dipartimento delle Aziende Sanitarie	Obiettivo RAGGIUNTO
2.11	Malattie infettive prioritarie	Malattie infettive prioritariePiano Pan Flu (Piano Pandemico)	Messa a disposizione di almeno un referente aziendale per la stesura del Piano pandemico Pan Flu regionale	31/12/2021	Nominativo referente comunicato alla DCS con nota prot. n. 110930 del 23/7/2021. valutazione effettuata sulla base della dichiarazione aziendale e sull'evidenza che il PANFLU regionale è stato trasmesso al Ministero della Salute con nota DCS 29525 del 29.10.2021	Obiettivo RAGGIUNTO
2.12	Uso appropriato di antibiotici in ambito veterinario	Antibiotici ambito veterinario	Utilizzando come strumento di verifica la check-list di farmacovigilanza ministeriale, le ASL promuovono iniziative mirate perché in 5 anni nel campione sottoposto a controllo ufficiale si rilevi che almeno il 70% degli allevamenti aderiscono alle indicazioni sull'utilizzo degli antimicrobici secondo le "linee guida" promosse dal Ministero della Salute	31/12/2021	Sono state eseguite n. 166 check-list di farmacovigilanza, registrate in SICER.	Obiettivo RAGGIUNTO
2.12	Uso appropriato di antibiotici in ambito veterinario	Antibiotici ambito veterinario	Riduzione (globali e per specifiche classi di antibiotici) del consumo di antibiotici previsti dal PNCAR in ambito umano.(verrà valutato negativamente lo scostamento superiore al dato medio di consumo nazionale)	31/12/2021	Secondo quanto previsto da procedura amministrativa interna l'autorizzazione/voltura di una scorta farmaci è contestuale alla registrazione nel Sistema Informativo Nazionale della Farmacovigilanza Ricetta Veterinaria Elettronica (SINF-RE). Le richieste pertanto vengono tutte assolte nella tempistica prevista secondo il corretto iter amministrativo.	Obiettivo RAGGIUNTO
2.12	Uso appropriato di antibiotici in ambito veterinario	Antibiotici ambito veterinarioSistema Informativo Nazionale della Farmacovigilanza Ricetta Veterinaria Elettronica (SINF-RE). mantenimento funzionalità sistema informativo	Entro 7 giorni dal ricevimento le aziende assolvono tramite SINF-RE il 100% delle richieste pervenute di aggiornamento/nuova richiesta delle anagrafiche / nuove autorizzazioni tramite	entro 7 gg dal ricevimento	Secondo quanto previsto da procedura amministrativa interna l'autorizzazione/voltura di una scorta farmaci è contestuale alla registrazione nel Sistema Informativo Nazionale della Farmacovigilanza Ricetta Veterinaria Elettronica (SINF-RE). Le	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
			SINF-RE per le strutture veterinarie, strutture di detenzione		richieste pertanto vengono tutte assolte nella tempistica prevista secondo il corretto iter amministrativo.	
2.13	Alimentazione e salute: promozione di un'alimentazione sana, sicura e sostenibile	Garantire la partecipazione degli operatori dedicati al percorso formativo programmato a livello regionale sull'allattamento al seno	85% operatori dedicati formati in ogni Azienda	31/12/2021	Al fine di mantenere gli skills degli operatori dedicati già formati sono stati organizzati brevi incontri on line per la discussione delle problematiche correlate al sostegno dell'allattamento al seno nell'immediato post nascita. L'attività didattica è ripresa in autunno ed è stato realizzato un corso con la partecipazione di 41 operatori	Obiettivo RAGGIUNTO
2.13	Alimentazione e salute: promozione di un'alimentazione sana, sicura e sostenibile	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	31/12/2021	Attività garantita; i sistemi informativi non consentono la valutazione puntuale dell'indicatore	Obiettivo RAGGIUNTO
2.13	Alimentazione e salute: promozione di un'alimentazione sana, sicura e sostenibile	Monitorare le gare di appalto di PA e Enti già mappate nel 2016 e fornire il proprio contributo nelle gare d'appalto in corso 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 2021 in ogni Azienda	31/12/2021	Tutte le richieste pervenute degli Enti sono state evase	Obiettivo RAGGIUNTO
2.14	Sicurezza alimentare, salute e benessere alimentare	Garantire la partecipazione degli operatori al percorso formativo programmato a livello regionale sui MOCA	70% degli operatori SIAN formati entro il 31/12/2021	31/12/2021	Il corso non è stato attivato dalla Regione, programmato per il 2022	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
2.14	Sicurezza alimentare, salute e benessere alimentare	Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare e nutrizionale:	Interventi programmati come da PRISAN:- n. interventi ispettivi per settore programmati per il 2021- n. audit per settore programmati per il 2021- n. valutazioni del rischio programmate- n. di campionamenti di alimenti programmati per 2021- n. dei controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni	31/12/2021	Il conseguimento dei target definiti è stato condizionato dalla situazione pandemica, in particolare nei primi mesi dell'anno, che ha visto il personale coinvolto nel supporto alle linee di lavoro Covid. Si è data priorità ai campionamenti. Interventi ispettivi e valutazione del rischio a cura SIAN: 668/738 (91%). Audit: 7/10 (70%). Campionamento: 340/340 (100%). Controlli congiunti: l'attività è stata sospesa in relazione alla situazione pandemica (per motivi di contenimento della compresenza di più di 2 operatori in un unico accesso presso strutture in alcuni casi di modeste dimensioni). In ragione di quanto appena descritto l'attività specifica non è stata oggetto di programmazione centralizzata regionale. Interventi programmati come da PRISAN per il Servizio Veterinario (dati SICER): - eseguiti n. 532 interventi ispettivi + n.127 interventi per follow -up su n. 400 interventi programmati per il 2021 in stabilimenti Riconosciuti ai sensi del Reg. CE 853/04 ; - eseguiti n. 485 interventi ispettivi "attività programmata Piano PRISAN 2021" + n.141 nterventi per follow-up su 468 interventi programmati in stabilimenti registrati 852/04; - eseguiti n. 54 audit su 52 audit per settore programmati per il 2021; - eseguite n. 54 valutazioni del rischio su n. 52 valutazioni del rischio programmate; - eseguiti n. 313 campioni ufficiali di alimenti su n. 332 (Riprogrammati a n. 315 in corso di anno con DCS) di campionamenti di alimenti programmati per 2021; - controlli congiunti: l'attività è stata	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
					sospesa in relazione alla situazione pandemica (per motivi di contenimento della compresenza di più di 2 operatori in un unico accesso presso strutture in alcuni casi di modeste dimensioni). In ragione di quanto appena descritto l'attività specifica non è stata oggetto di programmazione centralizzata regionale.	
2.14	Sicurezza alimentare, salute e benessere alimentare	Effettuare i controlli sulla condizionalità come da convenzione con il MIPAAF/AGEA	Effettuare, entro il 31/12/2021, il 100% dei controlli previsti per gli atti di interesse della condizionalità e inserire le evidenze ed i verbali in Banca Dati Nazionale (BDN)	31/12/2021	Eseguiti i seguenti controlli previsti per gli atti di interesse della condizionalità e le evidenze ed i verbali inseriti in Banca Dati Nazionale (BDN): - 6 controlli su 5 controlli programmati in allevamenti di vitelli; - 8 controlli su 7 controlli programmati in allevamenti di suini; - 8 controlli su 5 controlli programmati in allevamenti "altre specie"*; - 30 controlli su 31 controlli programmati di sicurezza alimentare/ BSE Scrapie*; - 32 controlli su 31 controlli programmati per sostanze vietate (*NB Per errato caricamento programmazione in SICER a livello regionale previsto un allevamento in meno per sicurezza alimentare (3 apiari al posto di 4) e non sono stati caricati gli allevamenti di bovini in condizionalità per CGO13)	Obiettivo RAGGIUNTO
2.14	Sicurezza alimentare, salute e benessere alimentare	Progetto Piccole Produzioni Locali:	Applicare il protocollo PPL malghe 2021 a tutti gli osa aderenti al 100% delle malghe entro il 30/6/2021.	30/06/2021	Tutti i conduttori delle malghe attive (OSA) e registrate per la produzione di prodotti a base di latte hanno aderito al progetto PPL Malghe presentando apposito modulo ai Servizi Veterinari.	Obiettivo RAGGIUNTO
2.14	Sicurezza alimentare, salute e benessere alimentare	Progetto Piccole Produzioni Locali:	Trasmettere entro il 31/01/2022 una relazione finale dettagliata di verifica Aziendale; la relazione dovrà riportare:- il numero di PPL registrate ed il numero di ispezioni;- un'analisi critica con punti di forza e debolezza del Progetto rilevate sul territorio;- il dettaglio delle attività eseguite su:- carni suine e avicunicole- carni di specie diverse- prodotti lattiero caseari di malga-vegetali, confetture, conserve, prodotti da forno, erbe aromatiche, prodotti dell'alveare, vegetali fermentati, lumache, ecc...	31/01/2022	Eseguito il 100% delle attività previste per il progetto. La relazione finale è stata trasmessa via PEC alla DCS FVG con prot. n. 194378 del 27.12.2021.	Obiettivo RAGGIUNTO
2.14	Sicurezza alimentare, salute e benessere alimentare	Sistema informativo SICER	Il 100% degli operatori utilizza le principali funzioni del sistema (aggiornamento anagrafi operatori, gestione pratiche D Lgs 194/2008, registrazione C.U., agenda operatore, inserimento campionamenti, report di base)	31/12/2021	Per quanto attiene alle strutture veterinarie di ASUFC (Sanità animale, Igiene degli alimenti di origine animale e Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche) il 100% degli operatori utilizza il sistema SICER per le attività di competenza e vengono costantemente utilizzate tutte le funzionalità richiamate (aggiornamento anagrafi operatori, gestione pratiche D. Lgs 194/2008, registrazione C.U., agenda operatore, inserimento campionamenti, report di base). Situazione verificabile in tempo reale a sistema.	Obiettivo RAGGIUNTO
2.14	Sicurezza alimentare, salute e benessere alimentare	Accreditamento comunitario Malattia di Aujeszky	Mantenimento delle attività di monitoraggio e controllo ai fini del mantenimento dello status di Regione indenne (campioni di sangue effettuati al macello su tutte le partite di suini provenienti da fuori regione, 1 partita al mese di suini allevati	31/12/2021	Eseguita l'attività di monitoraggio prevista dalla circolare del Servizio Veterinario della DCSPSD prot. n. 2210 del 27/1/2021	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
			in regione campionando lo stesso allevamento di origine non più di una volta all'anno, tutte le partite di cinghiali, comprese le macellazioni in allevamento, tutte le partite di suini) risultato atteso modificato con DGR 1683 del 8/11/2021			
2.14	Sicurezza alimentare, salute e benessere alimentare	Benessere animale negli allevamenti e durante il trasporto	Effettuare il 100% dei controlli sul benessere animale secondo indicazione Ministero della Salute	31/12/2021	Eseguiti n. 66 controlli in allevamento su n. 98 previsti. Eseguiti n. 12 controlli al trasporto su n. 15 previsti. Dati SICER.	Obiettivo NON RAGGIUNTO
2.14	Sicurezza alimentare, salute e benessere alimentare	Anagrafe ovi caprina	Raggiungimento del 3% dei controlli su base Regionale come richiesto da LEA Ministeriali	31/12/2021	Effettuati ed inseriti in BDN: 34 controlli su 33 programmati.	Obiettivo RAGGIUNTO
2.14	Sicurezza alimentare, salute e benessere alimentare	Genotipizzazione arieti per Scrapie .	Effettuare il 100% dei campioni di sangue sui capi target ai fini di individuare animali resistenti alla malattia, inserire in BDN il dato ed aggiornare lo status sanitario degli allevamenti entro il 31/12/2021	31/12/2021	Effettuato il 100% dell'attività programmata. N.B. Lo status sanitario viene aggiornato solo in caso di modifica della qualifica dell'azienda a seguito dei dati di genotipizzazione degli arieti.	Obiettivo RAGGIUNTO
2.14	Sicurezza alimentare, salute e benessere alimentare	Applicazione del PRP sull'Igiene Urbana Veterinaria.	Effettuare il 100% dei controlli, di tutte le attività, sulle strutture di ricovero e custodia della Regione Autonoma FVG sia convenzionate che non convenzionate.	31/12/2021	Eseguiti n. 38 controlli su 36 programmati a seguito di rideterminazione dell'obiettivo in corso d'anno.	Obiettivo RAGGIUNTO
3	Assistenza primaria	Avvio dell'utilizzo dello strumento ACG	Identificazione dei data manager aziendali	31/12/2021	A livello regionale non è stata realizzata la formazione specifica, non è stato possibile avviare l'utilizzo dello strumento ACG. Insiel ha provveduto a configurare il sistema di rappresentazione dinamica Qlik per la fruibilità da parte delle Aziende delle informazioni derivate dal sistema ACG, tuttavia il sistema non è stato reso visibile. Il progetto è rimasto bloccato per problemi collegati alla normativa sulla privacy che sono in corso di approfondimento da parte della DCS	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
3	Assistenza primaria	Avvio dell'utilizzo dello strumento ACG	Identificazione dei referenti distrettuali per l'utilizzo operativo dello strumento (Almeno 1 per distretto)	31/12/2021	A livello regionale non è stata realizzata la formazione specifica, non è stato possibile avviare l'utilizzo dello strumento ACG. Insiel ha provveduto a configurare il sistema di rappresentazione dinamica Qlik per la fruibilità da parte delle Aziende delle informazioni derivate dal sistema ACG, tuttavia il sistema non è stato reso visibile. Il progetto è rimasto bloccato per problemi collegati alla normativa sulla privacy che sono in corso di approfondimento da parte della DCS	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
3	Assistenza primaria	Avvio dell'utilizzo dello strumento ACG	Partecipazione dei referenti e data manager alla formazione specifica	31/12/2021	A livello regionale non è stata realizzata la formazione specifica, non è stato possibile avviare l'utilizzo dello strumento ACG. Insiel ha provveduto a configurare il sistema di rappresentazione dinamica Qlik per la fruibilità da parte delle Aziende delle informazioni derivate dal sistema ACG, tuttavia il sistema non è stato reso visibile. Il progetto è rimasto bloccato per problemi collegati alla normativa sulla privacy che sono in corso di approfondimento da parte della DCS	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
3.1	Assistenza distrettuale	Revisione degli ambiti territoriali di assistenza primaria	Entro il 31.03.2021 ASUGI, ASUIUD e ASFO adottano e trasmettono tempestivamente alla DCS i provvedimenti aziendali recanti la revisione degli ambiti territoriali di assistenza primaria inviando in ogni caso l'articolazione vigente degli ambiti.	31/03/2021	L'Azienda ha provveduto con decreto n. 250 del 12.03.2021 a confermare gli ambiti esistenti e ad individuare le zone carenti	Obiettivo RAGGIUNTO
3.1	Assistenza distrettuale	Trasmissione alla DCS degli elenchi degli ambiti territoriali vacanti di medico di assistenza primaria, degli ambiti territoriali vacanti di continuità assistenziale e degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale	Gli elenchi sono trasmessi alla DCS in tempo utile per la pubblicazione sul BUR entro i termini previsti da ACN.	entro i termini da ACN	E' stato fornito alla DCS il materiale richiesto	Obiettivo RAGGIUNTO
3.1	Assistenza distrettuale	Sistemi di valutazione MMG	La valutazione dei risultati sul raggiungimento degli obiettivi previsti dagli Accordi e intese regionali per i MMG viene effettuata in sede di Comitato Aziendale ex art. 23 ACN entro il 30 aprile.	30/04/2021	La valutazione dei risultati sul raggiungimento degli obiettivi dell'anno 2019 è stata effettuata in sede di Comitato aziendale nella seduta del 03.02.2021. Per quanto riguarda gli obiettivi dell'anno 2020 il Comitato MMG ha validato i risultati nella riunione del 23/09/2021; la liquidazione è stata effettuata con la mensilità di ottobre. Successive liquidazioni a novembre e dicembre per gli aggiustamenti e rivalutazioni sopravvenuti nel Comitato del 03/11/2021	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
3.1	Assistenza distrettuale	Riallocazione delle quote attualmente inutilizzate per i MMG entro il tetto economico sostenuto al 31.12.2013 complessivamente per le quote di rimborso per il personale segretariale e infermieristico di studio.	Autorizzazione diretta all'inserimento di nuovi medici aventi diritto all'indennità entro il 31.03.2021	31/03/2021	L'argomento è stato discusso in sede di Comitato aziendale in data 03.02.2021 quando si è potuto accertare che non vi sono fondi disponibili per l'assegnazione di contributi, fatto salvo il Distretto di Latisana. Si è anche provveduto con nota del DG dd. 01.03.2021 a richiedere alla DCS l'assegnazione di maggiori fondi utilizzando le quote capitarie non distribuite per mancata scelta del medico di fiducia. Il Comitato MMG nella riunione del 23 settembre ha autorizzato i nuovi inserimenti. I nuovi inserimenti sono stati effettuati entro il mese di novembre. L'azienda non ha autorizzato l'inserimento dei nuovi medici entro il termine previsto. Si evidenzia che le aziende avrebbero dovuto riassegnare ai MMG aventi diritto le quote rese disponibili per cessazioni di attività o rinuncia al collaboratore di studio già in seguito all'approvazione del punto 7. dell'AIR "ponte" 2019 reso esecutivo con DGR 1381 dd. 09.08.2019. (la proposta di valutazione è stata effettuata dal referente regionale)	Obiettivo NON RAGGIUNTO
3.1	Assistenza distrettuale	Istituzione delle AFT degli Specialisti Ambulatoriali interni e medici veterinari ed altre professionalità sanitarie	Individuare ed istituire le AFT degli Specialisti Ambulatoriali interni e medici veterinari ed altre professionalità sanitarie con definizione del Regolamento per il funzionamento interno di AFT entro il 31.03.2021.	31/03/2021	È costituito il Comitato aziendale per la specialistica convenzionata con decreto n. 625 del 28/5/2021, che si è riunito il 25 giugno. La prima seduta del Comitato si è tenuta in data 25/06/2021, con definizione del numero di AFT da istituire. Il Regolamento di AFT è stato approvato nella seduta del Comitato dd. 28/10/2021. Il regolamento ed istituzione delle AFT è stato approvato con decreto n.1197 del 12/11/2021. Il regolamento è stato approvato nel corso del 2021 (decreto n.1197 del 12/11/2021) dopo 8 mesi dalla scadenza del 31/03 previsto dall'obiettivo (la proposta di valutazione è stata effettuata dal referente regionale)	Obiettivo NON RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
3.2	Cure intermedie	Avvio dell'implementazione dei posti letto di cure intermedie	Graduale incremento di almeno il 10% previsto dallo standard dei posti letto di cure intermedie con l'obiettivo di tendere a medio termine agli standard definiti	31/12/2021	La dotazione di posti letto di cure intermedie aziendale è stata oggetto di ridefinizione nel corso dell'anno in relazione a quanto previsto dalla DGR 1446 del 24 settembre 2021, come rettificata dalla DGR 1965 del 23 dicembre 2021, che esplicita i principi riorganizzativi generali a cui gli enti devono dare concreta e progressiva attuazione nella necessaria attività di cambiamento organizzativo anche in attuazione del PNRR i cui target, rispetto all'implementazione dell'assistenza territoriale, sono stati successivamente indicati nella DGR 321 dell'11 marzo 2022 di approvazione delle Linee annuali per la gestione del SSR – anno 2022. Si ritiene che visto le mutate condizioni che si sono susseguite nel corso del 2021 l'obiettivo non possa essere valutato per nessuna azienda.	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
3.3	Disturbi spettro autistico	Valutazione multiprofessionale (PLS e/o MMG, Servizi sanitari aziendali e Servizi sociali) del 100% dei 17enni con diagnosi di disturbi dello spettro autistico (DSA) attraverso una calendarizzazione concordata tra servizi per l'età evolutiva e quelli per l'età adulta.	Entro il 31.12.2021 invio di relazione al Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera della Direzione Centrale Salute sulle progettualità elaborate per la fase di transizione dei soggetti con DSA.	31/12/2021	La relazione sulle progettualità elaborate per la fase di transizione dei soggetti con DSA è stata trasmessa alla DCS con nota prot. n. 192973 del 23.12.2021.	Obiettivo RAGGIUNTO
3.4	Rete assistenziale Disturbi del comportamento alimentare	Rete assistenziale disturbi del comportamento alimentare. Le Aziende rendono operativa la rete di offerta dei servizi DCA in coerenza a quanto previsto dalla DGR 668/2017	Report inviato entro il 31.12.2021 ad ARCS con le seguenti indicazioni:- referenti DCA aziendali per l'età adulta e per l'età evolutiva- data attivazione Centri diurni DCA per età adulta e per età evolutiva e casistica 2021- individuazione equipe funzionale multidisciplinare, multiprofessionale (rif. professionalità DGR 668/2017)	31/12/2021	E' stata effettuata la ricognizione aziendale dei livelli organizzativi; sono stati individuati i referenti aziendali DCA per l'età adulta e per l'età evolutiva, comunicati ad ARCS con nota prot. 0116318 del 04/08/2021. Con nota prot. n. 61350 del 31.12.2021 è stato inviato il report con le indicazioni richieste.	Obiettivo RAGGIUNTO
3.4	Rete assistenziale Disturbi del comportamento alimentare	Osservatori epidemiologici adulti e minori Gli Osservatori di ASUFC e IRCCS Burlo Garofolo, in maniera congiunta e condivisa definiscono indicatori di processo e di esito in coerenza a quanto previsto dalla DGR 668/2017	Entro 30.6.2021: invio congiunto alla DCS dell'elenco degli indicatori proposti e degli strumenti di monitoraggio individuati	30/06/2021	La definizione dell'elenco degli indicatori e degli strumenti di monitoraggio è stata avviata nell'ambito del gruppo di lavoro regionale, dove è stato condiviso anche il report di monitoraggio sulle attività e sull'outcome adulti anno 2021. L'Obiettivo viene riprogrammato per l'anno 2022, come da nota ARCS prot. n.16660 del 30/4/2021.	Obiettivo RAGGIUNTO
3.4	Rete assistenziale Disturbi del comportamento alimentare	Osservatori epidemiologici adulti e minori Gli Osservatori di ASUFC e IRCCS Burlo Garofolo, in maniera congiunta e condivisa individuano strumenti idonei e comuni all'età adulta e all'età evolutiva per il monitoraggio dell'offerta e degli outcome predispongono un report annuale di monitoraggio	Entro 31.12.2021: invio congiunto alla DCS di un report di monitoraggio sulle attività e sull'outcome adulti e minori anno 2021.	31/12/2021	La definizione dell'elenco degli indicatori e degli strumenti di monitoraggio è stata avviata nell'ambito del gruppo di lavoro regionale, dove è stato condiviso anche il report di monitoraggio sulle attività e sull'outcome adulti anno 2021. L'Obiettivo viene riprogrammato per l'anno 2022, come da nota ARCS prot. n.16660 del 30/4/2021.	Obiettivo RAGGIUNTO
3.5	Sanità penitenziaria	Regolamento di funzionamento interno della rete di sanità penitenziaria, atto a garantire in particolare risposte uniformi	Entro il 30.06.2021, predisposizione di una bozza di documento per uniformare le risposte all'Autorità penitenziaria in merito ai trasferimenti per motivi sanitari ed invio alla DCS;	30/06/2021	E' stata predisposta la bozza di procedura per i trasferimenti dei detenuti per motivi sanitari ed è stata trasmessa alla DCS con mail del 29/6/2021. La procedura, approvata dalla Regione e dal DAP Triveneto, è stata formalizzata il 29/12/2021.	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
		all'Amministrazione Penitenziaria rispetto ad eventuali trasferimenti per motivi sanitari				
3.5	Sanità penitenziaria	Regolamento di funzionamento interno della rete di sanità penitenziaria, atto a garantire in particolare risposte uniformi all'Amministrazione Penitenziaria rispetto ad eventuali trasferimenti per motivi sanitari	Entro il 31.12.2021 approvazione del documento per uniformare le risposte all'Autorità penitenziaria in merito ai trasferimenti per motivi sanitari	31/12/2021	E' stata predisposta la bozza di procedura per i trasferimenti dei detenuti per motivi sanitari ed è stata trasmessa alla DCS con mail del 29/6/2021. La procedura, approvata dalla Regione e dal DAP Triveneto, è stata formalizzata il 29/12/2021.	Obiettivo RAGGIUNTO
3.5	Sanità penitenziaria	Ulteriore sviluppo della telemedicina in carcere	Entro il 31.12.2021 descrizione di almeno n. 1 nuovo progetto di telemedicina e indicazione degli interventi effettuati a favore dei detenuti	31/12/2021	Presso la Casa circondariale di Tolmezzo è presente un cardiografo, ed è stata predisposto un apparato (gateway) per ricevere e gestire gli ECG prodotti. Nel 2021 non sono stati effettuati ECG in loco. Presso la Casa circondariale di Udine è stata attivata una postazione di teleconsulto dedicata, in prima battuta, ai colloqui nell'ambito della salute mentale e delle dipendenze; nel mese di dicembre sono state svolte le prime attività.	Obiettivo RAGGIUNTO
3.5	Sanità penitenziaria	Progettualità CASSE AMMENDE: Realizzazione delle attività previste dal progetto da parte dei Dipartimenti di prevenzione, per quanto riguarda i corsi di cui al D.Lgs 81/2008	Evidenza delle attività realizzate nel report di monitoraggio al 31.12.2021	31/12/2021	Il Dipartimento di Prevenzione ha individuato gli operatori che possono intervenire come docenti nei corsi organizzati dagli istituti penitenziari della provincia (Udine e Tolmezzo). Gli istituti sono stati contattati per definire gli aspetti logistici; in relazione all'evoluzione dell'emergenza pandemica l'attività è stata rinviata al 2022	Obiettivo RAGGIUNTO
3.5	Sanità penitenziaria	Progettualità CASSE AMMENDE: Realizzazione delle attività previste dal progetto a favore di persone in esecuzione penale con problemi di dipendenza	Evidenza delle attività realizzate nel report di monitoraggio al 31.12.2021	31/12/2021	E' stato prodotto il report che evidenzia che sono state realizzate le attività previste dal progetto, in particolare l'inserimento in Comunità Terapeutiche Residenziali di n. 5 persone e l'attivazione di tirocini inclusivi per ulteriori n. 5 persone tutte in esecuzione penale con problemi di dipendenza	Obiettivo RAGGIUNTO
3.6	Superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari	Predisposizione dei progetti terapeutico riabilitativi individualizzati (PTRI) nei confronti delle persone soggette a misura di sicurezza	Le Aziende predispongono le modalità operative, la stesura e l'invio alla competente autorità, entro 45 giorni dall'applicazione della misura di sicurezza in REMS, del PTRI, e lo inoltrano per conoscenza al Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera della Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità	entro 45 gg dall'applicazione della misura di sicurezza in REMS	Nella REMS di Udine (2 posti) sono stati accolti due pazienti soggetti a misura di sicurezza: uno risulta accolto dall'anno 2020, l'altro è stato inserito ad agosto 2021 a seguito di una dimissione. Si sono svolti gli incontri tra i CSM di riferimento e l'autorità giudiziaria competente per la predisposizione del PTRI orientato alla dimissione, per la complessità di entrambi i casi non è stato possibile predisporre il PTRI sulla dimissione entro 45 giorni dall'applicazione della misura di sicurezza in REMS. La DCSPSD è stata informata di tutte le fasi evolutive dei PTRI. Si sono avviate le procedure per predisporre i PTRI, ma i PTRI non sono stati predisposti, come previsto dalla normativa.	Obiettivo NON RAGGIUNTO
3.6	Superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari	Predisposizione di progetti finalizzati per l'adozione di soluzioni diverse dalla REMS (misure alternative), nei confronti delle persone soggette a misura di sicurezza	Entro il 30.06.2021 le Aziende predispongono ed inviano alla competente autorità progetti per le misure alternative, riguardanti almeno il 40% delle persone soggette a misura di sicurezza nel primo semestre del 2021, e li inoltrano per conoscenza al Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera della Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità;	30/06/2021	Con mail del 30/6/2021 è stata trasmessa al Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera della Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità, una sintesi delle progettualità alternative definite. I progetti per l'adozione di soluzioni diverse dalle REMS riguardano oltre il 90% delle persone soggette a misura di sicurezza.	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
3.6	Superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari	Predisposizione di progetti finalizzati per l'adozione di soluzioni diverse dalla REMS (misure alternative), nei confronti delle persone soggette a misura di sicurezza	Entro il 31.12.2021 le Aziende predispongono ed inviano alla competente autorità progetti per le misure alternative, riguardanti almeno il 60% delle persone soggette a misura di sicurezza nel secondo semestre del 2021, e li inoltrano per conoscenza al Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera della Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità;	31/12/2021	Con mail del 30/6/2021 è stata trasmessa al Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera della Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità, una sintesi delle progettualità alternative definite. I progetti per l'adozione di soluzioni diverse dalle REMS riguardano oltre il 90% delle persone soggette a misura di sicurezza.	Obiettivo RAGGIUNTO
3.7	Rete cure palliative e terapia del dolore	Terapia del dolore- Tempi di attesa- Reperibilità algologica- Appropriately prescrivibile- Piattaforme di telemedicina/teleassistenza- Integrazione con la medicina generale	Sono rispettati i tempi di attesa per la prima visita algologica almeno nel 75% dei casi per ogni classe di priorità, in caso di richiesta appropriata, salvo eventuali correttivi dovuti all'emergenza COVID 2019	31/12/2021	Il target definito per i tempi di attesa per la prima visita algologica richiedono preliminarmente una valutazione di appropriatezza prescrittiva che richiede una condivisione a valenza regionale e non solo aziendale. E' stato avviato l'utilizzo della telemedicina in una struttura aziendale. Priorità B: 18,8% Priorità D: 65,9% Priorità P: 98,9%	Obiettivo NON RAGGIUNTO
3.7	Rete cure palliative e terapia del dolore	Terapia del dolore- Tempi di attesa- Reperibilità algologica- Appropriately prescrivibile- Piattaforme di telemedicina/teleassistenza- Integrazione con la medicina generale	Le aziende individuano un referente che partecipa ai lavori del gruppo regionale per:- Implementare un modello per la reperibilità algologica h24, aziendale (per le Aziende sede di centro Hub algologico) o Regionale;- Implementare e, messa in utilizzo (almeno in via sperimentale), di un modello di valutazione dell'appropriatezza prescrittiva per prima visita algologica	31/12/2021	Il target definito per i tempi di attesa per la prima visita algologica richiedono preliminarmente una valutazione di appropriatezza prescrittiva che richiede una condivisione a valenza regionale e non solo aziendale. E' stato avviato l'utilizzo della telemedicina in una struttura aziendale.	Obiettivo RAGGIUNTO
3.7	Rete cure palliative e terapia del dolore	Terapia del dolore- Tempi di attesa- Reperibilità algologica- Appropriately prescrivibile- Piattaforme di telemedicina/teleassistenza- Integrazione con la medicina generale	Utilizzo, per le prestazioni autorizzate (es. "controllo algologico"), delle piattaforme di telemedicina acquisite nel 2020 - almeno il 5% delle prestazioni eleggibili	31/12/2021	Il target definito per i tempi di attesa per la prima visita algologica richiedono preliminarmente una valutazione di appropriatezza prescrittiva che richiede una condivisione a valenza regionale e non solo aziendale. E' stato avviato l'utilizzo della telemedicina in una struttura aziendale.	Obiettivo RAGGIUNTO
3.7	Rete cure palliative e terapia del dolore	Terapia del dolore- Tempi di attesa- Reperibilità algologica- Appropriately prescrivibile- Piattaforme di telemedicina/teleassistenza- Integrazione con la medicina generale	Vi è evidenza d'integrazione tra i servizi di terapia antalgica ospedalieri e la medicina generale	31/12/2021	Il target definito per i tempi di attesa per la prima visita algologica richiedono preliminarmente una valutazione di appropriatezza prescrittiva che richiede una condivisione a valenza regionale e non solo aziendale. E' stato avviato l'utilizzo della telemedicina in una struttura aziendale.	Obiettivo RAGGIUNTO
3.7	Rete cure palliative e terapia del dolore	Cure palliative- Decessi a domicilio- Dotazione organica- Registrazione attività cliniche	Almeno il 75% dei decessi con diagnosi di tumore avviene a domicilio o in hospice Obiettivo prescritto anche ad ASFO con DGR 1683 del 8/11/2021	31/12/2021	Il 58,28% dei decessi con diagnosi di tumore è avvenuta a domicilio o in hospice (fonte ARCS – anno 2020 ultimo dato annuale disponibile).	Obiettivo NON RAGGIUNTO
3.7	Rete cure palliative e terapia del dolore	Cure palliative- Decessi a domicilio- Dotazione organica- Registrazione attività cliniche	Ogni Azienda è dotata di un numero di posti letto hospice accreditati congruo agli standard LEA (DGR 2062 2014 e DGR 165/2016);	31/12/2021	Per quanto attiene la dotazione di posti letto si rimanda a quanto definito al punto 3.2.*La DGR 2673/2014 definiva il numero di posti letto per ogni Azienda sanitaria utilizzando lo standard Lea. Il numero di posti letto previsto per ASUFC (ricalcolato tenendo conto dello scorporo della ex AAS2 i cui posti letto sono stati riproporzionati sulla base della popolazione) è pari a 35. Dai flussi ministeriali risulta che ASUFC ha dichiarato nel 2021 n° 14 posti letto di hospice.	Obiettivo NON RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
3.7	Rete cure palliative e terapia del dolore	Cure palliative- Decessi a domicilio- Dotazione organica- Registrazione attività cliniche	Le Aziende adottano eventuali modalità di registrazione dell'attività definite dal coordinamento regionale (attualmente non prevista dai sistemi informatici) entro il 31/12/2021.	31/12/2021	Non sono pervenute indicazioni dal coordinamento regionale	Obiettivo NON VALUTABILE (STRA LCIO)
3.8	Odontoiatria pubblica	Ogni centro erogatore deve fornire le prestazioni/anno;	Erogazione di almeno 1400 prestazioni/anno per centro erogatore	31/12/2021	Prestazioni eseguite dai centri erogatori: - Distretto Codroipo: 1378; - Distretto Cividale (centro erogatore di Cividale e Manzano): 2808; -Distretto San Daniele: 3440; - Distretto Tarcento: 1586; - Distretto Gemona (centro erogatore di Gemona e Tarvisio): 3107; - Distretto Tolmezzo 1169; - Distretto Udine 4574; -Distretto Palmanova: 2555; -Distretto Latisana (centro erogatore di Latisana e San Giorgio di Nogaro): 1422; -Ospedale Udine: 6595.	Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO
3.8	Odontoiatria pubblica	La media dei singoli centri erogatori e la media aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra deve essere mantenuta al livello raggiunto nel 2019 nelle Aziende con valore > 1.5; si deve raggiungere tale valore nelle Aziende che nel 2019 hanno raggiunto una media compresa tra 1.0 e 1.5 e si deve raggiungere il valore di almeno 1.3 nelle Aziende la cui media nel 2019 è risultata < 1;	- Mantenimento della media dei singoli centri erogatori e di quella aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra al livello raggiunto nel 2019 nelle Aziende con valore > 1.5;- Raggiungimento del valore di 1.5 per le Aziende che nel 2019 hanno raggiunto una media compresa tra 1.0 e 1.5 e del valore di almeno 1.3 nelle Aziende la cui media nel 2019 è risultata < 1;	31/12/2021	Media prestazioni erogate/ora/odontoiatra aziendale (valore stimato): 1,12 (dato 2020= 0,9)	Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO
3.8	Odontoiatria pubblica	la media aziendale annua di prestazioni/riunito non deve essere inferiore a 1400;	Raggiungimento di una media aziendale annua di almeno 1400 prestazioni/riunito;	31/12/2021	Media aziendale di prestazioni/riunito: 1180	Obiettivo NON RAGGIUNTO
3.8	Odontoiatria pubblica	la percentuale aziendale di visite sul totale delle prestazioni erogate deve essere inferiore al 30% per ASUGI, inferiore al 40% per ASUFC, ASFO e Burlo Garofolo;	Percentuale aziendale di visite sul totale delle prestazioni erogate deve essere: inferiore al 40% per ASUFC, ASFO e Burlo Garofolo;	31/12/2021	la proposta di valutazione è stata effettuata tenendo conto dei dati trasmessi dal referente regionale: le visite sono 1.560 su 3.050 = 41%	Obiettivo NON RAGGIUNTO
3.8	Odontoiatria pubblica	tutte le Aziende devono sottoscrivere entro il 31.3.2021 la convenzione con ASUGI per le prestazioni extra-LEA;	Sottoscrizione da parte delle Aziende entro il 31.3.2021 della convenzione con ASUGI per le prestazioni extra-LEA	31/03/2021	Accordo sottoscritto in aprile 2021 (decreto n. 456/27.4.2021)	Obiettivo RAGGIUNTO
3.8	Odontoiatria pubblica	tutte le aziende devono fornire alla Direzione centrale salute per il tramite del Coordinamento regionale una comunicazione trimestrale sulle liste di attesa e tutte le informazioni previste dalla convenzione;	Invio al coordinatore regionale della reportistica trimestrale sulle liste di attesa, con tutte le informazioni previste, entro il mese successivo alla scadenza del trimestre;	entro il mese successivo al trimestre di riferimento	Rendicontazioni trimestrali inviate al Coordinatore regionale	Obiettivo RAGGIUNTO
3.8	Odontoiatria pubblica	per ASUFC: potenziamento dell'attività di Gemona, chiusura dell'ambulatorio di San Giorgio di Nogaro, rafforzamento dell'ambulatorio di Latisana e piano di fattibilità per sviluppare attività odontoiatrica a Palmanova (anche per P.S. odontoiatrico a valenza regionale per soggetti disabili);	ASUFC deve effettuare il potenziamento dell'attività di Gemona, la chiusura dell'ambulatorio di San Giorgio di Nogaro, il rafforzamento dell'ambulatorio di Latisana e il piano di fattibilità per sviluppare attività odontoiatrica a Palmanova (anche per P.S. odontoiatrico a valenza regionale per soggetti disabili);	31/12/2021	Si prende atto che Gemona non è stata rafforzata, Palmanova non sviluppata, Ambulatorio Latisana ancora senza sede	Obiettivo NON RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
3.8	Odontoiatria pubblica	Per tutte le aziende: definire una razionalizzazione dei materiali impiegati nella attività.	Tutte le aziende devono definire una razionalizzazione dei materiali impiegati nella attività.	31/12/2021	L'attività non è stata completata	Obiettivo NON RAGGIUNTO
3.9	Consultori familiari	Percorso nascita: Applicazione dei protocolli aziendali di accompagnamento e dimissioni per le gravidanze in età precoce e i neonati esposti elaborati in ogni azienda sanitaria.	Evidenza e applicazione dei protocolli in ogni azienda sanitaria	31/12/2021	I Consulteri familiari, con il "Programma di interventi a sostegno della genitorialità per il potenziamento e l'implementazione delle attività di carattere sociale dei consultori familiari, anno 2020" (DGR n 1497/2020) hanno continuato nel 2021, il potenziamento e implementazione delle attività di carattere sociale in materia di sostegno alla genitorialità complessa, natalità di casistica particolare, preadolescenza a rischio di devianza, anche tenuto conto dei nuovi bisogni legati all'emergenza COVID-19, valorizzando la collaborazione integrata tra i consultori familiari delle Aziende sanitarie e i Servizi Sociali dei Comuni mediante la metodologia di lavoro già avviata nei precedenti interventi e mediante nuove azioni di carattere innovativo e sperimentale anche nell'ambito delle progettualità di cui al successivo paragrafo 5. Sono applicati i protocolli definiti nelle cessate aziende, il loro aggiornamento sarà conseguente al nuovo assetto organizzativo di ASUFC in via di definizione. La seguente tabella evidenzia le dimissioni per parto di età	Obiettivo RAGGIUNTO
3.9	Consultori familiari	Percorso nascita: Applicazione dei protocolli aziendali di accompagnamento e dimissioni per le gravidanze in età precoce e i neonati esposti elaborati in ogni azienda sanitaria.	Evidenza biennale della casistica 2020-2021 per ogni azienda sanitaria	31/12/2021	I Consulteri familiari, con il "Programma di interventi a sostegno della genitorialità per il potenziamento e l'implementazione delle attività di carattere sociale dei consultori familiari, anno 2020" (DGR n 1497/2020) hanno continuato nel 2021, il potenziamento e implementazione delle attività di carattere sociale in materia di sostegno alla genitorialità complessa, natalità di casistica particolare, preadolescenza a rischio di devianza, anche tenuto conto dei nuovi bisogni legati all'emergenza COVID-19, valorizzando la collaborazione integrata tra i consultori familiari delle Aziende sanitarie e i Servizi Sociali dei Comuni mediante la metodologia di lavoro già avviata nei precedenti interventi e mediante nuove azioni di carattere innovativo e sperimentale anche nell'ambito delle progettualità di cui al successivo paragrafo 5. Sono applicati i protocolli definiti nelle cessate aziende, il loro aggiornamento sarà conseguente al nuovo assetto organizzativo di ASUFC in via di definizione. La seguente tabella evidenzia le dimissioni per parto di età	Obiettivo RAGGIUNTO
3.9	Consultori familiari	Sostegno alla genitorialità Predisporre strumenti situazionali e specifici materiali per evidenziare le necessità più emergenti della casistica in esame, al fine di migliorare le azioni della rete di presa in carico, in particolare dei Consulteri familiari e del Servizio Sociale dei Comuni	Evidenza degli strumenti e materiali attraverso report da inviare in DC Salute (dicembre 2021)	31/12/2021	Per i Distretti di Udine, Cividale e Tarcento è stato inviato con mail del 22/12/2021 alla DCS specifico Report a cura del Responsabile della SOS Materno infantile del Distretto di Udine. Per quanto riguarda gli altri territori aziendali gli strumenti in uso sono l'UVM che permette, attraverso la definizione del Progetto Personalizzato, la presa in carico integrata tra Consultorio Familiare e Servizi Sociali e gli incontri di rete con i Servizi Sociali dei Comuni.	Obiettivo RAGGIUNTO
3.9	Consultori familiari	Sostegno alla genitorialità Attivare gruppi sperimentali di ascolto e confronto tra	Evidenza di n° di gruppi di ascolto e confronto tra genitori per ogni azienda sanitaria	31/12/2021	Nelle diverse realtà territoriali sono state sviluppate sia progettualità on line sia azioni individuali attraverso consulenze	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
		genitori, in relazione alle diverse fasi evolutive dei figli minori, modulati sugli elementi di specifiche criticità evidenziate, ovvero neo-genitori di casistica con natalità particolare, nuclei con minori vittime di violenza assistita o subita			psicologiche ad adolescenti e ai genitori nel rispetto delle misure di contenimento della pandemia. Sono stati attivati n. 4 gruppi di ascolto e n. 30 prese in carico individuali per sostegno alla genitorialità. I temi affrontati attengono alla coordinazione genitoriale, al pre-parto e post-partum, al sostegno alla genitorialità fragile rivolto alle neo-mamme in presenza di fattori critici per lo sviluppo della relazione madre-bambino. Si tratta di progettualità attivate grazie al contributo dei professionisti arruolati mediante i finanziamenti del Programma di interventi a sostegno della genitorialità per il potenziamento e l'implementazione delle attività di carattere sociale dei consultori familiari e in collaborazione con gli Ambiti Socioassistenziali	
3.9	Consultori familiari	Sostegno alla genitorialità Organizzare spazi e momenti di incontro per bambini e adolescenti, anche in collaborazione con i genitori, tesi a migliorare le capacità genitoriali espresse.	Evidenza di n° incontri per bambini e adolescenti per ogni azienda sanitaria	31/12/2021	L'attività è stata avviata nel Distretto di Udine mediante il coinvolgimento delle scuole primarie e secondarie di primo grado di Udine con la realizzazione di n.117 incontri ai quali si aggiungono n. 24 incontri nelle comunità per minori. Nei Distretti di Codroipo e S. Daniele sono stati privilegiati interventi e consulenze individuali a supporto e sostegno delle competenze genitoriali per un totale di n.125 incontri. Nei Distretti dell'Alto Friuli sono stati realizzati n.57 incontri con adolescenti e preadolescenti; è stato avviato il Progetto younglee, chat di ascolto sviluppata in una logica di peer education coordinata da operatori (psicologo ed educatori/peer). Negli altri contesti territoriali accanto agli interventi e consulenze individuali a supporto e sostegno alla genitorialità, è stata realizzata la progettazione dell'attività dei gruppi che è stata posticipata causa COVID (l'utilizzo del finanziamento correlato è stato prorogato al 31/12/2022).	Obiettivo RAGGIUNTO
3.9	Consultori familiari	Sostegno alla genitorialità Attivare specifiche collaborazioni con il Terzo settore a sostegno degli interventi.	Evidenza di protocolli e/o convenzioni con il Terzo settore per ogni azienda sanitaria	31/12/2021	Avviata, nel Distretto di Udine, una collaborazione con IRSSSES, sulla base della convenzione in essere, per gestione di progettualità di sostegno alla genitorialità per il potenziamento e l'implementazione delle attività di carattere sociale dei consultori familiari, anno 2020" (DGR n1497/2020), collaborazione con i Servizi Sociali di Ambito per realizzazione del progetto P.I.P.P.I. curato da LabRIEF Laboratorio di ricerca e intervento in educazione familiare dell'Università di Padova e dal Ministero del Lavoro e Politiche Sociali; collaborazione con progetto Prodiggi: il piano per la cittadinanza dei giovani e la comunità educante. Sono state rinnovate le convenzioni con 3 consultori familiari privati di Udine (CF Friuli - CF AIED - CF Udinese) che svolgono anche attività a favore dell'utenza di altri distretti. In tema di affidi e adozioni sono attive le collaborazioni:- con gli Enti Autorizzati per le Adozioni Internazionali con sede in Regione FVG in applicazione del Protocollo Regionale e relative Linee Guida in materia di adozioni nazionali e internazionali (DGR n.565 del 15/03/2018).- con le associazioni Par Vivi in Famee, Famiglie per l'Accoglienza, il Focolare, ecc per la realizzazione dei percorsi di affidamento	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività	
					familiare che tengano conto delle Linee Guida Regionali in materia del 31/02/2015.- nei territori del tarcentino e del cividalese, in continuità con il 2020, è attivo il Progetto Affidamento Familiare con la collaborazione e la cogestione dell'ASUFC, del SSC e Terzo settore (Comunità "La Viarte", Cooperativa Athena Città della psicologia).In tema di contrasto della violenza di genere e delle violenze intrafamiliari sono attive:- "Accordo di collaborazione tra Comune di Udine e ASUIUD in materia di attività a contrasto del maltrattamento e della violenza di genere" siglato il 21 novembre del 2019 per la durata di tre anni per l'attuazione del progetto del Comune di Udine "Zero Tollerance";- collaborazione con l'Associazione Iatrice per il recupero degli autori di violenza- collaborazione Progetto Sunrise "Sperimentazione inter-ambiti di una filiera di interventi e servizi per donne vittime di violenza di genere e per uomini maltrattanti" nei Distretti dell'Alto Friuli in collaborazione con i SSC;- con il Centro Antiviolenza di Tolmezzo (con sportelli decentrati a Gemona e San Daniele) gestito da "Voce donna onlus" di Pordenone.		
3.9	Consultori familiari	Sostegno alla genitorialitàProgettare servizi dedicati a minori e famiglie, aventi carattere di stabilità e in continuità con le azioni attivate nell'ambito della programmazione complessiva, per lo sviluppo delle attività di carattere sociale dei consultori familiari	Evidenza di bozze avanzate e/o avvio diretto di specifica progettazione di servizi dedicati a minori e famiglie, anche con particolare multi-complexità, aventi carattere di stabilità e continuità.	31/12/2021	Avviato un servizio dedicato a minori e famiglie per lo sviluppo delle attività di carattere sociale dei consultori familiari organizzato con lo psicologo, l'assistente sociale, un consulente legale e formazione specifica su coordinazione genitoriale per gli operatori dei tre Consultori Familiari di Udine Tarcento e Cividale. Il servizio si è avviato con il sostegno dei fondi regionali per l'attività a carattere sociale dei Consultori Familiari e prevede uno sviluppo in continuità.Nei Distretti di Codroipo, S. Daniele, Gemona e Tolmezzo è in fase di realizzazione il progetto Youngle. È stato acquisito un servizio per l'avvio delle attività Web di Peer Education rivolto a prevenire il disagio intra-familiare degli adolescenti e avviato il bando per la prosecuzione della collaborazione con un professionista psicologo ed un educatore che seguiranno la progettualità in collaborazione con il team di progetto. Con il contributo delle Amministrazioni comunali, degli Istituti Scolastici Secondari di Secondo grado del territorio, dell'associazionismo, delle realtà territoriali a cui afferiscono gli adolescenti e dell'Università di Udine – Facoltà di Educazione Professionale sono stati così reperiti circa 20/25 peer. Sono inoltre stati programmati i percorsi formativi rivolti ai Peer e agli operatori dei servizi al fine di fornire loro gli strumenti metodologici per la concretizzazione del progetto a l'attivazione della chat. Per le altre realtà territoriali l'avvio dell'attività oggetto di approfondimento anche in relazione alle risorse disponibili.	Obiettivo RAGGIUNTO	
3.9	Consultori familiari	AdozioneAttività di monitoraggio e valutazione dell'iter adottivo per l'adozione nazionale e internazionale	Analisi di casistica adottiva (nazionale e internazionale) e perfezionamento dell'offerta formativa alle coppie aspiranti l'adozione in	31/12/2021	L'analisi e il monitoraggio della casistica adottiva e dell'iter valutativo sono stati costantemente aggiornati da parte dell'equipe adozioni aziendali che provvede a fornire alla DCS i dati per l'elaborazione del report finale curato dalla Direzione stessa.	Obiettivo RAGGIUNTO	

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
			collaborazione con gli Enti Autorizzati EE.AA. e l'Ufficio Scolastico Regionale		Nell'anno 2021 sono risultati in carico ai servizi aziendali n. 29 coppie per valutazione/rinnovo/conclusioni indagine psico-sociale, n.10 affidi preadottivi/provisori, n. 6 adozioni ex art. 44; sono stati svolti n.15 incontri informativo-formativi per coppie aspiranti all'adozione realizzati in collaborazione con gli altri Enti come previsto dal Protocollo Regionale, cui hanno partecipato n.30 coppie.	
3.9	Consultori familiari	AdozioneConsultazione del Tavolo con altri interlocutori del territorio, quali le Associazioni del Terzo Settore e alcuni referenti dell'area minori e famiglia dei SSC riguardo in particolare ai fallimenti adottivi.	Evidenza di n° di incontri e contenuti trattati tramite verbali e report periodico (giugno/dicembre 2021)	31/12/2021	I referenti di ASUFC hanno partecipato agli incontri del Tavolo regionale: n. 4 incontri del sottogruppo "fallimenti adottivi" e n. 3 incontri del sottogruppo "adozioni e scuola"; i verbali sono redatti a cura della DCS che coordina il Tavolo.Sono inoltre stati realizzati n. 7 incontri del Gruppo Adozioni di ASUFC che coinvolge gli operatori aziendali che si occupano della specifica tematica nelle diverse aree territoriali dell'Azienda. Obiettivo del gruppo di lavoro è l'omogenizzazione delle procedure, delle modalità di lavoro e di relazione con i diversi attori coinvolti nel percorso di adozione.	Obiettivo RAGGIUNTO
3.9	Consultori familiari	AdozioneApplicazione della Tabella dei fattori di rischio nelle famiglie con figli adottati elaborata dal sottogruppo di lavoro "Fallimenti adottivi"	Attendibilità di applicazione in tutte le aziende sanitarie	31/12/2021	È stata elaborata dal sotto gruppo regionale anche in collaborazione con gli Enti Autorizzati una scheda finalizzata alla rilevazione dei fattori di rischio e di protezione dei fallimenti adottivi. La scheda è stata sperimentata nel territorio dei tre distretti/consultori familiari di Udine, Cividale e Tarcento. Su n.10 schede sperimentate i risultati di attendibilità sono pari al 90%.	Obiettivo RAGGIUNTO
3.9	Consultori familiari	Violenza contro le donneAvvio di programmi e interventi volti all'intercettazione degli autori di violenza per una prima valutazione del rischio e della presa in carico in rete, da attuarsi attraverso una co-progettazione con le Associazioni/Enti del Terzo Settore attivi sul territorio in materia di contrasto alla violenza di genere, i Servizi Sociali e Sanitari, i Centri Antiviolenza, gli Organi Giudiziari, le Forze dell'Ordine	Attivazione gruppi di lavoro a tema, con la partecipazione della rete antiviolenza dei Servizi socio-sanitari, degli Enti preposti, degli Organi di Polizia, della Magistratura e del Terzo settore (Associazioni per uomini autori di violenza e per donne/minori vittime)PDTA per l'intercettazione degli autori di violenza e delle vittime di violenza subita e assistita per la valutazione del rischio.	31/12/2021	In ASUFC è in vigore dal 2019 il Protocollo ospedaliero in attuazione al DPCM del 24 novembre 2017 decreto regionale "Percorso ospedaliero per le donne che subiscono violenza"; il territorio è comunque costantemente coinvolto dall'ospedale nelle segnalazioni e da eventuali accessi diretti delle persone. Nel 2021 l'Azienda ha sottoscritto una convenzione con la Procura della Repubblica presso il Tribunale Ordinario di Udine per l'attuazione del codice rosso (L. 19.07.2019, n. 69). Questo progetto è finalizzato ad assicurare un servizio di consulenza e supporto psicologico; sono state formalizzate le disponibilità dei professionisti psicologi. E' stata inoltre organizzato un corso di formazione sul tema specifico "ASUFC_21456 Applicazione del Codice Rosso nei percorsi di soccorso e sostegno alle vittime di violenza di genere".Nella Bassa Friulana è attivo un Tavolo tecnico inter istituzionale tra CF, Servizi Sociali (Ambito di Latisana), Pronto Soccorso (Latisana), Forze dell'Ordine, Polizia locale, Associazioni/Enti del Terzo Settore (Associazione "Sorrìdi Ancora" di Latisana e Coop. Aracon di Udine) per una co-progettazione degli interventi integrati a favore delle donne vittime di violenza. E' stato condiviso un Protocollo operativo denominato "Accordo operativo Pronto intervento donne vittime di violenza sole o con figli minori Ambito territoriale Riviera Bassa Friulana".Nel novembre 2021 anche nel Distretto di Udine è stato avviato un tavolo tecnico (novembre 2021) tra servizi socio-sanitari, enti preposti, organi di polizia, magistratura e terzo settore per un	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
					confronto e una futura co-progettazione sui percorsi e sugli interventi di contrasto alla violenza contro le donne, sui percorsi di intercettazione precoce degli autori di violenza e sulla presa in carico in rete. Da molti anni sono attive le seguenti collaborazioni:- con il Progetto del Comune di Udine "Zero Tollerance" - Centro Antiviolenza.- con l'Associazione "Istrice" (con sedi a Pordenone e Udine) per il recupero degli autori di violenza - con il Centro Antiviolenza di Tolmezzo (con sportelli decentrati a Gemona e San Daniele) gestito da "Voce donna onlus" di Pordenone.	
3.9	Consultori familiari	Violenza contro le donnePredisposizione e avvio di punti di ascolto aziendali per l'invio e la presa in carico, degli autori di violenza.	N° interventi di accesso e invio di casistica di violenzaObiettivo prescritto anche ad ASFO con DGR 1683 del 8/11/2021	31/12/2021	Avviata l'operatività presso il Consultorio Familiare di Codroipo, registrati n. 3 interventi di accesso	Obiettivo RAGGIUNTO
4.1	Non autosufficienza	Fondo non Autosufficienza:Assicurare il corretto utilizzo delle risorse destinate del Fondo nazionale per la non autosufficienza attraverso la certificazione delle persone in condizione di disabilità gravissima	Per tutte le persone valutate in sede di UVM sono raccolte le informazioni previste ai sensi dell'art. 3 del DM 26 settembre 2016 per certificare la condizione di disabilità gravissima.	31/12/2021	Gli utenti adulti segnalati per il Fondo nazionale per la non autosufficienza in condizioni di disabilità gravissima sono valutati in sede di UVM, le informazioni sono quelle previste ai sensi dell'art. 3 del DM 26/09/2016. I minori che beneficiano del fondo gravissimi sono valutati in sede di UVM e le informazioni sono quelle previste ai sensi dell'art. 3 del DM 26/09/2016. la tabella seguente presenta le segnalazioni valutate nel 2021 (in continuità e nuove):DISTRETTO:- CIVIDALE: SLA 6 ; DISABILITA' GRAVISSIMA 15;- TARCENTO: SLA 6; DISABILITA' GRAVISSIMA 4;- UDINE: SLA 7; DISABILITA' GRAVISSIMA 42;- CODROIPO: SLA 0; DISABILITA' GRAVISSIMA 14;- S. DANIELE: SLA 2; DISABILITA' GRAVISSIMA 11;- GEMONA: SLA 0; DISABILITA' GRAVISSIMA 15;- TOLMEZZO: SLA 2; DISABILITA' GRAVISSIMA 11;- LATISANA: SLA 4; DISABILITA' GRAVISSIMA 21;- CERVIGNANO: SLA 4; DISABILITA' GRAVISSIMA 23;	Obiettivo RAGGIUNTO
4.1	Non autosufficienza	Sperimentazione budget di salute a domicilioPromuovere e sostenere l'utilizzo del budget di salute a sostegno di progetti personalizzati rivolti a persone non autosufficienti assistite a domicilio	Le aziende hanno creato le condizioni per attuare quanto previsto dagli indirizzi regionali con apposita DGR	31/12/2021	Attività non avviata, non pervenuti indirizzi regionali. La proposta di valutazione del referente regionale è di stralcio dell'obiettivo in quanto le linee di indirizzo regionali per la realizzazione di sperimentazioni di domiciliarità comunitaria sono state approvate con DGR 1964 del 23/12/2021	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
4.2	Anziani	Progetti di abitare inclusivoPromuovere, avviare, attuare e monitorare i progetti di abitare inclusivo	Tutti i progetti di abitare inclusivo autorizzati dalla Regione sono attuati previa stipula di apposita convenzione tra i soggetti coinvolti;	31/12/2021	Convenzioni attive:- Casa Persinio – Variano di Basiliano (19/8/20-18/8/23) 10 ospiti presenti con budget di salute- Casa di Tino – Vergnacco di Reana (28/8/20-27/8/23) 9 ospiti presenti con budget di salute- Cjase Me – Terenzano di Pozzuolo del Friuli - (1/12/2021 – 30/11/2024) 10 ospiti presenti, non ancora attivati budget di salute- Ciaso a Rigolat – Rigolato (16/12/2021 – 15/12/2024) capienza max 20 ospiti, non ancora attivati budget di salute per ospiti accolti- Abitare Possibile – Tavagnacco in fase di completamento l'iter per l'apertura, struttura autorizzata non ancora convenzionata- Casa Gandin – Gonars percorso riavviato dopo una prima esperienza nel 2017, in fase di completamento l'iter per l'apertura, struttura autorizzata non ancora convenzionata	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
4.2	Anziani	Progetti di abitare inclusivo Promuovere, avviare, attuare e monitorare i progetti di abitare inclusivo	Attivazione del budget di salute per tutte le persone anziane non autosufficienti inserite nelle sperimentazioni di abitare inclusivo Obiettivo prescritto anche ad ASUFC con DGR 1683 del 8/11/2021	31/12/2021	Convenzioni attive:- Casa Persinio – Variano di Basiliano (19/8/20-18/8/23) 10 ospiti presenti con budget di salute- Casa di Tino – Vergnacco di Reana (28/8/20-27/8/23) 9 ospiti presenti con budget di salute- Cjase Me – Terenzano di Pozzuolo del Friuli - (1/12/2021 – 30/11/2024) 10 ospiti presenti, non ancora attivati budget di salute- Ciaso a Rigolat – Rigolato (16/12/2021 – 15/12/2024) capienza max 20 ospiti, non ancora attivati budget di salute per ospiti accolti- Abitare Possibile – Tavagnacco in fase di completamento l'iter per l'apertura, struttura autorizzata non ancora convenzionata- Casa Gandin – Gonars percorso riavviato dopo una prima esperienza nel 2017, in fase di completamento l'iter per l'apertura, struttura autorizzata non ancora convenzionata	Obiettivo RAGGIUNTO
4.2	Anziani	Prisma 7 Sviluppo della seconda fase del Programma-intervento consistente nella sorveglianza leggera e presa in carico anticipata degli anziani individuati quali potenzialmente fragili.	Le AAS definiscono i contenuti della seconda fase del programma - intervento di sorveglianza attiva rivolto alla popolazione anziana a rischio di fragilità, anche alla luce della epidemia sanitaria, con indicazione del numero di anziani coinvolti, gli interventi programmati e i risultati attesi;	31/12/2021	I referenti distrettuali hanno partecipato alla webconference con la DCS il 29 marzo '21, nella quale è stato presentato il protocollo sperimentale di screening. Durante la campagna vaccinale gli elenchi dei fragili sono stati incrociati con gli elenchi delle persone in carico ai servizi distrettuali e ai servizi sociali, nonché quelli segnalati dai MMG e coloro che avevano richiesto la vaccinazione a domicilio per individuare la popolazione target per la prestazione nel setting domiciliare, in particolare per gli intrasportabili presso il loro domicilio. E' stata avviata la seconda fase in cui l'attenzione è focalizzata ai casi con punteggio da 5 a 7; l'elenco di tali soggetti viene "pulito" dai pazienti già in carico ai distretti e ai SSC. Considerato poi che i MMG, come condiviso nel gruppo tecnico del Comitato aziendale per la medicina generale, hanno la lista dei loro pazienti fragili individuati da prisma 7 pubblicata sul portale della Continuità aziendale, si procede ad una condivisione dei casi in modo tale che, una volta verificata l'effettiva fragilità, sia possibile attivare gli interventi valutati come necessari. Dal lavoro di screening sono stati individuati complessivamente n. 15 casi di maggiore complessità per i quali è stata attivata l'UVD per la definizione di un piano assistenziale. La maggior parte dei casi ha richiesto un'attività di orientamento, collegamento e informazione sui servizi sanitari e sociali disponibili.	Obiettivo RAGGIUNTO
4.2	Anziani	Prisma 7 Sviluppo della seconda fase del Programma-intervento consistente nella sorveglianza leggera e presa in carico anticipata degli anziani individuati quali potenzialmente fragili.	Le AAS svolgeranno le attività connesse alla fase di screening rivolta agli anziani non ancora coinvolti.	31/12/2021	I referenti distrettuali hanno partecipato alla webconference con la DCS il 29 marzo '21, nella quale è stato presentato il protocollo sperimentale di screening. Durante la campagna vaccinale gli elenchi dei fragili sono stati incrociati con gli elenchi delle persone in carico ai servizi distrettuali e ai servizi sociali, nonché quelli segnalati dai MMG e coloro che avevano richiesto la vaccinazione a domicilio per individuare la popolazione target per la prestazione nel setting domiciliare, in particolare per gli intrasportabili presso il loro domicilio. E' stata avviata la seconda fase in cui l'attenzione è focalizzata ai casi con punteggio da 5 a 7; l'elenco di tali soggetti viene "pulito" dai pazienti già in carico ai distretti e ai SSC. Considerato poi che i MMG, come condiviso nel gruppo tecnico del	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
					Comitato aziendale per la medicina generale, hanno la lista dei loro pazienti fragili individuati da prisma 7 pubblicata sul portale della Continuità aziendale, si procede ad una condivisione dei casi in modo tale che, una volta verificata l'effettiva fragilità, sia possibile attivare gli interventi valutati come necessari. Dal lavoro di screening sono stati individuati complessivamente n. 15 casi di maggiore complessità per i quali è stata attivata l'UVD per la definizione di un piano assistenziale. La maggior parte dei casi ha richiesto un'attività di orientamento, collegamento e informazione sui servizi sanitari e sociali disponibili.	
4.2	Anziani	Sistema informativo integrato a supporto della presa in carico Istituzione di un gruppo tecnico a livello regionale per la definizione dei contenuti progettuali	Partecipazione al gruppo tecnico a livello regionale per la definizione dei contenuti progettuali	31/12/2021	I referenti aziendali, individuati con note prot. n. 112623 del 28/7/2021 e n. 145317 del 1/10/2021, hanno partecipato al gruppo tecnico di definizione dei contenuti progettuali professionali	Obiettivo RAGGIUNTO
4.2	Anziani	Sistema informativo integrato a supporto della presa in carico Definizione del documento progettuale che includa tutte le caratteristiche e le modalità del sistema per la definizione del Capitolato	Evidenza del documento entro il 31.12.2021	31/12/2021	Attività in capo al livello regionale	Obiettivo RAGGIUNTO
4.2	Anziani	Rafforzare l'integrazione socio-sanitaria e l'accesso unitario alla rete dei servizi Aumentare l'accessibilità e la funzione dei PUA a livello integrato (sistema sociale e sistema sanitario, anche con l'eventuale collaborazione delle ASP)	Evidenza di un accordo formale tra SSC e Distretto per definire le sinergie in termini di modalità operative e risorse	31/12/2021	Sono state realizzate progettualità mirate alla riorganizzazione dei PUA/PUAI in una logica di ricomposizione della frammentarietà dei servizi che hanno tenuto conto sia dell'impatto del COVID e sia dell'inserimento, in diverse equipe PUA, di assistenti sociali. In 3 casi tali progettualità hanno portato alla sottoscrizione da parte dei Responsabili, rispettivamente di Distretto e SSC, di specifici protocolli operativi/accordi di programma per l'integrazione socio-sanitaria e l'accesso unitario alla rete dei servizi (Civiale Tarcento e Udine), nelle aree territoriali in cui l'Azienda ha la delega dei SSC e nelle altre aree territoriali sono stati costituiti tavoli di lavoro integrati Distretti/SSC per la definizione di procedure condivise revisione dei percorsi di presa in carico integrata, delle modalità operative in uso incluso l'utilizzo della "scheda PUA" e delle risorse dei Punti Unici di Accesso.	Obiettivo RAGGIUNTO
4.2	Anziani	Monitoraggio e promozione della qualità nelle residenze per anziani Garantire la prosecuzione del programma di monitoraggio e promozione della qualità nelle residenze per anziani	Sono effettuate almeno 2 visite di audit approfondite per azienda;	31/12/2021	Sono state effettuate visite di audit e di miglioramento della qualità nelle seguenti strutture:- Casa Mafalda di Aiello, sul tema della contenzione;- Casa del Clero Udine, sul tema ValGraf e rilevazione bisogni ospiti;- Santa Maria degli Angeli Gemona, valutazione percorsi Covid;- Rovere Bianchi Mortegliano, in collaborazione con Distretto, valutazione percorsi Covid;- Centro Residenziale per anziani Paularo, visita di Audit	Obiettivo RAGGIUNTO
4.2	Anziani	Monitoraggio e promozione della qualità nelle residenze per anziani Garantire la prosecuzione del programma di monitoraggio e promozione della qualità nelle residenze per anziani	E' stata redatta e trasmessa entro il primo semestre del 2021 la relazione illustrativa relativa alle attività svolte nel corso dell'anno 2020.	30/06/2021	Il report sulle attività 2020 è stato trasmesso alla DCS con nota del Coordinatore sociosanitario prot. n. 92705 del 18/6/2021.	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
4.2	Anziani	Verifiche sul personale in servizio nelle residenze per anziani convenzionate con il SSR. Migliorare l'attività di vigilanza e controllo sul personale delle residenze per anziani convenzionate	Le Aziende verificano che tutte le Residenze per anziani convenzionate implementino i dati di presenza del personale entro 3 mesi dal rilascio del nuovo sistema da parte della Regione.	entro 3 mesi dal rilascio del nuovo sistema	È stato attivato il monitoraggio da parte del gruppo afferente alla Direzione dei Servizi Socio Sanitari. Al 31 dicembre 2021 tutte le strutture hanno implementato i dati. Si stralcia l'obiettivo in quanto le attività descritte non sono ascrivibili all'obiettivo come formulato nelle linee di gestione (DGR 189/2021), che comunque è stato ritenuto non raggiungibile per causa non imputabile all'Azienda sanitaria (mancato rilascio, da parte della Regione, di un sistema di rilevazione delle presenze che consenta alle Aziende l'accertamento, in tempo reale, degli operatori presenti in struttura).	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
4.2	Anziani	Posti letto convenzionati nelle residenze per anziani. Garantire la riassegnazione dei posti letto già convenzionati divenuti disponibili a seguito di chiusura o riduzione del numero di posti letto autorizzati in strutture residenziali per anziani	Gli eventuali posti letto disponibili sono convenzionabili disponibili sono stati riassegnati.	31/12/2021	Con determina n. 1374/2021 sono stati assegnati i posti letto disponibili (n.40) individuati a seguito di specifico bando approvato con DDG n. 928/2021. Convenzioni sottoscritte ed operative dal 1/11/2021	Obiettivo RAGGIUNTO
4.2	Anziani	Teleassistenza domiciliare: Migliorare l'appropriatezza del servizio di teleassistenza e la presa in carico delle persone	Viene prodotto e condiviso con i referenti aziendali il primo piano di verifica e di miglioramento del servizio (ai sensi della DGR n.161 del 07.02.2020)	31/12/2021	Nelle giornate del 27 aprile e del 23 giugno sono stati effettuati incontri con tutti i referenti aziendali e la referente della ditta affidataria del servizio finalizzati al miglioramento e alla verifica del servizio stesso. Argomenti trattati sono stati: la teleassistenza sicuri a casa, presentazione della DGR 161 del 2020, dati di attività, visione del portale dell'ente gestore per invio richieste, monitoraggio e presa in carico.	Obiettivo RAGGIUNTO
4.2	Anziani	Teleassistenza domiciliare: Migliorare l'appropriatezza del servizio di teleassistenza e la presa in carico delle persone	L'utilizzo del portale dedicato alla gestione e monitoraggio del servizio è in graduale aumento (rispetto all'anno precedente)	31/12/2021	Nel 2021 si è completato il processo di abilitazione degli operatori dei diversi Distretti e la formazione all'uso del nuovo portale. L'utilizzo del portale è in graduale aumento, nel 2022 tale attività sarà a regime in tutti i Distretti.	Obiettivo RAGGIUNTO
4.3	Disabilità	Sperimentazione percorsi innovativi: Promuovere e sostenere l'innovazione dei servizi attraverso la sperimentazione di percorsi innovativi	Le AAS hanno accolto eventuali richieste di partenariato da parte di soggetti interessati finalizzate alla costruzione condivisa di proposte progettuali;	31/12/2021	Il Regolamento per l'attivazione dei percorsi di partenariato è stato approvato a livello regionale con DGR n. 1040 del 02/07/2021. La Direzione sociosanitaria attraverso attività di ricognizione e raccordo con i soggetti del terzo settore ha individuato le modalità per la costruzione delle coprogettazioni atte a realizzare i percorsi innovativi di cui all'art. 20 bis. In data 5 novembre 2021 la Regione ha presentato a tutti i Responsabili dei Distretti e degli Ambiti socio assistenziali della Regione e ai Responsabili dei servizi delegati per l'handicap la DGR 1610/2021 "Linee di indirizzo per interventi domiciliari sperimentali" relativa all'applicazione del budget di salute a favore di persone con disabilità. La scelta regionale in prima istanza, ha visto coinvolte le strutture definite ex art.26 833/78 che inizialmente entro il mese di ottobre, poi con proroga entro dicembre 2021, avrebbero dovuto presentare proposte di progetto a favore di alcuni ospiti accolti. Tali progettualità prevedono una compartecipazione di spesa tra sanità e sociale in funzione della prevalenza del bisogno riabilitativo/abilitativo o sociale/assistenziale. Saranno da definire a livello centrale	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
					eventuali regole di compartecipazione degli utenti e/o delle famiglie	
4.3	Disabilità	Sperimentazione percorsi innovativi:Promuovere e sostenere l'innovazione dei servizi attraverso la sperimentazione di percorsi innovativi	Le AAS, valutata l'opportunità di proseguire in tal senso, hanno costruito in partenariato e presentato in veste di soggetto capofila le proposte progettuali all'Amministrazione regionale.	31/12/2021	ASUFC ha presentato le seguenti proposte progettuali alla Regione: Progetto Rinascita 360 Prot. 195569 P/GEN/ASUFC del 29/12/2021; Centro Progetto Spilimbergo Prot. 196388 P/GEN/ASUFC del 30/12/2021; Comunità Piergiorgio nel futuro Prot. 195578 P/GEN/ASUFC del 29/12/2021; Santa Maria dei Colli transizione vita adulta Prot. 195551 P/GEN/ASUFC del 29/12/2021.	Obiettivo RAGGIUNTO
4.3	Disabilità	Sperimentazione percorsi innovativi:Assicurare la Valutazione Multi Dimensionale a tutte le persone prese in carico	Le AAS hanno identificato, attraverso il raccordo con gli Enti Gestori dei servizi per la disabilità, le persone da valutare con Q-VAD;	31/12/2021	Sono state effettuate le valutazioni richieste secondo le indicazioni della Direzione Centrale Salute ed inviati i dati all'area Welfare FVG.	Obiettivo RAGGIUNTO
4.3	Disabilità	Sperimentazione percorsi innovativi:Assicurare la Valutazione Multi Dimensionale a tutte le persone prese in carico	Tutte le persone in carico ai servizi residenziali e semiresidenziali sono state ri-valutate con lo strumento Q-VAD (parte sanitaria);	31/12/2021	Sono state effettuate le valutazioni richieste secondo le indicazioni della Direzione Centrale Salute ed inviati i dati all'area Welfare FVG.	Obiettivo RAGGIUNTO
4.3	Disabilità	Sperimentazione percorsi innovativi: Assicurare la Valutazione Multi Dimensionale a tutte le persone prese in carico	Tutte le persone in carico alle sperimentazioni sono state valutate con lo strumento Q-VAD;	31/12/2021	Sono state effettuate le valutazioni richieste secondo le indicazioni della Direzione Centrale Salute ed inviati i dati all'area Welfare FVG.	Obiettivo RAGGIUNTO
4.3	Disabilità	Sperimentazione percorsi innovativi:Assicurare la Valutazione Multi Dimensionale a tutte le persone prese in carico	Tutti i nuovi accessi sono sottoposti alla valutazione con Q-VAD.	31/12/2021	Sono state effettuate le valutazioni richieste secondo le indicazioni della Direzione Centrale Salute ed inviati i dati all'area Welfare FVG.	Obiettivo RAGGIUNTO
4.3	Disabilità	Sperimentazione percorsi innovativi:Promuovere e sostenere percorsi innovativi atti ad assicurare i trattamenti socio-riabilitativi sperimentali a favore di persone con disabilità utilizzando lo strumento del budget di salute (quota sanitaria).	Progetti personalizzati sperimentali attivati e co-finanziati.	31/12/2021	Per quanto riguarda i percorsi innovativi di cui sopra la sperimentazione del budget di salute sarà concomitante all'avvio degli stessi.Per quanto riguarda i minori sono attivi a livello aziendale n. 71 progetti che utilizzano lo strumento del budget di salute.Si segnala inoltre che tutte le persone attualmente in FAP vengono considerate come fruitori di budget di salute in quanto vengono messe a disposizione risorse economiche, presidi e ausili, oltre a risorse proprie della famiglia per contrastare l'istituzionalizzazione e viene offerta RSA sollievo nei casi più complessi.	Obiettivo RAGGIUNTO
4.3	Disabilità	Sicurezza cure farmacologicheCondurre e valutare attività sperimentali finalizzate a gestire in sicurezza il processo di somministrazione e di aiuto all'assunzione della terapia farmacologica per le persone con disabilità accolte nei servizi residenziali e semiresidenziali con l'utilizzo di un applicativo dedicato	Nella sperimentazione sono coinvolte almeno due strutture per AAS	31/12/2021	Sono state individuate 3 strutture da coinvolgere nella sperimentazione (due residenziali e un diurno); sono stati individuati i Tutor distrettuali di riferimento, Distretto di Udine e Distretto di San Daniele del Friuli, per ogni Struttura coinvolta	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
4.3	Disabilità	Sicurezza cure farmacologicheCondurre e valutare attività sperimentali finalizzate a gestire in sicurezza il processo di somministrazione e di aiuto all'assunzione della terapia farmacologica per le persone con disabilità accolte nei servizi residenziali e semiresidenziali con l'utilizzo di un applicativo dedicato	Tutti gli operatori impiegati nella struttura inclusa nella sperimentazione sono inseriti nei percorsi formativi	31/12/2021	Nel mese di settembre è stata realizzata, in modalità webinar la formazione, condivisa con le Aziende ASFO e ASUGI, "La gestione della farmacoterapia nelle strutture territoriali" cui hanno partecipato gli operatori delle Strutture aderenti al progetto, i Referenti e i Tutor dei Distretti coinvolti	Obiettivo RAGGIUNTO
4.3	Disabilità	Sicurezza cure farmacologicheCondurre e valutare attività sperimentali finalizzate a gestire in sicurezza il processo di somministrazione e di aiuto all'assunzione della terapia farmacologica per le persone con disabilità accolte nei servizi residenziali e semiresidenziali con l'utilizzo di un applicativo dedicato	Report finale di valutazione della sperimentazione a cura del referente aziendale	31/12/2021	Il gruppo di lavoro aziendale ha prodotto documenti guida per i Tutor distrettuali: "Sintesi obiettivi, indicatori e istruzioni operative" e "Check list distrettuale per la verifica periodica del processo di farmacoterapia nelle unità di offerta per le persone con disabilità" che sono stati presentati a ciascuna struttura coinvolta. La proposta di valutazione del referente regionale è di stralcio dell'obiettivo in quanto la DCS ha concordato con le Aziende Sanitarie che la sperimentazione ed il report finale viene rinviata al 2022 (vedi DGR 54/2022).	Obiettivo NON VALUTABILE(STRALCIO)
4.3	Disabilità	Sicurezza cure farmacologicheCondurre e valutare attività sperimentali finalizzate a gestire in sicurezza il processo di somministrazione e di aiuto all'assunzione della terapia farmacologica per le persone con disabilità accolte nei servizi residenziali e semiresidenziali con l'utilizzo di un applicativo dedicato	Incident reporting: assenza di eventi o quasi eventi	31/12/2021	Il gruppo di lavoro aziendale ha prodotto documenti guida per i Tutor distrettuali: "Sintesi obiettivi, indicatori e istruzioni operative" e "Check list distrettuale per la verifica periodica del processo di farmacoterapia nelle unità di offerta per le persone con disabilità" che sono stati presentati a ciascuna struttura coinvolta. La proposta di valutazione del referente regionale è di stralcio dell'obiettivo in quanto la DCS ha concordato con le Aziende Sanitarie che la sperimentazione ed il report finale viene rinviata al 2022 (vedi DGR 54/2022).	Obiettivo NON VALUTABILE(STRALCIO)
4.3	Disabilità	Sicurezza cure farmacologicheCondurre e valutare attività sperimentali finalizzate a gestire in sicurezza il processo di somministrazione e di aiuto all'assunzione della terapia farmacologica per le persone con disabilità accolte nei servizi residenziali e semiresidenziali con l'utilizzo di un applicativo dedicato	Ogni Azienda Sanitaria ha trasmesso alla direzione centrale il report con l'esito della sperimentazione condotta in almeno due strutture	31/12/2021	Con nota prot. n. n. 193956 del 27/12/2021 è stata trasmessa una Relazione sullo stato dell'arte del progetto "Gestione delle cure farmacologiche area disabilità". La proposta di valutazione del referente regionale è di stralcio dell'obiettivo in quanto la DCS ha concordato con le Aziende Sanitarie che la sperimentazione ed il report finale viene rinviata al 2022 (vedi DGR 54/2022).	Obiettivo NON VALUTABILE(STRALCIO)
4.4	Minori	Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata dei minori con bisogni sociosanitari Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata	Per ogni minore accolto in struttura viene effettuata la valutazione con gli strumenti previsti;	31/12/2021	Per i minori accolti in struttura viene effettuata una valutazione dei bisogni socio-sanitari e predisposto un progetto personalizzato secondo le linee guida regionali.	Obiettivo RAGGIUNTO
4.4	Minori	Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata dei minori con bisogni sociosanitari Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata	Tutti i minori valutati dispongono del relativo profilo di bisogno così come indicato nelle linee di indirizzo	31/12/2021	Per i minori accolti in struttura viene effettuata una valutazione dei bisogni socio-sanitari e predisposto un progetto personalizzato secondo le linee guida regionali.	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
4.4	Minori	Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata dei minori con bisogni sociosanitari Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata	Tutti i minori accolti nelle strutture residenziali e semi-residenziali dispongono di un progetto personalizzato per la presa in carica integrata	31/12/2021	Per i minori accolti in struttura viene effettuata una valutazione dei bisogni socio-sanitari e predisposto un progetto personalizzato secondo le linee guida regionali.	Obiettivo RAGGIUNTO
4.4	Minori	Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata dei minori con bisogni sociosanitari Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata	Riduzione del numero di minori inseriti in strutture residenziali fuori regione	31/12/2021	I casi di minori accolti in strutture fuori Regione sono attualmente n. 13. Solo in un caso è stato possibile far rientrare una minore collocata in struttura fuori Regione; le strutture presenti in Regione non sono compatibili con i percorsi terapeutici a media alta intensità richiesti dalla complessità clinica dei casi attualmente collocati in comunità extra regionali. la proposta del referente regionale è di stralcio dell'obiettivo in quanto anche a causa COVID le richieste di collocamento in comunità per minori, anche con problematiche che richiedono interventi di tipo sanitario, sono aumentate e l'offerta regionale non è risultata sufficiente a garantirne l'accoglienza	Obiettivo NON VALUTABILE(STRALCIO)
4.4	Minori	Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata dei minori con bisogni sociosanitari Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata	Numero di budget personali sostenuti con il budget di salute (quota sanitaria) attivati per minori afferenti all'area della neuro-psichiatria infantile	31/12/2021	Per quanto riguarda i minori sono attivi a livello aziendale n. 71 progetti che utilizzano lo strumento del budget di salute.	Obiettivo RAGGIUNTO
4.4	Minori	Potenziare le capacità di intercettazione precoce di condizioni di fragilità nello sviluppo dei bambini 03 anni e nelle competenze dei loro genitori	Ciascuna AS e ASU forma due operatori della NPJA o del Consultorio sull'utilizzo degli strumenti PICCOLO e ASQ-3	31/12/2021	Alcuni professionisti afferenti ai servizi dei Distretti di Udine, Cividale e Tarcento hanno partecipato alla formazione del progetto PIPPI (Programma di intervento per la prevenzione dell'istituzionalizzazione) nazionale (1 corso dedicato alla fascia d'età 0-11 e un corso dedicato alla fascia d'età 0-3) in cui è previsto anche l'addestramento all'utilizzo dei due strumenti. Tali servizi hanno individuato n.3 nuclei familiari in carico per la somministrazione degli strumenti di valutazione.Gli operatori dei servizi delle altre aree territoriali aziendali hanno partecipato alla formazione a livello regionale avviata a fine anno. Al termine del percorso formativo verranno individuati i casi da valutare con gli strumenti indicati	Obiettivo RAGGIUNTO
4.4	Minori	Potenziare le capacità di intercettazione precoce di condizioni di fragilità nello sviluppo dei bambini 03 anni e nelle competenze dei loro genitori	Ciascuna AS e ASU individua due nuclei familiari fragili in carico alla propria NPJA o Consultorio da valutare con gli strumenti PICCOLO e ASQ-3	31/12/2021	Alcuni professionisti afferenti ai servizi dei Distretti di Udine, Cividale e Tarcento hanno partecipato alla formazione del progetto PIPPI (Programma di intervento per la prevenzione dell'istituzionalizzazione) nazionale (1 corso dedicato alla fascia d'età 0-11 e un corso dedicato alla fascia d'età 0-3) in cui è previsto anche l'addestramento all'utilizzo dei due strumenti. Tali servizi hanno individuato n.3 nuclei familiari in carico per la somministrazione degli strumenti di valutazione.Gli operatori dei servizi delle altre aree territoriali aziendali hanno partecipato alla formazione a livello regionale avviata a fine anno. Al termine del percorso formativo verranno individuati i casi da valutare con gli strumenti indicati. La proposta di valutazione del referente regionale è di stralcio dell'obiettivo in quanto la formazione è stata	Obiettivo NON VALUTABILE(STRALCIO)

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
					realizzata (v. item precedente), tuttavia non è stato possibile utilizzare gli strumenti in quanto ancora da validarsi a livello nazionale.	
4.5	Salute mentale	Percorso integrato di presa in carico e di cura dei disturbi mentali nella transizione dall'età evolutiva a quella adulta, in coerenza con quanto previsto dal Piano di Salute Mentale Infanzia Adolescenza ed Età Adulta (DGR 732/2018, par.6.1.5.2)	Trasmissione alla Direzione centrale salute del percorso di transizione delle cure dalle strutture per l'età evolutiva a quelle dell'adulto entro il 31/12/2021	31/12/2021	Tutti i CSM hanno lavorato alla presa in carico di pazienti in transizione tra l'età evolutiva e l'età adulta in collaborazione con i servizi che si occupano di minori, seguendo la metodologia definita nel corso degli anni anche attraverso formazioni congiunte. Nei casi in cui la complessità e la gravità del caso richiedesse l'attivazione della rete dei Servizi, le modalità ed i tempi della presa in carico si sono svolti anche con lo strumento della UVM, con l'obiettivo di costruire percorsi di presa in carico integrata. Nel corso del 2021 sono stati fatti diversi incontri congiunti con i Servizi dei minori. Il report relativo al percorso di transizione è stato inviato alla DCS in data 31/12/2021.	Obiettivo RAGGIUNTO
4.5	Salute mentale	Valutazione budget individuali di salute follow upConsolidare l'attività di valutazione degli esiti dei progetti terapeutici riabilitativi personalizzati delle persone titolari di Budget Individuali di Salute attraverso la realizzazione delle attività di follow up a tre anni (T2)	Trasmissione alla Direzione, entro il 31.07.201 delle schede di valutazione sintetiche contententi Honos Short version-12 item e realitve al campione di riferimento	31/07/2021	E' stato compilato il 100% delle schede Honos relative al follow up a tre anni (T2) per le persone in carico titolari di BIS, con l'invio del report di sintesi alla Direzione regionale salute – in data 28/7 per l'area ex Alto Friuli; in data 20/8/2021 per l'area ex Bassa Friulana; in data 30/9/2021 per l'area ex ASUIUD	Obiettivo RAGGIUNTO
4.5	Salute mentale	Sistema informativo Point Psm:Miglioramento del prodotto e della qualità dei dati nell'impiego del nuovo gestionale per la Salute Mentale	Partecipazione dei referenti per il sistema informativo dei DSM ai Tavoli Tecnici Regionali	31/12/2021	E' stata garantita la partecipazione agli incontri online dei Tavoli tecnici regionali. Hanno partecipato operatori da tutti i CSM, in particolare educatori, tecnici della riabilitazione psichiatrica ed assistenti sociali.	Obiettivo RAGGIUNTO
4.5	Salute mentale	Sistema informativo Point PsmUtilizzo della funzionalità di Point pSM relativa allo strumento del Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato	Inserimento del Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato in Point pSM, a conclusione dei lavori di strutturazione e rilascio della funzionalità dedicata, per almeno il 75% delle persone in carico con bisogni complessi, entro il 31.12.	31/12/2021	La sezione di Point PSM relativa al Progetto Personalizzato è stata presentata via web a tutti i referenti aziendali a maggio 2021 e la funzionalità è stata attivata a giugno. L'inserimento dei PTRI, seguito alla conclusione dei lavori di strutturazione e rilascio della funzionalità dedicata, al 31/12/2021 era pari al 100% del target individuato riferito alle persone in carico con bisogni complessi.	Obiettivo RAGGIUNTO
4.5	Salute mentale	Sviluppo programmi recovery orientedPromuovere le policy e le progettualità recovery oriented	I programmi recovery oriented, con il coinvolgimento di stakeholders, peer support workers e associazioni di familiari, sono parte integrante dell'offerta sociosanitaria dei DSM (Report 31.12)	31/12/2021	Le progettualità recovery oriented con il coinvolgimento di diversi portatori di interesse, l'attività con i peer support workers, i gruppi A.M.A, le associazioni di familiari, di volontariato e/o di promozione sociale, sono stati molteplici a livello territoriale, interpretate anche attraverso forme di co-progettazione con il privato sociale. E' stato predisposto il progetto formativo per l'evento - ASUFC_22244 Servizi orientati alla Recovery e alla valorizzazione dei Peer Support, svoltosi all'inizio del 2022 con modalità webinar	Obiettivo RAGGIUNTO
4.5	Salute mentale	Valutazione della qualità inserimento lavorativo (QUIL);Adesione alla sperimentazione QUIL regionale e utilizzo della scheda di valutazione dei percorsi di inserimento lavorativo.	Partecipazione degli operatori referenti per la formazione e l'inserimento lavorativo alle iniziative regionali dedicate e alle attività valutative del singolo percorso (Report 31.12)	31/12/2021	La sperimentazione non è stata attivata dalla Regione.	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
4.6	Dipendenze	Presenza in carico delle persone con problemi di dipendenza: Sviluppo e consolidamento di interventi finalizzati al miglioramento della presa in carico delle persone con problemi di dipendenza patologica	Redazione di PTRI per tutti gli utenti under 25 presi in carico con bisogni complessi;	31/12/2021	La formazione regionale sul PTRI, propedeutica alla redazione degli stessi, è stata svolta nelle giornate del 12 ottobre e 10 novembre; la redazione dei PTRI verrà pertanto messa a regime a partire dal 2022. La proposta di valutazione del referente regionale è di stralcio dell'obiettivo in quanto per il Dipartimento delle Dipendenze la formazione regionale rivestiva carattere propedeutico alla redazione di PTRI. Svoltasi effettivamente a fine anno, essa non ha assolto alla sua funzione in tempo utile).	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
4.6	Dipendenze	Presenza in carico delle persone con problemi di dipendenza: Sviluppo e consolidamento di interventi finalizzati al miglioramento della presa in carico delle persone con problemi di dipendenza patologica	Budget di salute attivati;	31/12/2021	Budget di salute attivati: n. 30	Obiettivo RAGGIUNTO
4.6	Dipendenze	Presenza in carico delle persone con problemi di dipendenza: Sviluppo e consolidamento di interventi finalizzati al miglioramento della presa in carico delle persone con problemi di dipendenza patologica	Esecuzione di test per prevenire e ridurre il rischio di acquisizione e trasmissione delle malattie correlate a comportamenti a rischio sul 70% delle persone testabili con dipendenza da sostanze stupefacenti;	31/12/2021	% di utenti in carico con dipendenza da sostanze stupefacenti testati: 78%	Obiettivo RAGGIUNTO
4.6	Dipendenze	Presenza in carico delle persone con problemi di dipendenza: Sviluppo e consolidamento di interventi finalizzati al miglioramento della presa in carico delle persone con problemi di dipendenza patologica	Stesura di accordi operativi con specialisti epatologi/infettivologi per aumentare l'accesso alle cure con farmaci antivirali DAA dei pazienti con dipendenza ed epatite C;	31/12/2021	Recepiti le Linee di indirizzo regionali per l'identificazione, l'inquadramento clinico e l'invio al trattamento farmacologico dei pazienti HCV; il 20 ottobre si è svolto un incontro tra gli specialisti epatologi e il personale appartenente ai servizi per le dipendenze aziendali (medici, referenti dell'attività assistenziale e altro personale infermieristico) per la puntualizzazione delle modalità operative	Obiettivo RAGGIUNTO
4.6	Dipendenze	Presenza in carico delle persone con problemi di dipendenza: Sviluppo e consolidamento di interventi finalizzati al miglioramento della presa in carico delle persone con problemi di dipendenza patologica	Almeno 1 progetto per azienda per favorire la cessazione del fumo tra gli operatori.	31/12/2021	Sono stati attivati nel territorio della Bassa Friulana i seguenti progetti: "operatori sanitari liberi dal fumo", "mamme libere dal fumo" ed è proseguita l'attività ambulatoriale per la cittadinanza; nei territori dell'Alto Friuli e dell'Udinese sono stati realizzati, in collaborazione con la cooperativa COSMO, n. 3 edizioni in presenza e n. 2 edizioni on line dei corsi di 10 incontri ciascuno per smettere di fumare è stata inoltre garantito il gruppo di mantenimento in modalità on line.	Obiettivo RAGGIUNTO
4.6	Dipendenze	Problematiche alcolcorrelate e disturbi correlati al gioco d'azzardo: Promuovere l'integrazione tra servizi pubblici ed il terzo settore per supportare la rete di cura per i soggetti con problematiche alcolcorrelate e per le persone inserite in percorsi residenziali nelle strutture regionali	Rilevazione delle criticità emerse nel territorio e stesura del piano di intervento;	31/12/2021	Si è costituito in data 30.06.2021 un tavolo territoriale alcolico ASUFC (pubblico, terzo settore, volontariato) presso la sede del Dipartimento delle Dipendenze di Udine facente riferimento e come declinazione del Tavolo Regionale di Alcologia. Sono stati effettuati n. 6 incontri tra giugno e dicembre 2021 in cui sono state evidenziate le problematiche strutturali, le criticità emerse durante la pandemia ed è stato steso un piano di intervento per il 2022 basato su due linee di lavoro: una di approfondimento e conoscenza di tutti gli attori implicati nella rete alcolologica mediante l'organizzazione di una giornata di formazione/convegno e l'altra di mappatura delle realtà esistenti al di fuori della rete alcolologica ma con importanti ricadute rispetto alle problematiche alcol-correlate.	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
4.6	Dipendenze	Problematiche alcolcorrelate e disturbi correlati al gioco d'azzardo: Promuovere l'integrazione tra servizi pubblici ed il terzo settore per supportare la rete di cura per i soggetti con problematiche alcolcorrelate e per le persone inserite in percorsi residenziali nelle strutture regionali	Adozione di concerto con le strutture residenziali regionali di una scheda in invio comprensiva della valutazione diagnostica.	31/12/2021	E' stata condivisa una scheda di invio comprensiva della valutazione diagnostica.	Obiettivo RAGGIUNTO
4.6	Dipendenze	Problematiche alcolcorrelate e disturbi correlati al gioco d'azzardo: Aumentare gli interventi territoriali di prevenzione in tema di disturbi correlati al gioco d'azzardo	Incremento del numero di persone contattate nell'attività di accoglienza, informazione e orientamento per la prevenzione e la gestione del disturbo del gioco d'azzardo.	31/12/2021	Agli atti specifiche relazioni con cui ciascuna area dipartimentale evidenzia le persone prese in carico in gruppi terapeutici, sostegni motivazionali individuali/familiari, tutoraggi economico/amministrativi/legali, supporto per gli inserimenti lavorativi e coordinamento della rete di supporto alla gestione dei DGA; tali attività hanno subito limitazioni correlate all'emergenza sanitaria cui si accompagna una flessione dei pazienti in carico che rispecchia il fenomeno di decrescita che si registra a livello nazionale. La proposta di valutazione del referente regionale è di stralcio dell'obiettivo in quanto i dati quantitativi evidenziano una flessione degli accessi in particolare per DGA dovuta all'impatto delle problematiche legate all'emergenza sanitaria da COVID-19 che hanno altresì limitato la possibilità stessa d'ampliamento degli interventi territoriali di prevenzione che sono stati realizzati compatibilmente con i vincoli e le limitazioni in essere	Obiettivo NON VALUTABILE
4.6	Dipendenze	Valutazione della qualità inserimento lavorativo (QUIL): Miglioramento del sistema di monitoraggio della presa in carico	Sono raccolti gli esiti di almeno 6 indicatori di processo e di outcome attraverso l'invio dei flussi informativi all'Osservatorio;	31/12/2021	Sono stati monitorati gli indicatori di processo e di esito inclusi nei flussi informativi dell'Osservatorio ed è stata assicurata la collaborazione per la stesura del report annuale. La proposta di valutazione del referente regionale è di stralcio dell'obiettivo in quanto le aziende risultano aver regolarmente inviati i dati richiesti dall'Osservatorio regionale sulle dipendenze per la stesura del report 2020 che prende in considerazione indicatori di outcome ma non anche di esito, questi ultimi verosimilmente non individuati/condivisi a livello regionale. Non individuati/condivisi gli indicatori di esito	Obiettivo NON VALUTABILE
4.6	Dipendenze	Valutazione della qualità inserimento lavorativo (QUIL): Miglioramento del sistema di monitoraggio della presa in carico	Sono inviate entro il 30 giugno 2021 le informazioni previste dal flusso informativo regionale per la stesura del report annuale da parte dell'Osservatorio.	30/06/2021	Sono stati monitorati gli indicatori di processo e di esito inclusi nei flussi informativi dell'Osservatorio ed è stata assicurata la collaborazione per la stesura del report annuale	Obiettivo RAGGIUNTO
5	Rapporti con gli enti del terzo settore, le fondazioni, le ASP	Formazione operatori sociosanitari (OSS): A seguito di specifico atto regionale, ogni Azienda ha autorizzato ed avviato l'organizzazione di DUE corsi per il conseguimento della qualifica di operatore socio sanitario da 1000 ore secondo la vigente normativa.	I corsi sono stati avviati con le modalità, le tempistiche, i requisiti ed il numero di allievi indicati nell'atto regionale.	31/12/2021	I corsi sono stati assegnati alle aziende con DGR n. 839 del 28 maggio 2021. Avviati n.2 progetti per corsi per il conseguimento della qualifica di operatore socio sanitario da 1000 ore inviati in data 21/12/2021 con sistema Webforma, in attesa di approvazione dalla Direzione Regionale competente. Avviato n. 1 progetto per corso per il conseguimento della qualifica di operatore socio sanitario con formazione complementare in assistenza sanitaria inviato in data 23/12/2021 con sistema Webforma in attesa di approvazione dalla Direzione Regionale competente	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
5	Rapporti con gli enti del terzo settore, le fondazioni, le ASP	Formazione operatori sociosanitari (OSS):A seguito di specifico atto regionale, ogni Azienda ha autorizzato ed avviato l'organizzazione di UN corso per il conseguimento della qualifica di operatore socio sanitario con formazione complementare in assistenza sanitaria	Il corso è stato avviato con le modalità, tempistiche, i requisiti ed il numero di allievi indicati nell'atto regionale.	31/12/2021	I corsi sono stati assegnati alle aziende con DGR n. 839 del 28 maggio 2021. Avviati n.2 progetti per corsi per il conseguimento della qualifica di operatore socio sanitario da 1000 ore inviati in data 21/12/2021 con sistema Webforma, in attesa di approvazione dalla Direzione Regionale competente.Avviato n. 1 progetto per corso per il conseguimento della qualifica di operatore socio sanitario con formazione complementare in assistenza sanitaria inviato in data 23/12/2021 con sistema Webforma in attesa di approvazione dalla Direzione Regionale competente	Obiettivo RAGGIUNTO
5	Rapporti con gli enti del terzo settore, le fondazioni, le ASP	Rapporti con gli enti del terzo settore, le fondazioni, le asp:Promozione di rapporti di collaborazione tra Enti del SSR con ETS, Fondazioni e ASP nell'ambito delle attività sanitarie e sociosanitarie ritenute strategiche	Nr. di atti di collaborazione formalizzati al 31.12.2021	31/12/2021	A seguito degli incontri con i singoli ETS si è provveduto alla stesura dei singoli atti di convenzione per la regolamentazione dei rapporti di collaborazione con gli ETS interessati. In data 01/12/2021 è stato organizzato un incontro aperto a tutti gli ETS in relazione con ASUFC, al quale ha partecipato il anche DG, durante il quale sono state illustrate anche le proposte di modifica al regolamento approvato con DDG 116/2021 che si sono attuate con l'adozione del DDG 1366/2021.Gli atti di convenzionamento sono stati formalizzati con 52 ETS del territorio e inviati tramite PEC nell'intervallo di tempo intercorrente fra il 21/12/2021 e il 23/12/2021. Per le altre proposte si è avviata una fase di ulteriore verifica e approfondimento anche in relazione al momento di transizione normativa che interessa la regolamentazione del Terzo Settore	Obiettivo RAGGIUNTO
5	Rapporti con gli enti del terzo settore, le fondazioni, le ASP	Rapporti con gli enti del terzo settore, le fondazioni, le aspValutazione di coerenza con gli obiettivi della programmazione sanitaria e sociosanitaria aziendale delle progettualità e iniziative proposte dagli ETS per concorrere alle risorse messe a disposizione dalla regione FVG	Nr. valutazioni formali al 31.12.2021	31/12/2021	Non sono pervenute richieste di valutazione formale dalla DCSPSD.	Obiettivo RAGGIUNTO
5	Rapporti con gli enti del terzo settore, le fondazioni, le ASP	Rapporti con gli enti del terzo settore, le fondazioni, le asp:Individuazione formale a livello aziendale di un referente per i rapporti e le collaborazioni con gli ETS	Evidenza atto di individuazione, inviato in DCSPSD entro il 1.3.2021	01/03/2021	Il referente è stato individuato ed è stata inviata comunicazione a DCS con nota prot. N. 31067 del 1/3/2021	Obiettivo RAGGIUNTO
5	Rapporti con gli enti del terzo settore, le fondazioni, le ASP	Rapporti con gli enti del terzo settore, le fondazioni, le asp:Costituzione gruppo tecnico di lavoro integrato (Enti del SSR, SSC, ASP, ETS) per la definizione di una strategia di promozione della qualità dei servizi e degli interventi degli ETS, Fondazioni e ASP ed approvazione formale di un documento che contenga obiettivi, materiali, metodi, indicatori e criteri di qualità, coerenti con i livelli essenziali di assistenza sociosanitaria da garantire.	Approvazione documento entro il 31.12.2021	31/12/2021	E' garantita la partecipazione/collaborazione al gruppo tecnico, che non può realizzarsi in quanto il tavolo regionale non è stato attivato.	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
6.1	Assistenza ospedaliera	Indicatori attività ospedaliera:Ripristino dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa ai livelli registrati nell'anno 2019	Volumi specifici per prestazioni monitorate per i tempi d'attesa>=volumi registrati nell'anno 2019 (Fonte: SIASA) – vengono escluse le prestazioni che nel 2019 hanno registrato un volume < 20.Qualora il volume non sia raggiunto l'Azienda deve garantire il rispetto dei tempi di attesa della specifica prestazione in almeno il 90% dei casi (valutazione effettuata nel 4° trimestre)	31/12/2021	Considerando la base dati SIASA, su 61 prestazioni valutabili 28 hanno registrato un volume maggiore rispetto al 2019; mentre se si considera l'intera attività erogativa aziendale, su 63 prestazioni valutabili 31 hanno registrato un volume maggiore rispetto al 2019. In termini di numero complessivo di prestazioni erogate il confronto tra 2021 e 2019 è risultato rispettivamente n. 256.344 su n. 279.878 (-8% dato SIASA), e n. 389.589 su n. 418.414 (-7% dato complessivo).Lo sforzo compiuto dall'Azienda per riportare i volumi al livello pre-pandemico è stato condizionato dalla necessità di dare il massimo supporto all'incremento dell'attività per interni e delle sale operatorie, come evidenzia la migliore performance del dato complessivo aziendale, nonostante il fatto che molte di queste attività non siano comprese tra le prestazioni traccianti misurate dall'obiettivo. In ogni caso va inoltre considerato che gli effetti della riprogrammazione delle agende a tempistiche pre-Covid, in particolare per le priorità meno urgenti, saranno apprezzabili, con riflesso sull'aumento dei volumi, solo a medio termine	Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO (si rimanda al paragrafo "Tempi di Attesa" del presente documento)
6.1	Assistenza ospedaliera	Indicatori attività ospedaliera:Ripristino dei volumi relativi agli interventi chirurgici oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa ai livelli registrati nell'anno 2019	Volumi specifici per interventi chirurgici monitorati per i tempi d'attesa>=volumi registrati nell'anno 2019 (Fonte: SDO) – vengono escluse gli interventi di protesi d'anca, colecistectomia laparoscopica, riparazione ernia inguinale emorroidectomia.Qualora il volume non sia raggiunto l'Azienda deve garantire il rispetto dei tempi di attesa della specifica prestazione in almeno il 90% dei casi (valutazione effettuata nel 4° trimestre).	31/12/2021	I volumi degli interventi chirurgici nell'anno 2021, ad esclusione di protesi anca, colecistectomia laparoscopica, riparazione ernia inguinale, emorroidectomia, hanno avuto una riduzione media del 6,8% rispetto al 2019 – rispettivamente n. 2806 nel 2019 e n. 2613 nel 2021. Si evidenzia che i volumi degli interventi per tumore della tiroide, coronarografia e biopsia fegato sono superiori nel 2021, mentre gli interventi per tumore della mammella e dell'utero hanno performance sostanzialmente simili nei due anni.Gli interventi per protesi anca, colecistectomie, riparazione ernia inguinale e emorroidectomie in classe A hanno avuto percentuali di garanzia inferiori al 90%. Si evidenzia un cospicuo aumento degli interventi di protesi anca in classe A (54 nel 2019 vs 131 nel 2021).	Obiettivo NON RAGGIUNTO (si rimanda al paragrafo "Tempi di Attesa" del presente documento)
6.1	Assistenza ospedaliera	Indicatori attività ospedaliera:Ripristino dei volumi relativi agli interventi chirurgici oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa ai livelli registrati nell'anno 2019	Per gli interventi di protesi d'anca, colecistectomia laparoscopica, riparazione ernia inguinale emorroidectomia di classe A deve essere garantito il tempo massimo 30 gg in almeno il 90% dei casi	31/12/2021	I volumi degli interventi chirurgici nell'anno 2021, ad esclusione di protesi anca, colecistectomia laparoscopica, riparazione ernia inguinale, emorroidectomia, hanno avuto una riduzione media del 6,8% rispetto al 2019 – rispettivamente n. 2806 nel 2019 e n. 2613 nel 2021. Si evidenzia che i volumi degli interventi per tumore della tiroide, coronarografia e biopsia fegato sono superiori nel 2021, mentre gli interventi per tumore della mammella e dell'utero hanno performance sostanzialmente simili nei due anni.Gli interventi per protesi anca, colecistectomie, riparazione ernia inguinale e emorroidectomie in classe A hanno avuto percentuali di garanzia inferiori al 90%. Si evidenzia un cospicuo aumento degli interventi di protesi anca in classe A (54 nel 2019 vs 131 nel 2021).	Obiettivo NON RAGGIUNTO (si rimanda al paragrafo "Tempi di Attesa" del presente documento)
6.1	Assistenza ospedaliera	Indicatori attività ospedaliera:Frattura di femore	Trattamento della Frattura di femore entro 48H in almeno il 70% (hub) o 80% (spoke) dei casi trattati dal presidio ospedaliero (media regionale 2019 del 71,77% - fonte Bersaglio).	31/12/2021	Dato 2021: PO Udine =39%; PO Latisana Palmanova =48%; PO San Daniele Tolmezzo= 81%	Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
6.1	Assistenza ospedaliera	Indicatori attività ospedaliera:Urgenze ortopediche	Fratture operate entro le 48h >=70% (media regionale anno 2019: 71,04%) – fonte Bersaglio	31/12/2021	Dato 2021: PO Udine = 45%; PO Latisana Palmanova =48%; PO San Daniele Tolmezzo= 82% ASUFC= 54,5	Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO
6.2	Indicatori Emergenza-urgenza	Pronto Soccorso:Pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h	Mantenimento / miglioramento della percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde, ad almeno l'80% (spoke) o 65% (hub) (media regionale 2019 del 53,55% negli Hub e del 64,16% negli spoke - criteri Bersaglio)	31/12/2021	L'attività dei Pronto Soccorso è stata fortemente condizionata dalla gestione pandemica ; Dato 2021: Hub= 42,4%, Spoke= 69,4%; ps Udine: 42,4% (hub); ps Pediatrico Udine: 85,8% (hub); ps Latisana: 64,8% (spoke); ps Palmanova: 47,5% (spoke); ps S. Daniele: 82,5% (spoke); ps Tolmezzo: 84,0% (spoke)	Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO
6.2	Indicatori Emergenza-urgenza	Pronto Soccorso:Pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore	Mantenimento / miglioramento della percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore, portandola a valori superiori all'85% (spoke) e 75% (hub) (media regionale 2019 del 71,8% negli Hub e 76,5% negli spoke - criteri Bersaglio)	31/12/2021	L'attività dei Pronto Soccorso è stata fortemente condizionata dalla gestione pandemica ; Dato 2021: Hub= 52,2%, Spoke= 77,4% ps Udine: 52,2% (hub); ps Pediatrico Udine: 90,9% (hub); ps Latisana: 77,5% (spoke); ps Palmanova: 68,5% (spoke); ps S. Daniele: 80,5% (spoke); ps Tolmezzo: 82,9% (spoke);	Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO
6.2	Indicatori Emergenza-urgenza	Pronto Soccorso:Consolidamento del percorso per le donne oggetto di violenza (PDTA violenza contro le donne FVG inserire 2019)	I PS garantiscono la presa in carico e la gestione della donna vittima di violenza.	31/12/2021	L'attività è garantita	Obiettivo RAGGIUNTO
6.2	Indicatori Emergenza-urgenza	Pronto Soccorso:Consolidamento del percorso per le donne oggetto di violenza (PDTA violenza contro le donne FVG inserire 2019)	Assicurare la partecipazione alla formazione degli operatori di PS (come da indicazioni ministeriali). Indicatore: N. operatori formati/n. totale operatori PS. Standard =>50%Obiettivo prescritto anche ad ASFO con DGR 1683 del 8/11/2021	31/12/2021	Sono stati effettuati due eventi formativi per un totale di 4 edizioni ed è stata garantita la partecipazione del 70% degli operatori di PS, nel rispetto delle norme di prevenzione Covid. La formazione proseguirà nel 2022.	Obiettivo RAGGIUNTO
6.2	Indicatori Emergenza-urgenza	Emergenze Cardiologiche – STEMI: Compilazione data-set PACS emodinamica nei 3 Centri Hub nei pazienti con STEMI	Presenza e completezza > 95% dei dati richiesti per ogni record/paziente con STEMI	31/12/2021	Dato non disponibile. L'Azienda non ha fornito gli elementi per la valutazione dell'obiettivo.	Obiettivo NON RAGGIUNTO
6.2	Indicatori Emergenza-urgenza	Emergenze Cardiologiche – STEMI: Strutturazione del percorso di riabilitazione ambulatoriale/follow-up post STEMI	Evidenza di inserimento in agende dedicate entro 2 mesi dalla dimissione di almeno il 60% dei pazienti con diagnosi di STEMI	31/12/2021	Sono attive ed utilizzate le agende con posti dedicati per i pazienti post STEMI. Dato non disponibile a livello aziendale	Obiettivo RAGGIUNTO
6.2	Indicatori Emergenza-urgenza	Emergenze Cardiologiche – NSTEMI:Utilizzo in ogni azienda del sistema CUP Web per la segnalazione e trasferimento dei pazienti in attesa di coronarografia. L'agenda CUP Web di un Hub è visibile ed utilizzabile anche dagli Spoke non di riferimento.	100% dei pazienti con NSTEMI sottoposti a coronarografia hanno evidenza di segnalazione attraverso l'agenda dedicata	31/12/2021	Il sistema è operativo ed implementato per il presidio spoke di San Daniele e Tolmezzo ed in fase di avvio per il presidio di Latisana e Palmanova	Obiettivo RAGGIUNTO
6.2	Indicatori Emergenza-urgenza	Emergenze Cardiologiche – NSTEMI:Strutturazione del percorso di riabilitazione ambulatoriale/follow-up post STEMI	Evidenza di inserimento in agende dedicate entro 2 mesi dalla dimissione di almeno il 60% dei pazienti con diagnosi di STEMI	31/12/2021	Sono attive ed utilizzate le agende con posti dedicati per i pazienti post NSTEMI. Dato non disponibile a livello aziendale	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
6.2	Indicatori Emergenza-urgenza	Emergenze Cardiologiche – Sindrome Aortica Acuta:Utilizzo dei sistemi di telemedicina (teleradiologia, teleconsulto radiologico, teleconsulto cardiocirurgico) nei pazienti con Sindrome Aortica Acuta trasferiti dai centri Spoke ai Centri Hub	% di pazienti con SAA trasferiti dai centri Spoke ai centri hub per i quali è stato utilizzato il sistema di telemedicina >= 75% (2° semestre 2021).	31/12/2021	Il trasferimento dai centri spoke ai centri hub è sempre preceduto da una condivisione della documentazione clinica sui sistemi in uso.	Obiettivo RAGGIUNTO
6.2	Indicatori Emergenza-urgenza	Emergenza Territoriale Aziende: Miglioramento dei tempi allarme-target	Il 75° percentile del tempo allarme target <= 18 minuti	31/12/2021	Valore aziendale: 20' 50" (dato ARCS)	Obiettivo NON RAGGIUNTO
6.2	Indicatori Emergenza-urgenza	Rene Dialisi peritoneale	Potenziamento della dialisi peritoneale, dei trapianti e dell'emodialisi domiciliare con l'obiettivo di ridurre i pazienti in emodialisi presso i centri dialisi al di sotto del 52% del totale (trapiantati + emodializzati + in dialisi peritoneale) (valori regionali 2019: 33% trapianti, 11% dialisi peritoneale, 55% emodialisi)	31/12/2021	Pazienti in emodialisi: 50,3% (dato dichiarato dai Direttori delle strutture Nefrologia e Dialisi) 56,7% (dato ARCS)	Obiettivo NON RAGGIUNTO
6.3	Trapianto e donazione	Accordo stato regioni 24 gennaio 2018 sui requisiti minimi per i centri di trapianto in seguito al formale recepimento regionale	ASU FC dà attuazione all'accordo Stato Regioni 24 gennaio 2018 sui requisiti minimi per i centri di trapianto con la definizione della responsabilità dei programmi: - Cuore;- Fegato;- Rene	31/12/2021	Non ancora attuato.	Obiettivo NON RAGGIUNTO
6.3	Trapianto e donazione	Trapianto di rene	Garantire un n. di trapianti = > a 60 a parità di donatori	31/12/2021	N. trapianti effettuati: 58 (57 da cadavere e 1 da vivente); lo scostamento è dovuto ad uno stop di due mesi causa pandemia da Covid-19 e un calo di donatori (da 41 a 37)	Obiettivo RAGGIUNTO
6.3	Trapianto e donazione	Migliorare la comunicazione con i cittadini	Inserimento nella pagina web di ciascuna Azienda delle informazioni per facilitare gli assistiti in merito a – Deposizione Dichiarazioni di volontà alla donazione– Donazione di sangue ed emoderivati– Donazione Cellule Staminali– Donazione di organi– Donazione di tessuti	31/12/2021	Il sito ASUFC è stato implementato ed ora risultano le modalità per la donazione di sangue ed emoderivati, donazione cellule staminali, donazione di organi, donazione di tessuti e donazione di sangue cordonale.	Obiettivo RAGGIUNTO
6.4	Infertilità	Le aziende sede di Centri di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) concorrono a predisporre un percorso per la preservazione della fertilità in pazienti oncologici con coinvolgimento di tutti gli specialisti del percorso terapeutico dei suddetti pazienti.	Predisposizione condivisa del percorso trasmissione e alla DCS entro il 31/12/2021.	31/12/2021	Durante l'anno 2021, nonostante l'emergenza Covid con tutte le difficoltà connesse sull'attività ambulatoriale, il Centro di PMA si è reso disponibile per consulenze su pazienti affetti/e da patologia neoplastica richiedenti informazioni sulla preservazione della fertilità. Sono state mantenute le relazioni di collaborazione con i Centri di PMA di Sacile e Trieste per l'invio dei/delle suddetti /e pazienti. E' iniziata, e sta continuando nel 2022, l'attività del gruppo di lavoro regionale sulla rivisitazione dei requisiti di autorizzazione e accreditamento dei Centri di PMA regionali all'interno dei quali c'è uno specifico riferimento alla preservazione della fertilità alla luce delle normative in essere. E' in fase di predisposizione una brochure aziendale informativa sulla preservazione della fertilità in oncologia.	Obiettivo RAGGIUNTO
6.5	Governo clinico e reti di patologia	Costituzione nuclei funzionali	Evidenza della costituzione dei nuclei funzionali aziendali e comunicazione ad ARCS della loro composizione entro il 30 aprile	30/04/2021	In data 26.4.2021 è stato costituito il Nucleo funzionale (comunicato ad ARCS con nota prot. 61605 del 26/4/2021).	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
6.5	Governo clinico e reti di patologia	Partecipazione dei componenti dei nuclei funzionali alla formazione organizzata da ARCS	Partecipazione ai moduli formativi organizzati da ARCS	31/12/2021	Il personale aziendale ha partecipato alla formazione organizzata da ARCS	Obiettivo RAGGIUNTO
6.6	Rischio clinico e rete cure sicure	Mantenimento delle indicazioni e delle raccomandazioni ministeriali, misurazione e verifica della loro adozione	Partecipazione alla survey regionale attraverso l'inserimento dei dati nel database fornito da Agenas	31/12/2021	Il monitoraggio è stato realizzato. I dati sono stati inviati alla Rete Cure Sicure FVG da parte delle 3 componenti aziendali.	Obiettivo RAGGIUNTO
6.6	Rischio clinico e rete cure sicure	Effettuazione del monitoraggio degli indicatori semestrali	Evidenza dell'effettuazione del monitoraggio degli indicatori semestrali	semestrale	I monitoraggi semestrali sono stati effettuati ed inviati	Obiettivo RAGGIUNTO
6.6	Rischio clinico e rete cure sicure	Identificazione di almeno una buona pratica per la Call for Good Practice (Agenas)	Registrazione di almeno una buona pratica nel database fornito da Agenas	31/12/2021	Sono state registrate due buone pratiche nel database fornito da Agenas:1) Implementazione di un servizio di televisita presso la Struttura di Cardiologia del Presidio Ospedaliero di Latisana-Palmanova (http://buonepratiche.agenas.it/questionnaire.aspx?id=7908)2) TELEVISITA: applicazione della telemedicina nell'erogazione di visite specialistiche ambulatoriali nel contesto pandemico da COVID-19 (http://buonepratiche.agenas.it/questionnaire.aspx?id=7925)	Obiettivo RAGGIUNTO
6.6	Rischio clinico e rete cure sicure	Garanzia di trasparenza come indicato dalla Legge 24/2017	Presenza sul sito web aziendale dei dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio e dei dati condivisi con il tavolo regionale dei RM	31/12/2021	I dati sono stati inseriti nel sito-web aziendale secondo le indicazioni concordate; presenti nella sezione amministrazione trasparente: https://asufc.sanita.fvg.it/it/amministrazione_trasparente/trasparenza_ASUFC/23_altri_contenuti/04_dati/risarcimenti.html	Obiettivo RAGGIUNTO
6.6	Rischio clinico e rete cure sicure	Valutazione degli ambiti di potenziale miglioramento dei programmi di gestione del rischio clinico	Evidenza della compilazione dello strumento CARMINA	31/12/2021	Lo strumento CARMINA è stato compilato e inoltrato alla Rete Cure Sicure FVG.	Obiettivo RAGGIUNTO
6.6	Rischio clinico e rete cure sicure	Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva degli antibiotici	Diffusione e condivisione dei report regionali sul consumo di antibiotici e sulle resistenze batteriche nelle unità operative ospedaliere, nei distretti e nelle AFT	31/12/2021	Il report regionale sul consumo di antibiotici e sulle resistenze batteriche è stato condiviso nei corsi di formazione del link professional. Inoltre sono stati diffusi tramite mail a tutti i responsabili	Obiettivo RAGGIUNTO
6.6	Rischio clinico e rete cure sicure	Rafforzamento della Rete del programma di antimicrobial stewardship	Identificazione di un referente MMG (link professional) per AFT	31/12/2021	Negli incontri del tavolo regionale Cure Sicure si è concordato di sospendere l'obiettivo per l'anno in corso per il condizionamento dovuto alla gestione dell'emergenza DA covid-19..	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
6.6	Rischio clinico e rete cure sicure	Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza	Effettuazione degli studi di prevalenza negli ospedali per acuti (protocollo PPS)	31/12/2021	Lo studio di prevalenza delle ICA è stato effettuato nel mese di ottobre come da programma.	Obiettivo RAGGIUNTO
6.6	Rischio clinico e rete cure sicure	Riduzione del consumo di inibitori di pompa protonica	Prosecuzione del programma come previsto dal tavolo regionale RM	31/12/2021	Negli incontri del tavolo regionale Cure Sicure si è concordato di sospendere l'obiettivo per l'anno in corso.	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
6.6	Rischio clinico e rete cure sicure	Riduzione del consumo di benzodiazepine e degli ipnotici nelle case di riposo	Avvio del programma come previsto dal tavolo regionale dei RM	31/12/2021	Negli incontri del tavolo regionale Cure Sicure si è concordato di sospendere l'obiettivo per l'anno in corso.	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
6.6	Rischio clinico e rete cure sicure	Rafforzamento della Rete del programma sull'uso sicuro dei farmaci	Identificazione di un referente MMG (link professional) per AFT	31/12/2021	Negli incontri del tavolo regionale Cure Sicure si è concordato di sospendere l'obiettivo per l'anno in corso.	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
6.6	Rischio clinico e rete cure sicure	Sensibilizzazione dei cittadini e degli operatori sanitari sul tema della violenza a danno degli operatori	Avvio del programma come previsto dal tavolo regionale dei RM	31/12/2021	E' stato attivato il gruppo di lavoro regionale a cui l'ASUFC ha partecipato con i propri referenti.	Obiettivo RAGGIUNTO
6.6	Rischio clinico e rete cure sicure	Superamento della contenzione come previsto dalla D.G.R. n. 1904/2016	Avvio del gruppo di lavoro e pianificazione della formazione specifica sul tema	31/12/2021	È stato attivato il gruppo di lavoro regionale a cui l'ASUFC ha partecipato; nel corso del primo incontro è stato definito il piano delle azioni prioritarie. Quindi sono stati definiti i sottogruppi per ciascuna linea di lavoro con il mandato di approfondimento e/o individuazione di piani di miglioramento specifici. L'attività proseguirà nel 2022.	Obiettivo RAGGIUNTO
6.7	Percorso nascita	Comitato percorso nascita	Le Aziende per il tramite dei loro rappresentanti collaborano alle attività del Comitato e partecipano attivamente ai lavori dei sottogruppi (presenza riunioni > 80%)	31/12/2021	La partecipazione ai lavori è stata garantita.	Obiettivo RAGGIUNTO
6.7	Percorso nascita	Tagli cesarei	Tagli cesarei primari dei PN I livello o N. parti < 1000/anno: ≤15%	31/12/2021	Dato 2021: Latisana= 17,9%; San Daniele=20,2%; Tolmezzo 17,6% Latisana: 15,6%San Daniele: 17,5%; Tolmezzo: 15,9% (ARCS)	Obiettivo NON RAGGIUNTO
6.7	Percorso nascita	Tagli cesarei	Tagli cesarei primari nei PN II livello o N. parti > 1000/anno: ≤ 25%	31/12/2021	Dato 2021: Udine=17,4% 19,8% (dato ARCS)	Obiettivo RAGGIUNTO
6.7	Percorso nascita	Gravidanze a basso rischio	Entro il 30/6/2021 le Aziende comunicano alla Direzione centrale salute il nominativo delle ostetriche che partecipano alle attività di cui alla DGR 723/2018	30/06/2021	I nominativi delle ostetriche sono stati individuati e comunicati alla DCS con nota prot. n. 0113610 del 29/07/2022	Obiettivo RAGGIUNTO
6.7	Percorso nascita	Gravidanze a basso rischio	Il personale di cui sopra partecipa entro il 31/12/2021 ad almeno un evento formativo sulla gestione della gravidanza a basso rischio	31/12/2021	La Regione non ha comunicato l'avvio di eventi formativi sul tema; il personale ostetrico ha comunque effettuato attività formative in ambito aziendale.	Obiettivo RAGGIUNTO
6.7	Percorso nascita	Per IRCCS Burlo Garofolo e ASUFC: Trasporto in emergenza materno e neonatale Monitoraggio dell'attività di trasporto in emergenza materno e neonatale (indicatori di cui al Decreto 1733/2016) e promozione della formazione per gli operatori coinvolti.	Audit annuale previsto al punto 7 della procedura di cui al Decreto 1733/SPS, relativo all'anno 2021 e trasmissione risultanze alla Direzione centrale salute entro 31.12.2021 - almeno un evento formativo anche congiunto sulle indicazioni al trasferimento e sulla stabilizzazione del neonato e della donna in attesa di trasferimento	31/12/2021	L'attività di audit si è svolta durante l'evento formativo organizzato dall'azienda "Il trasporto in emergenza materno e neonatale (stam e sten): il passato, il presente e il futuro" svoltosi a Udine in data 21.12.2021	Obiettivo RAGGIUNTO
6.8	Pediatria	IRCSS Burlo Rete oncologica pediatrica Definizione delle caratteristiche della rete di patologia onco-ematologica pediatrica della Regione FVG, secondo il modello Hub e Spoke, con identificazione di livelli e delle relative responsabilità e sua formalizzazione	Evidenza di costituzione della rete entro il 31/12/2021	31/12/2021	Attività in capo all'IRCCS Burlo	Obiettivo RAGGIUNTO
6.8	Pediatria	IRCSS Burlo Area emergenza-urgenza Identificazione di un modello Hub & Spoke per il trasporto sanitario inter-ospedaliero in età pediatrica	Entro il 31/12/2021 è definito da parte il documento sul trasporto pediatrico in emergenza urgenza.	31/12/2021	Attività in capo all'IRCCS Burlo	Obiettivo RAGGIUNTO
6.8	Pediatria	Tutte le aziende Farmaci galenici pediatrici	Entro il 30/6/2021 le aziende regionali condividono il modello per la centralizzazione	30/06/2021	Nell'arco del 2021 ASUFC è sempre rimasta disponibile per la convocazione ad un tavolo di lavoro volto a censire le necessità	Obiettivo NON RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
			presso il Burlo della produzione di farmaci galenici secondo i principi definiti con l'ASUGI		delle diverse strutture ovvero alle proposte progettuali dell'IRCCS Burlo Garofalo, tuttavia non è giunta alcuna convocazione al tavolo di lavoro e nemmeno la richiesta di partecipazione ad alcuna specifica attività di progetto	
6.9	Sangue ed emocomponenti	Mantenimento autosufficienza emocomponenti labili e contributo a quella nazionale	Raccolta sanguell DIMT contribuirà alla raccolta di sangue con valori pari alla media tra quelli 2019-2020	31/12/2021	Dato DIMT:Volume medio raccolto nel 2019/2020: 24.979 unità; Volume sangue intero raccolto 2021: 23.312 unità (- 1667 unità).Il dato è inferiore al target ma l'autosufficienza è sempre stata mantenuta. Il valore dipende esclusivamente da un oggettivo calo del numero di donazioni conseguentemente alla pandemia, dato osservato anche a livello nazionale. Dato CURPE: Volume medio raccolto nel 2019/2020: 6.045 unità; Volume sangue intero raccolto 2021: 7.051 unità (+106 unità).	Obiettivo RAGGIUNTO
6.9	Sangue ed emocomponenti	Mantenimento autosufficienza emocomponenti labili e contributo a quella nazionale	Raccolta sangueASUFC: Mantenimento delle convezioni extraregionali	31/12/2021	Sono mantenute le convezioni extraregionali.	Obiettivo RAGGIUNTO
6.9	Sangue ed emocomponenti	Emoderivati d piano sangue	Raccolta plasmall DIMT contribuirà alla raccolta di plasma con la quota del 20% (DIMT ASUGI) 25%(DIMT ASFO) 45% (DIMT ASFC) 10%(CURPE) sul totale di 27.500kg come previsti dal documento di programmazione	31/12/2021	Dato DIMT:Target raccolta plasma: 45% di 27.500kg (12.375 Kg/anno) Volume raccolto: 11.965 Kg (-410 kg/anno). Il dato dipartimentale è inferiore al target sia per la contigenza degli accessi alla donazione dovuta alle norme antiCovid, sia pe la sperimentazione di un nuovo modello di raccolta che prevede la chiusura infrasettimanale di 1 giorno per le sedi di Latisana e Tolmezzo.Dato CURPE:Target raccolta plasma: 10% di 27.500kg (2.750 Kg/anno) Volume raccolto: 4.548Kg (+1.798 kg/anno).	Obiettivo RAGGIUNTO
6.9	Sangue ed emocomponenti	Appropriatezza	Monitoraggio appropriatezzall DIMT continuerà anche nel 2021, a promuovere nell'ambito dei COBUS, il monitoraggio dell'appropriatezza delle richieste trasfusionali, con valutazione finale dei risultati e relative azioni correttive. Report trimestrali riportanti i dati di completezza e appropriatezza delle richieste trasfusionali. Attivazione audit nelle strutture con livelli di appropriatezza inferiori alla media dipartimentale.	31/12/2021	Il DIMT ha monitorato trimestralmente i dati di appropriatezza delle richieste trasfusionali; nessun reparto è stato caratterizzato da livelli di appropriatezza inferiori alla media dipartimentale pertanto non è stato necessario attivare gli audit tenuto conto anche delle criticità legate alla pandemia.	Obiettivo RAGGIUNTO
6.9	Sangue ed emocomponenti	Sicurezza	Implementazione prescrizione trasfusionale informatizzata in almeno 90% dei reparti (EMOWARD)	31/12/2021	Implementazione prescrizione informatizzata:P.O. di Udine: presente in tutti i reparti P.O. di Tolmezzo: implementazione effettuata nella medicina trasfusionale e in oncologia P.O. di San Daniele, Latisana, Palmanova: percorso non iniziato. Il progetto è impegnativo perché prevede un coinvolgimento dei Servizi Informatici Aziendali che debbono valutare inizialmente una mappatura di tutte le postazioni Emoward da inserire nei reparti, l'attivazione del gestionale e le autorizzazioni da parte di Insiel, la formazione del personale medico e infermieristico. Tuttavia i vantaggi e le potenzialità della richiesta informatizzata in ambito di sicurezza e organizzazione rappresentano le motivazioni per cui questo progetto debba essere continuato.(la proposta di	Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
					valutazione è stata effettuata dal referente regionale) Il progetto è impegnativo perché prevede un coinvolgimento dei Servizi Informatici Aziendali che debbono valutare inizialmente una mappatura di tutte le postazioni Emoward da inserire nei reparti, l'attivazione del gestionale e le autorizzazioni da parte di Insiel, la formazione del personale medico e infermieristico. Tuttavia i vantaggi e le potenzialità della richiesta informatizzata in ambito di sicurezza e organizzazione rappresentano le motivazioni per cui questo progetto debba essere continuato.(la proposta di valutazione è stata effettuata dal referente regionale)	
6.9	Sangue ed emocomponenti	Sicurezza	Relazione sulla fattibilità di utilizzo di 'sistemi barriera' per la trasfusione al letto del paziente	31/12/2021	Obiettivo si integra con quello degli altri Dipartimenti che sono tutti in attesa della versione aggiornata del gestionale Emonet che contempli la parte del sistema barriera per la trasfusione al letto del paziente. Attività da avviare nel gruppo regionale non ancora attivato	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
6.9	Sangue ed emocomponenti	Governo clinico	Linee guida condivise regionali sulla trasfusione.Costituzione gruppo lavoro	31/12/2021	Il gruppo di lavoro regionale non è ancora stato costituito. L'attività si può considerare raggiunta in quanto nel 2021 il DMT ha comunque partecipato alle riunioni per la revisione sulla procedura per la sicurezza trasfusionale "LOOK BACK, PDI E GESTIONE DONATORE POSITIVO" e per la procedura "GESTIONE EMOCOMPONENTI REGIONE FVG" che hanno una valenza regionale.	Obiettivo RAGGIUNTO
6.9	Sangue ed emocomponenti	Completamento della centralizzazione di produzione e validazione	ASUFC (curpe):Implementazione di tutti gli esami di validazione al curpe con accentramento degli stessi Allestimento attività congelamento emazie e inattivazione piastrinico	31/12/2021	Tutti gli esami di validazione sono stati accentrati presso il Curpe, ad eccezione dell'immunoematologia (gara ancora da espletare). L'obiettivo si può considerare parzialmente raggiunto in quanto tutti gli esami di qualificazione sono già stati accentrati così come sono stati allestiti il congelamento delle emazie e l'inattivazione piastrinica (la proposta di valutazione è stata effettuata dal referente regionale).	Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO
6.9	Sangue ed emocomponenti	Rimodulazione modelli raccolta sangue	Sperimentazione di nuove modalità organizzative di raccolta condivise con le Associazioni (1 sperimentazione per DIMT)	31/12/2021	Con le note Prot. n. 40.D.2021, 42.D.2021 e 52.D.2021 è stata riprogrammata l'attività donazionale dell'intero Dipartimento che, con decorrenza dal mese di maggio 2021, prevede la chiusura della sede di Latisana nella giornata di martedì, compensata dall'apertura di un ulteriore sabato al mese, e la chiusura della sede di Tolmezzo nella giornata di mercoledì, compensata dall'apertura di una domenica al mese (eccetto luglio-agosto).	Obiettivo RAGGIUNTO
6.9	Sangue ed emocomponenti	Costituzione di una rete trasfusionale unica regionale	L'azienda collabora alla definizione del progetto vi partecipa attivamente per quanto di competenza.	31/12/2021	In attesa di indicazioni regionali. L'attività si può considerare raggiunta in quanto nel 2021 il DMT ha partecipato alle riunioni per la condivisione di un percorso comune per la donazione del plasma immune anti-COVID 19.(la proposta di valutazione è stata effettuata dal referente regionale)	Obiettivo RAGGIUNTO
6.10	Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH	Le aziende sviluppano programmi dedicati al benessere degli operatori	Gli enti aderenti alla rete regionale, nell'ambito del gruppo regionale benessere sul posto di Lavoro HPH partecipano alla formazione di ARCS	31/12/2021	Il team multi professionale ha partecipato alla formazione regionale che si è conclusa il 16 giugno 2021. I professionisti identificati dall'ente per partecipare all'evento regionale "Aver cura di chi ci cura" sono 14; i professionisti che hanno portato a termine la	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
			dedicata all'attivazione dei Team multiprofessionali		formazione sono 8 acquisendo la certificazione per entrare nei Team multi professionali. I professionisti che si sono resi disponibili a collaborare all'attività dei Team multi professionali sono 8, di cui 5 interni e 3 libero professionisti. 16 partecipanti ad Evento formativo ECM ARCS N°21001 "Aver cura di chi ci cura" _10 moduli per un totale di 40 ore, dal 10 febbraio al 16 giugno. 8 formati e autorizzati con nota Prot. 0174002 d.d.23/11/2021 a far parte dei Team Multi professionali (la proposta di valutazione è stata effettuata dal referente regionale)	
6.10	Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH	Le aziende sviluppano programmi dedicati al benessere degli operatori	Gli enti aderenti alla rete regionale, nell'ambito del gruppo aziendale benessere sul posto di Lavoro HPH organizzano un evento formativo per la diffusione del progetto "Aver cura di chi ci ha curato" con la diffusione dei materiali informativi e dei risultati ottenuti nella fase sperimentale sulla base di un format concordato dal gruppo regionale (entro giugno)	30/06/2021	L'evento formativo è stato realizzato il giorno 26 maggio 2021. tra i partecipanti anche il coordinamento regionale HPH di ARCS.(la proposta di valutazione è stata effettuata dal referente regionale)	Obiettivo RAGGIUNTO
6.10	Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH	Le aziende sviluppano programmi dedicati al benessere degli operatori	Gli enti aderenti alla rete regionale, nell'ambito del gruppo aziendale benessere sul posto di Lavoro HPH pianificano la trasferibilità del prototipo regionale descritto e messo in atto nella fase sperimentale dal progetto "Aver cura di chi ci ha curato", per la proposta operativa di attivazione nelle aziende in rete (entro il primo semestre)	30/06/2021	La composizione dei Gruppi di lavoro previsti e propedeutici allo sviluppo della logistica è stata formalizzata con nota indirizzata ad ARCS prot. n.174002 del 23/11/2021. Si prevede che l'avvio effettivo delle attività del Gruppo multi professionale avvenga a gennaio 2022.	Obiettivo RAGGIUNTO
6.10	Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH	Le aziende sviluppano programmi dedicati al benessere degli operatori	Nel secondo semestre, gli enti aderenti alla rete regionale attivano i team multiprofessionali previsti nel protocollo di collaborazione per il monitoraggio della resilienza e del lifestyle nella strategia del progetto "Aver cura di chi ci ha curato"	31/12/2021	Nel mese di settembre sono stati acquistati gli strumenti biomedicali necessari ai follow up e sono stati parzialmente collaudati il giorno 14 dicembre dall'Ingegneria clinica. Si è assicurato il coinvolgimento della Direzione Medica del Presidio SMM per l'individuazione di uno studio medico con determinate caratteristiche per lo svolgimento dell'attività di follow up. L'attività non è ancora stata avviata.	Obiettivo RAGGIUNTO
6.10	Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH	Le Aziende promuovono corretti stili di vita dei pazienti che accedono ai servizi	Gli enti aderenti alla rete regionale, nell'ambito del gruppo regionale Patient Engagement HPH, elaborano uno studio di fattibilità per l'avvio di Team multiprofessionali per la promozione della salute dei pazienti	31/12/2021	Sono proseguite le attività di formazione e condivisione del gruppo: in particolare partecipazione alle riunioni del gruppo regionale per la condivisione dei contenuti e dei metodi di individuazione, raccolta, e inserimento dei bisogni di promozione di salute nei servizi sanitari. Valutazione in particolare delle sezioni anamnestiche mediche ed infermieristiche delle cartelle cliniche.Le riunioni del gruppo regionale si sono tenute nei giorni 8/4/2021, 13/05/2021, 14/06/2021, 09/09/2021. Lo studio di fattibilità è stato elaborato ed inviato ad ARCS	Obiettivo RAGGIUNTO
6.10	Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH	Le Aziende promuovono corretti stili di vita dei pazienti che accedono ai servizi	Gli enti aderenti alla rete regionale elaborano un format per la valutazione dei bisogni di promozione della salute da inserire nella documentazione sanitaria (a cura dei gruppi	31/12/2021	Il format è stato elaborato in collaborazione con ARCS nei tempi previsti	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
			aziendali per il Patient Engagement - clinical health promotion)			
6.10	Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH	Le Aziende promuovono corretti stili di vita dei pazienti che accedono ai servizi	Gli enti aderenti alla rete regionale promuovono il programma per l'astensione del fumo nel periodo perioperatorio.	31/12/2021	L'attività relativa al programma relativo all'astensione dal fumo nel periodo perioperatorio è integrato nel PDTA "Artroprotesi di anca e di ginocchio presso il PO Latisana-Palmanova" (in redazione), negli ambulatori medici e nel percorso nascita, dove l'astensione al fumo viene promossa nei Presidi Ospedalieri dell'Azienda.	Obiettivo RAGGIUNTO
6.10	Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH	Le Aziende sviluppano un piano di comunicazione per la diffusione degli obiettivi HPH al loro interno	Link della pagina di ARCS e avvio di sezione dedicata nel sito aziendale con aggiornamento su referenti e progetti collegati alle linee di gestione	31/12/2021	E' stata creata e messa in linea la sezione aziendale dedicata all'attività HPH.	Obiettivo RAGGIUNTO
6.11	Accreditamento	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.	31/12/2021	Sono stati assicurati i necessari livelli di collaborazione	Obiettivo RAGGIUNTO
6.11	Accreditamento	Partecipazione attiva al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti	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.	31/12/2021	Sono stati assicurati i necessari livelli di collaborazione	Obiettivo RAGGIUNTO
6.11	Accreditamento	Partecipazione al programma di accreditamento nazionale degli organismi tecnicamente accreditanti	Gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti inseriti nell'elenco nazionale dei valutatori dell'accREDITAMENTO di partecipare alle attività organizzate dal Ministero della salute e dall'Agenas	31/12/2021	Sono stati assicurati i necessari livelli di collaborazione, ma nel 2021 nessuna attività ministeriale è stata proposta ai valutatori.	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
6.11	Accreditamento	Garanzia del funzionamento dell'OTA FVG	Gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti, componenti dell'OTA regionale, di svolgere le funzioni previste dalla DGR 2220/2015 e dal Decreto n. 1899/2017	31/12/2021	Sono stati assicurati i necessari livelli di collaborazione	Obiettivo RAGGIUNTO
7.1	Tetti spesa farmaceutica	Tetto per la spesa farmaceutica per acquisti diretti(farmaceutica ospedaliera, diretta e DPC) = 7,85 % del FSR, comprensiva della spesa per acquisto diretto gas medicinali - ATC V03AN -, che ha a sua volta l'ulteriore specifico limite massimo di spesa pari allo 0,2%. Tetto per la spesa farmaceutica convenzionata = 7,00 % del FSR. Nello specifico i vincoli di spesa fissati a livello regionale per il 2021 sono riepilogati nel capitolo dedicato alle risorse finanziarie	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.	31/12/2021	Si rinvia a quanto riportato nella sezione del presente documento relativo ai vincoli. (I tetti sono valutati dall'AIFA a livello regionale e non per singola azienda): - Farmaceutica convenzionata: 6,18 Raggiunto; - Farmaceutica diretta: 10,68 Non raggiunto; - Gas medicinali: 0,122 Raggiunto (Fonte Monitoraggio AIFA della Spesa Farmaceutica Nazionale e Regionale Gennaio - Dicembre 2021 del 28.4.2022)	Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO
7.1	Tetti spesa farmaceutica	Tetto per la spesa farmaceutica per acquisti diretti(farmaceutica ospedaliera, diretta e DPC) = 7,85 % del FSR, comprensiva della	Rispetto dei vincoli regionali: monitoraggio mensile indicatori linee di gestione a cura della DCS.	31/12/2021	Si rinvia a quanto riportato nella sezione del presente documento relativo ai vincoli. Rispettati 0/5 vincoli regionali- Farmaceutica territoriale diretta standard 78,00: Non Raggiunto (valore aziendale	Obiettivo NON RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
		spesa per acquisto diretto gas medicinali - ATC V03AN -, che ha a sua volta l'ulteriore specifico limite massimo di spesa pari allo 0,2%. Tetto per la spesa farmaceutica convenzionata = 7,00 % del FSR. Nello specifico i vincoli di spesa fissati a livello regionale per il 2021 sono riepilogati nel capitolo dedicato alle risorse finanziarie			86,26); - Farmaceutica territoriale (distribuzione per conto standard 38,00: Non Raggiunto (valore aziendale 42,82); - Farmaceutica territoriale (convenzionata) standard 112,00: Non Raggiunto (valore aziendale 113,55); - Farmaceutica ospedaliera + 10% diretta al netto dei cdc COVID standard -3,00%: Non Raggiunto (valore aziendale + 7,8% - + 5,9% netto cdc COVID); - Farmaceutica ospedaliera oncologici mantenimento valore 2020: Non raggiunto (valore aziendale +1,9%) (Fonte report DCS Monitoraggio Indicatori Linee per la gestione 2021 Novembre - Dicembre)	
7.2	Contenimento spesa farmaceutica e appropriatezza prescrittiva	Le Aziende invieranno un report di sintesi semestrale e annuale alla DCS con evidenza dei monitoraggi effettuati, delle iniziative di audit e feedback adottate, delle azioni più significative intraprese e degli esiti conseguiti nel corso del primo semestre e dell'intero anno 2021 (ad esempio per oncologici, immunologici, farmaci per l'epatite C, terapie intra-vitreali, equivalenti, IPP, nota AIFA 96 e nuova nota 97, EBPM ecc).	Invio alla DCS da parte delle Aziende di due report di sintesi sull'attività del primo semestre, entro 30/09/2021 e sull'attività annuale entro il 15/04/2022, da cui si evincano: Obiettivi assegnati, monitoraggi effettuati, azioni intraprese ed esiti: - in ambito ospedaliero relativi a setting ad alto impatto di spesa; - in ambito territoriale (distrettuale, ambulatoriale, MMG) al fine di favorire l'appropriatezza; Modalità di valutazione: Report inviati nei termini: sì/no (peso 40%) Report congruenti in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 60%)	30/09/2021	Primo report inviato alla DCS in data 11/10/2021 prot. 149879 e secondo report inviato in data 21/4/2022 prot. n. 65611. L'Azienda ha presentato relazioni diverse per area e disomogenee in contenuti e azioni Area Friuli Centrale: relazione inviata, non chiaramente esplicitati obiettivi assegnati ai prescrittori e azioni intraprese Area Alto Friuli: relazione inviata congruente in obiettivi assegnati e azioni (territorio), congruente seppur sintetica in monitoraggio e azioni (ospedale) Ospedale Udine: relazione inviata congruente in monitoraggio e azioni Ospedali ex Bassa friulana: relazione inviata congruente ma sintetica in monitoraggio e azioni (la proposta di valutazione è stata effettuata dal referente regionale)	Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO
7.2	Contenimento spesa farmaceutica e appropriatezza prescrittiva	Le Aziende invieranno un report di sintesi semestrale e annuale alla DCS con evidenza dei monitoraggi effettuati, delle iniziative di audit e feedback adottate, delle azioni più significative intraprese e degli esiti conseguiti nel corso del primo semestre e dell'intero anno 2021 (ad esempio per oncologici, immunologici, farmaci per l'epatite C, terapie intra-vitreali, equivalenti, IPP, nota AIFA 96 e nuova nota 97, EBPM ecc).	Invio alla DCS da parte delle Aziende di due report di sintesi sull'attività del primo semestre, entro 30/09/2021 e sull'attività annuale entro il 15/04/2022, da cui si evincano: Obiettivi assegnati, monitoraggi effettuati, azioni intraprese ed esiti: - in ambito ospedaliero relativi a setting ad alto impatto di spesa; - in ambito territoriale (distrettuale, ambulatoriale, MMG) al fine di favorire l'appropriatezza; Modalità di valutazione: Report inviati nei termini: sì/no (peso 40%) Report congruenti in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 60%)	15/04/2022	Primo report inviato alla DCS in data 11/10/2021 prot. 149879 e secondo report inviato in data 21/4/2022 prot. n. 65611. L'Azienda ha presentato relazioni diverse per area e disomogenee in contenuti e azioni: Area Friuli Centrale: relazione inviata, non chiaramente esplicitati obiettivi assegnati ai prescrittori e azioni intraprese; Area Alto Friuli: relazione inviata congruente in obiettivi assegnati e azioni (territorio), congruente seppur sintetica in monitoraggio e azioni (ospedale); Ospedale Udine: relazione inviata congruente in monitoraggio e azioni; Ospedali ex Bassa friulana: relazione inviata congruente ma sintetica in monitoraggio e azioni.	Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO
7.3	Appropriatezza prescrittiva – indicatori in ambito territoriale	Le Tabelle riportano il target per il 2021 relativamente agli indicatori: - consumo pro –capite di farmaci inibitori di pompa protonica (IPP); - consumo di antibiotici sul territorio e in età pediatrica; - percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi.	Consumo pro – capite di farmaci inibitori di pompa protonica <=25 up pro cap	31/12/2021	Valore aziendale 2021: 31,5 – Obiettivo non Raggiunto	Obiettivo RAGGIUNTO: 3 indicatori a target su 4- (Fonte report DCS Monitoraggio Indicatori Linee per la gestione 2021 Novembre - Dicembre)
		Le Tabelle riportano il target per il 2021 relativamente agli indicatori: - consumo pro –capite di farmaci inibitori di pompa protonica (IPP); - consumo di antibiotici sul territorio e in età pediatrica; - percentuale di	Consumo di antibiotici sul territorio DDD 1000 res. pes. Die: ASUGI <=13,44; ASUFC <= 13,50; ASFO <= 16,50	31/12/2021	Valore aziendale 2021: 9,3 - Obiettivo Raggiunto	

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
		abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi.				
		Le Tabelle riportano il target per il 2021 relativamente agli indicatori: - consumo pro-capite di farmaci inibitori di pompa protonica (IPP); - consumo di antibiotici sul territorio e in età pediatrica; - percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi.	Consumo di antibiotici in età pediatrica DDD:ASUGI ≤ 14,80;ASUFC≤ 14,14;ASFO≤ 14,80	31/12/2021	Valore aziendale 2021: 5,7 - Obiettivo Raggiunto	
		Le Tabelle riportano il target per il 2021 relativamente agli indicatori: - consumo pro-capite di farmaci inibitori di pompa protonica (IPP); - consumo di antibiotici sul territorio e in età pediatrica; - percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi.	Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi:ASUGI ≤23,50;ASUFC≤20,50;ASFO≤ ≤21,50	31/12/2021	Valore aziendale 2021: 20,47 - Obiettivo Raggiunto	
7.4	Contenimento spesa farmaceutica - Biosimilari	Nell'ambito delle categorie di medicinali di cui è disponibile l'alternativa biosimile, gli Enti favoriscono l'impiego delle specialità che garantiscono l'efficienza del SSR	Invio alla DCS di un report di sintesi entro il 15/04/2022 descrittivo delle attività svolte, dei percorsi attivati con i prescrittori e delle ricadute per il SSR, specificatamente per gli ambiti dell'assistenza ospedaliera e territoriale (diretta, DPC e convenzionata).I dati di spesa e di consumo, rilevati secondo lo schema predisposto dalla DCS, integreranno i report.Modalità di valutazione: Report congruenti in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 60%) Relazioni inviate nei termini: sì/no (peso 40%)	15/04/2022	Nel report inviato in data 21/4/2022 prot. n. 65611 sono state descritte le attività svolte e riportati i dati di consumo.	Obiettivo RAGGIUNTO
7.5	Gestione delle terapie con ormone della crescita	L'Ente nella gestione delle terapie con ormone della crescita attiva un team aziendale (composto almeno da un medico e un infermiere) che garantisca la formazione dei nuovi pazienti e care-giver al corretto uso degli autoiniettori per la somministrazione dell'ormone della crescita presenti nella graduatoria dell'accordo quadro regionale.	Evidenza dell'attivazione del team entro il 30/06/2021.Modalità di valutazione: Attivazione del team nei termini: sì/no (peso 50%)	30/06/2021	Nel corso del 2021 è stata eseguita ad un unico paziente e ai care-giver l'istruzione sull'utilizzo dell'auto iniettore in presenza del medico prescrittore. L'Azienda non ha inviato alla DCS evidenza dell'attivazione dei team.(la proposta di valutazione è stata effettuata dal referente regionale)	Obiettivo NON RAGGIUNTO
7.5	Gestione delle terapie con ormone della crescita	L'Ente nella gestione delle terapie con ormone della crescita attiva un team aziendale (composto almeno da un medico e un infermiere) che garantisca la formazione dei nuovi pazienti e care-giver al corretto uso degli autoiniettori per la somministrazione dell'ormone della crescita presenti nella graduatoria dell'accordo quadro regionale.	Invio alla DCS entro il 30/02/2022 di un report dell'attività di formazione svolta nel 2021, con evidenza degli autoiniettori proposti e selezionati.Modalità di valutazione: Invio del report nei termini: sì/no (peso 50%)	28/02/2022	Nel corso del 2021 è stata eseguita ad un unico paziente e ai care-giver l'istruzione sull'utilizzo dell'auto iniettore in presenza del medico prescrittore. L'Azienda non ha inviato alla DCS evidenza dell'attività svolta. Dall'analisi dei PT effettuata (fonte BO) risultano attivati 4 PT per prime prescrizioni da parte della Clinica Pediatrica di Udine(la proposta di valutazione è stata effettuata dal referente regionale)	Obiettivo NON RAGGIUNTO
7.7	distribuzione diretta (DD) e distribuzione	In coerenza con le modalità organizzative conseguenti alla situazione pandemica da	Invio alla DCS di una relazione sull'attività del primo semestre, entro 30/09/2021 e di una	30/09/2021	Primo report inviato alla DCS in data 11/10/2021 prot. 149879 e secondo report inviato in data 21/4/2022 prot. n. 65611. L'Azienda	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
	per conto (DPC) dei medicinali	Covid19, le Aziende garantiscono azioni che nell'ambito della distribuzione diretta e della DPC dei medicinali possano assicurare l'ottimizzazione dei percorsi assistenziali e le migliori ricadute economiche sul SSR	relazione sull'attività annuale entro il 15/04/2022 da cui si evincano le azioni, gli esiti ed i monitoraggi svolti nell'ambito della DPC e della distribuzione diretta, integrati da tabelle di sintesi (come da schema della DCS) Modalità di valutazione: Relazioni congruenti in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 60%) Relazioni inviate nei termini: sì/no (peso 40%)		ha presentato relazioni diverse per area - Area Alto Friuli: Relazioni congruenti in base agli obiettivi assegnati. Relazioni inviate nei termini - Ospedale di Udine: Relazioni congruenti in base agli obiettivi assegnati. Relazioni inviate nei termini. Si raccomanda di garantire le prestazioni LEA anche in tema di distribuzione diretta. Territorio ASUFC: Relazioni congruenti in base agli obiettivi assegnati, Relazioni inviate nei termini	
7.7	distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali	In coerenza con le modalità organizzative conseguenti alla situazione pandemica da Covid19, le Aziende garantiscono azioni che nell'ambito della distribuzione diretta e della DPC dei medicinali possano assicurare l'ottimizzazione dei percorsi assistenziali e le migliori ricadute economiche sul SSR	Invio alla DCS di una relazione sull'attività del primo semestre, entro 30/09/2021 e di una relazione sull'attività annuale entro il 15/04/2022 da cui si evincano le azioni, gli esiti ed i monitoraggi svolti nell'ambito della DPC e della distribuzione diretta, integrati da tabelle di sintesi (come da schema della DCS) Modalità di valutazione: Relazioni congruenti in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 60%) Relazioni inviate nei termini: sì/no (peso 40%)	15/04/2022	Primo report inviato alla DCS in data 11/10/2021 prot. 149879 e secondo report inviato in data 21/4/2022 prot. n. 65611. L'Azienda ha presentato relazioni diverse per area - Area Alto Friuli: Relazioni congruenti in base agli obiettivi assegnati. Relazioni inviate nei termini; - Ospedale di Udine: Relazioni congruenti in base agli obiettivi assegnati. Relazioni inviate nei termini. Si raccomanda di garantire le prestazioni LEA anche in tema di distribuzione diretta. - Territorio ASUFC: Relazioni congruenti in base agli obiettivi assegnati. Relazioni inviate nei termini	Obiettivo RAGGIUNTO
7.8	Assistenza integrativa	Le Aziende monitorano:a) l'appropriatezza delle prescrizioni dei dispositivi monouso per pazienti diabetici, con particolare riferimento al rispetto dei quantitativi massimi erogabili a carico del SSR delle strisce per la misurazione capillare della glicemia e all'utilizzo corretto dei codici di esenzione.a) i dati di spesa dei dispositivi per il monitoraggio della glicemia interstiziale(CGM, FGM e SAP)	Presentazione alla DCS di una relazione sintetica entro il 15/04/2022 relativa alle attività intraprese, i monitoraggi effettuati e gli esiti conseguiti.Modalità di valutazione:Relazione congruente in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 60%)Relazione inviate nei termini: sì/no (peso 40%)	15/04/2022	La relazione relativa alle attività intraprese, i monitoraggi effettuati e gli esiti conseguiti è stata trasmessa con nota prot. n. 65611 del 21/4/2022. L'azienda ha presentato relazioni diverse per area - Area Alto Friuli: Relazione attiene agli obiettivi assegnati. Sono descritte le attività di informazione intraprese in relazione all'impiego appropriato delle strisce per la misurazione della glicemia. Tuttavia non viene data evidenza di attività di monitoraggio delle strisce. Relazione inviate nei termini; - Area Bassa Friulana: Relazione attiene al punto b (il punto a è da ricondurre alla relazione dell'ex AAS3). E' citato un file di monitoraggio che però non è allegato e non è chiaro chi ne usufruisca. Relazione inviate nei termini; - Territorio ASUFC: Relazione incompleta (manca riferimento a DGR 2192/2019). Relazione inviate nei termini	Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO
7.8	Assistenza integrativa	Nell'ambito dell'assistenza integrativa le Aziende sanitarie e gli IRCCS effettuano una ricognizione dei percorsi e delle procedure attuate anche al fine di una possibile armonizzazione degli stessi.	Invio alla DCS entro il 15/04/2022 delle risultanze della ricognizione effettuata.Modalità di valutazione: Ricognizione effettuata e inviata: sì/no	15/04/2022	L'indagine conoscitiva effettuata nel corso del 2021 ha evidenziato la presenza di un unico documento operativo nella gestione dell'assistenza integrativa applicato ante riforma nella sola exAAS4. La disomogeneità rilevata nelle modalità di fornitura dei presidi tra le diverse aree di ASUFC ha determinato l'immediata necessità di istituire un gruppo di lavoro ad hoc. Nel 2022 il GdL rilascerà un documento definitivo per l'intera Azienda in merito ai percorsi di selezione, sulla base delle esigenze dell'utenza, e fornitura dei prodotti AFIR univocamente riconosciuto. Ricognizione effettuata e inviata	Obiettivo RAGGIUNTO
7.9	Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	REGISTRI AIFA E RECUPERO RIMBORSI Per la prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA viene assicurata la registrazione di tutti i dati richiesti (anche	Assicurare la registrazione dei pazienti e l'inserimento di tutti i dati richiesti, con particolare riferimento ai pazienti extra regione trattati con medicinali innovativi e oncologici	31/12/2021	L'attività è stata garantita	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
		con particolare riferimento ai medicinali innovativi), nel rispetto delle indicazioni autorizzate e dei criteri di eleggibilità definiti dall'AIFA, al fine di garantirne l'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.	innovativi, per consentire il rimborso dei costi sostenuti attraverso il meccanismo della fatturazione diretta.Modalità di valutazione:Evidenza dei monitoraggi/percorsi aziendali per la gestione delle eventuali criticità in tutti gli Enti del SSR: sì/no			
7.9	Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	REGISTRI AIFA E RECUPERO RIMBORSIPer la prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA viene 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 garantirne l'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.	Assicurare l'invio delle Richieste di Rimborso secondo le modalità definite da AIFA per tutti i farmaci con accordo MEA, anche attraverso la nuova piattaforma gestione rimborsi.Modalità di valutazioneRiscontro agli approfondimenti/richieste di verifica relative ai registri AIFA/procedure di rimborso, inviate nei termini indicati: sì/no	31/12/2021	L'attività è stata garantita	Obiettivo RAGGIUNTO
7.9	Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	REGISTRI AIFA E RECUPERO RIMBORSIPer la prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA viene 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 garantirne l'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.	Monitoraggi/controlli periodici effettuati, nell'ambito dei percorsi aziendali in essere, per la risoluzione di eventuali criticità legate al mancato/ritardato inserimento dei pazienti in piattaforma (inserimento del 100% dei casi ai fini della rimborsabilità).	periodici	L'attività è stata garantita	Obiettivo RAGGIUNTO
7.9	Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	CARTELLA ONCOLOGICA INFORMATIZZATA 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.Modalità di valutazione: Una rilevazione (DCS) del grado di completezza al 31.12.2021.	31/12/2021	Il dato aziendale 2021: 98,8% (dato da portale SISSR). S. Maria Misericordia: 98,62 S. Daniele Tolmezzo: 98,90Latisana - Palmanova: 100,00	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
7.9	Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	PRESCRIZIONI PERSONALIZZATE PSM ITER ELETTRONICO Per tutte le Aziende, la copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM dovrà essere garantita per il 95%, con riferimento ai medicinali erogati in distribuzione diretta nominale mediante lo stesso applicativo, anche al fine di consentire un puntuale monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e la promozione dei medicinali acquisiti centralmente da ARCS. Le Aziende assicureranno azioni di sensibilizzazione su quelle strutture/reparti per i quali si rileva un modesto utilizzo dell'iter elettronico, al fine di ridurre l'erogazione derivante da prescrizioni cartacee indotte verso altre aziende.	% delle prescrizioni di medicinali erogati in distribuzione diretta nominale effettuate con il sistema PSM - iter elettronico $\geq 95\%$. La DCS invierà periodicamente agli Enti del SSR un report relativo alle prescrizioni indotte con iter cartaceo verso altre Aziende /IRCCS, per le successive azioni di sensibilizzazione. Modalità di valutazione: Target rilevati dalla DCS. - $\geq 95\%$: obiettivo raggiunto - $\%$ tra 85% e 95%: obiettivo parzialmente raggiunto - $\%$ $< 85\%$: obiettivo non raggiunto	31/12/2021	Il dato aziendale di prescrizioni effettuate con PSM - iter elettronico è pari al 96,2% (fonte DCS)	Obiettivo RAGGIUNTO
7.9	Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	PRESCRIZIONE INFORMATIZZATA DEI PIANI TERAPEUTICI 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 70% 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). Nel favorire l'implementazione di tale sistema informatizzato sarà inoltre assicurato il controllo dei piani terapeutici ed il rispetto delle note limitative AIFA.	- % di ricorso alla prescrizione informatizzata tramite applicativo PSM-PT per tutti i pazienti: $> 70\%$ - Burlo: % PT informatizzati per medicinali soggetti a nota AIFA 39 o 74 o altre indicazioni pediatriche $> 70\%$ rispetto al totale dei PT redatti dall'IRCCS. Modalità di valutazione: Target rilevati dalla DCS. Per le modalità di calcolo dell'indicatore si rimanda alla DGR n. 1912/2018 - % PT informatizzati per tutti i pazienti $> 70\%$ raggiunto - % PT informatizzati per tutti i pazienti tra 65-70% parzialmente raggiunto - % PT informatizzati per tutti i pazienti $< 65\%$ non raggiunto. Per gli IRCCS (non avendo come parametro di riferimento i residenti) la % di PT informatizzati ($> 70\%$) è calcolata rispetto al totale dei Piani terapeutici redatti dalla struttura (distinti in informatizzati + cartacei) e comunicato formalmente alla DCS entro il 15/04/2022. Per il Burlo la valutazione riguarderà i medicinali indicati.	31/12/2021	Il dato aziendale di prescrizioni effettuate con PSM-PT è pari al 75% (fonte DCS)	Obiettivo RAGGIUNTO
7.9	Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	FLUSSI INFORMATIVI FARMACEUTICA Inserimento dei dati, 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 un possibile	Verifiche dei dati entro il 10 di ogni mese: Integrale copertura fase 3/fase 2 ($> 99,5\%$ della spesa negli ambiti previsti). Modalità di valutazione: Target rilevati dalla DCS - copertura fase 3/fase 2: $\%$ $> 99,5\%$: raggiunto $\%$ tra 99% e 99,5%: parzialmente raggiunto $\%$ $< 99\%$: non raggiunto	mensile	L'attività è stata garantita. 99,87% (Fonte BO estrazione 7.7.2022)	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
		<p>mancato invio. Va assicurata, per il corretto calcolo del rispetto dei tetti di spesa, l'integrale copertura della fase 3 su fase 2 (100% della spesa negli ambiti previsti) per quanto riguarda la distribuzione diretta, nonché l'inserimento a sistema del codice targatura (> 99% confezioni) in fase di erogazione diretta dei medicinali (applicativo PSM).Le Aziende assicurano un controllo periodico sulla coerenza dei centri di Costo (ospedaliera e diretta), con particolare riferimento alla corretta implementazione dei centri di costo correlati all'emergenza COVID-19. 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>				
7.9	Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	<p>FLUSSI INFORMATIVI FARMACEUTICA Inserimento dei dati, 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 un possibile mancato invio. Va assicurata, per il corretto calcolo del rispetto dei tetti di spesa, l'integrale copertura della fase 3 su fase 2 (100% della spesa negli ambiti previsti) per quanto riguarda la distribuzione diretta, nonché l'inserimento a sistema del codice targatura (> 99% confezioni) in fase di erogazione diretta dei medicinali (applicativo PSM).Le Aziende assicurano un controllo periodico sulla coerenza dei centri di Costo (ospedaliera e diretta), con particolare riferimento alla corretta implementazione dei centri di costo correlati all'emergenza COVID-19. 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: Inserimento codice targatura in fase di erogazione diretta dei medicinali (> 99%).Target rilevati dalla DCS Targatura- % confezioni diretta PSM > 99%: raggiunto-% confezioni diretta PSM da 97% a 99%: parzialmente raggiunto- % confezioni diretta PSM < 97%: non raggiunto</p>	mensile	L'attività è stata garantita. 98,29 %(Fonte BO estrazione 7.7.2022)	Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
7.9	Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	FLUSSI INFORMATIVI FARMACEUTICA Inserimento dei dati, 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 un possibile mancato invio. Va assicurata, per il corretto calcolo del rispetto dei tetti di spesa, l'integrale copertura della fase 3 su fase 2 (100% della spesa negli ambiti previsti) per quanto riguarda la distribuzione diretta, nonché l'inserimento a sistema del codice targatura (> 99% confezioni) in fase di erogazione diretta dei medicinali (applicativo PSM).Le Aziende assicurano un controllo periodico sulla coerenza dei centri di Costo (ospedaliera e diretta), con particolare riferimento alla corretta implementazione dei centri di costo correlati all'emergenza COVID-19. 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.	Inserimento dei dati, verifiche e controlli di congruenza dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese	mensile	L'attività è stata garantita	Obiettivo RAGGIUNTO
7.9	Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	FLUSSI INFORMATIVI FARMACEUTICA Inserimento dei dati, 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 un possibile mancato invio. Va assicurata, per il corretto calcolo del rispetto dei tetti di spesa, l'integrale copertura della fase 3 su fase 2 (100% della spesa negli ambiti previsti) per quanto riguarda la distribuzione diretta, nonché l'inserimento a sistema del codice targatura (> 99% confezioni) in fase di erogazione diretta dei medicinali (applicativo PSM).Le Aziende assicurano un controllo periodico sulla coerenza dei centri di Costo (ospedaliera e diretta), con particolare	Riscontro entro 15 giorni agli eventuali approfondimenti richiesti o segnalazioni inviate.	entro 15 gg ricevimento	La proposta del referente regionale è di stralcio dell'obiettivo in quanto non sono state fatte richieste di approfondimento	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
		riferimento alla corretta implementazione dei centri di costo correlati all'emergenza COVID-19. 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.				
7.10	Farmacovigilanza	Gli Enti del SSR assicurano le attività di Farmacovigilanza nel rispetto della normativa vigente secondo quanto previsto dalle procedure operative AIFA per i CRFV e i RLFV	Mantenimento della % di segnalazione on-line \geq 90% in linea con le indicazioni AIFA e tenuto conto dell'avvio a fine 2021/inizio 2022 della nuova piattaforma di segnalazione collegata alla RNFModalità di valutazione:% segnalazioni online/segналazioni totali \geq 90%.Target rilevati dalla DCS	31/12/2021	Il dato aziendale è pari a 93,5% di segnalazioni online (dato DCS). % di segnalazione on-line aggiornata al 31.12.2021: 93,5(Fonte DCS)	Obiettivo RAGGIUNTO
7.10	Farmacovigilanza	Gli Enti assicurano l'inserimento delle segnalazioni di sospette reazioni avverse relative a medicinali utilizzati nella terapia del COVID-19 (compresi i nuovi vaccini) o nei pazienti con COVID-19 (qualsiasi medicinale), secondo le indicazioni fornite da AIFA. Il CRFV fornirà eventuale supporto ai RLFV al fine di migliorare la qualità del dato inserito.	Inserimento delle segnalazioni di sospetta ADR relative a medicinali utilizzati nella terapia COVID-19 o nel paziente COVID-19 secondo i parametri e con le codifiche indicate da AIFA (comunicati 4 maggio e 27 novembre 2020).Modalità di valutazione: Andamento periodico (su base semestrale) delle segnalazioni di ADR relative a medicinali utilizzati nella terapia del COVID-19 o nei pazienti con COVID-19, effettuato dal CRFV.% codifica inserimento corretta/ totale segnalazioni inserite \geq 80%.Riscontri a richieste del CRFV su qualità del dato: si/no	31/12/2021	Al 31/12/2021 risulta dai dati DCS:- 1 segnalazione di ADR da farmaco utilizzato con indicazione Covid-19 : (scheda 757483 _REMDESIVIR-Polmonite Covid19). Non valutabile per scarsità di dati.- % codifica inserimento corretta/totale segnalazioni inserite per ADR GRAVI = 100% - Riscontri a richieste del CRFV su qualità del dato per ADR GRAVI= 100%	Obiettivo RAGGIUNTO
8.1	Sistema informativo di gestione della formazione	Contribuire alla analisi del processo organizzativo per una adeguata configurazione del sistema di tutte le aziende, assieme all'azienda pilota già avviata nell'anno 2020	Tutte le aziende partecipano, con propri operatori, alle attività svolte per l'attivazione del sistema e forniscono contributi per ottimizzare l'attivazione nel proprio ambito. Si richiede la presenza del 90% delle convocazioni	31/12/2021	Il percorso è stato avviato dal mese di giugno a dicembre con almeno un incontro settimanale di 2 ore in videoconferenza. La presenza è stata garantita per il 90% e verificabile attraverso le registrazioni effettuate ad ogni incontro dalla DCS. l'attività di configurazione del nuovo gestionale si è conclusa prima del 31.12.2021 per consentire la successiva formazione ed avviamento del sistema	Obiettivo RAGGIUNTO
8.1	Sistema informativo di gestione della formazione	Completare l'attivazione del sistema nelle aziende in accordo con le indicazioni di DCS partecipando alla messa a punto del sistema ed organizzando turni del personale per favorire la formazione in aula e sul campo	Completare l'attivazione del sistema presso tutte le altre aziende entro il 31/12/2021	31/12/2021	Il percorso è stato avviato dal mese di giugno a dicembre con almeno un incontro settimanale di 2 ore in videoconferenza. La presenza è stata garantita per il 90% e verificabile attraverso le registrazioni effettuate ad ogni incontro dalla DCS.Il sistema risulta avviato in tutte le aziende sanitarie nei tempi previsti	Obiettivo RAGGIUNTO
8.2	Sistema informativo dei distretti	Contribuire alla analisi del processo organizzativo per una adeguata configurazione del sistema di tutte le aziende, assieme all'azienda pilota individuata nell'anno 2020	Tutte le aziende partecipano, con propri operatori, alle attività svolte per l'attivazione del sistema e forniscono contributi per ottimizzare l'attivazione nel proprio ambito. Si richiede la presenza del 90% delle convocazioni	31/12/2021	La partecipazione è stata garantita.	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
8.2	Sistema informativo dei distretti	Completare l'attivazione del sistema nell'azienda pilota in accordo con le indicazioni di DCS/ARCS partecipando alla messa a punto del sistema ed organizzando turni del personale per favorire la formazione in aula e sul campo	Completare l'attivazione del sistema presso l'azienda pilota entro il 30/09/2021	30/09/2021	il servizio Sistemi informativi e privacy conferma l'avviamento entro la data del 30/9/2021	Obiettivo RAGGIUNTO
8.2	Sistema informativo dei distretti	Attivare il sistema in un'altra azienda ottimizzando i contenuti del sistema e le esperienze formative e di avviamento della azienda pilota.	Attivare il sistema entro il 31/12/2021	31/12/2021	il servizio Sistemi informativi e privacy conferma l'avviamento entro la data del 31/12/2021	Obiettivo RAGGIUNTO
8.2	Sistema informativo dei distretti	Favorire la collaborazione nell'assistenza territoriale fra Aziende sanitarie, Ambiti del sociale e Enti del terzo settore per rendere possibile il coordinamento degli interventi di assistenza anche tramite la condivisione e/o l'integrazione dei sistemi informativi.	Partecipare all'analisi delle attività che favoriscono la collaborazione nell'assistenza territoriale. Si richiede la presenza del 90% delle convocazioni	31/12/2021	La partecipazione è stata garantita	Obiettivo RAGGIUNTO
8.3	Sistema informativo gestione economica finanziaria e economato	Contribuire alla analisi del processo organizzativo per una adeguata configurazione del sistema	Partecipazione al 90% delle riunioni convocate	31/12/2021	La partecipazione è stata garantita	Obiettivo RAGGIUNTO
8.3	Sistema informativo gestione economica finanziaria e economato	Siti pilota: collaborare in termini di test del sistema, opportunamente integrato con i sistemi satelliti	Sistema funzionante nelle aziende pilota (verbale collaudo) entro il 30/06/2021	30/06/2021	L'azienda non è stata individuata quale azienda pilota. progettualità riproposta nelle linee annuali per la Gestione 2022	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
8.3	Sistema informativo gestione economica finanziaria e economato	Avviamento in tutte le aziende del SSR secondo un cronoprogramma definito dalla ditta aggiudicatrice della gara tenendo conto delle peculiarità delle aziende e con una attenzione alla formazione in aula e sul campo	Sistema funzionante in tutte le aziende (verbale collaudo) entro il 31/12/2021	31/12/2021	Attività coordinata a livello regionale. progettualità riproposta nelle linee annuali per la Gestione 2022	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
8.4	Telemedicina	Censimento delle soluzioni di telemedicina presenti attualmente in azienda con indicazione delle integrazioni già operative con i sistemi aziendali e quelle ritenute importanti da realizzare.	Fornire l'elenco delle soluzioni di telemedicina presenti con indicazioni delle integrazioni entro il 31/03/2021	31/03/2021	Attività realizzata. Fornito riscontro con prot. n. 48802 del 31/3/2021, integrato con nota prot. n. 57363 del 16/4/2021	Obiettivo RAGGIUNTO
8.4	Telemedicina	Analisi e valutazione dei processi dei post-acuti con scompenso cardiaco, diabete o BPCO per individuare quali soluzioni di telemedicina possono essere adottate e se devono essere rese operative strutture capaci di controllare e monitorare gli strumenti di telemedicina utilizzati.	Partecipazione al 90% delle riunioni dei team interaziendali di analisi e valutazione.	31/12/2021	La partecipazione è stata garantita. il servizio Sistemi informativi e privacy, assieme alle aziende, ha predisposto il capitolato tecnico per la gara di telemedicina, definendo i casi studio, tra cui valutazione dei processi dei post-acuti con scompenso cardiaco, diabete o BPCO. L'azienda ASUFC ha contribuito a definire il processo essendo stato presente al gruppo di lavoro ristretto per la predisposizione del capitolato	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
8.4	Telemedicina	Stesura piano regionale di attivazione delle soluzioni di telemedicina nelle varie aziende tenendo conto delle esperienze già maturate e dell'analisi e valutazione dei processi dei post- acuti.	Partecipazione alla stesura del piano regionale di attivazione e avviamento e messa a punto delle soluzioni di telemedicina individuate per l'azienda.	31/12/2021	Attività coordinata a livello regionale. progettualità riproposta nelle linee annuali per la Gestione 2022. La DCS è stata coinvolta nel gruppo nazionale di stesura delle linee guida per la telemedicina; di conseguenza il piano regionale ha atteso la pubblicazione delle medesime linee per predisporre un documento in accordo con la prospettiva nazionale (pubblicazione rinviata al 2022)	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
8.5	Ricetta e piano terapeutico dematerializzato	Ricette dematerializzate specialistica farmaceutica e medici specialisti	90% sul totale delle ricette entro il 31/12/2021	31/12/2021	Realizzato	Obiettivo RAGGIUNTO
8.5	Ricetta e piano terapeutico dematerializzato	Ricette dematerializzate specialistica e farmaceutica dei MMG/PLS	95% sul totale delle ricette entro il 31/12/2021	31/12/2021	Dati non disponibili a livello aziendale. ai dati resi disponibili da insiel nel cruscotto Visual Analytics "DEM prescritto farmaceutica" e DEM prescritto specialistica" l'obiettivo risulta raggiunto	Obiettivo RAGGIUNTO
8.5	Ricetta e piano terapeutico dematerializzato	Ricette dematerializzate non SSR	Media del 50 % sui mesi in cui è attiva la ricetta non SSR dematerializzata entro il 31/12/2021	31/12/2021	INSIEL non ha potuto attivare la dematerializzazione della ricetta non SSR per mancanza delle specifiche nazionali.L'attività è stata realizzata a seguito della comunicazione delle specifiche adottate a livello nazionale (2022), pertanto si ritiene di stralciare l'obiettivo	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
8.5	Ricetta e piano terapeutico dematerializzato	Piani terapeutici dematerializzati	Media del 50 % sui mesi in cui è attiva la firma digitale del piano terapeutico dematerializzato	31/12/2021	Dati non disponibili a livello aziendale. L'attività è stata annullata a livello nazionale, pertanto si ritiene di stralciare l'obiettivo	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
8.6	Linee guida integrazione Asset	Censimento dei sistemi informatici delle aziende del SSR da integrare con gli asset regionali.	Predisporre un documento secondo le linee guida regionali entro il 31/10/2021	31/10/2021	In data 4 febbraio 2021 si è svolto un incontro con INSIEL S.p.A. in cui sono stati censiti nell'apposita piattaforma telematica regionale tutti gli applicativi attualmente utilizzati in Azienda con potenzialità di funzioni di telemedicina e necessità di interfacciamento con le soluzioni fornite in ambito SISR. Ulteriori informazioni formali sono state comunicate alla DCS con note Prot. 48802 dd 31/03/2021 e Prot. 57363 dd 16/04/2021. Il servizio Sistemi informativi e privacy non ha ricevuto il censimento degli asset regionali, in quanto non sono state predisposte le linee guida regionali. Si chiede lo stralcio	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
8.7	Piattaforma di integrazione	Contribuire alla analisi del processo organizzativo per una adeguata configurazione della piattaforma (definizione processi, PDTA)	Tutte le aziende partecipano, con propri operatori, alle attività svolte per l'analisi dei processi e forniscono contributi per ottimizzare l'attivazione del PDTA. Si richiede la presenza del 90% delle convocazioni	31/12/2021	Il servizio sistemi informativi e privacy ha subito dei rallentamenti nella realizzazione dell'attività, causa COVID. La linea operativa non è stata avviata	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
8.7	Piattaforma di integrazione	Configurare e sperimentare il sistema nell'azienda pilota in accordo con le indicazioni di DCS partecipando alla messa a punto del sistema	Completare la sperimentazione del sistema presso l'azienda pilota entro il 31/10/2021	31/10/2021	Attività coordinata a livello regionale. Il servizio sistemi informativi e privacy ha subito dei rallentamenti nella realizzazione dell'attività, causa COVID. La linea operativa non è stata avviata	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
8.8	Sistema informativo integrato a supporto della presa in carico	Definizione del documento progettuale che includa tutte le caratteristiche e le modalità del sistema per la definizione del Capitolato	Definizione del documento progettuale che includa tutte le caratteristiche e le modalità del sistema per la definizione del Capitolato	31/12/2021	Vedi linea 4.2.La linea 4.2 rendiconta "Attività in capo al livello regionale". E' stato avviato il gruppo di lavoro e sono stati programmati e realizzati gli incontri per la stesura del documento previsto	Obiettivo RAGGIUNTO
8.9	Censimento apparecchiature	Censimento di tutte le apparecchiature (pc, mobile, stampanti ecc.) dove saranno attivati i sistemi del personale, della contabilità e dei	Elenco apparecchiature entro il 31/5/2021	31/05/2021	Inviata comunicazione Prot. 80941 dd 28/05/2021 e Prot. 90450 dd 15/06/2021 alla DCS per quanto riguarda il nuovo gestionale distretti/DPT delle dipendenze. Si è provveduto all'acquisizione	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
		distretti. Per i pc nel censimento va indicata la versione del Sistema Operativo. Sono da riportare anche nuove esigenze indotte dall'introduzione dei nuovi sistemi.			dell'hardware per quanto riguarda le postazioni di lavoro dell'ufficio personale e dell'economico finanziario ed è avviato il processo di aggiornamento tecnologico che sarà concluso entro le date di attivazione del nuovo sistema.	
8.9	Censimento apparecchiature	Censimento di tutto il parco apparecchiature (pc, mobile, stampanti ecc.) con indicazioni di nuove esigenze.	Elenco apparecchiature entro il 31/5/2021	31/05/2021	Inviata comunicazione Prot. 80942 del 28/05/2021 alla DCS con elenco tipologie apparecchiature ed indicazione nuove esigenze (HW e SW).	Obiettivo RAGGIUNTO
8.9	Censimento apparecchiature	Indicazioni delle apparecchiature di rete da sostituire con indicazioni delle caratteristiche (doppio alimentatore, ecc.)	Elenco apparecchiature entro il 31/12/2021	31/12/2021	Inviata comunicazione prot. n. 190176 del 20/12/2021 con l'elenco delle apparecchiature che necessitano di un intervento di adeguamento in relazione ai requisiti di affidabilità.	Obiettivo RAGGIUNTO
8.10	Privacy in Sanità	Convocazione incontri trimestrali (4 all'anno)	Partecipazione ad almeno 3 incontri su 4 programmati con condivisione e attestazione del verbale predisposto dal segretario.	31/12/2021	E' stata garantita la partecipazione a 4 incontri come da verbali dd 26.08.2021, 27.10.2021, 10.11.2021, 16.12.2021	Obiettivo RAGGIUNTO
8.11	PACS	Referto multimediale	Il dispiegamento della soluzione sperimentata sarà completato in tutti i servizi di radiologia delle Aziende regionali entro 6 mesi dalla sostituzione del refertatore vocale	entro 6 mesi sostituzione refertatore vocale	L'attuazione dell'attività è stata sospesa da INSIEL per risoluzione problemi emersi col refertatore. La proposta del referente regionale è di stralcio dell'obiettivo in quanto la gara indetta da INSIEL per l'acquisizione del nuovo refertatore vocale non è stata portata a termine.	obiettivo NON VALUTABILE(STRALCIO)
8.11	PACS	Refertatore vocale	Sostituzione, presso tutte le radiologie della regione, dell'attuale refertatore, ormai obsoleto e non più rispondente ai requisiti di sicurezza informatica.INSIEL presenta la soluzione tecnologica individuata entro il 28.02.2021 e concorderà entro il 31.03.2021 con la DCS, che si avvarrà del supporto di ARCS, il cronoprogramma delle sostituzioni con l'obiettivo di completarle entro giugno 2021.Le Aziende si attivano per agevolare il passaggio al nuovo refertatore secondo le date concordate.	30/06/2021	L'attuazione dell'attività è stata sospesa da INSIEL per risoluzione problemi emersi col refertatore.	obiettivo NON VALUTABILE(STRALCIO)
8.11	PACS	Visibilità interaziendale di referti diagnostici e delle relative immagini per i pazienti in cura	Avvio utilizzo del fascicolo sanitario operatore in tutte le aziende entro 30.09.2021.	30/09/2021	La visibilità interaziendale dei referti diagnostici e immagini è attiva da settembre mediante "FSE operatore". La funzione di visualizzazione immagini è stata attivata per il FSE Operatore entro settembre 2021.(la proposta di valutazione è stata effettuata dal referente regionale)	obiettivo RAGGIUNTO
8.11	PACS	Visibilità interaziendale in regime emergenziale di referti diagnostici e delle relative immagini	Sviluppo entro 30.09.2021 di una soluzione strumentale prototipale in grado di soddisfare le esigenze dei flussi emergenziali.	30/09/2021	In attesa in conseguenza dell'interpello del garante Privacy sulla visibilità dei documenti in emergenza	obiettivo NON VALUTABILE(STRALCIO)
8.11	PACS	Consolidamento flussi emergenziali temporali tra spoke-hub:	Implementazione casi d'uso regionali per l'hub specialistico di Trieste. Realizzazione condizione di ridondanza tra hub specialistici di Trieste e di Udine.	31/12/2021	In attesa in conseguenza dell'interpello del garante Privacy sulla visibilità dei documenti in emergenza	obiettivo NON VALUTABILE(STRALCIO)
8.11	PACS	Adeguamento piattaforma di refertazione radiologica al D. Lgs.101/2020	DCS nomina entro febbraio 2021 e, con l'eventuale supporto di ARCS, coordina un gruppo di lavoro con i referenti tecnici di INSIEL e	30/09/2021	Il gruppo di lavoro ha proposto di:- Procedere con gara unica a livello regionale di tutti i moduli software necessari consolidando, in un unico prodotto comune a tutte le aziende, la funzionalità di dose	obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
			con i referenti aziendali in materia di radioprotezione e di radiologia. Il gruppo di lavoro entro giugno 2021 individua le necessarie modifiche della piattaforma di refertazione radiologica per poter ottemperare a D. Lgs. 101/2020 e propone entro settembre 2021 un cronoprogramma di attività di sviluppo e implementazione.		tracking, ma consentendo l'acquisto modulare delle altre componenti in funzione delle specificità delle singole aziende; - Integrare tale soluzione con il sistema PACS, unico a livello regionale- Integrare tale soluzione con il sistema RIS, attuale o di prossima implementazione, con un'unica scelta omogenea a livello regionale; - Valutare l'opportunità di utilizzare il sistema di conservazione legale sostitutiva offerto da Insiel e già utilizzato in ambito sanitario; - Utilizzare i sistemi di virtualizzazione delle sale server offerti dalle aziende e/o da Insiel, procedendo quindi con gara di fornitura della sola componente software; - Prevedere, in uno step successivo, lo scarico dei dati aggregati di dose nei sistemi informativi regionali (DWH) come previsto dalla normativa. Infine, si propone un cronoprogramma di massima per lo svolgimento della gara, l'installazione e configurazione del nuovo pacchetto SW e quindi avvio dell'utilizzo della nuova piattaforma: - Definizione specifiche tecniche di gara: entro novembre 2021; - Indizione di gara: entro gennaio 2022; - Valutazione offerte: entro aprile 2022; - Aggiudicazione gara: entro maggio 2022; - Avvio dell'Installazione, con il coinvolgimento di INSIEL e di EBIT: da luglio 2022.	
9.2	Applicativo SIASI e trattamento dei dati	Assicurare la corretta e tempestiva codifica dei reparti e dei relativi posti letto nel sistema SIASI	Tutti i reparti e le sezioni che registrano movimenti di ricovero devono avere il corretto codice disciplina associato e un numero di posti letto assegnati	31/12/2021	Attività assicurata	obiettivo RAGGIUNTO
9.2	Applicativo SIASI e trattamento dei dati	Inserimento schede di morte nell'apposito applicativo SIASI	Il 98% delle schede di morte vengono inserite nel sistema siasi entro 3 mesi dall'evento	31/12/2021	Il dato aziendale fornito da ARCS è pari al 56,1% (3670 schede inserite entro 90 gg/6.542 schede inserite)	Obiettivo NON RAGGIUNTO
9.5	Acquisto di beni e regolare gestione delle evidenze contabili dei magazzini	Verifica delle modalità di gestione amministrativa e contabile da parte degli enti dei beni acquistati ai fini di una corretta e regolare rappresentazione contabile dei costi di esercizio e del valore delle rimanenze di magazzino secondo il principio della competenza economica e eventuale adozione delle misure correttive necessarie a garantire tale corretta e regolare rappresentazione contabile	ARCS predisporre e trasmettere alla Direzione salute entro il 30/6/2021 una relazione in cui, in merito a procedure e modalità amministrative e di contabilizzazione seguite dagli enti del SSR nella gestione dei beni acquistati in rapporto agli obblighi di regolare tenuta delle scritture contabili per una corretta e regolare rappresentazione contabile dei costi di esercizio e del valore delle rimanenze di magazzino nel rispetto del principio della competenza economica:- si evidenzia lo stato esistente in ciascun ente;- si verifica e valuta la funzionalità e conformità delle procedure esistenti in rapporto agli obblighi di adeguata e regolare rappresentazione contabile;- si comunicano le eventuali misure correttive necessarie da adottarsi negli enti per garantire il rispetto degli obblighi di adeguata e regolare rappresentazione contabile, evidenziando contenuti, modalità e tempistica prevista per il processo di adeguamento correttivo.	30/06/2021	E' stata assicurata la collaborazione: trasmessa ad ARCS la relazione richiesta con mail del 15.6.2021 l'obiettivo è inteso in termini di collaborazione con ARCS	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
9.6	Gestione del patrimonio tecnologico biomedicale	Ricognizione straordinaria del patrimonio tecnologico biomedicale	Ciascun ente conclude entro il 31.10.2021 la ricognizione straordinaria del patrimonio tecnologico biomedicale.	31/10/2021	L'attività di ricognizione straordinaria del patrimonio tecnologico biomedicale è stata condivisa a livello regionale con ARCS e le altre aziende del SSR e negoziata nell'ambito del contratto di global service manutentivo ed è stata affidata all'ATI titolare del contratto di global service da ARCS con determinazione n. 535 del 08/07/2021, recepita da ASUFC con determinazione. 1267 del 16/09/2021. L'attività di ricognizione fisica si è conclusa il 20/11/2021 in leggero ritardo rispetto a quanto stabilito a fronte di una proroga richiesta dalla ditta e concessa anche in virtù della situazione emergenziale in atto. Successivamente i risultati di tale ricognizione comprensivi dei riscontri patrimoniali ASCOT, sono stati messi a disposizione e resi disponibili, presso ARCS, sul portale https://sanitafvgbox.sanita.fvg.it . Tale riconciliazione è alla base dell'aggiornamento della base dati inventariale che sarà formalmente eseguita dalla struttura deputata entro i termini di chiusura del bilancio di esercizio. La ricognizione straordinaria del patrimonio tecnologico biomedicale e della riconciliazione con le viste inventariali è stata affidata ad una ditta esterna, che certifica la conclusione della rilevazione con specifiche note trasmesse alle aziende in data 03.11.2021 specificando che ci sarebbero stati ulteriori passaggi all'interno delle strutture ospedaliere finalizzati a migliorare gli esiti della ricognizione già effettuata	Obiettivo RAGGIUNTO
9.6	Gestione del patrimonio tecnologico biomedicale	Aggiornamento dello stato patrimoniale	Entro i termini di chiusura del bilancio 2021 ciascun ente aggiorna la base dati inventariale e il relativo libro cespiti in base agli esiti della ricognizione straordinaria del patrimonio tecnologico biomedicale.	31/12/2021	L'attività di ricognizione straordinaria del patrimonio tecnologico biomedicale è stata condivisa a livello regionale con ARCS e le altre aziende del SSR e negoziata nell'ambito del contratto di global service manutentivo ed è stata affidata all'ATI titolare del contratto di global service da ARCS con determinazione n. 535 del 08/07/2021, recepita da ASUFC con determinazione. 1267 del 16/09/2021. L'attività di ricognizione fisica si è conclusa il 20/11/2021 in leggero ritardo rispetto a quanto stabilito a fronte di una proroga richiesta dalla ditta e concessa anche in virtù della situazione emergenziale in atto. Successivamente i risultati di tale ricognizione comprensivi dei riscontri patrimoniali ASCOT, sono stati messi a disposizione e resi disponibili, presso ARCS, sul portale https://sanitafvgbox.sanita.fvg.it . Tale riconciliazione è alla base dell'aggiornamento della base dati inventariale che sarà formalmente eseguita dalla struttura deputata entro i termini di chiusura del bilancio di esercizio. Valutazione basata su quanto dichiarato dall'Azienda in quanto non vi è possibilità di acquisire evidenza dell'attività svolta (la proposta di valutazione è stata effettuata dal referente regionale).	Obiettivo RAGGIUNTO
9.7	Utilizzo di forme di partenariato pubblico privato e di concessione di costruzione e	Verifica di regolarità e correttezza, per misura, modalità e criteri adottati, della rappresentazione contabile degli utilizzi di beni e servizi per mezzo di forme di partenariato pubblico privato e di	Gli enti entro il 30/6/2021:- effettuano una ricognizione nella propria realtà aziendale dell'eventuale sussistenza dell'utilizzo di beni e servizi per mezzo di forme di partenariato pubblico privato e di concessione di costruzione e	30/06/2021	Relazione predisposta e inviata alla DCS e all'ARCS con prot. n. 108331 del 19/7/2021, quindi oltre il termine previsto dall'obiettivo	Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
	gestione e verifica della corretta rappresentazione contabile dei loro costi	concessione di costruzione e gestione, funzionalmente all'adeguata rappresentazione a bilancio dei costi collegati nel rispetto di principi, norme e criteri contabili applicabili per tale rappresentazione	gestione nonché le modalità di rappresentazione contabile di tale fenomeno gestionale in uso;- in caso di sussistenza dello strumento gestionale in discorso, predispongono e trasmettono alla Direzione centrale salute ed ad ARCS una relazione illustrativa sulle modalità di rappresentazione contabile del suo utilizzo evidenziando, se presenti, eventuali difformità di contabilizzazione rispetto a principi, norme e criteri contabili da applicarsi a tale rappresentazione e indicando altresì, le misure correttive - in termini di azioni e tempistiche programmate - per l'adeguamento di gestione contabile necessario.			
11.5.2	Programmazione della formazione	Programmazione della formazione	Predisposizione e trasmissione alla DCS del Piano della formazione entro il 31 marzo 2021	31/03/2021	Attività realizzata: Piano della formazione 2021 approvato con decreto n. 319 del 29/3/2021 e trasmesso alla DCS con nota prot. n. 47457 del 30/3/2021	Obiettivo RAGGIUNTO
11.5.2	Programmazione della formazione	Programmazione della formazione	Eventuale aggiornamento del piano entro 30 gg dalla pubblicazione del PRF	entro 30 gg PRF	Aggiornamento non necessario. Il piano regionale è stato approvato con decreto del direttore centrale n. 1703 DEL 30/06/2021, integrato con decreto del direttore centrale n. 3354 del 2/12/2021. ASUFC non ha adottato l'aggiornamento del proprio piano di formazione aziendale in quanto non necessario.	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
11.5.2	Programmazione della formazione	Programmazione della formazione	Redazione ed invio della Relazione annuale sulle attività formative 2020 entro il 31/5/2021	31/05/2021	Attività conclusa: la relazione sulle attività formative 2020 è stata inviata alla DCS con nota prot. nr. 80995 del 28/05/2021	Obiettivo RAGGIUNTO
12.1	Atti aziendali	proposta di collocazione funzioni e attività (art. 54 LR 22/2019)	Gli enti del Servizio sanitario regionale trasmettono all'Azienda regionale di coordinamento per la salute e alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità la proposta collocazione, ai sensi dell'art. 54, c. 1, della l.r. n. 22/2019, delle funzioni e attività per l'organizzazione dell'assistenza distrettuale, per l'assistenza alla persona con dipendenze e con disturbi mentali, per la prevenzione collettiva e sanità pubblica, per l'assistenza ospedaliera.	31/03/2021	Proposta trasmessa a ARCS e DCS con nota prot. n. 48839 del 31/3/2021	Obiettivo RAGGIUNTO
12.1	Atti aziendali	proposta atto aziendale (art. 54 LR 22/2019)	Gli enti del Servizio sanitario regionale, nel rispetto delle deliberazioni della Giunta regionale di cui all'art. 54, c. 1, della l.r. n. 22/2019 da adottarsi entro il 31 luglio 2021, trasmettono alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità e all'Azienda regionale di coordinamento per la salute la proposta di atto aziendale recante la disciplina di organizzazione e di funzionamento di cui all'art. 54, c. 4, della l.r. n. 22/2019 e compatibile con la cornice finanziaria	27/9/2021	In considerazione delle DGR 1446 del 24/9/2021 e DGR 1965 del 23/12/2021 aventi come oggetto la definizione delle attività e delle funzioni dei livelli essenziali del servizio sanitario regionale, si è operata la modifica del percorso di approvazione dell'atto aziendale e si procede pertanto allo stralcio dell'obiettivo	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
			propria di ciascun ente.Target modificato con DGR 1683 del 8/11/2021			
12.2.1	Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale	Ricognizione da parte degli Enti dell'organizzazione e attuale svolgimento delle attività così come esistente e elaborazione ed attuazione di ipotesi riorganizzative dello svolgimento delle attività che partendo dall'articolata strutturazione aziendale, e di quella dei altri presidi ospedalieri regionali, utilizzino appieno la potenzialità di costruzione di percorsi operativi distinti per la riduzione del rischio conseguente alla gestione pandemica, e ciò non solo all'interno di ogni presidio ospedaliero, ma anche per mezzo di una gestione adeguata della rete aziendale e di quella regionale	Presentazione alla Direzione Centrale Salute e a ARCS entro il 30/4/2021 da parte degli Enti di relazione su ipotesi riorganizzativa dello svolgimento delle attività per il raggiungimento degli obiettivi di miglioramento indicati, anche con esposizione dello stato ex ante al 31/01/2021 Target modificato con DGR 1683 del 8/11/2021	30/4/2021	Con nota prot. 38686 del 15 marzo 2021 si è inoltrata la ricognizione effettuata per quanto attiene:- Sale operatorie-Apparecchiature diagnostici che assumendo a riferimento come da indicazioni una settimana tipo del mese di gennaio con evidenza anche della situazione standard pre-pandemica. A conclusione del periodo estivo si sono definite alcune progettualità per incrementare i tempi di utilizzo e disponibilità delle apparecchiature diagnostiche nei tre presidi aziendali, Per la riorganizzazione funzionale delle sale operatorie si segnala la definizione di alcuni percorsi per interventi a bassa priorità dal presidio di Udine verso quello di Palmanova. con nota prot. 38686 del 15/3/2021 è stata trasmessa una ricognizione delle sale operatorie e delle grandi apparecchiature, non sono invece presenti ipotesi di riorganizzazione. Riguardo alla definizione di percorsi operativi distinti per la riduzione del rischio conseguente alla gestione pandemica, con medesima nota rimandano a quanto descritto in fase di presentazione del PA, da quest'ultimo documento non si evince comunque alcuna ipotesi riorganizzativa	Obiettivo NON RAGGIUNTO
12.2.1	Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale	Ricognizione da parte degli Enti dell'organizzazione e attuale svolgimento delle attività così come esistente e elaborazione ed attuazione di ipotesi riorganizzative dello svolgimento delle attività che partendo dall'articolata strutturazione aziendale, e di quella dei altri presidi ospedalieri regionali, utilizzino appieno la potenzialità di costruzione di percorsi operativi distinti per la riduzione del rischio conseguente alla gestione pandemica, e ciò non solo all'interno di ogni presidio ospedaliero, ma anche per mezzo di una gestione adeguata della rete aziendale e di quella regionale	Attuazione entro il 30/6/2021 della riorganizzazione presentata nella relazione finalizzata a significativo aumento delle prestazioni erogate con valorizzazione dell'utilizzo integrato della rete aziendale e di quella regionale. Target modificato con DGR 1683 del 8/11/2021	30/6/2021	Con nota prot. 38686 del 15 marzo 2021 si è inoltrata la ricognizione effettuata per quanto attiene: - Sale operatorie-Apparecchiature diagnostiche assumendo a riferimento come da indicazioni una settimana tipo del mese di gennaio con evidenza anche della situazione standard pre-pandemica. Con la citata nota prot. 0038686/2021, tuttavia, si è inoltrata la sola ricognizione effettuata, non la relazione su ipotesi riorganizzativa funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo, che, conseguentemente, non è stata effettuata; nella stessa nota si è peraltro espressamente comunicato che "In considerazione dell'attuale evoluzione critica della pandemia si valuta di non procedere con ipotesi riorganizzative difficilmente attuabili nel breve periodo."	Obiettivo NON RAGGIUNTO
12.2.1	Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale	Ricognizione da parte degli Enti delle modalità di pianificazione operativa, tipologia di funzionamento giornaliero (a blocchi, dedicato a singola unità operativa, ovvero integrato e trasversale), orario giornaliero e settimanale, ore e giorni, di funzionamento e disponibilità delle sale operatorie, con predisposizione e implementazione di riorganizzazione funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo.	Presentazione alla Direzione Centrale Salute e a ARCS entro il 30/4/2021 da parte degli Enti di relazione su ipotesi riorganizzativa funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo, anche con esposizione dello stato ex ante al 31/01/2021; Target modificato con DGR 1683 del 8/11/2021	30/04/2021	Con nota prot. 0038686 del 15 marzo 2021 si è inoltrata la ricognizione effettuata, ma non la relazione su ipotesi riorganizzativa funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo, che, conseguentemente, non è stata effettuata, comunicando espressamente che "In considerazione dell'attuale evoluzione critica della pandemia si valuta di non procedere con ipotesi riorganizzative difficilmente attuabili nel breve periodo."	Obiettivo NON RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
12.2.1	Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale	Ricognizione da parte degli Enti delle modalità di pianificazione operativa, tipologia di funzionamento giornaliero (a blocchi, dedicato a singola unità operativa, ovvero integrato e trasversale), orario giornaliero e settimanale, ore e giorni, di funzionamento e disponibilità delle sale operatorie, con predisposizione e implementazione di riorganizzazione funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo.	Attuazione entro il 30/6/2021 della riorganizzazione funzionale e dell'ampliamento di tempo di utilizzo delle sale operatorie. Target modificato con DGR 1683 del 8/11/2021	30/06/2021	Con nota prot. 38686 del 15 marzo 2021 si è inoltrata la ricognizione effettuata per quanto attiene:- Sale operatorie- Apparecchiature diagnostiche assumendo a riferimento come da indicazioni una settimana tipo del mese di gennaio con evidenza anche della situazione standard pre-pandemica, comunicando espressamente che "In considerazione dell'attuale evoluzione critica della pandemia si valuta di non procedere con ipotesi riorganizzative difficilmente attuabili nel breve periodo."	Obiettivo NON RAGGIUNTO
12.2.1	Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale	Ricognizione da parte degli Enti delle modalità di utilizzo delle apparecchiature diagnostiche finalizzata all'aumento dei tempi di utilizzo - in termini di funzionamento orario giornaliero e settimanale, ore e giorni - sia per la diretta erogazione ai pazienti di prestazioni ambulatoriali, sia a servizio delle attività interne dei presidi ospedalieri, e implementazione della riorganizzazione delle apparecchiature diagnostiche e ampliamento del tempo di utilizzo	Presentazione alla Direzione Centrale Salute e a ARCS entro il 30/4/2021 da parte degli Enti di relazione su ipotesi riorganizzativa funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo, anche con esposizione dello stato ex ante al 31/01/2021; Target modificato con DGR 1683 del 8/11/2021	30/04/2021	Con nota prot. 38686 del 15 marzo 2021 si è inoltrata la ricognizione effettuata per quanto attiene:- Sale operatorie- Apparecchiature diagnostiche assumendo a riferimento come da indicazioni una settimana tipo del mese di gennaio con evidenza anche della situazione standard pre-pandemica. A conclusione del periodo estivo si sono definite alcune progettualità per incrementare i tempi di utilizzo e disponibilità delle apparecchiature diagnostiche nei tre presidi aziendali. Per la riorganizzazione funzionale delle sale operatorie si segnala la definizione di alcuni percorsi per interventi a bassa priorità dal presidio di Udine verso quello di Palmanova. Con nota prot. 0038686 del 15/3/2021 è stata trasmessa una ricognizione delle sale operatorie e delle grandi apparecchiature, non sono invece presenti ipotesi di riorganizzazione, comunicando espressamente che "In considerazione dell'attuale evoluzione critica della pandemia si valuta di non procedere con ipotesi riorganizzative difficilmente attuabili nel breve periodo."	Obiettivo NON RAGGIUNTO
12.2.1	Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale	Ricognizione da parte degli Enti delle modalità di utilizzo delle apparecchiature diagnostiche finalizzata all'aumento dei tempi di utilizzo - in termini di funzionamento orario giornaliero e settimanale, ore e giorni - sia per la diretta erogazione ai pazienti di prestazioni ambulatoriali, sia a servizio delle attività interne dei presidi ospedalieri, e implementazione della riorganizzazione delle apparecchiature diagnostiche e ampliamento del tempo di utilizzo	Attuazione entro il 30/6/2021 della riorganizzazione funzionale e dell'ampliamento di tempo di utilizzo e prestazioni erogate delle apparecchiature diagnostiche. Target modificato con DGR 1683 del 8/11/2021	30/06/2021	Nella nota prot. 0038686 del 15 marzo 2021 si è inoltrata la sola ricognizione effettuata, ma non la relazione su ipotesi riorganizzativa funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo, né, conseguentemente, nessuna riorganizzazione funzionale, comunicando espressamente che "In considerazione dell'attuale evoluzione critica della pandemia si valuta di non procedere con ipotesi riorganizzative difficilmente attuabili nel breve periodo."	Obiettivo NON RAGGIUNTO
12.2.1	Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale	Attività di predisposizione, organizzazione, coordinamento e partecipazione finalizzata alla tenuta di riunioni tra ARCS, Direzione Centrale Salute e Enti di monitoraggio condiviso, coordinamento e informative delle azioni di cambiamento organizzativo	ARCS avvia l'attività, con prima riunione da tenersi, con frequenza quindicinale, a partire dal 15/03/2021 30/4/2021. Target modificato con DGR 1683 del 8/11/2021	ogni 15 gg da 30/4/2021	E' stata garantita la partecipazione agli incontri	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
		programmate e di gestione e miglioramento dell'attività di erogazione delle prestazioni				
12.2.2.4	Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni sanitarie indifferibili	Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni sanitarie indifferibili	gli enti devono, in particolare, garantire - almeno nella misura del novanta per cento del totale per la tipologia di prestazione - nei tempi di attesa previsti l'erogazione delle seguenti prestazioni:-attività ambulatoriale per prestazioni garantite dal SSN - prestazioni specialistiche afferenti alle classi di priorità come definite dal PNGLA 2019-2021 di cui all'Intesa Stato-Regioni 21.02.2019:• U (Urgente): da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;• B (Breve), da eseguire entro 10 giorni;	31/12/2021	L'Azienda ha evidenziato che, per quanto concerne i tempi d'attesa per le priorità U, va considerato che l'offerta, ai fini una maggiore flessibilità organizzativa, non è strutturalmente organizzata su agende di prenotazione, ma viene gestita con percorsi che prevedono anche l'accettazione diretta o l'accesso attraverso i PS, in base alla modalità più adatta a ciascuna organizzazione. La priorità U non è mai stata oggetto di monitoraggio nei piani nazionali o regionali per il governo delle liste d'attesa e quindi non vi è mai stata una indicazione vincolante per un modello di accesso basato su agenda. Ferme rimanendo le Indicazioni Ministeriali riproposte negli obiettivi delle linee di gestione, anche solo considerando le prestazioni in priorità B erogate l'obiettivo non è raggiunto.	Obiettivo NON RAGGIUNTO
12.2.2.4	Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni sanitarie indifferibili	Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni sanitarie indifferibili	Gli enti devono, in particolare, garantire - almeno nella misura del novanta per cento del totale per la tipologia di prestazione - nei tempi di attesa previsti l'erogazione delle seguenti prestazioni:-attività di ricovero per prestazioni garantite dal SSN:• ricoveri in regime di urgenza;• ricoveri elettivi oncologici;• ricoveri elettivi non oncologici con classe di priorità A (come definita dal PNGLA 2019-2021 di cui all'Intesa Stato-Regioni 21.02.2019).	31/12/2021	-L'attività chirurgica programmata è stata condizionata dall'emergenza pandemica. Si sottolinea come l'ultimo trimestre abbia percentuali migliori, in particolare per il tumore del colon. Il dato aziendale complessivo aziendale registra una performance del 54% per la priorità A.	Obiettivo NON RAGGIUNTO
14.2.10	Gestione fondi statali COVID-19	Gestione fondi statali COVID-19	Le Aziende dovranno sin d'ora provvedere alla raccolta della documentazione necessaria alla rendicontazione delle spese sostenute per la gestione dell'emergenza.	31/12/2021	In ottemperanza alle direttive della DCS e di ARCS la rilevazione dei costi COVID è avvenuta, secondo le modalità garantite dai gestionali informatici in uso, tramite alimentazione dei centri di costo COVID-19 (con separata evidenza dell'attività correlata alle vaccinazioni COVID). Di tale rilevazione è stata fornita adeguata rendicontazione secondo i modelli di rilevazione richiesti, sia in fase preventiva, che in sede di rendicontazione infrannuale. E' proseguita la creazione e alimentazione dei centri di costo COVID. In occasione dei rendiconti infrannuali, gli Enti del SSR hanno censito e stimato i costi attribuiti alla gestione COVID mediante la compilazione di una sezione separata degli schemi di conto economico e delle tabelle di monitoraggio sull'utilizzo dei finanziamenti statali 2020 e 2021, per specifica finalità di utilizzo come da normativa di assegnazione. E' stata data inoltre evidenza dei costi sostenuti per la gestione della campagna vaccinale COVID 2021. In sede di bilancio consuntivo è stato compilato il modello ministeriale CECOVID 2021 e le relative tabelle di monitoraggio sull'utilizzo dei finanziamenti statali 2020 e 2021 e sugli accantonamenti effettuati.	Obiettivo RAGGIUNTO

AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA GIULIANO ISONTINA (ASUGI)

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
1	Covid	Piano regionale di assistenza territoriale	Assicurare la realizzazione del piano regionale di assistenza territoriale	31/12/2021	La realizzazione del piano regionale di assistenza territoriale è stata assicurata	VALUTAZIONE POSITIVA
1	Covid	Piano regionale di assistenza territoriale	Rendicontazione, in uno specifico paragrafo in occasione nei rendiconti periodici sull'andamento della gestione (ex. art. 56 LR 22/2019), dello stato di avanzamento rispetto a:- Potenziamento dell'Assistenza domiciliare- Attività delle USCA- Avvio delle Centrali operative territoriali- Sorveglianza della circolazione SARS COV2 (contact tracing e notifiche)- Utilizzo personale	31/05/2021	Il risultato è già stato raggiunto. Nota del DS dd 31/05/2021 alla DCS	Obiettivo RAGGIUNTO
1	Covid	Piano regionale di assistenza territoriale	Rendicontazione, in uno specifico paragrafo in occasione nei rendiconti periodici sull'andamento della gestione (ex. art. 56 LR 22/2019), dello stato di avanzamento rispetto a:- Potenziamento dell'Assistenza domiciliare- Attività delle USCA- Avvio delle Centrali operative territoriali- Sorveglianza della circolazione SARS COV2 (contact tracing e notifiche)- Utilizzo personale	31/07/2021	Il risultato è già stato raggiunto. Nota del DS dd 27/07/2021 alla DCS	Obiettivo RAGGIUNTO
1	Covid	Piano regionale di assistenza territoriale	Rendicontazione, in uno specifico paragrafo in occasione nei rendiconti periodici sull'andamento della gestione (ex. art. 56 LR 22/2019), dello stato di avanzamento rispetto a:- Potenziamento dell'Assistenza domiciliare- Attività delle USCA- Avvio delle Centrali operative territoriali- Sorveglianza della circolazione SARS COV2 (contact tracing e notifiche)- Utilizzo personale	31/10/2021	Il risultato è già stato raggiunto. Nota del DS dd 27/10/2021 alla DCS	Obiettivo RAGGIUNTO
1	Covid	Piano regionale di potenziamento assistenza ospedaliera	Assicurare la realizzazione del piano regionale di potenziamento della rete ospedaliera	31/12/2021	La realizzazione del piano regionale di assistenza ospedaliera è stata assicurata	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
1	Covid	Piano regionale di potenziamento assistenza ospedaliera	Rendicontazione, in uno specifico paragrafo in occasione nei rendiconti periodici sull'andamento della gestione (ex. art. 56 LR 22/2019), dello stato di avanzamento rispetto a:- Potenziamento posti letto di terapia intensiva e semintensiva, area medica- Rete emergenza e urgenza ospedaliera- Stabilizzazione dei percorsi separati nei PS della Regione- Emergenza territoriale- Assicurare trasporti sanitari dedicati ai soggetti COVID e ai soggetti fragili- Utilizzo del personale	31/05/2021	Il risultato è già stato raggiunto. Nota del DS dd 31/05/2021 alla DCS	Obiettivo RAGGIUNTO
1	Covid	Piano regionale di potenziamento assistenza ospedaliera	Rendicontazione, in uno specifico paragrafo in occasione nei rendiconti periodici sull'andamento della gestione (ex. art. 56 LR 22/2019), dello stato di avanzamento rispetto a:- Potenziamento posti letto di terapia intensiva e semintensiva, area medica- Rete emergenza e urgenza ospedaliera- Stabilizzazione dei percorsi separati nei PS della Regione- Emergenza territoriale- Assicurare trasporti sanitari dedicati ai soggetti COVID e ai soggetti fragili- Utilizzo del personale	31/07/2021	Il risultato è già stato raggiunto. Nota del DS dd 2707/2021 alla DCS	Obiettivo RAGGIUNTO
1	Covid	Piano regionale di potenziamento assistenza ospedaliera	Rendicontazione, in uno specifico paragrafo in occasione nei rendiconti periodici sull'andamento della gestione (ex. art. 56 LR 22/2019), dello stato di avanzamento rispetto a:- Potenziamento posti letto di terapia intensiva e semintensiva, area medica- Rete emergenza e urgenza ospedaliera- Stabilizzazione dei percorsi separati nei PS della Regione- Emergenza territoriale- Assicurare trasporti sanitari dedicati ai soggetti COVID e ai soggetti fragili- Utilizzo del personale	31/10/2021	Il risultato è già stato raggiunto. Nota N 2701 del DS dd 27/10/2021 inviata alla DCS via PEC	Obiettivo RAGGIUNTO
1	Covid	Rendicontazione costi COVID-19	Adottare i criteri di rilevazione indicati dalla Regione e da ARCS e rendicontazione dei COSTI sostenuti nei tempi e con le modalità che verranno indicate	31/12/2021	La rendicontazione dei costi Covid-19 è avvenuta con le modalità e nei tempi indicati dalla Regione e da ARCS, come evidenziato dai monitoraggi periodici	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
1	Covid	Campagna vaccinale anti SARS CoV 2	Assicurare le attività previste dal Piano Strategico nazionale della vaccinazione anti SARS CoV-2 e successive indicazioni ministeriali e regionali	31/12/2021	Tutte le attività previste dal Piano Strategico nazionale della vaccinazione anti SARS CoV-2/COVID-19 e le relative indicazioni ministeriali e regionali sono state realizzate nei tempi previsti ed indicati.	Obiettivo RAGGIUNTO
1	Covid	Monitoraggio degli indicatori di processo sulla capacità di accertamento diagnostico, indagine e di gestione dei contatti	Numero, tipologia di figure professionali e tempo/persona dedicate in ciascun servizio territoriale al contact-tracing: >= 1 per 10.000 ab.	rendiconti trimestrali		VALUTAZIONE POSITIVA
1	Covid	Monitoraggio degli indicatori di processo sulla capacità di accertamento diagnostico, indagine e di gestione dei contatti	Numero di casi confermati di infezione nella Regione per cui sia stata effettuata una regolare indagine epidemiologica con ricerca dei contatti stretti/totale di nuovi casi di infezione confermati: >= 98%.	rendiconti trimestrali		VALUTAZIONE POSITIVA
1	Covid	Piani territoriali disabilità Dare attuazione a quanto previsto nei piani territoriali e mantenere costantemente informata la Regione	Le Aziende sanitarie adempiono all'onere informativo sull'attuazione dei piani nel rispetto delle scadenze previste.	rendiconti trimestrali	Il piano pandemico del 2020 di ASUGI è stato aggiornato per il 2021 comprendendo la parte prelativa alla disabilità. Il Piano è pubblicato sul sito istituzionale.	VALUTAZIONE POSITIVA
2.1	Piano regionale della prevenzione 2020-2025	Collaborare alla stesura e realizzazione dei programmi dei PRP	Individuazione dei referenti di programma, partecipazione alle attività regionali	approvazione del PRP	Sono stati individuati i referenti dei diversi programmi che il coordinatore del piano	Obiettivo RAGGIUNTO
2.2	Screening cervice	Screening cervice uterina	Applicazione protocollo per la gestione clinica del secondo livello dello screening cervicale redatto dal CRO e adottato da tutte le Aziende nel corso del 2020	31/12/2021	L'applicazione del protocollo richiede l'adeguamento della cartella colposcopica in G2, che non è ancora stato attuato da INSIEL (attività coordinata a livello regionale).	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO).
2.2	Screening cervice	Screening cervice uterina Assicurare la collaborazione per la riconversione del programma di screening cervicale	Disponibilità di appuntamenti per mantenere intervallo di chiamata entro 36 mesi dall'ultimo pap test, entro 12 mesi dall'ultimo HPV+ con pap test negativo.	31/12/2021	E' stata garantita la disponibilità di appuntamenti per mantenere intervallo di chiamata entro 36 mesi dall'ultimo pap test, entro 12 mesi dall'ultimo HPV+ con pap test negativo	Obiettivo RAGGIUNTO
2.2	Screening cervice	Screening cervice uterina Assicurare la collaborazione per la riconversione del programma di screening cervicale	HPV-DNA primari e tutte le letture dei pap-test secondari analizzati presso il laboratorio unico regionale dell'Anatomia Patologica di ASUGI	31/12/2021	HPV-DNA primari e tutte le letture dei pap-test secondari sono stati analizzati presso il laboratorio unico regionale dell'Anatomia Patologica di ASUGI	Obiettivo RAGGIUNTO
2.2	Screening cervice	Screening cervice uterina Assicurare la collaborazione per la riconversione del programma di screening cervicale	HPV-DNA di triage su ASCUS e HPV-DNA e cervico-citologia di secondo livello analizzati presso il laboratorio unico regionale dell'Anatomia Patologica di ASUGI	31/12/2021	HPV-DNA di triage su ASCUS e HPV-DNA e cervico-citologia di secondo livello sono stati analizzati presso il laboratorio unico regionale dell'Anatomia Patologica di ASUGI	Obiettivo RAGGIUNTO
2.2	Screening cervice	Screening cervice uterina Assicurare la collaborazione per la riconversione del programma di screening cervicale	Letture dei pap-test primari presso le sedi di attuale competenza fino a transizione del programma ultimata	31/12/2021	ASUGI 99,1%FVG 93,8%	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
			(>80% dei pap test refertati entro 21 giorni dalla data di prelievo)			
2.2	Screening cervice	Screening cervice uterina Le aziende che garantiscono i prelievi per HPV-DNA test di secondo livello	Gli ambulatori di prelievo dispongono delle dotazioni informatiche e delle configurazioni CUPWEB già in uso al primo livello	31/12/2021	Gli ambulatori di prelievo dispongono delle dotazioni informatiche e delle configurazioni CUPWEB già in uso al primo livello	Obiettivo RAGGIUNTO
2.2	Screening cervice	Screening cervice uterina Le aziende che garantiscono i prelievi per HPV-DNA test di secondo livello	Logistica di supporto (trasporto campioni) da realizzarsi secondo indicazioni DCS	31/12/2021	ASUGI ha seguito le indicazioni ARCS per la logistica di supporto, per la parte di competenza	Obiettivo RAGGIUNTO
2.2	Screening cervice	Adesione allo screening della cervice uterina	% di adesione >= 60%	31/12/2021	58% ASUGI 57% FVG 67,96% (dato riferito al 2021 e calcolato con i dati aggiornati al 28/07/2022)	Obiettivo RAGGIUNTO
2.2	Screening cervice	Recuperare gli inviti non effettuati nel 2020 a causa della sospensione per emergenza COVID	Le Aziende assicurano le ore ambulatorio necessarie per consentire il 100% del recupero degli inviti non effettuate nel 2020 entro giugno 2021 senza compromettere l'attività ordinaria di screening prevista per il 2021	30/06/2021	Il recupero completo non è stato possibile anche a causa dell'emergenza COVID. Si registra una sostanziale riduzione del ritardo a fronte di un aumento di ore di prelievo in corso da marzo. Permane nel 2021 il problema imputabile all'irraggiungibilità di alcune persone a causa dell'errata o mancante registrazione dei dati nel sistema informativo o della mancata risposta alle chiamate di invito. Il problema non è imputabile all'organizzazione dell'offerta aziendale.	Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO.
2.2	Screening mammella	Screening mammella	Rispetto dei requisiti check-list DCS	31/12/2021	I requisiti sono stati rispettati	Obiettivo RAGGIUNTO
2.2	Screening mammella	Screening mammella	Collaborazione con ARCS e con la ditta aggiudicataria dell'appalto nei sopralluoghi di controllo delle sedi di attività	31/12/2021	Sopralluoghi effettuati in tutte le sedi giuliano-isontine dal personale dello screening di ASUGI con la ditta aggiudicataria.	Obiettivo RAGGIUNTO
2.2	Screening mammella	Screening mammella Tutte le aziende che svolgono attività di 2° livello per lo screening mammografico	100% degli esami di approfondimento diagnostico è eseguito dai radiologi formati	31/12/2021	Il 100% degli esami di approfondimento diagnostico è eseguito dai radiologi formati	Obiettivo RAGGIUNTO
2.2	Screening mammella	Screening mammella Formazione dei radiologi da inserire nel pool dei radiologi di screening	Formazione del numero di radiologi identificati da ARCS (anche su richiesta delle Aziende) secondo il percorso formativo identificato a livello regionale	31/12/2021	ASUGI si è impegnata per quanto di competenza per la realizzazione del percorso formativo identificato a livello regionale del numero di radiologi identificati da ARCS	Obiettivo RAGGIUNTO
2.2	Screening mammella	Screening mammografico Tutte le aziende con unità senologica	% dei casi con tempi di attesa per approfondimenti di secondo livello <= 20 gg da esito positivo della mammografia di primo livello >= 70% tenuto conto dell'estensione dello screening alle donne 45-49 Risultato atteso modificato per tutte le Aziende del SSR con DGR 1683 del 8/11/2021	31/12/2021	TRIESTE 67,2% GORIZIA 28,6 (ASUGI 53,2%)	Obiettivo NON RAGGIUNTO
2.2	Screening mammella	Screening mammografico Tutte le aziende con unità senologica	Percentuale di casi di secondo livello chiusi correttamente > = 95%	31/12/2021	Area giuliana in linea, area isontina non ancora in linea (GORIZIA: mammella 82,6% di cartelle chiuse correttamente) I ritardi nella chiusura delle cartelle del mammografico a Gorizia sono in massima parte conseguenza del ritardo col quale vengono effettuati gli approfondimenti.	Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO.

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
2.2	Screening mammella	Screening mammografico Tutte le aziende con unità senologica	- % dei casi con tempo tra test di screening e intervento inferiore o uguale 60gg >= 95% Obiettivo prescritto anche ad ASFO con DGR 1683 del 8/11/2021	31/12/2021	TRIESTE 10,9%; GORIZIA 2,3% (ASUGI 7,5%) L'attività non può essere realizzata nei tempi e percentuali previste per Trieste né per l'isontino. Criticità solo in parte dovuta al Covid. Problema a Trieste preesistente alla pandemia, ma aggravato dalla stessa. Nell'isontino le tempistiche risentono della presenza più volte segnalata di una sola radiologa di screening, con allungamento dei tempi di attesa per i secondi livelli	Obiettivo NON RAGGIUNTO
2.2	Screening mammella	Screening mammografico Tutte le aziende con unità senologica	Tempo medio giorni tra data indicazione clinica (data esito positivo II liv) e intervento chirurgico <= 30 gg considerando escluse le donne che ritardano l'intervento perché eseguono la chemioterapia neoadiuvante Risultato atteso modificato per tutte le Aziende del SSR con DGR 1683 del 8/11/2021	31/12/2021	TRIESTE 56,5; GORIZIA 20,6 (ASUGI 47)	Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO.
2.2	Screening mammella	Screening mammografico Tutte le aziende con unità senologica	Percentuale di early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso")/totale dei casi chiusi dall'unità senologica inferiore al 10%	31/12/2021	TRIESTE 11,1%; GORIZIA 8,5% (ASUGI 10,2%)	Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO.
2.2	Screening mammella	Adesione allo screening della mammella	% di adesione >= 64%	31/12/2021	ASUGI 64,6% Adesione corretta: 74,1%	Obiettivo RAGGIUNTO
2.2	Screening colon retto	Screening colon retto 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%	31/12/2021	TRIESTE in linea; GORIZIA 91,6% cartelle chiuse correttamente TRIESTE: 97,10% GORIZIA 89,20% ASUGI: 93,72%	Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO.
2.2	Screening colon retto	Screening colon retto Garantire l'offerta della colonscopia di approfondimento di secondo livello entro 30 giorni dalla positività del FOBT di screening	Percentuale dei casi con tempi tra fobt e colonscopia (5 entro 30gg) >=95% Obiettivo prescritto anche ad ASFO con DGR 1683 del 8/11/2021	31/12/2021	TRIESTE 90% esami prenotati entro 30 gg dalla data del FOBT positivo Non è stato raggiunto pienamente il target. Nel secondo semestre 2021 ASUGI raggiunge la percentuale di 79,4, miglior dato in regione. In area isontina la percentuale per i due stabilimenti di Gorizia e Monfalcone è rispettivamente di 85% e 88,5% TRIESTE: 70,05% GORIZIA-MONFALCONE 76,15% ASUGI: 72,66%	Obiettivo NON RAGGIUNTO
2.2	Screening colon retto	Screening colon retto Adesione allo screening del colon	% di adesione >= 60%	31/12/2021	Adesione al 53,25% nel 2021	Obiettivo NON RAGGIUNTO
2.3	Screening neonatale	Coordinamento del programma di screening regionale uditivo, visivo, metabolico esteso, e dell'individuazione precoce di ipotiroidismo, fenilchetonuria e fibrosi cistica	Burlo- Entro 31/12/2021: evento formativo sui programmi di screening per gli operatori regionali coinvolti Obiettivo stralciato con DGR 1683 del 8/11/2021	31/12/2021	Obiettivo stralciato con DRG 1683 del 8/11/2021	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
2.3	Screening neonatale	Screening neonatale Aderenza ai programmi di screening neonatali regionali assicurando il flusso informativo previsto al coordinamento	Flusso informativo 100%	31/12/2021	Flusso informativo 100% al centro di coordinamento del Burlo garantito attraverso il portale dell'IRCCS Burlo dedicato	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
2.6	Promozione delle salute nelle scuole	Sviluppo di progetti di promozione della salute nelle scuole e promozione dell'attività fisica nella comunità	Partecipazione dei referenti ai Tavoli Tecnici Regionali per la promozione dell'attività fisica e di scuole che promuovono salute	31/12/2021	Partecipato ai tavoli del programma scuole che promuovono salute. Attività fisica di competenza di Louise Marin	Obiettivo RAGGIUNTO
2.6	Promozione delle salute nelle scuole	Disponibilità di percorsi di attività fisica adattata	Attivazione di almeno un percorso	31/12/2021	A causa dell'aggravarsi della situazione pandemica l'attività programmata non ha potuto avere luogo. La programmazione è stata posticipata al 2022	Obiettivo NON RAGGIUNTO
2.6	Promozione delle salute nelle scuole	Promozione delle salute nelle scuole Disponibilità di un documento regionale di buone pratiche per le scuole	Partecipazione alla stesura del documento regionale	31/12/2021	Personale del DIP ha partecipato alle riunioni per la stesura del documento regionale	Obiettivo NON RAGGIUNTO
2.7	Promozione salute luoghi di lavoro	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	31/12/2021	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	Obiettivo RAGGIUNTO
2.7	Promozione salute luoghi di lavoro	Promozione salute luoghi di lavoro Partecipare al Progetto CCM "Implementare la rete WHP in Friuli Venezia Giulia"	Operatori PSAL e dei Dipartimenti di Prevenzione che si occupano di Promozione alla Salute formati con corso regionale sul Programma WHP (805 dei 19 operatori censiti al 8/10/2019)	31/12/2021	Nel corso del 2021 4 operatori PSAL e 3 operatori del Dipartimento di Prevenzione hanno completato la formazione sul Programma WHP. Hanno partecipato al modulo 3 dal 17/02/2021 al 31/03/2021, al webinar di metà percorso il 13/4/2021, al modulo 4 il 13/05/2021, al workshop regionale il 24/09/2021 ed al convegno conclusivo il 16 e 17/12/2021	Obiettivo RAGGIUNTO
2.7	Promozione salute luoghi di lavoro	Promozione salute luoghi di lavoro Partecipare al Progetto CCM "Implementare la rete WHP in Friuli Venezia Giulia"	Eventuale incremento della rete delle imprese aderenti al programma in relazione all'andamento della pandemia (attualmente 15 imprese aderenti). Obiettivo prescritto anche ad ASFO con DGR 1683 del 8/11/2021	31/12/2021	In data 24/06/2021 è stato presentato il Programma WHP presso l'Argus Security S.r.l. e il 15/09/2021 presso la Tirso S.p.A. Inoltre il 29/10/2021 è stato effettuato un incontro presso Wartsila S.p.A., impresa già accreditata WHP, per l'avvio del terzo anno sulle due restanti aree tematiche: sicurezza stradale e mobilità sostenibile, alcol e sostanze	Obiettivo RAGGIUNTO
2.7	Promozione salute luoghi di lavoro	Promozione salute luoghi di lavoro Partecipare al Progetto inter-istituzionale "Favorire l'empowerment e l'inclusione sociale delle persone in esecuzione penale e promuovere interventi di giustizia riparativa" attraverso interventi formativi a favore dei detenuti delle case circondariali regionali	Operatori PSAL docenti ai corsi sulla formazione generale ai sensi dell'art. 37, CO. 1 lett. a) del D.Lgs. 81/08 dei detenuti dimettendi, organizzata in ogni istituto penale del FVG (il numero dei corsi verrà definito in relazione all'andamento della pandemia).	31/12/2021	Nel corso del 2021 sono stati realizzati 8 corsi di formazione ai sensi dell'art. 37 del D.lgs. 81/08 presso la casa circondariale di TS e 5 presso la casa circondariale di GO. Gli interventi formativi svolti da operatori della SCPSAL nel corso del progetto hanno visto coinvolti complessivamente (anno 2020 e anno 2021) 122 detenuti. Al 31/12/2021 è stato esaurito il finanziamento specifico complessivo di 2.880,00 € assegnato a questa Azienda.	Obiettivo RAGGIUNTO
2.8	Salute e sicurezza nei comparti a maggior rischio	Mantenere un'adeguata vigilanza nei settori edile e agricolo secondo i parametri definiti a livello nazionale, tenendo conto della riduzione delle attività conseguente all'epidemia da SARS CoV2.	- 5% delle aziende vigilate o assistite per la prevenzione del contagio da SARS CoV2, anche tramite un Piano Mirato di Prevenzione (la percentuale potrà essere modificata tenendo conto di quanto verrà definito a livello	31/12/2021	A fronte delle 715 aziende da vigilare (5% delle aziende del territorio) ne sono state controllate 803.	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
			nazionale in considerazione della pandemia in corso).			
2.8	Salute e sicurezza nei comparti a maggior rischio	Mantenere un'adeguata vigilanza nei settori edile e agricolo secondo i parametri definiti a livello nazionale, tenendo conto della riduzione delle attività conseguente all'epidemia da SARS CoV2.	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 del numero, si dovrà raggiungere almeno il numero dei cantieri vigilati nell'anno 2020.	31/12/2021	A fronte dell'obiettivo di 247 cantieri da vigilare (12% cantieri notificati nell'anno precedente) ne sono stati controllati 307 .	Obiettivo RAGGIUNTO
2.8	Salute e sicurezza nei comparti a maggior rischio	Mantenere un'adeguata vigilanza nei settori edile e agricolo secondo i parametri definiti a livello nazionale, tenendo conto della riduzione delle attività conseguente all'epidemia da SARS CoV2.	Agricoltura: vigilare 128 aziende agricole a livello regionale	31/12/2021	Le aziende agricole oggetto di vigilanza sono state 22.	Obiettivo RAGGIUNTO
2.8	Salute e sicurezza nei comparti a maggior rischio	CRUA/Aziende Sanitarie (SO PSAL e UCO Medicina del Lavoro): collaborare con la DCS alla predisposizione delle attività informative e alla sorveglianza sanitaria dei cittadini riconosciuti da INAIL esposti all'amianto ai fini previdenziali ai sensi della L. 257/92	Collaborazione alla campagna informativa e ad eventuali altre iniziative regionali per i cittadini riconosciuti esposti all'amianto ai fini previdenziali da INAIL e non già aderenti alla sorveglianza sanitaria per soggetti ex esposti attualmente in atto nelle Aziende Sanitarie	31/12/2021	In attesa di indicazioni / non avviata per cause esterneNon essendo giunta alcuna comunicazione dalla DCS si ritiene che anche per il 2021 al pari del 2020 non si potrà svolgere l'attività connessa a questo obiettivo	Obiettivo RAGGIUNTO
2.9	Miglioramento di sorveglianza	Miglioramento di sorveglianza	Assicurare da parte di tutte le Aziende le attività previste dai programmi nazionali finalizzate a facilitare la realizzazione delle interviste telefoniche, affidate al call center regionale ed alla diffusione dei risultati fra gli operatori sanitari, la popolazione generale, i caregiver, e gli stakeholder anche attraverso i portali aziendali	31/12/2021	Nel corso del 2021 è proseguita l'attività finalizzata al miglioramento delle sorveglianze sia a livello aziendale che regionale, anche attraverso la gestione delle attività di sostituzione dei soggetti campionati non eleggibili residenti su tutto il territorio regionale. A partire dai dati disponibili, è stata predisposto un report finalizzato ad evidenziare l'impatto del covid sulla popolazione adulta e anziana delle Aziende sanitarie del FVG, nonché la modifica dei fattori comportamentali di rischio indotta dal covid, per confronto dei dati 2018-2019 con quelli rilevati nel 202. Il report è stato inviato alla Direzione Strategica dell'ASUGI, al fine della diffusione fra gli operatori ASUGI, inviato agli Ordini Professionali dei Medici e delle professioni Tecniche e sanitarie, con richiesta di diffusione fra gli iscritti e pubblicato sul portale ASUGI e su EPICENTRO per la diffusione nella popolazione generale.	Obiettivo RAGGIUNTO
2.10	Ambiente e salute	Programma di controllo regionale per garantire la tutela della salute della popolazione dalle sostanze radioattive presenti nelle acque destinate al consumo umano secondo quanto previsto dal d.lgs. n. 28 del 15 febbraio 2016 .	Effettuazione di campionamenti secondo le indicazioni fornite dal Ministero della Salute e successiva adozione da parte della DCS.	31/12/2021	Sono stati eseguiti nel corso del 2021 tutti i campionamenti programmati dalla DCS (18 eseguiti su 18 programmati)	Obiettivo RAGGIUNTO
2.10	Ambiente e salute	Partecipazione ai tavoli di lavoro promossi dalla DCS per la stesura di linee guida su criteri e indicatori da	Nomina di un referente aziendale.	31/12/2021	(La proposta del referente regionale è di stralcio dell'obiettivo in quanto l'attività non è stata avviata dalla DCS per cause collegate alla gestione emergenziale COVID-19)	Obiettivo NON VALUTABILE(STRALCIO)

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
		adottare per valutare gli obiettivi di salute nella VAS degli strumenti urbanistici.				
2.10	Ambiente e salute	Partecipazione ai tavoli di lavoro promossi dalla DCS per la stesura di linee guida su criteri e indicatori da adottare per valutare gli obiettivi di salute nella VAS degli strumenti urbanistici.	Partecipazione almeno al 90% degli incontri di lavoro organizzati dalla DCS.	31/12/2021	Non attivato il tavolo di lavoro	Obiettivo NON VALUTABILE(STRALCIO)
2.10	Ambiente e salute	Sorveglianza acque potabili - garantire la partecipazione dell'Azienda Sanitaria ai tavoli di lavoro promossi dalla DCS al fine di favorire un approccio proattivo alla sorveglianza basata sulla valutazione e gestione del rischio.	Nomina di un referente aziendale in possesso di formazione specifica per team leader per l'implementazione dei Piani di Sicurezza dell'Acqua (PSA).	31/12/2021	il risultato è già stato raggiunto. Comunicazione effettuata con nota 57961 dd24/06/2021	Obiettivo RAGGIUNTO
2.10	Ambiente e salute	Sorveglianza acque potabili - garantire la partecipazione dell'Azienda Sanitaria ai tavoli di lavoro promossi dalla DCS al fine di favorire un approccio proattivo alla sorveglianza basata sulla valutazione e gestione del rischio.	Partecipazione almeno al 90% degli incontri di lavoro organizzati dalla DCS.	31/12/2021	Il risultato è stato raggiunto. Sono stati convocati 2 incontri di lavoro ai quali il referente aziendale ha partecipato: 1/10/21 in VDC su Piattaforma teams; 21/10/2021 in presenza presso ARCS	Obiettivo RAGGIUNTO
2.10	Ambiente e salute	Garantire un numero di controlli coerenti con il Piano nazionale annuale dei controlli in materia di REACH/CLP, per quanto attiene target group e tipologia di sostanze controllate con particolare attenzione ai progetti di cooperazione con le Dogane e di controllo sulle vendite on line di prodotti.	Almeno 6 imprese controllate per ciascuna Azienda Sanitaria.	31/12/2021	il referente aziendale ha partecipato al 100% delle riunioni programmate	Obiettivo RAGGIUNTO
2.11	Malattie infettive prioritarie	Colmare le lacune immunitarie in tutte le fasce d'età (bambini, adolescenti, anziani) per le vaccinazioni previste dal PNPV, piano di eliminazione del morbillo e rosolia congenita, calendario regionale.	Predisporre un piano d'azione per il recupero delle attività vaccinali (entro il primo trimestre 2021)	31/03/2021	L'obiettivo è stato raggiunto. Il piano d'azione riguardante i bambini è stato realizzato, quello riguardante adolescenti e anziani a causa dell'emergenza covid è stato predisposto successivamente. Il piano è stato comunicato con nota prot 63260 dd. 12/07/2021 come richiesto dalla DCS. Il Piano di recupero inviato con nota prot 63260 dd. 12/07/2021 riguarda le vaccinazioni di adolescenti e anziani	OBIETTIVO RAGGIUNTO
2.11	Malattie infettive prioritarie	Conservazione o miglioramento della copertura vaccinale rispetto ai risultati conseguiti nell'esercizio 2019. Obiettivo modificato per tutte le Aziende del SSR con DGR 1683 del 8/11/2021. Migliorare la copertura vaccinale nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari,	Esavalente (proxy del vaccino esavalente sarà considerata la vaccinazione antipolio) a 24 e 36 mesi e 36 mesi	31/12/2021	L'obiettivo è stato raggiunto. La copertura vaccinale della coorte 2019 - vaccinata entro il 35 mesi, per il vaccino polio (proxy dell'esavalente) è superiore a quella del 2019 (coorte 2017 92,09%). La copertura è stata calcolata sui dati estratti dal SSSR (Sistema Informativo Socio Sanitario Regionale) in data 23/5/21: coorte 2019 94,75% Copertura Polio 24 mesi 2021: 93,96% Copertura Polio 24 mesi 2019: 93,08% Copertura Polio 36 mesi 2021: 94,82% Copertura Polio 36 mesi 2019: 90,99%	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
		adolescenti, donne in età fertile, gruppi a rischio per patologie)				
2.11	Malattie infettive prioritarie	Conservazione o miglioramento della copertura vaccinale rispetto ai risultati conseguiti nell'esercizio 2019Obiettivo modificato per tutte le Aziende del SSR con DGR 1683 del 8/11/2021 Migliorare la copertura vaccinale nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, gruppi a rischio per patologie)	MMR (in e 2^ dose)	31/12/2021	L'obiettivo è stato raggiunto. La copertura vaccinale delle coorti 2019 e 2014 rispettivamente per la 1 e 2 dose MMR è superiore a quella del 2019 (coorte 2017 92,15% coorte 2013 85,37%)La copertura è stata calcolata sui dati estratti dal SISSR (Sistema Informativo Socio Sanitario Regionale) in data 23/5/21:1 dose coorte 2019 94,15% (coorte 2017 92,15% 2 dose coorte 2014 87,02% (coorte 2013 85,37%) Copertura Mmr 1 dose 2021: 93,27%Copertura Mmr 1 dose 2019: 92,84%Copertura Mmr 2 dose 2021: 84,47%Copertura Mmr 2 dose 2019: 81,95%	Obiettivo RAGGIUNTO
2.11	Malattie infettive prioritarie	Migliorare la copertura vaccinale nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, gruppi a rischio per patologie)	Recupero e offerta attiva della vaccinazione anti herpes zoster nei 65enni non vaccinati nel 2020: (40%)	31/12/2021	Criticità, l'obiettivo non è stato raggiunto per carenza di personale (impegnato nelle attività correlate alla Pandemia) e target di popolazione già interessato dall'offerta di altre vaccinazioni (COVID Influenza). L'offerta della vaccinazione HZ è stata inserita nel Piano di recupero vaccinale previsto per il 2022	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
2.11	Malattie infettive prioritarie	Migliorare la copertura vaccinale nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, gruppi a rischio per patologie)	Vaccinazione antipertosse (dTap) donne in gravidanza: (15%)	31/12/2021	Il risultato è già stato raggiunto: 687 vaccinate su 1733 nuovi nati 39,6% ora 62,32%	Obiettivo RAGGIUNTO
2.11	Malattie infettive prioritarie	Campagna vaccinale antinfluenzale 2021-2022	Predisposizione del fabbisogno aziendale entro il 31.03.2021	31/03/2021	Il risultato è già stato raggiunto. Con nota prot. 6986 del 04/03/2021 il Direttore del Servizio prevenzione della DCS comunica ad ARCS i fabbisogni Aziendali delle vaccinazioni antinfluenzali 2021-2022, precisando che gli stessi sono stati approvati e comunicati dai Direttori di Dipartimento delle Aziende Sanitarie	Obiettivo RAGGIUNTO
2.11	Malattie infettive prioritarie	Malattie infettive prioritarie Piano Pan Flu (Piano Pandemico)	Messa a disposizione di almeno un referente aziendale per la stesura del Piano pandemico Pan Flu regionale	31/12/2021	Il risultato è già stato raggiunto, è stato messo a disposizione un referente aziendale afferente al DIP. valutazione effettuata sulla base della dichiarazione aziendale e sull'evidenza che il PANFLU regionale è stato trasmesso al Ministero della Salute con nota DCS 29525 del 29.10.2021)	Obiettivo RAGGIUNTO
2.12	Uso appropriato di antibiotici in ambito veterinario	Antibiotici ambito veterinario	Utilizzando come strumento di verifica la check-list di farmacovigilanza ministeriale, le ASL promuovono iniziative mirate perché in 5 anni nel campione sottoposto a controllo ufficiale si rilevi che almeno il 70% degli allevamenti aderiscono alle indicazioni sull'utilizzo degli antimicrobici secondo le "linee guida" promosse dal Ministero della Salute	31/12/2021	in fase di controllo di farmacovigilanza nelle 27 aziende zootecniche controllate per farmacovigilanza è stata valutato il corretto uso degli antibiotici. Non è stato riscontrato l'uso di antibiotici non consentiti in ambito zootecnico	Obiettivo RAGGIUNTO
2.12	Uso appropriato di antibiotici in ambito veterinario	Antibiotici ambito veterinario	Riduzione (globali e per specifiche classi di antibiotici) del consumo di antibiotici previsti dal PNCAR in ambito umano.(verrà valutato negativamente lo	31/12/2021	in fase di controllo di farmacovigilanza nelle 27 aziende zootecniche controllate per farmaco vigilanza è stato valutato il corretto uso degli antibiotici	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
			scostamento superiore al dato medio di consumo nazionale)			
2.12	Uso appropriato di antibiotici in ambito veterinario	Antibiotici ambito veterinario Sistema Informativo Nazionale della Farmacosorveglianza Ricetta Veterinaria Elettronica (SINF-RE). mantenimento funzionalità sistema informativo	Entro 7 giorni dal ricevimento le aziende assolvono tramite SINF-RE il 100% delle richieste pervenute di aggiornamento/nuova richiesta delle anagrafiche / nuove autorizzazioni tramite SINF-RE per le strutture veterinarie, strutture di detenzione	entro 7 gg dal ricevimento	tutte le richieste inserite a sistema dalle aziende sono state soddisfatte nei tempi previsti (sistema a regime dal 2022)	Obiettivo RAGGIUNTO
2.13	Alimentazione e salute: promozione di un'alimentazione sana, sicura e sostenibile	Garantire la partecipazione degli operatori dedicati al percorso formativo programmato a livello regionale sull'allattamento al seno	85% operatori dedicati formati in ogni Azienda	31/12/2021	garantita la partecipazione e raggiunto per l'area isontina l'85% degli operatori dedicati formati	Obiettivo RAGGIUNTO
2.13	Alimentazione e salute: promozione di un'alimentazione sana, sicura e sostenibile	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	31/12/2021		Obiettivo RAGGIUNTO
2.13	Alimentazione e salute: promozione di un'alimentazione sana, sicura e sostenibile	Monitorare le gare di appalto di PA e Enti già mappate nel 2016 e fornire il proprio contributo nelle gare d'appalto in corso 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 2021 in ogni Azienda	31/12/2021	Monitoraggio realizzato e contributo garantito al 44,4% delle gare di appalto delle PA e degli enti pubblici in corso nel 2021 nel territorio di competenza di ASUGI	Obiettivo RAGGIUNTO
2.14	Sicurezza alimentare, salute e benessere alimentare	Garantire la partecipazione degli operatori al percorso formativo programmato a livello regionale sui MOCA	70% degli operatori SIAN formati entro il 31/12/2021	31/12/2021	Il corso programmato per il 2021 è stato organizzato dalla Direzione Centrale Salute in unica edizione ma poi sospeso per cui nessun operatore SCIAN ha potuto partecipare al corso sui MOCA. Tale corso di formazione è stato ri-programmato per l'anno 2022 nelle date 31.05-01.06.(La proposta del referente regionale è di stralcio dell'obiettivo in quanto il corso organizzato dalla Direzione Centrale Salute è stato effettuato nel 2022)	Obiettivo NON VALUTABILE(STRALCIO)
2.14	Sicurezza alimentare, salute e benessere alimentare	Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare e nutrizionale:	Interventi programmati come da PRISAN:- n. interventi ispettivi per settore programmati per il 2021- n. audit per settore programmati per il 2021- n. valutazioni del rischio programmate- n. di campionamenti di alimenti programmati per 2021- n. dei controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni	31/12/2021	SCIAN:Le attività programmate da PRISAN non sono state raggiunte a causa, in parte all'emergenza sanitaria da SARS CoV-2/COVID-19 ma anche e soprattutto da una carenza cronica di operatori afferenti alla SC dedicati alle attività di controllo ufficiale. Unico dei 5 obiettivi del PRISAN 2021 raggiunto è il n. di campionamenti di alimenti di origine vegetale programmati per il 2021 SCIAOA: Sono stati effettuati tutti i controlli ufficiali stabiliti negli stabilimenti riconosciuti ex regolamento CE 852/2004 (dati SICER FVG): 100% area isontina e giuliana. Raggiunto l'obiettivo anche negli stabilimenti 852/2004, 100% nell'area isontina e 91 % nell'area giuliana (totale 318, dati SICER FVG), considerato che le linee guida CSR 212 del 2016 attualmente vigenti consentono una programmazione quinquennale. Sono stati completati tutti i campionamenti	Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
					previsti dal Piano matrici 2021 e quelli relativi al monitoraggio dei MBV ex regolamento UE 627/17	
2.14	Sicurezza alimentare, salute e benessere alimentare	Effettuare i controlli sulla condizionalità come da convenzione con il MIPAAF/AGEA	Effettuare, entro il 31/12/2021, il 100% dei controlli previsti per gli atti di interesse della condizionalità e inserire le evidenze ed i verbali in Banca Dati Nazionale (BDN)	31/12/2021	è stato effettuato il 100% dei controlli programmati per gli atti di interesse delle condizionalità	Obiettivo RAGGIUNTO
2.14	Sicurezza alimentare, salute e benessere alimentare	Progetto Piccole Produzioni Locali:	Applicare il protocollo PPL malghe 2021 a tutti gli osa aderenti al 100% delle malghe entro il 30/6/2021.	30/06/2021	Non sono presenti malghe nel territorio ASUGI	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
2.14	Sicurezza alimentare, salute e benessere alimentare	Progetto Piccole Produzioni Locali:	Trasmettere entro il 31/01/2022 una relazione finale dettagliata di verifica Aziendale; la relazione dovrà riportare:- il numero di PPL registrate ed il numero di ispezioni;- un'analisi critica con punti di forza e debolezza del Progetto rilevate sul territorio;- il dettaglio delle attività eseguite su:- carni suine e avicunicole- carni di specie diverse- prodotti lattiero caseari di malga-vegetali, confetture, conserve, prodotti da forno, erbe aromatiche, prodotti dell'alveare, vegetali fermentati, lumache, ecc...	31/01/2022	Nel territorio di Trieste e provincia ci sono 5 aziende che hanno aderito al progetto "Piccole Produzioni Locali Salumi" e 6 aziende che hanno aderito alle "Piccole Produzione Locali miele e derivati". L'attività di controllo ufficiale ha prodotto 6 sopralluoghi ispettivi sulle aziende agricole che producono salumi e 5 sopralluoghi nelle aziende agricole che producono miele, nonché 31 campioni per PPL salumi (campioni di impasto di salame, campioni di salame stagionato, tamponi ambientali sulle superfici a contatto). Due campioni di salame stagionato sono risultati non conformi per la presenza di Listeria con valori superiori a quanto definito nella delibera. Nessun corso di formazione organizzato in ASUGI. Le verifiche ufficiali hanno coinvolto l'applicazione del manuale di buone prassi igieniche sia per quanto riguarda la gestione degli spazi di lavoro, sia per quanto riguarda la gestione del prodotto finito. E' stata, inoltre, oggetto della valutazione ufficiale anche la gestione della tracciabilità ed etichettatura e la gestione delle registrazioni previste dal manuale, adottato dagli OSA che hanno aderito al progetto. Tale controllo ufficiale è stato integrato dall'attività di supporto "tecnico-operativo" che rientra nella professionalità del veterinario ufficiale richiesta dal progetto stesso. Gli esiti dei sopralluoghi sono stati, in linea di massima, favorevoli, perché i titolari delle aziende hanno sempre dimostrato un buon livello di consapevolezza nella gestione dei locali, del prodotto e nella tenuta delle registrazioni. Anche la gestione del prodotto stagionato, risultato non conforme, è stata corretta e ragionevole. E' importante precisare che i contatti tra produttori PPL del territorio e veterinario ufficiale, per quanto riguarda i campioni ma anche per quanto riguarda richiesta di chiarimenti e scambi di informazioni, sono rimasti costanti nel corso dell'anno 2021, nonostante l'emergenza COVID in atto.	Obiettivo RAGGIUNTO
2.14	Sicurezza alimentare, salute e benessere alimentare	Sistema informativo SICER	Il 100% degli operatori utilizza le principali funzioni del sistema (aggiornamento anagrafi operatori, gestione pratiche D Lgs 194/2008, registrazione C.U., agenda operatore, inserimento campionamenti, report di base)	31/12/2021	Il 100% degli operatori utilizza le principali funzioni del sistema. Il sistema viene utilizzato dai veterinari ufficiali e dal personale amministrativo per le parti di competenza	Obiettivo RAGGIUNTO
2.14	Sicurezza alimentare, salute e benessere alimentare	Accreditamento comunitario Malattia di Aujeszky	Mantenimento delle attività di monitoraggio e controllo ai fini del mantenimento dello status di Regione	31/12/2021	Secondo la nota della direzione regionale 0002210/P del 27/01/2021 avente per oggetto controlli per malattia di Aujeszky 2021 è stato effettuato il controllo alla macellazione presso il Macello Norcini del Collio e Isonzo SC (mediante prelievo di	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
			indenne (campioni di sangue effettuati al macello su tutte le partite di suini provenienti da fuori regione, 1 partita al mese di suini allevati in regione campionando lo stesso allevamento di origine non più di una volta all'anno, tutte le partite di cinghiali, comprese le macellazioni in allevamento, tutte le partite di suini) risultato atteso modificato con DGR 1683 del 8/11/2021		sangue) nel corso dello stesso anno 229 suini provenienti la maggior parte da allevamenti allo stato semibrado di ASUGI e ASUFC	
2.14	Sicurezza alimentare, salute e benessere alimentare	Benessere animale negli allevamenti e durante il trasporto	Effettuare il 100% dei controlli sul benessere animale secondo indicazione Ministero della Salute	31/12/2021	Sono stati effettuati i controlli previsti in materia di benessere animale. Effettuati 16 controlli, mentre 4 controlli programmati dalla Regione non erano eseguibili perché previsti su aziende chiuse o senza patrimonio zootecnico per le fattispecie previste	Obiettivo RAGGIUNTO
2.14	Sicurezza alimentare, salute e benessere alimentare	Anagrafe ovi caprina	Raggiungimento del 3% dei controlli su base Regionale come richiesto da LEA Ministeriali	31/12/2021	E' stato effettuato il controllo di identità nel 6,38% delle aziende ovicaprine con controlli mirati o in fase di realizzazione delle attività di profilassi	Obiettivo RAGGIUNTO
2.14	Sicurezza alimentare, salute e benessere alimentare	Genotipizzazione arieti per Scrapie .	Effettuare il 100% dei campioni di sangue sui capi target ai fini di individuare animali resistenti alla malattia, inserire in BDN il dato ed aggiornare lo status sanitario degli allevamenti entro il 31/12/2021	31/12/2021	Sono stati testati per la riproduzione tutti gli arieti dell'allevamento IT006TS225, unico ad aver richiesto la genotipizzazione per arieti destinabili alla riproduzione	Obiettivo RAGGIUNTO
2.14	Sicurezza alimentare, salute e benessere alimentare	Applicazione del PRP sull'Igiene Urbana Veterinaria.	Effettuare il 100% dei controlli, di tutte le attività, sulle strutture di ricovero e custodia della Regione Autonoma FVG sia convenzionate che non convenzionate.	31/12/2021	Sono stati effettuati sette controlli sulle strutture di ricovero e custodia per cani e gatti	Obiettivo RAGGIUNTO(
3	Assistenza primaria	Avvio dell'utilizzo dello strumento ACG	Identificazione dei data manager aziendali	31/12/2021	Il risultato è già stato raggiunto Per ASUGI è stato comunicato il nominativo già negli esercizi precedenti. L'avvio dello strumento ACG ha subito una sospensione causa COVID Insiel ha provveduto a configurare il sistema di rappresentazione dinamica Qlik per la fruibilità da parte delle Aziende delle informazioni derivate dal sistema ACG, tuttavia il sistema non è stato reso visibile. Il progetto è rimasto bloccato per problemi collegati alla normativa sulla privacy che sono in corso di approfondimento da parte della DCS	Obiettivo NON VALUTABILE(STRALCIO)
3	Assistenza primaria	Avvio dell'utilizzo dello strumento ACG	Identificazione dei referenti distrettuali per l'utilizzo operativo dello strumento (Almeno 1 per distretto)	31/12/2021	Il risultato è già stato raggiunto Per ASUGI è stato comunicato con nota n 88364 del 30/09 l'elenco dei nominativi dei referenti distrettuali Insiel ha provveduto a configurare il sistema di rappresentazione dinamica Qlik per la fruibilità da parte delle Aziende delle informazioni derivate dal sistema ACG, tuttavia il sistema non è stato reso visibile. Il progetto è rimasto bloccato per problemi collegati alla normativa sulla privacy che sono in corso di approfondimento da parte della DCS	Obiettivo NON VALUTABILE(STRALCIO)
3	Assistenza primaria	Avvio dell'utilizzo dello strumento ACG	Partecipazione dei referenti e data manager alla formazione specifica	31/12/2021	In attesa di indicazioni / non avviata per cause esterne.La formazione non è stata ancora attivata dalla Regione. Insiel ha provveduto a configurare il sistema di rappresentazione dinamica Qlik per la fruibilità da parte delle Aziende delle	Obiettivo NON VALUTABILE(STRALCIO)

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
					informazioni derivate dal sistema ACG, tuttavia il sistema non è stato reso visibile. Il progetto è rimasto bloccato per problemi collegati alla normativa sulla privacy che sono in corso di approfondimento da parte della DCS	
3.1	Assistenza distrettuale	Revisione degli ambiti territoriali di assistenza primaria	Entro il 31.03.2021 ASUGI, ASUIUD e ASFO adottano e trasmettono tempestivamente alla DCS i provvedimenti aziendali recanti la revisione degli ambiti territoriali di assistenza primaria inviando in ogni caso l'articolazione vigente degli ambiti.	31/03/2021	Il risultato è stato raggiunto. Invio in DCS con nota prot. 11371 dd. 06.02.2021 con la quale ASUGI rappresenta di aver ridefinito con decreto 366 del 15.4.2020.	Obiettivo RAGGIUNTO
3.1	Assistenza distrettuale	Trasmissione alla DCS degli elenchi degli ambiti territoriali vacanti di medico di assistenza primaria, degli ambiti territoriali vacanti di continuità assistenziale e degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale	Gli elenchi sono trasmessi alla DCS in tempo utile per la pubblicazione sul BUR entro i termini previsti da ACN.	entro i termini da ACN	Il risultato è stato raggiunto. Invio in DCS con nota prot. 405 dd. 12.03.2021 con la quale ASUGI rappresenta di aver individuato le zone carenti di assistenza primaria e continuità assistenziale.	Obiettivo RAGGIUNTO
3.1	Assistenza distrettuale	Sistemi di valutazione MMG	La valutazione dei risultati sul raggiungimento degli obiettivi previsti dagli Accordi e intese regionali per i MMG viene effettuata in sede di Comitato Aziendale ex art. 23 ACN entro il 30 aprile.	30/04/2021	Criticità sui tempi di conseguimento del risultato. I dati sono stati messi a disposizione da INSIEL il 24/06/2021. Gli obiettivi ex art 3 sono stati valutati. Gli obiettivi ex art 8 sono stati valutati. Rimangono dubbi interpretativi dei quali si attendeva il parere regionale, si è provveduto alla condivisione dei risultati della valutazione in Comitato aziendale oltre la data prevista, come comunicato con nota n. 88332 del 30/09/2021. La proposta di valutazione del referente regionale è lo stralcio dell'obiettivo in quanto l'azienda non ha realizzato il risultato atteso per cause ad essa non imputabili	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
3.1	Assistenza distrettuale	Riallocazione delle quote attualmente inutilizzate per i MMG entro il tetto economico sostenuto al 31.12.2013 complessivamente per le quote di rimborso per il personale segretariale e infermieristico di studio.	Autorizzazione diretta all'inserimento di nuovi medici aventi diritto all'indennità entro il 31.03.2021	31/03/2021	Il risultato è stato raggiunto con la riallocazione delle quote inutilizzate per i MMG entro il tetto economico per la successiva autorizzazione diretta all'inserimento degli aventi diritto all'indennità. L'azienda non ha autorizzato l'inserimento dei nuovi medici entro il termine previsto. Si evidenzia che le aziende avrebbero dovuto riassegnare ai MMG aventi diritto le quote rese disponibili per cessazioni di attività o rinuncia al collaboratore di studio già in seguito all'approvazione del punto 7. dell'AIR "ponte" 2019 reso esecutivo con DGR 1381 dd. 09.08.2019. (la proposta di valutazione è stata effettuata dal referente regionale)	Obiettivo NON RAGGIUNTO
3.1	Assistenza distrettuale	Istituzione delle AFT degli Specialisti Ambulatoriali interni e medici veterinari ed altre professionalità sanitarie	Individuare ed istituire le AFT degli Specialisti Ambulatoriali interni e medici veterinari ed altre professionalità sanitarie con definizione del Regolamento per il funzionamento interno di AFT entro il 31.03.2021.	31/03/2021	Il risultato è già stato raggiunto con il decreto del Direttore Generale n. 209 del 18/03/2021: "Applicazione Accordo Integrativo Regionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni, medici veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali stipulato in data 10.12.2019 - Adozione del Regolamento aziendale di istituzione ed attuazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali e di disciplina dell'attività dei responsabili di branca."	Obiettivo RAGGIUNTO
3.2	Cure intermedie	Avvio dell'implementazione dei posti letto di cure intermedie	Graduale incremento di almeno il 10% previsto dallo standard dei posti letto di cure intermedie con l'obiettivo di tendere a medio termine agli standard definiti	31/12/2021	Obiettivo già raggiunto in quanto in base alla DGR 1446/21 e 1965/21 ASUGI rispetta già gli standard definiti. La dotazione di posti letto di cure intermedie aziendale è stata oggetto di ridefinizione nel corso dell'anno da prima con la DGR 1446 del 24 settembre 2021, in seguito dalla DGR 1965 del 23 dicembre 2021. L'avvicinamento alla dotazione determinata dagli standard definiti delle delibere	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
					citare presuppone una revisione complessiva dell'organizzazione delle cure intermedie anche alla luce dei necessari nuovi standard di accreditamento conseguenti alle nuove definizioni. Va tenuto inoltre in debito conto l'intervento del PNRR che condiziona gli sviluppi strutturali aziendali. Si ritiene che visto le mutate condizioni che si sono susseguite nel corso del 2021 l'obiettivo non possa essere valutato per nessuna azienda.	
3.3	Disturbi spettro autistico	Valutazione multiprofessionale (PLS e/o MMG, Servizi sanitari aziendali e Servizi sociali) del 100% dei 17enni con diagnosi di disturbi dello spettro autistico (DSA) attraverso una calendarizzazione concordata tra servizi per l'età evolutiva e quelli per l'età adulta.	Entro il 31.12.2021 invio di relazione al Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera della Direzione Centrale Salute sulle progettualità elaborate per la fase di transizione dei soggetti con DSA.	31/12/2021	100% dei 17enni con diagnosi di disturbi dello spettro autistico (DSA) sono stati valutati AREA ISONTINA 6 AREA GIULIANA 12 Relazione prodotta Elaborato l'accordo programmatico	Obiettivo RAGGIUNTO
3.4	Rete assistenziale Disturbi del comportamento alimentare	Rete assistenziale disturbi del comportamento alimentare Le Aziende rendono operativa la rete di offerta dei servizi DCA in coerenza a quanto previsto dalla DGR 668/2017	Report inviato entro il 31.12.2021 ad ARCS con le seguenti indicazioni:- referenti DCA aziendali per l'età adulta e per l'età evolutiva- data attivazione Centri diurni DCA per età adulta e per età evolutiva e casistica 2021- individuazione equipe funzionale multidisciplinare, multiprofessionale (rif. professionalità DGR 668/2017)	31/12/2021	Tutti e tre gli obiettivi sono stati raggiunti come ben descritto nelle relazioni allegate, delle rispettive sedi di Monfalcone e Trieste. Il documento è stato inoltrato al referente regionale che provvedeva all'invio ad ARCS. Ad ARCS non risulta pervenuto da parte di ASUGI il report previsto dall'obiettivo	Obiettivo NON RAGGIUNTO
3.5	Sanità penitenziaria	Regolamento di funzionamento interno della rete di sanità penitenziaria, atto a garantire in particolare risposte uniformi all'Amministrazione Penitenziaria rispetto ad eventuali trasferimenti per motivi sanitari	Entro il 30.06.2021, predisposizione di una bozza di documento per uniformare le risposte all'Autorità penitenziaria in merito ai trasferimenti per motivi sanitari ed invio alla DCS;	30/06/2021	Il risultato è stato raggiunto, in data 29/06/2021 è stata inviata bozza del documento trasferimenti per motivi sanitari, alla DCS, prot. n. 59341/2021-P D3 1045/2021-P.	Obiettivo RAGGIUNTO
3.5	Sanità penitenziaria	Regolamento di funzionamento interno della rete di sanità penitenziaria, atto a garantire in particolare risposte uniformi all'Amministrazione Penitenziaria rispetto ad eventuali trasferimenti per motivi sanitari	Entro il 31.12.2021 approvazione del documento per uniformare le risposte all'Autorità penitenziaria in merito ai trasferimenti per motivi sanitari	31/12/2021	In data 31.12.2021 è stato inviato per le vie brevi il documento approvato per uniformare le risposte all'Autorità penitenziaria in merito ai trasferimenti per motivi sanitari, documento in fase di protocollazione. In data 03/01/2022 lo stesso documento tramite interatti è stato inoltrato alla DCS con n. di protocollo: D3 ASUIT-2022-0000001-P	Obiettivo RAGGIUNTO
3.5	Sanità penitenziaria	Ulteriore sviluppo della telemedicina in carcere	Entro il 31.12.2021 descrizione di almeno n. 1 nuovo progetto di telemedicina e indicazione degli interventi effettuati a favore dei detenuti	31/12/2021	In data 28/10/2020 si è proceduto a seguito della pandemia da SarsCoV2 a richiedere autorizzazione alla Direzione del carcere all'utilizzo di strumenti informatici per l'implementazione della telemedicina, tele consulto e si è provveduto a richiedere ad ASUGI un tablet per procedere con l'attività. In data 04/01/2021 incontro con la Direzione della Casa Circondariale per la definizione della procedura per l'esecuzione dell'attività di visite / consulenze con il Dipartimento delle Dipendenze / DSM ed altri specialisti, In data 12/01/2021 incontro con DDD/DSM per definizione procedura. In data 13/01/2021 approvazione procedura.	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
3.5	Sanità penitenziaria	Progettualità CASSE AMMENDE: Realizzazione delle attività previste dal progetto da parte dei Dipartimenti di prevenzione, per quanto riguarda i corsi di cui al D.Lgs 81/2008	Evidenza delle attività realizzate nel report di monitoraggio al 31.12.2021	31/12/2021	Gli interventi formativi rivolti ai detenuti dimettenti delle case circondariali di Ts e GO sono svolti da operatori della SCPSAL. Nel corso del progetto hanno visto coinvolti complessivamente, negli anni 2020 e 2021, 122 detenuti. Sono stati svolti 21 corsi di formazione con i quali è stato esaurito il finanziamento specifico complessivo destinato ad ASUGI	Obiettivo RAGGIUNTO
3.5	Sanità penitenziaria	Progettualità CASSE AMMENDE: Realizzazione delle attività previste dal progetto a favore di persone in esecuzione penale con problemi di dipendenza	Evidenza delle attività realizzate nel report di monitoraggio al 31.12.2021	31/12/2021	3 giornate formative sulla sicurezza general ex ASR 21/12/2011. Le giornate sono state le seguenti: 17/11/2021 03/11/2021 01/12/2021 Sono stati formati 11 detenuti. Specifico inoltre che con fondi erogati nel 2020, ma non utilizzati causa COVID si sono svolte altre 3 giornate formative: 21/05/2021 31/05/2021 16/12/2020 Sono stati formati 9 detenuti.	Obiettivo RAGGIUNTO
3.6	Superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari	Predisposizione dei progetti terapeutico riabilitativi individualizzati (PTRI) nei confronti delle persone soggette a misura di sicurezza	Le Aziende predispongono le modalità operative, la stesura e l'invio alla competente autorità, entro 45 giorni dall'applicazione della misura di sicurezza in REMS, del PTRI, e lo inoltrano per conoscenza al Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera della Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità	entro 45 gg dall'applicazione della misura di sicurezza in REMS	Non è stato necessario inviare alle competenti autorità nessun PTRI in quanto non c'è stata nessuna persona in carico ai nostri servizi con misura di sicurezza detentiva. Di questo la Direzione Centrale Salute era informata in quanto è stata inviata comunicazione per quanto riguarda l'obiettivo 3.6	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
3.6	Superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari	Predisposizione di progetti finalizzati per l'adozione di soluzioni diverse dalla REMS (misure alternative), nei confronti delle persone soggette a misura di sicurezza	Entro il 30.06.2021 le Aziende predispongono ed inviano alla competente autorità progetti per le misure alternative, riguardanti almeno il 40% delle persone soggette a misura di sicurezza nel primo semestre del 2021, e li inoltrano per conoscenza al Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera della Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità;	30/06/2021	Per il territorio di ASUGI al 30/6/2021 era presente una sola persona con misura di sicurezza con soluzione diversa dalla REMS già in essere, come descritto nella relazione trasmessa alla Direzione Centrale Salute il 21/12/2021.	Obiettivo RAGGIUNTO
3.6	Superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari	Predisposizione di progetti finalizzati per l'adozione di soluzioni diverse dalla REMS (misure alternative), nei confronti delle persone soggette a misura di sicurezza	Entro il 31.12.2021 le Aziende predispongono ed inviano alla competente autorità progetti per le misure alternative, riguardanti almeno il 60% delle persone soggette a misura di sicurezza nel secondo semestre del 2021, e li inoltrano per conoscenza al Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera della Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità;	31/12/2021	Per il territorio di ASUGI al 31/12/2021 era presente una sola persona con misura di sicurezza con soluzione diversa dalla REMS già in essere, come descritto nella relazione trasmessa alla Direzione Centrale Salute il 21/12/2021.	Obiettivo RAGGIUNTO
3.7	Rete cure palliative e terapia del dolore	Terapia del dolore- Tempi di attesa- Reperibilità algologica- Appropriately prescrittiva- Piattaforme telemedicina/teleassistenza- Integrazione con la medicina generale	Sono rispettati i tempi di attesa per la prima visita algologica almeno nel 75% dei casi per ogni classe di priorità, in caso di richiesta appropriata, salvo eventuali correttivi dovuti all'emergenza COVID 2019	31/12/2021	Criticità. Per quanto attiene alle prime visite il target non è raggiungibile per ogni classe di priorità, per mancanza di sedute mediche. Le visite U vanno in PS come accordato in Rete Regionale Dolore. Manca un accordo e un sistema di rilevazione dell'appropriatezza della richiesta. Purtroppo i tempi di attesa delle priorità B e P non rispettano le previsioni; tuttavia il denominatore legato all'appropriata prescrizione rende la cifra non definita. L'emergenza COVID ha	Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
					inoltre reso impossibile il rispetto delle fasce con necessità di recupero del lavoro arretrato. B nel 2021 28,5 %; D nel 2021 82,1; P nel 2021 97,8	
3.7	Rete cure palliative e terapia del dolore	Terapia del dolore- Tempi di attesa- Reperibilità algologica- Appropriately prescrittiva- Piattaforme d' telemedicina/teleassistenza- Integrazione con la medicina generale	Le aziende individuano un referente che partecipa ai lavori del gruppo regionale per:-Implementare un modello per la reperibilità algologica h24, aziendale (per le Aziende sede di centro Hub algologico) o Regionale;-Implementare e, messa in utilizzo (almeno in via sperimentale), di un modello di valutazione dell'appropriatezza prescrittiva per prima visita algologica	31/12/2021	Il risultato è stato raggiunto.Il referente partecipa ai lavori del gruppo regionale di Rete Dolore presso ARCS. Modello valutazione appropriatezza della prima visita algologica: prodotto e reso operativo La reperibilità algologica viene effettuata al medico anestesista di ogni sede. La scelta della classe di priorità segue uno schema. Sarà Insiel a inserire una flag attivabile dal refertatore per poter segnalare l'inappropriatezza di tale priorità	Obiettivo RAGGIUNTO
3.7	Rete cure palliative e terapia del dolore	Terapia del dolore- Tempi di attesa- Reperibilità algologica- Appropriately prescrittiva- Piattaforme d' telemedicina/teleassistenza- Integrazione con la medicina generale	Utilizzo, per le prestazioni autorizzate (es. "controllo algologico"), delle piattaforme di telemedicina acquisite nel 2020 - almeno il 5% delle prestazioni eleggibili	31/12/2021	Sono state attivate le piattaforme di telemedicina per le prestazioni eleggibili. Non è stato possibile utilizzare le piattaforme di telemedicina nel 2021. Attività rinviata al 2022 a seguito del miglioramento dello strumento messo a disposizione dalla regione.	Obiettivo RAGGIUNTO
3.7	Rete cure palliative e terapia del dolore	Terapia del dolore- Tempi di attesa- Reperibilità algologica- Appropriately prescrittiva- Piattaforme d' telemedicina/teleassistenza- Integrazione con la medicina generale	Vi è evidenza d'integrazione tra i servizi di terapia antalgica ospedalieri e la medicina generale	31/12/2021	Prosegue la collaborazione con la Medicina di Base. In particolare sono stati organizzati incontri con illustrazione del modello della corretta appropriatezza prescrittiva delle visite e relazione sull'attività dell'Ambulatorio algologico.	Obiettivo RAGGIUNTO
3.7	Rete cure palliative e terapia del dolore	Cure palliative- Decessi a domicilio- Dotazione organica- Registrazione attività cliniche	Almeno il 75% dei decessi con diagnosi di tumore avviene a domicilio o in hospiceObiettivo prescritto anche ad ASFO con DGR 1683 del 8/11/2021	31/12/2021	Sugli assistiti presi in carico dal servizio in area giuliana sono deceduti a domicilio o in Hospice 403 su su 488 (82,6%)Area isontina: decessi di pazienti in carico al servizio avvenuti in setting non ospedaliero 259 (pari a 88,1 %) e 35 in setting ospedaliero (294 totale).Secondo i dati ufficiali regionali in ASUGI complessivamente sono deceduti 619 su 1037, pari a 59,69 dei decessi con diagnosi di tumore, dato in miglioramento rispetto al 2020 e migliore della regione FVG.i pazienti deceduti con diagnosi di tumore a domicilio o in hospice è pari al 59,53%	Obiettivo NON RAGGIUNTO
3.7	Rete cure palliative e terapia del dolore	Cure palliative- Decessi a domicilio- Dotazione organica- Registrazione attività cliniche	Ogni Azienda è dotata di un numero di posti letto hospice accreditati congruo agli standard LEA (DGR 2062 2014 e DGR 165/2016);	31/12/2021	In area giuliana i posti letto sono 20 per una popolazione di 229.740 ab. (fonte ISTAT)In area isontina i posti letto di Hospice sono 5,su una popolazione di Gorizia di da 136.809 abitanti. In totale i PL sono 25. ASUGI mantiene numero di posti letto hospice accreditati congruo agli standard LEA (DGR 2062 2014 e DGR 165/2016). Target raggiunto.la DGR 2673/2014 definiva il numero di posti letto per ogni Azienda sanitaria utilizzando lo standard Lea. Il numero di posti letto previsto per ASUGI (ricalcolato tenendo conto dello scorporo della ex AAS2 i cui posti letto sono stati riproporzionati sulla base della popolazione) è pari a 29. Dai flussi ministeriali risulta che ASUGI ha dichiarato nel 2021 n° 20 posti letto di hospice	Obiettivo NON RAGGIUNTO
3.7	Rete cure palliative e terapia del dolore	Cure palliative- Decessi a domicilio- Dotazione organica- Registrazione attività cliniche	Le Aziende adottano eventuali modalità di registrazione dell'attività definite dal coordinamento regionale (attualmente non prevista dai sistemi informatici) entro il 31/12/2021.	31/12/2021	In attesa di indicazioni / non avviata per cause esterne. Asugi mantiene la disponibilità in base a quanto disposto dal coordinamento regionale. La proposta di valutazione del referente regionale è di stralcio dell'obiettivo in quanto il coordinamento regionale non ha fornito le necessarie indicazioni	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
3.8	Odontoiatria pubblica	Ogni centro erogatore deve fornire le prestazioni/anno;	Erogazione di almeno 1400 prestazioni/anno per centro erogatore	31/12/2021	Sono state erogate 77.465 prestazioni per centro erogatore	Obiettivo RAGGIUNTO
3.8	Odontoiatria pubblica	La media dei singoli centri erogatori e la media aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra deve essere mantenuta al livello raggiunto nel 2019 nelle Aziende con valore > 1.5; si deve raggiungere tale valore nelle Aziende che nel 2019 hanno raggiunto una media compresa tra 1.0 e 1.5 e si deve raggiungere il valore di almeno 1.3 nelle Aziende la cui media nel 2019 è risultata < 1;	- Mantenimento della media dei singoli centri erogatori e di quella aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra al livello raggiunto nel 2019 nelle Aziende con valore > 1.5;- Raggiungimento del valore di 1.5 per le Aziende che nel 2019 hanno raggiunto una media compresa tra 1.0 e 1.5 e del valore di almeno 1.3 nelle Aziende la cui media nel 2019 è risultata < 1;	31/12/2021	La media è superiore a 2	Obiettivo RAGGIUNTO
3.8	Odontoiatria pubblica	la media aziendale annua di prestazioni/riunito non deve essere inferiore a 1400;	Raggiungimento di una media aziendale annua di almeno 1400 prestazioni/riunito;	31/12/2021	La media aziendale annua è di 1.936 prestazioni/riunito	Obiettivo RAGGIUNTO
3.8	Odontoiatria pubblica	la percentuale aziendale di visite sul totale delle prestazioni erogate deve essere inferiore al 30% per ASUGI, inferiore al 40% per ASUFC, ASFO e Burlo Garofolo;	Percentuale aziendale di visite sul totale delle prestazioni erogate deve essere:- inferiore al 30% per ASUGI	31/12/2021	La percentuale aziendale di visite sul totale delle prestazioni erogate è inferiore al 25%	Obiettivo RAGGIUNTO
3.8	Odontoiatria pubblica	tutte le Aziende devono sottoscrivere entro il 31.3.2021 la convenzione con ASUGI per le prestazioni extra-LEA;	Sottoscrizione da parte delle Aziende entro il 31.3.2021 della convenzione con ASUGI per le prestazioni extra-LEA	31/03/2021	Sono state sottoscritte le convenzioni con ASUGI per le prestazioni extra-LEA	Obiettivo RAGGIUNTO
3.8	Odontoiatria pubblica	tutte le aziende devono fornire alla Direzione centrale salute per il tramite del Coordinamento regionale una comunicazione trimestrale sulle liste di attesa e tutte le informazioni previste dalla convenzione;	Invio al coordinatore regionale della reportistica trimestrale sulle liste di attesa, con tutte le informazioni previste, entro il mese successivo alla scadenza del trimestre;	entro il mese successivo al trimestre di riferimento	ASUGI svolge funzione di Coordinamento regionale	Obiettivo RAGGIUNTO
3.8	Odontoiatria pubblica	per ASUGI: apertura dell'ambulatorio di Monfalcone con attivazione dell'attività di odontoiatria pediatrica ed ortognatodonzia;	Apertura da parte di ASUGI dell'ambulatorio di Monfalcone con attivazione dell'attività di odontoiatria pediatrica ed ortognatodonzia;	31/12/2021	L'ambulatorio di Monfalcone con attivazione dell'attività di odontoiatria pediatrica ed ortognatodonzia è aperto e funzionante	Obiettivo RAGGIUNTO
3.8	Odontoiatria pubblica	Per tutte le aziende: definire una razionalizzazione dei materiali impiegati nella attività.	Tutte le aziende devono definire una razionalizzazione dei materiali impiegati nella attività.	31/12/2021	Controllo e standardizzazione dei materiali effettuati (inadempienza di altre aziende, in particolare asfo	Obiettivo RAGGIUNTO
3.9	Consultori familiari	Percorso nascita: Applicazione dei protocolli aziendali di accompagnamento e dimissioni per le gravidanze in età precoce e i neonati esposti elaborati in ogni azienda sanitaria.	Evidenza e applicazione dei protocolli in ogni azienda sanitaria	31/12/2021	I 4 Consultori Familiari dell'area giuliana hanno condiviso il protocollo elaborato dall'Ospedale Infantile Burlo Garofolo con impegno di applicarlo, per quanto di competenza, nel 100% dei casi Protocollo presente e attivo anche nell'area isontina	Obiettivo RAGGIUNTO.

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
3.9	Consultori familiari	Percorso nascita: Applicazione dei protocolli aziendali di accompagnamento e dimissioni per le gravidanze in età precoce e i neonati esposti elaborati in ogni azienda sanitaria.	Evidenza biennale della casistica 2020-2021 per ogni azienda sanitaria	31/12/2021	Nell'area giuliana 2020 4 casi gravidanze precoci 16-19 2021 2 casi gravidanze precoci 16-19 Nell'area Isontina : 0 neonati esposti, 1 gravidanza in età precoce	Obiettivo RAGGIUNTO
3.9	Consultori familiari	Sostegno alla genitorialità Predisporre strumenti situazionali e specifici materiali per evidenziare le necessità più emergenti della casistica in esame, al fine di migliorare le azioni della rete di presa in carico, in particolare dei Consultori familiari e del Servizio Sociale dei Comuni	Evidenza degli strumenti e materiali attraverso report da inviare in DC Salute (dicembre 2021)	31/12/2021	Conclusione partecipazione ottava implementazione di PIPPI per il Consultorio Familiare di Monfalcone insieme al SSC UTI Carso Isonzo Adriatico e supporto da parte di DC Salute. Il report nazionale si sofferma sulle finalità, strumenti ed esiti di efficacia. A Trieste sono già attivi in ASUGI due protocolli: 1. Protocollo di continuità ASUITS-IRCCS Burlo Garofolo per le gravidanze a rischio psicosociale e sanitario che comprende le gravidanze in età precoce e altre condizioni di rischio che abbisognano di raccordo e continuità assistenziale; 2. Protocollo di Procedure comuni definito nei PdZ tra Comuni (Ambito Triestino e Ambito Carso Giuliano), Azienda Sanitaria e IRCCS Burlo Garofolo per minori in situazione di rischio/tutela. Sia il primo che il secondo protocollo prevedono l'uso di strumenti per la segnalazione reciproca, la valutazione (assessment) della situazione in UVM e l'elaborazione del progetto personalizzato. I casi target sono trattati come da protocolli.	Obiettivo RAGGIUNTO
3.9	Consultori familiari	Sostegno alla genitorialità Attivare gruppi sperimentali di ascolto e confronto tra genitori, in relazione alle diverse fasi evolutive dei figli minori, modulati sugli elementi di specifiche criticità evidenziate, ovvero neo-genitori di casistica con natalità particolare, nuclei con minori vittime di violenza assistita o subita	Evidenza di n° di gruppi di ascolto e confronto tra genitori per ogni azienda sanitaria	31/12/2021	In area isontina sono stati attivati presso il Consultorio Familiare di Gorizia 2 eventi di gruppo rivolti a mamme fragili che si sono tenuti a maggio/giugno e ottobre/novembre 2021 comprensivi di 5 incontri ad evento. Presso il Consultorio Familiare di Monfalcone si è organizzato 1 ciclo di 5 incontri dedicati ai genitori che hanno aderito al progetto PIPPI. Nei Consultori Familiari area giuliana è da tempo attiva l'attività di gruppi per genitori in conflitto per separazione, svolta in collaborazione con l'Associazione Mamme e Papà Separati di Trieste. Il format del gruppo prevede dai 4 ai 6 incontri di tipo psicoeducativo, focalizzati principalmente sul vissuto dei figli di varie età nelle situazioni di separazione e divorzio. Nel corso del 2021 si sono svolti n.4 gruppi per 18 partecipanti.	Obiettivo RAGGIUNTO
3.9	Consultori familiari	Sostegno alla genitorialità Organizzare spazi e momenti di incontro per bambini e adolescenti, anche in collaborazione con i genitori, tesi a migliorare le capacità genitoriali espresse.	Evidenza di n° incontri per bambini e adolescenti per ogni azienda sanitaria	31/12/2021	Nel corso del 2021, nell'ambito del progetto con fondi per le famiglie per i Consultori Familiari, nell'area giuliana si sono svolti 92 incontri di gruppo per genitori e bambini della fascia d'età 0-12, volti a promuovere lo scambio e la socializzazione, e la conoscenza del territorio. In area isontina è stato organizzato 1 gruppo dedicato agli adolescenti sviluppato in 5 incontri paralleli all'attività dedicata ai genitori che hanno fatto parte del progetto PIPPI presso il Consultorio Familiare di Monfalcone	Obiettivo RAGGIUNTO
3.9	Consultori familiari	Sostegno alla genitorialità Attivare specifiche collaborazioni con il Terzo settore a sostegno degli interventi.	Evidenza di protocolli e/o convenzioni con il Terzo settore per ogni azienda sanitaria	31/12/2021	Nei consultori Familiari area giuliana sono attive due convenzioni con associazioni del terzo settore, una legata alla genitorialità adottiva, con l'Associazione Nazionale Famiglie Adottive e Affidatarie e una con l'Associazione Mamme e Papà Separati. In area isontina non sono attivi protocolli e/o convenzioni con il Terzo settore relativamente all'attività dei Consultori Familiari.	Obiettivo RAGGIUNTO
3.9	Consultori familiari	Sostegno alla genitorialità Progettare servizi dedicati a minori e famiglie, aventi carattere di stabilità e in continuità con le azioni attivate	Evidenza di bozze avanzate e/o avvio diretto di specifica progettazione di servizi dedicati a minori e famiglie, anche con particolare multi-	31/12/2021	Nelle SCBADF dell'area giuliana è da tempo attivo il progetto "Un villaggio per crescere", del quale si richiede la stabilizzazione e continuità. Il progetto è rivolto ai genitori di bambini della fascia d'età 0-5 e stimola i genitori e i bambini	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
		nell'ambito della programmazione complessiva, per lo sviluppo delle attività di carattere sociale dei consultori familiari	complessità, aventi carattere di stabilità e continuità.		educandoli al gioco. In area isontina per la multicomplexità di minori è stata la NPI a far decollare a Gorizia un servizio aziendale a carattere di stabilità.	
3.9	Consultori familiari	Adozione Attività di monitoraggio e valutazione dell'iter adottivo per l'adozione nazionale e internazionale	Analisi di casistica adottiva (nazionale e internazionale) e perfezionamento dell'offerta formativa alle coppie aspiranti l'adozione in collaborazione con gli Enti Autorizzati EE.AA. e l'Ufficio Scolastico Regionale	31/12/2021	Nel corso del 2021 è stata esaminata la casistica adottiva rispetto ai consultori dell'intera area ASUGI e attuati n.5 gruppi per coppie aspiranti all'adozione, per un totale di 50 partecipanti, in collaborazione con gli enti autorizzati	Obiettivo RAGGIUNTO
3.9	Consultori familiari	Adozione Consultazione del Tavolo con altri interlocutori del territorio, quali le Associazioni del Terzo Settore e alcuni referenti dell'area minori e famiglia dei SSC riguardo in particolare ai fallimenti adottivi.	Evidenza di n° di incontri e contenuti trattati tramite verbali e report periodico (giugno/dicembre 2021)	31/12/2021	Il Tavolo regionale nel suo complesso nel 2021 non è stato convocato ma sono continuate le attività dei sottogruppi "Fallimenti adottivi " " Formazione insegnanti". A maggio 2021, causa assenze, sono stati ridefiniti i referenti ASUGI al tavolo, distinti per l'Area Giuliana e quella Isontina.Sottogruppo fallimenti adottivi4 incontri da remoto (02/02, 23/03, 21/4, 17/06/2021) – è stata revisionata la scheda "Fattori di rischio e di protezione" alla luce delle prime sperimentazioni. Sulla base delle osservazioni e criticità riportate è stata elaborata una nuova versione da sottoporre al tavolo regionale. Si concorda di proseguire nel frattempo a continuare ad utilizzare il format precedente approvato dal tavolo regionale (verbali disponibili al servizio).In relazione all'attività di revisione della scheda, si sono svolti inoltre due incontri da remoto (21/04 e 20/05/2021) tra operatori dei Consultori della regione.Sottogruppo formazione insegnanti Incontro da remoto il 23/2/2021 per redigere una proposta formativa per le scuole per l'anno scolastico in corso. Sono state organizzate due giornate di formazione on line a livello regionale (26/4 e 3/5/2021) a cui hanno partecipato 94 tra dirigenti scolastici e insegnanti. Incontro da remoto il 19/10 con presentazione della bozza di programma di formazione per l'anno scolastico 2021/2022Non sono stati redatti i verbali, ma messi a disposizione i programmi di formazione proposti.	Obiettivo RAGGIUNTO
3.9	Consultori familiari	Adozione Applicazione della Tabella dei fattori di rischio nelle famiglie con figli adottati elaborata dal sottogruppo di lavoro "Fallimenti adottivi"	Attendibilità di applicazione in tutte le aziende sanitarie	31/12/2021	Nel 2020 e 2021 complessivamente i consultori di ASUGI hanno seguito l'inserimento di 11 bambini in 9 nuclei famigliari, tutti nell'ambito dell'adozione internazionale. La scheda è stata utilizzata in tutti i casi e sono state rilevate alcune criticità: alcuni item comportano una valutazione poco oggettiva; altri possono essere ritenuti fattori di rischio ma anche di protezione; complesso l'uso in caso di fratrie. Si rileva che la situazione sanitaria mondiale dovuta alla pandemia ha comportato anche nel 2021 una riduzione degli inserimenti in famiglia di bambini sia nell'ambito dell'adozione internazionale che in quella nazionale. Bambini inseriti in famiglia 2020/2021 Nuove crisi di nuclei con figli adottati 2021CF1 0 0 CF2 6 (4 nuclei/6 minori) 0 CF3 0 0 CF4 1 0Basso Isontino 2 0 Alto isontino 2 0TOTALE 11 0Nessun caso nuovo di crisi di nuclei con figli adottati ha richiesto l'intervento dei Consultori ASUGI. La scheda è stata applicata nel 100% dei casi di bambini (n. 11) adottati inseriti in famiglia nel 2020 e 2021.Si è inoltre voluto verificare la possibilità di utilizzare la scheda anche in altre fasi del percorso di adozione, sperimentandone l'uso a conclusione degli studi di coppia. Studi di Coppia conclusi 2021CF1 2 CF2 1 CF3 3 CF4 1Basso Isontino 0 Alto isontino 5TOTALE 11Sebbene in questa fase del percorso l'uso	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
					della scheda dei "Fattori di rischio e di protezione" elaborata dal sottogruppo di lavoro "Fallimenti adottivi" del Tavolo di coordinamento regionale sia risultato poco significativo, si è convenuto che complessivamente la scheda potrebbe essere interessante e utile in senso prospettico. Somministrata al momento dello studio di coppia e poi portata avanti nel tempo nelle varie fasi potrebbe rappresentare un valido strumento per una valutazione temporale/storica dei fattori di rischio, inserendo per gli item critici quali interventi si sono messi in atto e con che esito.	
3.9	Consultori familiari	Violenza contro le donne Avvio di programmi e interventi volti all'intercettazione degli autori di violenza per una prima valutazione del rischio e della presa in carico in rete, da attuarsi attraverso una co-progettazione con le Associazioni/Enti del Terzo Settore attivi sul territorio in materia di contrasto alla violenza di genere, i Servizi Sociali e Sanitari, i Centri Antiviolenza, gli Organi Giudiziari, le Forze dell'Ordine	Attivazione gruppi di lavoro a tema, con la partecipazione della rete antiviolenza dei Servizi socio-sanitari, degli Enti preposti, degli Organi di Polizia, della Magistratura e del Terzo settore (Associazioni per uomini autori di violenza e per donne/minori vittime) PDTA per l'intercettazione degli autori di violenza e delle vittime di violenza subita e assistita per la valutazione del rischio.	31/12/2021	Nell'area giuliana sono attive da tempo le "linee guida per la gestione dei rapporti padre-figli in situazione di violenza domestica nel tempo che intercorre tra l'allontanamento volontario della mamma con il/la bambino/a e l'emissione di provvedimenti giudiziari" Delibera ASUITS Direzione dei Servizi sociosanitari -493 REG. DEC. sottoscritte in integrazione con il Centro Antiviolenza Goap, il Comune di Trieste e l'associazione Interpares per gli uomini autori di violenza domestica. Tale protocollo ha come target una casistica ristretta. Esiste invece una pratica di presa in carico degli autori di violenza all'interno della collaborazione con i comuni (cfr. Protocollo di Procedure comuni definito nei PdZ tra Comuni (Ambito Triestino e Ambito Carso Giuliano), Azienda Sanitaria e IRCCS Burlo Garofolo per minori in situazione di rischio/tutela e con l'associazione Inter Pares. La rete isontina di contrasto alla violenza domestica e di genere ha ritenuto, per l'anno 2021, di sviluppare il tema inerente l'elaborazione dei dati acquisiti da ciascun soggetto della rete antiviolenza. Pertanto non è stato possibile avviare insieme programmi da rivolgere agli autori di violenza.	Obiettivo RAGGIUNTO
3.9	Consultori familiari	Violenza contro le donne Predisposizione e avvio di punti di ascolto aziendali per l'invio e la presa in carico, degli autori di violenza.	N° interventi di accesso e invio di casistica di violenza Obiettivo prescritto anche ad ASFO con DGR 1683 del 8/11/2021	31/12/2021	Nel corso del 2022 i consultori Familiari di ASUGI giuliana hanno preso in carico complessivamente almeno 50 nuclei familiari per violenza domestica conclamata, compresi gli autori di violenza per valutazione e indirizzo, ed eventuale invio ai punti di ascolto deputati (Inter Pares e/o altre associazioni a livello regionale)	Obiettivo RAGGIUNTO
4.1	Non autosufficienza	Fondo non Autosufficienza: Assicurare il corretto utilizzo delle risorse destinate del Fondo nazionale per la non autosufficienza attraverso la certificazione delle persone in condizione di disabilità gravissima	Per tutte le persone valutate in sede di UVM sono raccolte le informazioni previste ai sensi dell'art. 3 del DM 26 settembre 2016 per certificare la condizione di disabilità gravissima.	31/12/2021	Tutte le persone con contributi Fondo SLA e Fondo Gravissimi sono valutate e sono state raccolte le informazioni per certificare la condizione di disabilità gravissima. Per il 2022 estendiamo anche alle persone con contributo FAP	Obiettivo RAGGIUNTO
4.1	Non autosufficienza	Sperimentazione budget di salute a domicilio Promuovere e sostenere l'utilizzo del budget di salute a sostegno di progetti personalizzati rivolti a persone non autosufficienti assistite a domicilio	Le aziende hanno creato le condizioni per attuare quanto previsto dagli indirizzi regionali con apposita DGR	31/12/2021	DA diversi anni in area giuliana è presente un regolamento per la definizione di BDS con progetti personalizzati a domicilio di persone non autosufficienti o fragili. È stato distanziato ogni anno un budget specifico distrettuale per il finanziamento dei progetti. Dal 2020 ASUGI partecipa al progetto vVigour per l'attivazione di BDS direttamente da PS.	Obiettivo RAGGIUNTO
4.2	Anziani	Progetti di abitare inclusivo Promuovere, avviare, attuare e monitorare i progetti di abitare inclusivo	Tutti i progetti di abitare inclusivo autorizzati dalla Regione sono attuati previa stipula di apposita convenzione tra i soggetti coinvolti;	31/12/2021	Tutti i progetti di abitare inclusivo dell'ASUGI autorizzati dalla Regione sono stati attuati previa stipula di apposita convenzione (9 in totale, 8 Domiciliarità innovativa e una di Abitare possibile) tra i soggetti coinvolti, vedi relazione .	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
4.2	Anziani	Progetti di abitare inclusivo Promuovere, avviare, attuare e monitorare i progetti di abitare inclusivo	Attivazione del budget di salute per tutte le persone anziane non autosufficienti inserite nelle sperimentazioni di abitare inclusivo Obiettivo prescritto anche ad ASUFC con DGR 1683 del 8/11/2021	31/12/2021	Attivati i budget di salute per tutte le persone anziane non autosufficienti inserite nelle sperimentazioni nel corso del 2021. In totale 8 , di cui uno nel corso del 2021	Obiettivo RAGGIUNTO
4.2	Anziani	Prima 7Sviluppo della seconda fase del Programma-intervento consistente nella sorveglianza leggera e presa in carico anticipata degli anziani individuati quali potenzialmente fragili.	Le AAS definiscono i contenuti della seconda fase del programma - intervento di sorveglianza attiva rivolto alla popolazione anziana a rischio di fragilità, anche alla luce della epidemia sanitaria, con indicazione del numero di anziani coinvolti, gli interventi programmati e i risultati attesi;	31/12/2021	I distretti di ASUGI hanno partecipato agli incontri previsti (27/10 11/11 2021 per uniformare gli interventi.	Obiettivo RAGGIUNTO
4.2	Anziani	Prima 7Sviluppo della seconda fase del Programma-intervento consistente nella sorveglianza leggera e presa in carico anticipata degli anziani individuati quali potenzialmente fragili.	Le AAS svolgeranno le attività connesse alla fase di screening rivolta agli anziani non ancora coinvolti.	31/12/2021	I Distretti di ASUGI hanno effettuato un primo screening dei data base pervenuti riguardanti gli utenti di pertinenza, attraverso i canali aziendali.	Obiettivo RAGGIUNTO
4.2	Anziani	Sistema informativo integrato a supporto della presa in carico Istituzione di un gruppo tecnico a livello regionale per la definizione dei contenuti progettuali	Partecipazione al gruppo tecnico a livello regionale per la definizione dei contenuti progettuali	31/12/2021	ASUGI ha partecipato ai tavoli di lavoro regionali per la predisposizione dei contenuti progettuali	Obiettivo RAGGIUNTO
4.2	Anziani	Sistema informativo integrato a supporto della presa in carico Definizione del documento progettuale che includa tutte le caratteristiche e le modalità del sistema per la definizione del Capitolato	Evidenza del documento entro il 31.12.2021	31/12/2021	Il documento è stato elaborato	Obiettivo RAGGIUNTO
4.2	Anziani	Rafforzare l'integrazione socio-sanitaria e l'accesso unitario alla rete dei servizi Aumentare l'accessibilità e la funzione dei PUA a livello integrato (sistema sociale e sistema sanitario, anche con l'eventuale collaborazione delle ASP)	Evidenza di un accordo formale tra SSC e Distretto per definire le sinergie in termini di modalità operative e risorse	31/12/2021	E' presente un accordo formale tra SSC dell'Ambito Carso Isonzo Adriatico e Distretto basso Isontino. E presente un Accordo formale tra SSC dell'Ambito Collio-Alto Isonzo e Distretto Alto Isontino	Obiettivo RAGGIUNTO
4.2	Anziani	Monitoraggio e promozione della qualità nelle residenze per anziani Garantire la prosecuzione del programma di monitoraggio e promozione della qualità nelle residenze per anziani	Sono effettuate almeno 2 visite di audit approfondite per azienda;	31/12/2021	Le attività di audit sono proseguite come da indicatore	Obiettivo RAGGIUNTO
4.2	Anziani	Monitoraggio e promozione della qualità nelle residenze per anziani	E' stata redatta e trasmessa entro il primo semestre del 2021 la relazione	30/06/2021	La relazione illustrativa relativa alle attività svolte nel corso dell'anno 2020 è stata trasmessa con nota prot. n.59957 dd. 30,06,2021	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
		Garantire la prosecuzione del programma di monitoraggio e promozione della qualità nelle residenze per anziani	illustrativa relativa alle attività svolte nel corso dell'anno 2020.			
4.2	Anziani	Verifiche sul personale in servizio nelle residenze per anziani convenzionate con il SSRMigliorare l'attività di vigilanza e controllo sul personale delle residenze per anziani convenzionate	Le Aziende verificano che tutte le Residenze per anziani convenzionate implementino i dati di presenza del personale entro 3 mesi dal rilascio del nuovo sistema da parte della Regione.	entro 3 mesi dal rilascio del nuovo sistema	I Distretti verificano che tutte le Residenze per anziani convenzionate implementino i dati di presenza del personale entro 3 mesi dal rilascio del nuovo sistema da parte della Regione. La proposta di valutazione del referente regionale è di stralcio dell'obiettivo in quanto le attività descritte non sono ascrivibili all'obiettivo come formulato nelle linee di gestione (DGR 189/2021), che comunque è stato ritenuto non raggiungibile per causa non imputabile all'Azienda sanitaria (mancato rilascio, da parte della Regione, di un sistema di rilevazione delle presenze che consenta alle Aziende l'accertamento, in tempo reale, degli operatori presenti in struttura).	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
4.2	Anziani	Posti letto convenzionati nelle residenze per anziani Garantire la riassegnazione dei posti letto già convenzionati divenuti disponibili a seguito di chiusura o riduzione del numero di posti letto autorizzati in strutture residenziali per anziani	Gli eventuali posti letto convenzionabili disponibili sono stati riassegnati.	31/12/2021	Non risulta evidenza di posti letto disponibili riassegnabili nel 2021. La assegnazione è stata conclusa nel 2020	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
4.2	Anziani	Teleassistenza domiciliare: Migliorare l'appropriatezza del servizio di teleassistenza e la presa in carico delle persone	Viene prodotto e condiviso con i referenti aziendali il primo piano di verifica e di miglioramento del servizio (ai sensi della DGR n.161 del 07.02.2020)	31/12/2021	L'attività è stata portata avanti per la parte di competenza	Obiettivo RAGGIUNTO
4.2	Anziani	Teleassistenza domiciliare Migliorare l'appropriatezza del servizio di teleassistenza e la presa in carico delle persone	L'utilizzo del portale dedicato alla gestione e monitoraggio del servizio è in graduale aumento (rispetto all'anno precedente)	31/12/2021	I Distretti hanno garantito con regolarità l'utilizzo del portale per la gestione del servizio	Obiettivo RAGGIUNTO
4.3	Disabilità	Sperimentazione percorsi innovativi: Promuovere e sostenere l'innovazione dei servizi attraverso la sperimentazione di percorsi innovativi	Le AAS hanno accolto eventuali richieste di partenariato da parte di soggetti interessati finalizzate alla costruzione condivisa di proposte progettuali;	31/12/2021	Attuazione del progetto sperimentale The Border (Asugi e Comune di Gorizia) per la realizzazione di un servizio diurno per adolescenti e giovani infra 21 anni ad alta integrazione socio sanitaria	Obiettivo RAGGIUNTO
4.3	Disabilità	Sperimentazione percorsi innovativi: Promuovere e sostenere l'innovazione dei servizi attraverso la sperimentazione di percorsi innovativi	Le AAS, valutata l'opportunità di proseguire in tal senso, hanno costruito in partenariato e presentato in veste di soggetto capofila le proposte progettuali all'Amministrazione regionale.	31/12/2021	Non avviata in assenza di proposte progettuali di soggetti interessati nel territorio	Obiettivo NON RAGGIUNTO
4.3	Disabilità	Sperimentazione percorsi innovativi: Assicurare la Valutazione Multi Dimensionale a tutte le persone prese in carico	Le AAS hanno identificato, attraverso il raccordo con gli Enti Gestori dei servizi per la disabilità, le persone da valutare con Q-VAD;	31/12/2021	Tutti le persone con disabilità in carico che frequentano strutture residenziali e semiresidenziali sono stati valutati con Q-VAD (parte sanitaria) valutazione per i nuovi accolti in accordo con l'Ente Gestore con modalità informale	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
4.3	Disabilità	Sperimentazione percorsi innovativi: Assicurare la Valutazione Multi Dimensionale a tutte le persone prese in carico	Tutte le persone in carico ai servizi residenziali e semiresidenziali sono state ri-valutate con lo strumento Q-VAD (parte sanitaria);	31/12/2021	Tutte le persone con disabilità in carico che frequentano servizi residenziali e semiresidenziali sono stati rivalutati con la Q-VAD	Obiettivo RAGGIUNTO
4.3	Disabilità	Sperimentazione percorsi innovativi: Assicurare la Valutazione Multi Dimensionale a tutte le persone prese in carico	Tutte le persone in carico alle sperimentazioni sono state valutate con lo strumento Q-VAD;	31/12/2021	A causa dell'emergenza covid l'attività ha subito rallentamenti	Obiettivo NON VALUTABILE(STRALCIO)
4.3	Disabilità	Sperimentazione percorsi innovativi: Assicurare la Valutazione Multi Dimensionale a tutte le persone prese in carico	Tutti i nuovi accessi sono sottoposti alla valutazione con Q-VAD.	31/12/2021	A causa dell'emergenza covid l'attività ha subito rallentamenti	Obiettivo NON VALUTABILE(STRALCIO)
4.3	Disabilità	Sperimentazione percorsi innovativi: Promuovere e sostenere percorsi innovativi atti ad assicurare i trattamenti socio-riabilitativi sperimentali a favore di persone con disabilità utilizzando lo strumento del budget di salute (quota sanitaria).	Progetti personalizzati sperimentali attivati e co- finanziati.	31/12/2021	Nel 2021 sono stati attivati progetti innovativi con budget di salute (quota sanitaria) a 10 persone per Abitare Possibile e a 4 persone per domiciliarità innovativa	Obiettivo RAGGIUNTO
4.3	Disabilità	Sicurezza cure farmacologiche Condurre e valutare attività sperimentali finalizzate a gestire in sicurezza il processo di somministrazione e di aiuto all'assunzione della terapia farmacologica per le persone con disabilità accolte nei servizi residenziali e semiresidenziali con l'utilizzo di un applicativo dedicato	Nella sperimentazione sono coinvolte almeno due strutture per AAS	31/12/2021	Il risultato è stato raggiunto, anche se si è reso necessario identificare una struttura dell'Area Giuliano-isontina diversa da quella individuata precedentemente. Le strutture sono il CEST (area Giuliana) e la struttura CISI di Begliano (Area Isontina)	Obiettivo RAGGIUNTO
4.3	Disabilità	Sicurezza cure farmacologiche Condurre e valutare attività sperimentali finalizzate a gestire in sicurezza il processo di somministrazione e di aiuto all'assunzione della terapia farmacologica per le persone con disabilità accolte nei servizi residenziali e semiresidenziali con l'utilizzo di un applicativo dedicato	Tutti gli operatori impiegati nella struttura inclusa nella sperimentazione sono inseriti nei percorsi formativi	31/12/2021	ASUGI ha espletato tutte le procedure organizzative e di accreditamento per la Formazione Residenziale che ha visto coinvolte tutte le aziende del FVG coinvolte nel progetto e gli operatori delle Strutture residenziali e semiresidenziali. La seconda struttura di ASUGI, identificata in seguito al corso del 13/15, ha visto espletare le procedure organizzative ed in parte frequentato la Formazione sul campo di recupero; la rimanenza degli operatori la farà nel 2022.	Obiettivo RAGGIUNTO
4.3	Disabilità	Sicurezza cure farmacologiche Condurre e valutare attività sperimentali finalizzate a gestire in sicurezza il processo di somministrazione e di aiuto all'assunzione della terapia farmacologica per le persone con disabilità accolte nei servizi residenziali	Report finale di valutazione della sperimentazione a cura del referente aziendale	31/12/2021	La sperimentazione non è stata attivata causa Covid, come in tutte le strutture della regione FVG. La stessa è stata di concerto riproposta nelle linee progettuali per il 2022. Report inviato indicando quali i centri identificati, il n° di operatori e/o qualifica, le procedure previste in Decreto ((1: Rif. Prot. n. 0028275/P_dd. 15.10.2021; 2: Rif. Prot. n. 0028275/P_dd. 15.10.2021;3: Rif. Prot. n. 119708/P_dd.28,12,2021).(vedi DGR 54/2022	Obiettivo NON VALUTABILE(STRALCIO)

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
		e semiresidenziali con l'utilizzo di un applicativo dedicato				
4.3	Disabilità	Sicurezza cure farmacologiche Condurre e valutare attività sperimentali finalizzate a gestire in sicurezza il processo di somministrazione e di aiuto all'assunzione della terapia farmacologica per le persone con disabilità accolte nei servizi residenziali e semiresidenziali con l'utilizzo di un applicativo dedicato	Incident reporting: assenza di eventi o quasi eventi	31/12/2021	La sperimentazione non è stata attivata causa Covid, come in tutte le strutture della regione FVG, da cui l'impossibilità nel monitorare eventi o quasi eventi secondari all'aiuto all'assunzione a carico di personale non sanitario. (vedi DGR 54/2022	Obiettivo NON VALUTABILE(STRALCIO)
4.3	Disabilità	Sicurezza cure farmacologiche Condurre e valutare attività sperimentali finalizzate a gestire in sicurezza il processo di somministrazione e di aiuto all'assunzione della terapia farmacologica per le persone con disabilità accolte nei servizi residenziali e semiresidenziali con l'utilizzo di un applicativo dedicato	Ogni Azienda Sanitaria ha trasmesso alla direzione centrale il report con l'esito della sperimentazione condotta in almeno due strutture	31/12/2021	La sperimentazione non è stata attivata causa Covid, come in tutte le strutture della regione FVG, anche se sono state inviate n°3 relazioni (1: Rif. Prot. n. 0028275/P_dd. 15.10.2021; 2: Rif. Prot. n. 0028275/P_dd. 15.10.2021;3: Rif. Prot. n. 119708/P_dd.28,12,2021), le stesse portano in evidenza le azioni messe in atto per attivare la sperimentazione, interrotta per emergenza Covid (come da nota inviata a mezzo mail in data 15/12/2021),(vedi DGR 54/2022	Obiettivo NON VALUTABILE(STRALCIO)
4.4	Minori	Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata dei minori con bisogni sociosanitari Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata	Per ogni minore accolto in struttura viene effettuata la valutazione con gli strumenti previsti;	31/12/2021	100% Nel 2021 19 sono stati gli inserimenti in strutture residenziali relativi a minori in carico alle SC BADOF. Sempre nel 2021 gli inserimenti in strutture residenziali di minori in carico alla SC NPI dell'area isontina sono stati 7. Per ogni minore inserito in struttura è stata effettuata una valutazione multidimensionale.AREA GIULIANA NEL 2021 19 inserimenti in strutture residenzialiDISTRETTO 1: nel 2021 2 progetti personalizzati con valutazione multidimensionale (nessun inserimento in regione e 2 Fuori regione)DISTRETTO 2: nel 2021 0 inserimenti (nessun inserimento in comunità FUORI REGIONE e nessun inserimento in regione)DISTRETTO 3: nel 2021 13 progetti personalizzati con valutazione multidimensionale (7 Fuori regione e 6 in regione)DISTRETTO 4: nel 2021 4 progetti personalizzati con valutazione multidimensionale(1 Fuori Regione e 3 in regione)AREA ISONTINA Nel 2021 7 progetti personalizzati con valutazione multidimensionale di cui 3 a Monfalcone (2 Fuori Regione e 1 in regione) e 4 a Gorizia (2 Fuori Regione e 2 in Regione)	Obiettivo RAGGIUNTO
4.4	Minori	Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata dei minori con bisogni sociosanitari Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata	Tutti i minori valutati dispongono del relativo profilo di bisogno così come indicato nelle linee di indirizzo	31/12/2021	100% dei minori valutati dispongono del relativo profilo di bisogno così come indicato nelle linee di indirizzo.AREA GIULIANA NEL 2021 19 inserimenti in strutture residenziali: tutti i soggetti hanno un progetto personalizzato con profilo di bisogno.DISTRETTO 1: nel 2021 2 progetti con profilo di bisogno di cui 2 fuori regione (1 a profilo moderato ed 1 a profilo elevato) e 0 in regioneDISTRETTO 2: nel 2021 0 inserimenti DISTRETTO 3: nel 2021 13 progetti con profilo di bisogno (4 a profilo moderato e 3 a profilo elevato) e 6 in regione (2 a profilo moderato e 4 di profilo elevato); DISTRETTO 4: nel 2021 4 progetti con profilo di bisogno (1 a profilo elevato Fuori Regione e 3 a profilo moderato in regione).AREA ISONTINA Nel 2021 7 progetti con profilo di bisogno di cui 3 per soggetti di Monfalcone (2 Fuori Regione con profilo elevato e 1 in regione con	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
					profilo elevato) e 4 per soggetti di Gorizia (2 Fuori Regione con profilo elevato e 2 in Regione con profilo elevato)	
4.4	Minori	Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata dei minori con bisogni socio-sanitari Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata	Tutti i minori accolti nelle strutture residenziali e semi-residenziali dispongono di un progetto personalizzato per la presa in carico integrata	31/12/2021	100% dei minori inseriti nelle strutture residenziali e semi-residenziali dispongono di progetto personalizzato per la presa in carico integrata.AREA GIULIANA NEL 2021 19 inserimenti in strutture residenzialiDISTRETTO 1: nel 2021 2 progetti personalizzati per la presa in carico integrata condivisi con SSC (2 inserimenti Fuori regione e nessun inserimento in regione) DISTRETTO 2: nel 2021 10 inserimenti (nessun inserimento in comunità fuori regione e nessun inserimento in regione)DISTRETTO 3: nel 2021 13 progetti personalizzati per la presa in carico integrata condivisi con SSC (7 Fuori regione e 6 in regione)DISTRETTO 4: nel 2021 4 progetti personalizzati per la presa in carico integrata condivisi con SSC (1 Fuori Regione e 3 in regione)I progetti personalizzati relativi ai soggetti inseriti nei Centro Diurno ASUGI area giuliana rivisti nel 2021 sono stati complessivamente 161AREA ISONTINA Nel 2021 7 progetti personalizzati per la presa in carico integrata condivisi con SSC (a Monfalcone 3 (2 Fuori Regione e 1 in regione) e a Gorizia 4 (2 Fuori Regione e 2 in Regione) I progetti personalizzati relativi ai soggetti inseriti nei Centro Diurno ASUGI area isontina rivisti nel 2021 sono stati complessivamente 73	Obiettivo RAGGIUNTO
4.4	Minori	Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata dei minori con bisogni socio-sanitari Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata	Riduzione del numero di minori inseriti in strutture residenziali fuori regione	31/12/2021	Nel 2021 risulta aumentato il numero di minori inseriti in strutture residenziali fuori regione da 10 a 14 (10 nel 2021 e 6 nel 2020 in area giuliana e 4 in area isontina)Per l'area giuliana:D1 Minori in comunità terapeutica fuori regione: 1 + 1 rientrata il 25/6/21Minori in comunità riabilitativa in regione: 0D2 Minori in comunità terapeutica fuori regione: 0Minori in comunità riabilitativa in regione: 0Minore inserito presso IRCSS Medea autismo; Minore inserita presso ANFASS PN disabilità grave:1D3 Minori in comunità terapeutica fuori regione: 2Minori in comunità riabilitativa in regione: 4sanità penitenziaria fuori regione 1D4 Minori in comunità riabilitativa fuori regione: 1Minori in comunità riabilitativa in regione: 0Per l'area isontina risultano inseriti in strutture residenziali regionali 7 minori (3 in comunità socio educative e 4 in comunità ed. riabilitative integrate). Fuori regione risultano inseriti 4 minori (2 in comunità ed riabilitative integrate e 2 in comunità terapeutiche. Anche a causa COVID le richieste di collocamento in comunità per minori, anche con problematiche che richiedono interventi di tipo sanitario, sono aumentate e l'offerta regionale non è risultata sufficiente a garantirne l'accoglienza	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
4.4	Minori	Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata dei minori con bisogni socio-sanitari Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata	Numero di budget personali sostenuti con il budget di salute (quota sanitaria) attivati per minori afferenti all'area della neuro-psichiatria infantile	31/12/2021	I BDS (budget di salute) sostenuti da ASUGI nel 2021 sono stati 15: i BDS individuali attivati nel 2021 sono stati 11 nell'area giuliana e 4 nell'area isontinaDISTRETTO 1: 4 BDS DISTRETTO2: 2 BDS DISTRETTO3: 3 BDSDISTRETTO4: 2 BDSArea Giuliana 11 BDS individuali attivatiArea Isontina: 4 BDSTOTALE: 15 BDS individuali in ASUGINel 2021 presso ASUGI sono state attivate 196 ore/sett per BDS di gruppo di cui 100 ore alla settimana per i BDS rivolti agli adolescenti presso il Centro Diurno di Trieste e 96/sett presso il Centro Diurno di Gorizia	Obiettivo RAGGIUNTO
4.4	Minori	Potenziare le capacità di intercettazione precoce di condizioni di fragilità nello sviluppo dei bambini 03 anni e nelle competenze dei loro genitori	Ciascuna AS e ASU forma due operatori della NPIA o del Consultorio sull'utilizzo degli strumenti PICCOLO e ASQ-3	31/12/2021	L'Area Welfare ha partecipato all'organizzazione e alla realizzazione dell'intervento formativo sugli strumenti Piccolo e ASQ-3, in collaborazione con l'Università di Padova e la Direzione Centrale salute, che si è svolto il 25/11/2021)	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
4.4	Minori	Potenziare le capacità di intercettazione precoce di condizioni di fragilità nello sviluppo dei bambini 03 anni e nelle competenze dei loro genitori	Ciascuna AS e ASU individua due nuclei familiari fragili in carico alla propria NPIA o Consultorio da valutare con gli strumenti PICCOLO e ASQ-3	31/12/2021	Non sono stati selezionati casi riferibili alla fascia indicata. Non è stata realizzata la formazione prevista e non è stato possibile utilizzare gli strumenti in quanto ancora da validarsi a livello nazionale.	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
4.5	Salute mentale	Percorso integrato di presa in carico e di cura dei disturbi mentali nella transizione dall'età evolutiva a quella adulta, in coerenza con quanto previsto dal Piano di Salute Mentale Infanzia Adolescenza ed Età Adulta (DGR 732/2018, par.6.1.5.2)	Trasmissione alla Direzione centrale salute del percorso di transizione delle cure dalle strutture per l'età evolutiva a quelle dell'adulto entro il 31/12/2021	31/12/2021	Il documento è stato inoltrato a tutti i soggetti interessati e alla direzione strategica in data 16/12/2021 per avviare le procedure di adozione, e invio alla DCS.	Obiettivo RAGGIUNTO
4.5	Salute mentale	Valutazione budget individuali di salute follow up Consolidare l'attività di valutazione degli esiti dei progetti terapeutici riabilitativi personalizzati delle persone titolari di Budget Individuali di Salute attraverso la realizzazione delle attività di follow up a tre anni (T2)	Trasmissione alla Direzione, entro il 31.07.201 delle schede di valutazione sintetiche contenenti Honos Short version-12 item e realtve al campione di riferimento	31/07/2021	E' stato trasmesso alla DCS il report con l'estratto dei risultati relativi alle Honos del campione di riferimento del DSM di ASUGI. Mail trasmessa all'indirizzo morena.furlan@regione.fvg.it, riscontro dimostrabile.	Obiettivo RAGGIUNTO
4.5	Salute mentale	Sistema informativo Point Psm: Miglioramento del prodotto e della qualità dei dati nell'impiego del nuovo gestionale per la Salute Mentale	Partecipazione dei referenti per il sistema informativo dei DSM ai Tavoli Tecnici Regionali	31/12/2021	I referenti del DSM di ASUGI hanno sempre partecipato ai tavoli tecnici regionali	Obiettivo RAGGIUNTO
4.5	Salute mentale	Sistema informativo Point Psm Utilizzo della funzionalità di Point pSM relativa allo strumento del Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato	Inserimento del Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato in Point pSM, a conclusione dei lavori di strutturazione e rilascio della funzionalità dedicata, per almeno il 75% delle persone in carico con bisogni complessi, entro il 31.12.	31/12/2021	I criteri per l'individuazione del target sono stati definiti a livello regionale e adottati a ottobre 2021. Ne mesi rimanenti è stata fatta la formazione del personale e l'inserimento in POINT dei PTRI. Attività realizzata per la parte di competenza	Obiettivo RAGGIUNTO
4.5	Salute mentale	Sviluppo programmi recovery oriented Promuovere le policy e le progettualità recovery oriented	I programmi recovery oriented, con il coinvolgimento di stakeholders, peer support workers e associazioni di familiari, sono parte integrante dell'offerta sociosanitaria dei DSM (Report 31.12)	31/12/2021	1. Sono stati realizzati 4 percorsi formativi con la partecipazione delle persone con esperienza. 2. Avviati 5 progetti peer to peer. E' disponibile specifico report	Obiettivo RAGGIUNTO
4.5	Salute mentale	Valutazione della qualità inserimento lavorativo (QUIL): Adesione alla sperimentazione QUIL regionale e utilizzo della scheda di valutazione dei percorsi di inserimento lavorativo.	Partecipazione degli operatori referenti per la formazione e l'inserimento lavorativo alle iniziative regionali dedicate e alle attività valutative del singolo percorso (Report 31.12)	31/12/2021	Il tavolo regionale non è stato convocato.	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
4.6	Dipendenze	Presa in carico delle persone con problemi di dipendenza: Sviluppo e consolidamento di interventi finalizzati al miglioramento della presa in carico	Redazione di PTRI per tutti gli utenti under 25 presi in carico con bisogni complessi;	31/12/2021	Il DDD (Dipartimento delle Dipendenze) ha definito preliminarmente in un documento dipartimentale i criteri per definire i bisogni complessi dell'utenza target. Nel periodo di riferimento sono stati presi in carico con PTRI n. 31 utenti (disponibile documento dipartimentale con elenco utenti con PTRI)	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
		delle persone con problemi di dipendenza patologica				
4.6	Dipendenze	Presenza in carico delle persone con problemi di dipendenza: Sviluppo e consolidamento di interventi finalizzati al miglioramento della presa in carico delle persone con problemi di dipendenza patologica	Budget di salute attivati;	31/12/2021	Il DDD ha preliminarmente formalizzato un documento sulla sperimentazione dello strumento del budget di salute (Criteri di inclusione; Partnership e risorse della rete; Prestazioni erogabili; Modalità di attivazione; Monitoraggio e verifica dei progetti personalizzati; Fonti di finanziamento) Sono stati attivati n. 10 budget di salute	Obiettivo RAGGIUNTO
4.6	Dipendenze	Presenza in carico delle persone con problemi di dipendenza: Sviluppo e consolidamento di interventi finalizzati al miglioramento della presa in carico delle persone con problemi di dipendenza patologica	Esecuzione di test per prevenire e ridurre il rischio di acquisizione e trasmissione delle malattie correlate a comportamenti a rischio sul 70% delle persone testabili con dipendenza da sostanze stupefacenti;	31/12/2021	Su un totale di n. 739 utenti con dipendenza da sostanze stupefacenti testabili è stato assicurato lo screening sierologico come previsto dal protocollo regionale PIT a n. 522 persone, pari al 70,64%.	Obiettivo RAGGIUNTO
4.6	Dipendenze	Presenza in carico delle persone con problemi di dipendenza: Sviluppo e consolidamento di interventi finalizzati al miglioramento della presa in carico delle persone con problemi di dipendenza patologica	Stesura di accordi operativi con specialisti epatologi/infettivologi per aumentare l'accesso alle cure con farmaci antivirali DAA dei pazienti con dipendenza ed epatite C;	31/12/2021	Gli accordi operativi sono stati aggiornati attraverso la formalizzazione dell'"Istruzione operativa per la gestione dei percorsi di continuità assistenziale per pazienti con dipendenza e con epatite hcv fra dipartimento delle dipendenze, s.c. malattie infettive e clinica patologie del fegato"	Obiettivo RAGGIUNTO
4.6	Dipendenze	Presenza in carico delle persone con problemi di dipendenza: Sviluppo e consolidamento di interventi finalizzati al miglioramento della presa in carico delle persone con problemi di dipendenza patologica	Almeno 1 progetto per azienda per favorire la cessazione del fumo tra gli operatori.	31/12/2021	Realizzazione del progetto aziendale "Operatori della salute liberi da fumo", di cui alla delibera n 958 del 20/12/19, sospeso a causa della pandemia.	Obiettivo RAGGIUNTO
4.6	Dipendenze	Problematiche alcolcorrelate e disturbi correlati al gioco d'azzardo: Promuovere l'integrazione tra servizi pubblici ed il terzo settore per supportare la rete di cura per i soggetti con problematiche alcolcorrelate e per le persone inserite in percorsi residenziali nelle strutture regionali	Rilevazione delle criticità emerse nel territorio e stesura del piano di intervento;	31/12/2021	E' stato inviato al Direttore del DDD il documento che sintetizza: - le criticità emerse nel territorio di ASUGI relative all'integrazione tra servizi pubblici e terzo settore; - il piano di intervento condiviso tra servizio pubblico e associazioni per supportare la rete di cura per i soggetti con problematiche alcol correlate (presenza di documento di sintesi sulle criticità ed il piano di intervento)	Obiettivo RAGGIUNTO
4.6	Dipendenze	Problematiche alcolcorrelate e disturbi correlati al gioco d'azzardo: Promuovere l'integrazione tra servizi pubblici ed il terzo settore per supportare la rete di cura per i soggetti con problematiche alcolcorrelate e per le persone inserite in percorsi residenziali nelle strutture regionali	Adozione di concerto con le strutture residenziali regionali di una scheda in invio comprensiva della valutazione diagnostica.	31/12/2021	E' stata condivisa a livello regionale la scheda di invio ed è stata utilizzata nel 100% degli utenti inviati/accolti	Obiettivo RAGGIUNTO
4.6	Dipendenze	Problematiche alcolcorrelate e disturbi correlati al gioco d'azzardo: Aumentare gli interventi territoriali di prevenzione in	Incremento del numero di persone contattate nell'attività di accoglienza, informazione e orientamento per la	31/12/2021	Al fine di potenziare l'attività territoriale d'informazione e orientamento sui percorsi terapeutici del disturbo da gioco d'azzardo, per contrastare il bisogno sommerso e sensibilizzare i vari soggetti della rete sono stati organizzati 6	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
		tema di disturbi correlati al gioco d'azzardo	prevenzione e la gestione del disturbo del gioco d'azzardo.		incontri con associazioni/enti/cooperative sociali. La proposta di valutazione del referente regionale è di stralcio dell'obiettivo in quanto i dati quantitativi evidenziano una flessione degli accessi in particolare per DGA dovuta all'impatto delle problematiche legate all'emergenza sanitaria da COVID-19 che hanno altresì limitato la possibilità stessa d'ampliamento degli interventi territoriali di prevenzione che sono stati realizzati compatibilmente con i vincoli e le limitazioni in essere	
4.6	Dipendenze	Valutazione della qualità inserimento lavorativo (QUIL):Miglioramento del sistema di monitoraggio della presa in carico	Sono raccolti gli esiti di almeno 6 indicatori di processo e di outcome attraverso l'invio dei flussi informativi all'Osservatorio;	31/12/2021	Sono stati inviati all'Osservatorio Regionale tutti i dati richiesti (consuntivo flusso SIND anno 2020), che hanno implementato, per la parte di ASUGI il Report pubblicato dall'Osservatorio Regionale delle Dipendenze sul proprio sito (da stralciare in quanto non individuati/condivisi gli indicatori di esito)	Obiettivo NON VALUTABILE(STRALCIO)
4.6	Dipendenze	Valutazione della qualità inserimento lavorativo (QUIL):Miglioramento del sistema di monitoraggio della presa in carico	Sono inviate entro il 30 giugno 2021 le informazioni previste dal flusso informativo regionale per la stesura del report annuale da parte dell'Osservatorio.	30/06/2021	Sono stati inviati all'Osservatorio Regionale tutti i dati richiesti (consuntivo flusso SIND anno 2020), che hanno implementato, per la parte di ASUGI il Report pubblicato dall'Osservatorio Regionale delle Dipendenze sul proprio sito.	Obiettivo RAGGIUNTO
4.7	Area Welfare	supporto alla definizione della pianificazione strategica e della programmazione operativa nelle aree a elevata integrazione socio-sanitaria	Predisposizione del regolamento di accreditamento, nonché degli atti finalizzati all'introduzione del nuovo sistema di finanziamento e alla definizione del fabbisogno	31/12/2021	In supporto alla Direzione centrale salute sono state realizzare le seguenti attività:- predisposizione documento di inquadramento del programma di riqualificazione delle residenze per anziani;- predisposizione dei materiali finalizzati alla realizzazione degli incontri di condivisione del programma con i principali stakeholders (rappresentanze residenze e sindacati);- predisposizione bozza di regolamento di accreditamento;- predisposizione bozza di regolamento di nuovo sistema di finanziamento;- simulazione impatto introduzione regolamento accreditamento e finanziamento.	Obiettivo RAGGIUNTO
4.7	Area Welfare	supporto alla definizione della pianificazione strategica e della programmazione operativa nelle aree a elevata integrazione socio-sanitaria	Unificazione fondi SLA, Gravissimi e FAP in coerenza con quanto previsto nel Documento programmatico del fondo per la non autosufficienza della Regione FVG per il triennio 2019-2021 approvato con DGR 1732/2020	31/12/2021	A supporto dell'attività della DCS, sono state predisposte bozze documentali e si sono realizzate simulazioni di dati finalizzate alla verifica dell'impatto che le diverse scelte possono avere sulla realtà.	Obiettivo RAGGIUNTO
4.7	Area Welfare	supporto alla definizione della pianificazione strategica e della programmazione operativa nelle aree a elevata integrazione socio-sanitaria	Riqualificazione della rete dei servizi per disabili e del sistema residenziale e semiresidenziale per minori	31/12/2021	Per quanto riguarda l'area disabilità, sono state realizzate le attività necessarie alla stesura della bozza di riforma della LR 41/96, nonché la predisposizione di materiali finalizzati alla concertazione.Per l'area minori, si è partecipato alle riunioni convocate dalla DCS con i Servizi Sociali ed i Servizi sanitari di tutte le AS regionali, per la condivisione del regolamento di autorizzazione e accreditamento dei servizi residenziali e semi-residenziali per minori	Obiettivo RAGGIUNTO
4.7	Area Welfare	accompagnamento nella realizzazione e implementazione della programmazione operativa	Accreditamento delle strutture residenziali per anziani	31/12/2021	Richiesta di stralcio in quanto il regolamento di accreditamento non è stato ancora adottato dalla Regione FVG	Obiettivo NON VALUTABILE(STRALCIO)
4.7	Area Welfare	accompagnamento nella realizzazione e implementazione della programmazione operativa	Formazione e assistenza tecnica per utilizzo del sistema di VMD Val.Graf.-FVG del sistema Q-VAD	31/12/2021	Sono state realizzate le attività preliminari allo svolgimento del corso di II livello dedicato agli esperti Q-VAD. La realizzazione del corso è stata rimandata all'inizio dell'anno successivo a causa del Covid che ha colpito 2 docenti. Sono state realizzate le attività di assistenza tecnica e accompagnamento all'utilizzo dello strumento.	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
4.7	Area Welfare	accompagnamento nella realizzazione e implementazione della programmazione operativa	Revisione format del progetto personalizzato e accompagnamento all'utilizzo	31/12/2021	E' stata realizzata l'attività di revisione del format di progetto personalizzato sulla base degli approfondimenti documentali, delle evidenze derivanti dall'analisi dei format utilizzati in via sperimentale e dei feedback pervenuti. E' stata realizzata l'attività di accompagnamento tramite helpdesk.	Obiettivo RAGGIUNTO
4.7	Area Welfare	accompagnamento nella realizzazione e implementazione della programmazione operativa	Gestione procedure finalizzate all'erogazione di finanziamenti definiti con leggi regionali (art. 8 LR 22/2020; LR 27/2018)	31/12/2021	Contributo a rimborso spese SARS.Cov-2 art. 8 LR 22/2020: - n.69 istanze ammesse a contributo tot contributo erogato € 4.602.505,68- decreti del DG n.291 dd.15.4.21 e n.402 dd.13.5.21 di erogazione anticipo- decreti del DG n.930 dd.28.10.21 e n.996 dd.25.11.21 di erogazione saldo- decreto del DG n.13 dd. 13.1.22 di erogazione quota aggiuntiva.Contributi art.8 LR 16/2019;- decreto del DG n.903 dd.29.10.2020 approvazione bando finanziamento progetti del terzo settore;- n.15 istanze ammesse a contributo tot. contributo erogato € 236.675,88- decreto DG n.550 dd.13.5.2021 di erogazione contributo.	Obiettivo RAGGIUNTO
4.7	Area Welfare	accompagnamento nella realizzazione e implementazione della programmazione operativa	Pubblicazione e gestione del Portale regionale disabilità e sviluppo del Portale regionale anziani	31/12/2021	Per quanto di competenza il portale regionale al 31/12/2021 era pronto per la pubblicazione, ma è stato pubblicato solo successivamente su indicazione dell'Assessorato alla Salute.Relativamente al portale anziani, la DCS ha dato indicazioni di sospendere la sua realizzazione per l'anno 2021	Obiettivo RAGGIUNTO
4.8	Area Welfare	monitoraggio e valutazione della programmazione e delle politiche	Monitoraggio di:- sperimentazione abitare inclusivo- flussi dati e produzione reportistica per tutte le aree- interventi di cui alla L. 112/2016- sperimentazioni (DGR 1462/2016 e DGR 1463/2016)- applicazione linee guida (DGR 273/2020)- minori accolti in strutture residenziali della regione e fuori regione e dei minori in affidamento familiare (DGR 115/2015)- pianificazione nelle aree di integrazione sociosanitaria riferita a minori e anziani (DGR 1489/2018)	31/12/2021	- Sperimentazione Abitare inclusivo: predisposto disegno di valutazione e condiviso con la Direzione Centrale Salute; predisposti gli strumenti di monitoraggio (traccia intervista e set indicatori); avviata la rilevazione delle attività degli sperimentatori attraverso interviste con i referenti di ogni soggetto sperimentatore. - Applicazione linee guida DGR 273/2020: come richiesto dalla DCS si è partecipato al percorso di formazione organizzato dalla DCS stessa in merito ai contenuti delle Linee guida. - Minori accolti in strutture residenziali della regione e fuori regione e minori in affidamento familiare: il monitoraggio dei minori accolti in strutture residenziali della regione è stato svolto attraverso l'elaborazione dei questionari della rilevazione ISTAT 2020, mentre il monitoraggio dei minori accolti in strutture residenziali fuori regione e dei minori in affidamento familiare è stato svolto attraverso l'analisi dei dati registrati nell'applicativo della Cartella Sociale Informatizzata. Tali dati sono stati utilizzati per la predisposizione del Rapporto Sociale Regionale 2020 e per la compilazione del questionario dell'Istituto degli Innocenti relativo ai minori fuori famiglia. - Pianificazione nelle aree di integrazione sociosanitaria riferita a minori e anziani (DGR 1489/2018): sono stati monitorati gli accordi di programmazione pervenuti alla DCS ed è stato predisposto il relativo report ad uso interno della DCS.'Per l'attività di monitoraggio relativamente ai flussi dati e produzione reportistica per l'area disabilità è stato prodotto il report offerta e il report Q-VAD (dati 2020); per gli interventi di cui alla L. 112/2016 è stato prodotto il report DdN.	Obiettivo RAGGIUNTO
4.8	Area Welfare	sperimentazioni/innovazioni	Sperimentazione budget di salute a domicilio (art. 13, LR 10/97) e nella salute mentale;	31/12/2021	L'Area Welfare ha fornito il supporto tecnico alla DCS per la stesura delle linee di indirizzo per la realizzazione delle sperimentazioni di domiciliarità comunitaria, adottate in via definitiva con la DGR 1964/2021. Il documento è stato presentato ai responsabili dei SSC ed ai Direttori Socio-Sanitari di tutte le AS	Obiettivo RAGGIUNTO
4.8	Area Welfare	sperimentazioni/innovazioni	Supporto alla co-progettazione e attuazione dei percorsi sperimentali di cui all'art.2obis della LR 41/96;	31/12/2021	La DCS ha posticipato la scadenza per la presentazione delle domande al 31/12/2021. Per questo motivo l'attività realizzata si è limitata al supporto alle aziende e ai soggetti co-gestori per facilitare la loro attività di presentazione delle domande.	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
4.8	Area Welfare	sperimentazioni/innovazioni	Monitoraggio della sperimentazione di percorsi di presa in carico integrata di minori con bisogni sociosanitari realizzati con progetti personalizzati e relativi budget di salute secondo quanto previsto dalla DGR 273/2020.	31/12/2021	In accordo con la Direzione centrale salute, l'azione prevista per il conseguimento dell'obiettivo è stata ridefinita come rilevazione tramite questionario online dell'applicazione delle "Linee guida per la qualificazione dei percorsi di presa in carico dei minori fuori famiglia" DGR 273/2020 presso i Servizi Sociali dei Comuni, i servizi delle Aziende sanitarie e le comunità di accoglienza per minori della regione. I questionari sono stati costruiti e pubblicati online; i dati registrati sono stati elaborati e sono state predisposte le relative tre sintesi.	Obiettivo RAGGIUNTO
4.9	Cooperazione transfrontaliera sanitaria e sociosanitaria	Proseguire la collaborazione con il GECT-GO (Gruppo Europeo di Collaborazione Territoriale tra i Comuni di Gorizia, Nova Gorica (SLO) e Sempeter-Vrtojba (SLO) nell'ambito della programmazione 2021-2027 e dei relativi finanziamenti europei, per la realizzazione di programmi di valenza sanitaria a beneficio della popolazione del territorio di competenza la cui individuazione e/o implementazione è da individuarsi in accordo con il Comune di Gorizia	Evidenza dei progetti e delle azioni intraprese nel 2021 di valenza sanitaria e sociosanitaria in accordo con il Comune di Gorizia	31/12/2021	Progetto Salute-Zdravstvo per la prenotazione del CUP transfrontaliero, avviata la sperimentazione a maggio 2021. Obiettivo raggiunto.	Obiettivo RAGGIUNTO
5	Rapporti con gli enti del terzo settore, le fondazioni, le ASP	Formazione operatori sociosanitari (OSS): A seguito di specifico atto regionale, ogni Azienda ha autorizzato ed avviato l'organizzazione di DUE corsi per il conseguimento della qualifica di operatore socio sanitario da 1000 ore secondo la vigente normativa.	I corsi sono stati avviati con le modalità, le tempistiche, i requisiti ed il numero di allievi indicati nell'atto regionale.	31/12/2021	L'attività è stata svolta in linea con le indicazioni della Direzione Centrale Salute che ha coordinato il percorso di progettazione insieme alle altre Aziende di riferimento della Regione. La documentazione è stata caricata nel WebForma entro i tempi indicati e al seguito di un bando, sono state completate le selezioni per l'individuazione del corpo docente	Obiettivo RAGGIUNTO
5	Rapporti con gli enti del terzo settore, le fondazioni, le ASP	Formazione operatori sociosanitari (OSS): A seguito di specifico atto regionale, ogni Azienda ha autorizzato ed avviato l'organizzazione di UN corso per il conseguimento della qualifica di operatore socio sanitario con formazione complementare in assistenza sanitaria	Il corso è stato avviato con le modalità, tempistiche, i requisiti ed il numero di allievi indicati nell'atto regionale.	31/12/2021	L'attività è stata svolta in linea con le indicazioni della Direzione Centrale Salute che ha coordinato il percorso di progettazione insieme alle altre Aziende di riferimento della Regione. Sono stati individuati i docenti attraverso un avviso aziendale. causa tempistiche avviso DC LAVORO però l'attività slitta al 2023	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
5	Rapporti con gli enti del terzo settore, le fondazioni, le ASP	Rapporti con gli enti del terzo settore, le fondazioni, le asp: Promozione di rapporti di collaborazione tra Enti del SSR con ETS, Fondazioni e ASP nell'ambito delle attività sanitarie e sociosanitarie ritenute strategiche	Nr. di atti di collaborazione formalizzati al 31.12.2021	31/12/2021	Sono stati formalizzati 50 atti di collaborazione in ambito sanitario e sociosanitario ritenute strategiche in ASUGI nel corso del 2021, volti a garantire l'instaurazione o prosecuzione di rapporti con gli Enti del Terzo settore mediante attribuzione di contributi annuali o formalizzazione di apposite convenzioni	Obiettivo RAGGIUNTO
5	Rapporti con gli enti del terzo settore, le fondazioni, le ASP	Rapporti con gli enti del terzo settore, le fondazioni, le asp: Valutazione di coerenza con gli obiettivi della programmazione sanitaria e	Nr. valutazioni formali al 31.12.2021	31/12/2021	In attesa di indicazioni sui criteri di valutazione di coerenza con gli obiettivi della programmazione sanitaria e sociosanitaria aziendale delle progettualità e iniziative proposte dagli ETS per concorrere alle risorse messe a disposizione dalla regione FVG. ASUGI ha formalizzato con proprio decreto i rapporti e le forme di	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
		sociosanitaria aziendale delle progettualità e iniziative proposte dagli ETS per concorrere alle risorse messe a disposizione dalla regione FVG			coinvolgimento degli Enti del Terzo Settore (Decreto "Regolamento sui rapporti e forme di coinvolgimento degli Enti del Terzo Settore" - dcr 986 del 19 novembre 2021)	
5	Rapporti con gli enti del terzo settore, le fondazioni, le ASP	Rapporti con gli enti del terzo settore, le fondazioni, le asp: Individuazione formale a livello aziendale di un referente per i rapporti e le collaborazioni con gli ETS	Evidenza atto di individuazione, inviato in DCSPSD entro il 1.3.2021	01/03/2021	Il risultato è stato raggiunto. Nominato il referente e comunicato nei tempi alla DCS	Obiettivo RAGGIUNTO
5	Rapporti con gli enti del terzo settore, le fondazioni, le ASP	Rapporti con gli enti del terzo settore, le fondazioni, le asp: Costituzione gruppo tecnico di lavoro integrato (Enti del SSR, SSC, ASP, ETS) per la definizione di una strategia di promozione della qualità dei servizi e degli interventi degli ETS, Fondazioni e ASP ed approvazione formale di un documento che contenga obiettivi, materiali, metodi, indicatori e criteri di qualità, coerenti con i livelli essenziali di assistenza sociosanitaria da garantire.	Approvazione documento entro il 31.12.2021	31/12/2021	In attesa di indicazioni. Il gruppo tecnico di lavoro integrato (Enti del SSR, SSC, ASP, ETS) per la definizione di una strategia di promozione della qualità dei servizi e degli interventi degli ETS, Fondazioni e ASP non si è costituito per cause esterne ad ASUGI. ASUGI ha formalizzato con proprio decreto i rapporti e le forme di coinvolgimento degli Enti del Terzo Settore (Decreto "Regolamento sui rapporti e forme di coinvolgimento degli Enti del Terzo Settore" - dcr 986 del 19 novembre 2021)	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
6.1	Assistenza ospedaliera	Indicatori attività ospedaliera: Ripristino dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa ai livelli registrati nell'anno 2019	Volumi specifici per prestazioni monitorate per i tempi d'attesa>=volumi registrati nell'anno 2019 (Fonte: SIASA) – vengono escluse le prestazioni che nel 2019 hanno registrato un volume < 20. Qualora il volume non sia raggiunto l'Azienda deve garantire il rispetto dei tempi di attesa della specifica prestazione in almeno il 90% dei casi (valutazione effettuata nel 4° trimestre)	31/12/2021	Volumi delle prestazioni ambulatoriali monitorate: n.ro prestazioni erogate - anno 2019: 360.891 n.ro prestazioni erogate - anno 2021: 337.148 Si registra pertanto un delta negativo di 23.743 prestazioni pari a -6,6%. Si fa presente che nel 2021 era attivo e vigente il DVR per il contenimento del rischio associato al covid-19, che, come noto, prevedeva un allungamento dei tempi di esecuzione delle prestazioni rispetto al periodo pre-pandemico. Per quanto riguarda la % di rispetto dei tempi di attesa, per la quale l'obiettivo assegnato fissava un target del 90%, si rimanda alla tabella con il dettaglio per tipo prestazione e per priorità.	Obiettivo PARzialmente RAGGIUNTO (si rimanda al paragrafo "Tempi di Attesa" del presente documento)
6.1	Assistenza ospedaliera	Indicatori attività ospedaliera: Ripristino dei volumi relativi agli interventi chirurgici oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa ai livelli registrati nell'anno 2019	Volumi specifici per interventi chirurgici monitorati per i tempi d'attesa>=volumi registrati nell'anno 2019 (Fonte: SDO) – vengono escluse gli interventi di protesi d'anca, colecistectomia laparoscopica, riparazione ernia inguinale emorroidectomia. Qualora il volume non sia raggiunto l'Azienda deve garantire il rispetto dei tempi di attesa della specifica prestazione in almeno il 90% dei casi (valutazione effettuata nel 4° trimestre).	31/12/2021	Volumi delle prestazioni di ricovero monitorate: n.ro prestazioni erogate - anno 2019: 1.751 n.ro prestazioni erogate - anno 2021: 1.560 (-11%) I volumi erogati nel 2021 sono > a quelli erogati nel 2019 per le seguenti patologie: tumore mammella (+16 dimissioni) e tumore prostata (+4 dimissioni)	Obiettivo PARzialmente RAGGIUNTO (si rimanda al paragrafo "Tempi di Attesa" del presente documento)

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
6.1	Assistenza ospedaliera	Indicatori attività ospedaliera:Ripristino dei volumi relativi agli interventi chirurgici oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa ai livelli registrati nell'anno 2019	Per gli interventi di protesi d'anca, colecistectomia laparoscopica, riparazione ernia inguinale emorroidectomia di classe A deve essere garantito il tempo massimo 30 gg in almeno il 90% dei casi	31/12/2021	Anno 2021 - % rispetto TA classe A -complessivamente al 54,7% protesi anca 50%, colecistectomia laparo 57,1%, ernia inguinale 61,3%, emorroidectomia 50%	Obiettivo NON RAGGIUNTO
6.1	Assistenza ospedaliera	Indicatori attività ospedaliera:Frattura di femore	Trattamento della Frattura di femore entro 48H in almeno il 70% (hub) o 80% (spoke) dei casi trattati dal presidio ospedaliero (media regionale 2019 del 71,77% - fonte Bersaglio).	31/12/2021	Sia per l'area giuliana che per l'area isontina sono state messe in atto azioni finalizzate al raggiungimento del target. Anche a causa della pandemia tali azioni non sono state sufficienti a conseguire il target. ASUGI periodo gennaio dicembre 2021: 61,0%Cattinara e Maggiore 67,3%Gorizia e Monfalcone 46,3%	Obiettivo NON RAGGIUNTO
6.1	Assistenza ospedaliera	Indicatori attività ospedaliera:Urgenze ortopediche	Fratture operate entro le 48h >=70% (media regionale anno 2019: 71,04%) – fonte Bersaglio	31/12/2021	Sia per l'area giuliana che per l'area isontina sono state messe in atto azioni finalizzate al raggiungimento del target. Anche a causa della pandemia tali azioni non sono state sufficienti a conseguire il target.Il target già negli anni precedenti non è stato raggiunto. ASUGI periodo gennaio dicembre 2021: 60,2% Cattinara e Maggiore64,4%Gorizia e Monfalcone 51,7%	Obiettivo NON RAGGIUNTO
6.2	Indicatori Emergenza-urgenza	Pronto Soccorso:Pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h	Mantenimento / miglioramento della percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde, ad almeno l'80% (spoke) o 65% (hub) (media regionale 2019 del 53,55% negli Hub e del 64,16% negli spoke - criteri Bersaglio)	31/12/2021	Sia per l'area giuliana che per l'area isontina sono state messe in atto azioni finalizzate al raggiungimento del target. Anche a causa della pandemia tali azioni non sono state sufficienti a conseguire il target. Periodo gennaio dicembre 2021: ASUGI 55,8% nel 2021 vs 62,9 nel 2020-2021: Cattinara 45,6Gorizia 65,3Grado 99,9Maggiore 63,2Monfalcone 60,7	Obiettivo NON RAGGIUNTO
6.2	Indicatori Emergenza-urgenza	Pronto Soccorso: Pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore	Mantenimento / miglioramento della percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore, portandola a valori superiori all'85% (spoke) e 75% (hub) (media regionale 2019 del 71,8% negli Hub e 76,5% negli spoke - criteri Bersaglio)	31/12/2021	Sia per l'area giuliana che per l'area isontina sono state messe in atto azioni finalizzate al raggiungimento del target. Anche a causa della pandemia tali azioni non sono state sufficienti a conseguire il target. Periodo gennaio dicembre 2021: ASUGI 60,23% nel 2021 vs 63,60 nel 2020-2021: Cattinara 46,9 Gorizia 69,4 Grado 99,9 Maggiore 65,6 Monfalcone 67,2	Obiettivo NON RAGGIUNTO
6.2	Indicatori Emergenza-urgenza	Pronto Soccorso: Consolidamento del percorso per le donne oggetto di violenza (PDTA violenza contro le donne FVG inserire 2019)	I PS garantiscono la presa in carico e la gestione della donna vittima di violenza.	31/12/2021	I PS garantiscono la presa in carico e la gestione della donna vittima di violenza.	Obiettivo RAGGIUNTO
6.2	Indicatori Emergenza-urgenza	Pronto Soccorso: Consolidamento del percorso per le donne oggetto di violenza (PDTA violenza contro le donne FVG inserire 2019)	Assicurare la partecipazione alla formazione degli operatori di PS (come da indicazioni ministeriali). Indicatore: N. operatori formati/n. totale operatori PS. Standard =>50%Obiettivo prescritto anche ad ASFO con DGR 1683 del 8/11/2021	31/12/2021	nel corso delle tre edizioni del corso in oggetto sono stati formati 45 operatori che corrispondono al 50% degli operatori PS dedicati a tale attività	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
6.2	Indicatori Emergenza-urgenza	Emergenze Cardiologiche – STEMI: Compilazione data-set PACS emodinamica nei 3 Centri Hub nei pazienti con STEMI	Presenza e completezza > 95% dei dati richiesti per ogni record/paziente con STEMI	31/12/2021	La raccolta dei dati è prevista sia su scheda cartacea da parte del case manager del paziente che accede alla sala per PCI primaria, sia direttamente sull'operativo Estensa nei campi predisposti, periodicamente scaricati su server regionale. Dal 1.1.2021 al 31.12.2021 sono state eseguite 167 PCI primarie; la compilazione del data set sui tempi di intervento è stato compilato nel 97% dei casi.	Obiettivo RAGGIUNTO
6.2	Indicatori Emergenza-urgenza	Emergenze Cardiologiche – STEMI: Strutturazione del percorso di riabilitazione ambulatoriale/follow-up post STEMI	Evidenza di inserimento in agende dedicate entro 2 mesi dalla dimissione di almeno il 60% dei pazienti con diagnosi di STEMI	31/12/2021	Tutti i pazienti con IMA STEMI al momento della dimissione dalla SC Cardiologia/Cardiochirurgia vengono inseriti in Agende dedicate con appuntamento presso la Riabilitazione del Cardiopatico entro 2 mesi dalla dimissione	Obiettivo RAGGIUNTO
6.2	Indicatori Emergenza-urgenza	Emergenze Cardiologiche – NSTEMI:Utilizzo in ogni azienda del sistema CUP Web per la segnalazione e trasferimento dei pazienti in attesa di coronarografia. L'agenda CUP Web di un Hub è visibile ed utilizzabile anche dagli Spoke non di riferimento.	100% dei pazienti con NSTEMI sottoposti a coronarografia hanno evidenza di segnalazione attraverso l'agenda dedicata	31/12/2021	In collaborazione con la S.C. Informatica e con la Direzione della Cardiologia Spoke di ASUGI, è stata attivata l'agenda CUPWEB dedicata alla segnalazione dei casi urgenti di NSTEMI a partire dal 11/2021. Attualmente il 100% dei casi dei pazienti è segnalata attraverso questa agenda. E' stata inoltre avviata la procedura per rendere visibile ed utilizzabile l'agenda CUP WEB anche da parte dei centri Spoke esterni ad ASUGI (Palmanova-Latisana; Tolmezzo-S.Daniele)	Obiettivo RAGGIUNTO
6.2	Indicatori Emergenza-urgenza	Emergenze Cardiologiche – NSTEMI:Strutturazione del percorso di riabilitazione ambulatoriale/follow-up post STEMI	Evidenza di inserimento in agende dedicate entro 2 mesi dalla dimissione di almeno il 60% dei pazienti con diagnosi di STEMI	31/12/2021	Tutti i pazienti con NSTEMI sottoposti a coronarografia al momento della dimissione dalla SC Cardiologia/Cardiochirurgia vengono inseriti in Agende dedicate con appuntamento presso la Riabilitazione del Cardiopatico.	Obiettivo RAGGIUNTO
6.2	Indicatori Emergenza-urgenza	Emergenze Cardiologiche – Sindrome Aortica Acuta:Utilizzo dei sistemi di telemedicina (teleradiologia, teleconsulto radiologico, teleconsulto cardiocirurgico) nei pazienti con Sindrome Aortica Acuta trasferiti dai centri Spoke ai Centri Hub	% di pazienti con SAA trasferiti dai centri Spoke ai centri hub per i quali è stato utilizzato il sistema di telemedicina >= 75% (2° semestre 2021).	31/12/2021	Nel 2021 sono stati trattati 9 pazienti affetti da SAA (9 provenienti dall'area triestina e 1 proveniente da Monfalcone, quest'ultimo centro spoke già con condivisione delle immagini in G2). Da aprile 2021 attivo, con i centri spoke regionali afferenti alla CCH TS, il teleconsulto per casi CCH urgenti ed eventuali SAA con utilizzo della piattaforma autorizzata per teleconsulto >90%	Obiettivo RAGGIUNTO
6.2	Indicatori Emergenza-urgenza	Emergenza Territoriale Aziende: Miglioramento dei tempi allarme-target	Il 75 percentile del tempo allarme target <= 18 minuti	31/12/2021	Il 75 percentile del tempo allarme target <= 18 minuti Gorizia: 16'30" Trieste: 15'58" Gorizia + Trieste: 16'10"	Obiettivo RAGGIUNTO
6.2	Indicatori Emergenza-urgenza	Rene Dialisi peritoneale	Potenziamento della dialisi peritoneale, dei trapianti e dell'emodialisi domiciliare con l'obiettivo di ridurre i pazienti in emodialisi presso i centri dialisi al di sotto del 52% del totale (trapiantati + emodializzati + in dialisi peritoneale) (valori regionali 2019: 33% trapianti, 11% dialisi peritoneale, 55% emodialisi)	31/12/2021	Risultato per Area giuliana 42 % Emodializzati 128 Peritoneali 27 Trapiantati 149 Totale 304 Per l'area isontina: Emodializzati 43% (Obiettivo RAGGIUNTO
6.3	Trapianto e donazione	Migliorare la comunicazione con i cittadini	Inserimento nella pagina web di ciascuna Azienda delle informazioni per facilitare gli assistiti in merito a – Deposizione Dichiarazioni di volontà alla donazione – Donazione di sangue ed emoderivati – Donazione Cellule Staminali – Donazione di organi – Donazione di tessuti	31/12/2021	Le informazioni relative alla donazione sono state aggiornate sul sito web di ASUGI	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
6.5	Governo clinico e reti di patologia	Costituzione nuclei funzionali	Evidenza della costituzione dei nuclei funzionali aziendali e comunicazione ad ARCS della loro composizione entro il 30 aprile	30/04/2021	I nuclei funzionali sono stati costituiti	Obiettivo RAGGIUNTO
6.5	Governo clinico e reti di patologia	Partecipazione dei componenti dei nuclei funzionali alla formazione organizzata da ARCS	Partecipazione ai moduli formativi organizzati da ARCS	31/12/2021	Il personale ha partecipato alla formazione ARCS	Obiettivo RAGGIUNTO
6.6	Rischio clinico e rete cure sicure	Mantenimento delle indicazioni e delle raccomandazioni ministeriali, misurazione e verifica della loro adozione	Partecipazione alla survey regionale attraverso l'inserimento dei dati nel database fornito da Agenas	31/12/2021	Il monitoraggio regionale attraverso l'inserimento dei dati nel database fornito da Agenas è stato realizzato	Obiettivo RAGGIUNTO
6.6	Rischio clinico e rete cure sicure	Effettuazione del monitoraggio degli indicatori semestrali	Evidenza dell'effettuazione del monitoraggio degli indicatori semestrali	semestrale	Gli indicatori semestrali sono stati trasmessi nei tempi previsti (nota prot. 28329 del 26/03/2021)	Obiettivo RAGGIUNTO
6.6	Rischio clinico e rete cure sicure	Identificazione di almeno una buona pratica per la Call for Good Practice (Agenas)	Registrazione di almeno una buona pratica nel database fornito da Agenas	31/12/2021	La buona pratica ("Introduzione di una checklist per la sicurezza del paziente in camera iperbarica") è stata inserita nel portale dell'Agenas	Obiettivo RAGGIUNTO
6.6	Rischio clinico e rete cure sicure	Garanzia di trasparenza come indicato dalla Legge 24/2017	Presenza sul sito web aziendale dei dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio e dei dati condivisi con il tavolo regionale dei RM	31/12/2021	I dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio e quelli sulla sicurezza delle cure sono stati pubblicati sul sito web	Obiettivo RAGGIUNTO
6.6	Rischio clinico e rete cure sicure	Valutazione degli ambiti di potenziale miglioramento dei programmi di gestione del rischio clinico	Evidenza della compilazione dello strumento CARMINA	31/12/2021	Lo strumento Carmina è stato compilato e trasmesso con nota prot. N 3672 del 30/12/2021	Obiettivo RAGGIUNTO
6.6	Rischio clinico e rete cure sicure	Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva degli antibiotici	Diffusione e condivisione dei report regionali sul consumo di antibiotici e sulle resistenze batteriche nelle unità operative ospedaliere, nei distretti e nelle AFT	31/12/2021	I report regionali sono stati diffusi a tutti i Direttori e coordinatori	Obiettivo RAGGIUNTO
6.6	Rischio clinico e rete cure sicure	Rafforzamento della Rete del programma di antimicrobial stewardship	Identificazione di un referente MMG (link professional) per AFT	31/12/2021	Obiettivo stralciato dal livello regionale la realizzazione è stata condizionata dalla gestione dell'emergenza COVID19)	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
6.6	Rischio clinico e rete cure sicure	Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza	Effettuazione degli studi di prevalenza negli ospedali per acuti (protocollo PPS)	31/12/2021	Lo studio di prevalenza è stato realizzato nel mese di ottobre. I dati sono stati trasmessi in DCS	Obiettivo RAGGIUNTO
6.6	Rischio clinico e rete cure sicure	Riduzione del consumo di inibitori di pompa protonica	Prosecuzione del programma come previsto dal tavolo regionale RM	31/12/2021	Obiettivo stralciato dal livello regionale in quanto la realizzazione è stata condizionata dalla gestione dell'emergenza COVID19)	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
6.6	Rischio clinico e rete cure sicure	Riduzione del consumo di benzodiazepine e degli ipnotici nelle case di riposo	Avvio del programma come previsto dal tavolo regionale dei RM	31/12/2021	Obiettivo stralciato dal livello regionale in quanto la realizzazione è stata condizionata dalla gestione dell'emergenza COVID19	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
6.6	Rischio clinico e rete cure sicure	Rafforzamento della Rete del programma sull'uso sicuro dei farmaci	Identificazione di un referente MMG (link professional) per AFT	31/12/2021	Obiettivo stralciato dal livello regionale in quanto la realizzazione è stata condizionata dalla gestione dell'emergenza COVID19	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
6.6	Rischio clinico e rete cure sicure	Sensibilizzazione dei cittadini e degli operatori sanitari sul tema della violenza a danno degli operatori	Avvio del programma come previsto dal tavolo regionale dei RM	31/12/2021	E' stata realizzata la formazione per gli operatori, diffusi i poster della campagna regionale	Obiettivo RAGGIUNTO
6.6	Rischio clinico e rete cure sicure	Superamento della contenzione come previsto dalla D.G.R. n. 1904/2016	Avvio del gruppo di lavoro e pianificazione della formazione specifica sul tema	31/12/2021	I referenti ASUGI hanno partecipato alle attività del tavolo regionale sul superamento della contenzione	Obiettivo RAGGIUNTO
6.7	Percorso nascita	Comitato percorso nascita	Le Aziende per il tramite dei loro rappresentanti collaborano alle attività del Comitato e partecipano attivamente ai lavori dei sottogruppi (presenza riunioni > 80%)	31/12/2021	E' stata garantita la partecipazione a tutti gli incontri programmati	Obiettivo RAGGIUNTO
6.7	Percorso nascita	Tagli cesarei	Tagli cesarei primari dei PN I livello o N. parti < 1000/anno: ≤15%	31/12/2021	L'indicatore fonte Bersaglio per l'unico punto nascita (Monfalcone) di ASUGI risulta attestarsi al 15,9%, in peggioramento rispetto al 2020 (13,0%)	Obiettivo NON RAGGIUNTO
6.7	Percorso nascita	Gravidanze a basso rischio	Entro il 30/6/2021 le Aziende comunicano alla Direzione centrale salute il nominativo delle ostetriche che partecipano alle attività di cui alla DGR 723/2018	30/06/2021	Nell'area Isontina tutte le ostetriche che seguono la gravidanza ad basso rischio sono state munite di carta operatore per firma digitali, hanno inoltre partecipato alla sperimentazione della cartella informatizzata inserita nel G2 Clinico come da DGR 723/18	Obiettivo RAGGIUNTO
6.7	Percorso nascita	Gravidanze a basso rischio	Il personale di cui sopra partecipa entro il 31/12/2021 ad almeno un evento formativo sulla gestione della gravidanza a basso rischio	31/12/2021	Tutte le ostetriche che seguono la gravidanza a basso rischio sono formate	Obiettivo RAGGIUNTO
6.8	Pediatria	IRCSS Burlo Rete oncologica pediatrica Definizione delle caratteristiche della rete di patologia onco-ematologica pediatrica della Regione FVG, secondo il modello Hub e Spoke, con identificazione di livelli e delle relative responsabilità e sua formalizzazione	Evidenza di costituzione della rete entro il 31/12/2021	31/12/2021	Si allega documento di costituzione della rete oncologica pediatrica regionale . La Pediatria di Monfalcone costituisce uno dei nodi della rete (v. paragrafo 5)	Obiettivo RAGGIUNTO
6.8	Pediatria	IRCSS Burlo Area emergenza-urgenza Identificazione di un modello Hub & Spoke per il trasporto sanitario inter-ospedaliero in età pediatrica	Entro il 31/12/2021 è definito da parte il documento sul trasporto pediatrico in emergenza urgenza.	31/12/2021	nelle riunioni del 14 e 23.12.2021 si è discusso e valutato un documento di identificazione di un modello hub & spoke per il trasporto sanitario inter ospedaliero in età pediatrica, che sarà oggetto di aggiornamento nel corso del 2022".	Obiettivo RAGGIUNTO
6.8	Pediatria	Tutte le aziende Farmaci galenici pediatrici	Entro il 30/6/2021 le aziende regionali condividono il modello per la centralizzazione presso il Burlo della produzione di farmaci galenici secondo i principi definiti con l'ASUGI	30/06/2021	Condiviso il documento per la centralizzazione presso il Burlo della produzione dei farmaci galenici in età pediatrica. Si allega il documento	Obiettivo RAGGIUNTO
6.9	Sangue ed emocomponenti	Mantenimento autosufficienza emocomponenti labili e contributo a quella nazionale	Raccolta sanguell DIMT contribuirà alla raccolta di sangue con valori pari alla media tra quelli 2019-2020	31/12/2021	Nel 2021, sono stati raccolte dal DIMT 12882 unità di sangue intero, 46 (- 0,4%) in meno rispetto allo stesso periodo del 2022 (12928).Causa COVID-19, è stato registrato un lieve calo della raccolta	Obiettivo RAGGIUNTO
6.9	Sangue ed emocomponenti	Emoderivati d piano sangue	Raccolta plasmall DIMT contribuirà alla raccolta di plasma con la quota del 20% (DIMT ASUGI) 25%(DIMT ASFO) 45%	31/12/2021	Nel 2021, sono stati raccolte dal DIMT 3819 unità di plasma da aferesi , -162 (- 4.1%) rispetto al 2020 (3981) Per il plasma da singola donazione (sangue intero)	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
			(DIMIT ASFC) 10%(CURPE) sul totale di 27.500kg come previsti dal documento di programmazione		le unità raccolte nel 2021 sono state 12.882 rispetto alle 12.928 del 2020 (-0.3%) Causa COVID-19, è stato registrato un lieve calo della raccolta	
6.9	Sangue ed emocomponenti	Appropriatezza	Monitoraggio appropriatezzall DIMIT continuerà anche nel 2021, a promuovere nell'ambito dei COBUS, il monitoraggio dell'appropriatezza delle richieste trasfusionali, con valutazione finale dei risultati e relative azioni correttive. Report trimestrali riportanti i dati di completezza e appropriatezza delle richieste trasfusionali. Attivazione audit nelle strutture con livelli di appropriatezza inferiori alla media dipartimentale.	31/12/2021	Report trimestrali trasmessi tramite sistema monitoraggio budget Oracolo Presentazione dei dati di consumo emocomponenti , emoderivati ed indicatori sull'appropriatezza ai COBUS	Obiettivo RAGGIUNTO
6.9	Sangue ed emocomponenti	Sicurezza	Implementazione prescrizione trasfusionale informatizzata in almeno 90% dei reparti (EMOWARD)	31/12/2021	Il gestionale EMOWARD è stato implementato nell'area Isontina a dicembre 2021 e sono stati effettuati due corsi di formazione a metà dicembre. Non è stato quindi possibile supportare i reparti nell'avviamento del programma il raggiungimento dell'obiettivo era legato all'implementazione del software. Il progetto è impegnativo perché prevede un coinvolgimento dei Servizi Informatici Aziendali che debbono valutare inizialmente una mappatura di tutte le postazioni Emoward da inserire nei reparti, l'attivazione del gestionale e le autorizzazioni da parte di Insiel, la formazione del personale medico e infermieristico. Tuttavia i vantaggi e le potenzialità della richiesta informatizzata in ambito di sicurezza e organizzazione rappresentano le motivazioni per cui questo progetto debba essere continuato.(la proposta di valutazione è stata effettuata dal referente regionale)	Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO
6.9	Sangue ed emocomponenti	Sicurezza	Relazione sulla fattibilità di utilizzo di 'sistemi barriera' per la trasfusione al letto del paziente	31/12/2021	Relazione effettuata già nel 2020	Obiettivo RAGGIUNTO
6.9	Sangue ed emocomponenti	Governo clinico	Linee guida condivise regionali sulla trasfusione.Costituzione gruppo lavoro	31/12/2021	Progetto non attivato dalla Regione. L'attività si può considerare raggiunta in quanto nel 2021 il DMT ha comunque partecipato alle riunioni per la revisione sulla procedura per la sicurezza trasfusionale "LOOK BACK, PDI E GESTIONE DONATORE POSITIVO" e per la procedura "GESTIONE EMOCOMPONENTI REGIONE FVG" che hanno una valenza regionale.(la proposta di valutazione è stata effettuata dal referente regionale)	Obiettivo RAGGIUNTO
6.9	Sangue ed emocomponenti	Rimodulazione modelli raccolta sangue	Sperimentazione di nuove modalità organizzative di raccolta condivise con le Associazioni (1 sperimentazione per DIMIT)	31/12/2021	Causa COVID-19 non è stato possibile sperimentare nè una diminuzione dell'attività per la carenza di sangue registrata a livello regionale né un aumento dell'attività per la grave carenza di personale	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
6.9	Sangue ed emocomponenti	Costituzione di una rete trasfusionale unica regionale	L'azienda collabora alla definizione del progetto vi partecipa attivamente per quanto di competenza.	31/12/2021	Il progetto non è stato attivato dalla Regione. L'attività si può considerare raggiunta in quanto nel 2021 il DMT ha partecipato alle riunioni per la condivisione di un percorso comune per la donazione del plasma immune anti-COVID 19. (la proposta di valutazione è stata effettuata dal referente regionale)	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
6.10	Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH	Le aziende sviluppano programmi dedicati al benessere degli operatori	Gli enti aderenti alla rete regionale, nell'ambito del gruppo regionale benessere sul posto di Lavoro HPH partecipano alla formazione di ARCS dedicata all'attivazione dei Team multi professionali	31/12/2021	Hanno partecipato 7 referenti area giuliana e tre referenti area isontina. 10 partecipanti ad Evento formativo ECM ARCS N°21001 "Aver cura di chi ci cura" _10 moduli per un totale di 40 ore, dal 10 febbraio al 16 giugno, formati e autorizzati con nota Prot. 93428 d.d.15/10/2021 a far parte dei Team Multiprofessionali. (la proposta di valutazione è stata effettuata dal referente regionale)	Obiettivo RAGGIUNTO
6.10	Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH	Le aziende sviluppano programmi dedicati al benessere degli operatori	Gli enti aderenti alla rete regionale, nell'ambito del gruppo aziendale benessere sul posto di Lavoro HPH organizzano un evento formativo per la diffusione del progetto "Aver cura di chi ci ha curato" con la diffusione dei materiali informativi e dei risultati ottenuti nella fase sperimentale sulla base di un format concordato dal gruppo regionale (entro giugno)	30/06/2021	Partecipato a VDC il 25/10/22 con tutti i responsabili infermieristici e tecnici e referenti HPH ASUGI. Il 20/12 era prevista la conferenza regionale HPH rinviata causa covid al 27/01/2022. Anche se slittata la sua conclusione nel secondo semestre. Il 6/9 è stata effettuata la riunione con la Direzione Sanitaria e il 25 ottobre è stato realizzato l'evento.(la proposta di valutazione è stata effettuata dal referente regionale)	Obiettivo RAGGIUNTO
6.10	Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH	Le aziende sviluppano programmi dedicati al benessere degli operatori	Gli enti aderenti alla rete regionale, nell'ambito del gruppo aziendale benessere sul posto di Lavoro HPH pianificano la trasferibilità del prototipo regionale descritto e messo in atto nella fase sperimentale dal progetto "Aver cura di chi ci ha curato", per la proposta operativa di attivazione nelle aziende in rete (entro il primo semestre)	30/06/2021	Effettuata pianificazione, in attesa di acquisizione apparecchio medicale per avviare attività. Anche se slittata la sua conclusione nel secondo semestre è stata efficace poiché ha consentito l'acquisizione dei dispositivi elettromedicali entro l'anno (15/12/2021) con il collaudo e l'esecuzione di 3 test prova.(la proposta di valutazione è stata effettuata dal referente regionale)	Obiettivo RAGGIUNTO
6.10	Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH	Le aziende sviluppano programmi dedicati al benessere degli operatori	Nel secondo semestre, gli enti aderenti alla rete regionale attivano i team multiprofessionali previsti nel protocollo di collaborazione per il monitoraggio della resilienza e del lifestyle nella strategia del progetto "Aver cura di chi ci ha curato"	31/12/2021	Attivato con nota formale 14.10.2021 prot. 93428 T - Gen IV - 1 - A	Obiettivo RAGGIUNTO
6.10	Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH	Le Aziende promuovono corretti stili di vita dei pazienti che accedono ai servizi	Gli enti aderenti alla rete regionale, nell'ambito del gruppo regionale Patient Engagement HPH, elaborano uno studio di fattibilità per l'avvio di Team multiprofessionali per la promozione della salute dei pazienti	31/12/2021	Partecipato a 3 riunioni regionali e condiviso una proposta di studio. Analisi di 3 cartelle cliniche, area medica, chirurgica e specialistica. (vedi Progress Report 2021 -disponibile su richiesta-che indica la SC di oncologia di Gorizia e Monfalcone come area di studio fattibilità). Riunioni 8/4; 14/6; 24/8.(la proposta di valutazione è stata effettuata dal referente regionale)	Obiettivo RAGGIUNTO
6.10	Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH	Le Aziende promuovono corretti stili di vita dei pazienti che accedono ai servizi	Gli enti aderenti alla rete regionale elaborano un format per la valutazione dei bisogni di promozione della salute da inserire nella documentazione sanitaria (a cura dei gruppi aziendali per il Patient Engagement - clinical health promotion)	31/12/2021	Effettuati 3 incontri con referenti HPH area giuliana per proposte per format da inserire nella cartella clinica. è stata presentata una proposta come ASUGI. Riunioni 8/4; 14/6; 24/8. Format condiviso nella riunione regionale del 20 dicembre 2021 (disponibile su richiesta).(la proposta di valutazione è stata effettuata dal referente regionale)	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
6.10	Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH	Le Aziende promuovono corretti stili di vita dei pazienti che accedono ai servizi	Gli enti aderenti alla rete regionale promuovono il programma per l'astensione del fumo nel periodo perioperatorio.	31/12/2021	Attuato parzialmente con raccomandazione all'astensione al fumo preoperatorio Coinvolta la SC Chirurgia.(la proposta di valutazione è stata effettuata dal referente regionale)	Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO
6.10	Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH	Le Aziende sviluppano un piano di comunicazione per la diffusione degli obiettivi HPH al loro interno	Link della pagina di ARCS e avvio di sezione dedicata nel sito aziendale con aggiornamento su referenti e progetti collegati alle linee di gestione	31/12/2021	Il link con gli standard HPH e strategie 2021-2025 è stato inserito nel sito aziendale in data 31/12	Obiettivo RAGGIUNTO
6.11	Accreditamento	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.	31/12/2021	ASUGI ha messo a disposizione i propri valutatori	Obiettivo RAGGIUNTO
6.11	Accreditamento	Partecipazione attiva al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti	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.	31/12/2021	ASUGI ha avviato i professionisti richiesti al percorso formativo di valutatore	Obiettivo RAGGIUNTO
6.11	Accreditamento	Partecipazione al programma di accreditamento nazionale degli organismi tecnicamente accreditanti	Gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti inseriti nell'elenco nazionale dei valutatori dell'accREDITamento di partecipare alle attività organizzate dal Ministero della salute e dall'Agenas	31/12/2021	ASUGI ha messo a disposizione i propri valutatori. La proposta del referente regionale è di stralcio dell'obiettivo in quanto nel 2021 nessuna attività ministeriale è stata proposta ai valutatori. È stata erogata invece, una edizione del corso base regionale per i valutatori in elenco.	Obiettivo NON VALUTABILE
6.11	Accreditamento	Garanzia del funzionamento dell'OTA FVG	Gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti, componenti dell'OTA regionale, di svolgere le funzioni previste dalla DGR 2220/2015 e dal Decreto n. 1899/2017	31/12/2021	Il componente OTA di ASUGI ha partecipato alle attività	Obiettivo RAGGIUNTO
7.1	Tetti spesa farmaceutica	Tetto per la spesa farmaceutica per acquisti diretti(farmaceutica ospedaliera, diretta e DPC) = 7,85 % del FSR, comprensiva della spesa per acquisto diretto gas medicinali - ATC V03AN -, che ha a sua volta l'ulteriore specifico limite massimo di spesa pari allo 0,2%. Tetto per la spesa farmaceutica convenzionata = 7,00 % del FSR. Nello specifico i vincoli di spesa fissati a livello regionale per il 2021 sono riepilogati nel capitolo dedicato alle risorse finanziarie	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.	31/12/2021	Trattasi del tetto complessivo regionale di spesa per Farmaci. ASUGI ha posto in essere tutte le iniziative di competenza per coinvolgere la Direzione Aziendale e i Decisori di spesa sul contenimento della spesa finalizzata a non superare i tetti regionali. Sono stati elaborati e trasmessi Report periodici sull'andamento dei consumi farmaceutici con i costi, note sull'appropriatezza prescrittiva e supporto alle scelte decisionali dei medici. Per un dettaglio sulle attività svolte si rimanda alla relazione. (I tetti sono valutati dall'AIFA a livello regionale e non per singola azienda)Farmaceutica convenzionata: 6,18 RaggiuntoFarmaceutica diretta: 10,68 Non raggiuntoGas medicinali: 0,122 Raggiunto(Fonte Monitoraggio AIFA della Spesa Farmaceutica Nazionale e Regionale Gennaio - Dicembre 2021 del 28.4.2022)	Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
7.1	Tetti spesa farmaceutica	Tetto per la spesa farmaceutica per acquisti diretti(farmaceutica ospedaliera, diretta e DPC) = 7,85 % del FSR, comprensiva della spesa per acquisto diretto gas medicinali - ATC V03AN -, che ha a sua volta l'ulteriore specifico limite massimo di spesa pari allo 0,2%. Tetto per la spesa farmaceutica convenzionata = 7,00 % del FSR. Nello specifico i vincoli di spesa fissati a livello regionale per il 2021 sono riepilogati nel capitolo dedicato alle risorse finanziarie	Rispetto dei vincoli regionali: monitoraggio mensile indicatori linee di gestione a cura della DCS.	31/12/2021	ASUGI ha utilizzato i report della DCS, recependone i contenuti, generalisti, disaggregandoli poi a livello delle singole Strutture, per dare pronta contezza a tutti i decisori di spesa dei fattori determinanti l'andamento. Nel report finale relativo all'anno 2021 inviato dalla DCS, ASUGI, per i tre tipi di spesa farmaceutica alle quali viene assegnato dalla Regione un tetto pro-capite (Farmaceutica convenzionata + Farmaceutica Diretta + Farmaceutica per Conto), realizza una spesa pro-capite complessiva totale pari a € 230,67, inferiore ad ASUFC e ad ASFO, registrando uno sfioramento complessivo del tetto assegnato di +2,67 € pro-capite. Singolarmente è stato raggiunto l'obiettivo sulla spesa farmaceutica convenzionata (miglior dato regionale 110,76 € oltre 1,24 meno del target), mentre non sono stati raggiunti quelli sulla farmaceutica diretta e per conto. La spesa ospedaliera 2021+10% diretta ASUGI al netto dei vaccini e dei farmaci oncologici aumenta, invece, di 1.851.280 € in valore assoluto rispetto al 2020 (+10,1%). Detto incremento è riconducibile essenzialmente ad un aumento di attività che nel 2021 risulta anche come recupero del blocco di prestazioni causa COVID del 2020, in particolare per strutture quali SC Clinica Oculistica che da sola incrementa di € 634.615 (il 34% dell'incremento totale) riportandosi così ai livelli pre-COVID del 2019. La seconda ragione di incremento dei costi è dovuta ai farmaci per la malattia COVID 19 che incidono sulla spesa ospedaliera con un aumento in valore assoluto di + € 666.003 rispetto ai costi farmaceutici sostenuti per il COVID-19 nel 2020. Relativamente ai farmaci oncologici, ASUGI registra un aumento del +1,3%. Rispettato 1/5 vincoli regionali: - Farmaceutica territoriale diretta standard 78,00: Non raggiunto (valore aziendale 78,81) - Farmaceutica territoriale (distribuzione per conto) standard 38,00: Non Raggiunto (Valore aziendale 41,1); - Farmaceutica territoriale convenzionata) standard 112,00: Raggiunto (valore aziendale 110,76); - Farmaceutica ospedaliera + 10% diretta standard -1%: Non Raggiunto (Valore aziendale + 10,1% - +6,0% netto cdc COVID); - Farmaceutica ospedaliera oncologici mantenimento valore 2020: Non raggiunto (valore aziendale +1,3%).	Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO
7.2	Contenimento spesa farmaceutica e appropriatezza prescrittiva	Le Aziende invieranno un report di sintesi semestrale e annuale alla DCS con evidenza dei monitoraggi effettuati, delle iniziative di audit e feedback adottate, delle azioni più significative intraprese e degli esiti conseguiti nel corso del primo semestre e dell'intero anno 2021 (ad esempio per oncologici, immunologici, farmaci per l'epatite C, terapie intra-vitreali, equivalenti, IPP, nota AIFA 96 e nuova nota 97, EBPM ecc).	Invio alla DCS da parte delle Aziende di due report di sintesi sull'attività del primo semestre, entro 30/09/2021 e sull'attività annuale entro il 15/04/2022, da cui si evincano:Obiettivi assegnati, monitoraggi effettuati, azioni intraprese ed esiti: - in ambito ospedaliero relativi a setting ad alto impatto di spesa; - in ambito territoriale (distrettuale, ambulatoriale, MMG) al fine di favorire l'appropriatezza; Modalità di valutazione: Report inviati nei termini: sì/no (peso 40%) Report congruenti in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 60%)	30/09/2021	Il report di sintesi è stato inviato alla DCS in data 28/09/2021 . L'Azienda ha presentato relazioni diverse per area e disomogenee in contenuti e azioni -Area Giuliana: relazione inviata e congruente in obiettivi assegnati, monitoraggio e azioni; - Area Isontina: relazione inviata non sufficientemente esaustiva in obiettivi assegnati e azioni intraprese.	Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
7.2	Contenimento spesa farmaceutica e appropriatezza prescrittiva	Le Aziende invieranno un report di sintesi semestrale e annuale alla DCS con evidenza dei monitoraggi effettuati, delle iniziative di audit e feedback adottate, delle azioni più significative intraprese e degli esiti conseguiti nel corso del primo semestre e dell'intero anno 2021 (ad esempio per oncologici, immunologici, farmaci per l'epatite C, terapie intra-vitreali, equivalenti, IPP, nota AIFA 96 e nuova nota 97, EBPM ecc.).	Invio alla DCS da parte delle Aziende di due report di sintesi sull'attività del primo semestre, entro 30/09/2021 e sull'attività annuale entro il 15/04/2022, da cui si evincano: Obiettivi assegnati, monitoraggi effettuati, azioni intraprese ed esiti: - in ambito ospedaliero relativi a setting ad alto impatto di spesa; - in ambito territoriale (distrettuale, ambulatoriale, MMC) al fine di favorire l'appropriatezza; Modalità di valutazione: Report inviati nei termini: sì/no (peso 40%) Report congruenti in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 60%)	15/04/2022	Il report di sintesi è stato inviato alla DCS in data 14/04/2022 L'Azienda ha presentato relazioni diverse per area e disomogenee in contenuti e azioni -Area Giuliana: relazione inviata e congruente in obiettivi assegnati, monitoraggio e azioni; - Area Isontina: relazione inviata non sufficientemente esaustiva in obiettivi assegnati e azioni intraprese.)	Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO
7.3	Appropriatezza prescrittiva – indicatori in ambito territoriale	Le Tabelle riportano il target per il 2021 relativamente agli indicatori: - consumo pro –capite di farmaci inibitori di pompa protonica (IPP); - consumo di antibiotici sul territorio e in età pediatrica; - percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi.	Consumo pro – capite di farmaci inibitori di pompa protonica <=25 up pro cap	31/12/2021	Sono poste in essere tutte le iniziative utili al conseguimento dell'obiettivo assegnato, che vede ASUGI come l'unica azienda che si avvicina al target di 25, che tuttavia viene quasi raggiunto (ASUGI 25,7 ASUFC 31,5, ASFO 33) – Obiettivo non raggiunto	Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO 2 indicatori a target su 4- (Fonte report DCS Monitoraggio Indicatori Linee per la gestione 2021 Novembre - Dicembre)
		Le Tabelle riportano il target per il 2021 relativamente agli indicatori: - consumo pro –capite di farmaci inibitori di pompa protonica (IPP); - consumo di antibiotici sul territorio e in età pediatrica; - percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi.	Consumo di antibiotici sul territorio DDD 1000 res. pes. Die:ASUGI <=13,44;ASUFC <= 13,50;ASFO <= 16,50	31/12/2021	Obiettivo raggiunto ASUGI anno 2021 9,8 target 13,44.	
		Le Tabelle riportano il target per il 2021 relativamente agli indicatori: - consumo pro –capite di farmaci inibitori di pompa protonica (IPP); - consumo di antibiotici sul territorio e in età pediatrica; - percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi.	Consumo di antibiotici in età pediatrica DDD:ASUGI <= 14,80;ASUFC <= 14,14;ASFO <= 14,80	31/12/2021	Obiettivo raggiunto ASUGI anno 2021 7,1 target 14,80.	
		Le Tabelle riportano il target per il 2021 relativamente agli indicatori: - consumo pro –capite di farmaci inibitori di pompa protonica (IPP); - consumo di antibiotici sul territorio e in età pediatrica; - percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi.	Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi:ASUGI <=23,50;ASUFC <=20,50;ASFO <= <=21,50	31/12/2021	Sono poste in essere tutte le iniziative utili al conseguimento dell'obiettivo assegnato, con organizzazione di un evento sull'aderenza alla terapia con antidepressivi che ha visto fra i docenti dirigenti farmacisti e psichiatri ASUGI. L'obiettivo target 23,50 non è stato raggiunto per poco 23,76.	

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
7.4	Contenimento spesa farmaceutica - Biosimilari	Nell'ambito delle categorie di medicinali di cui è disponibile l'alternativa biosimile, gli Enti favoriscono l'impiego delle specialità che garantiscono l'efficienza del SSR	Invio alla DCS di un report di sintesi entro il 15/04/2022 descrittivo delle attività svolte, dei percorsi attivati con i prescrittori e delle ricadute per il SSR, specificatamente per gli ambiti dell'assistenza ospedaliera e territoriale (diretta, DPC e convenzionata).I dati di spesa e di consumo, rilevati secondo lo schema predisposto dalla DCS, integreranno i report.Modalità di valutazione: Report congruenti in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 60%) Relazioni inviate nei termini: sì/no (peso 40%)	15/04/2022	Il report di sintesi è stato inviato alla DCS in data 14/04/2022.Sono poste in essere tutte le iniziative con i medici prescrittori affinché in presenza di biosimilari, la scelta ricada sui farmaci a minor impegno di spesa, attenendosi tutte le richieste e discutendole direttamente col richiedente, l'opportunità di convergere sul biosimilare, se a minor prezzo del brand. I farmacisti si attivano a riguardo per i necessari approfondimenti anche con prescrittori di centri extra aziendali. Invieremo a riguardo i risultati di questa attività con apposita relazione, nel rispetto dei tempi previsti dalla DCS. Report e schemi inviati per aree e congruenti con gli obiettivi assegnati. L'Azienda ha monitorato le attività svolte. (la proposta di valutazione è stata effettuata dal referente regionale)	Obiettivo RAGGIUNTO
7.5	Gestione delle terapie con ormone della crescita	L'Ente nella gestione delle terapie con ormone della crescita attiva un team aziendale (composto almeno da un medico e un infermiere) che garantisca la formazione dei nuovi pazienti e caregiver al corretto uso degli autoiniettori per la somministrazione dell'ormone della crescita presenti nella graduatoria dell'accordo quadro regionale.	Evidenza dell'attivazione del team entro il 30/06/2021.Modalità di valutazione: Attivazione del team nei termini: sì/no (peso 50%)	30/06/2021	Nel corso del 2021 è stata attivata la revisione del centro prescrittore di ASUGI. E' prevista la cessazione dell'attuale centro e l'identificazione del nuovo, in accordo con i rispettivi Responsabili, cui seguirà l'attivazione del team.La proposta del referente regionale è di stralcio dell'obiettivo in quanto la revisione del centro prescrittore è stata avviata nel 2021 ed tutt'ora in corso.	Obiettivo NON VALUTABILE
7.5	Gestione delle terapie con ormone della crescita	L'Ente nella gestione delle terapie con ormone della crescita attiva un team aziendale (composto almeno da un medico e un infermiere) che garantisca la formazione dei nuovi pazienti e caregiver al corretto uso degli autoiniettori per la somministrazione dell'ormone della crescita presenti nella graduatoria dell'accordo quadro regionale.	Invio alla DCS entro il 30/28/02/2022 di un report dell'attività di formazione svolta nel 2021, con evidenza degli autoiniettori proposti e selezionati.Modalità di valutazione: Invio del report nei termini: sì/no (peso 50%)	28/02/2022	Nel corso del 2021 è stata attivata la revisione del centro prescrittore di ASUGI. E' prevista la cessazione dell'attuale centro e l'identificazione del nuovo, in accordo con i rispettivi Responsabili, cui seguirà l'attivazione del team.La proposta del referente regionale è di stralcio dell'obiettivo in quanto la revisione del centro prescrittore è stata avviata nel 2021 ed tutt'ora in corso	Obiettivo NON VALUTABILE
7.7	distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali	In coerenza con le modalità organizzative conseguenti alla situazione pandemica da Covid19, le Aziende garantiscono azioni che nell'ambito della distribuzione diretta e della DPC dei medicinali possano assicurare l'ottimizzazione dei percorsi assistenziali e le migliori ricadute economiche sul SSR	Invio alla DCS di una relazione sull'attività del primo semestre, entro 30/09/2021 e di una relazione sull'attività annuale entro il 15/04/2022 da cui si evincano le azioni, gli esiti ed i monitoraggi svolti nell'ambito della DPC e della distribuzione diretta, integrati da tabelle di sintesi (come da schema della DCS) Modalità di valutazione: Relazioni congruenti in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 60%) Relazioni inviate nei termini: sì/no (peso 40%)	30/09/2021	La prima relazione è stata inviata nei tempi. La SC Assistenza farmaceutica non ha liste di attesa per la consegna dei farmaci in distribuzione diretta. Tutti i farmaci vengono puntualmente evasi senza creare soluzioni di continuità nelle terapie già in corso, ne ritardi per l' inizio di quelle nuove. Il report di sintesi è stato inviato alla DCS in data 28/09/2021. L'Azienda ha presentato relazioni diverse per area - Area Giuliana: relazione congruente in base agli obiettivi assegnati, descrittiva delle azioni intraprese. Relazione inviata nei termini. - Area Isontina: la relazione non cita eventuali azioni intraprese al fine di assicurare l'ottimizzazione dei percorsi assistenziali e le migliori ricadute economiche sul SSR, come richiesto dall'obiettivo. Relazione inviata nei termini.	Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
7.7	distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali	In coerenza con le modalità organizzative conseguenti alla situazione pandemica da Covid19, le Aziende garantiscono azioni che nell'ambito della distribuzione diretta e della DPC dei medicinali possano assicurare l'ottimizzazione dei percorsi assistenziali e le migliori ricadute economiche sul SSR	Invio alla DCS di una relazione sull'attività del primo semestre, entro 30/09/2021 e di una relazione sull'attività annuale entro il 15/04/2022 da cui si evincano le azioni, gli esiti ed i monitoraggi svolti nell'ambito della DPC e della distribuzione diretta, integrati da tabelle di sintesi (come da schema della DCS) Modalità di valutazione: Relazioni congruenti in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 60%) Relazioni inviate nei termini: sì/no (peso 40%)	15/04/2022	Il report di sintesi è stato inviato alla DCS in data 14/04/2022 . L'Azienda ha presentato relazioni diverse per area: - Area Giuliana: relazione congruente in base agli obiettivi assegnati, descrittiva delle azioni intraprese. Relazione inviata nei termini. - Area Isontina: la relazione non cita eventuali azioni intraprese al fine di assicurare l'ottimizzazione dei percorsi assistenziali e le migliori ricadute economiche sul SSR, come richiesto dall'obiettivo. Relazione inviata nei termini.	Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO
7.8	Assistenza integrativa	Le Aziende monitorano:a) l'appropriatezza delle prescrizioni dei dispositivi monouso per pazienti diabetici, con particolare riferimento al rispetto dei quantitativi massimi erogabili a carico del SSR delle strisce per la misurazione capillare della glicemia e all'utilizzo corretto dei codici di esenzione.a) i dati di spesa dei dispositivi per il monitoraggio della glicemia interstiziale(CGM, FGM e SAP)	Presentazione alla DCS di una relazione sintetica entro il 15/04/2022 relativa alle attività intraprese, i monitoraggi effettuati e gli esiti conseguiti.Modalità di valutazione:Relazione congruente in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 60%)Relazione inviate nei termini: sì/no (peso 40%)	15/04/2022	E' stato predisposto ed inviato alla Direzione Sanitaria e Sociosanitaria ASUGI un progetto di fattibilità per l'erogazione diretta di alcuni presidi di assistenza integrativa e monitorato l'andamento dell'erogazione di dispositivi monouso per diabetici con riferimento alle quantità erogabili e all'utilizzo corretto dei codici di esenzione con invio di email personalizzate ai prescrittori come riportato nel report di sintesi attività. L'Azienda ha presentato relazioni diverse per area: -Area Giuliana: la relazione, pur mettendo in evidenza azioni volte ad un possibile miglioramento dell'assistenza integrativa erogata a favore dei pazienti stomizzati, non attiene alla materia richiesta dall'obiettivo (assistenza integrativa erogata a favore di pazienti diabetici)Area Isontina: la relazione è parzialmente ed insufficientemente coerente con gli obiettivi assegnati. Non si evincono azioni di monitoraggio relative ai dispositivi per la patologia diabetica. Relazione inviata nei tempi	Obiettivo NON RAGGIUNTO
7.8	Assistenza integrativa	Nell'ambito dell'assistenza integrativa le Aziende sanitarie e gli IRCCS effettuano una ricognizione dei percorsi e delle procedure attuate anche al fine di una possibile armonizzazione degli stessi.	Invio alla DCS entro il 15/04/2022 delle risultanze della ricognizione effettuata.Modalità di valutazione: Ricognizione effettuata e inviata: sì/no	15/04/2022	Il report di sintesi è stato inviato alla DCS in data 14/04/2022 ma non è pervenuta la necessaria documentazione a supporto	Obiettivo NON RAGGIUNTO
7.9	Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	REGISTRI AIFA E RECUPERO RIMBORSI Per la prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA viene 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 garantire l'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.	Assicurare la registrazione dei pazienti e l'inserimento di tutti i dati richiesti, con particolare riferimento ai pazienti extra regione trattati con medicinali innovativi e oncologici innovativi, per consentire il rimborso dei costi sostenuti attraverso il meccanismo della fatturazione diretta.Modalità di valutazione:Evidenza dei monitoraggi/percorsi aziendali per la gestione delle eventuali criticità in tutti gli Enti del SSR: sì/no	31/12/2021	Tutte le erogazioni di medicinali soggetti a registro AIFA sono state effettuate dopo registrazione delle prescrizioni e con registrazione delle dispensazioni a registro. Alle richieste di chiarimento della DCS è stato risposto nei tempi previsti.	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
7.9	Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	REGISTRI AIFA E RECUPERO RIMBORSI Per la prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA viene 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 garantirne l'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.	Assicurare l'invio delle Richieste di Rimborso secondo le modalità definite da AIFA per tutti i farmaci con accordo MEA, anche attraverso la nuova piattaforma gestione rimborsi. Modalità di valutazione: Riscontro agli approfondimenti/ricieste di verifica relative ai registri AIFA/procedure di rimborso, inviate nei termini indicati: sì/no	31/12/2021	Tutte le richieste di rimborso sono state inviate secondo le modalità definite da AIFA. Alle richieste di chiarimento della DCS è stato risposto nei tempi previsti.	Obiettivo RAGGIUNTO
7.9	Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	REGISTRI AIFA E RECUPERO RIMBORSI Per la prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA viene 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 garantirne l'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.	Monitoraggi/controlli periodici effettuati, nell'ambito dei percorsi aziendali in essere, per la risoluzione di eventuali criticità legate al mancato/ritardato inserimento dei pazienti in piattaforma (inserimento del 100% dei casi ai fini della rimborsabilità).	periodici	Tutte le erogazioni di medicinali soggetti a registro AIFA sono state effettuate dopo registrazione delle prescrizioni e con registrazione delle dispensazioni a registro. Alle richieste di chiarimento della DCS è stato risposto nei tempi previsti.	Obiettivo RAGGIUNTO
7.9	Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	CARTELLA ONCOLOGICA INFORMATIZZATA 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. Modalità di valutazione: Una rilevazione (DCS) del grado di completezza al 31.12.2021.	31/12/2021	La cartella oncologica è stata implementata Cattinara Maggiore: 99,53% Gorizia Monfalcone: 76,12% ASUGI 90,49%	Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO
7.9	Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	PRESCRIZIONI PERSONALIZZATE PSM ITER ELETTRONICO Per tutte le Aziende, la copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM dovrà essere garantita per il 95%, con riferimento ai medicinali erogati in distribuzione diretta nominale mediante lo stesso applicativo, anche al	% delle prescrizioni di medicinali erogati in distribuzione diretta nominale effettuate con il sistema PSM - iter elettronico $\geq 95\%$. La DCS invierà periodicamente agli Enti del SSR un report relativo alle prescrizioni indotte con iter cartaceo verso altre Aziende /IRCCS, per le successive azioni di	31/12/2021	Per il 2021 ASUGI ha garantito l'iter elettronico delle prescrizioni nel 98,8% dei casi.	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
		fine di consentire un puntuale monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e la promozione dei medicinali acquisiti centralmente da ARCS. Le Aziende assicureranno azioni di sensibilizzazione su quelle strutture/reparti per i quali si rileva un modesto utilizzo dell'iter elettronico, al fine di ridurre l'erogazione derivante da prescrizioni cartacee indotte verso altre aziende.	sensibilizzazione.Modalità di valutazione:Target rilevati dalla DCS.- % $\geq 95\%$: obiettivo raggiunto- % tra 85% e 95%: obiettivo parzialmente raggiunto- % < 85%: obiettivo non raggiunto			
7.9	Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	PRESCRIZIONE INFORMATIZZATA DEI PIANI TERAPEUTICI 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 70% 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).Nel favorire l'implementazione di tale sistema informatizzato sarà inoltre assicurato il controllo dei piani terapeutici ed il rispetto delle note limitative AIFA.	- % di ricorso alla prescrizione informatizzata tramite applicativo PSM-PT per tutti i pazienti: > 70%- Burlo: % PT informatizzati per medicinali soggetti a nota AIFA 39 o 74 o altre indicazioni pediatriche > 70% rispetto al totale dei PT redatti dall'IRCCS.Modalità di valutazione:Target rilevati dalla DCS. Per le modalità di calcolo dell'indicatore si rimanda alla DGR n. 1912/2018- % PT informatizzati per tutti i pazienti > 70% raggiunto- % PT informatizzati per tutti i pazienti tra 65-70% parzialmente raggiunto- % PT informatizzati per tutti i pazienti < 65% non raggiuntoPer gli IRCCS (non avendo come parametro di riferimento i residenti) la % di PT informatizzati (> 70%) è calcolata rispetto al totale dei Piani terapeutici redatti dalla struttura (distinti in informatizzati + cartacei) e comunicato formalmente alla DCS entro il 15/04/2022.Per il Burlo la valutazione riguarderà i medicinali indicati.	31/12/2021	Per il 2021 ASUGI ha garantito il ricorso alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici tramite PSM-PT per il 76% dei casi	Obiettivo RAGGIUNTO
7.9	Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	FLUSSI INFORMATIVI FARMACEUTICI Inserimento dei dati, 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 SSSR (mancati invii, prezzi medi, revocati, ecc), con particolare riferimento ai disallineamenti derivanti da un possibile	Verifiche dei dati entro il 10 di ogni mese:Integrale copertura fase 3/fase 2 (> 99,5% della spesa negli ambiti previsti).Modalità di valutazione:Target rilevati dalla DCS- copertura fase 3/fase 2: % > 99,5%: raggiunto% tra 99% e 99,5%: parzialmente raggiunto% < 99%: non raggiunto	mensile	Le verifiche e i controlli di congruenza dei flussi informativi vengono effettuate periodicamente, ed è stato dato riscontro tempestivo alle richieste di chiarimento pervenute da DCS/Insiel.Dal report inviato dalla DCS, per il 2021 ASUGI ha garantito l'integrale copertura fase 3/fase 2 per il 99,79%	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
		<p>mancato invio. Va assicurata, per il corretto calcolo del rispetto dei tetti di spesa, l'integrale copertura della fase 3 su fase 2 (100% della spesa negli ambiti previsti) per quanto riguarda la distribuzione diretta, nonché l'inserimento a sistema del codice targatura (> 99% confezioni) in fase di erogazione diretta dei medicinali (applicativo PSM).Le Aziende assicurano un controllo periodico sulla coerenza dei centri di Costo (ospedaliera e diretta), con particolare riferimento alla corretta implementazione dei centri di costo correlati all'emergenza COVID-19. 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>				
7.9	Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	<p>FLUSSI INFORMATIVI FARMACEUTICA Inserimento dei dati, 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 SSSR (mancati invii, prezzi medi, revocati, ecc), con particolare riferimento ai disallineamenti derivanti da un possibile mancato invio. Va assicurata, per il corretto calcolo del rispetto dei tetti di spesa, l'integrale copertura della fase 3 su fase 2 (100% della spesa negli ambiti previsti) per quanto riguarda la distribuzione diretta, nonché l'inserimento a sistema del codice targatura (> 99% confezioni) in fase di erogazione diretta dei medicinali (applicativo PSM).Le Aziende assicurano un controllo periodico sulla coerenza dei centri di Costo (ospedaliera e diretta), con particolare riferimento alla corretta implementazione dei centri di costo correlati all'emergenza COVID-19. Le Aziende e l'ARCS danno riscontro ad eventuali approfondimenti richiesti</p>	<p>Verifiche dei dati entro il 10 di ogni mese: Inserimento codice targatura in fase di erogazione diretta dei medicinali (> 99%).Target rilevati dalla DCSTargatura- % confezioni diretta PSM > 99%: raggiunto-% confezioni diretta PSM da 97% a 99%: parzialmente raggiunto- % confezioni diretta PSM < 97%: non raggiunto</p>	mensile	<p>Le verifiche e i controlli di congruenza dei flussi informativi vengono effettuate periodicamente, ed è stato dato riscontro tempestivo alle richieste di chiarimento pervenute da DCS/Insiel. Dal report inviato dalla DCS, per il 2021 ASUGI ha garantito l'inserimento del codice targatura in fase di erogazione diretta per il 99,76%</p>	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
		dalla Direzione Centrale, anche su istanza Ministero della Salute, entro 15 giorni dalle comunicazioni.				
7.9	Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	FLUSSI INFORMATIVI FARMACEUTICA Inserimento dei dati, 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 un possibile mancato invio. Va assicurata, per il corretto calcolo del rispetto dei tetti di spesa, l'integrale copertura della fase 3 su fase 2 (100% della spesa negli ambiti previsti) per quanto riguarda la distribuzione diretta, nonché l'inserimento a sistema del codice targatura (> 99% confezioni) in fase di erogazione diretta dei medicinali (applicativo PSM).Le Aziende assicurano un controllo periodico sulla coerenza dei centri di Costo (ospedaliera e diretta), con particolare riferimento alla corretta implementazione dei centri di costo correlati all'emergenza COVID-19. 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.	Inserimento dei dati, verifiche e controlli di congruenza dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese	mensile	Le verifiche e i controlli di congruenza dei flussi informativi vengono effettuate nei tempi previsti.	Obiettivo RAGGIUNTO
7.9	Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	FLUSSI INFORMATIVI FARMACEUTICA Inserimento dei dati, 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 un possibile mancato invio. Va assicurata, per il corretto calcolo del rispetto dei tetti di spesa, l'integrale	Riscontro entro 15 giorni agli eventuali approfondimenti richiesti o segnalazioni inviate.	entro 15 gg ricevimento	E' stato dato riscontro tempestivo e nei tempi previsti alle richieste di chiarimento pervenute da DCS/Insiel. La proposta del referente regionale è di stralcio dell'obiettivo in quanto non sono state fatte richieste di approfondimento	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
		copertura della fase 3 su fase 2 (100% della spesa negli ambiti previsti) per quanto riguarda la distribuzione diretta, nonché l'inserimento a sistema del codice targatura (> 99% confezioni) in fase di erogazione diretta dei medicinali (applicativo PSM).Le Aziende assicurano un controllo periodico sulla coerenza dei centri di Costo (ospedaliera e diretta), con particolare riferimento alla corretta implementazione dei centri di costo correlati all'emergenza COVID-19. 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.				
7.10	Farmacovigilanza	Gli Enti del SSR assicurano le attività di Farmacovigilanza nel rispetto della normativa vigente secondo quanto previsto dalle procedure operative AIFA per i CRFV e i RLFV	Mantenimento della % di segnalazione on-line $\geq 90\%$ in linea con le indicazioni AIFA e tenuto conto dell'avvio a fine 2021 /inizio 2022 della nuova piattaforma di segnalazione collegata alla RNFFModalità di valutazione:% segnalazioni online/segналazioni totali $\geq 90\%$.Target rilevati dalla DCS	31/12/2021	ASUGI ha inserito il 100% delle segnalazioni on-line (dato da rilevazione DCS).% di segnalazione on-line aggiornata al 31.12.2021: 99,8	Obiettivo RAGGIUNTO
7.10	Farmacovigilanza	Gli Enti assicurano l'inserimento delle segnalazioni di sospette reazioni avverse relative a medicinali utilizzati nella terapia del COVID-19 (compresi i nuovi vaccini) o nei pazienti con COVID-19 (qualsiasi medicinale), secondo le indicazioni fornite da AIFA. Il CRFV fornirà eventuale supporto ai RLFV al fine di migliorare la qualità del dato inserito.	Inserimento delle segnalazioni di sospetta ADR relative a medicinali utilizzati nella terapia COVID-19 o nel paziente COVID-19 secondo i parametri e con le codifiche indicate da AIFA (comunicati 4 maggio e 27 novembre 2020).Modalità di valutazione:Andamento periodico (su base semestrale) delle segnalazioni di ADR relative a medicinali utilizzati nella terapia del COVID-19 o nei pazienti con COVID-19, effettuato dal CRFV.% codifica inserimento corretta/ totale segnalazioni inserite $\geq 80\%$.Riscontri a richieste del CRFV su qualità del dato: sì/no	31/12/2021	ASUGI ha codificato correttamente e in modo completo il 100% delle segnalazioni inserite, riscontrando alle richieste del CRFV	Obiettivo RAGGIUNTO
8.1	Sistema informativo di gestione della formazione	Contribuire alla analisi del processo organizzativo per una adeguata configurazione del sistema di tutte le aziende, assieme all'azienda pilota già avviata nell'anno 2020	Tutte le aziende partecipano, con propri operatori, alle attività svolte per l'attivazione del sistema e forniscono contributi per ottimizzare l'attivazione	31/12/2021	l'attività di configurazione del nuovo gestionale si è conclusa prima del 31.12.2021 per consentire la successiva formazione ed avviamento del sistema	OBIETTIVO RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
			nel proprio ambito. Si richiede la presenza del 90% delle convocazioni			
8.1	Sistema informativo di gestione della formazione	Completare l'attivazione del sistema nelle aziende in accordo con le indicazioni di DCS partecipando alla messa a punto del sistema ed organizzando turni del personale per favorire la formazione in aula e sul campo	Completare l'attivazione del sistema presso tutte le altre aziende entro il 31/12/2021	31/12/2021	Il sistema risulta avviato in tutte le aziende sanitarie nei tempi previsti	OBBIETTIVO RAGGIUNTO
8.2	Sistema informativo dei distretti	Contribuire alla analisi del processo organizzativo per una adeguata configurazione del sistema di tutte le aziende, assieme all'azienda pilota individuata nell'anno 2020	Tutte le aziende partecipano, con propri operatori, alle attività svolte per l'attivazione del sistema e forniscono contributi per ottimizzare l'attivazione nel proprio ambito. Si richiede la presenza del 90% delle convocazioni	31/12/2021	La partecipazione è stata garantita con i referenti ASUGI	Obiettivo RAGGIUNTO
8.2	Sistema informativo dei distretti	Completare l'attivazione del sistema nell'azienda pilota in accordo con le indicazioni di DCS/ARCS partecipando alla messa a punto del sistema ed organizzando turni del personale per favorire la formazione in aula e sul campo	Completare l'attivazione del sistema presso l'azienda pilota entro il 30/09/2021	30/09/2021	azienda pilota ASFO, avviato entro il termine	Obiettivo RAGGIUNTO
8.2	Sistema informativo dei distretti	Attivare il sistema in un'altra azienda ottimizzando i contenuti del sistema e le esperienze formative e di avviamento della azienda pilota.	Attivare il sistema entro il 31/12/2021	31/12/2021	sistema avviato in tutti i distretti ASUGI	Obiettivo RAGGIUNTO
8.2	Sistema informativo dei distretti	Favorire la collaborazione nell'assistenza territoriale fra Aziende sanitarie, Ambiti del sociale e Enti del terzo settore per rendere possibile il coordinamento degli interventi di assistenza anche tramite la condivisione e/o l'integrazione dei sistemi informativi.	Partecipare all'analisi delle attività che favoriscono la collaborazione nell'assistenza territoriale. Si richiede la presenza del 90% delle convocazioni	31/12/2021	La partecipazione è stata garantita con i referenti ASUGI	Obiettivo RAGGIUNTO
8.3	Sistema informativo gestione economica finanziaria e economato	Contribuire alla analisi del processo organizzativo per una adeguata configurazione del sistema	Partecipazione al 90% delle riunioni convocate	31/12/2021	L'attività aziendale è stata in linea, la partecipazione agli incontri è stata costante.	Obiettivo RAGGIUNTO
8.3	Sistema informativo gestione economica finanziaria e economato	Siti pilota: collaborare in termini di test del sistema, opportunamente integrato con i sistemi satelliti	Sistema funzionante nelle aziende pilota (verbale collaudo) entro il 30/06/2021	30/06/2021	L'aggiudicazione della gara è stata fatta con ritardo rispetto all'iniziale piano dei tempi (2 trimestre 2021). Le attività sono state quindi ripianificate da DCS/Insiel di conseguenza. L'avvio delle aziende pilota è previsto per il 2023.	Obiettivo NON VALUTABILE (STRA LCIO)

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
8.3	Sistema informativo gestione economica finanziaria e economato	Avviamento in tutte le aziende del SSR secondo un cronoprogramma definito dalla ditta aggiudicatrice della gara tenendo conto delle peculiarità delle aziende e con una attenzione alla formazione in aula e sul campo	Sistema funzionante in tutte le aziende (verbale collaudo) entro il 31/12/2021	31/12/2021	aggiudicazione della gara è stata fatta con ritardo rispetto all'iniziale piano dei tempi (2 trimestre 2021). Le attività sono state quindi ripianificate da DCS/Insiel di conseguenza. L'avvio delle aziende pilota è previsto per il 2023.	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
8.4	Telemedicina	Censimento delle soluzioni di telemedicina presenti attualmente in azienda con indicazione delle integrazioni già operative con i sistemi aziendali e quelle ritenute importanti da realizzare.	Fornire l'elenco delle soluzioni di telemedicina presenti con indicazioni delle integrazioni entro il 31/03/2021	31/03/2021	Il censimento è stato concluso nei tempi previsti (nota inviata anche in regione DCS prot. SCIT n. 2021-2092).	Obiettivo RAGGIUNTO
8.4	Telemedicina	Analisi e valutazione dei processi dei post-acuti con scompenso cardiaco, diabete o BPCO per individuare quali soluzioni di telemedicina possono essere adottate e se devono essere rese operative strutture capaci di controllare e monitorare gli strumenti di telemedicina utilizzati.	Partecipazione al 90% delle riunioni dei team interaziendali di analisi e valutazione.	31/12/2021	L'attività è in linea, la partecipazione agli incontri è stata costante. il servizio Sistemi informativi e privacy, assieme alle aziende, ha predisposto il capitolato tecnico per la gara di telemedicina, definendo i casi studio, tra cui valutazione dei processi dei post-acuti con scompenso cardiaco, diabete o BPCO. L'azienda ASUGI ha contribuito a definire il processo essendo stato presente al gruppo di lavoro ristretto per la predisposizione del capitolato	Obiettivo RAGGIUNTO
8.4	Telemedicina	Stesura piano regionale di attivazione delle soluzioni di telemedicina nelle varie aziende tenendo conto delle esperienze già maturate e dell'analisi e valutazione dei processi dei post- acuti.	Partecipazione alla stesura del piano regionale di attivazione e avviamento e messa a punto delle soluzioni di telemedicina individuate per l'azienda.	31/12/2021	L'attività è in linea, la partecipazione agli incontri è stata costante. la DCS è stata coinvolta nel gruppo nazionale di stesura delle linee guida per la telemedicina; di conseguenza il piano regionale ha atteso la pubblicazione delle medesime linee per predisporre un documento in accordo con la prospettiva nazionale (pubblicazione rinviata al 2022)	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
8.5	Ricetta e piano terapeutico dematerializzato	Ricette dematerializzate specialistica farmaceutica dei medici specialisti	90% sul totale delle ricette entro il 31/12/2021	31/12/2021	Dai dati resi disponibili da insiel nel cruscotto Visual Analytics "DEM prescritto farmaceutica" e DEM prescritto specialistica" l'obiettivo risulta raggiunto	Obiettivo RAGGIUNTO
8.5	Ricetta e piano terapeutico dematerializzato	Ricette dematerializzate specialistica e farmaceutica dei MMG/PLS	95% sul totale delle ricette entro il 31/12/2021	31/12/2021	Dai dati resi disponibili da insiel nel cruscotto Visual Analytics "DEM prescritto farmaceutica" e DEM prescritto specialistica" l'obiettivo risulta raggiunto	Obiettivo RAGGIUNTO
8.5	Ricetta e piano terapeutico dematerializzato	Ricette dematerializzate non SSR	Media del 50 % sui mesi in cui è attiva la ricetta non SSR dematerializzata entro il 31/12/2021	31/12/2021	INSIEL non ha potuto attivare la dematerializzazione della ricetta non SSR per mancanza delle specifiche nazionali. L'attività è stata realizzata a seguito della comunicazione delle specifiche adottate a livello nazionale (2022), pertanto si ritiene di stralciare l'obiettivo	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
8.5	Ricetta e piano terapeutico dematerializzato	Piani terapeutici dematerializzati	Media del 50 % sui mesi in cui è attiva la firma digitale del piano terapeutico dematerializzato	31/12/2021	L'attività è stata annullata a livello nazionale, pertanto si ritiene di stralciare l'obiettivo	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
8.6	Linee guida integrazione Asset	Censimento dei sistemi informatici delle aziende del SSR da integrare con gli asset regionali.	Predisporre un documento secondo le linee guida regionali entro il 31/10/2021	31/10/2021	ASUGI è pronta a partecipare per quanto di competenza alla realizzazione dell'attività regionale. Non ci sono linee guida regionali cui fare riferimento, esiste invece un portale Insiel delle integrazioni che ASUGI sta già usando e sul quale sono regolarmente riportate tutte le nuove integrazioni di cui si richiede l'implementazione; si presume che quello sia lo strumento che la regione ha individuato. Il servizio Sistemi informativi e privacy non ha ricevuto il censimento	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
					degli asset regionali, in quanto non sono state predisposte le linee guida regionali. Si chiede lo stralcio	
8.7	Piattaforma di integrazione	Contribuire alla analisi del processo organizzativo per una adeguata configurazione della piattaforma (definizione processi, PDTA)	Tutte le aziende partecipano, con propri operatori, alle attività svolte per l'analisi dei processi e forniscono contributi per ottimizzare l'attivazione del PDTA. Si richiede la presenza del 90% delle convocazioni	31/12/2021	ASUGI è pronta a partecipare per quanto di competenza alla realizzazione dell'attività regionale. Non ci sono indicazioni da parte di Insiel/DCS su quale sia la piattaforma di integrazione né sulla sua disponibilità. Il servizio sistemi informativi e privacy ha subito dei rallentamenti nella realizzazione dell'attività, causa COVID. La linea operativa non è stata avviata	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
8.7	Piattaforma di integrazione	Configurare e sperimentare il sistema nell'azienda pilota in accordo con le indicazioni di DCS partecipando alla messa a punto del sistema	Completare la sperimentazione del sistema presso l'azienda pilota entro il 31/10/2021	31/10/2021	ASUGI è pronta a partecipare per quanto di competenza alla realizzazione dell'attività regionale. ASUGI non ha ricevuto né da Insiel né da DCS alcuna informazione su questo sistema; non è chiaro di cosa si tratti. Il servizio sistemi informativi e privacy ha subito dei rallentamenti nella realizzazione dell'attività, causa COVID. La linea operativa non è stata avviata	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
8.8	Sistema informativo integrato a supporto della presa in carico	Definizione del documento progettuale che includa tutte le caratteristiche e le modalità del sistema per la definizione del Capitolato	Definizione del documento progettuale che includa tutte le caratteristiche e le modalità del sistema per la definizione del Capitolato	31/12/2021	.E' stato avviato il gruppo di lavoro e sono stati programmati e realizzati gli incontri per la stesura del documento previsto	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
8.9	Censimento apparecchiature	Censimento di tutte le apparecchiature (pc, mobile, stampanti ecc.) dove saranno attivati i sistemi del personale, della contabilità e dei distretti. Per i pc nel censimento va indicata la versione del Sistema Operativo. Sono da riportare anche nuove esigenze indotte dall'introduzione dei nuovi sistemi.	Elenco apparecchiature entro il 31/5/2021	31/05/2021	Il censimento delle apparecchiature per postazioni di lavoro è stato concluso nei tempi previsti (nota inviata anche in regione DCS prot. SCIT n. 2021-3399). Il censimento apparecchiature di rete è stato rinviato con mail dd.24.12.2021	Obiettivo RAGGIUNTO
8.9	Censimento apparecchiature	Censimento di tutto il parco apparecchiature (pc, mobile, stampanti ecc.) con indicazioni di nuove esigenze.	Elenco apparecchiature entro il 31/5/2021	31/05/2021	Il censimento delle apparecchiature per postazioni di lavoro è stato concluso nei tempi previsti (nota inviata anche in regione DCS prot. SCIT n. 2021-3399). Il censimento apparecchiature di rete è stato rinviato con mail dd.24.12.2021	Obiettivo RAGGIUNTO
8.9	Censimento apparecchiature	Indicazioni delle apparecchiature di rete da sostituire con indicazioni delle caratteristiche (doppio alimentatore, ecc.)	Elenco apparecchiature entro il 31/12/2021	31/12/2021	Il censimento delle apparecchiature per postazioni di lavoro è stato concluso nei tempi previsti (nota inviata anche in regione DCS prot. SCIT n. 2021-3399). Il censimento apparecchiature di rete è stato rinviato con mail dd.24.12.2021	Obiettivo RAGGIUNTO
8.10	Privacy in Sanità	Convocazione incontri trimestrali (4 all'anno)	Partecipazione ad almeno 3 incontri su 4 programmati con condivisione e attestazione del verbale predisposto dal segretario.	31/12/2021	L'attività aziendale è in linea, la partecipazione agli incontri è costante.	Obiettivo RAGGIUNTO
8.11	PACS	Referto multimediale	Il dispiegamento della soluzione sperimentata sarà completato in tutti i servizi di radiologia delle Aziende regionali entro 6 mesi dalla sostituzione del refertatore vocale	entro 6 mesi sostituzione refertatore vocale	La Regione ha rivisto il piano dei tempi prevedendo l'avvio nel 2022	obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
8.11	PACS	Refertatore vocale	Sostituzione, presso tutte le radiologie della regione, dell'attuale refertatore, ormai obsoleto e non più rispondente ai	30/06/2021	La Regione ha rivisto il piano dei tempi prevedendo l'avvio nel 2022	obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
			requisiti di sicurezza informatica.INSIEL presenta la soluzione tecnologica individuata entro il 28.02.2021 e concorderà entro il 31.03.2021 con la DCS, che si avvarrà del supporto di ARCS, il cronoprogramma delle sostituzioni con l'obiettivo di completarle entro giugno 2021.Le Aziende si attivano per agevolare il passaggio al nuovo refertatore secondo le date concordate.			
8.11	PACS	Visibilità interaziendale di referti diagnostici e delle relative immagini per i pazienti in cura	Completamento della messa a punto delle integrazioni e configurazione del fascicolo sanitario "operatore" entro 31.03.2021	31/03/2021	L'attività non è di competenza di ASUGI. La proposta del referente regionale è di stralcio dell'obiettivo per ASUGI in quanto l'obiettivo non era di competenza di ASUGI ma è stato portato avanti e completato da ARCS per il tramite di INSIEL.	obiettivo NON VALUTABILE(STRALCIO)
8.11	PACS	Visibilità interaziendale di referti diagnostici e delle relative immagini per i pazienti in cura	Avvio utilizzo del fascicolo sanitario operatore in tutte le aziende entro 30.09.2021.	30/09/2021	Il fascicolo sanitario operatore è in uso, manuale pubblicato in intranet 20/08/21.La funzione di visualizzazione immagini è stata attivata per il FSE Operatore entro settembre 2021.(la proposta di valutazione è stata effettuata dal referente regionale)	obiettivo RAGGIUNTO
8.11	PACS	Visibilità interaziendale in regime emergenziale di referti diagnostici e delle relative immagini	Sviluppo entro 30.09.2021 di una soluzione strumentale prototipale in grado di soddisfare le esigenze dei flussi emergenziali.	30/09/2021	ASUGI è disponibile e in attesa di indicazioni sulla pianificazione regionale dell'implementazione del caso d'uso.	obiettivo NON VALUTABILE(STRALCIO)
8.11	PACS	Consolidamento flussi emergenziali tempo- dipendenti tra spoke-hub:	Implementazione casi d'uso regionali per l'hub specialistico di Trieste. Realizzazione condizione di ridondanza tra hub specialistici di Trieste e di Udine.	31/12/2021	ASUGI è disponibile e in attesa di indicazioni sulla pianificazione regionale dell'implementazione del caso d'uso.	obiettivo NON VALUTABILE(STRALCIO)
8.11	PACS	Adeguamento piattaforma di refertazione radiologica al D. Lgs.101/2020	DCS nomina entro febbraio 2021 e, con l'eventuale supporto di ARCS, coordina un gruppo di lavoro con i referenti tecnici di INSIEL e con i referenti aziendali in materia di radioprotezione e di radiologia.Il gruppo di lavoro entro giugno 2021 individua le necessarie modifiche della piattaforma di refertazione radiologica per poter ottemperare a D. Lgs. 101/2020 e propone entro settembre 2021 un cronoprogramma di attività di sviluppo e implementazione.	30/09/2021	E' stato realizzato quanto indicato - modifica dei referti di radiologia per inserimento indicazioni della classe di dose.	obiettivo RAGGIUNTO
9.2	Applicativo SIASI e trattamento dei dati	Assicurare la corretta e tempestiva codifica dei reparti e dei relativi posti letto nel sistema SIASI	Tutti i reparti e le sezioni che registrano movimenti di ricovero devono avere il corretto codice disciplina associato e un numero di posti letto assegnati	31/12/2021	E' stata assicurata la corretta e tempestiva codifica dei reparti e dei relativi posti letto nel sistema SIASI con il corretto codice disciplina associato e un numero di posti letto assegnati	obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
9.2	Applicativo SIASI e trattamento dei dati	Inserimento schede di morte nell'apposito applicativo SIASI	Il 98% delle schede di morte vengono inserite nel sistema siasi entro 3 mesi dall'evento	31/12/2021	Il dato di schede inserite nei tempi risulta essere l'11,96%	Obiettivo NON RAGGIUNTO
9.2	Applicativo SIASI e trattamento dei dati	Inserimento schede di morte nell'apposito applicativo SIASI	ASUGI:- inserimento del 100% delle schede di morte del 2020 entro il 30 giugno 2021.	30/06/2021	Sono state inserite il 100% delle schede di morte inseribili del 2020 entro il 31 agosto 2021. Il differimento temporale si è reso necessario per la numerosità delle schede in rapporto al personale impegnato ad assicurare attività istituzionali entro tempistiche contenute. L'obiettivo è da considerarsi sostanzialmente raggiunto. Resta ancora in fase di inserimento una numerosità trascurabile di schede per le quali si è in attesa di ricevere dai Comuni taluni dati richiesti dall'applicativo. (es. n° atto di morte).% schede inserite entro il 30/6: 70,69%% inserite entro il 31.12: 97,1% (su dato schede di morte stimato da Istat)	Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO
9.2	Applicativo SIASI e trattamento dei dati	Inserimento schede di morte nell'apposito applicativo SIASI	ASUGI:- Inserimento del 100% delle schede di morte del 2019 entro il 31.12.2021	31/12/2021	Sono state inserite il 100% delle schede di morte inseribili del 2020 entro il 31 agosto 2021..Resta ancora in fase di inserimento una numerosità trascurabile di schede per le quali si è in attesa di ricevere dai Comuni taluni dati richiesti dall'applicativo. (es. n° atto di morte).	Obiettivo RAGGIUNTO
9.5	Acquisto di beni e regolare gestione delle evidenze contabili dei magazzini	Verifica delle modalità di gestione amministrativa e contabile da parte degli enti dei beni acquistati ai fini di una corretta e regolare rappresentazione contabile dei costi di esercizio e del valore delle rimanenze di magazzino secondo il principio della competenza economica e eventuale adozione delle misure correttive necessarie a garantire tale corretta e regolare rappresentazione contabile	ARCS predisporre e trasmettere alla Direzione salute entro il 30/6/2021 una relazione in cui, in merito a procedure e modalità amministrative e di contabilizzazione seguite dagli enti del SSR nella gestione dei beni acquistati in rapporto agli obblighi di regolare tenuta delle scritture contabili per una corretta e regolare rappresentazione contabile dei costi di esercizio e del valore delle rimanenze di magazzino nel rispetto del principio della competenza economica:- si evidenzia lo stato esistente in ciascun ente;- si verifica e valuta la funzionalità e conformità delle procedure esistenti in rapporto agli obblighi di adeguata e regolare rappresentazione contabile;- si comunicano le eventuali misure correttive necessarie da adottarsi negli enti per garantire il rispetto degli obblighi di adeguata e regolare rappresentazione contabile, evidenziando contenuti, modalità e tempistica prevista per il processo di adeguamento correttivo.	30/06/2021	Entro il termine stabilito è stata inviata la relativa relazione ad ARCS, riguardante quanto in argomento e redatta anche in collaborazione con le Strutture aziendali coinvolte nel processo (SSCC Approvvigionamenti, Gare e contratti e Farmacia). La relazione è stata trasmessa anche alla Direzione Amministrativa	Obiettivo RAGGIUNTO
9.6	Gestione del patrimonio tecnologico biomedicale	Ricognizione straordinaria del patrimonio tecnologico biomedicale	Ciascun ente conclude entro il 31.10.2021 la ricognizione straordinaria del patrimonio tecnologico biomedicale.	31/10/2021	Obiettivo raggiunto. Entro in 31.10.2021 si è conclusa la ricognizione straordinaria rilevando 11.420 apparecchiature biomedicali. ricognizione straordinaria del patrimonio tecnologico biomedicale e della riconciliazione con le viste inventariali è stata affidata ad una ditta esterna.che certifica la conclusione della rilevazione con specifiche note trasmesse alle aziende in data 03.11.2021	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
					specificando che ci sarebbero stati ulteriori passaggi all'interno delle strutture ospedaliere finalizzati a migliorare gli esiti della ricognizione già effettuata	
9.6	Gestione del patrimonio tecnologico biomedicale	Aggiornamento dello stato patrimoniale	Entro i termini di chiusura del bilancio 2021 ciascun ente aggiorna la base dati inventariale e il relativo libro cespiti in base agli esiti della ricognizione straordinaria del patrimonio tecnologico biomedicale.	31/12/2021	Obiettivo raggiunto. Effettuata attività di riconciliazione dei dati tra inventario patrimoniale e quanto rilevato con la ricognizione straordinaria. Valutazione basata su quanto dichiarato dall'Azienda in quanto non vi è possibilità di acquisire evidenza dell'attività svolta (la proposta di valutazione è stata effettuata dal referente regionale)	Obiettivo RAGGIUNTO.
9.7	Utilizzo di forme di partenariato pubblico privato e di concessione di costruzione e gestione e verifica della corretta rappresentazione contabile dei loro costi	Verifica di regolarità e correttezza, per misura, modalità e criteri adottati, della rappresentazione contabile degli utilizzi di beni e servizi per mezzo di forme di partenariato pubblico privato e di concessione di costruzione e gestione, funzionalmente all'adeguata rappresentazione a bilancio dei costi collegati nel rispetto di principi, norme e criteri contabili applicabili per tale rappresentazione	Gli enti entro il 30/6/2021:- effettuano una ricognizione nella propria realtà aziendale dell'eventuale sussistenza dell'utilizzo di beni e servizi per mezzo di forme di partenariato pubblico privato e di concessione di costruzione e gestione nonché le modalità di rappresentazione contabile di tale fenomeno gestionale in uso;- in caso di sussistenza dello strumento gestionale in discorso, predispongono e trasmettono alla Direzione centrale salute ed ad ARCS una relazione illustrativa sulle modalità di rappresentazione contabile del suo utilizzo evidenziando, se presenti, eventuali difformità di contabilizzazione rispetto a principi, norme e criteri contabili da applicarsi a tale rappresentazione e indicando altresì, le misure correttive - in termini di azioni e tempistiche programmate - per l'adeguamento di gestione contabile necessario.	30/06/2021	Entro il termine stabilito, ed anche con la collaborazione delle SSCC Approvvigionamenti e Gestione Servizi, Gestione Patrimonio e Tecnologie e Manutenzione e Sviluppo del patrimonio, è stata predisposta ed inviata alla Direzione amministrativa la relazione riguardante la verifica di regolarità e correttezza, per modalità e criteri adottati, della rappresentazione contabile degli utilizzi di beni e servizi per mezzo di forme di partenariato pubblico privato e di concessione di costruzione e gestione, funzionale all'adeguata rappresentazione a bilancio dei costi collegati nel rispetto di principi, norme e criteri contabili applicabili per tale rappresentazione. Successivamente, con nota prot. n. 59903 dd. 30.06.2021, la Direzione aziendale ha trasmesso la relazione in argomento alla Direzione Centrale Salute ed all'ARCS. ricognizione e relazione trasmessa con nota prot. n. 59903 dd. 30.06.2021	Obiettivo RAGGIUNTO
10.1.8	Investimenti	Il Burlo dovrà sviluppare, mediante una collaborazione con ASUGI ed ARCS una valutazione congiunta sull'area complessiva della sede attuale e di quella della nuova acquisizione, che preveda, oltre all'eventuale vendita della stessa, anche la sua conversione, ad avvenuto trasferimento nella nuova sede presso il Comprensorio di Cattinara, in una o più strutture di assistenza intermedia di cui all'art. 20 della LR 22/2019, come stabilito con parere del NVISS n. 1824-EDI2223-IB-IN	Documento inviato alla DCS	31/12/2021	La valutazione sull'area complessiva della sede attuale dell'IRCCS Burlo Garofolo e di quella di nuova acquisizione (Opera San Giuseppe) ad avvenuto trasferimento nella nuova sede presso il Comprensorio di Cattinara è stata inviata con nota N. 12581/P/A/DG di data 30/12/2021. Documento trasmesso alla DCS	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
11.5.2	Programmazione della formazione	Programmazione della formazione	Predisposizione e trasmissione alla DCS del Piano della formazione entro il 31 marzo 2021	31/03/2021	Il risultato è stato raggiunto. Il Piano è stato trasmesso alla DCS con nota prot. 29789 dd. 31.3.2021	Obiettivo RAGGIUNTO
11.5.2	Programmazione della formazione	Programmazione della formazione	Eventuale aggiornamento del piano entro 30 gg dalla pubblicazione del PRF	entro 30 gg PRF	L'obiettivo è stato raggiunto. E' stato formalizzato l'aggiornamento del Piano di Formazione Aziendale con decreto n. 1116/2021.	Obiettivo RAGGIUNTO
11.5.2	Programmazione della formazione	Programmazione della formazione	Redazione ed invio della Relazione annuale sulle attività formative 2020 entro il 31/5/2021	31/05/2021	Il risultato è stato raggiunto. La Relazione è stata inviata alla DCS con nota prot. 49125 dd. 28.5.2021	Obiettivo RAGGIUNTO
12.1	Atti aziendali	proposta di collocazione funzioni e attività (art. 54 LR 22/2019)	Gli enti del Servizio sanitario regionale trasmettono all'Azienda regionale di coordinamento per la salute e alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità la proposta collocazione, ai sensi dell'art. 54, c. 1, della l.r. n. 22/2019, delle funzioni e attività per l'organizzazione dell'assistenza distrettuale, per l'assistenza alla persona con dipendenze e con disturbi mentali, per la prevenzione collettiva e sanità pubblica, per l'assistenza ospedaliera.	31/03/2021	Il risultato è stato raggiunto (prot. 30107 del 31/3/2021)	Obiettivo RAGGIUNTO
12.1	Atti aziendali	proposta atto aziendale (art. 54 LR 22/2019)	Gli enti del Servizio sanitario regionale, nel rispetto delle deliberazioni della Giunta regionale di cui all'art. 54, c. 1, della l.r. n. 22/2019 da adottarsi entro il 31 luglio 2021, trasmettono alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità e all'Azienda regionale di coordinamento per la salute la proposta di atto aziendale recante la disciplina di organizzazione e di funzionamento di cui all'art. 54, c. 4, della l.r. n. 22/2019 e compatibile con la cornice finanziaria propria di ciascun ente Target modificato con DGR 1683 del 8/11/2021	27/9/2021	Il termine per la presentazione degli atti aziendali è stato modificata dalla Regione. Con DGR 1965 dd 23/12/2021 sono state definite le funzioni propedeutiche alla definizione dell'Atto Aziendale, si procede pertanto allo stralcio dell'obiettivo	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
12.1	Atti aziendali	Burlo multicentrico: Svolgere le funzioni ospedaliere nell'area materno infantile nell'area territoriale di ASUGI così come definito dalla LR 22 /19.	Istituzione di tavoli di lavoro con ASUGI finalizzati all'elaborazione del testo convenzionale entro 90 giorni successivi alla DGR prevista dalla LR 22/2019 Obiettivo aziendale inserito nella programmazione regionale a valere per tutti gli enti interessati (rif. DGR 1683 del 8/11/2021)	entro 90 giorni dalla DRG	In considerazione della rendicontazione dell'IRCCS Burlo, "capofila" della linea progettuale, in cui dichiara che l'attività non è stata avviata in quanto la DGR citata dall'obiettivo non è stata approvata, e considerato che la progettualità del Burlo multicentrico è stata inserita tra gli obiettivi delle Linee per la Gestione 2022, si procede allo stralcio dell'obiettivo	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
12.2.1	Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale	Ricognizione da parte degli Enti dell'organizzazione e attuale svolgimento delle attività così come esistente e elaborazione ed attuazione di ipotesi riorganizzative dello svolgimento delle attività che partendo dall'articolata strutturazione aziendale, e di quella dei altri presidi ospedalieri regionali, utilizzino appieno la potenzialità di costruzione di percorsi operativi distinti per la riduzione del rischio conseguente alla gestione pandemica, e ciò non solo all'interno di ogni presidio ospedaliero, ma anche per mezzo di una gestione adeguata della rete aziendale e di quella regionale	Presentazione alla Direzione Centrale Salute e a ARCS entro il 30/4/2021 da parte degli Enti di relazione su ipotesi riorganizzativa dello svolgimento delle attività per il raggiungimento degli obiettivi di miglioramento indicati, anche con esposizione dello stato ex ante al 31/01/2021 Target modificato con DGR 1683 del 8/11/2021	30/4/2021	con nota prot. 46256 del 20/5/2021 è stato trasmesso il documento "ipotesi riorganizzativa dello svolgimento delle attività ambulatoriale e apparecchiature diagnostiche" nel testo della lettera si precisa che il piano di potenziamento delle sale operatorie sarà studiato al venir meno dell'emergenza pandemica. Il documento non tratta della costruzione di percorsi operativi distinti per la riduzione del rischio conseguente alla gestione pandemica, così come richiesto dall'obiettivo	Obiettivo NON RAGGIUNTO
12.2.1	Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale	Ricognizione da parte degli Enti dell'organizzazione e attuale svolgimento delle attività così come esistente e elaborazione ed attuazione di ipotesi riorganizzative dello svolgimento delle attività che partendo dall'articolata strutturazione aziendale, e di quella dei altri presidi ospedalieri regionali, utilizzino appieno la potenzialità di costruzione di percorsi operativi distinti per la riduzione del rischio conseguente alla gestione pandemica, e ciò non solo all'interno di ogni presidio ospedaliero, ma anche per mezzo di una gestione adeguata della rete aziendale e di quella regionale	Attuazione entro il 30/6/2021 della riorganizzazione presentata nella relazione finalizzata a significativo aumento delle prestazioni erogate con valorizzazione dell'utilizzo integrato della rete aziendale e di quella regionale. Target modificato con DGR 1683 del 8/11/2021	30/6/2021	La riorganizzazione è stata concordata con le altre aziende della regione ed attuata attraverso il monitoraggio giornaliero dei ricoveri e il pieno utilizzo delle risorse disponibili. ASUGI ha ricoverato nelle aree di terapia intensiva e semintensiva oltre il 30% di pazienti residenti in altre aziende del FVG in fase pandemica. E' in corso la riapertura progressiva del PL e dei servizi per il ripristino delle attività pre covid. Il risultato è stato raggiunto, pur in assenza di una rendicontazione specifica entro la scadenza prevista, dalle relazioni conclusive dell'obiettivo si evince che le aziende hanno riorganizzato la propria attività al fine di ridurre il rischio conseguente alla gestione pandemica	Obiettivo RAGGIUNTO
12.2.1	Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale	Ricognizione da parte degli Enti delle modalità di pianificazione operativa, tipologia di funzionamento giornaliero (a blocchi, dedicato a singola unità operativa, ovvero integrato e trasversale), orario giornaliero e settimanale, ore e giorni, di funzionamento e disponibilità delle sale operatorie, con predisposizione e implementazione di riorganizzazione funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo.	Presentazione alla Direzione Centrale Salute e a ARCS entro il 30/4/2021 da parte degli Enti di relazione su ipotesi riorganizzativa funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo, anche con esposizione dello stato ex ante al 31/01/2021; Target modificato con DGR 1683 del 8/11/2021	30/4/2021	Con nota prot. 46256 del 20/5/2021 è stato trasmesso il documento "ipotesi riorganizzativa dello svolgimento delle attività ambulatoriale e apparecchiature diagnostiche" nel testo della lettera si precisa che il piano di potenziamento delle sale operatorie sarà studiato al venir meno dell'emergenza pandemica.	Obiettivo NON RAGGIUNTO
12.2.1	Attività degli Enti: azioni di	Ricognizione da parte degli Enti delle modalità di pianificazione operativa,	Attuazione entro il 30/6/2021 della riorganizzazione funzionale e	30/6/2021	Con nota prot. 46256 del 20/5/2021 è stato trasmesso il documento "ipotesi riorganizzativa dello svolgimento delle attività ambulatoriale e apparecchiature	Obiettivo NON RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
	miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale	tipologia di funzionamento giornaliero (a blocchi, dedicato a singola unità operativa, ovvero integrato e trasversale), orario giornaliero e settimanale, ore e giorni, di funzionamento e disponibilità delle sale operatorie, con predisposizione e implementazione di riorganizzazione funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo.	dell'ampliamento di tempo di utilizzo delle sale operatorie.Target modificato con DGR 1683 del 8/11/2021		diagnostiche" nel testo della lettera si precisa che il piano di potenziamento delle sale operatorie sarà studiato al venir meno dell'emergenza pandemica.	
12.2.1	Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale	Ricognizione da parte degli Enti delle modalità di utilizzo delle apparecchiature diagnostiche finalizzata all'aumento dei tempi di utilizzo - in termini di funzionamento orario giornaliero e settimanale, ore e giorni - sia per la diretta erogazione ai pazienti di prestazioni ambulatoriali, sia a servizio delle attività interne dei presidi ospedalieri, e implementazione della riorganizzazione delle apparecchiature diagnostiche e ampliamento del tempo di utilizzo	Presentazione alla Direzione Centrale Salute e a ARCS entro il 30/4/2021 da parte degli Enti di relazione su ipotesi riorganizzativa funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo, anche con esposizione dello stato ex ante al 31/01/2021; Target modificato con DGR 1683 del 8/11/2021	30/04/2021	ASUGI ha effettuato la ricognizione e stilato un piano che prevede il rientro sui tempi di attesa per la prestazioni monitorate e critiche anche con l'utilizzo di risorse aggiuntive che consentano il potenziamento e l'ampliamento dei tempi di utilizzo.	Obiettivo RAGGIUNTO
12.2.1	Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale	Ricognizione da parte degli Enti delle modalità di utilizzo delle apparecchiature diagnostiche finalizzata all'aumento dei tempi di utilizzo - in termini di funzionamento orario giornaliero e settimanale, ore e giorni - sia per la diretta erogazione ai pazienti di prestazioni ambulatoriali, sia a servizio delle attività interne dei presidi ospedalieri, e implementazione della riorganizzazione delle apparecchiature diagnostiche e ampliamento del tempo di utilizzo	Attuazione entro il 30/6/2021 della riorganizzazione funzionale e dell'ampliamento di tempo di utilizzo e prestazioni erogate delle apparecchiature diagnostiche.Target modificato con DGR 1683 del 8/11/2021	30/06/2021	ASUGI ha effettuato la ricognizione e stilato un piano che prevede il rientro sui tempi di attesa per la prestazioni monitorate e critiche anche con l'utilizzo di risorse aggiuntive che consentano il potenziamento e l'ampliamento dei tempi di utilizzo. Con nota prot. 46256 del 20/5/2021 è stato trasmesso il documento "ipotesi riorganizzativa dello svolgimento delle attività ambulatoriale e apparecchiature diagnostiche" nel testo della lettera si precisa che il piano di potenziamento delle sale operatorie sarà studiato al venir meno dell'emergenza pandemica.	Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO
12.2.1	Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale	Attività di predisposizione, organizzazione, coordinamento e partecipazione finalizzata alla tenuta di riunioni tra ARCS, Direzione Centrale Salute e Enti di monitoraggio condiviso, coordinamento e informative delle azioni di cambiamento organizzativo programmate e di gestione e miglioramento dell'attività di erogazione delle prestazioni	ARCS avvia l'attività, con prima riunione da tenersi, con frequenza quindicinale, a partire dal 30/4/2021.Target modificato con DGR 1683 del 8/11/2021	ogni 15 gg da 30/4/2021	ASUGI ha garantito la partecipazione	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
12.2.2.4	Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni sanitarie indifferibili	Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni sanitarie indifferibili	gli enti devono, in particolare, garantire - almeno nella misura del novanta per cento del totale per la tipologia di prestazione - nei tempi di attesa previsti l'erogazione delle seguenti prestazioni:- attività ambulatoriale per prestazioni garantite dal SSN - prestazioni specialistiche afferenti alle classi di priorità come definite dal PNGLA 2019-2021 di cui all'Intesa Stato-Regioni 21.02.2019:• U (Urgente): da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;• B (Breve), da eseguire entro 10 giorni;	31/12/2021	Durante il 2021 la realizzazione di tale attività è stata rallentata dall'emergenza COVID. ASUGI ha provveduto a creare agende di prenotazione di visite U in alcune branche, che peraltro non risultano prestazioni monitorate dalla regione e che non sono disponibili come prenotabili da tutte le aziende. Si rimanda ai report di monitoraggio dei TDAI Monitoraggio ex post ministerialeIl monitoraggio ex ante ministeriale Il Monitoraggio ex post regionale	Obiettivo NON RAGGIUNTO (si rimanda al paragrafo "Tempi di Attesa" del presente documento)
12.2.2.4	Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni sanitarie indifferibili	Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni sanitarie indifferibili	Gli enti devono, in particolare, garantire - almeno nella misura del novanta per cento del totale per la tipologia di prestazione - nei tempi di attesa previsti l'erogazione delle seguenti prestazioni:- attività di ricovero per prestazioni garantite dal SSN:• ricoveri in regime di urgenza;• ricoveri elettivi oncologici;• ricoveri elettivi non oncologici con classe di priorità A (come definita dal PNGLA 2019-2021 di cui all'Intesa Stato-Regioni 21.02.2019).	31/12/2021	In corso di emergenza covid l'attività chirurgica in elezione ha subito un periodo di sospensione durante i quali sono stati garantiti tutti gli interventi in urgenza/emergenza e il trattamento di patologie oncologiche non differibili e/o tempo dipendentiAl 31 dicembre 2021 i ricoveri elettivi non oncologici con classe di priorità A sono al 85,95%, mentre gli interventi oncologici classe A entro 30gg 54,31%	Obiettivo NON RAGGIUNTO
14.2.10	Gestione fondi statali COVID-19	Gestione fondi statali COVID-19	Le Aziende dovranno sin d'ora provvedere alla raccolta della documentazione necessaria alla rendicontazione delle spese sostenute per la gestione dell'emergenza.	31/12/2021	L'attività aziendale è realizzata regolarmente I rendiconti sono stati inviati regolarmente, ovvero per tutti i rendiconti trimestrali inviati all'ARCS ASUGI ha rendicontato i costi COVID compilando l'apposita colonna prevista nel CONTO ECONOMICO e compilando l'apposita tabella per la rendicontazione dei costi della campagna vaccinale. E' proseguita la creazione e alimentazione dei centri di costo COVID. In occasione dei rendiconti infrannuali, gli Enti del SSR hanno censito e stimato i costi attribuiti alla gestione COVID mediante la compilazione di una sezione separata degli schemi di conto economico e delle tabelle di monitoraggio sull'utilizzo dei finanziamenti statali 2020 e 2021, per specifica finalità di utilizzo come da normativa di assegnazione. E' stata data inoltre evidenza dei costi sostenuti per la gestione della campagna vaccinale COVID 2021.In sede di bilancio consuntivo è stato compilato il modello ministeriale CECOVID 2021 e le relative tabelle di monitoraggio sull'utilizzo dei finanziamenti statali 2020 e 2021 e sugli accantonamenti effettuati.	Obiettivo RAGGIUNTO

ISTITUTO DI RICERCA E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO BURLO GAROFOLO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
1	Covid	Rendicontazione costi COVID-19	Adottare i criteri di rilevazione indicati dalla Regione e da ARCS e rendicontazione dei COSTI sostenuti nei tempi e con le modalità che verranno indicate	31/12/2021	I costi collegati al COVID sono contabilizzati secondo i criteri e le modalità indicate da ultimo nel proprio decreto n. 138/2020. E' proseguita la creazione e alimentazione dei centri di costo COVID. In occasione dei rendiconti infrannuali, gli Enti del SSR hanno censito e stimato i costi attribuiti alla gestione COVID mediante la compilazione di una sezione separata degli schemi di conto economico e delle tabelle di monitoraggio sull'utilizzo dei finanziamenti statali 2020 e 2021, per specifica finalità di utilizzo come da normativa di assegnazione. E' stata data inoltre evidenza dei costi sostenuti per la gestione della campagna vaccinale COVID 2021. In sede di bilancio consuntivo è stato compilato il modello ministeriale CECOVID 2021 e le relative tabelle di monitoraggio sull'utilizzo dei finanziamenti statali 2020 e 2021 e sugli accantonamenti effettuati.	Obiettivo RAGGIUNTO
2.3	Screening neonatale	Coordinamento del programma di screening regionale uditivo, visivo, metabolico esteso, e dell'individuazione precoce di ipotiroidismo, fenilchetonuria e fibrosi cistica	Burlo- Entro il 30/3/2021: Individuazione e comunicazione alla Direzione centrale salute del nominativo del referente aziendale per il coordinamento dei programmi di screening	30/03/2021	La nomina del referente è stata inviata con nota prot. 3219 dd 30/3/2021	Obiettivo RAGGIUNTO
2.3	Screening neonatale	Coordinamento del programma di screening regionale uditivo, visivo, metabolico esteso, e dell'individuazione precoce di ipotiroidismo, fenilchetonuria e fibrosi cistica	Burlo- Entro il 30/6/2021: Individuazione degli indicatori di processo per ognuno dei programmi e comunicazione alla Direzione centrale salute	30/06/2021	Gli indicatori sono stati individuati e formalmente comunicati con nota prot. 6111 dd 28/6/2021	Obiettivo RAGGIUNTO
2.3	Screening neonatale	Coordinamento del programma di screening regionale uditivo, visivo, metabolico esteso, e dell'individuazione precoce di ipotiroidismo, fenilchetonuria e fibrosi cistica	Burlo- Entro 31/12/2021: Revisione/aggiornamento delle procedure per screening visivo, uditivo e screening obbligatori	31/12/2021	Le procedure sono state aggiornate e formalmente trasmesse ad ARCS e DCS con nota prot. 12643 dd 31/12/2021	Obiettivo RAGGIUNTO
2.3	Screening neonatale	Coordinamento del programma di screening regionale uditivo, visivo, metabolico esteso, e dell'individuazione precoce di ipotiroidismo, fenilchetonuria e fibrosi cistica	Burlo- Entro 31/12/2021: Report alla Direzione centrale salute sullo stato di attuazione dei programmi di screening regionali e sui dati di efficienza dei processi	31/12/2021	E' stato formalmente trasmesso ad ARCS e DCS, con nota prot. 12643 dd 31/12/2021, il report contenente la valutazione degli indicatori di esito identificati per gli screening metabolico, oftalmologico e audiologico per l'anno 2021 (periodo da gennaio-ottobre 2021).	Obiettivo RAGGIUNTO
2.3	Screening neonatale	Coordinamento del programma di screening regionale uditivo, visivo, metabolico esteso, e dell'individuazione precoce di ipotiroidismo, fenilchetonuria e fibrosi cistica	Obiettivo stralciato con DGR 1683 del 8/11/2021	31/12/2021	Obiettivo stralciato con DGR 1683 dd 8/11/2021	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
2.3	Screening neonatale	Screening neonataleAderenza ai programmi di screening neonatali regionali assicurando il flusso informativo previsto al coordinamento	Flusso informativo 100%	31/12/2021	Le percentuali di copertura dei diversi screening sono state evidenziate nel report trasmesso con nota 12643/2021	Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO
2.7	Promozione salute luoghi di lavoro	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	31/12/2021	Anche nel corso del 2021 i protocolli di Sorveglianza sanitaria dei dipendenti e dei lavoratori atipici hanno previsto il capillare controllo riguardante la sierologia/vaccinazione verso le più comuni malattie infettive (morbillo, rosolia, parotite e varicella). Tale condizione è stata inderogabilmente richiesta anche in coloro che, a vario titolo, hanno frequentato l'Istituto. Inoltre, come ogni anno, è stata eseguita una campagna vaccinale antinfluenzale interna al Burlo, aperta a tutti i frequentanti il nostro Istituto, a vario titolo, comprese le ditte in appalto. Da segnalare, in ultimo, le campagne straordinarie organizzate in sede per la somministrazione del vaccino anti SARS-Cov2 nei confronti dei dipendenti Burlo.	Obiettivo RAGGIUNTO
2.9	Miglioramento dei sistemi sorveglianza	Rilevazione OKKIO alla SaluteDiffondere il report della rilevazione OKkio alla Salute realizzata nel 2019 al personale dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende del FVG e nelle scuole	Report con i risultati della rilevazione OKkio alla Salute realizzata nel 2019 diffuso presso i Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende del FVG e nelle scuole	31/12/2021	Il report con i risultati della rilevazione OKkio alla Salute realizzata nel 2019 (2 documenti, uno per la parte sanitaria e uno per la scuola) sono stati predisposti e diffusi via e-mail presso i Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende del FVG e nelle scuole in data 27 gennaio e 2 febbraio 2021, rispettivamente.	Obiettivo RAGGIUNTO
2.9	Miglioramento dei sistemi sorveglianza	Collaborazione con il network del Global Burden of DiseaseMantenere la collaborazione con il network Global Burden of Disease	Valutazione e verifica delle stime nazionali, eventuale produzione di stime preliminari regionali	31/12/2021	Anche nel 2021, la SCR Epidemiologia Clinica e Ricerca sui Servizi Sanitari ha coordinato il network italiano "Italian GBD Initiative". Il network è ora composto da oltre 100 ricercatori italiani e l'accordo di collaborazione formalizza la partecipazione alla rete di 18 Enti. La procedura per l'inclusione di un ulteriore dipartimento universitario è avviata.Le stime regionali per l'Italia, la cui uscita era prevista nel 2021 nell'ambito del GBD 2020,verranno invece pubblicate nel 2022 a causa della pandemia che ne ha ritardato il rilascio. A febbraio 2021, tuttavia, si è consolidata la partecipazione al network dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), con la sigla di un Memorandum of Understanding tra ISS e Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) dell'Università di Washington, coordinatore del Progetto GBD.Si segnalano inoltre le seguenti attività realizzate nel corso del 2021:• è stato organizzato un workshop per i ricercatori ISS ad aprile;• è stato coordinato un webinar per la COST Action 18218, presentando l'iniziativa italiana e i lavori su tumori e cardiovascolare, sempre ad aprile;• con IHME sono stati organizzati due webinar/corsi per i nuovi collaboratori italiani del GBD, sempre ad aprile;• a giugno è stata organizzata una sessione con ISS sui gruppi tematici;• a settembre le attività del GBD sono state presentate nel corso di un seminario nell'ambito della summer school del progetto NEUROSOME; • a ottobre sono state presentate alla EuroConference di Zagabria le stime europee su salute mentale nell'adolescenza;• a ottobre è stata organizzata una lezione a Ca Foscari, dipartimento di economia, nell'ambito del progetto "SELECT – unfolding the SEcrets of LongEvity: Current Trends and future prospects" –CUP H74117000040003 finanziato dal Bando PRIN 2017	Obiettivo RAGGIUNTO
2.9	Miglioramento dei sistemi sorveglianza	Registro regionale endometriosiMantenere il registro regionale endometriosi ex art. 3 LR n. 18/2012	Tenuta del registro regionale di patologia.	31/12/2021	Il registro è mantenuto. La relazione sull'attività svolta è conservata agli atti dell'IRCCS.	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
2.9	Miglioramento dei sistemi sorveglianza	Registro regionale endometriosi Mantenerlo il registro regionale endometriosi ex art. 3 LR n. 18/2012	Stima di incidenza e prevalenza di endometriosi nella popolazione residente in regione	31/12/2021	Il dato relativo all'incidenza 2020 risente del periodo di pandemia ed è ancora incompleto è pari a 2,65	Obiettivo RAGGIUNTO
2.13	Alimentazione e salute: promozione di un'alimentazione sana, sicura e sostenibile	Garantire la partecipazione degli operatori dedicati al percorso formativo programmato a livello regionale sull'allattamento al seno	85% operatori dedicati formati in ogni Azienda	31/12/2021	La percentuale degli operatori dedicati che hanno completato la formazione al 31/12/2021 è pari al 72.6% nello specifico 114 dedicati formati sul totale di 157 dedicati. La percentuale di formati è in aumento rispetto a quella del 2020 (+4.65%), anche se persiste la difficoltà nel coniugare la partecipazione al corso di 29 ore e le priorità clinico-assistenziali collegate all'emergenza sanitaria. Anche nel 2021 si è assistito al turn-over del personale, che ha di fatto inciso sulla percentuale dei dedicati formati al 31/12/2021.	Obiettivo RAGGIUNTO
2.13	Alimentazione e salute: promozione di un'alimentazione sana, sicura e sostenibile	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	31/12/2021	Le schede inserite nel sistema di rilevazione regionale entro un mese dalla dimissione e dalla seconda vaccinazione	Obiettivo RAGGIUNTO
3.3	Disturbi spettro autistico	Valutazione multiprofessionale (PLS e/o MMG, Servizi sanitari aziendali e Servizi sociali) del 100% dei 17enni con diagnosi di disturbi dello spettro autistico (DSA) attraverso una calendarizzazione concordata tra servizi per l'età evolutiva e quelli per l'età adulta.	Entro il 31.12.2021 invio di relazione al Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera della Direzione Centrale Salute sulle progettualità elaborate per la fase di transizione dei soggetti con DSA.	31/12/2021	La relazione relativa all'attività svolta nell'ambito delle progettualità elaborate per la fase di transizione dei soggetti con DSA è stata inviata alla DCS e all'ARCS con nota prot. 12643 dd 31/12/2021.	Obiettivo RAGGIUNTO
3.4	Rete assistenziale Disturbi del comportamento alimentare	Rete assistenziale disturbi del comportamento alimentare Le Aziende rendono operativa la rete di offerta dei servizi DCA in coerenza a quanto previsto dalla DGR 668/2017	Report inviato entro il 31.12.2021 ad ARCS con le seguenti indicazioni:- referenti DCA aziendali per l'età adulta e per l'età evolutiva- data attivazione Centri diurni DCA per età adulta e per età evolutiva e casistica 2021- individuazione equipe funzionale multidisciplinare, multiprofessionale (rif. professionalità DGR 668/2017)	31/12/2021	Come comunicato con nota prot. 12643/2021, i referenti aziendali dell'equipe multiprofessionale dell'IRCCS sono stati indicati, per la parte clinica nonché per la parte relativa all'osservatorio epidemiologico Attivazione centri DIURNI NON di pertinenza dell'IRCCS mentre la proposta della composizione dell'equipe multidisciplinare è contenuta nella relazione prodotta dall'Osservatorio Epidemiologico sui DCA. nota prot. 6200 del 30/6/2021	Obiettivo RAGGIUNTO
3.4	Rete assistenziale Disturbi del comportamento alimentare	Osservatori epidemiologici adulti e minori Gli Osservatori di ASUFC e IRCCS Burlo Garofolo, in maniera congiunta e condivisa definiscono indicatori di processo e di esito in coerenza a quanto previsto dalla DGR 668/2017	Entro 30.6.2021: invio congiunto alla DCS dell'elenco degli indicatori proposti e degli strumenti di monitoraggio individuati	30/06/2021	Gli indicatori proposti sono stati formalmente inviati a DCS ed ARCS con nota prot. 6200 dd 30/6/2021	Obiettivo RAGGIUNTO
3.4	Rete assistenziale Disturbi del	Osservatori epidemiologici adulti e minori Gli Osservatori di ASUFC e IRCCS Burlo Garofolo, in maniera congiunta e condivisa individuano	Entro 31.12.2021: invio congiunto alla DCS di un report di monitoraggio sulle attività e sull'outcome adulti e minori anno 2021.	31/12/2021	Con nota prot. 12643/2021 sono stati trasmessi ad ARCS e DCS: la relazione delle attività svolte nel 2021 e l'elenco degli indicatori proposti. I due documenti sono stati predisposti in maniera congiunta e condivisa dagli Osservatori di ASUFC e IRCCS Burlo Garofolo (adulti e minori)	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
	comportamento alimentare	strumenti idonei e comuni all'età adulta e all'età evolutiva per il monitoraggio dell'offerta e degli outcome predispongono un report annuale di monitoraggio				
3.7	Rete cure palliative e terapia del dolore	Terapia del dolore- Tempi di attesa- Reperibilità algologica- Appropriately prescrivibile- Piattaforme di telemedicina/teleassistenza- Integrazione con la medicina generale	Sono rispettati i tempi di attesa per la prima visita algologica almeno nel 75% dei casi per ogni classe di priorità, in caso di richiesta appropriata, salvo eventuali correttivi dovuti all'emergenza COVID 2019	31/12/2021	I tempi d'attesa sono stati rispettati per la visita algologica per ogni classe di priorità, come si evince dal report degli indicatori 2021 inviato da ARCS con nota mail dd 5/5/2022. Priorità B: 100%; Priorità D: 100%; Priorità P: 100%	Obiettivo RAGGIUNTO
3.7	Rete cure palliative e terapia del dolore	Terapia del dolore- Tempi di attesa- Reperibilità algologica- Appropriately prescrivibile- Piattaforme di telemedicina/teleassistenza- Integrazione con la medicina generale	Le aziende individuano un referente che partecipa ai lavori del gruppo regionale per:-Implementare un modello per la reperibilità algologica h24, aziendale (per le Aziende sede di centro Hub algologico) o Regionale;-Implementare e, messa in utilizzo (almeno in via sperimentale), di un modello di valutazione dell'appropriatezza prescrivibile per prima visita algologica	31/12/2021	L'IRCCS Burlo Garofolo partecipa ai gruppi di lavoro. In particolare, per quanto concerne i temi affrontati, si osserva quanto segue:- implementare un modello per la reperibilità algologica h 24, aziendale: viene garantita la reperibilità h 24 tramite personale dedicato della rianimazione;- Implementare e, messa in utilizzo (almeno in via sperimentale), di un modello di valutazione dell'appropriatezza prescrivibile per prima visita algologica: attualmente i flussi di richieste seguono le priorità indicate dallo specialista o MMG inviante.	Obiettivo RAGGIUNTO
3.7	Rete cure palliative e terapia del dolore	Terapia del dolore- Tempi di attesa- Reperibilità algologica- Appropriately prescrivibile- Piattaforme di telemedicina/teleassistenza- Integrazione con la medicina generale	Utilizzo, per le prestazioni autorizzate (es. "controllo algologico"), delle piattaforme di telemedicina acquisite nel 2020 - almeno il 5% delle prestazioni eleggibili	31/12/2021	Attività non di pertinenza in quanto per la demografia della popolazione che non ne permette l'utilizzo. I pazienti vengono tutti ricontrattati telefonicamente per il follow up tra un accesso e l'altro.	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
3.7	Rete cure palliative e terapia del dolore	Terapia del dolore- Tempi di attesa- Reperibilità algologica- Appropriately prescrivibile- Piattaforme di telemedicina/teleassistenza- Integrazione con la medicina generale	Vi è evidenza d'integrazione tra i servizi di terapia antalgica ospedalieri e la medicina generale	31/12/2021	Ad ogni accesso al paziente viene fornita una lettera di consulenza indirizzata al MMG con l'epicrisi.	Obiettivo RAGGIUNTO
3.7	Rete cure palliative e terapia del dolore	Cure palliative- Decessi a domicilio- Dotazione organica- Registrazione attività cliniche	Le Aziende adottano eventuali modalità di registrazione dell'attività definite dal coordinamento regionale (attualmente non prevista dai sistemi informatici) entro il 31/12/2021.	31/12/2021	Le registrazioni dell'attività avvengono su G2	Obiettivo RAGGIUNTO
3.7	Rete Cure Palliative e terapia del dolore	Avviare l'organizzazione delle cure pediatriche e terapia del dolore in ambito pediatrico e potenziamento del Centro Specialistico di riferimento	L'IRCCS Burlo, in qualità di Centro specialistico di riferimento, in attuazione del Decreto n. 1771/SPS del 27 dicembre 2016, supporta l'elaborazione e la diffusione di strumenti per la presa in carico omogenea sul territorio regionale (almeno 2 procedure) Obiettivo aziendale inserito nella	31/12/2021	Con nota prot. 12643/2021 è stata trasmessa la seguente documentazione approvata e condivisa nell'ambito dei lavori della Rete regionale CPP: scala di eleggibilità dei bambini alle cpp e procedura per le trasfusioni a domicilio in ASUGI	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
			programmazione regionale a valere per tutti gli enti interessati (rif. DGR 1683 del 8/11/2021)			
3.7 Rete Cure Palliative e terapia del dolore	Cure palliative pediatriche	Registrare le attività cliniche collegate alle cure palliative	Entro il 31.12.2020 l'IRCCS Burlo, in qualità di Centro specialistico di riferimento, definisce le modalità di registrazione sugli applicativi Insiel dell'attività svolta in sede, e delle attività di supporto, supervisione clinica e consulenza all'attività di assistenza domiciliare svolte in regione. Obiettivo aziendale inserito nella programmazione regionale a valere per tutti gli enti interessati (rif. DGR 1683 del 8/11/2021)	31/12/2021	E' stato avviato il percorso di registrazione. In particolare con la voce "Visita multidisciplinare cure palliative" sono state registrate le attività di consulenza, supervisione clinica, formazione, sia in Istituto che fuori (domicilio, distretto, altri ospedali,...). E' in corso lo studio per la modalità di registrazione delle altre prestazioni eseguite a domicilio (prelievi, cambi sondini, etc) per una valutazione complessiva dell'attività svolta.	Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO
3.8	Odontoiatria pubblica	Ogni centro erogatore deve fornire le prestazioni/anno;	Erogazione di almeno 1400 prestazioni/anno per centro erogatore	31/12/2021	L'IRCCS BG ha erogato nel corso del 2021 ha erogato 9084 prestazioni nel corso del 2021 (fonte Salud)	Obiettivo RAGGIUNTO
3.8	Odontoiatria pubblica	La media dei singoli centri erogatori e la media aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra deve essere mantenuta al livello raggiunto nel 2019 nelle Aziende con valore > 1.5; si deve raggiungere tale valore nelle Aziende che nel 2019 hanno raggiunto una media compresa tra 1.0 e 1.5 e si deve raggiungere il valore di almeno 1.3 nelle Aziende la cui media nel 2019 è risultata < 1;	- Mantenimento della media dei singoli centri erogatori e di quella aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra al livello raggiunto nel 2019 nelle Aziende con valore > 1.5;- Raggiungimento del valore di 1.5 per le Aziende che nel 2019 hanno raggiunto una media compresa tra 1.0 e 1.5 e del valore di almeno 1.3 nelle Aziende la cui media nel 2019 è risultata < 1;	31/12/2021	Nel corso del 2021 sono state erogate: prestazioni erogate/ora odontoiatra = 9084 prestazioni / 5062 ore=1,8 (tenendo conto del personale assegnato alla struttura e scorporando le ore dedicate all'attività di sala operatoria)	Obiettivo RAGGIUNTO
3.8	Odontoiatria pubblica	la media aziendale annua di prestazioni/riunito non deve essere inferiore a 1400;	Raggiungimento di una media aziendale annua di almeno 1400 prestazioni/riunito;	31/12/2021	Nel corso del 2021 sono state erogate : prestazioni/riunito= 2700 (considerando attivi 3 riuniti fino al 18/10 e successivamente 4)	Obiettivo RAGGIUNTO
3.8	Odontoiatria pubblica	la percentuale aziendale di visite sul totale delle prestazioni erogate deve essere inferiore al 30% per ASUGI, inferiore al 40% per ASUFC, ASFO e Burlo Garofolo;	Percentuale aziendale di visite sul totale delle prestazioni erogate deve essere: inferiore al 40% per ASUFC, ASFO e Burlo Garofolo;	31/12/2021	La percentuale aziendale di visite sul totale delle prestazioni erogate: 1662/9084 = 18%. (la proposta di valutazione è stata effettuata sulla base dei dati comunicati dal referente regionale: 2.558 visite su 6.571 prestazioni, inferiore al 40%)	Obiettivo RAGGIUNTO
3.8	Odontoiatria pubblica	tutte le Aziende devono sottoscrivere entro il 31.3.2021 la convenzione con ASUGI per le prestazioni extra-LEA;	Sottoscrizione da parte delle Aziende entro il 31.3.2021 della convenzione con ASUGI per le prestazioni extra-LEA	31/03/2021	La convenzione è stata formalizzata con decreto DG n. 24 dd 31/3/2021	Obiettivo RAGGIUNTO
3.8	Odontoiatria pubblica	tutte le aziende devono fornire alla Direzione centrale salute per il tramite del Coordinamento regionale una comunicazione trimestrale sulle liste di attesa e tutte le informazioni previste dalla convenzione;	Invio al coordinatore regionale della reportistica trimestrale sulle liste di attesa, con tutte le informazioni previste, entro il mese successivo alla scadenza del trimestre;	entro il mese successivo al trimestre di riferimento	La reportistica relativa alle liste d'attesa viene periodicamente inviata al coordinatore regionale	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
3.8	Odontoiatria pubblica	Per tutte le aziende: definire una razionalizzazione dei materiali impiegati nella attività.	Tutte le aziende devono definire una razionalizzazione dei materiali impiegati nella attività.	31/12/2021	La Responsabile della struttura SSD Odontostomatologia del Burlo ha analizzato con il Coordinatore Regionale di Odontoiatria Pubblica i materiali impiegati dalla struttura, iniziando a uniformarne l'utilizzo.	Obiettivo RAGGIUNTO
3.9	Consultori familiari	Percorso nascita: Applicazione dei protocolli aziendali di accompagnamento e dimissioni per le gravidanze in età precoce e i neonati esposti elaborati in ogni azienda sanitaria.	Evidenza e applicazione dei protocolli in ogni azienda sanitaria	31/12/2021	Nel corso del 2021 è stata effettuata la revisione 2021 dell'accordo Asugi e IRCCS Burlo Garofolo (firmata e agli atti dell'IRCCS e di ASUGI).	Obiettivo RAGGIUNTO
3.9	Consultori familiari	Percorso nascita: Applicazione dei protocolli aziendali di accompagnamento e dimissioni per le gravidanze in età precoce e i neonati esposti elaborati in ogni azienda sanitaria.	Evidenza biennale della casistica 2020-2021 per ogni azienda sanitaria	31/12/2021	Casistica biennio 2020-2021: -neonati esposti: 1 -gravidanze in età precoce: 0	Obiettivo RAGGIUNTO
3.9	Consultori familiari	Violenza contro le donne Avvio di programmi e interventi volti all'intercettazione degli autori di violenza per una prima valutazione del rischio e della presa in carico in rete, da attuarsi attraverso una co-progettazione con le Associazioni/Enti del Terzo Settore attivi sul territorio in materia di contrasto alla violenza di genere, i Servizi Sociali e Sanitari, i Centri Antiviolenza, gli Organi Giudiziari, le Forze dell'Ordine	Attivazione gruppi di lavoro a tema, con la partecipazione della rete antiviolenza dei Servizi socio-sanitari, degli Enti preposti, degli Organi di Polizia, della Magistratura e del Terzo settore (Associazioni per uomini autori di violenza e per donne/minori vittime) PDTA per l'intercettazione degli autori di violenza e delle vittime di violenza subita e assistita per la valutazione del rischio.	31/12/2021	Si opera lo stralcio dell'obiettivo in quanto lo stesso riguarda il personale dei Distretti e dei Consultori familiari.	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
3.9	Consultori familiari	Violenza contro le donne Predisposizione e avvio di punti di ascolto aziendali per l'invio e la presa in carico, degli autori di violenza.	N° interventi di accesso e invio di casistica di violenza Obiettivo stralciato con DGR 1683 del 8/11/2021	31/12/2021	Obiettivo stralciato con DGR 1683/2021	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
4.4	Minori	Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata dei minori con bisogni sociosanitari Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata	Numero di budget personali sostenuti con il budget di salute (quota sanitaria) attivati per minori afferenti all'area della neuro-psichiatria infantile	31/12/2021	L'attività sovraziendale è stata rendicontata nelle scadenze previste. Nel corso del 2021 sono stati sostenuti 2 budget budget di salute.	Obiettivo RAGGIUNTO
4.4	Minori	Potenziare le capacità di intercettazione precoce di condizioni di fragilità nello sviluppo dei bambini 03 anni e nelle competenze dei loro genitori	Ciascuna AS e ASU forma due operatori della NPIA o del Consultorio sull'utilizzo degli strumenti PICCOLO e ASQ-3	31/12/2021	Attività non di pertinenza in quanto si tratta di strumenti/ scale di valutazione non in uso presso l'IRCCS	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
4.5	Salute mentale	Percorso integrato di presa in carico e di cura dei disturbi mentali nella transizione dall'età evolutiva a quella adulta, in coerenza con quanto previsto	Trasmissione alla Direzione centrale salute del percorso di transizione delle cure dalle strutture per l'età evolutiva a quelle dell'adulto entro il 31/12/2021	31/12/2021	Con nota prot. 12643/2021 è stato inviato a DCS e ad ARCS il protocollo di transizione condiviso con ASUGI relativo alla transizione delle cure dalle strutture per l'età evolutiva a quelle dell'adulto.	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
		dal Piano di Salute Mentale Infanzia Adolescenza ed Et� Adulta (DGR 732/2018, par.6.1.5.2)				
5	Rapporti con gli enti del terzo settore, le fondazioni, le ASP	Formazione operatori sociosanitari (OSS):A seguito di specifico atto regionale, ogni Azienda ha autorizzato ed avviato l'organizzazione di DUE corsi per il conseguimento della qualifica di operatore socio sanitario da 1000 ore secondo la vigente normativa.	I corsi sono stati avviati con le modalit�, le tempistiche, i requisiti ed il numero di allievi indicati nell'atto regionale.	31/12/2021	Nel corso del 2021 non � stato richiesto alcun supporto da ASUGI per l'organizzazione dei corsi. Attivit� non di diretta pertinenza	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
5	Rapporti con gli enti del terzo settore, le fondazioni, le ASP	Formazione operatori sociosanitari (OSS):A seguito di specifico atto regionale, ogni Azienda ha autorizzato ed avviato l'organizzazione di UN corso per il conseguimento della qualifica di operatore socio sanitario con formazione complementare in assistenza sanitaria	Il corso � stato avviato con le modalit�, tempistiche, i requisiti ed il numero di allievi indicati nell'atto regionale.	31/12/2021	Nel corso del 2021 non � stato richiesto alcun supporto da ASUGI per l'organizzazione dei corsi	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
5	Rapporti con gli enti del terzo settore, le fondazioni, le ASP	Rapporti con gli enti del terzo settore, le fondazioni, le asp:Promozione di rapporti di collaborazione tra Enti del SSR con ETS, Fondazioni e ASP nell'ambito delle attivit� sanitarie e sociosanitarie ritenute strategiche	Nr. di atti di collaborazione formalizzati al 31.12.2021	31/12/2021	Attivit� non di pertinenza dell'IRCCS	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
5	Rapporti con gli enti del terzo settore, le fondazioni, le ASP	Rapporti con gli enti del terzo settore, le fondazioni, le aspValutazione di coerenza con gli obiettivi della programmazione sanitaria e sociosanitaria aziendale delle progettualit� e iniziative proposte dagli ETS per concorrere alle risorse messe a disposizione dalla regione FVG	Nr. valutazioni formali al 31.12.2021	31/12/2021	Attivit� non di pertinenza dell'IRCCS	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
5	Rapporti con gli enti del terzo settore, le fondazioni, le ASP	Rapporti con gli enti del terzo settore, le fondazioni, le asp:Individuazione formale a livello aziendale di un referente per i rapporti e le collaborazioni con gli ETS	Evidenza atto di individuazione, inviato in DCSPSD entro il 1.3.2021	01/03/2021	La nomina del referente aziendale � stata trasmessa con nota prot. n. 1943 dd 26/2/2021	Obiettivo RAGGIUNTO
5	Rapporti con gli enti del terzo settore, le fondazioni, le ASP	Rapporti con gli enti del terzo settore, le fondazioni, le asp:Costituzione gruppo tecnico di lavoro integrato (Enti del SSR, SSC, ASP, ETS) per la definizione di una strategia di promozione della qualit� dei servizi e degli interventi degli ETS, Fondazioni e ASP ed approvazione formale di un documento che contenga	Approvazione documento entro il 31.12.2021	31/12/2021	Non essendosi proceduto nel 2021 all'attivazione del tavolo regionale, si procede allo stralcio dell'obiettivo	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
		obiettivi, materiali, metodi, indicatori e criteri di qualità, coerenti con i livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria da garantire.				
6.1	Assistenza ospedaliera	Indicatori attività ospedaliera: Ripristino dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa ai livelli registrati nell'anno 2019	Volumi specifici per prestazioni monitorate per i tempi d'attesa>=volumi registrati nell'anno 2019 (Fonte: SIASA) – vengono escluse le prestazioni che nel 2019 hanno registrato un volume < 20. Qualora il volume non sia raggiunto l'Azienda deve garantire il rispetto dei tempi di attesa della specifica prestazione in almeno il 90% dei casi (valutazione effettuata nel 4° trimestre)	31/12/2021	I volumi sono stati complessivamente rispettati nel periodo giugno - dicembre 2021 vs giugno - dicembre 2019. Vedi file analitico di dettaglio riportato in chiusura della rendicontazione delle linee.	Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO (si rimanda al paragrafo "Tempi di Attesa" del presente documento)
6.1	Assistenza ospedaliera	Indicatori attività ospedaliera: Ripristino dei volumi relativi agli interventi chirurgici oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa ai livelli registrati nell'anno 2019	Volumi specifici per interventi chirurgici monitorati per i tempi d'attesa>=volumi registrati nell'anno 2019 (Fonte: SDO) – vengono escluse gli interventi di protesi d'anca, colecistectomia laparoscopica, riparazione ernia inguinale emorroidectomia. Qualora il volume non sia raggiunto l'Azienda deve garantire il rispetto dei tempi di attesa della specifica prestazione in almeno il 90% dei casi (valutazione effettuata nel 4° trimestre).	31/12/2021	I volumi sono stati complessivamente rispettati nel periodo giugno - dicembre 2021 vs giugno - dicembre 2019. Non è stato rispettato per la colecistectomia laparoscopica, ma non vi era lista d'attesa. Vedi file analitico di dettaglio riportato in chiusura della rendicontazione delle linee.	Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO (si rimanda al paragrafo "Tempi di Attesa" del presente documento)
6.1	Assistenza ospedaliera	Indicatori attività ospedaliera: Ripristino dei volumi relativi agli interventi chirurgici oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa ai livelli registrati nell'anno 2019	Per gli interventi di protesi d'anca, colecistectomia laparoscopica, riparazione ernia inguinale emorroidectomia di classe A deve essere garantito il tempo massimo 30 gg in almeno il 90% dei casi	31/12/2021	E' stato garantito il tda per la colecistectomia, mentre per l'ernia inguinale non è stato garantito, si segnala un miglioramento rispetto all'anno 2020.	Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO (si rimanda al paragrafo "Tempi di Attesa" del presente documento)
6.1	Assistenza ospedaliera	Indicatori attività ospedaliera: Frattura di femore	Trattamento della Frattura di femore entro 48H in almeno il 70% (hub) o 80% (spoke) dei casi trattati dal presidio ospedaliero (media regionale 2019 del 71,77% - fonte Bersaglio).	31/12/2021	Attività non di pertinenza dell'IRCCS Burlo	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
6.1	Assistenza ospedaliera	Indicatori attività ospedaliera: Urgenze ortopediche	Fratture operate entro le 48h >=70% (media regionale anno 2019: 71,04%) – fonte Bersaglio	31/12/2021	% fratture di femore entro le 48 ore = 90%	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
6.2	Indicatori Emergenza-urgenza	Pronto Soccorso: Pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h	Mantenimento / miglioramento della percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde, ad almeno l'80% (spoke) o 65% (hub) (media regionale 2019 del 53,55% negli Hub e del 64,16% negli spoke - criteri Bersaglio)	31/12/2021	Codici verdi visitati entro 1 h=85,59%	Obiettivo RAGGIUNTO
6.2	Indicatori Emergenza-urgenza	Pronto Soccorso:Pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore	Mantenimento / miglioramento della percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore, portandola a valori superiori all'85% (spoke) e 75% (hub) (media regionale 2019 del 71,8% negli Hub e 76,5% negli spoke - criteri Bersaglio)	31/12/2021	codici verdi non inviati a ricovero che permangono in PS meno di 4 ore=97%	Obiettivo RAGGIUNTO
6.2	Indicatori Emergenza-urgenza	Pronto Soccorso: Consolidamento del percorso per le donne oggetto di violenza (PDTA violenza contro le donne FVG inserire 2019)	I PS garantiscono la presa in carico e la gestione della donna vittima di violenza.	31/12/2021	L'accettazione ostetrico ginecologica dell'IRCCS ha garantito la presa in carico e la gestione della donna vittima di violenza (11 donne vittime di abuso sessuale nel 2021).	Obiettivo RAGGIUNTO
6.2	Indicatori Emergenza-urgenza	Pronto Soccorso: Consolidamento del percorso per le donne oggetto di violenza (PDTA violenza contro le donne FVG inserire 2019)	Assicurare la partecipazione alla formazione degli operatori di PS (come da indicazioni ministeriali). Indicatore: N. operatori formati/n. totale operatori PS. Standard =>50%	31/12/2021	Valutazione su dati forniti dall'Ente	Obiettivo RAGGIUNTO
6.3	Trapianto e donazione	Migliorare la comunicazione con i cittadini	Inserimento nella pagina web di ciascuna Azienda delle informazioni per facilitare gli assistiti in merito a – Deposizione Dichiarazioni di volontà alla donazione– Donazione di sangue ed emoderivati– Donazione Cellule Staminali– Donazione di organi– Donazione di tessuti	31/12/2021	L'Ente ha precisato che nel corso dell'anno sono state eseguite le ricerche per la raccolta delle informazioni relative alle singole linee di argomento. Chiariti i percorsi per quanto riguarda le risorse già presenti a livello della nostra regione e verificata l'esistenza di opportune convenzioni con quanto necessario in extra regione, si è provveduto alla visione e valutazione del materiale informativo raccolto. Nel corso del 2022 tale mole informativa sarà tradotta in percorso digitale, per una fruibilità immediata per il cittadino, anche tramite link con i siti di altre aziende sanitarie, regionali e non, per condividere percorsi già operativi in tali realtà.	Obiettivo NON RAGGIUNTO
6.4	Infertilità	Le aziende sede di Centri di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) concorrono a predisporre un percorso per la preservazione della fertilità in pazienti oncologici con coinvolgimento di tutti gli specialisti del percorso terapeutico dei suddetti pazienti.	Predisposizione condivisa del percorso trasmissione e alla DCS entro il 31/12/2021.	31/12/2021	Con nota prot. 12643/2021 è stato trasmesso a DCS e ad ARCS il documento condiviso con i colleghi di ASFO	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
6.5	Governo clinico e reti di patologia	Costituzione nuclei funzionali	Evidenza della costituzione dei nuclei funzionali aziendali e comunicazione ad ARCS della loro composizione entro il 30 aprile	30/04/2021	E' stata inviata la nota con la composizione del nucleo funzionale aziendale (prot. 4212 del 30/4/2021)	Obiettivo RAGGIUNTO
6.5	Governo clinico e reti di patologia	Partecipazione dei componenti dei nuclei funzionali alla formazione organizzata da ARCS	Partecipazione ai moduli formativi organizzati da ARCS	31/12/2021	I componenti individuati hanno partecipato alla formazione organizzata da ARCS in data 21/9/2021	Obiettivo RAGGIUNTO
6.6	Rischio clinico e rete cure sicure	Mantenimento delle indicazioni e delle raccomandazioni ministeriali, misurazione e verifica della loro adozione	Partecipazione alla survey regionale attraverso l'inserimento dei dati nel database fornito da Agenas	31/12/2021	Il database è stato compilato secondo le indicazioni fornite dal gruppo regionale in linea con le tempistica richieste	Obiettivo RAGGIUNTO
6.6	Rischio clinico e rete cure sicure	Effettuazione del monitoraggio degli indicatori semestrali	Evidenza dell'effettuazione del monitoraggio degli indicatori semestrali	semestrale	Viene mantenuto il monitoraggio a livello aziendale della documentazione clinica, si rimane in attesa di eventuali indicazioni regionali.	Obiettivo RAGGIUNTO
6.6	Rischio clinico e rete cure sicure	Identificazione di almeno una buona pratica per la Call for Good Practice (Agenas)	Registrazione di almeno una buona pratica nel database fornito da Agenas	31/12/2021	La buona pratica "Procedura informatizzata per la richiesta, la consegna, il trasporto e la somministrazione degli emocomponenti ed il monitoraggio della terapia transfusionale" è stata inserita nel database Agenas.	Obiettivo RAGGIUNTO
6.6	Rischio clinico e rete cure sicure	Garanzia di trasparenza come indicato dalla Legge 24/2017	Presenza sul sito web aziendale dei dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio e dei dati condivisi con il tavolo regionale dei RM	31/12/2021	In accordo con quanto previsto dalla normativa sono stati pubblicati sul sito web aziendale i dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio	Obiettivo RAGGIUNTO
6.6	Rischio clinico e rete cure sicure	Valutazione degli ambiti di potenziale miglioramento dei programmi di gestione del rischio clinico	Evidenza della compilazione dello strumento CARMINA	31/12/2021	Lo strumento è stato implementato ed inviato secondo la tempistica richiesta dal gruppo rete sicure FVG è strato individuata l'area di potenziale miglioramento	Obiettivo RAGGIUNTO
6.6	Rischio clinico e rete cure sicure	Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva degli antibiotici	Diffusione e condivisione dei report regionali sul consumo di antibiotici e sulle resistenze batteriche nelle unità operative ospedaliere, nei distretti e nelle AFT	31/12/2021	Acquisizione dei dati richiesti e diffusione e condivisione dei report regionali sul consumo di antibiotici e sulle resistenze batteriche a tutte le strutture	Obiettivo RAGGIUNTO
6.6	Rischio clinico e rete cure sicure	Rafforzamento della Rete del programma di antimicrobial stewardship	Identificazione di un referente MMG (link professional) per AFT	31/12/2021	Attività non di pertinenza dell'Ente	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
6.6	Rischio clinico e rete cure sicure	Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza	Effettuazione degli studi di prevalenza negli ospedali per acuti (protocollo PPS)	31/12/2021	Quest'anno le giornate della PPS si sono svolte ad ottobre e, come da indicazioni di protocollo europeo, sono state monitorate specifiche aree che rispondevano ad altrettanto specifici requisiti. Le rilevazioni si sono svolte in due giorni, coinvolgendo alcuni operatori della Direzione Sanitaria e con la collaborazione dei Referenti di Struttura. I dati, come da indicazioni della Regione FVG, sono stati inseriti nel software EpiInfo e, tramite il Rischio Clinico, inviati al referente regionale Cure Sicure. I risultati della sorveglianza sono già stati analizzati e la Regione stessa ha provveduto a fornire un feed-back in merito a tutte le aziende regionali.	Obiettivo RAGGIUNTO
6.6	Rischio clinico e rete cure sicure	Sensibilizzazione dei cittadini e degli operatori sanitari sul tema della violenza a danno degli operatori	Avvio del programma come previsto dal tavolo regionale dei RM	31/12/2021	Diffusione ed affissione dei poster in tutta la struttura diffusione a tutto il personale della scheda di segnalazione, adesione alla "Giornata nazionale di educazione e prevenzione contro la violenza nei confronti degli operatori sanitari e socio sanitari" e pubblicazione della stessa sul sito web aziendale	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
6.6	Rischio clinico e rete cure sicure	Superamento della contenzione come previsto dalla D.G.R. n. 1904/2016	Avvio del gruppo di lavoro e pianificazione della formazione specifica sul tema	31/12/2021	E' stata aggiornata la commissione dell'IRCCS; in data 7/12/2021 si è svolto l'incontro annuale ed è stata pianificata la formazione specifica di sensibilizzazione ed aggiornamento da prevedere nel PAF 2022	Obiettivo RAGGIUNTO
6.7	Percorso nascita	Comitato percorso nascita	Le Aziende per il tramite dei loro rappresentanti collaborano alle attività del Comitato e partecipano attivamente ai lavori dei sottogruppi (presenza riunioni > 80%)	31/12/2021	I referenti dell'IRCCS hanno partecipato alle attività del Comitato del Percorso nascita (nel corso del 2021 si sono tenute 7 riunioni).	Obiettivo RAGGIUNTO
6.7	Percorso nascita	Tagli cesarei	Tagli cesarei primari nei PN Il livello o N. parti > 1000/anno: ≤ 25%	31/12/2021	Tagli cesarei primari nei PN Il livello o N. parti > 1000/anno= 11,9%	Obiettivo RAGGIUNTO
6.7	Percorso nascita	Gravidanze a basso rischio	Entro il 30/6/2021 le Aziende comunicano alla Direzione centrale salute il nominativo delle ostetriche che partecipano alle attività di cui alla DGR 723/2018	30/06/2021	I nominativi sono stati comunicati con nota prot. 6155 dd 29/6/2021.	Obiettivo RAGGIUNTO
6.7	Percorso nascita	Gravidanze a basso rischio	Il personale di cui sopra partecipa entro il 31/12/2021 ad almeno un evento formativo sulla gestione della gravidanza a basso rischio	31/12/2021	L'evento formativo si è svolto il giorno 18/11/2021.	Obiettivo RAGGIUNTO
6.7	Percorso nascita	Per IRCCS Burlo Garofolo e ASUFC: Trasporto in emergenza materno e neonatale Monitoraggio dell'attività di trasporto in emergenza materno e neonatale (indicatori di cui al Decreto 1733/2016) e promozione della formazione per gli operatori coinvolti.	Audit annuale previsto al punto 7 della procedura di cui al Decreto 1733/SPS, relativo all'anno 2021 e trasmissione risultanze alla Direzione centrale salute entro 31.12.2021 - almeno un evento formativo anche congiunto sulle indicazioni al trasferimento e sulla stabilizzazione del neonato e della donna in attesa di trasferimento	31/12/2021	Durante l'evento tenutosi in data 15.11.2021- Corso IRCBG 21093 "STAM e STEN: dal trasporto in utero al trasporto verso casa", si è discusso riguardo le criticità gestionali dei casi STAM fra il centro Hub e il relativo centro Spoke (vedi sessioni-relazioni: "STAM: indicazioni e potenziali criticità gestionali" /"Discussione"/"I casi clinici della TIN del Burlo").Si informa inoltre che, come previsto dal punto 7 della procedura di cui al Decreto n. 1733/SPS si sono svolti due Audit ostetrico-neonatalogici c/o l'Ospedale di Monfalcone in data 20.5 e 30.11.2021.	Obiettivo RAGGIUNTO
6.8	Pediatria	IRCSS Burlo Rete oncologica pediatrica Definizione delle caratteristiche della rete di patologia onco-ematologica pediatrica della Regione FVG, secondo il modello Hub e Spoke, con identificazione di livelli e delle relative responsabilità e sua formalizzazione	Evidenza di costituzione della rete entro il 31/12/2021	31/12/2021	Il documento relativo alla Rete Oncologica pediatrica, contenente la descrizione della Rete ed le sue caratteristiche secondo il modello hub e spoke, elaborato ed approvato dal tavolo di "Oncoematologia pediatrica", è stato inviato a DCS e ad ARCS con nota prot. 12616 dd 30/12/2021.	Obiettivo RAGGIUNTO
6.8	Pediatria	IRCSS Burlo Area emergenza-urgenza Identificazione di un modello Hub & Spoke per il trasporto sanitario inter-ospedaliero in età pediatrica	Entro il 31/12/2021 è definito da parte il documento sul trasporto pediatrico in emergenza urgenza.	31/12/2021	Il documento relativo al trasporto sanitario inter ospedaliero, discusso e valutato nel corso degli incontri tenutisi dal gruppo regionale individuato, è stato inviato a DCS e ad ARCS con nota prot. 12612/2021	Obiettivo RAGGIUNTO
6.8	Pediatria	Tutte le aziende Farmaci galenici pediatrici	Entro il 30/6/2021 le aziende regionali condividono il modello per la centralizzazione presso il Burlo della produzione di farmaci galenici secondo i principi definiti con l'ASUGI	30/06/2021	E' stata inviata la nota prot. 6207 dd 30/6/2021 ad ASUFC e ASFO contente il modello per la centralizzazione della produzione dei farmaci galenici presso il Burlo: nel corso del 2021 non sono pervenute richieste di riscontro dalle aziende interessate.	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
6.9	Sangue ed emocomponenti	Sicurezza	Implementazione prescrizione trasfusionale informatizzata in almeno 90% dei reparti (EMOWARD)	31/12/2021	La prescrizione trasfusionale informatizzata è stata implementata nei reparti di: - SC Anestesia e Rianimazione; - SCU Clinica Ostetrica e Ginecologica; - SSD Gravidanza a Rischio; - SC Oncoematologia. Le strutture rimanenti saranno attivate nel corso del 2022. Il progetto è impegnativo perché prevede un coinvolgimento dei Servizi Informatici Aziendali che debbono valutare inizialmente una mappatura di tutte le postazioni emoward da inserire nei reparti, l'attivazione del gestionale e le autorizzazioni da parte di Insiel, la formazione del personale medico e infermieristico. Tuttavia i vantaggi e le potenzialità della richiesta informatizzata in ambito di sicurezza e organizzazione rappresentano le motivazioni per cui questo progetto debba essere continuato.	Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO
6.9	Sangue ed emocomponenti	Sicurezza	Relazione sulla fattibilità di utilizzo di 'sistemi barriera' per la trasfusione al letto del paziente	31/12/2021	La relazione è stata effettuata dal Dipartimento di Medicina Trasfusionale Interaziendale.	Obiettivo RAGGIUNTO
6.9	Sangue ed emocomponenti	Governo clinico	Linee guida condivise regionali sulla trasfusione. Costituzione gruppo lavoro	31/12/2021	In assenza dell'avvio della procedura di costituzione del gruppo di lavoro, si procede allo stralcio dell'obiettivo	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
6.10	Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH	Le aziende sviluppano programmi dedicati al benessere degli operatori	Gli enti aderenti alla rete regionale, nell'ambito del gruppo regionale benessere sul posto di Lavoro HPH partecipano alla formazione di ARCS dedicata all'attivazione dei Team multiprofessionali	31/12/2021	Il Burlo ha partecipato alla formazione specifica con i due consulenti di ASUGI che abitualmente si occupano di salute/sicurezza dei lavoratori (psicologa del lavoro; medico autorizzato) presso l'Ente. N° professionisti identificati dall'ente: 2; n° professionisti che hanno portato a termine la formazione: 2.	Obiettivo RAGGIUNTO
6.10	Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH	Le aziende sviluppano programmi dedicati al benessere degli operatori	Gli enti aderenti alla rete regionale, nell'ambito del gruppo aziendale benessere sul posto di Lavoro HPH organizzano un evento formativo per la diffusione del progetto "Aver cura di chi ci ha curato" con la diffusione dei materiali informativi e dei risultati ottenuti nella fase sperimentale sulla base di un format concordato dal gruppo regionale (entro giugno)	30/06/2021	In occasione della conclusione della fase sperimentale del progetto regionale "Aver cura di chi ci ha curato", sono stati inviati per mail a tutti gli operatori del Burlo i risultati e tutto il materiale informativo inerente al progetto stesso, per una informazione e sensibilizzazione capillare sul progetto. L'evento formativo non è stato realizzato causa carenza di aule per la formazione (tutte occupate per il recupero dei corsi non svolti per COVID).	Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO
6.10	Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH	Le aziende sviluppano programmi dedicati al benessere degli operatori	Gli enti aderenti alla rete regionale, nell'ambito del gruppo aziendale benessere sul posto di Lavoro HPH pianificano la trasferibilità del prototipo regionale descritto e messo in atto nella fase sperimentale dal progetto "Aver cura di chi ci ha curato", per la proposta operativa di attivazione nelle aziende in rete (entro il primo semestre)	30/06/2021	Per questo obiettivo il Burlo non prevede una sua autonomia, ma una sinergia con ASUGI. Il Burlo è stato convocato per l'incontro del Team Multi professionali - HPH ASUGI (convocazione del 06/09 con mail del 24/08). In questo incontro sono state fondate le basi per le modalità di sinergia tra noi e il Team ASUGI, che si concretizzeranno in un nuovo Team interaziendale.	Obiettivo RAGGIUNTO
6.10	Promozione della salute negli ospedali e nei	Le aziende sviluppano programmi dedicati al benessere degli operatori	Nel secondo semestre, gli enti aderenti alla rete regionale attivano i team multiprofessionali previsti nel protocollo di collaborazione per il monitoraggio	31/12/2021	L'integrazione sinergica tra Burlo e ASUGI per l'attivazione del Team Multiprofessionale Interaziendale è stata formalizzata in data 06/10/2021 con lettera del Direttore Sanitario ASUGI.	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
	servizi sanitari: la rete HPH		della resilienza e del lifestyle nella strategia del progetto "Aver cura di chi ci ha curato"			
6.10	Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH	Le Aziende promuovono corretti stili di vita dei pazienti che accedono ai servizi	Gli enti aderenti alla rete regionale, nell'ambito del gruppo regionale Patient Engagement HPH, elaborano uno studio di fattibilità per l'avvio di Team multiprofessionali per la promozione della salute dei pazienti	31/12/2021	Nel corso del 2021 l'IRCCS Burlo Garofolo ha partecipato assieme agli altri aderenti alla rete regionale HPH, al gruppo di lavoro specifico, prevalentemente in modalità a distanza. Dal gruppo ne è uscito uno studio di fattibilità che vedrà il suo sviluppo nel corso del 2022	Obiettivo RAGGIUNTO
6.10	Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH	Le Aziende promuovono corretti stili di vita dei pazienti che accedono ai servizi	Gli enti aderenti alla rete regionale elaborano un format per la valutazione dei bisogni di promozione della salute da inserire nella documentazione sanitaria (a cura dei gruppi aziendali per il Patient Engagement - clinical health promotion)	31/12/2021	L'IRCCS Burlo ha partecipato alla raccolta delle cartelle cliniche attive negli ospedali e nei servizi sanitari condividendo 13 format di cartelle in uso presso il nostro Istituto, secondo le seguenti specifiche: AREA PEDIATRICA: • Ricoveri pediatrici (degenze e DH/DS mediche e chirurgiche, rianimazione, terapia intensiva neonatale, oncologia); • Educazione Sanitaria pediatrico AREA OSTETRICO-GINECOLOGICA: • Valutazione OST-GIN (degenze e DH/DS, Sala Parto, Rianimazione) • Assistenza + Educazione OST-GINI format finali, per area pediatrica e dell'adulto, sono stati elaborati congiuntamente. Il format pediatrico sarà ulteriormente rivalutato nel corso del 2022, prima della sua applicazione sperimentale (allegato 3A-B).	Obiettivo RAGGIUNTO
6.10	Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH	Le Aziende promuovono corretti stili di vita dei pazienti che accedono ai servizi	Gli enti aderenti alla rete regionale promuovono il programma per l'astensione del fumo nel periodo perioperatorio.	31/12/2021	La promozione al programma di astensione del fumo nel periodo perioperatorio è stata svolta inviando ai Direttori delle aree interessate (chirurgia pediatrica e ginecologia/ostetricia) una mail informativa, con allegata brochure "Smetti di fumare"	Obiettivo RAGGIUNTO
6.10	Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH	Le Aziende sviluppano un piano di comunicazione per la diffusione degli obiettivi HPH al loro interno	Link della pagina di ARCS e avvio di sezione dedicata nel sito aziendale con aggiornamento su referenti e progetti collegati alle linee di gestione	31/12/2021	Il link richiesto è stato prodotto entro il 31/12/2021. Ecco il link: https://www.burlo.trieste.it/content/promozione-della-salute	Obiettivo RAGGIUNTO
6.11	Accreditamento	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.	31/12/2021	Nel 2021, per l'effettuazione delle verifiche di autorizzazione e accreditamento degli enti pubblici e privati accreditati, sono state garantite 11 giornate dai valutatori dell'IRCCS Burlo Garofolo. Il dettaglio delle presenti è conservato agli atti dell'Ufficio qualità aziendale	Obiettivo RAGGIUNTO
6.11	Accreditamento	Partecipazione attiva al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti	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.	31/12/2021	Al 31/12/2021, per l'IRCCS Burlo Garofolo, risultano annoverati nell'elenco dei valutatori regionali, a vario titolo (osservatori, esperti, valutatori, coordinatori di visita), 27 persone.	Obiettivo RAGGIUNTO
6.11	Accreditamento	Partecipazione al programma di accreditamento nazionale degli organismi tecnicamente accreditanti	Gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti inseriti nell'elenco nazionale dei valutatori dell'accREDITamento di	31/12/2021	Nel 2021 nessuna attività ministeriale è stata proposta ai valutatori. Si procede allo stralcio dell'obiettivo	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
			partecipare alle attività organizzate dal Ministero della salute e dall'Agenas			
6.11	Accreditamento	Garanzia del funzionamento dell'OTA FVG	Gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti, componenti dell'OTA regionale, di svolgere le funzioni previste dalla DGR 2220/2015 e dal Decreto n. 1899/2017	31/12/2021	La vicepresidente OTA, dipendente dell'IRCCS Burlo, ha partecipato a tutti gli incontri previsti (incontri 04/03-23/03-14/09-09/11).	Obiettivo RAGGIUNTO
6.11	Accreditamento UNICEF	Proseguire il percorso di accreditamento UNICEF "Ospedale amico del bambino"	partecipare alle attività previste dall'ente accreditante	31/12/2021	Il personale dell'IRCCS Burlo ha partecipato a tutte le attività dell'ente accreditante. In data 25/11/2021 è stato effettuato l'incontro del Comitato Italiano UNICEF per valutare la fase 1 con riscontro positivo.	Obiettivo RAGGIUNTO
6.11	Accreditamento UNICEF	Proseguire il percorso di accreditamento UNICEF "Ospedale amico del bambino"	organizzare l'incontro annuale della Rete Insieme per l'allattamento	31/12/2021	L'incontro annuale è stato organizzato in data 30/9/2021.	Obiettivo RAGGIUNTO
7.1	Tetti spesa farmaceutica	Tetto per la spesa farmaceutica per acquisti diretti(farmaceutica ospedaliera, diretta e DPC) = 7,85 % del FSR, comprensiva della spesa per acquisto diretto gas medicinali - ATC V03AN -, che ha a sua volta l'ulteriore specifico limite massimo di spesa pari allo 0,2%. Tetto per la spesa farmaceutica convenzionata = 7,00 % del FSR. Nello specifico i vincoli di spesa fissati a livello regionale per il 2021 sono riepilogati nel capitolo dedicato alle risorse finanziarie	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.	31/12/2021	Obiettivo monitorato a livello regionale. Farmaceutica convenzionata: 6,18 Raggiunto; Farmaceutica diretta: 10,68 Non raggiunto; Gas medicinali: 0,122 Raggiunto.(Fonte Monitoraggio AIFA della Spesa Farmaceutica Nazionale e Regionale Gennaio - Dicembre 2021 del 28.4.2022)	Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO
7.1	Tetti spesa farmaceutica	Tetto per la spesa farmaceutica per acquisti diretti(farmaceutica ospedaliera, diretta e DPC) = 7,85 % del FSR, comprensiva della spesa per acquisto diretto gas medicinali - ATC V03AN -, che ha a sua volta l'ulteriore specifico limite massimo di spesa pari allo 0,2%. Tetto per la spesa farmaceutica convenzionata = 7,00 % del FSR. Nello specifico i vincoli di spesa fissati a livello regionale per il 2021 sono riepilogati nel capitolo dedicato alle risorse finanziarie	Rispetto dei vincoli regionali: monitoraggio mensile indicatori linee di gestione a cura della DCS.	31/12/2021	Rispettati 1/2 vincoli regionali- Farmaceutica ospedaliera +10% diretta; standard -2%: Raggiunto (valore aziendale -26,6% - -27% netto cdc COVID); Farmaceutica ospedaliera oncologici mantenimento valore 2020: Non Raggiunto (valore aziendale + 1,8%).	Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO
7.2	Contenimento spesa farmaceutica e appropriatezza prescrittiva	Le Aziende invieranno un report di sintesi semestrale e annuale alla DCS con evidenza dei monitoraggi effettuati, delle iniziative di audit e feedback adottate, delle azioni più significative intraprese e degli esiti conseguiti nel	Invio alla DCS da parte delle Aziende di due report di sintesi sull'attività del primo semestre, entro 30/09/2021 e sull'attività annuale entro il 15/04/2022, da cui si evincano:Obiettivi assegnati,	30/09/2021	Il report relativo al I semestre è stato inviato con nota prot. 8327 dd 9/9/2021. Valutazione appropriatezza prescrizioni off-label. Relazione inviata congruente con gli obiettivi assegnati	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
		corso del primo semestre e dell'intero anno 2021 (ad esempio per oncologici, immunologici, farmaci per l'epatite C, terapie intra-vitreali, equivalenti, IPP, nota AIFA 96 e nuova nota 97, EBPM ecc).	monitoraggi effettuati, azioni intraprese ed esiti: - in ambito ospedaliero relativi a setting ad alto impatto di spesa; - in ambito territoriale (distrettuale, ambulatoriale, MMG) al fine di favorire l'appropriatezza; Modalità di valutazione: Report inviati nei termini: sì/no (peso 40%) Report congruenti in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 60%)			
7.2	Contenimento spesa farmaceutica e appropriatezza prescrittiva	Le Aziende invieranno un report di sintesi semestrale e annuale alla DCS con evidenza dei monitoraggi effettuati, delle iniziative di audit e feedback adottate, delle azioni più significative intraprese e degli esiti conseguiti nel corso del primo semestre e dell'intero anno 2021 (ad esempio per oncologici, immunologici, farmaci per l'epatite C, terapie intra-vitreali, equivalenti, IPP, nota AIFA 96 e nuova nota 97, EBPM ecc).	Invio alla DCS da parte delle Aziende di due report di sintesi sull'attività del primo semestre, entro 30/09/2021 e sull'attività annuale entro il 15/04/2022, da cui si evincano: Obiettivi assegnati, monitoraggi effettuati, azioni intraprese ed esiti: - in ambito ospedaliero relativi a setting ad alto impatto di spesa; - in ambito territoriale (distrettuale, ambulatoriale, MMG) al fine di favorire l'appropriatezza; Modalità di valutazione: Report inviati nei termini: sì/no (peso 40%) Report congruenti in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 60%)	15/04/2022	Il report relativo al II semestre è stato inviato con nota prot. 893 dd 28/1/2022. Valutazione appropriatezza prescrizioni off-label. Relazione inviata congruente con gli obiettivi assegnati	Obiettivo RAGGIUNTO
7.4	Contenimento spesa farmaceutica - Biosimilari	Nell'ambito delle categorie di medicinali di cui è disponibile l'alternativa biosimile, gli Enti favoriscono l'impiego delle specialità che garantiscono l'efficienza del SSR	Invio alla DCS di un report di sintesi entro il 15/04/2022 descrittivo delle attività svolte, dei percorsi attivati con i prescrittori e delle ricadute per il SSR, specificatamente per gli ambiti dell'assistenza ospedaliera e territoriale (diretta, DPC e convenzionata).I dati di spesa e di consumo, rilevati secondo lo schema predisposto dalla DCS, integreranno i report.Modalità di valutazione: Report congruenti in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 60%) Relazioni inviate nei termini: sì/no (peso 40%)	15/04/2022	Il report relativo al II semestre è stato inviato con nota prot. 893 dd 28/1/2022. Report e schemi inviati e congruenti con gli obiettivi assegnati. L'Istituto ha monitorato le attività svolte.	Obiettivo RAGGIUNTO
7.5	Gestione delle terapie con ormone della crescita	L'Ente nella gestione delle terapie con ormone della crescita attiva un team aziendale (composto almeno da un medico e un infermiere) che garantisca la formazione dei nuovi pazienti e caregiver al corretto uso degli autoiniettori	Evidenza dell'attivazione del team entro il 30/06/2021.Modalità di valutazione: Attivazione del team nei termini: sì/no (peso 50%)	30/06/2021	I nominativi sono stati comunicati con nota prot. 6204 dd 30/6/2021.	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
		per la somministrazione dell'ormone della crescita presenti nella graduatoria dell'accordo quadro regionale.				
7.5	Gestione delle terapie con ormone della crescita	L'Ente nella gestione delle terapie con ormone della crescita attiva un team aziendale (composto almeno da un medico e un infermiere) che garantisca la formazione dei nuovi pazienti e caregiver al corretto uso degli autoiniettori per la somministrazione dell'ormone della crescita presenti nella graduatoria dell'accordo quadro regionale.	Invio alla DCS entro il 30/02/2022 di un report dell'attività di formazione svolta nel 2021, con evidenza degli autoiniettori proposti e selezionati. Modalità di valutazione: Invio del report nei termini: sì/no (peso 50%)	28/02/2022	Il report dell'attività è stato inviato con nota prot. 2283 dd 28/2/2022	Obiettivo RAGGIUNTO
7.7	distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali	In coerenza con le modalità organizzative conseguenti alla situazione pandemica da Covid19, le Aziende garantiscono azioni che nell'ambito della distribuzione diretta della DPC dei medicinali possano assicurare l'ottimizzazione dei percorsi assistenziali e le migliori ricadute economiche sul SSR	Invio alla DCS di una relazione sull'attività del primo semestre, entro 30/09/2021 e di una relazione sull'attività annuale entro il 15/04/2022 da cui si evincano le azioni, gli esiti ed i monitoraggi svolti nell'ambito della DPC e della distribuzione diretta, integrati da tabelle di sintesi (come da schema della DCS) Modalità di valutazione: Relazioni congruenti in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 60%) Relazioni inviate nei termini: sì/no (peso 40%)	30/09/2021	Il report relativo al II semestre è stato inviato con nota prot. 893 dd 28/1/2022 Per l'Istituto, l'obiettivo riguarda solo la distribuzione diretta. LA DPC non è pertinente. Relazione congruente. Si evidenzia l'importanza di garantire la distribuzione diretta del primo ciclo di terapia quale livello essenziale di assistenza Relazioni inviate nei termini	Obiettivo RAGGIUNTO
7.7	distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali	In coerenza con le modalità organizzative conseguenti alla situazione pandemica da Covid19, le Aziende garantiscono azioni che nell'ambito della distribuzione diretta della DPC dei medicinali possano assicurare l'ottimizzazione dei percorsi assistenziali e le migliori ricadute economiche sul SSR	Invio alla DCS di una relazione sull'attività del primo semestre, entro 30/09/2021 e di una relazione sull'attività annuale entro il 15/04/2022 da cui si evincano le azioni, gli esiti ed i monitoraggi svolti nell'ambito della DPC e della distribuzione diretta, integrati da tabelle di sintesi (come da schema della DCS) Modalità di valutazione: Relazioni congruenti in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 60%) Relazioni inviate nei termini: sì/no (peso 40%)	15/04/2022	Il report relativo al II semestre è stato inviato con nota prot. 893 dd 28/1/2022. Per l'Istituto, l'obiettivo riguarda solo la distribuzione diretta. LA DPC non è pertinente. Relazione congruente. Si evidenzia l'importanza di garantire la distribuzione diretta del primo ciclo di terapia quale livello essenziale di assistenza Relazioni inviate nei termini	Obiettivo RAGGIUNTO
7.8	Assistenza integrativa	Nell'ambito dell'assistenza integrativa le Aziende sanitarie e gli IRCCS effettuano una ricognizione dei percorsi e delle procedure attuate anche al fine di una possibile armonizzazione degli stessi.	Invio alla DCS entro il 15/04/2022 delle risultanze della ricognizione effettuata. Modalità di valutazione: Ricognizione effettuata e inviata: sì/no	15/04/2022	Attività non di pertinenza dell'IRCCS	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
7.9	Informatizzazioni e delle prescrizioni,	REGISTRI AIFA E RECUPERO RIMBORSI Per la prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA viene assicurata la registrazione di tutti i dati	Assicurare la registrazione dei pazienti e l'inserimento di tutti i dati richiesti, con particolare riferimento ai pazienti extra regione trattati con medicinali	31/12/2021	L'erogazione dei medicinali soggetti a registro Aifa avviene solo in seguito a corretta compilazione del registro come descritto nella procedura aziendale dedicata.	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
	flussi informativi farmaceutica	richiesti (anche con particolare riferimento ai medicinali innovativi), nel rispetto delle indicazioni autorizzate e dei criteri di eleggibilità definiti dall'AIFA, al fine di garantirne l'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.	innovativi e oncologici innovativi, per consentire il rimborso dei costi sostenuti attraverso il meccanismo della fatturazione diretta. Modalità di valutazione: Evidenza dei monitoraggi/percorsi aziendali per la gestione delle eventuali criticità in tutti gli Enti del SSR: sì/no			
7.9	Informatizzazioni e delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	REGISTRI AIFA E RECUPERO RIMBORSI Per la prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA viene 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 garantirne l'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.	Assicurare l'invio delle Richieste di Rimborso secondo le modalità definite da AIFA per tutti i farmaci con accordo MEA, anche attraverso la nuova piattaforma gestione rimborsi. Modalità di valutazione Riscontro agli approfondimenti/ricieste di verifica relative ai registri AIFA/procedure di rimborso, inviate nei termini indicati: sì/no	31/12/2021	Non essendosi verificate le condizioni di un ricevimento di richieste di approfondimento, si procede allo stralcio dell'obiettivo	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
7.9	Informatizzazioni e delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	REGISTRI AIFA E RECUPERO RIMBORSI Per la prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA viene 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 garantirne l'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.	Monitoraggi/controlli periodici effettuati, nell'ambito dei percorsi aziendali in essere, per la risoluzione di eventuali criticità legate al mancato/ritardato inserimento dei pazienti in piattaforma (inserimento del 100% dei casi ai fini della rimborsabilità).	periodici	Nel corso dell'anno sono state verificate le terapie sottoposte a registro ed eventuali accordi MEA di rimborso	Obiettivo RAGGIUNTO
7.9	Informatizzazioni e delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	CARTELLA ONCOLOGICA INFORMATIZZATA La cartella oncologia informatizzata dovrà essere implementata relativamente ai campi: diagnosi/sede, protocollo/farmaco,	Avvio della cartella oncologica pediatrica (Burlo).	31/12/2021	L'Ente rappresenta una non possibilità di utilizzo della cartella così come resa disponibile dai sistemi informativi regionali in quanto valutata non adattata all'ambito pediatrico. La necessità di valutazione dei servizi applicativi richiede il differimento, e conseguente stralcio dell'obiettivo	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
		stadiazione con un grado di completezza pari ad almeno il 95% dei pazienti.				
7.9	Informatizzazione e delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	PRESCRIZIONI PERSONALIZZATE PSM ITER ELETTRONICO Per tutte le Aziende, la copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM dovrà essere garantita per il 95%, con riferimento ai medicinali erogati in distribuzione diretta nominale mediante lo stesso applicativo, anche al fine di consentire un puntuale monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e la promozione dei medicinali acquisiti centralmente da ARCS. Le Aziende assicureranno azioni di sensibilizzazione su quelle strutture/reparti per i quali si rileva un modesto utilizzo dell'iter elettronico, al fine di ridurre l'erogazione derivante da prescrizioni cartacee indotte verso altre aziende.	% delle prescrizioni di medicinali erogati in distribuzione diretta nominale effettuate con il sistema PSM - iter elettronico $\geq 95\%$. La DCS invierà periodicamente agli Enti del SSR un report relativo alle prescrizioni indotte con iter cartaceo verso altre Aziende /IRCCS, per le successive azioni di sensibilizzazione. Modalità di valutazione: Target rilevati dalla DCS.- $\geq 95\%$: obiettivo raggiunto- $\%$ tra 85% e 95%: obiettivo parzialmente raggiunto- $\%$ < 85%: obiettivo non raggiunto	31/12/2021	Le terapie erogate dalla farmacia Burlo vengono prescritte in PSM. I clinici sono aggiornati rispetto la necessità di prescrivere attraverso il sistema informatizzato PSM. Dati disponibili: 89,1%	Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO
7.9	Informatizzazione e delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	PRESCRIZIONE INFORMATIZZATA DEI PIANI TERAPEUTICI 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 70% di tutti i pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive, prevedendo azioni mirate di sensibilizzazione dei prescrittori all'utilizzo dello strumento nelle categorie di medicinali per i quali si osserva un ricorso prevalente al PT cartaceo (es. farmaci per l'infertilità o ormone della crescita per Burlo). Nel favorire l'implementazione di tale sistema informatizzato sarà inoltre assicurato il controllo dei piani terapeutici ed il rispetto delle note limitative AIFA.	- % di ricorso alla prescrizione informatizzata tramite applicativo PSM-PT per tutti i pazienti: > 70%- Burlo: % PT informatizzati per medicinali soggetti a nota AIFA 39 o 74 o altre indicazioni pediatriche > 70% rispetto al totale dei PT redatti dall'IRCCS. Modalità di valutazione: Target rilevati dalla DCS. Per le modalità di calcolo dell'indicatore si rimanda alla DGR n. 1912/2018- % PT informatizzati per tutti i pazienti > 70% raggiunto- % PT informatizzati per tutti i pazienti tra 65-70% parzialmente raggiunto- % PT informatizzati per tutti i pazienti < 65% non raggiunto Per gli IRCCS (non avendo come parametro di riferimento i residenti) la % di PT informatizzati (> 70%) è calcolata rispetto al totale dei Piani terapeutici redatti dalla struttura (distinti in informatizzati + cartacei) e comunicato formalmente alla DCS entro il 15/04/2022. Per il Burlo la valutazione riguarderà i medicinali indicati.	31/12/2021	I prescrittori vengono informati periodicamente rispetto la prescrizione attraverso gestionale PSM. La % di PT informatizzati, calcolata rispetto al totale dei Piani terapeutici redatti dalla struttura (distinti in informatizzati + cartacei), è superiore al 70%. Nota 39: 100% PT informatizzati Nota 74: 79% PT informatizzati	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
7.9	Informatizzazioni e delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	FLUSSI INFORMATIVI FARMACEUTICA Inserimento dei dati, 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 un possibile mancato invio. Va assicurata, per il corretto calcolo del rispetto dei tetti di spesa, l'integrale copertura della fase 3 su fase 2 (100% della spesa negli ambiti previsti) per quanto riguarda la distribuzione diretta, nonché l'inserimento a sistema del codice targatura (> 99% confezioni) in fase di erogazione diretta dei medicinali (applicativo PSM).Le Aziende assicurano un controllo periodico sulla coerenza dei centri di Costo (ospedaliera e diretta), con particolare riferimento alla corretta implementazione dei centri di costo correlati all'emergenza COVID-19. 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.	Verifiche dei dati entro il 10 di ogni mese: Integrale copertura fase 3/fase 2 (> 99,5% della spesa negli ambiti previsti).Modalità di valutazione: Target rilevati dalla DCS- copertura fase 3/fase 2: % > 99,5%: raggiunto% tra 99% e 99,5%: parzialmente raggiunto% < 99%: non raggiunto	mensile	I flussi vengono monitorati dal servizio di programmazione in collaborazione con il servizio di farmacia aziendale. Eventuali correzioni sono state segnalate ai sistemi informativi regionali come richiesto.La copertura è pari al 100%. (Fonte BO estrazione 7.7.2022)	Obiettivo RAGGIUNTO
7.9	Informatizzazioni e delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	FLUSSI INFORMATIVI FARMACEUTICA Inserimento dei dati, 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 un 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	Verifiche dei dati entro il 10 di ogni mese:Inserimento codice targatura in fase di erogazione diretta dei medicinali (> 99%).Target rilevati dalla DCSTargatura- % confezioni diretta PSM > 99%: raggiunto-% confezioni diretta PSM da 97% a 99%: parzialmente raggiunto- % confezioni diretta PSM < 97%: non raggiunto	mensile	La percentuale di copertura targa (99,74%) risulta superiore al 99%, non considerando nel numero di confezioni complessivo le formulazioni galeniche (che non possono avere targa. (Fonte BO estrazione 7.7.2022)	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
		l'inserimento a sistema del codice targatura (> 99% confezioni) in fase di erogazione diretta dei medicinali (applicativo PSM).Le Aziende assicurano un controllo periodico sulla coerenza dei centri di Costo (ospedaliera e diretta), con particolare riferimento alla corretta implementazione dei centri di costo correlati all'emergenza COVID-19. 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.				
7.9	Informatizzazioni e delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	<p>FLUSSI INFORMATIVI FARMACEUTICA</p> <p>Inserimento dei dati, 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 un possibile mancato invio. Va assicurata, per il corretto calcolo del rispetto dei tetti di spesa, l'integrale copertura della fase 3 su fase 2 (100% della spesa negli ambiti previsti) per quanto riguarda la distribuzione diretta, nonché l'inserimento a sistema del codice targatura (> 99% confezioni) in fase di erogazione diretta dei medicinali (applicativo PSM).Le Aziende assicurano un controllo periodico sulla coerenza dei centri di Costo (ospedaliera e diretta), con particolare riferimento alla corretta implementazione dei centri di costo correlati all'emergenza COVID-19. 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>	Inserimento dei dati, verifiche e controlli di congruenza dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese	mensile	I dati vengono inseriti e periodicamente controllati.	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
7.9	Informatizzazioni e delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	FLUSSI INFORMATIVI FARMACEUTICA Inserimento dei dati, 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 SSSR (mancati invii, prezzi medi, revocati, ecc), con particolare riferimento ai disallineamenti derivanti da un possibile mancato invio. Va assicurata, per il corretto calcolo del rispetto dei tetti di spesa, l'integrale copertura della fase 3 su fase 2 (100% della spesa negli ambiti previsti) per quanto riguarda la distribuzione diretta, nonché l'inserimento a sistema del codice targatura (> 99% confezioni) in fase di erogazione diretta dei medicinali (applicativo PSM). Le Aziende assicurano un controllo periodico sulla coerenza dei centri di Costo (ospedaliera e diretta), con particolare riferimento alla corretta implementazione dei centri di costo correlati all'emergenza COVID-19. 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.	Riscontro entro 15 giorni agli eventuali approfondimenti richiesti o segnalazioni inviate.	entro 15 gg ricevimento	Si procedere allo stralcio dell'obiettivo in quanto non sono stati richiesti approfondimenti nel corso del 2021.	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
7.10	Farmacovigilanza	Gli Enti del SSR assicurano le attività di Farmacovigilanza nel rispetto della normativa vigente secondo quanto previsto dalle procedure operative AIFA per i CRFV e i RLFV	Mantenimento della % di segnalazione on-line $\geq 90\%$ in linea con le indicazioni AIFA e tenuto conto dell'avvio a fine 2021/inizio 2022 della nuova piattaforma di segnalazione collegata alla RNFModalità di valutazione: % segnalazioni online/segналazioni totali $\geq 90\%$.	31/12/2021	Dati disponibili di risultato: 100,0	Obiettivo RAGGIUNTO
7.10	Farmacovigilanza	Gli Enti assicurano l'inserimento delle segnalazioni di sospette reazioni avverse relative a medicinali utilizzati nella terapia del COVID-19 (compresi i nuovi vaccini) o nei pazienti con COVID-19 (qualsiasi medicinale), secondo le indicazioni fornite da AIFA. Il CRFV	Inserimento delle segnalazioni di sospetta ADR relative a medicinali utilizzati nella terapia COVID-19 o nel paziente COVID-19 secondo i parametri e con le codifiche indicate da AIFA (comunicati 4 maggio e 27 novembre 2020). Modalità di	31/12/2021	Non si sono verificati casi di ADR relativi a medicinali utilizzati nella terapia covid.	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
		fornirà eventuale supporto ai RLFV al fine di migliorare la qualità del dato inserito.	valutazione:Andamento periodico (su base semestrale) delle segnalazioni di ADR relative a medicinali utilizzati nella terapia del COVID-19 o nei pazienti con COVID-19, effettuato dal CRFV.% codifica inserimento corretta/ totale segnalazioni inserite ≥ 80%.Riscontri a richieste del CRFV su qualità del dato: sì/no			
8.1	Sistema informativo di gestione della formazione	Contribuire alla analisi del processo organizzativo per una adeguata configurazione del sistema di tutte le aziende, assieme all'azienda pilota già avviata nell'anno 2020	Tutte le aziende partecipano, con propri operatori, alle attività svolte per l'attivazione del sistema e forniscono contributi per ottimizzare l'attivazione nel proprio ambito. Si richiede la presenza del 90% delle convocazioni	31/12/2021	Gli operatori del Centro Attività Formative hanno partecipato al 100% delle convocazioni	Obiettivo RAGGIUNTO
8.1	Sistema informativo di gestione della formazione	Completare l'attivazione del sistema nelle aziende in accordo con le indicazioni di DCS partecipando alla messa a punto del sistema ed organizzando turni del personale per favorire la formazione in aula e sul campo	Completare l'attivazione del sistema presso tutte le altre aziende entro il 31/12/2021	31/12/2021	L'attivazione è stata completata ed il nuovo sistema gestionale è in uso dal 1/1/2022	Obiettivo RAGGIUNTO
8.3	Sistema informativo gestione economica finanziaria e economato	Contribuire alla analisi del processo organizzativo per una adeguata configurazione del sistema	Partecipazione al 90% delle riunioni convocate	31/12/2021	L'IRCCS Burlo Garofolo ha partecipato agli incontri promossi	Obiettivo RAGGIUNTO
8.3	Sistema informativo gestione economica finanziaria e economato	Siti pilota: collaborare in termini di test del sistema, opportunamente integrato con i sistemi satelliti	Sistema funzionante nelle aziende pilota (verbale collaudo) entro il 30/06/2021	30/06/2021	L'IRCCS Burlo Garofolo non è stato individuato come sito pilota. Progettualità riproposta nelle linee annuali per la Gestione 2022	Obiettivo NON VALUTABILE(STRALCIO)
8.3	Sistema informativo gestione economica finanziaria e economato	Avviamento in tutte le aziende del SSR secondo un cronoprogramma definito dalla ditta aggiudicatrice della gara tenendo conto delle peculiarità delle aziende e con una attenzione alla formazione in aula e sul campo	Sistema funzionante in tutte le aziende (verbale collaudo) entro il 31/12/2021	31/12/2021	Il sistema non è stato avviato nelle aziende del FVG. Progettualità riproposta nelle linee annuali per la Gestione 2022	Obiettivo NON VALUTABILE(STRALCIO)
8.4	Telemedicina	Censimento delle soluzioni di telemedicina presenti attualmente in azienda con indicazione delle integrazioni già operative con i sistemi	Fornire l'elenco delle soluzioni di telemedicina presenti con indicazioni delle integrazioni entro il 31/03/2021	31/03/2021	L'elenco delle soluzioni inviato con nota prot. 3299 dd 31/3/2021	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
		aziendali e quelle ritenute importanti da realizzare.				
8.4	Telemedicina	Analisi e valutazione dei processi dei post-acuti con scompenso cardiaco, diabete o BPCO per individuare quali soluzioni di telemedicina possono essere adottate e se devono essere rese operative strutture capaci di controllare e monitorare gli strumenti di telemedicina utilizzati.	Partecipazione al 90% delle riunioni dei team interaziendali di analisi e valutazione.	31/12/2021	Non vi sono state convocazioni interaziendali nel corso del 2021. L'IRCCS Burlo non è stato convocato al gruppo di lavoro ristretto per la predisposizione del capitolato	Obiettivo NON VALUTABILE(STRA LCIO)
8.4	Telemedicina	Stesura piano regionale di attivazione delle soluzioni di telemedicina nelle varie aziende tenendo conto delle esperienze già maturate e dell'analisi e valutazione dei processi dei post- acuti.	Partecipazione alla stesura del piano regionale di attivazione e avviamento e messa a punto delle soluzioni di telemedicina individuate per l'azienda.	31/12/2021	Non sono state ancora effettuate le convocazioni a livello regionale. la DCS è stata coinvolta nel gruppo nazionale di stesura delle linee guida per la telemedicina; di conseguenza il piano regionale ha atteso la pubblicazione delle medesime linee per predisporre un documento in accordo con la prospettiva nazionale (pubblicazione rinviata al 2022)	Obiettivo NON VALUTABILE(STRA LCIO)
8.5	Ricetta e piano terapeutico dematerializzato	Ricette dematerializzate specialistica farmaceutica e medici specialisti	90% sul totale delle ricette entro il 31/12/2021	31/12/2021	La percentuale di ricette dematerializzate sul totale è pari al 98%. Dai dati resi disponibili da insiel nel cruscotto Visual Analytics "DEM prescritto farmaceutica" e DEM prescritto specialistica" l'obiettivo risulta raggiunto	Obiettivo RAGGIUNTO
8.5	Ricetta e piano terapeutico dematerializzato	Ricette dematerializzate non SSR	Media del 50 % sui mesi in cui è attiva la ricetta non SSR dematerializzata entro il 31/12/2021	31/12/2021	Nel 2021 non sono state avviate dalla Regione le ricette dematerializzate non SSR (data di avvio: 05/04/2022). INSIEL non ha potuto attivare la dematerializzazione della ricetta non SSR per mancanza delle specifiche nazionali. L'attività è stata realizzata a seguito della comunicazione delle specifiche adottate a livello nazionale (2022), pertanto si ritiene di stralciare l'obiettivo	Obiettivo NON VALUTABILE(STRA LCIO)
8.5	Ricetta e piano terapeutico dematerializzato	Piani terapeutici dematerializzati	Media del 50 % sui mesi in cui è attiva la firma digitale del piano terapeutico dematerializzato	31/12/2021	Non sono stati predisposti in ambito regionale i piani terapeutici dematerializzati e non è attiva la firma digitale. L'attività è stata annullata a livello nazionale, pertanto si ritiene di stralciare l'obiettivo	Obiettivo NON VALUTABILE(STRA LCIO)
8.6	Linee guida integrazione Asset	Censimento dei sistemi informatici delle aziende del SSR da integrare con gli asset regionali.	Predisporre un documento secondo le linee guida regionali entro il 31/10/2021	31/10/2021	Non sono state redatte le linee guida regionali. Il servizio Sistemi informativi e privacy non ha ricevuto il censimento degli asset regionali, in quanto non sono state predisposte le linee guida regionali. Si ritiene di stralciare l'obiettivo	Obiettivo NON VALUTABILE(STRA LCIO)
8.7	Piattaforma di integrazione	Contribuire alla analisi del processo organizzativo per una adeguata configurazione della piattaforma (definizione processi, PDTA)	Tutte le aziende partecipano, con propri operatori, alle attività svolte per l'analisi dei processi e forniscono contributi per ottimizzare l'attivazione del PDTA. Si richiede la presenza del 90% delle convocazioni	31/12/2021	Il servizio sistemi informativi e privacy ha subito dei rallentamenti nella realizzazione dell'attività, causa COVID. La linea operativa non è stata avviata	Obiettivo NON VALUTABILE(STRA LCIO)
8.7	Piattaforma di integrazione	Configurare e sperimentare il sistema nell'azienda pilota in accordo con le indicazioni di DCS partecipando alla messa a punto del sistema	Completare la sperimentazione del sistema presso l'azienda pilota entro il 31/10/2021	31/10/2021	Il servizio sistemi informativi e privacy ha subito dei rallentamenti nella realizzazione dell'attività, causa COVID. La linea operativa non è stata avviata	Obiettivo NON VALUTABILE(STRA LCIO)
8.8	Sistema informativo integrato a	Definizione del documento progettuale che includa tutte le caratteristiche e le modalità del sistema per la definizione del Capitolato	Definizione del documento progettuale che includa tutte le caratteristiche e le modalità del sistema per la definizione del Capitolato	31/12/2021	E' stato avviato il gruppo di lavoro e sono stati programmati e realizzati gli incontri per la stesura del documento previsto	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
	supporto della presa in carico					
8.9	Censimento apparecchiature	Censimento di tutte le apparecchiature (pc, mobile, stampanti ecc.) dove saranno attivati i sistemi del personale, della contabilità e dei distretti. Per i pc nel censimento va indicata la versione del Sistema Operativo. Sono da riportare anche nuove esigenze indotte dall'introduzione dei nuovi sistemi.	Elenco apparecchiature entro il 31/5/2021	31/05/2021	Il censimento è stato effettuato entro la scadenza e formalmente comunicato con nota prot. 5898/2021	Obiettivo RAGGIUNTO
8.9	Censimento apparecchiature	Censimento di tutto il parco apparecchiature (pc, mobile, stampanti ecc.) con indicazioni di nuove esigenze.	Elenco apparecchiature entro il 31/5/2021	31/05/2021	Il censimento è stato effettuato entro la scadenza e formalmente comunicato con nota prot. 5898/2021	Obiettivo RAGGIUNTO
8.9	Censimento apparecchiature	Indicazioni delle apparecchiature di rete da sostituire con indicazioni delle caratteristiche (doppio alimentatore, ecc.)	Elenco apparecchiature entro il 31/12/2021	31/12/2021	E' stato preparato il piano di sostituzione apparati di rete, sviluppato dall'Ufficio del Sistema Informativo sulla base di un indici e di priorità di sostituzione (IPS)	Obiettivo RAGGIUNTO
8.10	Privacy in Sanità	Convocazione incontri trimestrali (4 all'anno)	Partecipazione ad almeno 3 incontri su 4 programmati con condivisione e attestazione del verbale predisposto dal segretario.	31/12/2021	L'IRCCS ha partecipato quando convocato. La responsabile qualità dell'IRCCS fa parte del gruppo regionale che lavora sul tema.	Obiettivo RAGGIUNTO
8.11	PACS	Referto multimediale	Avvio della sperimentazione presso il sito pilota entro il 30.04.2021	30/04/2021	Attivato il referto multimediale al BURLO come sito pilota regionale	obiettivo RAGGIUNTO
8.11	PACS	Referto multimediale	Il dispiegamento della soluzione sperimentata sarà completato in tutti i servizi di radiologia delle Aziende regionali entro 6 mesi dalla sostituzione del refertatore vocale	entro 6 mesi sostituzione refertatore vocale	Vedi obiettivo sopra. Il Burlo è stato il primo in regione ad attivare il referto multimediale	obiettivo RAGGIUNTO
8.11	PACS	Refertatore vocale	Sostituzione, presso tutte le radiologie della regione, dell'attuale refertatore, ormai obsoleto e non più rispondente ai requisiti di sicurezza informatica.INSIEL presenta la soluzione tecnologica individuata entro il 28.02.2021 e concorderà entro il 31.03.2021 con la DCS, che si avvarrà del supporto di ARCS, il cronoprogramma delle sostituzioni con l'obiettivo di completarle entro giugno 2021.Le Aziende si attivano per agevolare il passaggio al nuovo refertatore secondo le date concordate.	30/06/2021	Come comunicato con nota prot. 6197 dd 30/6/2021, la sostituzione è stata completata il 24/5/2021 con tutte le modalità	obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
8.11	PACS	Visibilità interaziendale di referti diagnostici e delle relative immagini per i pazienti in cura	Avvio utilizzo del fascicolo sanitario operatore in tutte le aziende entro 30.09.2021.	30/09/2021	E' stata effettuata da parte di ARCS la comunicazione di attivazione del FSE operatore. La funzione di visualizzazione immagini è stata attivata per il FSE Operatore entro settembre 2021.	obiettivo RAGGIUNTO
8.11	PACS	Visibilità interaziendale in regime emergenziale di referti diagnostici e delle relative immagini	Sviluppo entro 30.09.2021 di una soluzione strumentale prototipale in grado di soddisfare le esigenze dei flussi emergenziali.	30/09/2021	La soluzione proposta da ARCS è attraverso l'utilizzo del fascicolo sanitario operatore.	Obiettivo NON VALUTABILE(STRALCIO)
8.11	PACS	Adeguamento piattaforma di refertazione radiologica al D. Lgs.101/2020	DCS nomina entro febbraio 2021 e, con l'eventuale supporto di ARCS, coordina un gruppo di lavoro con i referenti tecnici di INSIEL e con i referenti aziendali in materia di radioprotezione e di radiologia. Il gruppo di lavoro entro giugno 2021 individua le necessarie modifiche della piattaforma di refertazione radiologica per poter ottemperare a D. Lgs. 101/2020 e propone entro settembre 2021 un cronoprogramma di attività di sviluppo e implementazione.	30/09/2021	Il gruppo di lavoro ha convocato la fisica sanitaria di ASUGI, referenti anche per il BURLO	obiettivo RAGGIUNTO
9.2	Applicativo SIASI e trattamento dei dati	Assicurare la corretta e tempestiva codifica dei reparti e dei relativi posti letto nel sistema SIASI	Tutti i reparti e le sezioni che registrano movimenti di ricovero devono avere il corretto codice disciplina associato e un numero di posti letto assegnati	31/12/2021	Tutti i reparti hanno il codice disciplina corretto e sono aggiornati i pl in SIASI	obiettivo RAGGIUNTO
9.2	Applicativo SIASI e trattamento dei dati	Inserimento schede di morte nell'apposito applicativo SIASI	Il 98% delle schede di morte vengono inserite nel sistema siasi entro 3 mesi dall'evento	31/12/2021	Tenuto conto dell'attività dell'Ente, si valuta di stralciare l'obiettivo	Obiettivo NON VALUTABILE(STRALCIO)
9.5	Acquisto di beni e regolare gestione delle evidenze contabili dei magazzini	Verifica delle modalità di gestione amministrativa e contabile da parte degli enti dei beni acquistati ai fini di una corretta e regolare rappresentazione contabile dei costi di esercizio e del valore delle rimanenze di magazzino secondo il principio della competenza economica e eventuale adozione delle misure correttive necessarie a garantire tale corretta e regolare rappresentazione contabile	ARCS predisporre e trasmettere alla Direzione salute entro il 30/6/2021 una relazione in cui, in merito a procedure e modalità amministrative e di contabilizzazione seguite dagli enti del SSR nella gestione dei beni acquistati in rapporto agli obblighi di regolare tenuta delle scritture contabili per una corretta e regolare rappresentazione contabile dei costi di esercizio e del valore delle rimanenze di magazzino nel rispetto del principio della competenza economica:- si evidenzia lo stato esistente in ciascun ente;- si verifica e valuta la funzionalità e conformità delle procedure esistenti in rapporto agli obblighi di adeguata e regolare rappresentazione contabile;- si	30/06/2021	I dati richiesti sono stati inviati ad ARCS con nota mail dd 16/6/2021	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
			comunicano le eventuali misure correttive necessarie da adottarsi negli enti per garantire il rispetto degli obblighi di adeguata e regolare rappresentazione contabile, evidenziando contenuti, modalità e tempistica prevista per il processo di adeguamento correttivo.			
9.6	Gestione del patrimonio tecnologico biomedicale	Ricognizione straordinaria del patrimonio tecnologico biomedicale	Ciascun ente conclude entro il 31.10.2021 la ricognizione straordinaria del patrimonio tecnologico biomedicale.	31/10/2021	Censimento del patrimonio tecnologico eseguito nei tempi previsti. La ricognizione straordinaria del patrimonio tecnologico biomedicale e della riconciliazione con le viste inventariali è stata affidata ad una ditta esterna che certifica la conclusione della rilevazione con specifiche note trasmesse alle aziende in data 03.11.2021 specificando che ci sarebbero stati ulteriori passaggi all'interno delle strutture ospedaliere finalizzati a migliorare gli esiti della ricognizione già effettuata	Obiettivo RAGGIUNTO
9.6	Gestione del patrimonio tecnologico biomedicale	Aggiornamento dello stato patrimoniale	Entro i termini di chiusura del bilancio 2021 ciascun ente aggiorna la base dati inventariale e il relativo libro cespiti in base agli esiti della ricognizione straordinaria del patrimonio tecnologico biomedicale.	31/12/2021	L'aggiornamento del DB di apparecchiature elettromedicali ha comportato un'analisi analitica del DB ASCOT, producendo l'elenco di apparecchiature nella categoria AS da alienare. In corso di approvazione il documento di riallineamento con lo stato patrimoniale	Obiettivo RAGGIUNTO
9.7	Utilizzo di forme di partenariato pubblico privato e di concessione di costruzione e gestione e verifica della corretta rappresentazione e contabile dei loro costi	Verifica di regolarità e correttezza, per misura, modalità e criteri adottati, della rappresentazione contabile degli utilizzi di beni e servizi per mezzo di forme di partenariato pubblico privato e di concessione di costruzione e gestione, funzionalmente all'adeguata rappresentazione a bilancio dei costi collegati nel rispetto di principi, norme e criteri contabili applicabili per tale rappresentazione	Gli enti entro il 30/6/2021:- effettuano una ricognizione nella propria realtà aziendale dell'eventuale sussistenza dell'utilizzo di beni e servizi per mezzo di forme di partenariato pubblico privato e di concessione di costruzione e gestione nonché le modalità di rappresentazione contabile di tale fenomeno gestionale in uso;- in caso di sussistenza dello strumento gestionale in discorso, predispongono e trasmettono alla Direzione centrale salute ed ad ARCS una relazione illustrativa sulle modalità di rappresentazione contabile del suo utilizzo evidenziando, se presenti, eventuali difformità di contabilizzazione rispetto a principi, norme e criteri contabili da applicarsi a tale rappresentazione e indicando altresì, le misure correttive - in termini di azioni e tempistiche programmate - per l'adeguamento di gestione contabile necessario.	30/06/2021	L'Ente con nota prot. 6197 dd 30/6/2021 ha comunicato che a tale data non erano attive forme di partenariato pubblico privato per l'utilizzo di beni e servizi.	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
10.1.8	Investimenti	Il Burlo dovrà sviluppare, mediante una collaborazione con ASUGI ed ARCS una valutazione congiunta sull'area complessiva della sede attuale e di quella della nuova acquisizione, che preveda, oltre all'eventuale vendita della stessa, anche la sua conversione, ad avvenuto trasferimento nella nuova sede presso il Comprensorio di Cattinara, in una o più strutture di assistenza intermedia di cui all'art. 20 della LR 22/2019, come stabilito con parere del NVISS n. 1824-EDI2223-IB-IN	Documento inviato alla DCS	31/12/2021	La valutazione complessiva dell'area Burlo è stata effettuata in collaborazione con ASUGI ed ARCS e formalmente inviata a DCS e ad ARCS con nota prot. 12581/2021.	Obiettivo RAGGIUNTO
11.5.2	Programmazione e della formazione	Programmazione della formazione	Predisposizione e trasmissione alla DCS del Piano della formazione entro il 31 marzo 2021	31/03/2021	Il Piano è stato adottato con Decreto n. 25 dd 31/3/2021 e trasmesso alla DCS. la valutazione si basa sulla dichiarazione aziendale e sulla verifica del decreto di adozione N. 152/2021.	Obiettivo RAGGIUNTO
11.5.2	Programmazione e della formazione	Programmazione della formazione	Eventuale aggiornamento del piano entro 30 gg dalla pubblicazione del PRF	entro 30 gg PRF	Il Piano è stato integrato con le attività previste dal PFR. Il piano regionale è stato approvato con decreto del direttore centrale n. 1703 del 30/06/2021, integrato con decreto del direttore centrale n. 3354 del 2/12/2021. Il Burlo dichiara di aver integrato il proprio Piano con le attività previste, da una verifica nell'albo pretorio dell'Istituto il piano risulta integrato con Decreto n.87 del 28/07/2021	Obiettivo RAGGIUNTO
11.5.2	Programmazione e della formazione	Programmazione della formazione	Redazione ed invio della Relazione annuale sulle attività formative 2020 entro il 31/5/2021	31/05/2021	E' stata redatta la relazione ed inviata entro la scadenza.	Obiettivo RAGGIUNTO
12.1	Atti aziendali	proposta di collocazione funzioni e attività (art. 54 LR 22/2019)	Gli enti del Servizio sanitario regionale trasmettono all'Azienda regionale di coordinamento per la salute e alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità la proposta collocazione, ai sensi dell'art. 54, c. 1, della l.r. n. 22/2019, delle funzioni e attività per l'organizzazione dell'assistenza distrettuale, per l'assistenza alla persona con dipendenze e con disturbi mentali, per la prevenzione collettiva e sanità pubblica, per l'assistenza ospedaliera.	31/03/2021	La proposta di funzioni e attività dell'IRCCS è stata inviata con nota prot. 3298 dd 31/3/2021	Obiettivo RAGGIUNTO
12.1	Atti aziendali	proposta atto aziendale (art. 54 LR 22/2019)	Gli enti del Servizio sanitario regionale, nel rispetto delle deliberazioni della Giunta regionale di cui all'art. 54, c. 1, della l.r. n. 22/2019 da adottarsi entro il 31 luglio 2021, trasmettono alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità e all'Azienda	27/9/2021	Viste le DGR 1446 del 24/9/2021 e DGR 1965 del 23/12/2021 aventi come oggetto la definizione delle attività e delle funzioni dei livelli essenziali del Servizio sanitario regionale con conseguente differimento all'anno 2022 della presentazione degli atti aziendali, si procede allo stralcio dell'obiettivo	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
			regionale di coordinamento per la salute la proposta di atto aziendale recante la disciplina di organizzazione e di funzionamento di cui all'art. 54, c. 4, della l.r. n. 22/2019 e compatibile con la cornice finanziaria propria di ciascun ente Target modificato con DGR 1683 del 8/11/2021			
12.1	Atti aziendali	Burlo multicentrico: Svolgere le funzioni ospedaliere nell'area materno infantile nell'area territoriale di ASUGI così come definito dalla LR 22 /19.	Istituzione di tavoli di lavoro con ASUGI finalizzati all'elaborazione del testo convenzionale entro 90 giorni successivi alla DGR prevista dalla LR 22/2019 Obiettivo aziendale inserito nella programmazione regionale a valere per tutti gli enti interessati (rif. DGR 1683 del 8/11/2021)	entro 90 giorni dalla DRG	Vista la rendicontazione dell'IRCCS Burlo, "capofila" della linea progettuale, in cui dichiara che l'attività non è stata avviata in quanto la DGR citata dall'obiettivo non è stata approvata, e considerato che la progettualità del Burlo multicentrico è stata inserita tra gli obiettivi delle Linee per la Gestione 2022, si procede allo stralcio dell'obiettivo	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
12.2.1	Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale	Ricognizione da parte degli Enti dell'organizzazione e attuale svolgimento delle attività così come esistente e elaborazione ed attuazione di ipotesi riorganizzative dello svolgimento delle attività che partendo dall'articolata strutturazione aziendale, e di quella dei altri presidi ospedalieri regionali, utilizzino appieno la potenzialità di costruzione di percorsi operativi distinti per la riduzione del rischio conseguente alla gestione pandemica, e ciò non solo all'interno di ogni presidio ospedaliero, ma anche per mezzo di una gestione adeguata della rete aziendale e di quella regionale	Presentazione alla Direzione Centrale Salute e a ARCS entro il 30/4/2021 da parte degli Enti di relazione su ipotesi riorganizzativa dello svolgimento delle attività per il raggiungimento degli obiettivi di miglioramento indicati, anche con esposizione dello stato ex ante al 31/01/2021 Target modificato con DGR 1683 del 8/11/2021	30/04/2021	Il documento è stato inviato alla DCS e all'ARCS con nota prot. 2617 dd 15/3/2021	Obiettivo RAGGIUNTO
12.2.1	Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale	Ricognizione da parte degli Enti dell'organizzazione e attuale svolgimento delle attività così come esistente e elaborazione ed attuazione di ipotesi riorganizzative dello svolgimento delle attività che partendo dall'articolata strutturazione aziendale, e di quella dei altri presidi ospedalieri regionali, utilizzino appieno la potenzialità di costruzione di percorsi operativi distinti per la riduzione del rischio conseguente alla gestione pandemica, e ciò non solo all'interno di ogni presidio ospedaliero, ma anche per	Attuazione entro il 30/6/2021 della riorganizzazione presentata nella relazione finalizzata a significativo aumento delle prestazioni erogate con valorizzazione dell'utilizzo integrato della rete aziendale e di quella regionale. Target modificato con DGR 1683 del 8/11/2021	30/06/2021	Lo stato di attuazione della riorganizzazione è stato inviato contestualmente all'aggiornamento 2022 con nota prot. 3558/ dd 31/3/2022. Per quanto riguarda il livello regionale è stata data attuazione di quanto previsto dal documento garantendo la gestione dei casi covid pediatrici provenienti dalle altre aziende regionali e dei casi ostetrico-ginecologici provenienti da PO di Gorizia e Monfalcone (tabelle). Per quanto riguarda il livello aziendale si è proceduto alla identificazione di un punto unico aziendale per la gestione delle liste di attesa e la programmazione dei ricoveri chirurgici dei pazienti pediatrici, gestito da responsabile dell'Incarico Organizzativo "percorso chirurgico" di nuova istituzione. Dalla relazione conclusiva dell'obiettivo e dalla nota prot. 3721 del 15/04/2021 si evince che il BURLO ha riorganizzato la propria attività al fine di ridurre il rischio conseguente alla gestione pandemica	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
		mezzo di una gestione adeguata della rete aziendale e di quella regionale				
12.2.1	Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale	Ricognizione da parte degli Enti delle modalità di pianificazione operativa, tipologia di funzionamento giornaliero (a blocchi, dedicato a singola unità operativa, ovvero integrato e trasversale), orario giornaliero e settimanale, ore e giorni, di funzionamento e disponibilità delle sale operatorie, con predisposizione e implementazione di riorganizzazione funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo.	Presentazione alla Direzione Centrale Salute e a ARCS entro il 30/4/2021 da parte degli Enti di relazione su ipotesi riorganizzativa funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo, anche con esposizione dello stato ex ante al 31/01/2021; Target modificato con DGR 1683 del 8/11/2021	30/04/2021	Il documento è stato inviato alla DCS e all'ARCS con nota prot. 2617 dd 15/3/2021	Obiettivo RAGGIUNTO
12.2.1	Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale	Ricognizione da parte degli Enti delle modalità di pianificazione operativa, tipologia di funzionamento giornaliero (a blocchi, dedicato a singola unità operativa, ovvero integrato e trasversale), orario giornaliero e settimanale, ore e giorni, di funzionamento e disponibilità delle sale operatorie, con predisposizione e implementazione di riorganizzazione funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo.	Attuazione entro il 30/6/2021 della riorganizzazione funzionale e dell'ampliamento di tempo di utilizzo delle sale operatorie.Target modificato con DGR 1683 del 8/11/2021	30/06/2021	Le azioni previste dal documento di riorganizzazione delle sale operatorie sono state attuate:- Il documento "Liste d'attesa, programmazione e registri degli interventi chirurgici" è stato applicato:- È stata effettuata una periodica analisi della saturazione delle sale operatorie- È stato creato un "catalogo" interventi (già formalmente trasmesso a DCS con nota prot. n. 3558/2022)- E' stata creata un'agenda di "pazienti in riserva" per ciascuna specialità, alla quale si è periodicamente attinto in caso di sospensione o rinuncia dei pazienti programmati.Dalle relazioni conclusive del Burlo si evince che le riorganizzazioni previste sono state realizzate	Obiettivo RAGGIUNTO
12.2.1	Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale	Ricognizione da parte degli Enti delle modalità di utilizzo delle apparecchiature diagnostiche finalizzata all'aumento dei tempi di utilizzo - in termini di funzionamento orario giornaliero e settimanale, ore e giorni - sia per la diretta erogazione ai pazienti di prestazioni ambulatoriali, sia a servizio delle attività interne dei presidi ospedalieri, e implementazione della riorganizzazione delle apparecchiature diagnostiche e ampliamento del tempo di utilizzo	Presentazione alla Direzione Centrale Salute e a ARCS entro il 30/4/2021 da parte degli Enti di relazione su ipotesi riorganizzativa funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo, anche con esposizione dello stato ex ante al 31/01/2021; Target modificato con DGR 1683 del 8/11/2021	30/04/2021	Il documento è stato inviato alla DCS e all'ARCS con nota prot. 2617 dd 15/3/2021	Obiettivo RAGGIUNTO
12.2.1	Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale	Ricognizione da parte degli Enti delle modalità di utilizzo delle apparecchiature diagnostiche finalizzata all'aumento dei tempi di utilizzo - in termini di funzionamento orario giornaliero e settimanale, ore e giorni - sia per la diretta erogazione ai	Attuazione entro il 30/6/2021 della riorganizzazione funzionale e dell'ampliamento di tempo di utilizzo e prestazioni erogate delle apparecchiature diagnostiche.Target modificato con DGR 1683 del 8/11/2021	30/06/2021	La riorganizzazione funzionale e dell'ampliamento del tempo di utilizzo delle apparecchiature diagnostiche a portato ad un incremento del numero di RNM eseguite tra il 2020 ed il 2021 pari al 28% (RNM 2020= 879 vs RNM 2021=1.127). Dalle relazioni conclusive del Burlo si evince che le riorganizzazioni previste sono state realizzate	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
		pazienti di prestazioni ambulatoriali, sia a servizio delle attività interne dei presidi ospedalieri, e implementazione della riorganizzazione delle apparecchiature diagnostiche e ampliamento del tempo di utilizzo				
12.2.1	Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale	Attività di predisposizione, organizzazione, coordinamento e partecipazione finalizzata alla tenuta di riunioni tra ARCS, Direzione Centrale Salute e Enti di monitoraggio condiviso, coordinamento e informative delle azioni di cambiamento organizzativo programmate e di gestione e miglioramento dell'attività di erogazione delle prestazioni	ARCS avvia l'attività, con prima riunione da tenersi, con frequenza quindicinale, a partire dal 30/4/2021. Target modificato con DGR 1683 del 8/11/2021	ogni 15 gg da 30/4/2021	L'IRCCS partecipa regolarmente agli incontri previsti	Obiettivo RAGGIUNTO
12.2.2.4	Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni sanitarie indifferibili	Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni sanitarie indifferibili	gli enti devono, in particolare, garantire - almeno nella misura del novanta per cento del totale per la tipologia di prestazione - nei tempi di attesa previsti l'erogazione delle seguenti prestazioni:- attività ambulatoriale per prestazioni garantite dal SSN - prestazioni specialistiche afferenti alle classi di priorità come definite dal PNGLA 2019-2021 di cui all'Intesa Stato-Regioni 21.02.2019:• U (Urgente): da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;• B (Breve), da eseguire entro 10 giorni;	31/12/2021		Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO (si rimanda al paragrafo "Tempi di Attesa" del presente documento)
12.2.2.4	Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni sanitarie indifferibili	Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni sanitarie indifferibili	Gli enti devono, in particolare, garantire - almeno nella misura del novanta per cento del totale per la tipologia di prestazione - nei tempi di attesa previsti l'erogazione delle seguenti prestazioni:- attività di ricovero per prestazioni garantite dal SSN:• ricoveri in regime di urgenza;• ricoveri elettivi oncologici;• ricoveri elettivi non oncologici con classe di priorità A (come definita dal PNGLA 2019-2021 di cui all'Intesa Stato-Regioni 21.02.2019).	31/12/2021		Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO (si rimanda al paragrafo "Tempi di Attesa" del presente documento)
14.2.10	Gestione fondi statali COVID-19	Gestione fondi statali COVID-19	Le Aziende dovranno sin d'ora provvedere alla raccolta della documentazione necessaria alla	31/12/2021		Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
			rendicontazione delle spese sostenute per la gestione dell'emergenza.			

ISTITUTO DI RICERCA E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO CENTRO DI RIFERIMENTO ONCOLOGICO (CRO)

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
1	Covid	Rendicontazione costi COVID-19	Adottare i criteri di rilevazione indicati dalla Regione e da ARCS e rendicontazione dei COSTI sostenuti nei tempi e con le modalità che verranno indicate	31/12/2021	Sono stati adottati i criteri di rilevazione e in sede di rendicontazione trimestrale è stata eseguita un'analisi puntuale. E' proseguita la creazione e alimentazione dei centri di costo COVID. In occasione dei rendiconti infrannuali, gli Enti del SSR hanno censito e stimato i costi attribuiti alla gestione COVID mediante la compilazione di una sezione separata degli schemi di conto economico e delle tabelle di monitoraggio sull'utilizzo dei finanziamenti statali 2020 e 2021, per specifica finalità di utilizzo come da normativa di assegnazione. E' stata data inoltre evidenza dei costi sostenuti per la gestione della campagna vaccinale COVID 2021. In sede di bilancio consuntivo è stato compilato il modello ministeriale CECOVID 2021 e le relative tabelle di monitoraggio sull'utilizzo dei finanziamenti statali 2020 e 2021 e sugli accantonamenti effettuati.	Obiettivo RAGGIUNTO
2.2	Screening cervice	Screening cervice uterina	Applicazione protocollo per la gestione clinica del secondo livello dello screening cervicale redatto dal CRO e adottato da tutte le Aziende nel corso del 2020	31/12/2021	In attesa di modificazione del sistema di archiviazione dati specifico per attivare il nuovo protocollo, da parte della Regione. L'applicazione del protocollo richiede l'adeguamento della cartella colposcopica in G2, che non è ancora stato attuato da INSIEL (attività coordinata a livello regionale).	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
2.2	Screening mammella	Screening mammella	Rispetto dei requisiti check-list DCS	31/12/2021	Non di pertinenza dell'Ente	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
2.2	Screening mammella	Screening mammella	Collaborazione con ARCS e con la ditta aggiudicataria dell'appalto nei sopralluoghi di controllo delle sedi di attività	31/12/2021	Non di pertinenza dell'Ente	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
2.2	Screening mammella	Screening mammella Tutte le aziende che svolgono attività di 2° livello per lo screening mammografico	100% degli esami di approfondimento diagnostico è eseguito dai radiologi formati	31/12/2021	100% di esami di approfondimento diagnostico è eseguito dai radiologi formati	Obiettivo RAGGIUNTO
2.2	Screening mammella	Screening mammella Formazione dei radiologi da inserire nel pool dei radiologi di screening	Formazione del numero di radiologi identificati da ARCS (anche su richiesta delle Aziende) secondo il percorso formativo identificato a livello regionale	31/12/2021	In data 28.12.2021 è stato inviato ad ARCS il nominativo del radiologo da formare	Obiettivo RAGGIUNTO
2.2	Screening mammella	Screening mammografico Tutte le aziende con unità senologica	% dei casi con tempi di attesa per approfondimenti di secondo livello <= 20 gg da esito positivo della mammografia di primo livello >= 70% tenuto conto dell'estensione dello screening alle donne 45-49 Risultato	31/12/2021	52,6% (dato ARCS - Periodo di riferimento: anno 2021) Come già precisato in sede di rendicontazione trimestrale, la gestione degli appuntamenti di 2° livello è garantita dalla segreteria di screening dell'azienda territoriale.	Obiettivo NON RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
			atteso modificato per tutte le Aziende del SSR con DGR 1683 del 8/11/2021			
2.2	Screening mammella	Screening mammografico Tutte le aziende con unità senologica	Percentuale di casi di secondo livello chiusi correttamente > = 95%	31/12/2021	100% (come calcolato dalle segreterie dello screening)	Obiettivo RAGGIUNTO
2.2	Screening mammella	Screening mammografico Tutte le aziende con unità senologica	- % dei casi con tempo tra test di screening e intervento inferiore o uguale 60gg>= 95%	31/12/2021	52,9% (dato ARCS - Periodo di riferimento: anno 2021). Il dato è migliore rispetto al valore regionale del 18,5%	Obiettivo NON RAGGIUNTO
2.2	Screening mammella	Screening mammografico Tutte le aziende con unità senologica	Tempo medio giorni tra data indicazione clinica (data esito positivo Il liv) e intervento chirurgico <= 30 gg considerando escluse le donne che ritardano l'intervento perché eseguono la chemioterapia neoadiuvante. Risultato atteso modificato per tutte le Aziende del SSR con DGR 1683 del 8/11/2021	31/12/2021	14,2 media gg attesa (dato ARCS - Periodo di riferimento: anno 2021)	Obiettivo RAGGIUNTO
2.2	Screening mammella	Screening mammografico Tutte le aziende con unità senologica	Percentuale di early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso"/totale dei casi chiusi dall'unità senologica inferiore al 10%	31/12/2021	6,5% (dato ARCS - Periodo di riferimento: anno 2021)	Obiettivo RAGGIUNTO
2.2	Screening colon retto	Screening colon retto 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%	31/12/2021	98,5% (dato ARCS - Periodo di riferimento: anno 2021)	Obiettivo RAGGIUNTO
2.2	Screening colon retto	Screening colon retto Garantire l'offerta della colonscopia di approfondimento di secondo livello entro 30 giorni dalla positività del FOBT di screening	Percentuale dei casi con tempi tra fobt e colonscopia (% entro 30gg)>=95%	31/12/2021	81,65% (dato ARCS - Periodo di riferimento: anno 2021) Il risultato risulta superiore al dato regionale	Obiettivo NON RAGGIUNTO
2.7	Promozione salute luoghi di lavoro	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	31/12/2021	Il controllo dell'immunizzazione e vaccinazione per le malattie prevenibili con vaccino è inserito nei protocolli di sorveglianza sanitaria per gli operatori sottoposti a visita durante il corso dell'anno 2021	Obiettivo RAGGIUNTO
2.11	Malattie infettive prioritarie	Malattie infettive prioritarie Piano Pan Flu (Piano Pandemico)	Messa a disposizione di almeno un referente aziendale per la stesura del Piano pandemico Pan Flu regionale	31/12/2021	Con nota prot. 7064/S del 23.04.2021 è stato trasmesso in DCS il nominativo del referente aziendale	Obiettivo RAGGIUNTO
3.7	Rete cure palliative e	Terapia del dolore- Tempi di attesa- Reperibilità algologica- Appropriatezza	Sono rispettati i tempi di attesa per la prima visita algologica almeno nel 75%	31/12/2021	Il dato complessivo evidenzia:- 82,5% priorità B- 100% priorità D- 100% priorità P	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
	terapia del dolore	prescrittiva- Piattaforme di telemedicina/teleassistenza-Integrazione con la medicina generale	dei casi per ogni classe di priorità, in caso di richiesta appropriata, salvo eventuali correttivi dovuti all'emergenza COVID 2019			
3.7	Rete cure palliative e terapia del dolore	Terapia del dolore- Tempi di attesa- Reperibilità algologica- Appropriatezza prescrittiva- Piattaforme di telemedicina/teleassistenza-Integrazione con la medicina generale	Le aziende individuano un referente che partecipa ai lavori del gruppo regionale per:-Implementare un modello per la reperibilità algologica h24, aziendale (per le Aziende sede di centro Hub algologico) o Regionale;-Implementare e, messa in utilizzo (almeno in via sperimentale), di un modello di valutazione dell'appropriatezza prescrittiva per prima visita algologica	31/12/2021	Il referente aziendale ha coordinato i lavori del gruppo regionale	Obiettivo RAGGIUNTO
3.7	Rete cure palliative e terapia del dolore	Terapia del dolore- Tempi di attesa- Reperibilità algologica- Appropriatezza prescrittiva- Piattaforme di telemedicina/teleassistenza-Integrazione con la medicina generale	Utilizzo, per le prestazioni autorizzate (es. "controllo algologico"), delle piattaforme di telemedicina acquisite nel 2020 - almeno il 5% delle prestazioni eleggibili	31/12/2021	Sono state eseguite n. 639 prestazioni di "controllo terapia del dolore (cod. 89.01.1)", di cui 39 effettuate tramite tele visita (5,75%)	Obiettivo RAGGIUNTO
3.7	Rete cure palliative e terapia del dolore	Terapia del dolore- Tempi di attesa- Reperibilità algologica- Appropriatezza prescrittiva- Piattaforme di telemedicina/teleassistenza-Integrazione con la medicina generale	Vi è evidenza d'integrazione tra i servizi di terapia antalgica ospedalieri e la medicina generale	31/12/2021	È stata garantita l'attività di visite domiciliari di terapia antalgica, su richiesta dei MMG. Tali attività sono state rendicontate ad ASFO	Obiettivo RAGGIUNTO
6.1	Assistenza ospedaliera	Indicatori attività ospedaliera: Ripristino dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa ai livelli registrati nell'anno 2019	Volumi specifici per prestazioni monitorate per i tempi d'attesa>=volumi registrati nell'anno 2019 (Fonte: SIASA) – vengono escluse le prestazioni che nel 2019 hanno registrato un volume < 20. Qualora il volume non sia raggiunto l'Azienda deve garantire il rispetto dei tempi di attesa della specifica prestazione in almeno il 90% dei casi (valutazione effettuata nel 4° trimestre)	31/12/2021		Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO (si rimanda al paragrafo "Tempi di Attesa" del presente documento)
6.1	Assistenza ospedaliera	Indicatori attività ospedaliera: Ripristino dei volumi relativi agli interventi chirurgici oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa ai livelli registrati nell'anno 2019	Volumi specifici per interventi chirurgici monitorati per i tempi d'attesa>=volumi registrati nell'anno 2019 (Fonte: SDO) – vengono escluse gli interventi di protesi d'anca, colecistectomia laparoscopica, riparazione ernia inguinale emorroidectomia. Qualora il volume non sia raggiunto l'Azienda deve garantire il rispetto dei tempi di attesa della specifica prestazione in almeno il 90%	31/12/2021		Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO (si rimanda al paragrafo "Tempi di Attesa" del presente documento)

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
			dei casi (valutazione effettuata nel 4° trimestre).			
6.3	Trapianto e donazione	Migliorare la comunicazione con i cittadini	Inserimento nella pagina web di ciascuna Azienda delle informazioni per facilitare gli assistiti in merito a: Deposizione Dichiarazioni di volontà alla donazione; Donazione di sangue ed emoderivati; Donazione Cellule Staminali; Donazione di organi; Donazione di tessuti	31/12/2021	Non vi è evidenza nel sito dell'Istituto delle informazioni previste	Obiettivo NON RAGGIUNTO
6.5	Governo clinico e reti di patologia	Costituzione nuclei funzionali	Evidenza della costituzione dei nuclei funzionali aziendali e comunicazione ad ARCS della loro composizione entro il 30 aprile	30/04/2021	Con nota prot. 8750 del 19.05.2021 è stato trasmesso ad ARCS l'elenco dei componenti individuati	Obiettivo RAGGIUNTO
6.5	Governo clinico e reti di patologia	Partecipazione dei componenti dei nuclei funzionali alla formazione organizzata da ARCS	Partecipazione ai moduli formativi organizzati da ARCS	31/12/2021	I componenti individuati hanno partecipato all'evento formativo "il Modello per la gestione delle Reti Cliniche Regionali" del 21.09.2021	Obiettivo RAGGIUNTO
6.6	Rischio clinico e rete cure sicure	Mantenimento delle indicazioni e delle raccomandazioni ministeriali, misurazione e verifica della loro adozione	Partecipazione alla survey regionale attraverso l'inserimento dei dati nel database fornito da Agenas	31/12/2021	È stato identificato il referente aziendale ed è stata garantita la partecipazione alla survey regionale	Obiettivo RAGGIUNTO
6.6	Rischio clinico e rete cure sicure	Effettuazione del monitoraggio degli indicatori semestrali	Evidenza dell'effettuazione del monitoraggio degli indicatori semestrali	semestrale	Sono state trasmesse le evidenze richieste alla direzione centrale salute	Obiettivo RAGGIUNTO
6.6	Rischio clinico e rete cure sicure	Identificazione di almeno una buona pratica per la Call for Good Practice (Agenas)	Registrazione di almeno una buona pratica nel database fornito da Agenas	31/12/2021	Non è stata inserita buona pratica in quanto il tema della call riguardava specificamente l'informatizzazione della documentazione clinica	Obiettivo RAGGIUNTO
6.6	Rischio clinico e rete cure sicure	Garanzia di trasparenza come indicato dalla Legge 24/2017	Presenza sul sito web aziendale dei dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio e dei dati condivisi con il tavolo regionale dei RM	31/12/2021	I dati sono presenti per il quinquennio 2016-2020 https://www.cro.it/export/sites/cro/it/amministrazione-trasparente/allegati/23_altri_contenuti/Sinistri/Tabella-consuntivo-2020-Sinistri.pdf	Obiettivo RAGGIUNTO
6.6	Rischio clinico e rete cure sicure	Valutazione degli ambiti di potenziale miglioramento dei programmi di gestione del rischio clinico	Evidenza della compilazione dello strumento CARMINA	31/12/2021	Lo strumento è stato compilato	Obiettivo RAGGIUNTO
6.6	Rischio clinico e rete cure sicure	Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva degli antibiotici	Diffusione e condivisione dei report regionali sul consumo di antibiotici e sulle resistenze batteriche nelle unità operative ospedaliere, nei distretti e nelle AFT	31/12/2021	Il report è stato distribuito	Obiettivo RAGGIUNTO
6.6	Rischio clinico e rete cure sicure	Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza	Effettuazione degli studi di prevalenza negli ospedali per acuti (protocollo PPS)	31/12/2021	Sono stati effettuati gli studi di prevalenza negli ospedali per acuti	Obiettivo RAGGIUNTO
6.6	Rischio clinico e rete cure sicure	Sensibilizzazione dei cittadini e degli operatori sanitari sul tema della violenza a danno degli operatori	Avvio del programma come previsto dal tavolo regionale dei RM	31/12/2021	Sono stati programmati ed erogati n. 3 corsi sul tema dal titolo "Il Rischio Aggressioni sul Luogo di Lavoro". In collaborazione con le P.O. e i coordinatori,	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
					sono stati affissi in luoghi strategici (es. triage, sale d'attesa ecc.) i poster forniti dalla Regione contro la violenza sugli operatori sanitari	
6.6	Rischio clinico e rete cure sicure	Superamento della contenzione come previsto dalla D.G.R. n. 1904/2016	Avvio del gruppo di lavoro e pianificazione della formazione specifica sul tema	31/12/2021	Sono stati identificati e comunicati ad ARCS i referenti aziendali ed è stata garantita la partecipazione da parte del personale del CRO al tavolo regionale	Obiettivo RAGGIUNTO
6.9	Sangue ed emocomponenti	Sicurezza	Implementazione prescrizione trasfusionale informatizzata in almeno 90% dei reparti (EMOWARD)	31/12/2021	Inviata richiesta formale ad Insiel-Nonostante non vi sia stato un riscontro diretto di Insiel si è provveduto a preparare un Change control per implementare La richiesta trasfusionale informatizzata a San Vito Spilimbergo e al CRO coinvolgendo i Sistemi informatici di ASFO.La proposta del referente regionale è di stralcio dell'obiettivo in quanto il progetto è stato posticipato al 2022 con inserimento della richiesta informatizzata nel Presidio ospedaliero di San Vito Spilimbergo e all' IRCCS CRO di Aviano	Obiettivo NON VALUTABILE(STRALCIO)
6.9	Sangue ed emocomponenti	Sicurezza	Relazione sulla fattibilità di utilizzo di 'sistemi barriera' per la trasfusione al letto del paziente	31/12/2021	E' stata predisposta la relazione sulla fattibilità.	Obiettivo RAGGIUNTO
6.9	Sangue ed emocomponenti	Governo clinico	Linee guida condivise regionali sulla trasfusione.Costituzione gruppo lavoro	31/12/2021	L'obiettivo è stato riproposto nel 2022 dalle linee annuali per la gestione del SSR	Obiettivo NON VALUTABILE(STRALCIO)
6.10	Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH	Le aziende sviluppano programmi dedicati al benessere degli operatori	Gli enti aderenti alla rete regionale, nell'ambito del gruppo regionale benessere sul posto di Lavoro HPH partecipano alla formazione di ARCS dedicata all'attivazione dei Team multiprofessionali	31/12/2021	I professionisti aziendali individuati dal CRO sono 4, di cui 3 hanno partecipato alla formazione di ARCS (nota prot. 0028138/P/GEN/ARCS del 21-07-2021). 3 partecipanti ad Evento formativo ECM ARCS N°21001 "Aver cura di chi ci cura" _10 moduli per un totale di 40 ore, dal 10 febbraio al 16 giugno,2 formati e autorizzati con nota Prot. 93428 d.d.15/10/2021 a far parte dei Team Multiprofessionali	Obiettivo RAGGIUNTO
6.10	Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH	Le aziende sviluppano programmi dedicati al benessere degli operatori	Gli enti aderenti alla rete regionale, nell'ambito del gruppo aziendale benessere sul posto di Lavoro HPH organizzano un evento formativo per la diffusione del progetto "Aver cura di chi ci ha curato" con la diffusione dei materiali informativi e dei risultati ottenuti nella fase sperimentale sulla base di un format concordato dal gruppo regionale (entro giugno)	30/06/2021	Nel primo trimestre è stato chiesto di posticipare la realizzazione dell'evento al II semestre per cambio di direzione aziendale.L'evento formativo è stato realizzato in data 28 ottobre per la presentazione del progetto "Aver cura di chi ci ha curato", al fine di coinvolgere i presenti e condividere gli intenti dell'istituto. Evento formativo organizzato in modo regolare e con la partecipazione di ARCS ma slittato al 28 ottobre a causa di cambiamenti nella Direzione Strategica	Obiettivo RAGGIUNTO
6.10	Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH	Le aziende sviluppano programmi dedicati al benessere degli operatori	Gli enti aderenti alla rete regionale, nell'ambito del gruppo aziendale benessere sul posto di Lavoro HPH pianificano la trasferibilità del prototipo regionale descritto e messo in atto nella fase sperimentale dal progetto "Aver cura di chi ci ha curato", per la proposta operativa di attivazione nelle aziende in rete (entro il primo semestre)	30/06/2021	Nel primo trimestre è stato chiesto di posticipare la realizzazione dell'evento al II semestre per cambio di direzione aziendale. Il personale dedicato al Progetto, ha partecipato al Corso di Formazione promosso da ARCS e terminato in giugno 2021. L'avvio dell'attività volta alla trasferibilità del prototipo regionale descritto prevede l'acquisto di strumenti la cui procedura si è completata solo nel 2022Tale obiettivo riguarda la pianificazione per predisporre l'avvio dell'attività. Si ritiene efficace la strategia attivata anche se è stata realizzata nel secondo semestre a causa del cambio di Direzione. Il cambio di Direzione ha d'altra parte accolto subito con favore il percorso in atto e ha consentito la messa in atto degli step necessari all'avvio dei Team, che partecipano assiduamente ad ogni occasione di aggiornamento.	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
6.10	Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH	Le aziende sviluppano programmi dedicati al benessere degli operatori	Nel secondo semestre, gli enti aderenti alla rete regionale attivano i team multiprofessionali previsti nel protocollo di collaborazione per il monitoraggio della resilienza e del lifestyle nella strategia del progetto "Aver cura di chi ci ha curato"	31/12/2021	È attivo in Istituto il team multidisciplinare	Obiettivo RAGGIUNTO
6.10	Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH	Le Aziende promuovono corretti stili di vita dei pazienti che accedono ai servizi	Gli enti aderenti alla rete regionale, nell'ambito del gruppo regionale Patient Engagement HPH, elaborano uno studio di fattibilità per l'avvio di Team multiprofessionali per la promozione della salute dei pazienti	31/12/2021	Il referente aziendale ha partecipato agli incontri previsti del gruppo regionale per l'elaborazione dello studio di fattibilità da attuare nel 2022. La fattibilità fa riferimento ai pazienti che accedono per la prima volta al CRO. Il target sarà oggetto di rivalutazione nell'anno 2023.	Obiettivo RAGGIUNTO
6.10	Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH	Le Aziende promuovono corretti stili di vita dei pazienti che accedono ai servizi	Gli enti aderenti alla rete regionale elaborano un format per la valutazione dei bisogni di promozione della salute da inserire nella documentazione sanitaria (a cura dei gruppi aziendali per il Patient Engagement - clinical health promotion)	31/12/2021	L'Istituto al fine di una valutazione dei bisogni di salute e la promozione di corretti stili di vita dei pazienti oncologici, ha considerato ed inserito l'integrazione di item specifici nel referto di visita (G2). Format condiviso nella riunione regionale del 20 dicembre 2021(disponibile su richiesta).	Obiettivo RAGGIUNTO
6.10	Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH	Le Aziende promuovono corretti stili di vita dei pazienti che accedono ai servizi	Gli enti aderenti alla rete regionale promuovono il programma per l'astensione del fumo nel periodo perioperatorio.	31/12/2021	L'Istituto ha inserito un'integrazione di item specifici nel referto di visita (G2)	Obiettivo RAGGIUNTO
6.10	Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH	Le Aziende sviluppano un piano di comunicazione per la diffusione degli obiettivi HPH al loro interno	Link della pagina di ARCS e avvio di sezione dedicata nel sito aziendale con aggiornamento su referenti e progetti collegati alle linee di gestione	31/12/2021	È stata strutturata una sezione dedicata nel sito aziendale	Obiettivo RAGGIUNTO
6.11	Accreditamento	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.	31/12/2021	È stata garantita la partecipazione a tutti gli audit richiesti dalla regione	Obiettivo RAGGIUNTO
6.11	Accreditamento	Partecipazione attiva al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti	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.	31/12/2021	I nominativi sono stati comunicati ad ARCS	Obiettivo RAGGIUNTO
6.11	Accreditamento	Garanzia del funzionamento dell'OTA FVG	Gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti, componenti dell'OTA	31/12/2021	È stata garantita la partecipazione agli incontri dell'OTA da parte del referente aziendale	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
			regionale, di svolgere le funzioni previste dalla DGR 2220/2015 e dal Decreto n. 1899/2017			
7.1	Tetti spesa farmaceutica	Tetto per la spesa farmaceutica per acquisti diretti (farmaceutica ospedaliera, diretta e DPC) = 7,85 % del FSR, comprensiva della spesa per acquisto diretto gas medicinali - ATC V03AN -, che ha a sua volta l'ulteriore specifico limite massimo di spesa pari allo 0,2%. Tetto per la spesa farmaceutica convenzionata = 7,00 % del FSR. Nello specifico i vincoli di spesa fissati a livello regionale per il 2021 sono riepilogati nel capitolo dedicato alle risorse finanziarie	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.	31/12/2021	Il dato è monitorato dalla DCS. (I tetti sono valutati dall'AIFA a livello regionale e non per singola azienda): Farmaceutica convenzionata: 6,18 Raggiunto; Farmaceutica diretta: 10,68 Non raggiunto; Gas medicinali: 0,122 Raggiunto.(Fonte Monitoraggio AIFA della Spesa Farmaceutica Nazionale e Regionale Gennaio - Dicembre 2021 del 28.4.2022)	Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO
7.1	Tetti spesa farmaceutica	Tetto per la spesa farmaceutica per acquisti diretti(farmaceutica ospedaliera, diretta e DPC) = 7,85 % del FSR, comprensiva della spesa per acquisto diretto gas medicinali - ATC V03AN -, che ha a sua volta l'ulteriore specifico limite massimo di spesa pari allo 0,2%. Tetto per la spesa farmaceutica convenzionata = 7,00 % del FSR. Nello specifico i vincoli di spesa fissati a livello regionale per il 2021 sono riepilogati nel capitolo dedicato alle risorse finanziarie	Rispetto dei vincoli regionali: monitoraggio mensile indicatori linee di gestione a cura della DCS.	31/12/2021	Complessivamente la spesa farmaceutica ospedaliera CRO anno 2021 ha registrato una riduzione sia in valore assoluto (€ - 479.815) che in termini percentuali (-2,3%) più significativa rispetto alla variazione registrata a livello regionale (+ 3,5%).primo vincolo: riduzione del 3% della spesa farmaceutica ospedaliera (esclusi farmaci oncologici ed emato-oncologici)+ 10% diretta anno 2020: la quota di spesa riferita a questo vincolo rappresenta per il CRO solo il 9,71% della spesa complessiva di farmaci. Il report di monitoraggio regionale evidenzia un aumento del 3,4% (+ € 130.578) rispetto al valore 2020. Tale incremento è attribuito quasi esclusivamente alla distribuzione diretta regionale (+ € 117.121) per effetto dell'aumento delle terapie oncologiche orali e del trasferimento da marzo 2020 dell'attività di terapia oncologica dalla sede di Pordenone a quella del CRO (con aumento di costi del 10% della diretta pari a circa + € 50.000). Il costo della parte ospedaliera (+ € 13.457 rispetto al 2020) è aumentato per effetto del trasferimento al CRO della funzione della medicina nucleare di Pordenone a partire dal mese di aprile (+ € 108.173). Alla luce di queste considerazioni si può affermare che il costo del 2021 è stato più contenuto di quello sostenuto nel 2020.secondo vincolo: contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera (farmaci oncologici ed emato-oncologici) al valore 2020: si tratta di una categoria di farmaci che a livello internazionale è caratterizzata da un aumento dei costi. Nel 2021 la spesa del CRO è diminuita del 2,1% (- € 383.717) soprattutto per effetto di brevetti scaduti, dello sviluppo crescente di farmaci antitumorali orali e di una contrazione dell'attività a seguito dell'emergenza sanitaria. Rispettati 1/2 vincoli regionali Farmaceutica ospedaliera + 10% diretta standard -3%: Non Raggiunto (valore aziendale +3,4% - +3,4% netto cdc COVID) L'attività della diretta è ormai consolidata rispetto al 2020. Anche scorporando la quota oncologica e la quota della medicina nucleare non si rispetta il vincolo fissato. Farmaceutica ospedaliera oncologici: mantenimento valore 2020 - valore aziendale - 2,1%; Raggiunto	Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO
7.2	Contenimento spesa	Le Aziende invieranno un report di sintesi semestrale e annuale alla DCS	Invio alla DCS da parte delle Aziende di due report di sintesi sull'attività del	30/09/2021	In data 27.09.2021 è stata trasmessa alla DCS con nota prot. 15828 la relazione del primo semestre relativa al contenimento della spesa farmaceutica e	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
	farmaceutica e appropriatezza prescrittiva	con evidenza dei monitoraggi effettuati, delle iniziative di audit e feedback adottate, delle azioni più significative intraprese e degli esiti conseguiti nel corso del primo semestre e dell'intero anno 2021 (ad esempio per oncologici, immunologici, farmaci per l'epatite C, terapie intra-vitreali, equivalenti, IPP, nota AIFA 96 e nuova nota 97, EBPM ecc.).	primo semestre, entro 30/09/2021 e sull'attività annuale entro il 15/04/2022, da cui si evincano: Obiettivi assegnati, monitoraggi effettuati, azioni intraprese ed esiti: - in ambito ospedaliero relativi a setting ad alto impatto di spesa; - in ambito territoriale (distrettuale, ambulatoriale, MMG) al fine di favorire l'appropriatezza; Modalità di valutazione: Report inviati nei termini: sì/no (peso 40%) Report congruenti in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 60%)		appropriatezza prescrittiva. Valutazione appropriatezza farmaci antitumorali, farmaci a registro AIFA, off-label, farmaci HIV ed Emoderivati. Relazione inviata e congruente con gli obiettivi assegnati	
7.2	Contenimento spesa farmaceutica e appropriatezza prescrittiva	Le Aziende invieranno un report di sintesi semestrale e annuale alla DCS con evidenza dei monitoraggi effettuati, delle iniziative di audit e feedback adottate, delle azioni più significative intraprese e degli esiti conseguiti nel corso del primo semestre e dell'intero anno 2021 (ad esempio per oncologici, immunologici, farmaci per l'epatite C, terapie intra-vitreali, equivalenti, IPP, nota AIFA 96 e nuova nota 97, EBPM ecc.).	Invio alla DCS da parte delle Aziende di due report di sintesi sull'attività del primo semestre, entro 30/09/2021 e sull'attività annuale entro il 15/04/2022, da cui si evincano: Obiettivi assegnati, monitoraggi effettuati, azioni intraprese ed esiti: - in ambito ospedaliero relativi a setting ad alto impatto di spesa; - in ambito territoriale (distrettuale, ambulatoriale, MMG) al fine di favorire l'appropriatezza; Modalità di valutazione: Report inviati nei termini: sì/no (peso 40%) Report congruenti in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 60%)	15/04/2022	In data 21.03.2022 è stata trasmessa alla DCS con nota prot. 5358 la relazione del secondo semestre relativa al contenimento della spesa farmaceutica e appropriatezza prescrittiva. Valutazione appropriatezza farmaci antitumorali, farmaci a registro AIFA, off-label, farmaci HIV ed Emoderivati. Relazione inviata e congruente con gli obiettivi assegnati	Obiettivo RAGGIUNTO
7.4	Contenimento spesa farmaceutica - Biosimilari	Nell'ambito delle categorie di medicinali di cui è disponibile l'alternativa biosimile, gli Enti favoriscono l'impiego delle specialità che garantiscono l'efficienza del SSR	Invio alla DCS di un report di sintesi entro il 15/04/2022 descrittivo delle attività svolte, dei percorsi attivati con i prescrittori e delle ricadute per il SSR, specificatamente per gli ambiti dell'assistenza ospedaliera e territoriale (diretta, DPC e convenzionata). I dati di spesa e di consumo, rilevati secondo lo schema predisposto dalla DCS, integreranno i report. Modalità di valutazione: Report congruenti in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 60%) Relazioni inviate nei termini: sì/no (peso 40%)	15/04/2022	In data 21.03.2022 è stata trasmessa alla DCS con nota prot. 5353, la relazione relativa all'utilizzo di farmaci per cui esiste in commercio un corrispettivo definito Biosimilare. Report e schema inviati e congruenti con gli obiettivi assegnati. L'Istituto ha monitorato le attività svolte	Obiettivo RAGGIUNTO
7.7	distribuzione diretta (DD) e	In coerenza con le modalità organizzative conseguenti alla	Invio alla DCS di una relazione sull'attività del primo semestre, entro	30/09/2021	In data 27.09.2021 è stata trasmessa alla DCS con nota prot. 15827, la relazione del primo semestre relativa al contenimento della spesa farmaceutica,	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
	distribuzione per conto (DPC) dei medicinali	situazione pandemica da Covid19, le Aziende garantiscono azioni che nell'ambito della distribuzione diretta e della DPC dei medicinali possano assicurare l'ottimizzazione dei percorsi assistenziali e le migliori ricadute economiche sul SSR	30/09/2021 e di una relazione sull'attività annuale entro il 15/04/2022 da cui si evincano le azioni, gli esiti ed i monitoraggi svolti nell'ambito della DPC e della distribuzione diretta, integrati da tabelle di sintesi (come da schema della DCS) Modalità di valutazione: Relazioni congruenti in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 60%) Relazioni inviate nei termini: sì/no (peso 40%)		distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto dei medicinali (DPC).Relazioni congruenti con l'obiettivo. Descrivono gli interventi e gli esiti conseguiti. Relazione inviata entro i termini	
7.7	distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali	In coerenza con le modalità organizzative conseguenti alla situazione pandemica da Covid19, le Aziende garantiscono azioni che nell'ambito della distribuzione diretta e della DPC dei medicinali possano assicurare l'ottimizzazione dei percorsi assistenziali e le migliori ricadute economiche sul SSR	Invio alla DCS di una relazione sull'attività del primo semestre, entro 30/09/2021 e di una relazione sull'attività annuale entro il 15/04/2022 da cui si evincano le azioni, gli esiti ed i monitoraggi svolti nell'ambito della DPC e della distribuzione diretta, integrati da tabelle di sintesi (come da schema della DCS) Modalità di valutazione: Relazioni congruenti in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 60%) Relazioni inviate nei termini: sì/no (peso 40%)	15/04/2022	In data 21.03.2022 è stata trasmessa alla DCS con nota prot. 5349, la relazione relativa al contenimento della spesa farmaceutica, distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto dei medicinali (DPC). Relazioni congruenti con l'obiettivo. Descrivono gli interventi e gli esiti conseguiti. Relazione inviata entro i termini	Obiettivo RAGGIUNTO
7.9	Informatizzazioni e delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	REGISTRI AIFA E RECUPERO RIMBORSI Per la prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA viene 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 garantirne l'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.	Assicurare la registrazione dei pazienti e l'inserimento di tutti i dati richiesti, con particolare riferimento ai pazienti extra regione trattati con medicinali innovativi e oncologici innovativi, per consentire il rimborso dei costi sostenuti attraverso il meccanismo della fatturazione diretta.Modalità di valutazione:Evidenza dei monitoraggi/percorsi aziendali per la gestione delle eventuali criticità in tutti gli Enti del SSR: sì/no	31/12/2021	La gestione dei dati del registro AIFA segue la procedura interna all'Istituto. Durante l'anno sono stati monitorati i farmaci innovativi ed extra-regionali predisponendo dei report con gli elementi utili per la successiva fatturazione che avverrà nel 2022	Obiettivo RAGGIUNTO
7.9	Informatizzazioni e delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	REGISTRI AIFA E RECUPERO RIMBORSI Per la prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA viene 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 garantirne	Assicurare l'invio delle Richieste di Rimborso secondo le modalità definite da AIFA per tutti i farmaci con accordo MEA, anche attraverso la nuova piattaforma gestione rimborsi.Modalità di valutazione:Riscontro agli approfondimenti/richieste di verifica relative ai registri AIFA/procedure di	31/12/2021	In Istituto è attiva una procedura di gestione del registro farmaci oncologici sottoposti a monitoraggio. Complessivamente nell'anno 2021 sono state inserite 8.509 richieste di farmaco e sono stati monitorati 1.164 trattamenti. Complessivamente sono state inviate richieste di rimborso per n. 173 trattamenti clinici conclusi seguendo le modalità definite da AIFA.	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
		l'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.	rimborso, inviate nei termini indicati: sì/no			
7.9	Informatizzazioni e delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	REGISTRI AIFA E RECUPERO RIMBORSIPer la prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA viene 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 garantirne l'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.	Monitoraggi/controlli periodici effettuati, nell'ambito dei percorsi aziendali in essere, per la risoluzione di eventuali criticità legate al mancato/ritardato inserimento dei pazienti in piattaforma (inserimento del 100% dei casi ai fini della rimborsabilità).	periodici	I monitoraggi sono sempre stati applicati e soggetti a monitoraggio; inoltre a novembre 2021 è stato avviato un ulteriore percorso di interazione tra i medici oncologi prescrittori di farmaci soggetti a registro e la Farmacia al fine di ottimizzare i monitoraggi e ottimizzare i tempi di risoluzione delle criticità legate a ritardi nella registrazione stessa. L'inserimento dei casi è comunque il 100%; eventuali ritardi nei rimborsi sono in prevalenza dovuti ai titolari farmaceutici dei rispettivi AIC (aziende farmaceutiche debentrici).	Obiettivo RAGGIUNTO
7.9	Informatizzazioni e delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	CARTELLA ONCOLOGICA INFORMATIZZATA 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. Modalità di valutazione: Una rilevazione (DCS) del grado di completezza al 31.12.2021.	31/12/2021	Oncologia CRO: 97,6% Oncologia San Vito e Spilimbergo: 92% Media CRO: 95%	Obiettivo RAGGIUNTO
7.9	Informatizzazioni e delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	PRESCRIZIONI PERSONALIZZATE PSM ITER ELETTRONICO Per tutte le Aziende, la copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM dovrà essere garantita per il 95%, con riferimento ai medicinali erogati in distribuzione diretta nominale mediante lo stesso applicativo, anche al fine di consentire un puntuale monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e la promozione dei medicinali acquisiti centralmente da ARCS. Le Aziende assicureranno azioni di sensibilizzazione su quelle strutture/reparti per i quali si rileva un modesto utilizzo dell'iter elettronico, al fine di ridurre l'erogazione derivante da	% delle prescrizioni di medicinali erogati in distribuzione diretta nominale effettuate con il sistema PSM - iter elettronico $\geq 95\%$. La DCS invierà periodicamente agli Enti del SSR un report relativo alle prescrizioni indotte con iter cartaceo verso altre Aziende /IRCCS, per le successive azioni di sensibilizzazione. Modalità di valutazione: Target rilevati dalla DCS. - $\geq 95\%$: obiettivo raggiunto - % tra 85% e 95%: obiettivo parzialmente raggiunto - % < 85%: obiettivo non raggiunto	31/12/2021	99,80%	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
		prescrizioni cartacee indotte verso altre aziende.				
7.9	Informatizzazioni e delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	PRESCRIZIONE INFORMATIZZATA DEI PIANI TERAPEUTICI 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 70% 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). Nel favorire l'implementazione di tale sistema informatizzato sarà inoltre assicurato il controllo dei piani terapeutici ed il rispetto delle note limitative AIFA.	- % di ricorso alla prescrizione informatizzata tramite applicativo PSM-PT per tutti i pazienti: > 70%- Burlo: % PT informatizzati per medicinali soggetti a nota AIFA 39 o 74 o altre indicazioni pediatriche > 70% rispetto al totale dei PT redatti dall'IRCCS. Modalità di valutazione: Target rilevati dalla DCS. Per le modalità di calcolo dell'indicatore si rimanda alla DGR n. 1912/2018- % PT informatizzati per tutti i pazienti > 70% raggiunto- % PT informatizzati per tutti i pazienti tra 65-70% parzialmente raggiunto- % PT informatizzati per tutti i pazienti < 65% non raggiunto Per gli IRCCS (non avendo come parametro di riferimento i residenti) la % di PT informatizzati (> 70%) è calcolata rispetto al totale dei Piani terapeutici redatti dalla struttura (distinti in informatizzati + cartacei) e comunicato formalmente alla DCS entro il 15/04/2022. Per il Burlo la valutazione riguarderà i medicinali indicati.	31/12/2021	La % di PT informatizzati è calcolata considerando il numero di PT informatizzati rispetto al totale dei Piani Terapeutici redatti dalla struttura (informatizzati + cartacei). Per l'anno 2021: non gestiti più piani cartacei, la % di PT informatizzati è 100%.	Obiettivo RAGGIUNTO
7.9	Informatizzazioni e delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	FLUSSI INFORMATIVI FARMACEUTICI Inserimento dei dati, 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 SSSR (mancati invii, prezzi medi, revocati, ecc), con particolare riferimento ai disallineamenti derivanti da un possibile mancato invio. Va assicurata, per il corretto calcolo del rispetto dei tetti di spesa, l'integrale copertura della fase 3 su fase 2 (100% della spesa negli ambiti previsti) per quanto riguarda la distribuzione diretta, nonché l'inserimento a sistema del codice targatura (> 99% confezioni) in fase di erogazione diretta dei medicinali	Verifiche dei dati entro il 10 di ogni mese: Integrale copertura fase 3/fase 2 (> 99,5% della spesa negli ambiti previsti). Modalità di valutazione: Target rilevati dalla DCS- copertura fase 3/fase 2: % > 99,5%: raggiunto % tra 99% e 99,5%: parzialmente raggiunto % < 99%: non raggiunto	mensile	Copertura fase 3/fase 2: 100% (Fonte BO estrazione 7.7.2022)	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
		(applicativo PSM).Le Aziende assicurano un controllo periodico sulla coerenza dei centri di Costo (ospedaliera e diretta), con particolare riferimento alla corretta implementazione dei centri di costo correlati all'emergenza COVID-19. 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.				
7.9	Informatizzazioni e delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	FLUSSI INFORMATIVI FARMACEUTICAInserimento dei dati, 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 un possibile mancato invio. Va assicurata, per il corretto calcolo del rispetto dei tetti di spesa, l'integrale copertura della fase 3 su fase 2 (100% della spesa negli ambiti previsti) per quanto riguarda la distribuzione diretta, nonché l'inserimento a sistema del codice targatura (> 99% confezioni) in fase di erogazione diretta dei medicinali (applicativo PSM).Le Aziende assicurano un controllo periodico sulla coerenza dei centri di Costo (ospedaliera e diretta), con particolare riferimento alla corretta implementazione dei centri di costo correlati all'emergenza COVID-19. 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.	Verifiche dei dati entro il 10 di ogni mese:Inserimento codice targatura in fase di erogazione diretta dei medicinali (> 99%).Target rilevati dalla DCSTargatura- % confezioni diretta PSM > 99%: raggiunto-% confezioni diretta PSM da 97% a 99%: parzialmente raggiunto- % confezioni diretta PSM < 97%: non raggiunto	mensile	Inserimento targatura in fase di erogazione diretta dei medicinali, usando applicativo PSM: 99,97% (Fonte BO estrazione 7.7.2022)	Obiettivo RAGGIUNTO
7.9	Informatizzazioni e delle prescrizioni,	FLUSSI INFORMATIVI FARMACEUTICAInserimento dei dati, verifiche e controlli di congruenza dei flussi informativi verso le	Inserimento dei dati, verifiche e controlli di congruenza dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese	mensile	Inserimento dei dati, verifiche e controlli di congruenza dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali secondo tempi indicati	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
	flussi informativi farmaceutica	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 un possibile mancato invio. Va assicurata, per il corretto calcolo del rispetto dei tetti di spesa, l'integrale copertura della fase 3 su fase 2 (100% della spesa negli ambiti previsti) per quanto riguarda la distribuzione diretta, nonché l'inserimento a sistema del codice targatura (> 99% confezioni) in fase di erogazione diretta dei medicinali (applicativo PSM).Le Aziende assicurano un controllo periodico sulla coerenza dei centri di Costo (ospedaliera e diretta), con particolare riferimento alla corretta implementazione dei centri di costo correlati all'emergenza COVID-19. 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.				
7.9	Informatizzazioni e delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	FLUSSI INFORMATIVI FARMACEUTICA Inserimento dei dati, 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 un possibile mancato invio. Va assicurata, per il corretto calcolo del rispetto dei tetti di spesa, l'integrale copertura della fase 3 su fase 2 (100% della spesa negli ambiti previsti) per quanto riguarda la distribuzione diretta, nonché l'inserimento a sistema del codice targatura (> 99% confezioni) in fase di erogazione diretta dei medicinali (applicativo PSM).Le Aziende assicurano	Riscontro entro 15 giorni agli eventuali approfondimenti richiesti o segnalazioni inviate.	entro 15 gg ricevimento	Non essendo state trasmesse richieste di approfondimento o segnalazioni da riscontrare, si procede allo stralcio dell'obiettivo	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
		un controllo periodico sulla coerenza dei centri di Costo (ospedaliera e diretta), con particolare riferimento alla corretta implementazione dei centri di costo correlati all'emergenza COVID-19. 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.				
7.10	Farmacovigilanza	Gli Enti del SSR assicurano le attività di Farmacovigilanza nel rispetto della normativa vigente secondo quanto previsto dalle procedure operative AIFA per i CRFV e i RLFV	Mantenimento della % di segnalazione on-line $\geq 90\%$ in linea con le indicazioni AIFA e tenuto conto dell'avvio a fine 2021/inizio 2022 della nuova piattaforma di segnalazione collegata alla RNF Modalità di valutazione: % segnalazioni online/segналazioni totali $\geq 90\%$.	31/12/2021	La totalità delle segnalazioni pervenute alla SSD Farmacia CRO è gestita in modalità elettronica (online). La nuova piattaforma RNF non è ancora stata avviata. % di segnalazione on-line aggiornata al 31.12.2021: 100,0	Obiettivo RAGGIUNTO
7.10	Farmacovigilanza	Gli Enti assicurano l'inserimento delle segnalazioni di sospette reazioni avverse relative a medicinali utilizzati nella terapia del COVID-19 (compresi i nuovi vaccini) o nei pazienti con COVID-19 (qualsiasi medicinale), secondo le indicazioni fornite da AIFA. Il CRFV fornirà eventuale supporto ai RLFV al fine di migliorare la qualità del dato inserito.	Inserimento delle segnalazioni di sospetta ADR relative a medicinali utilizzati nella terapia COVID-19 o nel paziente COVID-19 secondo i parametri e con le codifiche indicate da AIFA (comunicati 4 maggio e 27 novembre 2020). Modalità di valutazione: Andamento periodico (su base semestrale) delle segnalazioni di ADR relative a medicinali utilizzati nella terapia del COVID-19 o nei pazienti con COVID-19, effettuato dal CRFV. % codifica inserimento corretta/ totale segnalazioni inserite $\geq 80\%$. Riscontri a richieste del CRFV su qualità del dato: sì/no	31/12/2021	Non risultano identificabili medicinali utilizzati al CRO per terapia di pazienti con COVID-19. Le ADRs conseguenti a vaccinazione COVID pervenute alla Farmacia sono codificate secondo quanto previsto da AIFA, codifica MEdDra e RNF	Obiettivo RAGGIUNTO
8.1	Sistema informativo di gestione della formazione	Contribuire alla analisi del processo organizzativo per una adeguata configurazione del sistema di tutte le aziende, assieme all'azienda pilota già avviata nell'anno 2020	Tutte le aziende partecipano, con propri operatori, alle attività svolte per l'attivazione del sistema e forniscono contributi per ottimizzare l'attivazione nel proprio ambito. Si richiede la presenza del 90% delle convocazioni	31/12/2021	È sempre stata garantita la partecipazione agli incontri e alle attività richieste (presenza superiore al 90%)	Obiettivo RAGGIUNTO
8.1	Sistema informativo di gestione della formazione	Completare l'attivazione del sistema nelle aziende in accordo con le indicazioni di DCS partecipando alla messa a punto del sistema ed organizzando turni del personale per	Completare l'attivazione del sistema presso tutte le altre aziende entro il 31/12/2021	31/12/2021	Il personale è stato formato sia in aula che sul campo ed è stato messo a punto sia il trasferimento dei dati da GFOR che l'attivazione di TOM	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
		favorire la formazione in aula e sul campo				
8.3	Sistema informativo gestione economica finanziaria e economato	Contribuire alla analisi del processo organizzativo per una adeguata configurazione del sistema	Partecipazione al 90% delle riunioni convocate	31/12/2021	L'Istituto ha garantito la partecipazione tramite i referenti aziendali delle varie aree agli incontri	Obiettivo RAGGIUNTO
8.3	Sistema informativo gestione economica finanziaria e economato	Siti pilota: collaborare in termini di test del sistema, opportunamente integrato con i sistemi satelliti	Sistema funzionante nelle aziende pilota (verbale collaudo) entro il 30/06/2021	30/06/2021	Il CRO non è stato individuato come azienda pilota, pertanto si procede allo stralcio dell'obiettivo	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
8.3	Sistema informativo gestione economica finanziaria e economato	Avviamento in tutte le aziende del SSR secondo un cronoprogramma definito dalla ditta aggiudicatrice della gara tenendo conto delle peculiarità delle aziende e con una attenzione alla formazione in aula e sul campo	Sistema funzionante in tutte le aziende (verbale collaudo) entro il 31/12/2021	31/12/2021	Cronoprogramma obiettivo differito al 2022. Si procede allo stralcio dell'obiettivo	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
8.4	Telemedicina	Censimento delle soluzioni di telemedicina presenti attualmente in azienda con indicazione delle integrazioni già operative con i sistemi aziendali e quelle ritenute importanti da realizzare.	Fornire l'elenco delle soluzioni di telemedicina presenti con indicazioni delle integrazioni entro il 31/03/2021	31/03/2021	Con nota prot. n. 5710 del 31.03.2021 è stato comunicato in Regione che non vi sono soluzioni in Istituto.	Obiettivo RAGGIUNTO
8.4	Telemedicina	Stesura piano regionale di attivazione delle soluzioni di telemedicina nelle varie aziende tenendo conto delle esperienze già maturate e dell'analisi e valutazione dei processi dei post- acuti.	Partecipazione alla stesura del piano regionale di attivazione e avviamento e messa a punto delle soluzioni di telemedicina individuate per l'azienda.	31/12/2021	Pervenuta nota da DCS prot. 2021-5600 dd30-03-2021 a cui si è dato riscontro entro i termini indicati, con nota DG prot. 6449 del 14-04-2021	Obiettivo RAGGIUNTO
8.5	Ricetta e piano terapeutico dematerializzato	Ricette dematerializzate specialistica farmaceutica e medici specialisti	90% sul totale delle ricette entro il 31/12/2021	31/12/2021	Dai dati resi disponibili da insiel nel cruscotto Visual Analytics "DEM prescritto farmaceutica" e DEM prescritto specialistica" l'obiettivo risulta raggiunto	Obiettivo RAGGIUNTO
8.5	Ricetta e piano terapeutico dematerializzato	Ricette dematerializzate non SSR	Media del 50 % sui mesi in cui è attiva la ricetta non SSR dematerializzata entro il 31/12/2021	31/12/2021	Attesa la disponibilità del sistema dal 2022, l'obiettivo viene stralciato	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
8.5	Ricetta e piano terapeutico dematerializzato	Piani terapeutici dematerializzati	Media del 50 % sui mesi in cui è attiva la firma digitale del piano terapeutico dematerializzato	31/12/2021	Servizi ancora non disponibili, si stralcia l'obiettivo	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
8.6	Linee guida integrazione Asset	Censimento dei sistemi informatici delle aziende del SSR da integrare con gli asset regionali.	Predisporre un documento secondo le linee guida regionali entro il 31/10/2021	31/10/2021	Per non disponibilità Linee guida regionali, si procede allo stralcio dell'obiettivo	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
8.7	Piattaforma di integrazione	Contribuire alla analisi del processo organizzativo per una adeguata configurazione della piattaforma (definizione processi, PDTA)	Tutte le aziende partecipano, con propri operatori, alle attività svolte per l'analisi dei processi e forniscono contributi per ottimizzare l'attivazione del PDTA. Si richiede la presenza del 90% delle convocazioni	31/12/2021	Sono stati convocati due incontri, il primo in data coincidente con giornata festiva per patrono località Aviano, il secondo è stato annullato.	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
8.9	Censimento apparecchiature	Censimento di tutte le apparecchiature (pc, mobile, stampanti ecc.) dove saranno attivati i sistemi del personale, della contabilità e dei distretti. Per i pc nel censimento va indicata la versione del Sistema Operativo. Sono da riportare anche nuove esigenze indotte dall'introduzione dei nuovi sistemi.	Elenco apparecchiature entro il 31/5/2021	31/05/2021	Il nuovo sistema del personale è stato avviato nel mese di aprile 2021. Le postazioni che utilizzano il sistema possiedono i requisiti tecnici per l'utilizzo dello stesso. Non sono emerse ulteriori esigenze correlate all'avvio del sistema.	Obiettivo RAGGIUNTO
8.9	Censimento apparecchiature	Censimento di tutto il parco apparecchiature (pc, mobile, stampanti ecc.) con indicazioni di nuove esigenze.	Elenco apparecchiature entro il 31/5/2021	31/05/2021	In data 28.05.2021 è stato comunicato l'aggiornamento degli elenchi apparecchiature da cui ne è emerso un fabbisogno di pc da sostituire	Obiettivo RAGGIUNTO
8.9	Censimento apparecchiature	Indicazioni delle apparecchiature di rete da sostituire con indicazioni delle caratteristiche (doppio alimentatore, ecc.)	Elenco apparecchiature entro il 31/12/2021	31/12/2021	In data 28.12.2021 è stato trasmesso l'elenco degli apparati di rete	Obiettivo RAGGIUNTO
8.10	Privacy in Sanità	Convocazione incontri trimestrali (4 all'anno)	Partecipazione ad almeno 3 incontri su 4 programmati con condivisione e attestazione del verbale predisposto dal segretario.	31/12/2021	Il referente aziendale privacy ha partecipato a tutti gli incontri organizzati	Obiettivo RAGGIUNTO
8.11	PACS	Referto multimediale	Il dispiegamento della soluzione sperimentata sarà completato in tutti i servizi di radiologia delle Aziende regionali entro 6 mesi dalla sostituzione del refertatore vocale	entro 6 mesi sostituzione refertatore vocale	L'Istituto si è attivato come segue: refertatore vocale in fase di sostituzione con l'avvio del referto multimediale e avviato referto multimediale Radiologia, a seguire la parte senologica. Dopo il BURLO si è avviata l'attivazione del referto multimediale anche al CRO, ma l'attivazione non è stata completata, tuttavia non rientrava tra le condizioni di minima da raggiungere.	obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO
8.11	PACS	Refertatore vocale	Sostituzione, presso tutte le radiologie della regione, dell'attuale refertatore, ormai obsoleto e non più rispondente ai requisiti di sicurezza informatica.INSIEL presenta la soluzione tecnologica individuata entro il 28.02.2021 e concorderà entro il 31.03.2021 con la DCS, che si avvarrà del supporto di ARCS, il cronoprogramma delle sostituzioni con l'obiettivo di completarle entro giugno 2021.Le Aziende si attivano per agevolare il passaggio al nuovo refertatore secondo le date concordate.	30/06/2021	Refertatore vocale in fase di sostituzione con l'avvio del referto multimediale. La proposta del referente regionale è di stralcio dell'obiettivo in quanto la gara indetta da INSIEL per l'acquisizione del nuovo refertatore vocale non è stata portata a termine.	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
8.11	PACS	Visibilità interaziendale di referti diagnostici e delle relative immagini per i pazienti in cura	Completamento della messa a punto delle integrazioni e configurazione del fascicolo sanitario "operatore" entro 31.03.2021	31/03/2021	L'obiettivo previsto non è di pertinenza del CRO in quanto trattasi di un'attività a carico di Insiel con il coordinamento e supervisione di ARCS	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
8.11	PACS	Visibilità interaziendale di referti diagnostici e delle relative immagini per i pazienti in cura	Avvio utilizzo del fascicolo sanitario operatore in tutte le aziende entro 30.09.2021.	30/09/2021	ARCS ha comunicato con mail del 29.03.2022 l'avvio dell'utilizzo del fascicolo sanitario operatore. La funzione di visualizzazione immagini è stata attivata per il FSE Operatore entro settembre 2021.	obiettivo RAGGIUNTO
8.11	PACS	Adeguamento piattaforma di refertazione radiologica al D. Lgs.101/2020	DCS nomina entro febbraio 2021 e, con l'eventuale supporto di ARCS, coordina un gruppo di lavoro con i referenti tecnici di INSIEL e con i referenti aziendali in materia di radioprotezione e di radiologia. Il gruppo di lavoro entro giugno 2021 individua le necessarie modifiche della piattaforma di refertazione radiologica per poter ottemperare a D. Lgs. 101/2020 e propone entro settembre 2021 un cronoprogramma di attività di sviluppo e implementazione.	30/09/2021	Il CRO partecipa con un rappresentante della SOC di Fisica Sanitaria alle attività del gruppo di lavoro coordinato a livello regionale	obiettivo RAGGIUNTO
9.2	Applicativo SIASI e trattamento dei dati	Assicurare la corretta e tempestiva codifica dei reparti e dei relativi posti letto nel sistema SIASI	Tutti i reparti e le sezioni che registrano movimenti di ricovero devono avere il corretto codice disciplina associato e un numero di posti letto assegnati	31/12/2021	Nel corso del 2021 non ci sono state modifiche nel sistema SIASI	obiettivo RAGGIUNTO
9.5	Acquisto di beni e regolare gestione delle evidenze contabili dei magazzini	Verifica delle modalità di gestione amministrativa e contabile da parte degli enti dei beni acquistati ai fini di una corretta e regolare rappresentazione contabile dei costi di esercizio e del valore delle rimanenze di magazzino secondo il principio della competenza economica e eventuale adozione delle misure correttive necessarie a garantire tale corretta e regolare rappresentazione contabile	ARCS predispone e trasmette alla Direzione salute entro il 30/6/2021 una relazione in cui, in merito a procedure e modalità amministrative e di contabilizzazione seguite dagli enti del SSR nella gestione dei beni acquistati in rapporto agli obblighi di regolare tenuta delle scritture contabili per una corretta e regolare rappresentazione contabile dei costi di esercizio e del valore delle rimanenze di magazzino nel rispetto del principio della competenza economica:- si evidenzia lo stato esistente in ciascun ente;- si verifica e valuta la funzionalità e conformità delle procedure esistenti in rapporto agli obblighi di adeguata e regolare rappresentazione contabile;- si comunicano le eventuali misure correttive necessarie da adottarsi negli enti per garantire il rispetto degli obblighi di adeguata e regolare rappresentazione contabile,	30/06/2021	L'Ufficio Ragioneria ha partecipato alla videoconferenza organizzata da ARCS in data 15/6. Durante l'incontro è stato condiviso il contributo informativo che le singole aziende hanno dovuto rendere ad ARCS entro il 22/6. Il CRO ha inviato ad ARCS il contributo richiesto in data 22/6/2021 con prot.10712.	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
			evidenziando contenuti, modalità e tempistica prevista per il processo di adeguamento correttivo.			
9.6	Gestione del patrimonio tecnologico biomedicale	Ricognizione straordinaria del patrimonio tecnologico biomedicale	Ciascun ente conclude entro il 31.10.2021 la ricognizione straordinaria del patrimonio tecnologico biomedicale.	31/10/2021	Con determina n. 281 del 23/08/2021 è stata aggiudicata all'ATI formata da ALTHEA ITALIA SPA e NOVA IMPIANTI S.r.l. la ricognizione straordinaria delle tecnologie biomediche. La ricognizione è iniziata nel mese di settembre ed è stata svolta esclusivamente sulle apparecchiature biomedicali e da laboratorio. Le attività si sono concluse entro il 30/11/2021. La ricognizione straordinaria del patrimonio tecnologico biomedicale e della riconciliazione con le viste inventariali è stata affidata ad una ditta esterna che certifica la conclusione della rilevazione con specifiche note trasmesse alle aziende in data 03.11.2021 specificando che ci sarebbero stati ulteriori passaggi all'interno delle strutture ospedaliere finalizzati a migliorare gli esiti della ricognizione già effettuata	Obiettivo RAGGIUNTO
9.6	Gestione del patrimonio tecnologico biomedicale	Aggiornamento dello stato patrimoniale	Entro i termini di chiusura del bilancio 2021 ciascun ente aggiorna la base dati inventariale e il relativo libro cespiti in base agli esiti della ricognizione straordinaria del patrimonio tecnologico biomedicale.	31/12/2021	È stata approvata la delibera n. 208 del 28/04/2022 avente oggetto "ricognizione straordinaria beni mobili dismissione e aggiornamento inventario"	Obiettivo RAGGIUNTO
11.5.2	Programmazione e della formazione	Programmazione della formazione	Predisposizione e trasmissione alla DCS del Piano della formazione entro il 31 marzo 2021	31/03/2021	Con nota prot. 3725 del 02.03.2021 è stato trasmesso in DCS il Piano Formativo 2021. la valutazione si basa sulla dichiarazione aziendale e sulla verifica del decreto di adozione n. 70 del 26/02/2021.	Obiettivo RAGGIUNTO
11.5.2	Programmazione e della formazione	Programmazione della formazione	Eventuale aggiornamento del piano entro 30 gg dalla pubblicazione del PRF	entro 30 gg PRF	Con nota prot. 12365 del 22.07.2021 è stato trasmesso il Piano Formativo 2021 aggiornato dopo il recepimento del Piano Formativo Regionale	Obiettivo RAGGIUNTO
11.5.2	Programmazione e della formazione	Programmazione della formazione	Redazione ed invio della Relazione annuale sulle attività formative 2020 entro il 31/5/2021	31/05/2021	Con nota prot. 8414 del 12.05.2021 è stata trasmessa in DCS la relazione sulle attività formative anno 2020 svolte dal provider CRO	Obiettivo RAGGIUNTO
12.1	Atti aziendali	proposta di collocazione funzioni e attività (art. 54 LR 22/2019)	Gli enti del Servizio sanitario regionale trasmettono all'Azienda regionale di coordinamento per la salute e alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità la proposta collocazione, ai sensi dell'art. 54, c. 1, della l.r. n. 22/2019, delle funzioni e attività per l'organizzazione dell'assistenza distrettuale, per l'assistenza alla persona con dipendenze e con disturbi mentali, per la prevenzione collettiva e sanità pubblica, per l'assistenza ospedaliera.	31/03/2021	Con nota prot. 5683 del 31.03.2021 è stata trasmessa la proposta di collocazione, ai sensi dell'art.54, c.1, della L.R. n.22/2019, delle funzioni e attività per l'organizzazione dell'assistenza presso il CRO	Obiettivo RAGGIUNTO
12.1	Atti aziendali	proposta atto aziendale (art. 54 LR 22/2019)	Gli enti del Servizio sanitario regionale, nel rispetto delle deliberazioni della Giunta regionale di cui all'art. 54, c. 1, della l.r. n. 22/2019 da adottarsi entro il	27/09/2021	La proposta preliminare di atto aziendale è stata inviata in ARCS con nota prot. 15866/P del 27.09.2021. In considerazione delle DGR 1446 del 24/9/2021 e DGR 1965 del 23/12/2021 aventi come oggetto la definizione delle attività e	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
			31 luglio 2021, trasmettono alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità e all'Azienda regionale di coordinamento per la salute la proposta di atto aziendale recante la disciplina di organizzazione e di funzionamento di cui all'art. 54, c. 4, della l.r. n. 22/2019 e compatibile con la cornice finanziaria propria di ciascun ente Target modificato con DGR 1683 del 8/11/2021		delle funzioni dei livelli essenziali del servizio sanitario regionale, si procede allo stralcio dell'obiettivo	
12.2.1	Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale	Ricognizione da parte degli Enti dell'organizzazione e attuale svolgimento delle attività così come esistente e elaborazione ed attuazione di ipotesi riorganizzative dello svolgimento delle attività che partendo dall'articolata strutturazione aziendale, e di quella dei altri presidi ospedalieri regionali, utilizzino appieno la potenzialità di costruzione di percorsi operativi distinti per la riduzione del rischio conseguente alla gestione pandemica, e ciò non solo all'interno di ogni presidio ospedaliero, ma anche per mezzo di una gestione adeguata della rete aziendale e di quella regionale	Presentazione alla Direzione Centrale Salute e a ARCS entro il 30/4/2021 da parte degli Enti di relazione su ipotesi riorganizzativa dello svolgimento delle attività per il raggiungimento degli obiettivi di miglioramento indicati, anche con esposizione dello stato ex ante al 31/01/2021 Target modificato con DGR 1683 del 8/11/2021	30/04/2021	Con nota prot. 4641 del 15.03.2021 sono stati trasmessi: - i percorsi operativi per la riduzione del rischio conseguente alla gestione pandemica;- ipotesi riorganizzativa del tempo di utilizzo delle sale operatorie; - ipotesi riorganizzativa funzionale e dell'ampliamento del tempo di utilizzo delle apparecchiature diagnostiche	Obiettivo RAGGIUNTO
12.2.1	Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale	Ricognizione da parte degli Enti dell'organizzazione e attuale svolgimento delle attività così come esistente e elaborazione ed attuazione di ipotesi riorganizzative dello svolgimento delle attività che partendo dall'articolata strutturazione aziendale, e di quella dei altri presidi ospedalieri regionali, utilizzino appieno la potenzialità di costruzione di percorsi operativi distinti per la riduzione del rischio conseguente alla gestione pandemica, e ciò non solo all'interno di ogni presidio ospedaliero, ma anche per mezzo di una gestione adeguata della rete aziendale e di quella regionale	Attuazione entro il 30/6/2021 della riorganizzazione presentata nella relazione finalizzata a significativo aumento delle prestazioni erogate con valorizzazione dell'utilizzo integrato della rete aziendale e di quella regionale. Target modificato con DGR 1683 del 8/11/2021	30/06/2021	In coerenza con lo status di ospedale covid free e con la disponibilità manifestata a collaborare alla presa in carico di pazienti oncologici di altre Aziende si è provveduto all'accoglimento in Terapia intensiva di pazienti di ASFO con esiti da post-covid (pari all'occupazione di 1 posto letto) e all'accoglimento di pazienti chirurgici (vedi infra su obiettivo sale). Pur in assenza di una rendicontazione specifica entro la scadenza prevista, dalle relazione conclusiva dell'obiettivo si evince che le aziende hanno riorganizzato la propria attività al fine di ridurre il rischio conseguente alla gestione pandemica	Obiettivo RAGGIUNTO
12.2.1	Attività degli Enti: azioni di miglioramento	Ricognizione da parte degli Enti delle modalità di pianificazione operativa, tipologia di funzionamento giornaliero	Presentazione alla Direzione Centrale Salute e a ARCS entro il 30/4/2021 da parte degli Enti di relazione su ipotesi	30/04/2021	Con nota prot. 4641 del 15.03.2021 sono stati trasmessi: - i percorsi operativi per la riduzione del rischio conseguente alla gestione pandemica;- ipotesi riorganizzativa del tempo di utilizzo delle sale operatorie; - ipotesi riorganizzativa	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
	delle attività, monitoraggio e governo regionale	(a blocchi, dedicato a singola unità operativa, ovvero integrato e trasversale), orario giornaliero e settimanale, ore e giorni, di funzionamento e disponibilità delle sale operatorie, con predisposizione e implementazione di riorganizzazione funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo.	riorganizzativa funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo, anche con esposizione dello stato ex ante al 31/01/2021; Target modificato con DGR 1683 del 8/11/2021		funzionale e dell'ampliamento del tempo di utilizzo delle apparecchiature diagnostiche	
12.2.1	Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale	Ricognizione da parte degli Enti delle modalità di pianificazione operativa, tipologia di funzionamento giornaliero (a blocchi, dedicato a singola unità operativa, ovvero integrato e trasversale), orario giornaliero e settimanale, ore e giorni, di funzionamento e disponibilità delle sale operatorie, con predisposizione e implementazione di riorganizzazione funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo.	Attuazione entro il 15/04/2021 30/6/2021 della riorganizzazione funzionale e dell'ampliamento di tempo di utilizzo delle sale operatorie. Target modificato con DGR 1683 del 8/11/2021	30/06/2021	Nel corso del 2021 sono state attuate le azioni di miglioramento per l'efficiamento dell'utilizzo delle sale operatorie, così come previsto nel documento, tramite la declinazione di obiettivi nelle strutture operative di chirurgia e anestesia, finalizzati a monitorare i tempi di inizio del primo intervento, la qualificazione della base dati del registro di sala operatoria, gli audit interni per la valutazione dei setting assistenziali e alla revisione del regolamento aziendale di sala. Nel documento di ricognizione trasmesso in data 15 marzo, oltre alle azioni di miglioramento di cui al punto precedente, erano stati ipotizzati, in coerenza con le indicazioni regionali, scenari di sviluppo dell'attività, legati all'invio di casistica in lista di attesa presso gli altri ospedali regionali non covid-free. Si era ipotizzato un prolungamento delle sedute ordinarie, mediante l'utilizzo dei vari istituti per l'incremento della produzione o di incremento della dotazione organica legato allo stato emergenziale. Ad inizio 2021, infatti, il CRO aveva manifestato alla Regione per il tramite di ARCS che ha curato la predisposizione del piano regionale di riorganizzazione dei posti letto ospedalieri e distrettuali, di cui alla nota prot ARCS 1960 dd 19.01.2021, la disponibilità in caso di necessità ad accogliere attività chirurgica programmata oncologica per decongestionare il carico operativo negli ospedali che gestiscono pazienti COVID. A partire da metà marzo, sono stati accolti alcuni pazienti di ASU FC e di AS FO, che necessitavano di interventi di chirurgia oncologica. L'attività si è conclusa dopo circa un mese, quando le Aziende regionali hanno avviato la ripresa dell'attività no covid, presso le sedi che erano state chiuse o in riduzione di attività. Pertanto nel corso del 2021, fatto salvo l'invio nel mese di marzo, il CRO ha mantenuto il proprio livello di attività garantendo gli interventi chirurgici oncologici nei tempi, operando in equilibrio tra domanda e offerta. Dalle relazioni conclusive del CRO si evince che per una parte dell'anno il CRO ha intrapreso le ipotesi riorganizzative programmate	Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO
12.2.1	Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale	Ricognizione da parte degli Enti delle modalità di utilizzo delle apparecchiature diagnostiche finalizzata all'aumento dei tempi di utilizzo - in termini di funzionamento orario giornaliero e settimanale, ore e giorni - sia per la diretta erogazione ai pazienti di prestazioni ambulatoriali, sia a servizio delle attività interne dei presidi ospedalieri, e implementazione	Presentazione alla Direzione Centrale Salute e a ARCS entro il 30/4/2021 da parte degli Enti di relazione su ipotesi riorganizzativa funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo, anche con esposizione dello stato ex ante al 31/01/2021; Target modificato con DGR 1683 del 8/11/2021	30/04/2021	Con nota prot. 4641 del 15.03.2021 sono stati trasmessi: - i percorsi operativi per la riduzione del rischio conseguente alla gestione pandemica;- ipotesi riorganizzativa del tempo di utilizzo delle sale operatorie; - ipotesi riorganizzativa funzionale e dell'ampliamento del tempo di utilizzo delle apparecchiature diagnostiche	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
		della riorganizzazione delle apparecchiature diagnostiche e ampliamento del tempo di utilizzo				
12.2.1	Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale	Ricognizione da parte degli Enti delle modalità di utilizzo delle apparecchiature diagnostiche finalizzata all'aumento dei tempi di utilizzo - in termini di funzionamento orario giornaliero e settimanale, ore e giorni - sia per la diretta erogazione ai pazienti di prestazioni ambulatoriali, sia a servizio delle attività interne dei presidi ospedalieri, e implementazione della riorganizzazione delle apparecchiature diagnostiche e ampliamento del tempo di utilizzo	Attuazione entro il 15/04/2021 30/6/2021 della riorganizzazione funzionale e dell'ampliamento di tempo di utilizzo e prestazioni erogate delle apparecchiature diagnostiche. Target modificato con DGR 1683 del 8/11/2021	30/06/2021	I vari scenari tracciati nel documento inviato il 15 marzo si sono realizzati come segue:- Nel secondo trimestre del 2021 la gestione delle liste d'attesa degli esami scintigrafici è stata ottimizzata grazie alla presenza delle apparecchiature gemelle nelle due sedi che ci ha consentito di dare una risposta più adeguata alle richieste degli oncologi, ottimizzando gli appuntamenti. Inoltre le prestazioni linfoscintigrafiche sono state garantite in tutte le giornate di apertura del servizio, ed hanno garantito gli interventi chirurgici per neoplasia mammaria e melanomi sia al CRO che all'ospedale di Pordenone.- Sono stati assegnati obiettivi di produttività in sede di budget alle strutture coinvolte, in particolare alla Radiologia è stato chiesto un mantenimento dell'attività malgrado l'importante riduzione di forza lavoro nel corso dell'anno- sono state garantite sedute straordinarie pomeridiane (2/3 indagini dopo le 15:00) e al sabato mattina per rispondere a picchi di domanda di prestazioni di PET con Gallio 68 e sedute quotidiane anche di 18 PET con FDG (versus le 15 standard) per la gestione delle urgenze.- A far data dall'approvazione della DGR contenete il piano di recupero dei tempi di attesa sono state utilizzate le risorse aggiuntive ex DL 104 per il recupero delle liste d'attesa che ha permesso di aumentare l'utilizzo delle TAC e dei mammografi. In particolare sono state erogate 587 TAC con priorità B e D, pari al 9% della totalità delle prestazioni erogate nell'anno con la stessa priorità, e 104 mammografie con priorità B e D, pari al 22% dell'erogato della medesima categoria. Questa possibilità di finanziare l'orario aggiuntivo ha permesso di gestire le assenze e l'avvicendamento di personale medico nel corso del 2021. Dalle relazioni conclusive del CRO si evince che le riorganizzazioni previste sono state realizzate	Obiettivo RAGGIUNTO
12.2.1	Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale	Attività di predisposizione, organizzazione, coordinamento e partecipazione finalizzata alla tenuta di riunioni tra ARCS, Direzione Centrale Salute e Enti di monitoraggio condiviso, coordinamento e informative delle azioni di cambiamento organizzativo programmate e di gestione e miglioramento dell'attività di erogazione delle prestazioni	ARCS avvia l'attività, con prima riunione da tenersi, con frequenza quindicinale, a partire dal 30/4/2021.Target modificato con DGR 1683 del 8/11/2021	ogni 15 gg da 30/4/2021	L'Istituto ha garantito la partecipazione alle riunioni previste	Obiettivo RAGGIUNTO
12.2.1	Trasferimento e riorganizzazione di funzioni	Trasferimento funzione Medicina Nucleare del CRO come previsto dall'Accordo Quadro sottoscritto dalle due aziende il 30/6/2016	Trasferimento della funzione di Medicina Nucleare al CRO dal 1/4/2021	01/04/2021	Con deliberazione n. 122 del 01.04.2021 è stata trasferita la funzione di medicina nucleare da ASFO al CRO	Obiettivo RAGGIUNTO
12.2.1	Trasferimento e riorganizzazione di funzioni	Completa il trasferimento della medicina trasfusionale dal CRO all'Azienda ASFO	Erogazione della funzione di Medicina trasfusionale da parte di ASFO su due poli di attività con personale ASFO	31/12/2021	È stata approvata la delibera n. 107 del 31.03.2021 avente oggetto "integrazione e completamento accordo interaziendale sul trasferimento delle funzioni e attività della medicina trasfusionale all'azienda sanitaria "Friuli Occidentale" di Pordenone. Individuazione personale del comparto e trasferimento con decorrenza 01 aprile 2021."	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
12.2.2.4	Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni sanitarie indifferibili	Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni sanitarie indifferibili	gli enti devono, in particolare, garantire - almeno nella misura del novanta per cento del totale per la tipologia di prestazione - nei tempi di attesa previsti l'erogazione delle seguenti prestazioni:- attività ambulatoriale per prestazioni garantite dal SSN - prestazioni specialistiche afferenti alle classi di priorità come definite dal PNGLA 2019-2021 di cui all'Intesa Stato-Regioni 21.02.2019:• U (Urgente): da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;• B (Breve), da eseguire entro 10 giorni;	31/12/2021	Rispetto alle priorità U, si evidenzia che il CRO non ha la funzione di Pronto soccorso ed, in generale, a fronte di un'urgenza di un paziente già noto, riesce a dare una risposta contestualmente o comunque entro le 72 ore previste. I tempi di attesa monitorati per le priorità B denotano un buon andamento nella parte iniziale dell'anno, con un raggiungimento del target nel primo trimestre. Ciò deriva anche dalle azioni di miglioramento poste in essere a fine 2020, con l'utilizzo di prestazioni aggiuntive. I dati del monitoraggio regionale nel secondo trimestre evidenziano un calo della performance, che era atteso per la maggior pressione della domanda legata all'assorbimento di attività delle Aziende che hanno ridotto l'offerta a causa del COVID. Il dato finale complessivo del 2021 vede le prenotazioni in priorità B soddisfatte nel 67% dei casi. Il dato calcolato tramite i sistemi statistici del CUPweb, però, non tiene conto delle note inserite dall'operatore di sportello che registrano la scelta del paziente di ricevere la prestazione presso il CRO anche se fuori dai tempi standard, malgrado la possibilità di ricevere la medesima prestazione presso altre Strutture regionali, pubbliche o private convenzionate. Similmente non c'è alcun automatismo per filtrare all'accesso le prenotazioni che hanno un quesito diagnostico non coerente con il mandato oncologico dell'Istituto. In generale però va evidenziato che se i tempi d'attesa complessivi annuali non sono migliorati, la produttività è notevolmente aumentata: le prestazioni B sono aumentate del 18% e le prestazioni complessive (BDP) sono aumentate dell'11% rispetto al 2020.	Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO (si rimanda al paragrafo "Tempi di Attesa" del presente documento)
12.2.2.4	Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni sanitarie indifferibili	Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni sanitarie indifferibili	Gli enti devono, in particolare, garantire - almeno nella misura del novanta per cento del totale per la tipologia di prestazione - nei tempi di attesa previsti l'erogazione delle seguenti prestazioni: - attività di ricovero per prestazioni garantite dal SSN:• ricoveri in regime di urgenza;• ricoveri elettivi oncologici;• ricoveri elettivi non oncologici con classe di priorità A (come definita dal PNGLA 2019-2021 di cui all'Intesa Stato-Regioni 21.02.2019).	31/12/2021	I tempi di attesa per gli interventi chirurgici sono in linea per le priorità A e B. Per gli interventi all'utero si rappresenta un tempo di attesa leggermente inferiore allo standard (79,59% per la priorità A e 75% per la priorità B) ma con volumi superiori al 2020 e al 2019. Inoltre si precisa che per gli interventi all'utero con priorità A, escludendo i casi che hanno sfiorato il tempo di attesa per ragioni cliniche, la percentuale è di 94,90% (la documentazione è agli atti presso la direzione CRO). Si sottolinea che per la priorità B sono stati eseguiti solo 4 interventi di cui 3 in garanzia. Complessivamente per gli interventi con priorità B, l'Istituto ha ottenuto un buon risultato in termini di rispetto dei tempi di attesa pari a 95,83% (nr. interventi in garanzia 23 su 24 totali).	Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO (si rimanda al paragrafo "Tempi di Attesa" del presente documento)
14.2.10	Gestione fondi statali COVID-19	Gestione fondi statali COVID-19	Le Aziende dovranno sin d'ora provvedere alla raccolta della documentazione necessaria alla rendicontazione delle spese sostenute per la gestione dell'emergenza.	31/12/2021	La documentazione è conservata nella raccolta degli ordinativi di pagamento. E' proseguita la creazione e alimentazione dei centri di costo COVID. In occasione dei rendiconti infrannuali, gli Enti del SSR hanno censito e stimato i costi attribuiti alla gestione COVID mediante la compilazione di una sezione separata degli schemi di conto economico e delle tabelle di monitoraggio sull'utilizzo dei finanziamenti statali 2020 e 2021, per specifica finalità di utilizzo come da normativa di assegnazione. E' stata data inoltre evidenza dei costi sostenuti per la gestione della campagna vaccinale COVID 2021. In sede di bilancio consuntivo è stato compilato il modello ministeriale CECOVID 2021 e le relative tabelle di monitoraggio sull'utilizzo dei finanziamenti statali 2020 e 2021 e sugli accantonamenti effettuati.	Obiettivo RAGGIUNTO

AZIENDA REGIONALE DI COORDINAMENTO PER LA SALUTE (ARCS)

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
1	COVID	Rendicontazione costi COVID-19	Adottare i criteri di rilevazione indicati dalla Regione e da ARCS e rendicontazione dei COSTI sostenuti nei tempi e con le modalità che verranno indicate.	31/12/2021	Elenco note di ARCS di trasmissione dati di monitoraggio e rendicontazione	Obiettivo RAGGIUNTO
2.1	Piano regionale della prevenzione 2020 -2025	Collaborare alla stesura e realizzazione dei programmi dei PRP	Individuazione dei referenti di programma, partecipazione alle attività regionali	approvazione PRP	ARCS comunica che la referente di ARCS è stata individuata ed ha partecipato a tutte le riunioni alle quali è stata convocata. La collaborazione nel corso dell'anno è anche consistita nell'elaborazione dei dati richiesti dal gruppo di lavoro e necessari alla stesura del PRP	Obiettivo RAGGIUNTO
2.2	Screening cervice uterina	ARCS: Fornisce il proprio servizio alla Direzione Centrale Salute per il mantenimento della logistica di supporto allo screening cervicale e mammografico	Gestione delle agende del primo livello dello screening mammografico e cervicale, assicurati i corretti tempi di chiamata	31/12/2021	Come esposto nella nota di ARCS n. 0018457 del 13/05/2022 si rileva l'esistenza nell'anno 2021 di alcune criticità relative alle procedure di offerta della prestazione di screening e convocazione delle utenti. Tali difficoltà sono consistite, in ragione dell'utilizzo della sola chiamata telefonica, nello svantaggio di determinare il non raggiungimento della totalità delle persone pendenti (per errori riscontrati nei numeri di telefono registrati nei sistemi informativi o per mancate risposte da parte dell'utente), ma sono anche conseguenti all'avvicendamento dell'aggiudicatario di appalto per l'acquisizione delle immagini su unità mobili (avvicendamento contrassegnato da una vertenza legale che ha imposto una proroga dell'aggiudicatario precedente il quale, per un periodo di circa 6 mesi, ha posto un vincolo quantitativo in riduzione rispetto alla programmazione standard). Tali difficoltà hanno determinato una riduzione di prestazioni erogabili rispetto alla programmazione standard, e hanno determinato l'intervento di ARCS con l'adozione di misure correttive finalizzate a ridurre le cause che hanno determinato nel 2021 una riduzione dell'efficienza ed efficacia delle procedure di chiamata in esame da assicurarsi, così come esposto nella nota citata. Sulla base delle informazioni disponibili, si ritiene non pienamente conseguito nell'anno 2021 l'obiettivo di assicurare i corretti tempi di chiamata all'utenza.	Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO
2.2	Screening cervice uterina	ARCS: Fornisce il proprio servizio alla Direzione Centrale Salute per il mantenimento della logistica di supporto allo screening cervicale e mammografico	Manutenere sul CUPWEB il centro prelievi dello screening cervicale	31/12/2021	Attività regolarmente effettuata	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
2.2	Screening mammella	ARCS: organizzazione e realizzazione dell'attività di controllo delle sedi di attività	Evidenza effettuazione sopralluoghi in ogni sede di erogazione salvo la preventiva conoscenza del rispetto dei requisiti	31/12/2021	L'Ente comunica che tutte le sedi di acquisizione delle immagini di screening sono state supervisionate in loco anche ai fini dell'accettazione da parte del nuovo aggiudicatario di gara	Obiettivo RAGGIUNTO
2.2	Screening mammella	ARCS: Fornisce il proprio servizio alla Direzione Centrale Salute per il mantenimento della logistica di supporto allo screening cervicale e mammografico	Gestione delle agende del primo livello dello screening mammografico e cervicale, assicurati i corretti tempi di chiamata	31/12/2021	Come esposto nella nota di ARCS n. 0018457 del 13/05/2022 si rileva l'esistenza nell'anno 2021 di alcune criticità relative alle procedure di offerta della prestazione di screening e convocazione delle utenti. Tali difficoltà sono consistite, in ragione dell'utilizzo della sola chiamata telefonica, nello svantaggio di determinare il non raggiungimento della totalità delle persone pendenti (per errori riscontrati nei numeri di telefono registrati nei sistemi informativi o per mancate risposte da parte dell'utente), ma sono anche conseguenti all'avvicendamento dell'aggiudicatario di appalto per l'acquisizione delle immagini su unità mobili (avvicendamento contrassegnato da una vertenza legale che ha imposto una proroga dell'aggiudicatario precedente il quale, per un periodo di circa 6 mesi, ha posto un vincolo quantitativo in riduzione rispetto alla programmazione standard). Tali difficoltà hanno determinato una riduzione di prestazioni erogabili rispetto alla programmazione standard, e hanno determinato l'intervento di ARCS con l'adozione di misure correttive finalizzate a ridurre le cause che hanno determinato nel 2021 una riduzione dell'efficienza ed efficacia delle procedure di chiamata in esame da assicurarsi, così come esposto nella nota citata. Sulla base delle informazioni disponibili, si ritiene non pienamente conseguito nell'anno 2021 l'obiettivo di assicurare i corretti tempi di chiamata all'utenza.	Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO
2.2	Screening mammella	Formazione dei radiologi da inserire nel pool dei radiologi di screening	Formazione del numero di radiologi identificati da ARCS (anche su richiesta delle Aziende) secondo il percorso formativo identificato a livello regionale	31/12/2021	L'Ente comunica che nel 2021 ARCS ha predisposto il documento "Percorso di formazione iniziale per i medici radiologi di screening mammografico" e che nel corso del primo semestre a seguito della segnalazione del fabbisogno da parte di ASFO in relazione alla andata in quiescenza di un radiologo refertatore è stata avviata la formazione di una unità individuata dall'Azienda.	Obiettivo RAGGIUNTO
2.7	Promozione della salute nei luoghi di lavoro	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	31/12/2021	L'Ente comunica che nel protocollo nei neoassunti (infermieri) è prevista la ricerca anticorpale di epatite B, morbillo, parotite, rosolia e, con consenso, un AntiHIV	Obiettivo RAGGIUNTO
2.9	Miglioramento di sorveglianza	Miglioramento di sorveglianza	Realizzazione delle interviste telefoniche tramite il call center regionale per i programmi PASSI e PASSI d'Argento	31/12/2021	L'Ente comunica che l'attività è stata effettuata regolarmente come evidenziato da fatturazione dell'attività fatta ad azienda privata, così come sono state fatte delle riunioni di coordinamento (30 giugno – 16 dicembre)	Obiettivo RAGGIUNTO
3	ASSISTENZA PRIMARIA	Avvio dell'utilizzo dello strumento ACG	Organizzazione della formazione per data manager e per referenti aziendali	31/12/2021	Attese le problematiche esistenti con il Garante della Privacy per l'utilizzo dei servizi ACG, si procede a stralcio dell'obiettivo	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
3.7	Rete Cure palliative e terapia del dolore	Riconduzione della rete cure palliative e terapia del dolore all'interno del coordinamento di ARCS	Entro il 31/12/2021 la rete delle cure palliative e terapia del dolore sarà ricondotta all'interno del coordinamento di ARCS secondo il modello di governo delle reti cliniche	31/12/2021	Formalizzata la Rete delle cure palliative e terapia del dolore con Determinazione ARCS 551 del 15 luglio 2021 successivamente aggiornata con Determinazione ARCS 594 del 02/08/2021	Obiettivo RAGGIUNTO
5	Rapporti con gli Enti del Terzo settore, le fondazioni, le ASP	Individuazione formale a livello aziendale di un referente per i rapporti e le collaborazioni con gli ETS	Evidenza atto di individuazione, inviato in DCSPSD entro il 1.3.2021	01/03/2021	Con mail dell'Ente alla DCS del 9/3/2021, oltre il termine fissato, è stato trasmesso il nominativo del referente aziendale	Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO
6.2	Indicatori Emergenza urgenza	Emergenza Territoriale ARCS: Applicare la procedura di triage telefonico a tutte le chiamate di intervento sanitario	Il sistema dispatch per il triage telefonico è utilizzato in almeno il 95% dei contatti delle richieste di soccorso	31/12/2021	ARCS comunica che al 31/12/2021 l'utilizzo era al 96,90%	Obiettivo RAGGIUNTO
6.5	Governo clinico e Reti di patologia	Attivazione della cabina di regia	Convocazione del primo incontro entro marzo 2021	31/03/2021	ARCS comunica che con nota prot. 9447 del 9/3/2021 è stata convocata la prima riunione della Cabina di regia avente come oggetto il "Modello di gestione delle reti cliniche di patologia".	Obiettivo RAGGIUNTO
6.5	Governo clinico e Reti di patologia	Organizzazione della formazione dei componenti dei nuclei funzionali nominati dalle Aziende	Attivazione di almeno un modulo formativo entro l'anno	31/12/2021	ARCS comunica che il Corso "Il Modello per la gestione delle Reti Cliniche Regionali (Arcs_21025) si è tenuto il 21 settembre 2021	Obiettivo RAGGIUNTO
6.5	Governo clinico e Reti di patologia	Impostazione del sistema di monitoraggio delle reti attivate	Evidenza del sistema di monitoraggio delle reti attivate nel 2020	31/12/2021	ARCS comunica che nel 2020 non c'è stata attivazione di nuove reti, ma solo la revisione della rete ICTUS, per la quale è stato implementato il sistema di monitoraggio presentato alle aziende del SSR via riunione teams in data 22/12/2021.	Obiettivo RAGGIUNTO
6.5	Governo clinico e Reti di patologia	Attivazione della rete diabetologica regionale	Evidenza dell'attivazione della rete diabetologica regionale entro giugno 2021	30/06/2021	L'Ente comunica che con Decreto del Direttore Generale n. 277 del 31/12/2020 nell'ambito della Rete della cronicità, è stata approvata la filiera diabete., mentre la Rete Regionale per la gestione del paziente con diabete è stata recepita con Det ARCS n. 61 del 26/01/2021, successivamente aggiornata con Det. ARCS n. 182 del 05/03/2021.	Obiettivo RAGGIUNTO
6.5	Governo clinico e Reti di patologia	Attivazione della rete diabetologica regionale	Predisposizione della proposta di PDTA del diabete nell'adulto e del PDTA del diabete in età evolutiva entro il 31.12.2021	31/12/2021	Atti relativi citati dall'Ente: Determinazione del responsabile SC Coordinamento Reti Cliniche n. 955 del 30/12/2021: Filiera Diabete - Diabete nell'Adulto: PDTA diabete mellito di tipo 2- Determinazione del responsabile Sc Coordinamento Reti Cliniche n. 946 del 29/12/2021: PDTA per la gestione del diabete in età evolutiva	Obiettivo RAGGIUNTO
6.5	Governo clinico e Reti di patologia	Aggiornamento del PDTA ictus relativamente al percorso post acuto del paziente	Formalizzazione del documento entro il 31.12.2021	31/12/2021	Al 31/12/2021 l'Ente non ha perfezionato e definito la bozza di lavoro "PDTA del paziente con ictus: fase post acuta".	Obiettivo NON RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
6.5	Governo clinico e Reti di patologia	Attivazione rete senologica regionale	Attivazione della rete senologica entro il 30.06.2021	30/06/2021	ARCS fa presente che "Con mail del 29/7/2021 è stata trasmessa alle aziende del SSR il documento ""rete senologica regionale: attivazione gruppi di lavoro – fase 2: proposta nominativi dei componenti il Gruppo di Coordinamento della rete Senologica regionale e proposta del nominativo del Coordinatore". Le aziende non hanno ancora provveduto a riscontrare la proposta inviata da ARCS." Atteso lo stato di insufficiente avanzamento dell'attività alla data del 29 luglio 2021 (quindi anche oltre il termine fissato per il raggiungimento dell'obiettivo) come rappresentato da ARCS, l'obiettivo consistente nell'attivazione della rete al 30.06.2021 deve valutarsi come non raggiunto	Obiettivo NON RAGGIUNTO
6.5	Governo clinico e Reti di patologia	Attivazione rete senologica regionale	Predisposizione della proposta di PDTA della mammella entro il 31.12.2021	31/12/2021	ARCS rappresenta che la bozza preliminare del PDTA "Linee di indirizzo per la presa in carico della persona con carcinoma mammario in FVG" è stata trasmessa alla DCS con nota prot. 47046 del 22/12/2021 "Rete Senologica regionale - report 2021"	Obiettivo RAGGIUNTO
6.6	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Garanzia di trasparenza come indicato dalla Legge 24/2017	Presenza sul sito web aziendale dei dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio e dei dati condivisi con il tavolo regionale dei RM	31/12/2021	ARCS comunica che con e-mail del 15/3/2021 sono stati trasmessi al referente della Rete cure sicure, ai fini della pubblicazione sui siti regionali, i dati dei pagamenti Aziende del SSR ex lege 24/201	Obiettivo RAGGIUNTO
6.8	Pediatria	IRCSS Burlo <i>Rete oncologica pediatrica</i> Definizione delle caratteristiche della rete di patologia onco-ematologica pediatrica della Regione FVG, secondo il modello Hub e Spoke, con identificazione di livelli e delle relative responsabilità e sua formalizzazione	Evidenza di costituzione della rete entro il 31/12/2021	31/12/2021	Con nota prot. 0012616 dd. 30/12/2021 l'IRCCS Burlo Garofolo ha trasmesso un documento che descrive la Rete oncologica Pediatrica regionale, definendone le caratteristiche secondo il modello Hub and Spoke, con l'identificazione di livelli e responsabilità. Il documento è stato elaborato ed approvato dal tavolo regionale "Oncoematologia pediatrica", attivato nell'ambito della Rete pediatrica della Regione FVG, e descrive i lavori e riporta le conclusioni di detto tavolo, composto da rappresentanti di tutti gli enti del Servizio sanitario regionale, fatta eccezione di ARCS, che non ha partecipato ai lavori, come si evince dal documento. Preso atto che ARCS non ha partecipato all'attività, primariamente intestata al coordinamento dell'IRCCS Burlo Garofolo, si procede allo stralcio dell'obiettivo.	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
6.8	Pediatria	IRCSS Burlo <i>Area emergenza-urgenza</i> Identificazione di un modello Hub & Spoke per il trasporto sanitario inter-ospedaliero in età pediatrica	Entro il 31/12/2021 è definito da parte il documento sul trasporto pediatrico in emergenza urgenza.	31/12/2021	Documento trasmesso dal Burlo con nota prot. 12612 del 30/12/2021 (Trasmissione del documento di identificazione di un modello hub & spoke per il trasporto sanitario interospedaliero in età pediatrica)	Obiettivo RAGGIUNTO
6.10	Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH	ARCS assicura il coordinamento della rete regionale Health Promoting Hospitals & Health Services-HPH	Rinnovo della rete regionale	31/12/2021	L'ente comunica il rinnovo con decreto del D.G: n. 107 del 2/7/2021.	Obiettivo RAGGIUNTO
6.10	Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH	ARCS assicura il coordinamento della rete regionale Health Promoting Hospitals & Health Services-HPH	Adesione alla rete internazionale HPH da parte della rete HPH del Friuli Venezia Giulia	31/12/2021	Atto relativo ARCS: protocollo GENARCS_GEN-2021_26321 d.d. 7/7/2021	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
6.10	Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH	ARCS assicura il coordinamento della rete regionale Health Promoting Hospitals & Health Services-HPH	Diffusione della strategia HPH globale 2021-2025	31/12/2021	ARCS comunica che la strategia è stata presentata in lingua originale nella riunione del 6/9/2021, tradotta in italiano e pubblicata nel sito di ARCS in data 28/12/2021 (comunicazione ai referenti della rete HPH in data 31/12/2021)	Obiettivo RAGGIUNTO
6.10	Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH	ARCS assicura il coordinamento della rete regionale Health Promoting Hospitals & Health Services-HPH	Convocazione degli incontri del Comitato Regionale HPH e dei gruppi di Lavoro Monotematici: Benessere sul posto di lavoro HPH; <i>Patient Engagement HPH</i>	31/12/2021	Di seguito le date di convocazione comunicate da ARCS: Comitato regionale convocato in data 15.3.2021, 6.9.2021, 8.11.2021 e 20.12.2021; • Benessere sul posto di lavoro convocato in data: 15.4.2021, 29.4.2021, 5.5.2021, 11.5.2021, 6.7.2021, 13.7.2021, 14.9.2021, 5.10.2021, 9.11.2021 e 20.12.2021 • Patient Engagement convocato in data: 8.4.2021, 13.5.2021, 14.6.2021, 9.9.2021, 7.10.2021 e 20.12.2021	Obiettivo RAGGIUNTO
6.10	Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH	Le aziende sviluppano programmi dedicati al benessere degli operatori	ARCS organizza un percorso formativo per la diffusione dei risultati del progetto sperimentale "Aver cura di chi ci ha curato"	31/12/2021	ARCS: estremi dell'evento formativo: ECM ARCS N°21001 "Aver cura di chi ci cura" _10 moduli per un totale di 40 ore, svolto dal 10 febbraio al 16 giugno.	Obiettivo RAGGIUNTO
6.10	Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH	Le aziende sviluppano programmi dedicati al benessere degli operatori	ARCS coordina l'implementazione del protocollo con gli ordini professionali di medici e psicologi finalizzato all'attivazione dei team multiprofessionali dedicati al benessere del personale sanitario	31/12/2021	ARCS comunica quanto segue: gli ordini professionali di Medici Chirurghi e Odontoiatri insieme all'Ordine degli Psicologi hanno sottoposto ad ARCS le liste di medici e psicologi da formare per costituire i Team Multiprofessionali di Promozione della salute del personale. A seguire hanno partecipato all'apertura del Percorso Formativo 2021 Aver cura di chi ci cura (10 febbraio 2021), sono stati invitati a partecipare ad ogni modulo formativo e invitati a parlare nella giornata finale di chiusura (16 giugno 2021). Sono stati convocati i seguenti incontri: 27 aprile, 12 maggio. Durante il periodo agosto novembre le attività si sono concentrate su ASUFC, in collaborazione con la delegata dell'ordine dei medici di Udine, per problematiche collegate al ritardo dell'autorizzazione dei team presso tale azienda. Con gli ordini dei medici è stata condivisa a dicembre la lettera inviata da ARCS per il Nulla Osta all'attività dei Team Multiprofessionali formati, come previsto dal protocollo con gli Ordini.	Obiettivo RAGGIUNTO
6.10	Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH	Le aziende sviluppano programmi dedicati al benessere degli operatori	Gli enti aderenti alla rete regionale, nell'ambito del gruppo aziendale benessere sul posto di Lavoro HPH organizzano un evento formativo per la diffusione del progetto "Aver cura di chi ci ha curato" con la diffusione dei materiali informativi e dei risultati ottenuti nella fase sperimentale sulla base di un format concordato dal gruppo regionale (entro giugno)	30/06/2021	ARCS ha comunicato che la partecipazione ai lavori su questa linea di attività si è articolata su due livelli. Il primo ha riguardato la partecipazione del personale delle aziende all'evento formativo "Aver cura di chi ci cura" tenutosi da febbraio a giugno 2021. Il secondo, ha riguardato la partecipazione alla stesura del format di diffusione dei contenuti relativi al progetto 2020 "Aver cura di chi ci ha curato" avvenuta durante gli incontri convocati da ARCS tra aprile e maggio.	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
6.10	Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH	Le Aziende promuovono corretti stili di vita dei pazienti che accedono ai servizi	ARCS organizza un evento formativo regionale sui temi della gestione dello stress e degli stili di vita dei pazienti: piano di formazione in sinergia con il programma dedicato al personale	31/12/2021	ARCS comunica che è stato organizzato l'evento formativo "Il sistema di reazione allo stress e l'importanza di aver cura di chi ci cura" tenutosi il 27 gennaio 2022 (oltre il termine per dichiarata riacutizzarsi della pandemia), benché inizialmente fissato per il 20 dicembre Tenuto conto del mancato rispetto del termine, l'obiettivo risulta parzialmente raggiunto.	Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO
6.10	Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH	Sviluppo di un piano di comunicazione per la diffusione degli obiettivi HPH nelle Aziende del SSR	Aggiornamento del sito HPH regionale attivato nel sito ARCS	31/12/2021	ARCS comunica che il sito HPH è stato aggiornato nell'anno 2021 con il Piano d'azione 2021-2025, Strategia HPH 2021-2025, Nuovi standard HPH 2020	Obiettivo RAGGIUNTO
6.10	Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH	Sviluppo di un piano di comunicazione per la diffusione degli obiettivi HPH nelle Aziende del SSR	Traduzione materiali rete internazionale e della nuova strategia Global HPH Strategy 2021-2025 e diffusione tramite i siti aziendali e i referenti aziendali della rete	31/12/2021	ARCS comunica che La strategia, gli standard e il piano d'azione tradotti in italiano e autorizzati dal Coordinamento internazionale sono stati pubblicati nel sito internazionale HPH https://www.hphnet.org/wpcontent/uploads/2021/06/Italian-2020-HPHStandards.pdf , nel sito HPH di ARCS (28,29,30 dicembre 2021) e diffusi ai referenti della rete regionale in data 31/12/2021	Obiettivo RAGGIUNTO
6.10	Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH	Le Aziende sviluppano un piano di comunicazione per la diffusione degli obiettivi HPH al loro interno	Link della pagina di ARCS e avvio di sezione dedicata nel sito aziendale con aggiornamento su referenti e progetti collegati alle linee di gestione	31/12/2021	Link https://arcs.sanita.fvg.it/it/cosa-fa-arcs/effettua-valutazioni-dimpatto-delle-innovazioni-e-delle/promozione-della-salute-rete-hph-3/standard-e-strategie/ ARCS comunica che con nota prot. 30660 del 10.8.2021 è stato trasmesso alle aziende del SSR lo schema di struttura uniforme che le stesse devono adottare per predisporre il link alla pagina HPH di ARCS.	Obiettivo RAGGIUNTO
6.11	Accreditamento	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.	31/12/2021	ARCS conferma l'attività svolta	Obiettivo RAGGIUNTO
6.11	Accreditamento	Partecipazione attiva al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti	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.	31/12/2021	ARCS conferma l'attività svolta	Obiettivo RAGGIUNTO
6.11	Accreditamento	Partecipazione al programma di accreditamento nazionale degli organismi tecnicamente accreditati	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	31/12/2021	ARCS conferma l'attività svolta	Obiettivo RAGGIUNTO
6.11	Accreditamento	Garanzia del funzionamento dell'OTA FVG	Gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti, componenti dell'OTA regionale, di svolgere le funzioni previste dalla DGR 2220/2015 e dal Decreto n. 1899/2017	31/12/2021	ARCS conferma l'attività svolta	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
7.6	Attività centralizzate – ARCS	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, anche realizzando l'integrazione delle funzionalità necessarie all'ottimale gestione informatica del magazzino DPC.	Invio di una relazione entro il 15/04/2022 sulle azioni svolte e degli esiti conseguiti nell'ambito dell'approvvigionamento dei farmaci in DPC Modalità di valutazione: Attività svolta e relazione sulle attività inviata nei termini: sì/no	15/04/2021	Atto di trasmissione ARCS con prot. 5973 del 14.2.2022 "Invio relazione Linee di Gestione 2021 - Attività centralizzate ARCS 7.6"	Obiettivo RAGGIUNTO
7.6	Attività centralizzate – ARCS	ARCS monitora l'elenco dei medicinali prossimi alla scadenza brevettuale e persegue l'ottimizzazione delle procedure di acquisto e dei tempi di approvvigionamento	Invio alla DCS, entro il 15/04/2022, di una relazione annuale sulle attività svolte e le tempistiche 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 Indicatori: dalla data dell'effettiva disponibilità dei farmaci biosimili o equivalenti: - adozione del provvedimento di aggiudicazione = <90 giorni - a seguito di richiesta delle Aziende, messa a disposizione del farmaco a magazzino mediante procedura urgente entro 45 giorni. Modalità di valutazione: tempistiche rispettate per più del 90% dei principi attivi = raggiunto tempistiche rispettate tra 70-90% dei principi attivi = parzialmente raggiunto tempistiche rispettate per meno del 70% dei principi attivi = non raggiunto	15/04/2021	Con nota prot. 5973 del 14.2.2022 "Invio relazione Linee di Gestione 2021 - Attività centralizzate ARCS 7.6" ARCS comunica: - adozione del provvedimento di aggiudicazione <= 90 gg; 100% (9 principi attivi prossimi alla scadenza aggiudicati entro i termini richiesti) - nessuna procedura d'urgenza pervenuta da parte delle Aziende	Obiettivo RAGGIUNTO
7.6	Attività centralizzate – ARCS	ARCS, nell'ambito della centralizzazione della logistica d'acquisto, continua ad assicurare il ristoro delle somme spettanti a ciascun Ente, per tutti i farmaci soggetti a registro AIFA per i quali sono previste forme di compartecipazione dei costi da parte delle aziende farmaceutiche e condivisione del rischio (risk sharing, cost-sharing e payment by results)	ARCS invia periodicamente alla DCS l'evidenza dei ristori effettuati Modalità di valutazione: Ristori effettuati: sì/no	mensile	Attività svolta mensilmente: GENNAIO (16/02/2021), FEBBRAIO (10/03/2021), MARZO (15/04/2021), APRILE (13/05/2021), MAGGIO (15/06/2021), GIUGNO (14/07/2021), LUGLIO (11/08/2021), AGOSTO (15/09/2021), SETTEMBRE (12/10/2021), OTTOBRE (11/11/2021), NOVEMBRE (14/12/2021), DICEMBRE (11/01/2022)	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
7.6	Attività centralizzate – ARCS	ARCS centralizza l'acquisizione di nuovi farmaci per tutte le Aziende sanitarie, qualora siano erogabili su prescrizione dei Centri individuati dalla Regione (relativamente alle aziende sanitarie coinvolte); - innovativi; - con erogazione principale in distribuzione diretta.	Invio alla DCS entro il 15/04/2022 di un report che evidenzia la % dei farmaci di nuova commercializzazione acquistati centralmente ed i tempi di acquisizione a decorrere dalla comunicazione dei fabbisogni inviata dalle Aziende ad ARCS. Indicatore: tempi massimi di acquisizione del farmaco = 45 giorni <i>Modalità di valutazione:</i> - tempistiche rispettate per più del 90% dei farmaci=raggiunto - tempistiche rispettate tra 70-90% dei farmaci = parzialmente raggiunto - tempistiche rispettate per meno del 70% dei farmaci = non raggiunto	15/04/2022	Prot. ARCS n. 5973 del 14.2.2022 "Invio relazione Linee di Gestione 2021 - Attività centralizzate ARCS 7.6" - adozione del provvedimento di aggiudicazione entro 45 gg: 90,91% (su complessivi 33 acquisti di nuovi farmaci centralizzati 30 sono stati fatti entro i 45 giorni e 3 oltre i 45 giorni)	Obiettivo RAGGIUNTO
7.9	Informatizzazioni e delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	FLUSSI INFORMATIVI FARMACEUTICA Inserimento dei dati, 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 un possibile mancato invio. Va assicurata, per il corretto calcolo del rispetto dei tetti di spesa, l'integrale copertura della fase 3 su fase 2 (100% della spesa negli ambiti previsti) per quanto riguarda la distribuzione diretta, nonché l'inserimento a sistema del codice targatura (> 99% confezioni) in fase di erogazione diretta dei medicinali (applicativo PSM). Le Aziende assicurano un controllo periodico sulla coerenza dei centri di Costo (ospedaliera e diretta), con particolare riferimento alla corretta implementazione dei centri di costo correlati all'emergenza COVID-19. 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.	Riscontro entro 15 giorni agli eventuali approfondimenti richiesti o segnalazioni inviate. <i>Modalità di valutazione:</i> - Riscontri agli approfondimenti richiesti effettuati nei termini: sì/no	Entro 15 giorni dal ricevimento	Attività svolta come indicato da risultato atteso	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
8.1	Sistema informativo di gestione della formazione	Contribuire alla analisi del processo organizzativo per una adeguata configurazione del sistema di tutte le aziende, assieme all'azienda pilota già avviata nell'anno 2020	Tutte le aziende partecipano, con propri operatori, alle attività svolte per l'attivazione del sistema e forniscono contributi per ottimizzare l'attivazione nel proprio ambito. Si richiede la presenza del 90% delle convocazioni	31/12/2021	Partecipazione garantita	Obiettivo RAGGIUNTO
8.1	Sistema informativo di gestione della formazione	Completare l'attivazione del sistema nelle aziende in accordo con le indicazioni di DCS partecipando alla messa a punto del sistema ed organizzando turni del personale per favorire la formazione in aula e sul campo	Completare l'attivazione del sistema presso tutte le altre aziende entro il 31/12/2021	31/12/2021	L'attivazione del sistema non è prevista presso ARCS nell'anno 2021	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
8.3	Sistema informativo gestione economica finanziaria e economato	Contribuire alla analisi del processo organizzativo per una adeguata configurazione del sistema	Partecipazione al 90% delle riunioni convocate	31/12/2021	Partecipazione a tutte le riunioni convocate	Obiettivo RAGGIUNTO
8.3	Sistema informativo gestione economica finanziaria e economato	Siti pilota: collaborare in termini di test del sistema, opportunamente integrato con i sistemi satelliti	Sistema funzionante nelle aziende pilota (verbale collaudo) entro il 30/06/2021	30/06/2021	Cronoprogramma di sviluppo dei sistemi modificato con differimento al 2022. Si procede a stralcio dell'obiettivo	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
8.3	Sistema informativo gestione economica finanziaria e economato	Avviamento in tutte le aziende del SSR secondo un cronoprogramma definito dalla ditta aggiudicatrice della gara tenendo conto delle peculiarità delle aziende e con un'attenzione alla formazione in aula e sul campo	Sistema funzionante in tutte le aziende (verbale collaudo) entro il 31/12/2021	31/12/2021	Cronoprogramma di sviluppo dei sistemi modificato con differimento al 2022. Si procede a stralcio dell'obiettivo	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
8.9	Censimento apparecchiature	Censimento di tutte le apparecchiature (pc, mobile, stampanti ecc.) dove saranno attivati i sistemi del personale, della contabilità e dei distretti. Per i pc nel censimento va indicata la versione del Sistema Operativo. Sono da riportare anche nuove esigenze indotte dall'introduzione dei nuovi sistemi.	Elenco apparecchiature entro il 31/5/2021	31/05/2021	Elenco trasmesso con nota prot. 19146 dd. 17.05.2021 di ARCS	Obiettivo RAGGIUNTO
8.9	Censimento apparecchiature	Censimento di tutto il parco apparecchiature (pc, mobile, stampanti ecc.) con indicazioni di nuove esigenze.	Elenco apparecchiature entro il 31/5/2021	31/05/2021	Elenco trasmesso con nota prot. 19146 dd. 17.05.2021 di ARCS	Obiettivo RAGGIUNTO
8.9	Censimento apparecchiature	Indicazioni delle apparecchiature di rete da sostituire con indicazioni delle caratteristiche (doppio alimentatore, ecc.)	Elenco apparecchiature entro il 31/12/2021	31/12/2021	Elenco trasmesso con nota prot. 47857 del 29/12/2021 di ARCS	Obiettivo RAGGIUNTO
8.10	Privacy in Sanità	Convocazione incontri trimestrali (4 all'anno)	Partecipazione ad almeno 3 incontri su 4 programmati con condivisione e attestazione del verbale predisposto dal segretario.	31/12/2021	Partecipazione garantita agli incontri	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
8.11	PACS	Referto multimediale	Avvio della sperimentazione presso il sito pilota entro il 30.04.2021.	30/4/2021	Conferma avviamento della sperimentazione del referto multimediale in radiologia presso il sito pilota del Burlo per la giornata del 30.4.2021 (mail del 29.4.2021 a Servizio informativo e privacy)	Obiettivo RAGGIUNTO
8.11	PACS	Referto multimediale	Il dispiegamento della soluzione sperimentata sarà completato in tutti i servizi di radiologia delle Aziende regionali entro 6 mesi dalla sostituzione del refertatore vocale	entro 6 mesi dalla sostituzione	Considerata la particolare configurazione dell'attuale impianto regionale del PACS, a seguito del pronunciamento del Tribunale amministrativo regionale in merito al ricorso di un operatore economico sulla gara espletata e non essendoci le condizioni temporali per l'esperimento di una nuova procedura, si è convenuto di prevedere il modulo all'interno della gara in fase di allestimento per il nuovo PACS regionale. Per tale ragione si procede allo stralcio dell'obiettivo	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
8.11	PACS	Refertatore vocale	Sostituzione, presso tutte le radiologie della regione, dell'attuale refertatore, ormai obsoleto e non più rispondente ai requisiti di sicurezza informatica. INSIEL presenta la soluzione tecnologica individuata entro il 28.02.2021 e concorderà entro il 31.03.2021 con la DCS, che si avvarrà del supporto di ARCS, il cronoprogramma delle sostituzioni con l'obiettivo di completarle entro giugno 2021. Le Aziende si attivano per agevolare il passaggio al nuovo refertatore secondo le date concordate.	30/6/2021	Considerata la particolare configurazione dell'attuale impianto regionale del PACS, a seguito del pronunciamento del Tribunale amministrativo regionale in merito al ricorso di un operatore economico sulla gara espletata e non essendoci le condizioni temporali per l'esperimento di una nuova procedura, si è convenuto di prevedere il modulo all'interno della gara in fase di allestimento per il nuovo PACS regionale. Per tale ragione si procede allo stralcio dell'obiettivo	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
8.11	PACS	Estensione della soluzione referto multimediale in altri ambiti diagnostici	Progetto entro il 31.12.2021 della soluzione, opportunamente configurata, al settore dell'ecocardiografia e all'endoscopia digestiva.	31/12/2021	Progetto trasmesso da ARCS alla Responsabile Servizio Sistemi Informativi e Privacy in data 31/12/2021	Obiettivo RAGGIUNTO
8.11	PACS	Visibilità interaziendale di referti diagnostici e delle relative immagini per i pazienti in cura	Completamento della messa a punto delle integrazioni e configurazione del fascicolo sanitario "operatore" entro 31.03.2021	31/03/2021	Inviata via e-mail alla DCS le soluzioni per la visualizzazione interaziendale in data 24/3/2021. In data 31/3/2021 affidata l'attività richiesta a Insiel per la presa in carico.	Obiettivo RAGGIUNTO
8.11	PACS	Visibilità interaziendale di referti diagnostici e delle relative immagini per i pazienti in cura	Avvio utilizzo in tutte le aziende entro 30.09.2021.	30/09/2021	Trasmessa relazione via e-mail alla DCS in data 30/9/2021	Obiettivo RAGGIUNTO
8.11	PACS	Visibilità interaziendale in regime emergenziale di referti diagnostici e delle relative immagini	Panoramica delle possibili soluzioni strumentali entro 30.03.2021	30/03/2021	Inviata in data 24/3/2021 via e-mail alla DCS le soluzioni per la visualizzazione interaziendale. In data 31/3/2021 la responsabile del servizio Sistemi Informativi e Privacy ha dato mandato all'Insiel di prendere in carico l'attività richiesta.	Obiettivo RAGGIUNTO
8.11	PACS	Visibilità interaziendale in regime emergenziale di referti diagnostici e delle relative immagini	Sviluppo entro 30.09.2021 di una soluzione strumentale prototipale in grado di soddisfare le esigenze dei flussi emergenziali.	30/09/2021	In corso predisposizione di una soluzione strumentale prototipale da parte di Insiel per una valutazione preliminare ai sensi del GDPR a cura della DCS.	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
8.11	PACS	Visibilità per i MMG e PLS dei referti diagnostici e delle relative immagini	Panoramica delle possibili soluzioni di integrazione con le diverse piattaforme in utilizzo da parte dei MMG e PLS: entro 30.03.2021	30/03/2021	Richiesto con e-mail del 24/3 di incaricare Insiel di procedere con la definizione puntuale delle specifiche tecniche con cui avviare lo sviluppo della nuova configurazione del Fascicolo Sanitario Elettronico per l'operatore. Con mail del 31/3 la responsabile dei Sistemi informativi della DCS incarica Insiel di prendere in carico l'attività richiesta.	Obiettivo RAGGIUNTO
8.11	PACS	Visibilità per i MMG e PLS dei referti diagnostici e delle relative immagini	Sviluppo entro 30.09.2021 di una soluzione strumentale prototipale	30/09/2021	In corso predisposizione di una soluzione strumentale prototipale da parte di Insiel per una valutazione preliminare ai sensi del GDPR a cura della DCS.	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
8.11	PACS	Consolidamento flussi emergenziali tempo-dipendenti tra spoke-hub:	Implementazione casi d'uso regionali per l'hub specialistico di Trieste. Realizzazione condizione di ridondanza tra hub specialistici di Trieste e di Udine.	31/12/2021	Ancora in corso attività propedeutiche da parte di Insiel	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
8.11	PACS	Sistema PACS regionale per il periodo 2023-2027	Completamento entro giugno 2021 dell'analisi e della valutazione, in termini di costi e benefici, dei possibili scenari di continuità dell'impianto PACS regionale al termine del vigente contratto di fornitura (dicembre 2022) e di disponibilità di nuovi sistemi gestionali di reparto integrati alla piattaforma dei sistemi informativi ospedalieri.	30/06/2021	Relazione sugli scenari di continuità dell'impianto PACS post 2022 trasmessa alla responsabile del Servizio Sistemi Informativi e Privacy della DCS in data 30/6/2021	Obiettivo RAGGIUNTO
8.11	PACS	Sistema PACS regionale per il periodo 2023-2027	Descrizione dello scenario evolutivo del sistema PACS regionale nel periodo 2023-2027: entro settembre 2021.	30/09/2021	Descrizione dello scenario evolutivo del sistema PACS regionale nel periodo 2023-2027 trasmessa alla Responsabile del Servizio Sistemi informativi e Privacy della DCS in data 30/9/2021	Obiettivo RAGGIUNTO
8.11	PACS	Adeguamento piattaforma di refertazione radiologica al D. Lgs.101/2020	DCS nomina entro febbraio 2021 e, con l'eventuale supporto di ARCS, coordina un gruppo di lavoro con i referenti tecnici di INSIEL e con i referenti aziendali in materia di radioprotezione e di radiologia. Il gruppo di lavoro entro giugno 2021 individua le necessarie modifiche della piattaforma di refertazione radiologica per poter ottemperare a D. Lgs. 101/2020 e propone entro settembre 2021 un cronoprogramma di attività di sviluppo e implementazione.	30/09/2021	Relazione delle attività del gruppo di lavoro "Radioprotezione e dosimetria" trasmessa via e-mail alla Responsabile del Servizio Sistemi informativi e Privacy della DCS in data 30/9/2021	Obiettivo RAGGIUNTO
9.1	Obblighi informativi e qualità dei dati ai fini amministrativi, contabili, epidemiologici, e in generale, gestionali	Miglioramento del governo dei flussi informativi verso amministrazione centrali	ARCS predisporre e rende disponibile entro il 30/6/2021 il manuale dei flussi informativi ministeriali precisando per ogni flusso tipologia, codice, descrizione, tempistica (frequenza di trasmissione e termini), fonte (contesto operativo e servizi informatici utilizzati per la creazione), soggetti alimentanti e obbligati alla trasmissione.	30/06/2021	Manuale dei flussi amministrativi ministeriali trasmesso a DCS e Aziende con nota prot. 25398 del 30/6/2021	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
			Il manuale dovrà essere aggiornato e reso disponibile da ARCS nella versione aggiornata ad ogni variazione dei flussi ministeriali.			
9.3	Anagrafe Nazionale Assistiti	Partecipazione al tavolo istituito dalla DCS per la ricognizione della normativa e disciplina applicabile nella gestione/registrazione dei dati, della titolarità delle anagrafi aziendali e regionale degli assistiti, funzionalmente ad una riorganizzazione dei processi di trattamento del dato	ARCS predisporre e consegna entro il 31 maggio 2021 alla Direzione centrale salute il documento programmatico sui punti.	31/05/2021	Non si è dato corso alla costituzione del tavolo di lavoro in assenza delle indicazioni ministeriali. Si procede allo stralcio dell'obiettivo	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
9.3	Anagrafe Nazionale Assistiti	Definizione dei percorsi organizzativi aziendali dei processi di trattamento dei dati dell'Anagrafe assistiti regionale, al fine dell'allineamento con ANA, inclusi i servizi informatici utilizzati, le competenze del personale, la gestione/interconnessione dei flussi	ARCS presenta entro il 30 settembre 2021 alla Direzione centrale salute una relazione contenente le criticità e le positività, meritevoli di estensione di applicazione, che si siano riscontrate nel corso dell'analisi, nonché un'ipotesi, o più ipotesi alternative, di riorganizzazione dei processi di trattamento finalizzati al miglioramento tecnico e economico dello stesso, prevedendo nel dettaglio tempistiche, modalità, costi e benefici delle ipotesi riorganizzative proposte.	30/09/2021	Non si è dato corso alla costituzione del tavolo di lavoro in assenza delle indicazioni ministeriali. Si procede allo stralcio dell'obiettivo	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
9.4	Governo e monitoraggio delle prestazioni di cura autorizzate all'estero	Partecipazione al tavolo istituito dalla DCS per l'analisi ricognitiva funzionalmente al miglioramento del governo delle attività di gestione delle prestazioni di cura all'estero autorizzate o comunque richieste, da conseguirsi con specifiche attività riorganizzative supportate da eventuali aggiuntivi servizi informatici	ARCS presenta entro il 31 luglio 2021 alla Direzione centrale salute una relazione contenente gli esiti dell'avenuta ricognizione. La relazione deve contenere l'esposizione delle criticità e delle positività che si siano riscontrate nel corso dell'analisi, nonché un'ipotesi, o più ipotesi alternative, di riorganizzazione dei processi e di miglioramento tecnico e economico della gestione finalizzata al miglioramento del governo delle attività di gestione, monitoraggio e controllo delle richieste e prestazioni di cura all'estero autorizzate o comunque richieste. La relazione deve contenere per ogni ipotesi riorganizzativa l'esposizione in dettaglio di tempistiche, modalità, costi e benefici delle ipotesi riorganizzative proposte, anche in relazione agli aggiuntivi servizi informatici proposti.	31/07/2021	Relazione ricognitiva trasmessa da ARCS alla DCS con nota prot. 28867 del 27/7/2021	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
9.5	Acquisto di beni e regolare gestione delle evidenze contabili dei magazzini	Verifica delle modalità di gestione amministrativa e contabile da parte degli enti dei beni acquistati ai fini di una corretta e regolare rappresentazione contabile dei costi di esercizio e del valore delle rimanenze di magazzino secondo il principio della competenza economica e eventuale adozione delle misure correttive necessarie a garantire tale corretta e regolare rappresentazione contabile	ARCS predisporre e trasmettere alla Direzione salute entro il 30/6/2021 una relazione in cui, in merito a procedure e modalità amministrative e di contabilizzazione seguite dagli enti del SSR nella gestione dei beni acquistati in rapporto agli obblighi di regolare tenuta delle scritture contabili per una corretta e regolare rappresentazione contabile dei costi di esercizio e del valore delle rimanenze di magazzino nel rispetto del principio della competenza economica: - si evidenzia lo stato esistente in ciascun ente; - si verifica e valuta la funzionalità e conformità delle procedure esistenti in rapporto agli obblighi di adeguata e regolare rappresentazione contabile; - si comunicano le eventuali misure correttive necessarie da adottarsi negli enti per garantire il rispetto degli obblighi di adeguata e regolare rappresentazione contabile, evidenziando contenuti, modalità e tempistica prevista per il processo di adeguamento correttivo.	30/06/2021	Relazione trasmessa da ARCS alla DCS con nota prot.25366 del 30/06/2021	Obiettivo RAGGIUNTO
9.6	Gestione del patrimonio tecnologico biomedicale	Ricognizione straordinaria del patrimonio tecnologico biomedicale	ARCS garantisce e comunica agli enti e alla Direzione salute entro il 30 aprile 2021 i criteri individuati per la classificazione delle tecnologie biomedicali e per le procedure inventariali e ne coordina l'adozione omogenea negli enti a livello regionale.	30/04/2021	Note prot. 16568 del 29/4/2021 (ricognizione straordinaria del patrimonio tecnologico biomedicale - comunicazione ad Aziende) e - prot. 16650 del 30/4/2021 (comunicazione a DCS e Aziende)	Obiettivo RAGGIUNTO
9.6	Gestione del patrimonio tecnologico biomedicale	Elaborazione di una relazione contenente l'analisi e la conseguente ipotesi operativa, o le possibili alternative ipotesi operative, finalizzate all'attuazione di un processo di modificazione delle modalità di gestione in essere della dotazione tecnologica biomedicale negli enti sanitari che preveda la devoluzione ai servizi di ingegneria clinica aziendali anche delle competenze di gestione amministrativa e patrimoniale della dotazione, nel rispetto dei vincoli metodologici di elaborazione esposti, <i>supra</i> , in premessa	ARCS presenta alla Direzione centrale salute la relazione entro il 31 ottobre 2021	31/10/2021	Relazione trasmessa con nota prot. 40448 del 29/10/2021	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
10.1.9	Investimenti	Il Burlo dovrà sviluppare, mediante una collaborazione con ASUGI ed ARCS una valutazione congiunta sull'area complessiva della sede attuale e di quella della nuova acquisizione, che preveda, oltre all'eventuale vendita della stessa, anche la sua conversione, ad avvenuto trasferimento nella nuova sede presso il Comprensorio di Cattinara, in una o più strutture di assistenza intermedia di cui all'art. 20 della LR 22/2019, come stabilito con parere del NVISS n. 1824-ED/2223-IB-IN.	Documento contenente la valutazione congiunta inviato alla DCS	31/12/2021	Nota Burlo Garofolo prot. 12581 del 30/12/2021 di trasmissione di valutazione congiunta	Obiettivo RAGGIUNTO
11.1.8	Ricognizione assetti e dotazioni organiche – ARCS	ricognizione degli assetti degli enti del SSR e delle dotazioni organiche presenti in ciascuna struttura operativa ospedaliera (reparti) e territoriale, comprese le strutture tecniche ed amministrative, alla data del 31.12.2019	Invio alla direzione centrale salute di una relazione che riporti e analizzi le criticità rilevate e le azioni di miglioramento/efficientamento del sistema entro il 30 aprile 2021 Target modificato con DGR 1683 dell'8/11/2021	30/04/2021	Nota prot. 12376 del 31.3.2021 di trasmissione alla DCS della "Ricognizione assetti e dotazioni organiche –ARCS"	Obiettivo RAGGIUNTO
11.4.1	Monitoraggio mensile	Monitoraggio mensile dei costi del personale e della dotazione organica	L'Azienda regionale di coordinamento per la salute provvederà ad effettuare con cadenza mensile il monitoraggio dei costi del personale e delle dotazioni organiche, i cui esiti dovranno essere trasmessi alla DCS	mensile	ARCS in merito ha rappresentato quanto segue: Attività effettuata a maggio con riferimento al 30.04.2021. Attività sospesa per errori nei dati resi disponibili in ambiente SSSR. L'attività ripresa a seguito correzione errori da INSIEL e GPI Con nota prot. 33802 del 10/09/2021 è stato inviato il monitoraggio dei costi riferiti al periodo maggio-agosto 2021. Per indisponibilità dei dati a sistema non è stato possibile inviare il monitoraggio delle dotazioni organiche. Il monitoraggio riferito alle dotazioni organiche del periodo maggio- agosto è stato inviato con nota prot. 38713 del 18/10/2021 in esito alla messa a disposizione dei dati da parte dell'INSIEL. Con nota prot. 45913 del 14/12/2021 sono stati inviati i dati riferiti a novembre. Con nota prot. 5254 del 9/2/2022 sono stati inviati i dati riferiti a tutto dicembre aggiornati con i dati dei preconsuntivi inviati dalle aziende del SSR. I problemi di carattere informatico segnalati sia ad Insiel (direttamente coinvolta nella risoluzione dei problemi) che alla DCS (in occasione dei report trimestrali), non hanno consentito un invio dei dati con frequenze diverse da quelle che l'azienda è stata in grado di realizzare. Si precisa inoltre che in considerazione delle difficoltà, non imputabili ad ARCS, riscontrate nella realizzazione dell'attività prevista (errori sopra descritti dovuti anche al cambiamento nell'anno dei sistemi gestionali del personale in molte aziende), nel rendiconto trimestrale al 30/9 era stata chiesta la modifica del target atteso, da trasmissione mensile a trasmissione trimestrale, riconducendo il monitoraggio previsto ai report trimestrali di attività predisposti da ARCS sul SSR (sempre compatibilmente con la disponibilità dei dati a sistema).	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
11.4.2	Politica assunzionale, entità del costo del personale e controllo di gestione	Definizione indicatori chiave per la determinazione dei fabbisogni di personale e dei costi correlati	ARCS predisporre e trasmettere alla Direzione salute entro il 30 giugno 2021 una relazione illustrativa degli indicatori individuati per la determinazione dei fabbisogni di personale, distinti tra strutture ospedaliere e servizi assistenziali territoriali	30/06/2021	Documento "Definizione di indicatori per la determinazione dei fabbisogni di personale" trasmesso con nota prot. 24011 del 21/6/2021.	Obiettivo RAGGIUNTO
11.5.2	Programmazione e della formazione	Programmazione della formazione	trasmissione del Piano entro il 31 marzo 2021	31/03/2021	Piano annuale della Formazione 2021 approvato con Decreto del Direttore Generale n. 56 del 30/3/2021 e trasmesso alla DCS con nota prot. 12374 del 31.3.2021	Obiettivo RAGGIUNTO
11.5.2	Programmazione e della formazione	Programmazione della formazione	Eventuale aggiornamento del Piano entro 30 giorni dalla pubblicazione del PRF	entro 30 giorni dal PRF	Attività non svolta in assenza di necessità di aggiornamento. Si procede allo stralcio dell'obiettivo	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
11.5.2	Programmazione e della formazione	Programmazione della formazione	Redazione ed invio della Relazione annuale sulle attività formative 2020 entro il 31 maggio 2021	31/05/2021	Relazione trasmessa con nota prot. 20465 del 26/5/2021	Obiettivo RAGGIUNTO
12.1	Atti aziendali	Parere di coerenza funzionale in relazione alla pianificazione e alla programmazione regionali (art. 54 LR 22/2019) Obiettivo modificato dalla DGR n. 371 del 12/03/2021	Entro il 30 aprile 2021 l'Azienda regionale di coordinamento per la salute esprime alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità un parere di coerenza funzionale in relazione alla pianificazione e alla programmazione regionali delle proposte inviate.	30/04/2021	Parere trasmesso con nota ARCS prot. 16605 del 30.4.2021	Obiettivo RAGGIUNTO
12.1	Atti aziendali	Parere di ARCS di compatibilità, anche economico finanziaria, in relazione alla pianificazione e alla programmazione regionali sulle proposte di atto aziendale degli enti del SSR (art. 54 LR 22/2019) DGR n. 371 del 12/03/2021	L'Azienda regionale di coordinamento per la salute, entro quindici giorni dal ricevimento della proposta, propone eventuali interventi correttivi ed esprime alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità il parere di compatibilità, anche economico finanziaria, in relazione alla pianificazione e alla programmazione regionali	entro 15 giorni dal ricevimento	Viste le DGR 1446 del 24/9/2021 e DGR 1965 del 23/12/2021 aventi come oggetto la definizione delle attività e delle funzioni dei livelli essenziali del Servizio sanitario regionale con conseguente differimento all'anno 2022 della presentazione degli atti aziendali, si procede allo stralcio dell'obiettivo	Obiettivo NON VALUTABILE (STRALCIO)
12.2.1	Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale	Messa a disposizione da parte di ARCS di servizi informativi idonei a rendere disponibili con aggiornamento di norma quindicinale alla Direzione centrale salute nonché agli Enti (solo per i dati di loro competenza) dati e informazioni relative a, tra l'altro, tempi di attesa; volumi di attività, esiti, peso drg dell'attività, degenza media, degenza media standardizzata per peso drg, indici utilizzo di posti letto. Dati e informazioni devono essere resi disponibili per ogni livello di governo/gestione: unità operativa, presidio ospedaliero, ente, regione.	ARCS presenta alla Direzione centrale salute entro il 30/04/2021 una relazione contenente dettagliata ipotesi su: strutturazione dei servizi informativi e transazionali fornibili, caratteristiche dei dati e delle informazioni trattate, modalità di loro trattamento e gerarchia dei diritti dei soggetti trattanti, funzionalità rese disponibili, periodicità aggiornamento. Target modificato con DGR 1683 dd. 8/11/2021	30/04/2021	Documento "Progettazione e sviluppo di un sistema di reporting per il monitoraggio dell'attività del servizio sanitario regionale e supporto ai processi decisionali" trasmesso con nota prot. 10176 del 15/3/2021	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
12.2.1	Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale	Messa a disposizione da parte di ARCS di servizi informativi idonei a rendere disponibili con aggiornamento di norma quindicinale alla Direzione centrale salute nonché agli Enti (solo per i dati di loro competenza) dati e informazioni relative a, tra l'altro, tempi di attesa; volumi di attività, esiti, peso drg dell'attività, degenza media, degenza media standardizzata per peso drg., indici utilizzo di posti letto. Dati e informazioni devono essere resi disponibili per ogni livello di governo/gestione: unità operativa, presidio ospedaliero, ente, regione.	Implementazione della disponibilità dei servizi in produzione entro il 15/10/2021. Target modificato con DGR 1683 dd. 8/11/2021	15/10/2021	In collaborazione con Insiel, è stato predisposto un cruscotto di rappresentazione dinamica dei dati del SSR secondo quanto descritto il progetto di cui alla nota prot. 10176 del 15.03.2021. Con note prot. 18899 del 14/5/2021 e prot. 29452 del 30/07/2021 sono state trasmesse indicazioni sui servizi e modalità di accesso.	Obiettivo RAGGIUNTO
12.2.1	Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale	Attività di predisposizione, organizzazione, coordinamento e partecipazione finalizzata alla tenuta di riunioni tra ARCS, Direzione Centrale Salute e Enti di monitoraggio condiviso, coordinamento e informative delle azioni di cambiamento organizzativo programmate e di gestione e miglioramento dell'attività di erogazione delle prestazioni	ARCS avvia l'attività, con prima riunione da tenersi, con frequenza quindicinale, a partire dal 30/04/2021 Target modificato con DGR 1683 dd. 8/11/2021	30/04/2021	Attività svolta	Obiettivo RAGGIUNTO
12.2.1	Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale	Attività di predisposizione, organizzazione, coordinamento e partecipazione finalizzata alla tenuta di riunioni tra ARCS, Direzione Centrale Salute e Enti di monitoraggio condiviso, coordinamento e informative delle azioni di cambiamento organizzativo programmate e di gestione e miglioramento dell'attività di erogazione delle prestazioni	ARCS avvia l'attività, con prima riunione da tenersi, con frequenza quindicinale, a partire dal 30/04/2021 Target modificato con DGR 1683 dell'8/11/2021	ogni 15 giorni da 30/4/2021	Attività svolta	Obiettivo RAGGIUNTO
12.2.1	Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale	Messa a disposizione da parte di ARCS di servizi informativi e transazionali idonei alla gestione di dati e informazioni a supporto dei confronti/riunioni tenute da Direzione Centrale Salute, ARCS e Enti per il monitoraggio condiviso, coordinamento e informative delle azioni di cambiamento organizzativo programmate e di gestione e miglioramento dell'attività di erogazione delle prestazioni.	ARCS presenta alla Direzione centrale salute entro il 30/04/2021 una relazione contenente dettagliatamente ipotesi su: strutturazione dei servizi informativi e transazionali fornibili, caratteristiche dei dati e delle informazioni trattate, modalità di loro trattamento e gerarchia dei diritti dei soggetti trattanti, funzionalità rese disponibili, periodicità aggiornamento; Target modificato con DGR 1683 dell'8/11/2021.	30/04/2021	Nota prot. 10176 del 15/3/2021 di trasmissione del documento "Progettazione e sviluppo di un sistema di reporting per il monitoraggio dell'attività del servizio sanitario regionale e supporto ai processi decisionali"	Obiettivo RAGGIUNTO

cap	Linea	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	target	Dettaglio aziendale	Valutazione attività
12.2.1	Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale	Messa a disposizione da parte di ARCS di servizi informativi e transazionali idonei alla gestione di dati e informazioni a supporto dei confronti/riunioni tenute da Direzione Centrale Salute, ARCS e Enti per il monitoraggio condiviso, coordinamento e informative delle azioni di cambiamento organizzativo programmate e di gestione e miglioramento dell'attività di erogazione delle prestazioni.	Implementazione della disponibilità dei servizi in produzione entro il 30/06/2021. Target modificato con DGR 1683 dell'8/11/2021	30/06/2021	In collaborazione con Insiel, è stato predisposto un cruscotto di rappresentazione dinamica dei dati del SSR. Con nota prot. 18899 del 14/5/2021 sono state trasmesse indicazioni sui servizi, su modalità di accesso e navigazione	Obiettivo RAGGIUNTO

4. INVESTIMENTI

La sezione investimenti relativamente all'apertura e chiusura del bilancio di esercizio e dei relativi rendiconti non si occupa nello specifico di spesa corrente, bensì dell'andamento della spesa in conto capitale, assegnata con vari decreti a seguito di delibere di Giunta Regionale relative agli interventi edili impiantistici (di seguito EI) e ai beni mobili e tecnologici (BMT), e non ancora rendicontata alla Regione.

Tali investimenti, pertanto, non sono mai riferiti alla sola annualità oggetto di analisi, ma a tutti le annualità interessate, a partire da quella di assegnazione del finanziamento.

In particolare, i dati forniti dagli Enti del SSR riguardano tutti i decreti di finanziamento assegnati a seguito della LR 26/2015, a partire dall'anno 2016.

L'avanzamento della spesa al 31.12.2021 era rilevabile, in maniera parziale, nell'operazione di riaccertamento dei residui, in cui ARCS dal 2021 viene coinvolta. Il riaccertamento, però, non tiene in considerazione tutta la partita dei fondi già trasferiti agli Enti del SSR, che dal 2018 è diventata prassi consolidata.

Sono state predisposte le tabelle e i grafici riportati di seguito, nei quali vengono riepilogati i dati relativi ai bilanci consuntivi 2021 approvati dai singoli Enti.

Nella fase istruttoria è stata effettuata una verifica di tali dati rapportando gli stessi a quelli già analizzati in sede di consolidato consuntivo 2020 e di II e III rendiconto 2021. I dati sono stati confrontati con le somme liquidate e da liquidare (in particolare in conto residui) da parte della Regione. Inoltre, laddove fossero state riscontrate anomalie rispetto ai monitoraggi precedenti (ad esempio: valori non uguali o in crescita rispetto a trimestri precedenti) questi sono stati rettificati d'ufficio per la rappresentazione di tabelle e grafici e segnalate opportunamente nei data base a disposizione.

Nella predisposizione delle suddette tabelle non si è tenuto conto di eventuali finanziamenti soggetti a regole specifiche e indicati separatamente dalla Regione (quali finanziamenti di interventi di investimento di rilievo regionale, interventi rientranti nella programmazione POR FESR, interventi finanziati ai sensi del D.L. 18/2020).

Sono stati, inoltre, esclusi interventi indicati dagli Enti nei rispettivi consuntivi che non sono stati finanziati con fondi regionali in conto capitale, in particolare quelli coperti da fondi statali e dall'utilizzo di utili di bilancio.

La situazione complessiva risulta quindi essere la seguente:

Tabella 1 - Avanzamento della spesa per investimenti del SSR

DECRETO	FINANZIATO	CONSUNTIVO 31/12/2020	RENDICONTO 30/06/2021	RENDICONTO 30/09/2021	CONSUNTIVO 31/12/2021	%	RESIDUO
ASFO	94.467.000,37	15.482.584,72	16.837.270,83	19.203.617,65	20.960.477,57	22%	73.506.522,80
ASUFC	176.734.756,61	31.376.981,21	34.039.345,95	37.151.285,80	41.285.886,32	23%	135.448.870,29
ASUGI	119.527.189,74	34.270.036,49	35.570.327,88	37.699.534,80	46.332.484,60	39%	73.194.705,14
BURLO	17.022.319,48	4.050.305,22	7.662.560,65	8.491.042,06	8.804.543,74	52%	8.217.775,74
CRO	30.729.509,60	2.710.291,17	3.184.994,80	3.383.652,07	3.507.845,84	11%	27.221.663,76
TOTALE	438.480.775,80	87.890.198,81	97.294.500,11	105.929.132,38	120.891.238,07	28%	317.589.537,73

Di seguito viene analizzata la situazione Ente per Ente, secondo i seguenti principi:

- situazione investimenti
- andamento investimenti
- investimenti conclusi e, pertanto, rendicontabili.

ASFO

La situazione complessiva degli investimenti è rappresentata nella seguente tabella:

Tabella 2- Situazione investimenti ASFO 2016-2021

DECRETO	FINANZIATO	CONSUNTIVO 31/12/2020	RENDICONTO 30/06/2021	RENDICONTO 30/09/2021	CONSUNTIVO 31/12/2021	%	RESIDUO
Finanziato		94.467.000,37 €	94.467.000,37 €	94.467.000,37 €	94.467.000,37 €		
1476/SPS del 24/11/2016	2.844.000,00 €	2.844.000,00 €	2.844.000,00 €	2.844.000,00 €	2.844.000,00 €	100%	- €
1484/SPS del 24/11/2016	60.000,00 €	60.000,00 €	60.000,00 €	60.000,00 €	60.000,00 €	100%	- €
1532/SPS del 28/11/2016	320.993,10 €	320.993,10 €	320.993,10 €	320.993,10 €	320.993,10 €	100%	- €
1579/SPS del 30/11/2016	1.930.000,00 €	337.508,55 €	337.508,55 €	337.508,55 €	337.508,55 €	17%	1.592.491,45 €
1599/SPS del 01/12/2016	600.000,00 €	408.406,18 €	427.351,95 €	427.351,95 €	427.351,95 €	71%	172.648,05 €
1605/SPS del 01/12/2016	1.580.000,00 €	1.580.000,00 €	1.580.000,00 €	1.580.000,00 €	1.580.000,00 €	100%	- €
953/SPS del 18/07/2017	40.000,00 €	40.000,00 €	40.000,00 €	40.000,00 €	40.000,00 €	100%	- €
1133/SPS del 24/08/2017	2.413.127,27 €	2.387.624,87 €	2.367.977,44 €	2.393.479,84 €	2.393.479,84 €	99%	19.647,43 €
1140/SPS del 24/08/2017	5.786.872,73 €	372.171,94 €	446.072,56 €	545.218,39 €	678.430,78 €	12%	5.108.441,95 €
1556/SPS del 16/11/2017	115.000,00 €	- €	102.661,68 €	102.661,68 €	102.661,68 €	89%	12.338,32 €
1621/SPS del 22/11/2017	272.993,51 €	272.993,51 €	272.993,51 €	272.993,51 €	272.993,51 €	100%	- €
1673/SPS del 24/11/2017	4.550.000,00 €	2.610.665,51 €	2.893.450,53 €	2.900.879,11 €	2.902.897,21 €	64%	1.647.102,79 €
846/SPS del 07/06/2018	939.548,86 €	929.524,51 €	930.280,21 €	932.154,23 €	933.776,93 €	99%	5.771,93 €
1480/SPS del 09/10/2018	3.340.000,00 €	799.973,63 €	800.000,00 €	800.000,00 €	800.000,00 €	24%	2.540.000,00 €
1481/SPS del 09/10/2018	1.354.500,00 €	1.131.116,11 €	1.131.116,11 €	1.155.752,80 €	1.350.799,73 €	100%	3.700,27 €
1576/SPS del 25/10/2018	750.000,00 €	- €	- €	- €	- €	0%	750.000,00 €
1910/SPS del 29/11/2018	200.000,00 €	178.088,01 €	178.088,01 €	179.999,99 €	179.999,99 €	90%	20.000,01 €
1962/SPS del 15/10/2019	4.000.000,00 €	722.379,25 €	993.932,19 €	1.004.275,34 €	1.044.954,77 €	26%	2.955.045,23 €
1965/SPS del 15/10/2019	330.310,15 €	229.037,62 €	230.196,62 €	289.504,83 €	289.504,83 €	88%	40.805,32 €
2525/SPS del 25/11/2019	115.000,00 €	91.686,26 €	106.104,42 €	106.104,42 €	106.104,42 €	92%	8.895,58 €
429/SPS del 06/03/2020	48.927.664,74 €	- €	- €	382.284,75 €	676.286,25 €	1%	48.251.378,49 €
1902/SPS del 02/10/2020	6.298.192,01 €	- €	- €	756.621,93 €	1.534.450,59 €	24%	4.763.741,42 €
1903/SPS del 02/10/2020	5.850.000,00 €	42.476,48 €	522.629,25 €	810.733,78 €	1.064.294,32 €	18%	4.785.705,68 €
2599/SPS del 26/11/2020	330.310,15 €	29.506,31 €	251.914,70 €	261.588,07 €	275.069,67 €	83%	55.240,48 €
3181/SPS del 25.11.2021	18.487,85 €	- €	- €	- €	- €	0%	18.487,85 €
3190/SPS del 25.11.2021	1.500.000,00 €	- €	- €	699.511,38 €	741.774,64 €	49%	758.225,36 €
Totale complessivo	94.467.000,37 €	15.482.584,72 €	16.837.270,83 €	19.203.617,65 €	20.960.477,57 €	22%	73.506.522,80 €
	%	16%	18%	20%	22%		

L'andamento degli investimenti è rappresentato dal seguente grafico:

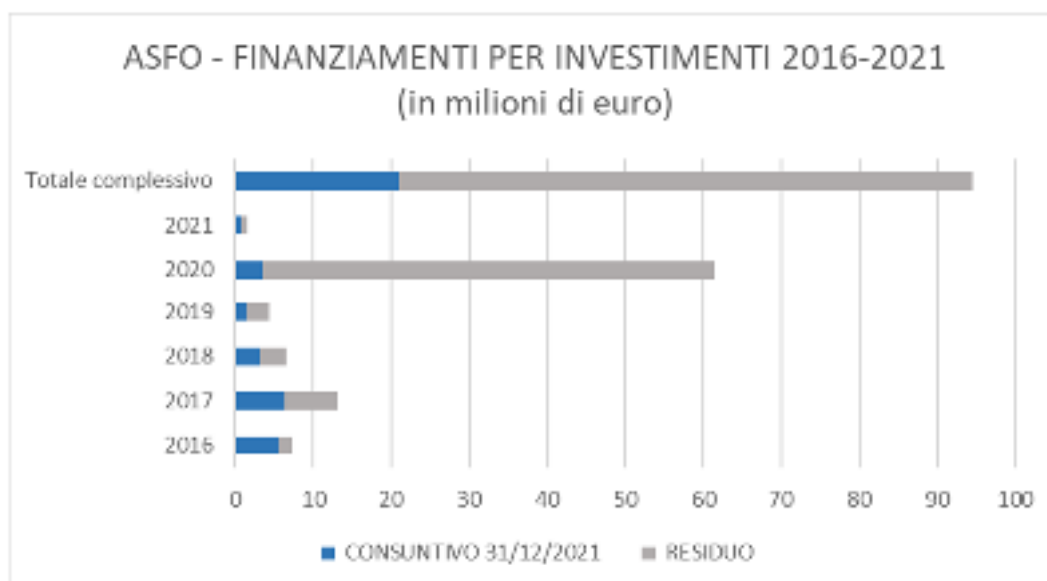


Grafico 1 – Andamento della spesa per investimenti ASFO

Gli investimenti che, al 31.12.2021, risultano conclusi, e quindi rendicontabili, suddivisi per decreto, sono i seguenti:

Tabella 3 - Investimenti conclusi e rendicontabili ASFO

DECRETO	FINANZIATO
1476/SPS del 24/11/2016	2.844.000,00 €
1484/SPS del 24/11/2016	60.000,00 €
1532/SPS del 28/11/2016	320.993,10 €
1605/SPS del 01/12/2016	1.580.000,00 €
953/SPS del 18/07/2017	40.000,00 €
1621/SPS del 22/11/2017	272.993,51 €

ASUFC

La situazione complessiva degli investimenti è rappresentata nella seguente tabella:

Tabella 4- Situazione investimenti ASUFC 2016-2021

DECRETO	FINANZIATO	RENDICONTO 31/12/2020	RENDICONTO 30/06/2021	RENDICONTO 30/09/2021	CONSUNTIVO 31/12/2021	%	RESIDUO
FINANZIATO		176.734.756,61	176.734.756,61	176.734.756,61	176.734.756,61		
1474/SPS del 24/11/2016	1.847.950,49	-	-	-	-	0%	1.847.950,49
1475/SPS del 24/11/2016	1.136.444,80	1.074.513,19	1.074.513,19	1.136.444,80	1.136.444,80	100%	-
1478/SPS del 24/11/2016	2.100.991,56	2.062.484,58	2.087.470,17	2.087.470,17	2.099.022,17	100%	1.969,39
1478/SPS del 24/11/2017	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	100%	-
1478/SPS del 24/11/2019	200.000,00	197.733,71	197.733,71	197.733,71	197.733,71	99%	2.266,29
1478/SPS del 24/11/2022	640.000,00	337.454,69	413.035,13	524.241,01	592.586,14	93%	47.413,86
1482/SPS del 24/11/2016	60.000,00	-	-	-	-	0%	60.000,00
1486/SPS del 24/11/2016	60.000,00	58.671,63	58.671,63	58.671,63	58.671,63	98%	1.328,37
1530/SPS del 28/11/2016	424.662,56	-	-	-	-	0%	424.662,56
1531/SPS del 28/11/2016	205.907,00	205.907,00	205.907,00	205.907,00	205.907,00	100%	-
1536/SPS del 28/11/2016	424.318,72	424.318,71	424.318,71	424.318,71	424.318,72	100%	-
1577/SPS del 30/11/2016	1.722.250,00	135.849,12	165.371,99	165.371,99	165.371,99	10%	1.556.878,01
1578/SPS del 30/11/2016	2.180.000,00	-	-	-	-	0%	2.180.000,00
1581/SPS del 30/11/2016	1.490.000,00	612.818,63	709.629,31	709.629,31	749.988,06	50%	740.011,94
1598/SPS del 01/12/2016	560.000,00	-	-	-	-	0%	560.000,00
1601/SPS del 01/12/2016	1.337.062,86	67.067,85	96.545,85	258.742,41	552.806,91	41%	784.255,95
1603/SPS del 01/12/2016	1.369.500,00	-	-	-	-	0%	1.369.500,00
1604/SPS del 01/12/2016	1.915.944,40	1.915.944,40	1.915.944,40	1.915.944,40	1.915.944,40	100%	-
1607/SPS del 01/12/2016	2.324.000,00	2.324.000,00	2.324.000,00	2.324.000,00	2.324.000,00	100%	-
1131/SPS del 24/08/2017	2.370.500,00	-	-	-	-	0%	2.370.500,00
1132/SPS del 24/08/2017	490.000,00	490.000,00	490.000,00	490.000,00	490.000,00	100%	-
1135/SPS del 24/08/2017	3.600.000,00	3.596.735,32	3.599.821,93	3.599.821,93	3.599.821,93	100%	178,07
1139/SPS del 24/08/2017	1.510.000,00	1.360.349,36	1.360.349,36	1.360.349,36	1.464.762,75	97%	45.237,25
1142/SPS del 24/08/2017	800.000,00	254.697,17	254.697,17	254.697,17	254.697,17	32%	545.302,83
1144/SPS del 24/08/2017	1.129.500,00	-	-	-	-	0%	1.129.500,00
1623/SPS del 22/11/2017	140.977,24	140.977,24	140.977,24	140.977,24	140.977,24	100%	-
1624/SPS del 22/11/2017	346.106,78	-	-	-	-	0%	346.106,78
1626/SPS del 22/11/2017	16.930,02	-	-	-	-	0%	16.338,29
1627/SPS del 22/11/2017	15.004,30	-	-	-	-	0%	15.004,30
1629/SPS del 22/11/2017	26.818,04	13.339,89	18.397,56	18.397,56	25.630,66	96%	1.187,38
1673/SPS del 24/11/2017	35.910.000,00	3.476.042,31	3.836.971,86	3.959.479,90	4.059.433,03	11%	31.681.613,02
1729/SPS del 29/11/2017	339.501,22	339.501,22	339.501,22	339.501,22	339.501,22	100%	-
951/SPS del 18/07/2017	40.000,00	-	-	-	-	0%	40.000,00
952/SPS del 18/07/2017	40.000,00	40.000,00	40.000,00	40.000,00	40.000,00	100%	-
955/SPS del 18/07/2017	50.000,00	49.394,03	49.394,03	49.394,03	49.394,03	99%	605,97

1480/SPS del 09/10/2018	16.203.000,00	1.634.110,92	1.673.874,74	1.711.736,18	1.783.916,80	11%	14.234.541,99
1481/SPS del 09/10/2018	3.545.500,00	1.394.205,91	1.812.111,67	1.812.111,67	1.812.111,67	51%	1.395.924,79
1576/SPS del 25/10/2018	1.151.566,50	231.566,50	356.994,96	413.424,78	574.688,45	50%	479.680,12
1729/SPS del 20/11/2018	217.061,05	217.061,05	217.061,05	217.061,05	217.061,05	100%	-
1844/SPS del 27/11/2018	192.690,59	122.618,73	171.008,73	175.489,92	192.618,73	100%	71,86
1910/SPS del 29/11/2018	1.074.469,72	348.998,76	468.309,90	468.309,90	468.309,90	44%	606.159,82
1927/SPS del 29/11/2018	1.202.000,00	32.818,00	32.818,00	32.818,00	32.818,00	3%	1.169.182,00
845/SPS del 07/06/2018	1.391.980,00	938.253,03	959.596,13	1.057.714,96	1.170.276,84	84%	221.703,16
894/SPS del 18/06/2018	337.005,82	337.005,82	337.005,82	337.005,82	337.005,82	100%	-
1962/SPS del 15/10/2019	13.500.000,00	3.193.443,64	3.574.713,88	5.651.347,24	6.408.118,23	47%	6.745.023,59
1963/SPS del 15/10/2019	557.110,76	-	478.032,05	478.032,05	540.683,47	97%	16.427,29
2406/SPS del 19/11/2019	194.789,14	192.850,66	194.250,00	194.789,14	194.789,14	100%	-
2442/SPS del 20/11/2019	440.214,57	-	-	-	-	0%	440.214,57
2524/SPS del 25/11/2019	225.000,00	-	-	-	-	0%	225.000,00
2527/SPS del 25/11/2019	130.000,00	-	-	-	-	0%	130.000,00
1902/SPS del 02/10/2020	9.670.185,74	3.436.248,14	3.436.248,14	3.711.169,22	4.016.097,94	42%	4.813.661,45
1903/SPS del 02/10/2020	15.808.508,58	-	166.202,59	215.953,10	529.676,33	3%	15.192.232,25
2285/SPS del 11/11/2020	751.899,90	-	237.866,83	293.229,22	328.054,98	44%	394.311,47
2876/SPS del 10/11/2021	2.000.000,00	-	-	-	1.641.075,84	82%	358.924,16
3082/SPS del 22/11/2021	1.800.000,00	-	-	-	-	0%	1.800.000,00
3083/SPS del 22/11/2021	500.000,00	-	-	-	-	0%	500.000,00
3084/SPS del 22/11/2021	1.815.000,00	-	-	-	-	0%	1.815.000,00
3174/SPS del 25/11/2021	31.569,57	-	-	-	31.569,57	100%	-
3177/SPS del 25/11/2021	228.026,29	-	-	-	-	0%	228.026,29
3187/SPS del 25/11/2021	25.000.000,00	-	-	-	-	0%	25.000.000,00
3189/SPS del 25/11/2021	11.822.808,39	-	-	-	-	0%	11.314.990,33
Totale complessivo	176.734.756,61	31.376.981,21	34.039.345,95	37.151.285,80	41.285.886,32	23%	132.848.885,89
	%	18%	19%	21%	23%		

L'andamento degli investimenti è rappresentato dal seguente grafico:



Grafico 2 – Andamento della spesa per investimenti ASUFC

Gli investimenti che, al 31.12.2021, risultano conclusi, e quindi rendicontabili, suddivisi per decreto, sono i seguenti:

Tabella 5 - Investimenti conclusi e rendicontabili ASUFC

DECRETO	FINANZIATO
1475/SPS del 24/11/2016	1.136.444,80
1478/SPS del 24/11/2016	2.100.991,56
1478/SPS del 24/11/2017	120.000,00
1531/SPS del 28/11/2016	205.907,00
1536/SPS del 28/11/2016	424.318,72
1604/SPS del 01/12/2016	1.915.944,40
1607/SPS del 01/12/2016	2.324.000,00
1132/SPS del 24/08/2017	490.000,00
1135/SPS del 24/08/2017	3.600.000,00
1623/SPS del 22/11/2017	140.977,24
1729/SPS del 29/11/2017	339.501,22
952/SPS del 18/07/2017	40.000,00
1729/SPS del 20/11/2018	217.061,05
1844/SPS del 27/11/2018	192.690,59
894/SPS del 18/06/2018	337.005,82
2406/SPS del 19/11/2019	194.789,14
3174/SPS del 25/11/2021	31.569,57

ASUGI

La situazione complessiva degli investimenti è rappresentata nella seguente tabella:

Tabella 6 - Situazione investimenti ASUGI 2016-2022

DECRETO	FINANZIATO	CONSUNTIVO 31/12/2020	RENDICONTO 30/06/2021	RENDICONTO 30/09/2021	CONSUNTIVO 31/12/2021	%	RESIDUO
FINANZIATO		119.527.189,74	119.527.189,74	119.527.189,74	119.527.189,74		
1474/SPS del 24/11/2016	1.797.950,49	1.638.643,46	1.638.643,46	1.638.643,46	1.638.643,46	91%	159.307,03
1477/SPS del 24/11/2016	2.882.308,45	2.726.925,70	2.727.308,45	2.727.308,45	2.882.308,45	100%	-
1482/SPS del 24/11/2016	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	100%	-
1485/SPS del 24/11/2016	120.000,00	60.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	100%	-
1530/SPS del 28/11/2016	424.662,56	424.662,56	424.662,56	424.662,56	424.662,56	100%	-
1535/SPS del 28/11/2016	474.104,44	428.104,44	428.104,44	428.104,44	428.104,44	90%	46.000,00
1577/SPS del 30/11/2016	1.722.250,00	1.157.839,08	1.187.361,95	1.187.361,95	1.187.361,95	69%	534.888,05
1580/SPS del 30/11/2016	1.510.000,00	1.262.532,43	1.262.532,43	1.262.532,43	1.262.532,43	84%	247.467,57
1598/SPS del 01/12/2016	560.000,00	250.591,74	250.591,74	250.591,74	250.591,74	45%	309.408,26
1600/SPS del 01/12/2016	500.000,00	410.239,28	410.239,28	410.239,28	410.239,28	82%	89.760,72
1603/SPS del 01/12/2016	1.369.500,00	1.366.854,28	1.366.854,28	1.366.854,28	1.366.854,28	100%	2.645,72
1606/SPS del 01/12/2016	2.428.700,00	2.428.700,00	2.428.700,00	2.428.700,00	2.428.700,00	100%	-
951/SPS del 18/07/2017	40.000,00	40.000,00	40.000,00	40.000,00	40.000,00	100%	-
954/SPS del 18/07/2017	50.000,00	-	-	-	-	0%	50.000,00
1131/SPS del 24/08/2017	2.370.500,00	2.064.021,20	2.064.021,20	2.064.021,20	2.064.021,20	87%	306.478,80
1134/SPS del 24/08/2017	2.600.000,00	2.433.498,04	2.528.658,04	2.539.578,04	2.598.614,00	100%	1.386,00
1141/SPS del 24/08/2017	850.000,00	209.821,93	209.821,93	217.821,93	399.911,77	47%	450.088,23
1144/SPS del 24/08/2017	1.129.500,00	855.087,60	873.648,22	855.087,60	855.087,60	76%	274.412,40
1624/SPS del 22/11/2017	361.111,08	37.583,08	37.583,08	37.583,08	94.568,26	26%	266.542,82
1630/SPS del 22/11/2017	60.485,95	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	99%	485,95
1672/SPS del 24/11/2017	355.600,00	355.600,00	355.600,00	355.600,00	355.600,00	100%	-
1673/SPS del 24/11/2017	31.350.000,00	10.990.205,40	10.990.205,40	11.919.595,22	12.139.522,50	39%	19.210.477,50

1052/SPS del 18/07/2018	1.000.000,00	500.153,32	804.792,10	977.595,40	1.000.000,00	100%	-
1480/SPS del 09/10/2018	8.665.000,00	136.723,03	136.723,03	208.263,83	185.504,77	2%	8.479.495,23
1481/SPS del 09/10/2018	2.385.600,00	1.700.357,38	1.700.357,38	1.700.357,38	1.700.357,38	71%	685.242,62
1531/SPS del 19/10/2018	606.126,68	605.141,92	605.657,29	605.657,29	605.657,29	100%	469,39
1576/SPS del 25/10/2018	920.000,00	-	-	-	-	0%	920.000,00
1910/SPS del 29/11/2018	850.000,00	76.860,00	76.860,00	193.998,76	193.998,76	23%	656.001,24
1927/SPS del 29/11/2018	1.202.000,00	275.419,06	275.419,06	275.419,06	275.419,06	23%	926.580,94
1962/SPS del 15/10/2019	9.203.000,00	835.365,89	891.977,40	1.689.021,17	4.506.983,13	49%	4.696.016,87
2408/SPS del 19/11/2019	564.653,90	328.517,86	337.358,51	372.194,48	451.576,48	80%	113.077,42
2442/SPS del 20/11/2019	440.214,57	440.214,57	440.214,57	440.214,57	440.214,57	100%	-
2524/SPS del 25/11/2019	225.000,00	73.458,38	73.458,38	73.458,38	73.458,38	33%	151.541,62
2526/SPS del 25/11/2019	1.776.000,00	36.914,86	48.865,98	54.961,10	1.078.722,07	61%	697.277,93
2587/SPS del 26/11/2019	275.346,92	-	275.346,92	275.346,92	275.346,92	100%	-
1902/SPS del 02/10/2020	2.019.000,00	-	-	-	1.195.491,29	59%	823.508,71
1903/SPS del 02/10/2020	14.633.666,76	-	-	-	396.887,68	3%	14.236.779,08
2545/SPS del 24/11/2020	564.653,90	-	438.760,80	438.760,80	564.653,90	100%	-
2877/SPS del 10/11/2021	2.000.000,00	-	-	-	2.000.000,00	100%	-
2879/SPS del 10/11/2021	332.653,90	-	-	-	127.889,28	38%	204.764,62
2880/SPS del 10/11/2021	232.000,00	-	-	-	169.075,30	73%	62.924,70
2881/SPS del 10/11/2021	350.000,00	-	-	-	-	0%	350.000,00
3174/SPS del 25/11/2021	23.924,42	-	-	-	23.924,42	100%	-
3182/SPS del 25/11/2021	310.516,68	-	-	-	-	0%	310.516,68
3188/SPS del 25/11/2021	8.000.000,00	-	-	-	-	0%	8.000.000,00
3189/SPS del 25/11/2021	9.931.159,04	-	-	-	-	0%	9.931.159,04
Totale complessivo	119.527.189,74	34.270.036,49	35.570.327,88	37.699.534,80	46.332.484,60	39%	73.194.705,14
	%	29%	30%	32%	39%		

L'andamento degli investimenti è rappresentato dal seguente grafico:



Grafico 3 – Andamento della spesa per investimenti ASUGI

Gli investimenti che, al 31.12.2021, risultano conclusi, e quindi rendicontabili, suddivisi per decreto, sono i seguenti:

Tabella 7 - Investimenti conclusi e rendicontabili ASUGI

DECRETO	FINANZIATO
1477/SPS del 24/11/2016	2.882.308,45
1482/SPS del 24/11/2016	60.000,00
1485/SPS del 24/11/2016	120.000,00
1530/SPS del 28/11/2016	424.662,56
1603/SPS del 01/12/2016	1.369.500,00
1606/SPS del 01/12/2016	2.428.700,00
951/SPS del 18/07/2017	40.000,00
1134/SPS del 24/08/2017	2.600.000,00
1672/SPS del 24/11/2017	355.600,00
1052/SPS del 18/07/2018	1.000.000,00
1531/SPS del 19/10/2018	606.126,68
2442/SPS del 20/11/2019	440.214,57
2587/SPS del 26/11/2019	275.346,92
2545/SPS del 24/11/2020	564.653,90
2877/SPS del 10/11/2021	2.000.000,00
3174/SPS del 25/11/2021	23.924,42

IRCCS BURLO-GAROFOLO

La situazione complessiva degli investimenti è rappresentata nella seguente tabella:

Tabella 8 - Situazione investimenti IRCCS BURLO-GAROFOLO 2016-2021

DECRETO	FINANZIATO	RENDICONTO 31/12/2020	RENDICONTO 30/06/2021	RENDICONTO 30/09/2021	CONSUNTIVO 31/12/2021	%	RESIDUO
Finanziato		17.022.319,48 €	17.022.319,48 €	17.022.319,48 €	17.022.319,48 €		
1582/SPS del 30/11/2016	255.000,00 €	247.301,57 €	247.301,57 €	247.301,57 €	247.301,57 €	97%	7.698,43 €
1602/SPS del 01/12/2016	215.000,00 €	57.978,88 €	198.598,00 €	202.902,16 €	202.902,16 €	94%	12.097,84 €
1608/SPS del 01/12/2016	352.000,00 €	352.000,00 €	352.000,00 €	352.000,00 €	352.000,00 €	100%	- €
1136/SPS del 24/08/2017	240.000,00 €	148.311,86 €	148.311,86 €	150.000,00 €	150.000,00 €	63%	90.000,00 €
1143/SPS del 24/08/2017	160.000,00 €	98.812,96 €	126.831,97 €	126.831,97 €	126.831,97 €	79%	33.168,03 €
1622/SPS del 22/11/2017	26.358,65 €	26.358,65 €	26.358,65 €	26.358,65 €	26.358,65 €	100%	- €
1625/SPS del 22/11/2017	15.028,79 €	- €	15.028,79 €	15.028,79 €	15.028,79 €	100%	- €
1673/SPS del 24/11/2017	2.350.000,00 €	1.075.333,31 €	2.013.376,26 €	2.013.376,26 €	2.014.735,04 €	86%	335.264,96 €
1481/SPS del 09/10/2018	280.000,00 €	- €	263.813,18 €	263.843,18 €	265.074,33 €	95%	14.925,67 €
1576/SPS del 25/10/2018	100.000,00 €	60.000,00 €	58.161,68 €	88.622,47 €	99.943,07 €	100%	56,93 €
1910/SPS del 29/11/2018	178.000,00 €	60.000,00 €	87.045,37 €	87.045,37 €	87.045,37 €	49%	90.954,63 €
1962/SPS del 15/10/2019	2.162.124,00 €	1.322.135,87 €	1.347.688,23 €	1.492.816,09 €	1.651.513,09 €	76%	510.610,91 €
1964/SPS del 15/10/2019	39.193,32 €	- €	39.193,32 €	39.193,32 €	39.193,32 €	100%	- €
2528/SPS del 25/11/2019	60.000,00 €	- €	36.923,18 €	47.196,58 €	47.766,14 €	80%	12.233,86 €
2530/SPS del 25/11/2019	70.000,00 €	- €	52.476,93 €	52.476,93 €	70.000,00 €	100%	- €
1901/SPS del 02/10/2020	140.000,00 €	42.260,80 €	42.260,80 €	43.346,60 €	43.346,60 €	31%	96.653,40 €
1902/SPS del 02/10/2020	568.845,24 €	20.618,00 €	166.405,90 €	360.802,28 €	259.936,46 €	46%	308.908,78 €
1903/SPS del 02/10/2020	630.000,00 €	- €	- €	- €	- €	0%	630.000,00 €
2112/SPS del 04/11/2020	30.000,00 €	- €	19.032,00 €	19.032,00 €	25.376,00 €	85%	4.624,00 €
2283/SPS del 11/11/2020	39.193,32 €	39.193,32 €	39.193,32 €	39.193,32 €	39.193,32 €	100%	- €
2536/SPS del 24/11/2020	7.235.000,00 €	- €	1.795.196,26 €	2.226.904,94 €	2.422.823,40 €	33%	4.812.176,60 €
4964/TERINF del 10.12.2020	9.089,58 €	- €	- €	- €	- €	0%	9.089,58 €
2875/SPS del 10/11/2021	565.000,00 €	500.000,00 €	564.725,38 €	564.725,38 €	564.725,38 €	100%	274,62 €
2873/SPS del 10/11/21	41.387,02 €	- €	22.638,00 €	32.044,20 €	35.176,35 €	85%	6.210,67 €
3189/SPS del 25/11/21	1.261.099,56 €	- €	- €	- €	18.272,73 €	1%	1.242.826,83 €
Totale complessivo	17.022.319,48 €	4.050.305,22 €	7.662.560,65 €	8.491.042,06 €	8.804.543,74 €	52%	8.217.775,74 €
	%	24%	45%	50%	52%		

L'andamento degli investimenti è rappresentato dal seguente grafico:

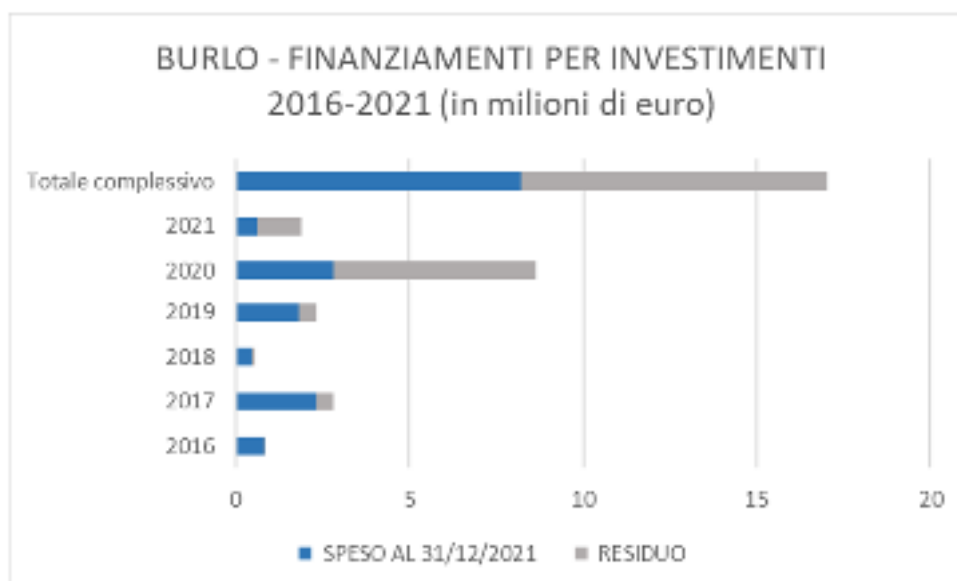


Grafico 4 – Andamento della spesa per investimenti IRCCS BURLO-GAROFOLO

Gli investimenti che, al 31.12.2021, risultano conclusi, e quindi rendicontabili, suddivisi per decreto, sono i seguenti:

Tabella 9 - Investimenti conclusi e rendicontabili IRCCS BURLO-GAROFOLO

DECRETO	FINANZIATO
1608/SPS del 01/12/2016	352.000,00 €
1622/SPS del 22/11/2017	26.358,65 €
1625/SPS del 22/11/2017	15.028,79 €
1576/SPS del 25/10/2018	100.000,00 €
1964/SPS del 15/10/2019	39.193,32 €
2530/SPS del 25/11/2019	70.000,00 €
2283/SPS del 11/11/2020	39.193,32 €

IRCCS CRO

La situazione complessiva degli investimenti è rappresentata nella seguente tabella:

Tabella 10 - Situazione investimenti IRCCS CRO 2016-2021

DECRETO	FINANZIATO	RENDICONTO 31/12/2020	RENDICONTO 30/06/2021	RENDICONTO 30/09/2021	CONSUNTIVO 31/12/2021	%	RESIDUO
FINANZIATO		30.729.509,60	30.729.509,60	30.729.509,60	30.729.509,60		
1481/SPS del 24/11/2016	1.930.000,00	1.207.127,33	1.207.527,33	1.207.527,33	1.213.773,28	63%	716.226,72
1534/SPS del 28/11/2016	108.626,74	12.416,56	12.416,56	16.719,08	16.719,08	15%	91.907,66
1137/SPS del 24/08/2017	1.000.000,00	637.092,89	637.092,89	637.092,89	637.092,89	64%	362.907,11
1628/SPS del 22/11/2017	11.529,00	11.529,00	11.529,00	11.529,00	11.529,00	100%	-
1003/SPS del 12/07/2018	351.937,86	129.513,65	240.506,76	244.166,76	332.471,71	94%	19.466,15
1481/SPS del 09/10/2018	280.000,00	234.899,57	270.185,97	272.114,79	272.114,79	97%	7.885,21
1576/SPS del 25/10/2018	100.000,00	-	-	-	-	0%	100.000,00
1910/SPS del 29/11/2018	100.000,00	98.850,00	98.850,00	98.850,00	98.850,00	99%	1.150,00
1962/SPS del 15/10/2019	3.000.000,00	314.241,97	503.221,49	626.628,15	15.027,20	1%	2.984.972,80
1962/SPS del 15/10/2019, 2	1.000.000,00	-	-	-	627.418,17	63%	372.581,83
2407/SPS del 19/11/2019	123.728,16	63.820,20	63.820,20	63.820,20	73.067,80	59%	50.660,36
2740/SPS del 03/12/2019	15.884.846,23	800,00	800,00	800,00	800,00	0%	15.884.046,23
1902/SPS del 02/10/2020	459.607,46	-	93.831,40	159.190,67	163.768,72	36%	295.838,74
1903/SPS del 02/10/2020	5.494.331,00	-	-	-	-	0%	5.494.331,00
2487/SPS del 20/11/2020	123.700,00	-	45.213,20	45.213,20	45.213,20	37%	78.486,80
3178/SPS del 25/11/2021	6.925,21	-	-	-	-	0%	6.925,21
3185/SPS del 25/11/2021	754.277,94	-	-	-	-	0%	754.277,94
Totale complessivo	30.729.509,60	2.710.291,17	3.184.994,80	3.383.652,07	3.507.845,84	11%	27.221.663,76
	%	9%	10%	11%	11%		

L'andamento degli investimenti è rappresentato dal seguente grafico:

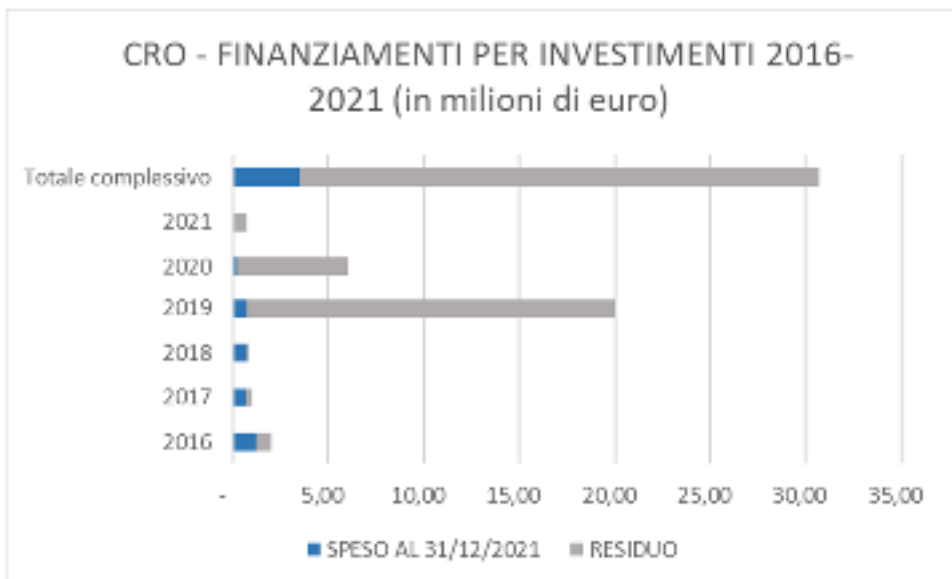


Grafico 5 – Andamento della spesa per investimenti IRCCS CRO

Gli investimenti che, al 31.12.2021, risultano conclusi, e quindi rendicontabili, suddivisi per decreto, sono i seguenti:

Tabella 11 - Investimenti conclusi e rendicontabili IRCCS CRO

DECRETO	FINANZIATO
1628/SPS del 22/11/2017	11.529,00

5. VINCOLI GESTIONALI

Si rappresenta di seguito la verifica effettuata da ARCS sul rispetto di alcuni vincoli gestionali con riferimento ai valori rappresentati nei bilanci consuntivi 2021.

1) FARMACEUTICA

La DGR n. 189 del 12/02/2021 prevedeva, con riferimento alla spesa farmaceutica, che le Aziende ponessero in essere manovre coerenti con le attività assistenziali programmate, attivando strumenti gestionali nell'ambito dei seguenti vincoli:

- Farmaceutica territoriale: costo procapite euro 78,00 pari al 90% dei consumi totali per residenti relativi alla distribuzione diretta;
- DPC: costo procapite euro 38 (farmaci e servizio di distribuzione);
- Farmaceutica convenzionata: costo procapite euro 112,00;
- Farmaceutica ospedaliera: riduzione rispetto ai consumi 2020 per la farmaceutica ospedaliera e il 10% dei costi della distribuzione diretta a residenti (1,0% ASUGI, -3,0% ASUFC, -0,5% ASFO, -2,0% IRCCS BURLO, -3,0% IRCCS CRO) con esclusione dei vaccini, dei farmaci per la cura dell'atrofia muscolare (SMA) e dei farmaci oncologici ed emato-oncologici;
- Farmaci oncologici: mantenimento valore 2021.

Tab. 1 – Vincoli Farmaceutica Territoriale

FARMACEUTICA TERRITORIALE	ASUGI	ASUFC	ASFO	TOTALE	NOTE
COSTO PROCAPITE DA LINEE DI GESTIONE	78,00	78,00	78,00	78,00	
COSTO PROCAPITE 2021 (Fonte: MONITORAGGIO INDICATORI LINEE PER LA GESTIONE 2021 NOVEMBRE-DICEMBRE)	78,81	86,26	88,04	84,34	
COSTO PROCAPITE 2021 (Fonte: RELAZIONE SULLA GESTIONE BILANCI CONSUNTIVI 2021)	78,81	85,51	88,04		Dato AUSFC al netto delle note di credito AIFA
DELTA % RISPETTO VINCOLO DATI DCS	1,04%	10,59%	12,87%	8,13%	
DELTA % RISPETTO VINCOLO DATI AZIENDALI	1,04%	9,63%	12,87%		

Tab. 2 – Vincoli Farmaceutica DPC

FARMACEUTICA DPC	ASUGI	ASUFC	ASFO	TOTALE
COSTO PROCAPITE DA LINEE DI GESTIONE	38,00	38,00	38,00	38,00
COSTO PROCAPITE 2021 (Fonte: MONITORAGGIO INDICATORI LINEE PER LA GESTIONE 2021 NOVEMBRE-DICEMBRE)	41,10	42,84	37,49	40,98
COSTO PROCAPITE 2021 (Fonte: RELAZIONE SULLA GESTIONE)	41,10	42,94	37,49	
DELTA % RISPETTO VINCOLO DATI DCS	8,16%	12,74%	-1,34%	7,84%
DELTA % RISPETTO VINCOLO DATI AZIENDALI	8,16%	13,00%	-1,34%	

Tab. 3 – Vincoli Farmaceutica Convenzionata

FARMACEUTICA CONVENZIONATA	ASUGI	ASUFC	ASFO	TOTALE
COSTO PROCAPITE DA LINEE DI GESTIONE	112,00	112,00	112,00	112,00
COSTO PROCAPITE 2021 (Fonte: MONITORAGGIO INDICATORI LINEE PER LA GESTIONE 2021 NOVEMBRE-DICEMBRE)	110,76	113,55	111,68	112,29
COSTO PROCAPITE 2021 (Fonte: RELAZIONE SULLA GESTIONE)	110,76	112,95	111,68	
DELTA % RISPETTO VINCOLO DATI DCS	-1,11%	1,38%	-0,29%	0,26%
DELTA % RISPETTO VINCOLO DATI AZIENDALI	-1,11%	0,85%	-0,29%	

Tab. 4 – Vincoli Farmaceutica Ospedaliera (tabella con dati da Monitoraggio Indicatori linee per la gestione 2021 novembre-dicembre)

FARMACEUTICA OSPEDALIERA DATI DCS	ASUGI	ASUFC	ASFO	BURLO	CRO	TOTALE
COSTO 2020 (Fonte: MONITORAGGIO INDICATORI LINEE PER LA GESTIONE 2021 NOVEMBRE-DICEMBRE)	18.392.714,00	34.797.343,00	13.402.970,00	2.521.017,00	3.838.399,00	72.952.443,00
COSTO 2021 (Fonte: MONITORAGGIO INDICATORI LINEE PER LA GESTIONE 2021 NOVEMBRE-DICEMBRE)	20.243.994,00	37.497.127,00	12.595.742,00	1.849.456,00	3.968.977,00	76.155.296,00
DELTA % 2021/2020	10,07%	7,76%	-6,02%	-26,64%	3,40%	4,39%
VICOLO DA LINEE DI GESTIONE	-1,00%	-3,00%	-0,50%	-2,00%	-3,00%	-2,00%
DELTA % RISPETTO VINCOLO	11,07%	10,76%	-5,52%	-24,64%	6,40%	6,39%

Nel report di monitoraggio predisposto dall'ufficio competente della Direzione Centrale Salute vengono esposti anche i dati della spesa farmaceutica ospedaliera al netto dei costi covid, come di seguito rappresentato.

Tab. 5 – Vincoli Farmaceutica Ospedaliera al netto dei costi COVID (tabella con dati da Monitoraggio Indicatori linee per la gestione 2021 novembre-dicembre)

FARMACEUTICA OSPEDALIERA AL NETTO DEI COSTI COVID	ASUGI	ASUFC	ASFO	BURLO	CRO	TOTALE
COSTO 2020 AL NETTO DEI COSTI COVID (Fonte: MONITORAGGIO INDICATORI LINEE PER LA GESTIONE 2021 NOVEMBRE-DICEMBRE)	17.425.848,00	33.176.692,00	12.852.831,00	2.499.108,00	3.837.673,00	69.792.152,00
COSTO 2021 AL NETTO DEI COSTI COVID (Fonte: MONITORAGGIO INDICATORI LINEE PER LA GESTIONE 2021 NOVEMBRE-DICEMBRE)	18.465.357,00	35.137.858,00	11.860.090,00	1.825.373,00	3.968.279,00	71.256.957,00
DELTA % 2021/2020	5,97%	5,91%	-7,72%	-26,96%	3,40%	2,10%
VICOLO DA LINEE DI GESTIONE	-1,00%	-3,00%	-0,50%	-2,00%	-3,00%	-2,00%
DELTA % RISPETTO VINCOLO	6,97%	8,91%	-7,22%	-24,96%	6,40%	4,10%

Si riportano inoltre i dati di monitoraggio del vincolo della spesa farmaceutica ospedaliera rappresentati nelle relazioni contenute nei bilanci consuntivi 2021 approvati dagli Enti del SSR.

Tab. 6 – Vincoli Farmaceutica Ospedaliera (dati aziendali)

FARMACEUTICA OSPEDALIERA DATI AZIENDALI	ASUGI	ASUFC	ASFO	BURLO	CRO	TOTALE
COSTO 2020 (Fonte: RELAZIONE SULLA GESTIONE BILANCI CONSUNTIVI 2021)	18.392.714,00	34.129.565,00	13.402.970,00	2.523.370,00	3.838.399,00	72.287.018,00
COSTO 2021 (Fonte: RELAZIONE SULLA GESTIONE BILANCI CONSUNTIVI 2021)	20.243.994,00	36.643.361,91	12.595.742,00	1.856.412,00	3.968.977,00	75.308.486,91
DELTA % 2021/2020	10,07%	7,37%	-6,02%	-26,43%	3,40%	4,18%
VICOLO DA LINEE DI GESTIONE	-1,00%	-3,00%	-0,50%	-2,00%	-3,00%	-2,00%
DELTA % RISPETTO VINCOLO	11,07%	10,37%	-5,52%	-24,43%	6,40%	6,18%

2) DISPOSITIVI MEDICI

La DGR 189/2021 prevedeva l'obbligo del rispetto delle misure di contenimento della spesa per dispositivi medici, ad esclusione degli acquisti specificatamente finalizzati alla gestione dell'emergenza pandemica COVID-19.

Tab. 7 – Vincoli Dispositivi Medici

VOCE BILANCIO	VOCE MODELLO CE	ASFO Consuntivo 2020	ASUFC Consuntivo 2020	ASUGI Consuntivo 2020	BURLO Consuntivo 2020	CRO Consuntivo 2020	ARCS Consuntivo 2020	TOTALE 2020
300.100.P.49	Dispositivi medici							
300DISPOSITI	Dispositivi medici	8.226.065,69	23.481.118,18	20.768.576,38	2.075.177,47	1.571.016,78	70.341.270,44	126.463.224,94
300DISP.IMP.	Dispositivi medici impiantabili attivi	2.310.711,92	2.701.659,70	2.786.138,09	431.795,52	-	1.294.058,00	9.524.363,23
300DISP.IVD.	Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD)	9.878.738,40	7.803.101,55	16.153.149,06	3.578.585,66	3.811.374,45	18.817.805,58	60.042.754,70
	Dispositivi medici							
300R.DISPOSI	Dispositivi medici	11.702.417,36	37.322.449,20	17.130.149,44	1.251.939,42	2.141.163,77		
300R.DISP.IM	Dispositivi medici impiantabili attivi	3.500,00	1.283.161,50	4.330,00				
300R.DIS.IVD	Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD)	414.427,38	17.007.038,50	749.078,84	44.527,06	41.599,15		
	VARIAZIONE DELLE RIMANENZE	- 168.365,29	1.156.702,59	- 1.630.038,07	- 27.557,99	- 126.093,15	- 1.721.846,47	- 2.517.198,38
	COSTI PER RICERCA (DATI DA BILANCI AZIENDE)				- 1.039.106,00	- 1.345.004,00		- 2.384.110,00
	COSTI COVID	- 3.581.303,87	- 9.692.021,91	- 7.980.732,05	- 1.252.414,69	- 348.375,28	- 9.019,00	- 22.864.666,80
	TOTALE COSTI 2020	28.786.191,59	81.062.409,31	47.980.651,69	5.062.946,45	5.745.681,72	88.722.268,55	168.264.367,69
VOCE BILANCIO	VOCE MODELLO CE	ASFO Consuntivo 2021	ASUFC Consuntivo 2021	ASUGI Consuntivo 2021	BURLO Consuntivo 2021	CRO Consuntivo 2021	ARCS Consuntivo 2021	TOTALE 2021
300.100.P.49	Dispositivi medici							
300DISPOSITI	Dispositivi medici	8.731.539,69	25.159.882,28	21.332.548,02	2.229.047,88	1.742.006,07	76.670.043,50	135.865.067,44
300DISP.IMP.	Dispositivi medici impiantabili attivi	2.351.667,18	3.810.861,53	3.368.222,72	340.358,70		380.526,00	10.251.636,13
300DISP.IVD.	Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD)	10.098.694,54	16.929.672,37	14.768.801,41	5.367.435,10	4.139.195,20	17.921.552,11	69.225.350,73
	Dispositivi medici							
300R.DISPOSI	Dispositivi medici	12.708.696,42	38.690.164,99	19.985.817,39	1.596.235,94	2.295.314,45		
300R.DISP.IM	Dispositivi medici impiantabili attivi	3.500,00	355.916,00	3.850,00				
300R.DIS.IVD	Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD)	393.379,85	17.466.375,70	515.510,58	11.164,15	50.058,50		
	VARIAZIONE DELLE RIMANENZE	- 10.027,97	407.054,71	395.476,55	- 126.587,48	52.072,77	- 510.021,09	207.967,49
	COSTI PER RICERCA (DATI DA BILANCI AZIENDE)				- 2.044.261,43	- 1.819.798,00		- 3.864.059,43
	COSTI COVID	- 3.632.443,00	- 18.798.674,65	- 10.635.560,57	- 1.600.176,65	- 402.290,57	- 72.051,44	- 35.141.196,88
	TOTALE COSTI 2021	30.645.006,71	84.021.252,93	49.734.666,10	5.773.216,21	6.056.558,42	94.390.049,08	176.544.765,48
	DELTA 2021/2020	1.858.815,12	2.958.843,62	1.754.014,41	710.269,76	310.876,70	5.667.780,53	8.280.397,79
	DELTA % 2021/2020	6%	4%	4%	14%	5%	6%	5%

3) PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Il vincolo per il numero di prestazioni ambulatoriali per abitante sulla popolazione pesata è fissato a 3,4 prestazioni pro capite, con esclusione della branca di laboratorio (patologia clinica, microbiologia e anatomia patologica). In tale valore sono comprese le prestazioni di CT-PET. Si rappresenta la tabella con i dati estratti per gli anni 2020 e 2021.

Tab. 8 – Prestazioni ambulatoriali pro capite

Azienda residenza	pop. Pesata LG 2021 (dati al 31/12/2019)	n. prestazioni ambulatoriali*		prest. Abit. Pop. Pesata	
		2020	2021	2020	2021
060205 - AS Friuli Occidentale	341.308	732.096	789.753	2,15	2,31
060206 - ASU Friuli Centrale	608.550	1.313.611	1.421.669	2,17	2,34
060207 - ASU Giuliano Isontina	439.527	1.275.382	1.500.221	2,88	3,41
FVG	1.389.385	3.321.089	3.711.643	2,39	2,67

* Fonte: Estrazione Portale Direzionale SISR - Universo Siasa Prestazioni aggregate (estrazione del 07/09/2022)

4) MANUTENZIONI ORDINARIE EDILI IMPIANTISTICHE

Tab. 9 – Manutenzioni ordinarie edili impiantistiche

descrizione vincolo	ENTE	importo vincolo	CONSUNTIVO 2021 (al netto costi covid)**	DELTA % RISPETTO VINCOLO
VALORE 2015	ASUGI*	6.547.103,99	6.527.812,94	-0,29%
	ASUFC*	7.093.488,06	6.920.392,64	-2,44%
	ASFO	4.153.402,15	4.028.046,70	-3,02%
	BURLO	272.744,00	271.285,84	-0,53%
	CRO	443.245,00	402.697,02	-9,15%
	TOTALE		18.509.983,20	18.150.235,14

* Riparto valore ex AAS2 per centro di costo e secondo le percentuali 55%-45%, utilizzate per lo scorporo, per i costi attribuiti ai cdc comuni della ex AAS2.

**Fonte: dati Alimentazione costi Bilanci Consuntivi 2021

IL SEGRETARIO GENERALE

IL PRESIDENTE