



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

azienda per l'assistenza sanitaria

5 Friuli Occidentale

BILANCIO DI ESERCIZIO

ANNO 2016

INDICE

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE DEL 2016

A)	Introduzione: territorio, popolazione e organizzazione dell'Azienda	Pag.	4
B)	L'Organizzazione Aziendale	Pag.	7
	- Generalità sulla struttura e sull'organizzazione dei servizi:	Pag.	7
	o Assistenza ospedaliera		11
	o Assistenza Territoriale		11
	o Prevenzione		13
C)	Obiettivi 2016	Pag.	14
	C1) Linee progettuali	Pag.	14
	C2) Obiettivi del Patto tra Regione e Direttore Generale anno 2016 (approvati con DGR 391/2016)	Pag.	73
	C3) Obiettivo economico	Pag.	82
D)	L'attività del periodo	Pag.	87
	D1) Assistenza ospedaliera:	Pag.	87
	a) Confronto dati di attività degli esercizi 2016 e 2015;		
	b) Obiettivi di attività dell'esercizio 2016 e confronto con il livello programmato		
	D2) Assistenza territoriale:	Pag.	97
	a) Confronto dati di attività degli esercizi 2016 e 2015;		
	b) Obiettivi di attività dell'esercizio 2016 e confronto con il livello programmato		
	D3) Prevenzione:	Pag.	103
	a) Confronto dati di attività degli esercizi 2016 e 2015;		
	b) Obiettivi di attività dell'esercizio 2016 e confronto con il livello programmato		
	D4) Tabella indicatori LEA	Pag.	104
	D5) Tabella tempi d'attesa per gli interventi traccianti	Pag.	108
E)	Politiche del Personale	Pag.	113
	a) Manovra quali-quantitativa del personale realizzata nel 2016;	Pag.	113
	b) Evidenza degli elementi di costo per la valutazione del raggiungimento dell'obiettivo dell'1% al 31.12.2016 attraverso la compilazione della tabella allegata al presente documento ("tabella 1%")	Pag.	117
	c) Incarichi di Struttura Complessa e di Struttura Semplice Dipartimentale e stato attuazione Atto aziendale	Pag.	119
	d) Rapporti di somministrazione	Pag.	121
	e) Prestazioni aggiuntive	Pag.	123
	f) Incremento 1% come tetto massimo del fondo produttività/risultato	Pag.	123
	g) Applicazione comma 236 della L. 28.12.2015 n. 208 (Legge Finanziaria 2016)	Pag.	123
	h) Risorse aggiuntive regionali	Pag.	123

i)	Tabella del personale di cui alla nota integrativa	Pag. 124
j)	Formazione	Pag. 124
F)	Utilizzo dell'utile di esercizio	Pag. 127
G)	Leggi speciali	Pag. 128
H)	Inventario fisico dei beni	Pag. 130
I)	Investimenti	Pag. 133

ALLEGATI

Allegati personale

Allegato 3) Investimenti

DOCUMENTI CONTABILI SANITA'

- a) Stato Patrimoniale
 Conto Economico
 Rendiconto Finanziario
 Nota Integrativa
- b) Prospetti SIOPE
- c) Modello LA
- d) Conti economici di Presidio

DOCUMENTI CONTABILI SOCIALE

- a) Stato Patrimoniale
 Conto Economico
 Nota Integrativa
- b) Prospetti SIOPE

DOCUMENTI CONSOLIDATO

Stato Patrimoniale e Conto Economico

A) INTRODUZIONE: territorio, popolazione e organizzazione dell'Azienda

Il territorio e la popolazione

Il territorio dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale" (AAS5) coincide con la provincia di Pordenone ed ha un'estensione di 2.273 kmq, pari al 29% della superficie regionale.

La popolazione residente al 31/12/2015, in base ai dati ISTAT, ammonta a 312.794 abitanti, e risulta essere in calo rispetto al 2014 (313.972 abitanti).

La composizione per età dei residenti al 31/12/2015 risulta essere così strutturata: la classe 0-14 rappresenta il 13,9% della popolazione; la classe 15-64 il 63,3%; la classe 65 e oltre il 22,6%.

I principali fenomeni demografici che hanno caratterizzato il territorio dell'AAS5 dagli anni '90 ad oggi sono l'invecchiamento della popolazione residente e l'immigrazione dall'estero.

L'invecchiamento della popolazione è un fenomeno demografico senza precedenti nella storia che interessa gran parte dei Paesi industrializzati ed è causato principalmente dalla riduzione della natalità e dall'aumento della durata della vita.

La speranza di vita alla nascita nel 2015 in provincia di Pordenone risultava di 81,0 anni nei maschi e di 85,7 anni nelle donne.

L'invecchiamento della popolazione è dovuto anche ai bassi tassi di fecondità e al calo della natalità. Il numero medio di figli per donna è sceso a 1,48 e l'età media della madre al parto è salita a 31,7 anni. Il numero di nati è diminuito. Si è passati infatti da 3.160 nati nel 2009, pari ad un tasso di 10,2 nati per mille residenti a 2.474 nati nel 2015, pari ad un tasso di 7,9 nati per mille residenti.

Gli indicatori demografici mostrano un aumento delle fasce economicamente non produttive (giovannissimi e anziani) rispetto a quelle considerate produttive. L'indice di dipendenza, che indica il rapporto tra la popolazione di età inferiore ai 15 anni e superiore ai 64 anni e la popolazione compresa nell'intervallo tra 15 e 64 anni, è arrivato a 58,0%. Questo significa che la popolazione in età attiva, ha "in carico" una quota molto importante di popolazione inattiva.

L'indice di vecchiaia, che indica il rapporto tra popolazione con età superiore a 64 anni e popolazione con età inferiore a 15, è arrivato a 164,9 nel 2015.

Anche in questa provincia, pertanto, si sta affermando uno squilibrio generazionale, con una percentuale di ultra 64enni del 22,6% e le proiezioni demografiche mostrano un ulteriore aumento nei prossimi decenni.

Negli anni '90 e nel primo decennio degli anni duemila si è verificato un rilevante movimento migratorio dall'estero. Il picco del numero di stranieri residenti si è toccato nel 2010 con oltre 36.000 unità. Al 31.12.2015 la popolazione straniera residente in provincia è di 32.438, in calo rispetto all'anno precedente (33.817).

Lo stato di salute della popolazione

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 sono in costante riduzione dagli anni '90, con alcune oscillazioni annuali.

Nel 2015 sono morte 3.115 persone residenti in provincia di Pordenone, pari ad un tasso grezzo di mortalità di 10,1 per 1.000 residenti, più elevato rispetto all'anno precedente. Tuttavia il tasso di mortalità standardizzato per età risulta in calo nell'ultimo decennio. L'AAS5, inoltre, ha un tasso standardizzato di mortalità più basso della media regionale.

Le principali cause di morte sono le malattie del sistema circolatorio e i tumori. Tra i 15 ed i 29 anni la principale causa di morte è rappresentata dai traumatismi in entrambi i sessi. Con l'aumento dell'età la proporzione di decessi attribuibili ai traumatismi diminuisce mentre la proporzione dovuta ai tumori aumenta fino ai 75 anni nei maschi e fino ai 65 anni nelle femmine. Oltre i 75 anni in entrambi i sessi prevalgono i decessi attribuibili al sistema circolatorio.

Il quadro epidemiologico provinciale è caratterizzato da un'elevata prevalenza di malattie cronico-degenerative, patologie che hanno un lungo decorso senza sostanziali prospettive di guarigione e che richiedono un elevato fabbisogno di assistenza.

Dai dati disponibili nei sistemi informativi correnti è possibile stimare la prevalenza in provincia di Pordenone di alcune patologie croniche come BPCO, scompenso cardiaco e diabete. Per quanto riguarda il diabete, sono disponibili i dati del registro regionale diabetici, che rileva circa 25.000 casi prevalenti, pari ad un tasso dell'8%. Più della metà dei casi di diabete interessa la popolazione con più di 64 anni. La prevalenza stimata di scompenso cardiaco è di circa 1.800 casi e per la BPCO di circa 3.500 casi.

Tra le malattie croniche più diffuse vi sono inoltre sono l'artrosi e l'artrite che si stima colpiscono in provincia di Pordenone oltre 52.000 persone e l'osteoporosi che interessa oltre 24.000 persone. Vi è poi una cospicua parte della popolazione che risulta affetta contemporaneamente da tre o più malattie croniche. Le donne in particolare presentano tassi di multicronicità più elevati (17,2 per cento) rispetto agli uomini (10,3 per cento).

L'effetto dell'invecchiamento della popolazione ha un impatto anche sull'incidenza dei tumori, considerato che circa la metà dei tumori insorge in persone di 70 anni e oltre. Inoltre, l'aumento della sopravvivenza per molti tumori ha portato negli ultimi decenni ad considerevole dei casi prevalenti, ossia del numero di persone in vita con una pregressa diagnosi di tumore. Si stima che circa il 4% della popolazione residente abbia avuto nella sua vita una diagnosi di tumore e questo comporta un fabbisogno assistenziale legato inizialmente alla diagnosi e alle terapie e in seguito al follow up clinico e strumentale e al trattamento di eventuali recidive.

Distribuzione della popolazione assistita per fasce di età è la seguente:

	FASCE D'ETA'				Totale
	000-013	014-064	065-074	075-w	
Femmine Totale	19.424	98.897	18.354	22.158	158.833
Maschi Totale	20.783	100.663	17.245	13.877	152.568
Totale complessivo	40.207	199.560	35.599	36.035	311.401

La popolazione esente da ticket nell'esercizio 2016 è pari a 107.977 (di cui 57.660 per motivi di reddito e 50.317 per patologie).

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 al 31/12/2015 è pari a 312.794 unità, la popolazione pesata utilizzata dalla Regione per il riparto 2016 è pari a 333.041 unità.

B) L'organizzazione aziendale

Generalità sulla struttura e sull'organizzazione dei servizi

Con decreto del Direttore Generale n. 100 del 1 marzo 2016 è stato adottato l'atto aziendale dell'Assistenza Sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale" (AAS5) nonché il percorso attuativo.

L'AAS5 svolge la propria attività secondo i seguenti principi di funzionamento:

1. l'organizzazione ed il funzionamento si basano sul principio della distinzione delle funzioni di organizzazione, programmazione e controllo dalle funzioni gestionali-tecnico-amministrative e sanitarie;
2. la Direzione strategica definisce le strategie e le politiche aziendali, sulla base della pianificazione regionale; esercita le funzioni di indirizzo e controllo direzionale, verificando il corretto impiego delle risorse assegnate rispetto al raggiungimento degli obiettivi prefissati;
3. le Strutture operative aziendali esercitano le funzioni gestionali operative e gestiscono, in piena autonomia, l'attività sanitaria o amministrativa, garantendo il raggiungimento degli obiettivi assegnati, nell'ambito delle risorse umane, tecniche e finanziarie attribuite;
4. il processo di aziendalizzazione si fonda sulla dipartimentalizzazione, ossia sullo sviluppo dei processi di integrazione strutturale e funzionale, tramite l'aggregazione delle strutture sanitarie e tecnico/amministrative, complesse e semplici a valenza dipartimentale, secondo macro aree di funzioni omogenee necessarie al perseguimento degli obiettivi aziendali;
5. l'organizzazione aziendale delle risorse umane, economiche e strumentali si ispira ai principi di efficacia, efficienza ed economicità, secondo i dettami del D. Lgs. nr. 165/01 e del D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, compatibilmente alla complessità aziendale espressa anche in termini di funzioni attribuite e di prestazioni erogate;
6. il raggiungimento degli obiettivi di efficienza ed efficacia e appropriatezza è perseguito nel rispetto del vincolo di bilancio, attraverso l'equilibrio di costi e di ricavi, compresi i trasferimenti di risorse finanziarie;
7. l'azienda promuove la valorizzazione, lo sviluppo e la responsabilizzazione delle professioni sanitarie adottando nel proprio modello organizzativo quanto previsto dalla Legge 10 agosto 2000 n. 251 e dalla Legge Regionale 16 maggio 2007 n. 10.

L'AAS5 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;
- ospedaliere, 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 "S. Maria degli Angeli" 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 ed opportuno, nella 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 di Salute Mentale
- Dipartimento Assistenza Primaria Aziendale (DAPA)
- Dipartimento Assistenza Ospedaliera (DAO).

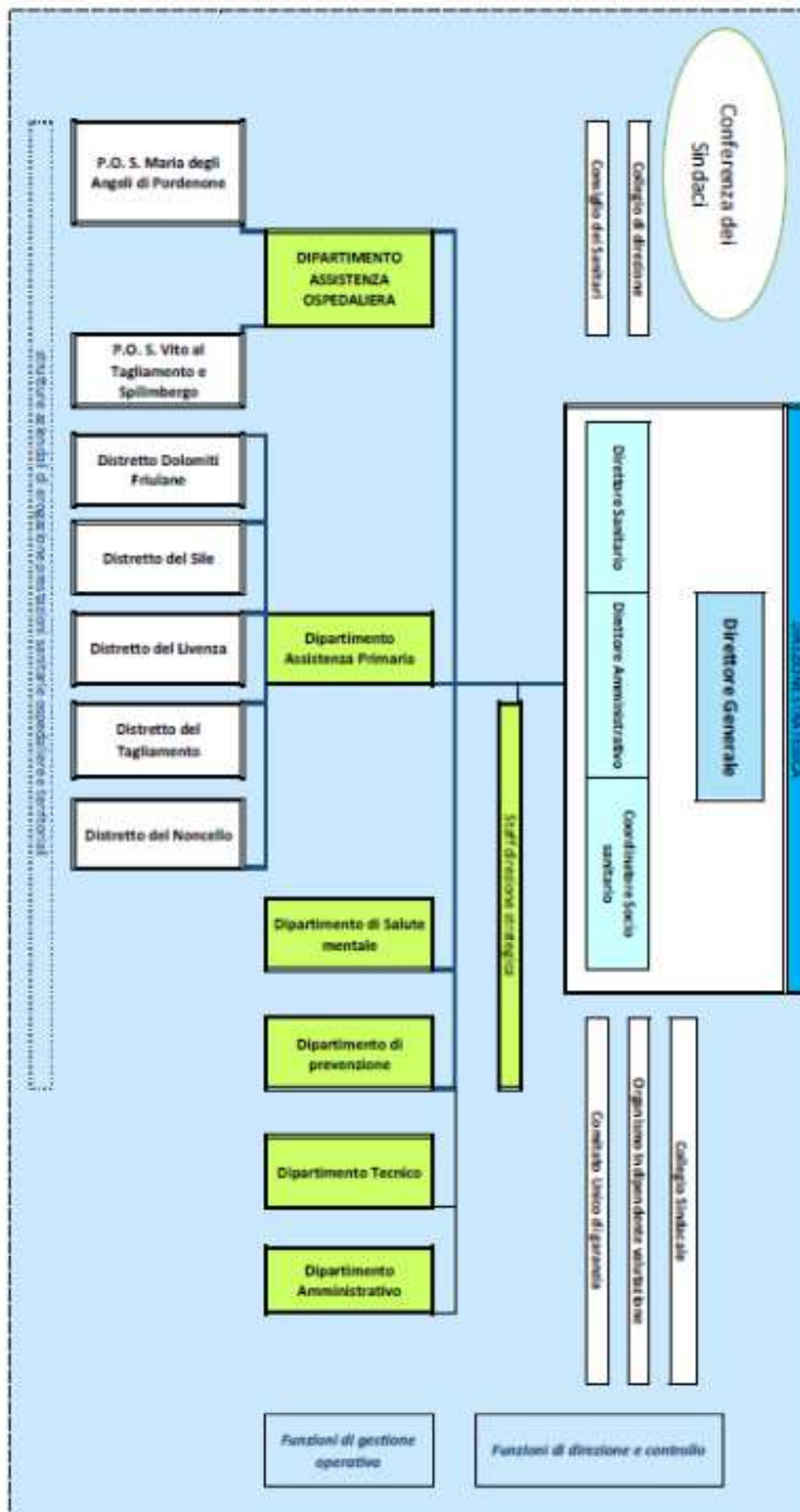
Il Dipartimento Assistenza Primaria Aziendale (DAPA) è articolato in :

- 5 distretti
- Neuropsichiatria infantile
- Dipartimento delle Dipendenze
- Rete delle Cure Intermedie
- Rete cure 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

L'organigramma è il seguente:



Assistenza ospedaliera

L'AAS5 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 804, quelli convenzionati sono pari a 170 (fonte dati modello HSP 12 e HSP 13 al 1.1.2016).

	Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria	Di cui Pagamento	totale
Ospedale di Pordenone	58	0	463	31	552
Ospedale di San Vito /Spilimbergo	26	0	208	18	252
Totale Presidi a gestione diretta	84	0	671	49	804
Casa di Cura S. Giorgio	33	0	114	0	170
Totale Casa di cura convenzionata	33	0	114	0	170

Assistenza territoriale

L'AAS5 opera mediante 58 strutture pubbliche a gestione diretta e 39 strutture convenzionate (fonte dati modello HSP 12, HSP 13 al 1.1.2016 e STS.11 anno 2016).

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

Per le 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	Totale complessivo
Strutture a gestione diretta									
ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE	1			6	11	6			24
AMBULATORIO E LABORATORIO	11	4	3						11
STRUTTURA RESIDENZIALE					10		7	1	18
STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE					5				5
Totale complessivo	12	4	3	6	26	6	7	1	58

In ogni distretto viene assicurata l'attività:

- specialistica ambulatoriale per il tramite o di medici ospedalieri o di medici specialisti ambulatoriali;
- RSA sia a gestione diretta che in appalto;
- Consultoriale;
- di neuropsichiatria infantile;
- di assistenza psichiatrica;
- per tossicodipendenti;
- di assistenza ai malati terminali tramite l'Hospice di San Vito. E' stata istituita la rete delle cure palliative che assicura l'attività su tutti i distretti.

L'offerta sanitaria è assicurata INOLTRE tramite le seguenti strutture private convenzionate:

- Associazione Nostra Famiglia
- Casa di Cura San Giorgio
- Centro Medico Esperia
- Diagnostica 53
- Sanisystem
- Consultorio Familiare "Noncello"
- Consultorio Familiare "AIED"
- Case di Riposo
- Centri Diurni per gli anziani
- Strutture residenziali (Ricchieri, la Selina)
- Hospice Via di Natale (in fase di accreditamento)
- Anfass

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	2	4	1							5
STRUTTURA RESIDENZIALE					2	18		1	1	22
STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE						11		1		11
Totale complessivo	2	4	1	2	2	29		1	1	39

Gli istituti o centri di riabilitazione ex art. 26 L.833/78 sono 5, per complessivi 14 posti letto residenziali e 189 posti letto semiresidenziali (fonte dati modello RIA 11 anno 2016).

Denominazione struttura	Assistenza residenziale. Posti letto	Assistenza semiresidenziale. Posti letto
FRIULI RIABILITAZIONE s.r.l.	0	0
ASSOCIAZ. LA NOSTRA FAMIGLIA di SAN VITO AL T.	0	180
STUDIO FIS. BUSETTO & PONTE	0	0
CENTRO PROGETTO SPILIMBERGO	14	9
BAMBINI E AUTISMO	0	0
Totale posti letto	14	189

Relativamente alla medicina generale, l'AAS5 opera mediante 212 medici di base, che assistono complessivamente una popolazione pari a 273.117 unità, e 35 pediatri, che assistono complessivamente una popolazione pari a 35.915 unità (fonte dati modello FLS 12 anno 2016 – situazione al 31.12.2015).

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).

C) Obiettivi 2016

C1) Linee progettuali

3.1 PROGETTI DI RIORGANIZZAZIONE DELLE FUNZIONI

3.1.1 ATTO AZIENDALE

Atto Aziendale		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Situazione al 31.12.2016
Atto aziendale	Avvio del percorso attuativo dell'atto aziendale.	<p>Con decreto del direttore generale n. 100 del 1 marzo 2016 si è definito il percorso attuativo dell'atto aziendale.</p> <p>Con decreto del direttore generale n. 228 del 28 aprile 2016 si è avviata la Struttura Intermedia Polifunzionale (SIP).</p> <p>Con decreto direttore generale n. 231 del 28 aprile 2016 è stato approvato il "Progetto di riconversione del Pronto Soccorso di Sacile in Punto di primo Intervento (P.P.I.) " con attuazione a decorrere dal 2 maggio 2016. Il P.P.I di Maniago è attivo dal 1 maggio 2014.</p> <p>Con decreto del direttore generale n. 302 del 31 maggio 2016 : Dipartimento Chirurgia Generale e Medicina Perioperatoria.</p> <p>Con decreto del direttore generale n. 424 del 4 agosto 2016 : S.S.D. Chirurgia vascolare.</p> <p>Con decreto del direttore generale n. 545 del 13 ottobre 2016 : Dipartimento Materno Infantile.</p> <p>Nel mese di giugno 2016 sono stati istituiti il Dipartimento Amministrativo ed il Dipartimento Tecnico proseguendo il percorso di progressivo e graduale riordino dell'assetto organizzativo e funzionale aziendale, con l'attivazione delle nuove strutture previste nell'Atto Aziendale.</p> <p>In relazione all'applicazione dell'atto aziendale, è stata attivata la S.C. di Neuropsichiatria infantile, assegnata al Dipartimento delle Cure Primarie.</p>

3.1.2 PROGETTI DI RIORGANIZZAZIONE DELLE FUNZIONI

Posti letto		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Situazione al 31.12.2016
Posti letto	E' avviato il percorso di ridefinizione dei posti letto presso i presidi ospedalieri in coerenza a quanto definito dalla DGR 2673/2014 in merito alla dotazione di posti letto per acuti.	<p>Con decreto del direttore generale n. 228 del 28 aprile 2016 si è avviata la Struttura Intermedia Polifunzionale (SIP).</p> <p>I posti letto presso acuti di Sacile sono stati trasformati in SIP.</p> <p>In data 29 giugno 2016 è stato trasmesso alla Direzione Centrale Salute il decreto di adozione dell'atto ricognitivo dei posti letto (decreto del direttore generale n. 375 del 29.06.2016)</p> <p>Nell'ambito della rideterminazione è stata disposta anche la chiusura dei posti letto di dermatologia e di alcune sezioni di Day Hospital quali l'Endocrinologia, la Terapia del dolore di San Vito al Tagliamento e la Riabilitazione Day Hospital di Spilimbergo. La riduzione di posti letto vede un ulteriore calo di 7 unità a settembre con la riconversione del Day Surgery di Sacile in attività ambulatoriale.</p>

Posti letto		
Riorganizzazione delle funzioni	Risultato atteso	Situazione al 31.12.2016
Obiettivo aziendale Integrazione della funzione di ANATOMIA PATOLOGICA	Organizzazione e gestione qualitativa delle attività di Anatomia Patologica di ambito oncologico sono integrate tra CRO e AAS5 entro 31.12.2016 sulla base di specifico documento redatto entro il 30.06.2016.	Con PEC n. 45681 del 4 luglio 2016 è stato trasmesso alla Direzione Centrale Salute l'accordo interaziendale su trasferimento/riorganizzazione delle funzioni con il CRO e con la quale si segnala che, per quanto riguarda la <u>funzione di Medicina nucleare</u> , l'unificazione delle responsabilità in capo al CRO impatterebbe in maniera significativa sulle attività erogate presso entrambe le sedi, pertanto non attuabile entro i termini previsti dalla DGR 349/2016 né entro il 1.1.2017, è stato chiesto pertanto il <u>differimento coerentemente con le indicazioni di cui alla DGR 929/2015</u> . (con decreto del Direttore Generale n. 97 del 3-2-2017 è stato modificato l'atto
Trasferimento della funzione di ONCOLOGIA	La responsabilità di organizzazione e gestione delle attività di Oncologia presso il CRO e presso le Strutture di AAS5 è trasferita al CRO entro 31.12.2016 sulla base di specifico documento redatto entro il 30.06.2016.	
Trasferimento della funzione di CARDIOLOGIA ONCOLOGICA	La responsabilità di organizzazione e gestione delle attività di Cardiologia-oncologia presso il CRO e presso le Strutture di AAS5 è trasferita ad AAS5 entro 31.12.2016 sulla base di specifico documento redatto entro il 30.06.2016.	

<p>Trasferimento della funzione di MEDICINA NUCLEARE</p>	<p>La responsabilità di organizzazione e gestione delle attività di Medicina Nucleare presso il CRO e presso le Strutture di AAS5 è trasferita al CRO entro 31.12.2016 sulla base di specifico documento redatto entro il 30.06.2016.</p>	<p>aziendale con l’inserimento della SOC Medicina Nucleare nel Dipartimento Medicina dei servizi)</p>
<p>Integrazione delle funzioni di Laboratorio analisi, Microbiologia e Virologia</p>	<p>Entro 31.12.2016:</p> <ul style="list-style-type: none"> · centro hub nel presidio ospedaliero di Pordenone per le tutte le attività di microbiologia-virologia e patologia clinica non specialistiche oncologiche; · laboratori satellite a San Vito al Tagliamento e all’IRCCS “Cro” di Aviano limitatamente alle indagini a risposta rapida di Patologia Clinica · Point of care presso la sede di Spilimbergo ed i Punti di primo intervento di Maniago e Sacile · Centro hub presso il CRO per le attività di diagnostica avanzata e di ricerca e per la diagnostica di laboratorio specialistica oncologica · Mantenimento al CRO delle attività connesse alle linee di ricerca concordate con il Ministero di microbiologia – virologia sulla base di specifico documento redatto entro il 30.06.2016. 	<p>In data 30.06.2016 è stato sottoscritto tra i due Enti l’Accordo quadro sul trasferimento/integrazione delle funzioni. L’Accordo, che disciplina nel dettaglio la tempistica e i criteri di trasferimento/integrazione delle funzioni, è stato contestualmente inviato alla DCSISSPSF per le valutazioni di competenza anche per quanto concerne il differimento all’01.01.2017 della realizzazione dell’obiettivo.</p> <p>Con lettera prot. 51542/DG del 29 luglio 2016 sono stati costituiti alcuni gruppi tecnici per l’applicazione dell’accordo quadro tra AAS5-CRO per il trasferimento/ riorganizzazione delle funzioni previste dalla delibera DGR 349/2016.</p> <p>Con decreto AAS5 n. 605 del 9.11.2016 e deliberazione CRO n. 270 del 9.11.2016 è stato approvato l’Accordo quadro interaziendale fra le due Aziende sul trasferimento e riorganizzazione di funzioni e trasmesso alla DCS con prot. n. 22192/DG del 30.12.2016 l’accordo fra le due Aziende sul documento operativo per la integrazione delle funzioni e attività della Medicina di Laboratorio.</p>

Funzioni da attivare																																			
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Situazione al 31.12.2016																																	
Reumatologia	<p>a) Attivazione <u>entro il 30 giugno 2016</u> del servizio di Reumatologia presso il presidio ospedaliero hub S. Maria degli Angeli di Pordenone;</p> <p>b) presenza di almeno un medico reumatologo nelle medicine interne dei presidi ospedalieri spoke;</p> <p>c) evidenza dell'attività ambulatoriale di reumatologia (specifico codice per visite e controlli) presso i nodi della rete.</p>	<p>In data 28 giugno 2016 è stata trasmesso, alla Direzione Centrale Salute, il progetto di riorganizzazione delle funzioni reumatologia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - presso il presidio ospedaliero hub S. Maria degli Angeli di Pordenone le funzioni sono assicurate tramite due medici specialisti, già incardinati presso la S.C. Medicina di Pordenone - presso il presidio ospedaliero spoke di San Vito al Tagliamento e Spilimbergo le attività sono assicurate per il tramite di un dirigente medico, specialista in reumatologia, incardinato all'interno della Medicina di Spilimbergo. <p>Dal sistema informativo BO-SISSR universo SIASA sono evidenti le prestazioni ambulatoriali svolte nei diversi stabilimenti.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>prestazioni</th> <th>anno 2015</th> <th>anno 2016</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>VISITA DI CONTROLLO</td> <td>282</td> <td>265</td> </tr> <tr> <td>PRIMA VISITA</td> <td>165</td> <td>143</td> </tr> <tr> <td>PORDENONE Totale</td> <td>447</td> <td>408</td> </tr> <tr> <td>VISITA DI CONTROLLO</td> <td>174</td> <td>154</td> </tr> <tr> <td>PRIMA VISITA</td> <td>106</td> <td>105</td> </tr> <tr> <td>SAN VITO Totale</td> <td>280</td> <td>259</td> </tr> <tr> <td>VISITA DI CONTROLLO</td> <td>202</td> <td>246</td> </tr> <tr> <td>PRIMA VISITA</td> <td>76</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>SPILIMBERGO Totale</td> <td>278</td> <td>346</td> </tr> <tr> <td>Totale complessivo</td> <td>1005</td> <td>1013</td> </tr> </tbody> </table>	prestazioni	anno 2015	anno 2016	VISITA DI CONTROLLO	282	265	PRIMA VISITA	165	143	PORDENONE Totale	447	408	VISITA DI CONTROLLO	174	154	PRIMA VISITA	106	105	SAN VITO Totale	280	259	VISITA DI CONTROLLO	202	246	PRIMA VISITA	76	100	SPILIMBERGO Totale	278	346	Totale complessivo	1005	1013
prestazioni	anno 2015	anno 2016																																	
VISITA DI CONTROLLO	282	265																																	
PRIMA VISITA	165	143																																	
PORDENONE Totale	447	408																																	
VISITA DI CONTROLLO	174	154																																	
PRIMA VISITA	106	105																																	
SAN VITO Totale	280	259																																	
VISITA DI CONTROLLO	202	246																																	
PRIMA VISITA	76	100																																	
SPILIMBERGO Totale	278	346																																	
Totale complessivo	1005	1013																																	
Malattie Infettive	<p>a) Attivazione <u>entro il 30 settembre 2016</u> del servizio di malattie infettive presso il presidio ospedaliero hub S. Maria degli Angeli di Pordenone;</p> <p>b) Evidenza di una collaborazione del presidio ospedaliero di Pordenone per garantire le funzioni di infettivologia presso gli stabilimenti ospedalieri di San Vito/Spilimbergo.</p>	<p>In data 18 luglio è stato attivato il servizio di malattie infettive con l'acquisizione in comando presso la Direzione medica di Pordenone di un dirigente medico di Malattie Infettive. (Determinazione del Responsabile SOC Gestione e sviluppo personale dipendente e convenzionato n. 1156 del 15 luglio 2016).</p> <p>La collaborazione con i presidi ospedalieri di S. Vito e Spilimbergo sono stati assicurati da una consulenza telefonica diurna nei giorni infrasettimanali lavorativi con la possibilità di espletamento della consulenza per via telefonica o con missione dell'infettivologo per espletamento della consulenza al letto del paziente. Il personale medico degli stabilimenti</p>																																	

		ospedalieri di S. Vito e Spilimbergo ha potuto partecipare a dei corsi di formazione sull' <i>antimicrobial stewardship</i> e degli hospital meeting per la presentazione di alcuni nuovi antibiotici tenuti dallo specialista infettivologo.
Area Veterinaria	Completamento entro il 30 settembre dell'assetto organizzativo delle aree A, B, e C, secondo la DGR 929/2015	In applicazione Atto aziendale è stata data parziale attivazione al Dipartimento di Prevenzione con la prima fase: strutture Area veterinaria (Decreto n. 524/2016 approvazione del bando per conferimento incarico di Dirigente veterinario-Direttore di struttura complessa di sanità animale e decreto n. 525/2016 approvazione bando per il conferimento incarico di Dirigente Veterinario-Direttore di Struttura Complessa di Igiene degli Alimenti di origine animale) e con decreto n. 522 del 29.9.2016 attivata la SSD Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche ed è stato completato l'assetto organizzativo delle aree A, B, e C, secondo la DGR 929/2015

Linea 3.1.3 Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi	
Obiettivo aziendale	Situazione al 31.12.2016
Rispetto delle tempistiche e degli impegni presi in Comitato di Indirizzo EGAS a supporto delle attività dell'ente.	La collaborazione con EGAS è assicurata.

Linea 3.1.4 Piano Emergenza urgenza		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Situazione al 31.12.2016
Avvio delle attività previste dal Piano dell'Emergenza Urgenza	<ul style="list-style-type: none"> -Attuazione della riconversione del PS di Sacile in Punto di primo intervento <u>entro il 31 marzo 2016</u>; - Assicurare la presenza dell'ambulanza per la stagione invernale a Piancavallo - Messa a norma delle piazzole eli-superficie ospedaliere per Pordenone; - Adeguamento della dotazione di ambulanze ed automedica a quanto previsto dal Piano emergenza Urgenza - Partecipazione ai tavoli tecnico relativi alle attività previste per la realizzazione della Centrale 	<ul style="list-style-type: none"> -Con decreto n. 231 del 28/4/2016 avente per oggetto "Progetto per la riconversione del Pronto Soccorso di Sacile in Punto di Primo Intervento (P.P.I.): approvazione" con attuazione a decorrere dal 2 maggio 2016, si è avviata un'importante attività di trasformazione delle funzioni. - E' stata assicurata la presenza dell'ambulanza per la stagione invernale a Piancavallo. - Con decreto del direttore generale n. 115 del 4/3/2016 è stato approvato il programma preliminare degli investimenti anno 2016, che prevede per il piano emergenza urgenza l'implementazione/rinnovazione del parco

	operativa 118 e del Piano dell’Emergenza Urgenza	<p>ambulanze e con decreto n. 272 del 17/5/2016 è stato approvato il programma triennale degli investimenti 2016-2018 e dell'elenco annuale 2016-L.R. n. 26/2015.</p> <p>Nel corso del 2016 sono stati previsti lavori per l’attivazione del volo notturno dell’elisuperficie in elevazione a Pordenone (determinazione n. 2183 del 22.12.2016 - aggiudicazione appalto lavori e processo Verbale di Consegna lavori in data 28.12.2016. I lavori si stanno svolgendo nel 2017).</p> <p>Sono state avviate le procedure di affidamento per l’acquisizione di n.2 ambulanze per l’Ospedale di Pordenone, n.1 ambulanza per l’Ospedale di San Vito e n. 1 ambulanza per l’ospedale di Spilimbergo.</p> <p>Visti i tempi di reclutamento del personale ALS a 3 unità, è stato chiesto alla DCS di rinviare la riconversione dell’auto medica di Maniago e Sacile.</p> <p>- E’ stata assicurata la partecipazione ai tavoli tecnici.</p>
--	---	--

Linea 3.1.5 Piano Sangue		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Situazione al 31.12.2016
Centro Unico Regionale di Produzione degli Emocomponenti presso la sede ospedaliera di Palmanova.	Collaborazione con la DCS per la predisposizione del Piano Sangue ed eventuale riorganizzazione organizzativa per la costituzione del Centro Unico Regionale di Produzione degli Emocomponenti presso la sede di Palmanova.	Mancano ancora indicazioni su quando il Centro di Palmanova sarà in grado di prendere in carico gli emocomponenti della provincia di Pordenone. E’ stata assicurata la partecipazione e contributo ad incontri regionali con la Direzione Centrale e i rappresentanti degli altri Dipartimenti trasfusionali regionali per la predisposizione del Piano Sangue alla luce anche del nuovo DM 02 Novembre 2015.

Linea 3.1.6 Piano Oncologico		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Situazione al 31.12.2016
Adozione del nuovo Piano Oncologico	Collaborazione con la DCS per la predisposizione del Piano Oncologico. Definizione di una road map aziendale per l’attuazione del Piano.	E’ stata assicurata la piena disponibilità a collaborare con la DCS per la predisposizione del Piano Oncologico.

Linea 3.1.7 Piano della Riabilitazione		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Situazione al 31.12.2016
Adozione del nuovo Piano della Riabilitazione	Collaborazione con la DCS per la predisposizione del Piano della Riabilitazione. Definizione di una road map aziendale per l'attuazione del Piano.	Il Piano regionale della Riabilitazione non risulta ancora adottato e nel corso del 2016 non si sono tenute riunioni del gruppo tecnico regionale.

Linea 3.1.8 Piano della Salute Mentale		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Situazione al 31.12.2016
Adozione del nuovo Piano della Salute Mentale	Collaborazione con la DCS per la predisposizione del nuovo Piano della Salute Mentale.	In data 30.05.16 è stato costituito il Gruppo Tecnico Salute Mentale. Il primo incontro è stato convocato in data 28 giugno, e sono stati convocati ulteriori incontri il 22 settembre ed il 9 novembre.

Linea 3.1.9 Laboratorio analisi e Microbiologia e virologia		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso modificato in accordo con il CRO	Situazione al 31.12.2016
Laboratori analisi e Microbiologia e virologia	Entro 31.12.2016: <ul style="list-style-type: none"> · centro hub nel presidio ospedaliero di Pordenone per le tutte le attività di microbiologia-virologia e patologia clinica non specialistiche oncologiche; · laboratori satellite a San Vito al Tagliamento e all'IRCCS "Cro" di Aviano limitatamente alle indagini a risposta rapida di Patologia Clinica · Point of care presso la sede di Spilimbergo ed i Punti di primo intervento di Maniago e Sacile · Centro hub presso il CRO per le attività di diagnostica avanzata e di ricerca e per la diagnostica di laboratorio specialistica oncologica · Mantenimento al CRO delle attività connesse alle linee di ricerca concordate con il Ministero di microbiologia – virologia sulla base di specifico documento redatto entro il 30.06.2016. 	<p>Con PEC n. 45681 del 4 luglio 2016 è stato trasmesso alla Direzione Centrale Salute l'accordo interaziendale su trasferimento/riorganizzazione delle funzioni con il CRO.</p> <p>Con lettera prot. 51542/DG del 29 luglio 2016 sono stati costituiti i gruppi tecnici per l'applicazione dell'accordo quadro tra AAS5-CRO per il trasferimento/riorganizzazione delle funzioni previste dalla delibera DGR 349/2016.</p> <p>Con decreto AAS5 n. 605 del 9.11.2016 e deliberazione CRO n. 270 del 9.11.2016 è stato approvato l'Accordo quadro interaziendale fra le due Aziende sul trasferimento e riorganizzazione di funzioni e trasmesso alla DCS con prot. n. 22192/DG del 30.12.2016 l'accordo fra le due Aziende sul documento operativo per l'integrazione delle funzioni e attività della Medicina di Laboratorio.</p>

3.2 PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

Linea 3.2. Promozione della salute e prevenzione		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Situazione al 31.12.2016
Individuare un referente aziendale per ogni programma del Piano Regionale della Prevenzione	Comunicazione formale alla DCS, entro febbraio 2016, del nominativo dei referenti con relativo contatto.	Con nota prot. n. 11607/DS del 19 febbraio 2016 si è provveduto a trasmettere alla DCS l'elenco dei referenti aziendali e sostituiti per ciascun programma del Piano Regionale della Prevenzione.

Linea 3.2.1 Migliorare la salute nei soggetti a rischio MCNT e malati cronici (Programma I PRP)		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Situazione al 31.12.2016
Obiettivo aziendale Adozione di un protocollo operativo per l'applicazione dello strumento di valutazione standardizzata degli stili di vita e del rischio cardiovascolare, attraverso un percorso collaborativo con distretti e dipartimento di prevenzione.	Risultato atteso Adozione, entro il 2016, di un protocollo operativo per l'applicazione dello strumento.	A dicembre 2016 l'adozione del protocollo operativo è stato presentato nell'ambito di un evento formativo presso il CRO di Aviano, dove hanno partecipato anche i MMG.
Organizzazione di almeno un corso residenziale su valutazione del rischio cardiovascolare.	Evidenza della realizzazione di un corso di formazione residenziale. Evidenza della formazione di almeno il 7 % degli operatori appartenenti a ciascuna categoria.	
Partecipare al gruppo di lavoro regionale inter-professionale (psichiatri, pediatri, MMG, operatori della salute mentale, anche dell'età evolutiva, e del distretto) per la definizione di modalità di collaborazione al fine di attivare percorsi di presa in carico precoce dei soggetti con disturbi d'ansia e depressivi; avviare la formazione di MMG e PLS.	Documento condiviso di indirizzo inviato alla DCS	La partecipazione al gruppo di lavoro regionale inter-professionale è stata garantita .

Linea 3.2.2 Gli screening oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia (Programma II PRP)		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Situazione al 31.12.2016
Raggiungere e/o mantenere un'adesione ai programmi di screening pari al 65% per la cervice uterina, al 65% per la mammella, e al 70% per il carcinoma del colon retto	Adesione pari al 65% per la cervice uterina, al 65% per la mammella e al 70% per il carcinoma del colon retto	Adesione 2016: Cervice: 63,8% Mammella: 68,1% Colon retto: 64,3%
Predisporre un piano di riorganizzazione delle attività senologiche, incluse quelle di screening di primo e secondo livello, finalizzato a garantire nel territorio di competenza un'offerta di servizi coordinati tra loro, che rispondano a precisi standard di qualità, come previsto dall'Atto d'Intesa del 18 dicembre 2014 della Conferenza Stato-Regioni sul documento recante "Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete dei Centri di Senologia".	Evidenza di un documento di riorganizzazione dell'attività senologica in collaborazione con CRO	E' stato predisposto il PDTA condiviso tra i professionisti e le direzioni delle due aziende.
Collaborare alla definizione di un protocollo regionale per l'identificazione delle donne con profilo di rischio eredo-familiare per tumore della mammella e il loro inserimento in programmi individualizzati di controlli periodici di sorveglianza.	Partecipazione alla definizione di un protocollo concordato con le altre aziende e invio alla DCS per l'adozione formale.	L'azienda ha partecipato con i propri referenti alla definizione del protocollo regionale condiviso.
Garantire che i radiologi certificati svolgano sia la lettura del test mammografico di screening sia la gestione del percorso di approfondimento diagnostico dei casi richiamati	Evidenza della garanzia della lettura del primo livello e gestione del percorso di approfondimento diagnostico da parte di radiologi certificati	I radiologi certificati hanno garantito entrambe le attività.
Garantire la tempestiva refertazione dello screening mammografico e ridurre i richiami intermedi (early recall) dopo approfondimento	Mantenimento delle attività di screening della mammella con: - >90% esami negativi di primo livello refertato entro 15 giorni - percentuale di early recall	-Esami negativi di primo livello refertati entro 15 giorni: 99,9% -Percentuale di early recall: Pordenone: 3,4% San Vito: 5,7%

	(casi con esito di secondo livello "sospeso"/totale dei casi chiusi dall'unità senologica inferiore al 10%	<p>Azioni:</p> <p>Nel 2016 è stata assicurata l'apertura regolare degli ambulatori per il pap test, è stato garantito il supporto logistico per le attività di screening mammografico e il funzionamento della linea telefonica dedicata per il pubblico. Sono proseguite le iniziative già in atto per aumentare l'adesione consapevole, tra cui l'invio del sollecito per posta, la presenza della firma del MMG nella lettera di invito, la diffusione dei risultati dei programmi tramite articoli sulla stampa, incontri e report.</p> <p>I radiologi certificati delle unità senologiche di Pordenone, San Vito e CRO hanno garantito la refertazione delle mammografie di primo livello presso il centro lettura unico provinciale di San Vito entro i tempi previsti e gli stessi radiologi hanno gestito il percorso di approfondimento diagnostico dei casi richiamati. La percentuale di early recall dei casi richiamati nelle unità senologiche dell'AAS5 si mantiene ampiamente al di sotto dello standard previsto.</p>
Garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica per gli esami di 2° livello di screening	Evidenza della completezza di compilazione della cartella endoscopica nel $\geq 95\%$ dei casi.	Anno 2016: San Vito = 97,85%; Spilimbergo = 100%, Pordenone = 99,33%.
Realizzare almeno un evento formativo accreditato dedicato ai MMG e almeno 3 incontri o iniziative con la popolazione dedicati alla sensibilizzazione sugli screening oncologici	<ul style="list-style-type: none"> - Evidenza della realizzazione di almeno un evento, dedicato agli MMG, a catalogo ECM nel biennio 2015-2016 - Locandina incontri o news delle iniziative sul sito internet aziendale 	<ul style="list-style-type: none"> - Due eventi residenziali per i MMG sugli screening oncologici nel 2015. Dieci incontri di FSC per il MMG nel 2016 sugli obiettivi relativi agli screening contenuti nell'AIR. Cinque eventi formativi residenziali rivolti ai farmacisti nel 2016. - Attuate iniziative di sensibilizzazione della popolazione in tutti e 5 i distretti mediante distribuzione di materiale informativo, affissione di locandine, incontri individuali con tutti i MMG per discutere i dati di adesione dei propri assistiti e favorire il counselling per le non aderenti.
Mantenere aggiornate, tramite i distretti, le anagrafi sanitarie verificando assistiti in base ai dati del monitoraggio delle lettere inesitate fatti pervenire dalla Direzione	Mantenimento delle attuali modalità operative per l'aggiornamento dell'anagrafe sanitaria (a valle delle lettere inesitate)	Sono proseguite le modalità operative di segnalazione ai distretti degli assistiti con lettera inesitata.

Centrale Salute.		
Unificare le modalità di prenotazione dei pap-test di screening e permettere maggiore flessibilità per l'appuntamento.	Mantenimento dell'attività gestita a Call Center	L'attività prosegue regolarmente.

Linea 3.2.3 Gli screening neonatali (Programma III PRP)		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Situazione al 31.12.2016
Partecipare ai lavori (coordinati dal IRCSS Burlo) finalizzati all'adozione formale di una procedura regionale per lo screening neonatale audiologico e per lo screening neonatale oftalmologico.	<ul style="list-style-type: none"> - Garantire la partecipazione ai lavori - Collaborare alle attività propedeutiche all'adozione della procedura regionale, per lo screening neonatale audiologico e per lo screening neonatale oftalmologico, in tutti i punti nascita. - Formale adozione della procedura di screening in tutti i punti nascita 	E' in atto la stesura di un protocollo regionale per l'esecuzione degli screening neonatale audiologico e per lo screening neonatale oftalmologico .
Assicurare da parte di tutti i punti nascita la regolare comunicazione IRCSS Burlo della rilevazione del TSH neonatale.	Report di monitoraggio del programma regionale	I punti nascita provvedono ad effettuare il ricontrollo di eventuali test positivi per ipotiroidismo e ad assicurare una regolare comunicazione con il laboratorio di Padova e l'IRCCS Burlo.

Linea 3.2.4 Salute e sicurezza nelle scuole e benessere dei giovani (Programma III PRP)		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Situazione al 31.12.2016
Realizzare interventi di promozione della salute nelle scuole, compreso il modello what's up, raggiungendo almeno il 40% degli istituti scolastici di competenza.	<p>Evidenza delle attività di promozione della salute nelle scuole (almeno il 40% degli istituti).</p> <p>Trasmissione report di attività alla DCS (al 31.12.2016)</p>	<p>Con nota prot. n. 11607/DS del 19 febbraio 2016 si è provveduto a trasmettere alla DCS l'elenco dei referenti aziendali e sostituti per ciascun programma del Piano Regionale della Prevenzione.</p> <p>26 Istituti scolastici su 46 sono stati coinvolti in attività di promozione della salute (62%).</p> <p>Trasmesso report di attività alla DCS.</p>
Coordinare le attività relative al perseguimento degli obiettivi del programma III relativamente all'obiettivo specifico di promozione della cultura della salute e sicurezza in ambito scolastico	<p>Evidenza delle attività realizzate sia per quanto attiene gli stili di vita dei giovani (alimentazione, attività fisica, fumo, alcool etc.) che i livelli di sicurezza negli ambienti di lavoro</p> <p>Evidenza dei livelli di coordinamento assicurati</p>	<p>Invio comunicazione a tutte le scuole sui progetti promossi dall'AAS5 intesa come attività di coordinamento.</p> <p>Steso un protocollo intesa marzo 2016, tra AAS 5 e Ufficio Scolastico Provinciale.</p> <p>Contatti con l'ufficio scolastico regionale per la costituzione del tavolo regionale dedicato alle problematiche salute e sicurezza del lavoro nella scuola.</p> <p>Anche gli ambienti di lavoro hanno garantito come tutti gli anni la loro presenza presso gli istituti tecnici e</p>

		geometri.
Dotazione di un modello per descrivere i percorsi di collegamento tra scuole, servizi sociali e servizi di salute mentale per l'età evolutiva per la tempestiva identificazione dei soggetti con problemi emozionali e/o comportamentali e di disagio	Evidenza del modello organizzativo adottato	Creazione di una Check list e Flow Chart dell'AAS 5 condiviso dal tavolo aziendale "adolescenza", costruiti sull'esempio del progetto What's Up.
Organizzare almeno un incontro tra professionisti sanitari e della scuola, volti a sensibilizzare rispetto al tema dell'espressione del disagio sociale	Almeno un incontro organizzato (Fonte di verifica: verbale)	Il 13 dicembre 2016 è stato realizzato un incontro con tutti i dirigenti scolastici del territorio aziendale per la presentazione di "Scuole che promuovono salute" e la condivisione di criteri di minima per l'individuazione precoce del disagio.

Linea 3.2.5 Prevenzione delle dipendenze (Programma IV PRP)		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Situazione al 31.12.2016
Realizzare almeno un corso di formazione accreditato per l'identificazione precoce delle persone con comportamenti di addiction e di consumo a rischio, compreso il gioco d'azzardo.	Realizzazione di un corso di formazione rivolto a MMG, PLS, medici ospedalieri	Si è svolto il corso di formazione a valenza Regionale in data 24.09.2016 per MMG,PLS, medici ospedalieri.

Linea 3.2.6 Promozione dell'attività fisica (Programma V PRP)		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Situazione al 31.12.2016
Assicurare interventi e programmi finalizzati alla riduzione del rischio sedentarietà nella popolazione generale e alla promozione dell'attività fisica nell'anziano, anche in collaborazione con associazioni ed enti locali (es. gruppi di cammino, attività organizzata per anziani, ecc.)	Report di attività con interventi, programmi e associazioni ed enti locali coinvolti	Progetto AFA partito nel Distretto di Sacile nel mese di Aprile 2016. Corso di formazione il 23.06.2016 "Il progetto AFA" a San Vito al Tagliamento. Formazione conduttori gruppi di cammino anno 2016 presso il Comune di Pasiano di Pordenone.
Realizzare un catalogo aziendale delle offerte e opportunità di attività fisica presenti sul territorio	Catalogo aziendale disponibile sul sito internet dell'azienda	Progetto AFA disponibile nel sito Aziendale. Gruppi di cammino disponibili nel sito Aziendale.

Linea 3.2.7 Prevenzione degli incidenti stradali (Programma VI PRP)		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Situazione al 31.12.2016
Realizzare una mappatura degli stake-holders e delle iniziative locali attive che possono diventare moltiplicatori dell'azione preventiva in tema di prevenzione degli incidenti stradali.	Evidenza della mappatura (lista di enti, iniziative con persona di riferimento e contatti) da trasmettere alla DCS	Non vi sono state attività in provincia e non sono stati individuati stake-holders.

Linea 3.2.8 Prevenzione degli incidenti domestici (Programma VII PRP)		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Situazione al 31.12.2016
Evidenza delle attività relative al perseguimento degli obiettivi del programma "prevenzione degli incidenti domestici".	Evidenza del report sulle attività previste dal Programma VII PRP inviato alla DCS	E' stata garantita la partecipazione al gruppo regionale. Produzione da parte della referente regionale del report congiunto delle attività, con riferimento agli obiettivi previsti dal PRP.
Realizzare almeno un evento di formazione degli operatori dell'assistenza domiciliare all'applicazione della check-list per la rilevazione dei rischi nelle abitazioni	Evidenza della realizzazione di almeno un evento di formazione sulla check-list per la rilevazione dei rischi nelle abitazioni	<ul style="list-style-type: none"> - Costituzione del gruppo di lavoro aziendale tra Distretti, Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento delle Dipendenze, Servizio Farmaceutico, Direzione Sanitaria al fine di condividere la formazione in programma per il 2016. - Il primo evento formativo rivolto al personale ADI si è svolto nelle date 9 e 10 giugno 2016 a Sacile (20 operatori formati) - Il secondo evento si è svolto nei giorni 20 e 21 settembre 2016 a Pordenone ed ha coinvolto 30 operatori (infermieri, fisioterapisti dei servizi)

		ADI e degli Ambiti)
Tutti i Pronto soccorso: eseguire la registrazione degli eventi infortunistici in ambiente domestico.	La registrazione degli eventi infortunistici in ambiente domestico è attiva in tutti i Pronto Soccorso	In tutti i pronto soccorso aziendali è in uso il SEI che consente la registrazione degli eventi infortunistici in ambiente domestico.

Linea 3.2.9 Miglioramento della qualità nelle attività del dipartimento di prevenzione con particolare riferimento alle attività di vigilanza e controllo (Programma VIII PRP)		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Situazione al 31.12.2016
SPSAL: Partecipare alla elaborazione collaborativa della procedure di vigilanza in edilizia e diffondere ai portatori di interesse	Report congiunto di attività alla DCS	Sono state adottate le procedure operative relative alla tenuta dei documenti in cantiere già condivise nel Ufficio Operativo regionale (poi pubblicata sul sito della regione FVG) e sono state divulgate ai portatori di interessi le indicazioni condivise per l'applicazione della L.R.24/2015 (accompagnata da apposita divulgazione sul sito della regione FVG). Nel contempo si è partecipato alle attività del Gruppo regionale edilizia (GRE), che ha condiviso le azioni previste. Si è tenuta inoltre una specifica riunione con i Comitati Paritetici Territoriali della provincia di Udine Trieste e Gorizia sulla interpretazione dell'Accordo Stato Regione sulla formazione in edilizia. Sono state dati vari riscontri a vari portatori di interesse su come applicare la L.R.24/2015 ampiamente documentati dai verbali del GRE.
SPSAL: Partecipare alla elaborazione collaborativa della procedure di vigilanza in agricoltura e diffondere ai portatori di interesse	Report congiunto di attività alla DCS	Sono stati organizzati da parte di ASUIUD, referente del Gruppo regionale Agricoltura (GRA) i corsi di formazione "Luoghi di lavoro in una azienda agricola: flussi di lavoro, rischi specifici e datori da controllare" e "La gestione del rischio nel comparto zootecnico: mansioni lavorative, rischi associati allo svolgimento di tali mansioni e corretta gestione dei rischi" per condividere con gli operatori SPSAL le procedure sottese. Il GRA in collaborazione con il Dipartimento di Scienze Agrarie dell'Università di Udine hanno elaborato il "protocollo operativo per l'attività di vigilanza nel comparto dell'agricoltura" presentato ai portatori di interesse il 05.12.2016 a Palmanova. In tale occasione sono state presentati protocolli per la vigilanza sulle macchine agricole e sulle officine Agro Meccaniche.
Partecipare i lavori di stesura di linee guida	Proposta di linee guida regionali	Sono stati realizzati più incontri che si sono conclusi con la stesura di una linea

regionali sulla prevenzione di rischi infettivi nelle attività correlate alle pratiche estetiche e di protocolli operativi sulla uniformità dei controlli		guida. La bozza è stata inviata all'Istituto Superiore di Sanità per eventuali osservazioni.
SIAN/VET: partecipare alla formazione degli auditor e al programma di mantenimento della qualifica	- Almeno 8 auditor ufficiali formati - 10 audit realizzati ex regolamento 882/2004 (regionale complessivo)	Sono 8 gli Auditor formati tra SIAN e veterinari. I 10 audit sono stati realizzati congiuntamente tra SIAN e VET.
Individuare un'azienda referente per la realizzazione di un corso di sostegno alle capacità organizzativo-gestionali delle risorse umane per dirigenti, coordinatori e P.O. dei Dipartimenti di Prevenzione	L'Azienda si rende disponibile a realizzare il corso anche a valenza regionale.	Visto l'impegno richiesto, gli atti aziendali in itinere e tenuto conto che EUPRAGMA di Udine è in grado di iniziare il corso solo a partire dal mese di settembre 2017, è stato concordato tra i Direttori di Dipartimento di Prevenzione delle AAS regionali di attivare il corso nel 2017.
SPSAL: realizzare un programma di audit mirato alle aziende dei comparti agricolo ed edile con il coinvolgimento dei comitati paritetici e bilaterali	OBIETTIVO STRALCIATO (DGR 2549/2016)	OBIETTIVO STRALCIATO
Partecipare alla revisione della lista dei controlli sulle imprese e alla diffusione del documento ai portatori di interesse	Lista regionale dei controlli sulle imprese disponibile sul sito aziendale	La lista è stata realizzata pubblicata sul sito regionale ed aziendale.

Linea 3.2.10 Migliorare la salute e la sicurezza nei comparti a maggior rischio (Programma IX PRP)		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Situazione al 31.12.2016
Mantenere un'adeguata vigilanza nei settori edile e agricolo secondo i parametri definiti a livello nazionale	- 5% delle aziende vigilate Agricoltura: 5% delle rivendite di macchine agricole e 10% degli allevamenti/aziende agricole selezionati in base ai criteri individuati dal Gruppo Regionale Agricoltura. Edilizia: vigilanza nei cantieri secondo la proporzione messa in atto negli ultimi 5 anni –(pag 85) Trasmissione report di attività alla DCS	Sono state vigilate 666 aziende superando quindi il 5% delle aziende del territorio (630 ndr) Nel contempo sono stati raggiunti gli obiettivi relativi al 5% delle rivendite di macchine agricole e il 10 % degli allevamenti.
Realizzare almeno un incontro informativo/formativo rivolto ai soggetti della	Report di attività alla DCS con descrizione evento formativo, numero di soggetti formati suddivisi per categoria	Il GRA in collaborazione con il Dipartimento di Scienze Agrarie dell'Università di Udine hanno elaborato il "protocollo operativo per l'attività di

prevenzione operanti nel settore edile e agricolo		vigilanza nel comparto dell'agricoltura" presentato ai portatori di interesse il 05.12.2016 a Palmanova.
---	--	--

Linea n 3.2.11 Emersione e prevenzione delle malattie professionali in Friuli Venezia Giulia e promozione della salute nei luoghi di lavoro (Programma X PRP)		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Situazione al 31.12.2016
Realizzare in modo coordinato, 2 corsi accreditati e 2 iniziative di sensibilizzazione in collaborazione una con l'ordine dei medici e una con le aziende ospedaliere, finalizzati ad una maggiore conoscenza per la corretta valutazione dei rischi ergonomici, al reinserimento dei soggetti patologici e all'appropriatezza e qualità delle segnalazioni di malattia professionale.	2 corsi accreditati e 2 iniziative di sensibilizzazione	L'attività di sensibilizzazione nei confronti del Medici Ospedalieri si è realizzata in due incontri con la Direzione sanitaria e i dirigenti delle principali strutture interessate. Nei giorni 8, 21, 27 ottobre e il giorno 3 dicembre sono state realizzati in modo coordinato 4 eventi formativi accreditati ECM di cui il primo in provincia di Pordenone.
Realizzare o completare la valutazione dello stress lavoro correlato nelle aziende segnalate da progetto nazionale	Evidenza report di attività alla DCS	La valutazione è stata conclusa e il report è stato spedito in regione con nota 86184 del 30/12/2016.
Redigere, adottare formalmente un programma integrato di promozione della salute dei dipendenti, che coinvolga i medici competenti, per la declinazione operativa delle azioni dell'obiettivo specifico "Progetto pilota per un programma integrato di salute e benessere dei dipendenti pubblici..." del PRP.	Report sui lavoratori a rischio cardiovascolare globale Adozione di regolamento regionale sul fumo Istituzione del registro aziendale degli accertatori Offerta di percorsi per smettere di fumare	Il percorso di formazione dei medici competenti della provincia si è concluso nel novembre 2016. Il regolamento regionale Fumo è stato adottato. Con decreto del DG n. 310 il 31.05.2015 è stato adottato il "Regolamento del divieto di fumo nell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale" E' stato istituito il registro aziendale degli accertatori. L'offerta di percorsi per smettere di fumare viene mantenuta con l'ambulatorio fumo del Dipartimento delle Dipendenze.
Realizzare, nel biennio 2015-2016 almeno un corso destinato ai dipendenti sui corretti stili di vita.	Evidenza del corso di formazione realizzato	Corsi di formazione realizzati: - 12.11.2015 il corso di formazione "Sviluppo di competenze trasversali degli operatori nel counselling motivazionale per il cambiamento degli stili di vita a rischio con interventi opportunistici di medicina d'iniziativa nei luoghi di lavoro in Friuli Venezia Giulia" rivolto ai medici competenti e al personale sanitario che si

		<p>occupa del benessere nei luoghi di lavoro.</p> <p>- 15.12.2015 il corso di formazione "Sviluppo di competenze trasversali degli operatori nel counselling motivazionale per il cambiamento degli stili di vita a rischio con interventi opportunistici di medicina d'iniziativa nei servizi sanitari che promuovono salute in Friuli Venezia Giulia" rivolto agli operatori sanitari.</p>
--	--	--

Linea n 3.2.12 Miglioramento dei sistemi informativi e di sorveglianza (Programma XI PRP)		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Situazione al 31.12.2016
Elaborare 2 indicatori atti a rilevare le differenze di genere nell'accesso ad un'offerta di prevenzione e ad un percorso di cura	Report alla DCS	I direttori di dipartimento di prevenzione delle aziende sanitarie regionali non hanno concordato gli indicatori.
Alimentare le banche dati INFORMO e MALPROF e coordinarsi per la stesura di un report regionale	Alimentazione strutturata delle basi dati INFORMO e MALPROF (se reso operativo) Report congiunto di attività inviato alla DCS	L'attività di implementazione di Infor.mo è stata regolare. Il referente del gruppo regionale ha redatto apposito report. Per Mal.Prof. analogamente si è raggiunto l'obiettivo ed è stato prodotto un report trasmesso in regione con nota n. prot. 85419 del 28.12.2016.
Inviare i dati di attività dei servizi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro alla regione per trasmissione al comitato interregionale di coordinamento	Dati inviati alla DCS	Un report trasmesso in DCS regionale con nota n. prot. 6067 del 29.01.2017.
Monitorare le verifiche periodiche delle attrezzature di lavoro con inserimento dei dati in apposito database	Il 25% delle verifiche effettuate da ogni azienda è inserito a data base	L'Inail non mette a disposizione nessun sistema di archiviazione come era previsto inizialmente da comunicazioni dei responsabili SCAL regionali. Alla DCS è stata più volte richiesta la dotazione software dove poter inserire i dati potendo implementare l'attuale programma Me.La.. Al 31.12.2016 la regione non dispone di alcun sistema applicativo e pertanto il sistema di monitoraggio delle verifiche periodiche avviene su foglio excel senza condivisione dei campi con le altre aziende sanitarie regionali. Tuttavia il numero totale diviso per classi delle verifiche periodiche effettuate è presente in AAS 5 Ufficio Verifiche Periodiche.
Completare l'inserimento delle anagrafiche degli OSM riconosciuti/registrati nel	100% delle anagrafiche inserite	Il programma è stato effettuato al 100% come da accordi con la DCS.

sistema SIMVSA al fine di allineare la banca dati SISAVER con gli ATECO previsti dalla masterlist Regolamento CE 852/2004		
---	--	--

Linea n 3.2.13 Ambiente e salute, facilitare una migliore qualità dell'ambiente e del territorio, secondo il modello della salute in tutte le politiche (Programma XII PRP)		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Situazione al 31.12.2016
Il "Gruppo tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali" di cui al Decreto n. 630/SPS del 12/08/2015 finalizzato alla valutazione delle ricadute sulla salute connesse ai determinanti ambientali, comportamentali e sociali, definisce protocolli operativi di sorveglianza epidemiologica da applicare ad aree critiche di particolare interesse.	In coerenza con i risultati dell'indagine effettuata nel corso del 2015, redigere un documento con l'insieme delle criticità e delle procedure relative alle acque destinate al consumo umano relative al proprio territorio e finalizzato alla stesura del protocollo regionale.	E' stata garantita la presenza nel "Gruppo tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali". Le criticità relative alle acque destinate al consumo umano sono state oggetto di diversi incontri finalizzati a realizzare due incontri a Pordenone con gli enti gestori e amministratori interessati dal problema.
Nell'ambito del tavolo tecnico di "Valutazione Impatto sulla Salute (VIS)" istituito con Decreto n.343/SPS del 19/05/2015 approfondire le metodologie per la valutazione delle ricadute sulla salute in ambito di Piani/Programmi/Progetti per proponenti e valutatori nell'ambito del progetto CCM Tools 4HIA che si concluderà nel primo semestre del 2016.	Evidenza della partecipazione al tavolo tecnico VIS	Si è partecipato agli incontri del 14 settembre 2016 e 28 settembre 2016. Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione ha proposto che l'azienda capo fila per questa linea di lavoro sia l'AAS n. 5 "Friuli Occidentale".
Relativamente alla promozione della sostenibilità e dell'eco-compatibilità nella costruzione/ ristrutturazione di edifici, in relazione al rischio radon, dovranno essere realizzate in collaborazione con ARPA iniziative di formazione e sensibilizzazione rivolte agli operatori della sanità e agli ordini professionali.	L'Azienda si propone quale livello di coordinamento regionale anche per la realizzazione con ARPA di evento formativo per progettisti e uno per operatori.	La regione ha dato mandato all'AAS n. 2 il compito della realizzazione del corso. Al corso hanno partecipato anche operatori dell'AAS n. 5 "Friuli Occidentale".

<p>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, di almeno 1.</p>	<p>Evidenza della realizzazione di almeno 1 controllo</p>	<p>Attività realizzata al 100%.</p>
<p>Sensibilizzare gli “end user” sugli obblighi che fanno loro capo in materia di REACH: si provvede a individuare tra i settori economici produttivi di maggiore rilievo regionale gli end users specificatamente produttori di articoli e una ASS capofila per l’organizzazione e realizzazione di un evento formativo per le imprese del settore e RSPP</p>	<p>Collaborazione alla realizzazione dell’evento formativo coordinato dal gruppo regionale su fitofarmaci e sui cosmetici</p>	<p>Attività realizzata al 100%.</p>
<p>Assicurare la trasmissione delle schede ReNaM. Trasmettere i dati sui soggetti esposti al CRUA e alla DCS secondo le relazioni annuali compilate dalle ditte di bonifica.</p>	<p>Assolvimento del debito informativo per:</p> <ul style="list-style-type: none"> - schede ReNaM trasmesse (registro mesotelioma) - i dati sui soggetti attualmente esposti trasmessi al CRUA e alla DCS. 	<p>Dei dieci mesoteliomi pervenuti entro nel 2016, sei sono stati esaminati secondo metodologia ISPESL (questionario) e trasmessi all’attenzione del ReNaM (COR di Trieste). Quattro sono stati invece stati trasferiti alla struttura territorialmente competente di altri territori.</p> <p>I dati sono trasmessi da parte della DCS al CRUA.</p>
<p>Promuovere la sensibilizzazione sul corretto uso della telefonia cellulare dopo condivisione della documentazione di riferimento programmare eventi formativi destinati in particolare ai pediatri, agli insegnanti e agli operatori della prevenzione.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Partecipazione alle attività formative con 2 operatori. - Report alla DCS con numero di operatori formati 	<p>A dicembre 2016 due operatori del Dipartimento di Prevenzione hanno regolarmente partecipato al corso di formazione organizzato dal Burlo Garofalo. Il report alla DCS è stato inviato dall’ente che ha organizzato l’attività.</p>

Linea n 3.2.14 - Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive (Programma XIII PRP)		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Situazione al 31.12.2016
Realizzare un corso di formazione sulla sorveglianza di malattie prevenibili con vaccino (morbillo, malattie batteriche invasive) con almeno il 50% di operatori formati (MMG, PLS, Operatori dei servizi vaccinali e di profilassi delle malattie infettive, direzioni ospedaliere).	Evidenza della attività formativa	Corso svoltosi a Udine nelle giornate del 11 ottobre e 4 novembre (hanno partecipato 12 operatori del Dipartimento di Prevenzione, 1 operatore Sorveglianza Sanitaria Ospedale di Pordenone)
Definire i percorsi di collaborazione ospedale-territorio per la gestione dei casi di TBC, verificando la coerenza con le linee regionali aggiornate dal tavolo regionale	Definizione del modello organizzativo aziendale tra Dipartimento di Prevenzione e Direzioni Mediche ospedaliere	I percorsi sono stati condivisi e definiti tra ospedale-territorio, produzione di una flow chart.
Garantire l'offerta attiva e gratuita del test HIV, anche in forma anonima.	Sul sito internet aziendale sono già disponibili le informazioni per il test HIV.	Le informazioni sono già presenti nel sito aziendale e durante il 2016 sono stati effettuati 101 test HIV in forma anonima e gratuita.
Partecipare ai gruppi di lavoro regionali finalizzati alla stesura di protocolli per la vaccinazione di soggetti fragili/a rischio e alla comunicazione per la vaccinazione Garantire la rilevazione delle reazioni avverse a vaccino in collaborazione tra servizi di farmacovigilanza e servizi vaccinali realizzando il causality assessment per tutte le reazioni gravi.	<ul style="list-style-type: none"> - Miglioramento delle coperture vaccinali per le categorie a rischio per patologia (incremento vaccinazione anti-influenzale: dato anno 2014= 11,9%) - Mantenimento del report aziendale inviato alla DCS 	I referenti stanno partecipando ai gruppi regionali. Le categorie a rischio per patologia vaccinate con anti-influenzale durante la campagna 2016/17 sono state il 13%; si prosegue nell'attività di rilevazione delle reazioni avverse.
Tutti gli ospedali partecipano ai programmi di sorveglianza delle ICA, con evidenza di monitoraggio degli indicatori regionali.	Trasmissione dei dati alla DCS degli indicatori regionali monitorati	L'attività viene svolta regolarmente (incontri mensili). Il Dipartimento di Prevenzione in collaborazione con Direzione Medica Ospedaliera- Ufficio Controllo Infezioni, ha prodotto una scheda che ripercorre le modalità di notifica malattia infettiva ai sensi del D.M. 15/12/1990 . I dati degli indicatori regionali monitorati sono stati trasmessi semestralmente alla

		DCS.
Effettuare in tutti gli ospedali per acuti la Point Prevalence Survey sulle Infezioni correlate all'assistenza.	OBIETTIVO STRALCIATO La PPS verrà effettuata nel 2017	OBIETTIVO STRALCIATO La PPS verrà effettuata nel 2017
Effettuare in tutti gli ospedali per acuti la Point Prevalence Survey sul consumo degli antibiotici.	OBIETTIVO STRALCIATO La PPS verrà effettuata nel 2017	OBIETTIVO STRALCIATO La PPS verrà effettuata nel 2017
Collaborare alla realizzazione di un evento di formazione sull'uso appropriato degli antimicrobici negli allevamenti industriali e partecipare alla formazione organizzata per il corretto uso degli antimicrobici negli allevamenti industriali	Evento formativo realizzato	Il corso è stato realizzato 11.11.2016.
Partecipare alla stesura e adottare le linee guida regionali per la gestione di un caso/focolaio di malattia da alimenti (MTA)	- Evidenza della partecipazione ai lavori di predisposizione delle Linee Guida. - adozione formale delle linee guida regionali	La regione ha formulato le linee guida nel corso del 2016, nessun operatore dalla AAS5 ha partecipato perché non coinvolto. Rimane la disponibilità a partecipare.
Partecipare alla realizzazione del Piano Integrato di sorveglianza uomo/animale per la prevenzione delle malattie infettive trasmesse da vettori	Partecipazione alla realizzazione del piano	E' stata garantita la partecipazione dei referenti alla realizzazione del piano.

Linea n 3.2.15 - Comunicazione del rischio e gestione delle emergenze (Programma XIV PRP)		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Situazione al 31.12.2016
Applicare il protocollo regionale sull'assistenza sanitaria alle persone migranti ed inviare settimanalmente i dati di attività	Evidenza dell'invio di report	Trasmessi dati da UFMI alla DCS fino al 31.08.2016
Realizzare in modo coordinato almeno un intervento formativo/informativo per la sensibilizzazione di gruppi specifici (tatuatori, estetisti, piercers...) sui problemi correlati alle malattie trasmissibili	Realizzato un intervento formativo /informativo	E' stato realizzato un evento a giugno 2016 presso l'ASUIUD. All'evento hanno partecipato tatuatori, estetisti, piercers provenienti da tutta la regione.
Garantire la formazione dei propri operatori sull'antimicrobial stewardship	Almeno il 25% di medici prescrittori formati	Eseguite 4 edizioni di un corso sull'Antimicrobial stewardship con formazione di 92 medici prescrittori.
Diffondere a tutti gli operatori sanitari la reportistica regionale sulle resistenze batteriche	Report inviato in formato elettronico a tutti gli operatori sanitari coinvolti in prescrizione e somministrazione di farmaci	Nello svolgimento del corso di Antimicrobial stewardship una relazione è stata eseguite dalla Microbiologia con l'illustrazione delle resistenze batteriche riscontrate all'interno dell'AAS5. A questo va aggiunta la condivisione dei dati con i direttori e le coordinatrici infermieristiche avvenuta a metà anno in due riunioni una svoltasi a Pordenone, l'altra a S. Vito.

Linea n 3.2.16 - Alimentazione e salute: promozione di un'alimentazione sana, sicura e sostenibile (Programma XV PRP)		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Situazione al 31.12.2016
Costituire un gruppo di lavoro aziendale per la promozione dell'allattamento al seno con le componenti previste dal piano prevenzione, individuare il referente al tavolo regionale e redigere un piano finalizzato ad aumentare il numero di donne che alla dimissione allattano al seno in modo esclusivo.	- Evidenza della costituzione del gruppo aziendale - Individuazione referente - Adozione formale del piano	Decreto del Direttore Generale n. 491 del 20.09.2016 costituisce il Gruppo aziendale per la promozione dell'allattamento al seno. E' stato individuato il referente aziendale. Adozione e attuazione del piano.
Svolgere l'autovalutazione dei punti nascita secondo manuale UNICEF	Evidenza del report di autovalutazione	Attività conclusa presso i punti di nascita di Pordenone e San Vito al Tagliamento.
Realizzare il censimento delle sedi operative di ristorazione collettiva con verifica dell'applicazione delle linee guida regionali/nazionali e monitoraggio della realizzazione delle attività previste dal programma.	Collaborare alla realizzazione del censimento.	E' stata garantita la collaborazione già in essere a livello regionale.
Rilevare la presenza del sale iodato nel 70% dei controlli svolti negli esercizi di vendita e nelle imprese di ristorazione collettiva e realizzare il monitoraggio della promozione del sale iodato, richiesta dal Ministero, inserendo nel programma SISAVeR i dati dei controlli ufficiali	Dati inseriti o in subordine report alla DRS	Nel 2016 sono stati effettuati 264 controlli in esercizi di vendita e nelle imprese di ristorazione collettiva. La percentuale di verifiche nel periodo gen-dic 2016 sulla presenza del sale iodato è stata del 56% nelle suddette imprese. L'obiettivo del 70% non è stato quindi raggiunto perché la comunicazione dell'obiettivo da parte della regione è stata data solo nel mese di aprile quando già 112 attività erano state oggetto di verifica ufficiale. Pertanto il dato nel periodo maggio-dicembre è del 97%.
Individuare un'azienda referente e realizzare in modo coordinato un evento formativo/informativo sull'etichettatura in applicazione del regolamento CE 1169/2011 (etichettatura prodotti alimentari)	Evento realizzato	Non è stata individuata nessuna azienda referente per la realizzazione dell'evento formativo.

Linea n 3.2.17 - Sicurezza alimentare e di salute e benessere animale		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Situazione al 31.12.2016
Ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi contenuti nel Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare	Collaborare con il livello regionale per la definizione degli obiettivi di attività di rilevanza aziendale del Piano Regionale Controlli in materia di sicurezza alimentare.	La struttura complessa Igiene Alimenti di Origine animale e il SIAN hanno effettuato al 100% le attività previste dal Piano Regionale Controlli in materia di sicurezza alimentare (Prot.Direzione Regionale Salute 7920 dd. 03.05.2016).
Effettuare i controlli sulla condizionalità come da convenzione con il MIPAAF/AGEA	Effettuare il 100% dei controlli previsti per gli atti di interesse della condizionalità e inserire le evidenze ed i verbali in BDN.	Obiettivo raggiunto: controlli anagrafe su bovini previsti 30 effettuati 37, su ovicaprini previsti 10 effettuati 11, su suini previsti 3 effettuati 5. Per quanto riguarda i controlli condizionalità per Benessere animale, Sicurezza Alimentare e Farmaco raggiunto il 100%.
Ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi contenuti nel Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare anche attraverso l'attività di ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base ai criteri del rischio, delle imprese alimentari; a parità di rischio dovrà essere mantenuto almeno il tasso di copertura 2015	<p>In attesa delle indicazioni del PRISAN sono programmate le seguenti attività (SIAN e VET. Origine Animale):</p> <ul style="list-style-type: none"> - n. 800 interventi ispettivi programmati per il 2016; - n. 25 audit per settore programmati per il 2016 - n. 250 campionamenti di alimenti - n. 300 valutazioni del rischio programmate - n. 10 controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni. <p>Il tasso di copertura delle attività è condizionato dagli obiettivi che la DCS assegna all'Azienda in attuazione del Piano Controlli per l'anno 2016.</p>	<p>La struttura complessa Igiene Alimenti di Origine animale ha effettuato al 100% le attività previste dal Piano Regionale Controlli in materia di sicurezza alimentare (Prot.Direzione Regionale Salute 7920 dd. 03.05.2016).</p> <p>DATI al 31.12.2016: interventi ispettivi: effettuati 711</p> <ul style="list-style-type: none"> - audit per settore: effettuati 5 SIAN e 26 dai veterinari - valutazioni del rischio programmate risultato superiore al 300 richiesto in quanto viene effettuata una valutazione ogni ispezione quindi 711 - i controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN effettuati come da Accordo Conferenza Stato Regioni sono stati 17
Attuazione del quarto anno del Progetto Piccole Produzioni Locali in accordo con la Direzione centrale agricoltura. Applicazione del nuovo Regolamento con coinvolgimento del Servizio SIAN.	<p>Evidenza delle attività di informazione/formazione</p> <p>Evidenza di una relazione finale sulle attività realizzate</p>	Attività svolta al 100%.
Misure di prevenzione su base genetica per l'eradicazione della Scrapie ovina classica, finalizzate all'incremento dell'allele di resistenza della proteina	Controlli sierologici sui capi destinati alla riproduzione in coerenza a quanto previsto dal decreto ministeriale in fase di promulgazione (al fine di ottenere un patrimonio ovino regionale	Attività svolta regolarmente e in linea con le indicazioni regionali: inviata lettera agli allevatori e iniziati i primi controlli

prionica (ARR) nell'intero patrimonio ovino nazionale	indenne da Scrapie).	
Attuazione del Piano regionale di monitoraggio e controllo della malattia di Aujeszky dei suini.	n. 72 allevamenti della coorte individuati dal Piano regionale da controllare al fine del mantenimento dell'indennità.	Attività svolta regolarmente e in linea con le indicazioni regionali: aziende controllate: previste 72 controllate 80 (durante l'anno la Regione ha ampliato il numero di aziende da controllare).
Attuazione dei controlli sul benessere animale negli allevamenti e durante il trasporto secondo le linee guida operative dettate dalla Task Force benessere animale, istituita con Decreto 659/SPS del 20/08/2015	Realizzazione delle attività di controllo in coerenza con le Linee Guida in corso di definizione (anno 2015 circa 100 interventi di controllo effettuati).	Attività svolta regolarmente e in linea con le indicazioni regionali.
Attuazione dei controlli sull'anagrafe ovi caprina come da indirizzi LEA Ministeriali.	Mantenimento della attività aziendale per il 3% dei controlli su base Regionale (come da LEA).	Attività svolta regolarmente e in linea con le indicazioni regionali: aziende da controllare 10, controllate 11.
Applicazione del PRP sull'Igiene Urbana Veterinaria.	Effettuare il 100% dei controlli sulle strutture di ricovero e custodia della Regione Autonoma FVG sia convenzionate che non convenzionate.	Attività svolta regolarmente e in linea con le indicazioni regionali: strutture da controllare 4, controllate 4.

3.3 ASSISTENZA PRIMARIA

3.3.1 SVILUPPO DELL'ASSISTENZA PRIMARIA

Linea n. 3.3.1 Sviluppo dell'assistenza primaria		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Situazione al 31.12.2016
Attuazione del Piano aziendale dell'assistenza primaria	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evidenza dell'aggiornamento/revisione del Piano aziendale dell'assistenza primaria; entro 60 giorni dalle direttive regionali. 2. Progressiva attivazione delle AFT (aggregazioni funzionali territoriali). 3. Avvio di almeno 2 CAP (centro assistenza primaria) entro il 31/12/2016. 	<p>- Con decreto del Direttore Generale n. 357 del 23 giugno 2016 sono state costituite le Aggregazioni Funzionali Territoriali della medicina generale (AFT), individuate secondo i criteri previsti dalla DGR 39/2016. In particolare, sono state identificate ed autorizzate 12 AFT, rispettivamente due AFT per ciascuno dei distretti Nord (Distretto delle Dolomiti e Valli friulane) , Est (Distretto del Tagliamento) ed Ovest (Distretto del Livenza) e tre AFT per i distretti Sud (Distretto del Sile) e Urbano (Distretto del Noncello). Inoltre sono state concordate e realizzate le attività previste per il 2016 dall'AIR.</p> <p>- Con decreto del direttore generale n. 750 del 30 dicembre 2016 è stata effettuata la ricognizione dei Centri di Assistenza Primaria della Provincia di Pordenone. A fine 2016 sono operativi 2 CAP (1 a Cordenons ed 1 a San Vito al Tagliamento).</p>

Linea n. 3.3.1 /bis Sviluppo dell'assistenza primaria – partecipazione dei cittadini		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Situazione al 31.12.2016
Avviare in maniera strutturata le forme di partecipazione dei cittadini	<ol style="list-style-type: none"> 1. Istituire il comitato di partecipazione aziendale entro il 30 giugno 2016 2. Realizzare almeno due incontri con la cittadinanza in ciascun distretto 	<p>Con decreto n. 632 del 23/11/2016 è stato costituito il comitato aziendale di partecipazione, informazione e coinvolgimento dei cittadini nei percorsi di cura.</p> <p>Sono stati realizzati almeno due incontri con la cittadinanza in ciascun distretto. In particolare, nel distretto est:</p> <ul style="list-style-type: none"> -un incontro, aperto alla cittadinanza del distretto est in data 21.3.2016 dal titolo :“Uno stile di vita sano: vivere meglio si può o si deve?” (presso la sede pubblica del Centro sociale anziani di San Vito al Tagliamento); -un incontro Pubblico (Assemblea – dibattito), in data 20.10.2016 “La Nuova sanità. Miglioriamo lo stato di salute dei Servizi sanitari Pubblici

		<p>Territoriali” (Sala Consiliare Municipio San Vito al Tagliamento).</p> <p>nel distretto sud: -4 maggio 2016 ad Azzano X; -28 ottobre 2016 a Tiezzo di Azzano X.</p> <p>nel distretto urbano: Sono stati effettuati 2 incontri aperti al pubblico con l’ associazione familiari diabetici (13 marzo e 9 luglio), un incontro con volontari dell’associazione Casa del Volontariato che raccoglie le associazioni che si occupano della salute mentale (14 marzo), un incontro con associazione ciechi (16 aprile), un incontro con famiglie di pazienti affetti da demenza Alzheimer aderenti all’associazione (8 giugno). E’ stato svolto un incontro con i cittadini in collaborazione con il sindacato CGIL-SPI per il 18 ottobre 2016 sull’offerta di servizi distrettuali e aziendali e un incontro con i cittadini il 22 ottobre in collaborazione con l’associazione Dimagrire Insieme e OSF per promuovere gli stili di vita salutari in particolare riguardo alimentazione e attività fisica.</p> <p>nel distretto nord: -19 maggio 2016 a Castelnovo del Friuli e il 26 maggio 2016 a Vito d’Asio, due incontri con il tema: “Investiamo in salute – chi è responsabile della nostra salute?”; -13 ottobre 2016 (Maniago Lestans): incontro di popolazione organizzato da SPI-CGIL. Tematiche: bisogni di salute, organizzazione dei servizi, criticità evidenziate dagli utenti, programmi sanitari.</p> <p>nel distretto ovest: -12 gennaio incontro con popolazione presso casa di riposo Sacile; -11 luglio incontro con popolazione presso comune di Fontanafredda; -24 ottobre incontro pubblico Sacile.</p>
--	--	---

3.3.2 PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI SOCIO-SANITARI

Accreditamento		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Situazione al 31.12.2016
Programma regionale di accreditamento	<p>-Mantenimento della messa a disposizione dei valutatori per i sopralluoghi di accreditamento;</p> <p>-partecipazione alle attività regionali (OTA);</p> <p>-realizzazione delle attività di autovalutazione dei requisiti e alla redazione dei relativi piani di adeguamento, come da indicazioni regionali;</p> <p>- Attuazione del programma regionale definito per l'autorizzazione/accreditamento degli ospedali pubblici.</p>	<p>I valutatori sono stati messi a disposizione in coerenza alle indicazioni regionali.</p> <p>Si è assicurata la presenza agli incontri regionali.</p> <p>Le attività di accreditamento sono state completate.</p> <p>E' stato definito un programma di interventi di adeguamento secondo quanto indicato dai valutatori regionali con la messa in opera delle azioni correttive specifiche per le aree individuate.</p>

Odontoiatria sociale		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Situazione al 31.12.2016
Odontoiatria sociale	Mantenimento dell'attività nei diversi setting (distretto, strutture protette, ospedale).	<p>Le attività sono assicurate.</p> <p>Dal 1 gennaio 2016 al 31 dicembre 2016 l'attività odontostomatologica ospedaliera per pazienti disabili è stata la seguente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • visite presso Day Surgery di Sacile: 42 pazienti • interventi chirurgici presso il Day Surgery di Sacile: 4 pazienti • interventi chirurgici presso il Blocco Operatorio di Pordenone: 20 pazienti. <p>E' attivo un ambulatorio odontoiatrico per screening e la cura dei disabili gravi presso la sede distrettuale di Porcia (nel 2016 presi incarico n.15 disabili gravi).</p>

Cure palliative		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Situazione al 31.12.2016
Reti per le cure palliative	- Revisione modello organizzativo integrato ospedale/territorio entro il 31/12/2016.	E' stato proposto un nuovo modello organizzativo da rivedere e implementare dopo l'attuazione del Piano Aziendale e la l'avvio della Struttura Semplice Dipartimentale "Rete di cure palliative e Hospice" (con decreto n. 688 del 14.12.2016 è stato approvato il profilo di ruolo dell'incarico di Responsabile della S.S.D. "Rete cure palliative e Hospice" afferente al Dipartimento Assistenza Primaria Aziendale; è stata avviata la selezione interna per il conferimento del

	<ul style="list-style-type: none"> - Partecipazione ai tavoli di lavoro regionali per i percorsi clinico-assistenziali e il monitoraggio delle reti. - Monitoraggio delle attività. 	<p>relativo incarico e con decreto n. 117 del 15.02.2017 è stato affidato l'incarico di Responsabile della S.S.D. "Rete cure palliative e Hospice").</p> <p>E' stata assicurata la partecipazione a tutti gli incontri regionali organizzati (22.6.2016, 17.10.2016)</p> <p>Nel 2016 i pazienti in carico sono stati 526 con 2933 visite effettuate.</p>
--	---	---

Salute mentale		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Situazione al 31.12.2016
1. Contenimento della fuga extraregionale per l'utilizzo delle risorse residenziali	Mantenimento della spesa complessiva per tutte le comunità terapeutiche extra regione ai valori 2015 (DSM-Dip.Dipendenze-Minori =1.500.000 euro).	L'obiettivo del mantenimento della spesa complessiva per tutte le comunità terapeutiche extra regione è stato raggiunto. Sono presenti strumenti di monitoraggio della spesa che prevedono il raccordo costante tra DSM/Neuropsichiatria Infantile e Dipartimento delle Dipendenze.
2. Rivedere l'organizzazione della rete della riabilitazione psichiatrica aziendale in co-progettazione con la cooperazione sociale	Incrementare il numero degli educatori professionali nelle strutture riabilitative.	È stato acquisito ed è operativo da luglio un operatore tecnico della riabilitazione psicosociale alla SOC "CSM 24h area dolomiti friulane".
3. avvio della rete dei servizi di salute mentale dell'età evolutiva (in particolare per quanto riguarda la diagnosi precoce e presa in carico tempestiva dei ritardi e disturbi dello sviluppo nelle prime età della vita, la diagnosi e presa in carico tempestiva degli esordi psichiatrici degli adolescenti, il riconoscimento precoce delle situazioni di fragilità e rischio suicidario)	Avvio delle attività di accoglienza per adolescenti con problemi in fase acuta e/o in stato di crisi. Attivare forme di coordinamento con l'Associazione "Nostra Famiglia" e la "Fondazione Bambini e Autismo" entro maggio 2016.	È stato realizzato un evento formativo sulla gestione delle problematiche dell'adolescenza ed in particolare sulla realizzazione di un Centro Diurno con il gruppo Il Minotauro in data 12 dicembre, che ha visto la numerosa partecipazione di operatori del DSM, della NPI, Dipartimento delle Dipendenze e Consultorio. Sono stati realizzati numerosi interventi informali soprattutto con la Fondazione Bambini e Autismo, ed è stato sottoscritto un protocollo per la gestione delle emergenze psichiatriche/comportamentali.
4. Ridefinire obiettivi e riorganizzazione dei servizi per i disturbi del comportamento alimentare	Definire entro giugno 2016 l'organizzazione dei servizi per i disturbi del comportamento alimentare	Il giorno 4 ottobre si è tenuto un incontro promosso dalla Direzione Generale, al quale hanno partecipato rappresentanti del DSM e CDA, delle pediatrie, della Neuropsichiatria Infantile, del Dipartimento delle Dipendenze e del Coordinamento sociosanitario, nel corso

		del quale è stato dato incarico per la stesura di un progetto riorganizzativo del CDA, che tenesse in debito conto le problematiche emerse. Tale progetto è stato redatto e presentato al Direttore Generale ed inserito nei progetti aziendali nel PAL 2017.
5. sistema informativo della salute mentale	Collaborazione con la DCS per il sistema informativo della salute mentale.	Nessuna indicazione regionale pervenuta.
6. Avviare il programma "Pordenone libera da contenzione"	Realizzare nel corso del 2016 sul tema della contenzione: l'istituzione della commissione aziendale, il programma di formazione, una survey in tutte le RSA, nelle SOC di medicina interna e in almeno il 30% delle residenze protette e progettare le azioni di miglioramento.	<p>In data 30 maggio 2016 si è svolto un seminario dal titolo "PROMOTORI DI MODELLI ASSISTENZIALI LIBERI DA PRATICHE DI CONTENZIONE MECCANICA, FARMACOLOGICA ED AMBIENTALE" presso la Sala Consiliare della Provincia di Pordenone.</p> <p>In data 15.12.2015, negli ospedali dell'AAS5, nel corso dell'indagine di prevalenza per lesioni da pressione è stata rilevata anche la presenza dei mezzi di contenzione con il risultato che nel 18,8% dei pazienti (89 pazienti su 473) sono presenti mezzi di contenzione fisica (di cui il 94,4% casi ha un letto con 2 spondine sollevate).</p> <p>Inoltre, nel corso dell'analisi delle segnalazioni delle cadute dei pazienti viene analizzato anche l'uso dei mezzi contenzione, nell'anno 2016:</p> <ul style="list-style-type: none"> - in ospedale nel 23% dei pazienti caduti, pari a 101 su 439, sono presenti mezzi di contenzione fisica - in RSA su 168 segnalazioni di cadute circa nel 30% dei pazienti sono presenti mezzi di contenzione fisica.
7. diffusione e l'applicazione del Mental Health Gap Action Programme (mhGAP), definito e promosso dall'OMS	Collaborazione con la DCS per la diffusione e l'applicazione del Mental Health Gap Action Programme (mhGAP), definito e promosso dall'OMS.	Nel corso dell'anno non sono pervenute indicazioni regionali per la diffusione e applicazione del Mental Health Gap Action Programme (mhGAP).

Dipendenze		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Situazione al 31.12.2016
<p>Collaborazione con l'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze. Partecipazione ai tavoli di confronto sugli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale. Produzione di almeno 3 indicatori di outcome.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evidenza della partecipazione dei referenti del gruppo tecnico operativo ad almeno il 70% delle riunioni. 2. Invio e validazione dei dati per i flussi informativi regionali raccolti dell'osservatorio. 3. Evidenza della partecipazione ad almeno il 70% delle riunioni indette per il confronto sugli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale. 4. Partecipazione alle attività regionali per l'individuazione di almeno 3 indicatori di outcome. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Il tavolo che vede il confronto da parte dei direttori di dipartimento sugli strumenti terapeutico riabilitativi si mantiene costante a cadenza mensile, mentre quello che vede il confronto sugli strumenti di reinserimento sociale è stato attivato in data 4 luglio 2016 con la condivisione da parte degli operatori e dei Direttori Dipartimento Dipendenze delle prassi operative in atto. La partecipazione è stata del 80% (il responsabile del servizio non ha potuto partecipare a due incontri su dieci). 2. Si mantiene costante l'inserimento dei dati necessari all' Osservatorio e al flusso per il Ministero della Salute. 3. Le assistenti sociali del servizio hanno partecipato a tutti gli incontri. 4. E' stata trasmessa alla direzione centrale salute la relazione sui seguenti indicatori: <ul style="list-style-type: none"> • indicatore 1: Monitoraggio a 6 mesi del trattamento dei tabagisti; • indicatore 2: Monitoraggio drop-out (intera utenza); • indicatore 3: (eventi sentinella) Monitoraggio decessi per suicidio o overdose. <p>I tre indicatori sono stati identificati e concordati a livello regionale in accordo con tutti i responsabili regionali dei servizi per le dipendenze e condivisi con le equipe.</p>

Sanità Penitenziaria		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Situazione al 31.12.2016
Sanità Penitenziaria	<p>1. Evidenza al 30 giugno 2016 del Protocollo operativo locale redatto in collaborazione con la Direzione dell'istituto penitenziario, in coerenza con i contenuti dell'approvando Protocollo regionale.</p> <p>2. Partecipazione a gruppi di lavoro, individuati nell'ambito dell'Osservatorio regionale permanente della sanità penitenziaria.</p> <p>3. Il gruppo tecnico per la prevenzione del suicidio e dei gesti autolesivi in carcere sarà attivato a seguito della definizione delle «Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale» .</p>	<p>1. È stato deliberato e sottoscritto il Protocollo operativo locale (Decreto n. 377 del 29.06.2016).</p> <p>2. È stata garantita la partecipazione a gruppi di lavoro, individuati nell'ambito dell'Osservatorio regionale permanente della sanità penitenziaria.</p> <p>3. Si attende da parte della regione la definizione del gruppo tecnico dedicato (il gruppo è stato costituito a febbraio 2017).</p>

Ospedali Psichiatrici Giudiziari		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Situazione al 31.12.2016
REMS di Maniago	Mantenimento dell'attività.	<p>Prosegue l'attività della REMS di Maniago con la presenza del medico al quale è stato dato l'incarico di seguirne e coordinarne in loco le attività.</p> <p>È stato consegnato in Direzione Centrale il progetto "nuova REMS/ CSM 24h di Maniago"</p> <p>Il 3 novembre si è tenuta la visita del Senatore Corleone, commissario nazionale per le REMS e monitoraggio riforma 81/14.</p>

Riabilitazione		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Situazione al 31.12.2016
Riabilitazione: progressiva applicazione degli standard previsti dalla DGR 2673/2014	<p>1. Individuazione dei posti letto di riabilitazione ospedaliera e territoriale attivabili nel 2016</p> <p>2. avvio di un percorso di revisione qualitativa della dotazione di personale al fine di favorire l'acquisizione di personale di riabilitazione, in particolare fisioterapisti e logopedisti</p>	<p>1. Attivi al 31.12.16 n.15 posti letto presso l'ospedale di Pordenone e n. 4 posti letto ordinari presso l'ospedale di Spilimbergo.</p> <p>2. Inviata alla Direzione aziendale una proposta di revisione degli standard del personale di riabilitazione impiegato nei servizi territoriali. Sono stati nominati i referti aziendali nel tavolo di lavoro regionale sulle dotazioni organiche costituito dalla Direzione Regionale con nota n. 11051 del 28.06.2016</p>
Attuare la revisione qualitativa delle RSA rispetto agli standard della DGR 2151/2015	<p>3. Attuare entro il 30 giugno 2015 la revisione qualitativa e predisporre il piano di adeguamento anche tenendo conto della natura sperimentale della rete delle strutture intermedie di ASS5</p>	<p>E' stata aggiudicata la gara per la gestione esternalizzata di tre delle RSA aziendali. Il capitolato d'appalto ha parzialmente recepito gli standard della DGR di riferimento.</p>
Avviare la Struttura intermedia polifunzionale (SIP) di Sacile	<p>4. Evidenza dell'attivazione entro 60 giorni dall'approvazione della proposta riorganizzativa da parte della DCS</p>	<p>Con decreto del Direttore Generale n.228 del 28 aprile 2016 si è avviata la Struttura Intermedia Polifunzionale (SIP) di Sacile.</p>
Avviare la riabilitazione cardio-pneumologica presso il presidio di Sacile	<p>5. Entro giugno 2016 è avviata in via sperimentale la riabilitazione cardio-pneumologica presso il presidio di Sacile</p>	<p>L'attività di riabilitazione cardio-pneumologica è stata avviata in forma ambulatoriale da febbraio 2016. Sono in corso le azioni propedeutiche all'acquisizione di personale formato da impiegare nell'attività tramite avviso pubblico (realizzato a marzo 2017).</p>
Consolidare i livelli dell'assistenza sanitaria e riabilitativa presso i centri residenziali e semiresidenziali per disabili	<p>6. Attuare in tutti i centri i protocolli di cura e assistenza (medica, psichiatrica, infermieristiche e riabilitativa) redatti nel 2015 entro giugno 2016</p>	<p>Sono state avviate in tutti i distretti le equipe multidisciplinari per l'handicap (EMDH) per la rivalutazione sanitaria di tutti gli utenti inseriti in centri residenziali e semiresidenziali per disabili.</p>
Costruzione di una rete riabilitativa regionale a garanzia di un percorso riabilitativo unico integrato alle persone con disabilità, dopo l'adozione del Piano della riabilitazione a livello regionale	<p>7. Definizione di un piano di riorganizzazione dell'offerta di prestazioni riabilitative in regime di ricovero, residenziale, semi-residenziale ed ambulatoriale, al fine di consentire una configurazione organizzativa delle strutture assistenziali e un sistema di governo dei processi in grado</p>	<p>Il Piano regionale della Riabilitazione non risulta ancora adottato e nel corso del 2016 non si sono tenute riunioni del gruppo tecnico regionale.</p>

	di offrire continuità di cura, equità di accesso e omogeneità di trattamento in tutto il territorio regionale entro tre mesi dalla adozione del Piano regionale della Riabilitazione e dell'assegnazione delle risorse.	
Gravi cerebro-lesioni acquisite	8. Stesura di un piano di fattibilità per l'attivazione di posti letto dedicati alla riabilitazione estensiva nella rete delle residenze intermedie.	Nessuna attività è stata intrapresa nel 2016.
Valutazione della presa in carico del paziente da riabilitare	9. Partecipazione al percorso regionale propedeutico alla valutazione della presa in carico del paziente da riabilitare, nonché degli esiti del piano riabilitativo, attraverso l'adozione di strumenti validati in ambito nazionale/internazionale.	Obiettivo è legato all'adozione del Piano regionale della Riabilitazione. Alcuni aspetti relativi agli strumenti di valutazione sono stati affrontati nell'ambito dell'applicazione del PDTA Ictus.

Percorso nascita		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Situazione al 31.12.2016
Percorso nascita	<ul style="list-style-type: none"> - Evidenza della partecipazione alle attività regionali - predisposizione di percorsi assistenziali omogenei e condivisi per la parto-analgesia farmacologica e non - temi inerenti il percorso nascita inseriti nei piani di formazione 	<p>-Assicurata presenza ai tavoli regionali come da convocazione dal SSR.</p> <p>-Presenza e applicazione del protocollo per parto analgesia condiviso con gli anestesisti (adozione protocollo giugno 2016)</p> <p>Nell'anno 2016, abbiamo avviato, come da piano formativo i seguenti eventi::</p> <ul style="list-style-type: none"> - 31 Marzo, Convegno SIN a Pordenone "Continuità e confronto in campo Perinatologico - Rianimazione Neonatale, 2 edizione - Corso 20 ore Promozione e sostegno Allattamento al seno, per personale dedicato al punto nascita, 2 edizioni - Refresh allattamento al seno, 1 giornata, 2 edizioni - Informazione a tutti i neo assunti dell'AAS5 della certificazione dei 2 P.Nascita "Ospedale Amico del Bambino e della politica del BFH - Corso di formazione sul lutto in gravidanza e dopo la nascita:la cura della donna, della coppia e della famiglia, 1 edizione

	<p>- implementazione a livello aziendale delle raccomandazioni ministeriali relative alla prevenzione della morte materna e del neonato di peso >2500grammi</p> <p>- Attivazione guardia pediatrica h. 24 presso l'ospedale di San Vito</p>	<p>-Si è in attesa di indicazioni regionali per l'implementazioni delle raccomandazioni ministeriali relative alla prevenzione della morte materna e del neonato di peso >2500grammi.</p> <p>-Presso il punto nascita di San Vito è presente il pediatra sulle 24 ore. In attesa del completamento dell'organico la presenza è garantita con tutte le forme previste dai contratti di lavoro.</p>
--	--	--

Diabete		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Situazione al 31.12.2016
<p>Applicazione del piano regionale diabete</p>	<p>Mantenimento delle attività in coerenza alle indicazioni regionali</p>	<p>L'attività viene mantenuta. E' assicurata la partecipazione ai tavoli tecnici regionali (in particolare al Tavolo di lavoro sul diabete e Tavolo di lavoro su Diabete e Territorio).</p> <p>Ad ottobre 2016 partecipazione del personale della Diabetologia di Pordenone e Sacile (2 diabetologi, 3 Infermiere professionali e una dietista) a 2 eventi che hanno formato un gruppo di formatori che hanno poi partecipato come tutor all'evento formativo con i MMG svoltosi il 30.3.2017 presso il Villaggio del Fanciullo. Scopo dell'evento è stato quello di condividere con i MMG dell'AAS5 i percorsi per l'avvio dell'Assistenza Integrata ai pazienti affetti da DMT2 secondo le indicazioni emanata dalla Regione FVG.</p> <p>Parallelamente a Dicembre 2016 è stato avviato un tavolo di lavoro con i MMG del Distretto Urbano per condividere un percorso di assistenza integrata ai pazienti affetti da DMT2 del Distretto Urbano. Obiettivo la condivisione di un PDTA che verrà poi condiviso con i MMG dei Distretti dell' AAS5.</p>
<p>Avvio dell'attività del retinografo presso il Distretto di San Vito</p>	<p>Entro marzo 2016 è avviata l'attività del retinografo presso l'ambulatorio diabetologico/oculistico</p>	<p>Prosegue l'attività di screening per la retinopatia diabetica mediante l'utilizzo di retinografo.</p> <p>Gli appuntamenti vengono gestiti dal poliambulatorio del distretto di San Vito al Tagliamento.</p> <p>L'esame viene refertato dagli oculisti dell'UO di Oculistica di Pordenone.</p>

Autismo		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Situazione al 31.12.2016
Autismo	Partecipazione agli incontri regionali	E' assicurata la partecipazione agli incontri regionali

Consultori familiari		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Situazione al 31.12.2016
Consultori familiari: completare la ricognizione e predisporre un piano di fattibilità per la riorganizzazione dell'offerta dei servizi del consultorio familiare in coerenza con i bisogni delle famiglie e nell'ottica di equità e omogeneità di offerta a livello regionale	Collaborazione alla ricognizione dell'assetto organizzativo	La ricognizione dell'assetto organizzativo è stata effettuata nel 2015 e correttamente comunicata alla DCS. Nel corso del 2016 non sono pervenute ulteriori richieste e indicazioni regionali .

Cooperazione sanitaria transfrontaliera ed internazionale		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Situazione al 31.12.2016
Partecipazione ad attività di collaborazione internazionale, anche congiuntamente ad altri Enti del SSR, su temi afferenti alla pianificazione regionale.	<ul style="list-style-type: none"> - Non è indicata alcuna iniziativa/proposta cui partecipare. - Appare opportuno specificare, per le attività che saranno implementate, anche l'afferenza delle eventuali iniziative al Piano Strategico regionale e alla pianificazione regionale specifica del settore sanitario e sociosanitario, con particolare riferimento all'area materno-infantile e di ricerca - Individuazione di referenti per l'attività e/o attivazione modalità di collaborazione inter aziendale nel settore. 	È garantita la partecipazione alla commissione regionale per l'autorizzazione dei ricoveri all'estero.

3.4 PROGETTI ATTINENTI LE ATTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALI

Linea 3.4.1. Insufficienze d'organo e trapianti		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Situazione al 31.12.2016
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	
Cuore	<ol style="list-style-type: none"> 1. Partecipazione al tavolo regionale per la formalizzazione della filiera cuore della rete per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti ed avvio delle attività con individuazione di almeno 1 percorso assistenziale a valenza regionale relativo ai pazienti trapiantati. 2. Mantenimento del tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti di 50-74 anni. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. E' stata assicurata la partecipazione al tavolo regionale. 2. Indicatori bersaglio 2016 : Cuore: tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco per 100.000 residenti di 50-74 anni = 192
Rene	<ol style="list-style-type: none"> 1. Partecipazione al tavolo regionale per la formalizzazione di almeno 2 percorsi assistenziali a valenza regionale dei quali almeno 1 che riguarda i pazienti trapiantati. 2. Mantenimento dei pazienti in emodialisi al di sotto del 50% del totale dei pazienti in terapia sostitutiva della funzione renale (trapiantati, emodializzati, in dialisi peritoneale). 3. Potenziamento del programma Trapianti di rene con riduzione dei Tempi di immissione in lista trapianto (almeno il 75% dei nuovi dializzati eligibili a trapianto entro 6 mesi dall'inizio della dialisi) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. E' stata assicurata la partecipazione al tavolo regionale; il percorso per la malattia renale cronica e quello per i trapianti sono stati conclusi. 2. Dati al 31/12/2016: Pazienti in dialisi peritoneale 38 Pazienti in emodialisi 172 Pazienti trapiantati 176 Totale pazienti in terapia sostitutiva della funzione renale 386. % pazienti in dialisi = 44,6% 3. Il potenziamento del programma "trapianti di rene" con riduzione dei tempi di immissione in lista trapianto (almeno il 75% dei nuovi dializzati eligibili a trapianto entro 6 mesi dall'inizio della dialisi) è in attuazione. Il progetto è stato attivato utilizzando l'istituto del day-hospital in attesa dell'attivazione di un percorso preferenziale per effettuare in tempi brevi tutte le indagini previste.
Fegato	<ol style="list-style-type: none"> 1. Partecipazione al tavolo regionale per la formalizzazione di almeno 2 	<ol style="list-style-type: none"> 1. E' stata assicurata la partecipazione al tavolo regionale.

<p>Pancreas</p>	<p>percorsi assistenziali a valenza regionale dei quali almeno 1 che riguarda i pazienti trapiantati.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Partecipazione al tavolo regionale per la formalizzazione della filiera pancreas della rete per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti. 2. Riduzione del tasso di amputazioni maggiori per diabete, portandolo al di sotto di 53 casi per milione di residenti . 	<ol style="list-style-type: none"> 1. E' stata assicurata la partecipazione al tavolo regionale. 2. Indicatori bersaglio 2016 : Pancreas: tasso di amputazione maggiori per diabete per milioni di residenti = 55,35
<p>Polmone</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Partecipazione al tavolo regionale per la formalizzazione della filiera polmone della rete per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti. 2. Mantenimento del tasso di ospedalizzazione per BPCO (valore di riferimento anno 2014 =33,84) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. E' stata assicurata la partecipazione al tavolo regionale. 2. Indicatori bersaglio 2016 : Polmone: tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100000 residenti di 50-74 anni = 51,02

Linea 3.4.2. Emergenza urgenza		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Situazione al 31.12.2016
<p>Ictus</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aumento dell'attività di trombolisi endovenosa/ endoarteriosa con il tendenziale raggiungimento nel 2016 di un valore atteso (da indicazioni regionali) di 75 trombolisi. 2. Produzione e trasmissione alla Direzione centrale salute di un report sulla presenza e compilazione nella cartella clinica, della scala Barthel Index e della Rankin Scale modificata all'ingresso e all'uscita di ogni setting assistenziale su ricoveri con DRG 14 o codici ICD-9-CM (430.x, 431.x, 432.x, 433.x1, 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Al 31.12.2016 sono state effettuate 85 trombolisi endovenose e 2 trombectomie intraarteriose 2. E' stato introdotto l'utilizzo delle scale di valutazione Rankin e Bartel definite nel percorso regionale. Da una verifica effettuata su un campione di 30 cartelle si è registrata una compilazione superiore all'85%. Per facilitare la compilazione delle scale è stato predisposto e distribuito un piccolo fascicolo Ospedaliero da allegare alla cartella clinica e due tipologie di fascicoli PDTA Ictus (simili a quello ospedaliero) una per la rete cure intermedie (RSA, SIP, ecc.) e una per il domicilio ADI (SID e SRD); le schede somministrate saranno raccolte per

	<p>434.x1, 436.x. 437.3, 438.x, 784.3).</p> <p>Il report dovrà essere condotto su un campione di cartelle con le seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> -periodo di misurazione dal 1/7 al 31/12 2016; -ricoveri <500/anno: 30 cartelle esaminate; -ricoveri >500/anno: 50 cartelle esaminate; -rappresentativo delle diverse unità operative che accolgono e/o dimettono i pazienti, proporzionato al numero dei ricoveri anno di ciascuna unità operativa; -esclusione dal campione dei pazienti con esito ricovero "deceduto". 	<p>valutare il percorso e i valori delle scale per valutare gli esiti.</p> <p>3. E' stato completato il ciclo di formazione sul PDTA Ictus con 9 giornate distribuite nell'arco di tutto il 2016 con il coinvolgimento di 646 professionisti di area ospedaliera e territoriale.</p>
<p><u>Emergenze cardiologiche</u></p>	<p>1. Partecipazione al tavolo regionale per la formalizzazione della rete emergenze cardiologiche con individuazione di almeno 1 percorso assistenziale che definisca anche specifici indicatori di esito.</p>	<p>1. E' assicurata la partecipazione al tavolo regionale.</p>
<p><u>Trauma</u></p>	<p>1. Partecipazione al tavolo regionale per la formalizzazione della rete trauma e avvio di un sistema di indicatori clinici per il monitoraggio degli esiti..</p> <p>2. Trattamento della Frattura di femore entro 48H in almeno il 70% (hub) o 80% (spoke) dei casi trattati dal presidio ospedaliero.</p>	<p>1. E' assicurata la partecipazione al tavolo regionale.</p> <p>2. La percentuale di pazienti con età 65+ con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 48h in regime ordinario è stata a Pordenone pari al 81,7%, a San Vito/Spilimbergo al 69,6%.</p>
<p><u>Pronto soccorso ed emergenza urgenza</u></p>	<p>1. Aumento 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 2014 del 66,19% - fonte</p>	<p>1. Dati regionali 2016: - percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h: Ospedale di Pordenone = 53,4% Ospedale di San Vito/Spilimbergo = 75,6%</p> <p>Le condizioni operative non</p>

	<p>Bersaglio)</p> <p>2. Aumento 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 2014 del 72,02% - fonte Bersaglio)</p>	<p>consentono il rispetto dei tempi definiti dal Progetto Bersaglio.</p> <p>2. Dati regionali 2016:</p> <ul style="list-style-type: none"> - percentuale dei pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore: Ospedale di Pordenone = 81,8% Ospedale di San Vito/Spilimbergo = 76,7% <p>E' avviato un percorso di miglioramento ma pesanti criticità nella dotazione di personale non rendono conseguibile questo valore obiettivo.</p>
--	---	---

Linea n. 3.4.3 Reti di patologia		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Situazione al 31.12.2016
Malattie rare	<ol style="list-style-type: none"> 1. Partecipazione al tavolo regionale alla rete malattie rare con formalizzazione di almeno 3 percorsi assistenziali. 2. Implementazione, da parte dei presidi autorizzati, del flusso informativo al registro regionale di cui al DM 279/2001 	<ol style="list-style-type: none"> 1. E' assicurata la partecipazione al tavolo regionale. 2. L'ospedale di Pordenone è centro riconosciuto per le malattie rare. In fase di implementazione il flusso informativo al registro regionale.
Malattie reumatiche	<ol style="list-style-type: none"> 1. Partecipazione al tavolo regionale per la formalizzazione di almeno 2 Percorsi assistenziali, individuando anche specifici indicatori di esito clinico. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. E' assicurata la partecipazione al tavolo regionale.
Cure palliative e terapia del dolore	<ol style="list-style-type: none"> 1. Utilizzo sistematico degli strumenti di valutazione del dolore e delle modalità operative di documentazione. 2. Partecipazione al tavolo regionale per la riorganizzazione e accreditamento delle reti assistenziali e degli hospice. 3. Revisione della documentazione in uso e garantito l'invio mensile dei dati come da indicazioni 4. Mantenimento delle attività di cure domiciliari pediatriche. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Strumenti di valutazione del dolore e modalità operative di documentazione utilizzate sul 100% dei pazienti ricoverati in Hospice e presi in carico nella Rete di cure palliative domiciliari. 2. Partecipazione al tavolo regionale che ha portato alla Delibera sulle cure palliative (DGR n. 165 del 5 febbraio 2016). In attesa che venga convocato il tavolo per l'accreditamento. 3. Nel 2016 è iniziato il processo di revisione della documentazione in uso nelle strutture intermedie con l'obiettivo di rendere uniforme la documentazione sanitaria utilizzata

		<p>nelle strutture per uniformare nel setting residenziale gli strumenti a supporto dei processi e delle decisioni clinico-assistenziali. E' stato costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare. Per motivi di opportunità, la scelta di revisione ha interessato la cartella medica e il diario clinico, la cartella infermieristica e il diario infermieristico, il FUT, la cartella fisioterapica e il diario riabilitativo ed alcune schede aggiuntive. Dal 1.10.2016 la nuova documentazione sanitaria è stata impiegata in tutte le strutture intermedie aziendali ed è stata condotta una verifica su un campione casuale di n. 15 cartelle sanitarie di ciascuna struttura nel periodo compreso tra l'01.10.2016 al 31.12.2016.</p> <p>4. Rete di cure palliative pediatriche: l'attività è mantenuta e nel 2016 sono stati effettuati 796 accessi.</p>
--	--	---

Linea 3.4.4. Materno-infantile		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Situazione al 31.12.2016
Linee di programmazione relative all'area materno-infantile	<ol style="list-style-type: none"> 1. Responsabilizzazione diretta delle ostetriche nella gestione del percorso per la gravidanza fisiologica 2. Mantenimento della percentuale dei parti cesarei al di sotto del 20% dei parti totali. 3. Riduzione dei parti indotti farmacologicamente al di sotto del 20% . 4. Partecipazione al tavolo regionale per l'individuazione dell'elenco degli interventi chirurgici pediatrici che, per assicurare adeguati livelli di sicurezza e qualità, è necessario centralizzare in un'unica struttura o essere eseguiti, eventualmente in più sedi, da una sola equipe chirurgica ed anestesologica. 	<p>1 - La presa in carico della gravida fisiologica da parte dell'ostetrica avviene alla 37° settimana di gestazione. La responsabilizzazione diretta dell'ostetrica nella gestione del percorso gravidanza fisiologica è in attesa un protocollo regionale.</p> <p>2 - Dati 2016: Aziendali = 18,5%</p> <p>3 - Dati 2016: Aziendali = 20,5%</p> <p>4 –Il tavolo regionale non è stato avviato.</p>

Linea 3.4.5 Sangue ed emocomponenti		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Situazione al 31.12.2016
Contributo all'autosufficienza regionale e nazionale	<ul style="list-style-type: none"> - Partecipazione alle attività di raccolta sangue territoriale secondo un calendario unitario regionale concordato con il Coordinamento Regionale Trasfusionale e le Associazioni e Federazioni del Volontariato del sangue. I valori attesi per il 2016 sono i seguenti: a. plasma da lavorazione di sangue intero (valore 2014 +/- 2 %) b. plasma da aferesi (valore 2015 aumentato del 2%) 	<p>Il plasma da lavorazione di sangue intero ha raggiunto quota 3503,7 litri rispetto alla quantità prelevata nello stesso periodo del 2015 che si era attestata sui 3648,6 litri. Per quanto riguarda il plasma raccolto da aferesi il netto aumento si è verificato per la modifica dei volumi di raccolta come richiesto dal DM 02.11.2015. La quantità raccolta si è attestata sui 3118,3 litri rispetto al plasma raccolto nello stesso periodo del 2015 che risultava 2806,6 litri. Il saldo complessivo è attivo</p>
Sicurezza trasfusionale	<ul style="list-style-type: none"> - Garantire la sicurezza trasfusionale attraverso la partecipazione ai programmi regionali di sorveglianza del rischio trasfusionale. 	<p>Nel corso dell'anno sono stati redatti i rapporti di sorveglianza del rischio trasfusionale e di emovigilanza in accordo con quanto previsto dagli accordi regionali.</p>
Appropriatezza trasfusionale	<ul style="list-style-type: none"> - Verifica dell'appropriatezza trasfusionale e promozione dell'appropriatezza della richiesta di trasfusione raggiungendo una riduzione di almeno il 15% delle sacche consegnate e non utilizzate nei contesti ad elevata inappropriatezza (superiore al 10%). 	<p>Sono proseguiti nel corso dell'anno per tutti gli emocomponenti report di appropriatezza per singolo reparto.</p>
Proseguire l'attività trasfusionale extra-ospedaliera, in RSA, nelle Residenze per anziani non autosufficienti e a domicilio per i pazienti allettati	<ul style="list-style-type: none"> - almeno l'80% degli ospiti dell'hospice di San Vito e dell'Ospedale di prossimità di Maniago che necessitano di una trasfusione è stato trasfuso nella propria struttura di residenza e non ha effettuato accessi ospedalieri per la sola terapia trasfusionale. 	<p>Le strutture dell'AAS5 assicurano le prestazioni trasfusionali senza trasferimento dei pazienti.</p>
Accreditamento istituzionale	<ul style="list-style-type: none"> - Completamento delle procedure di accreditamento come da cronoprogramma regionale. 	<p>Completate con esito positivo le procedure per l'accreditamento regionale.</p>

Linea 3.4.6. Erogazione livelli di assistenza		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Situazione al 31.12.2016
Monitoraggio coordinato degli indicatori per valutare efficienza ed efficacia della cure	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoraggio sistematico del ricorso al day hospital in ottemperanza agli indicatori regionali. 2. Mantenimento della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti ≥ 65 anni. 3. Mantenimento della degenza media pre-operatoria per interventi chirurgici programmati al di sotto di 0,9 giorni. 4. Riduzione della percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con stessa MDC in una struttura regionale al di sotto del 5%. 	<p>Dati 2016: DH adulti : aziendali = 23,17% DH pediatrici : aziendali = 60,93% (Pordenone=70,9%, San Vito=45%. Il dato del DH pediatrico di Pordenone è critico in quanto, come già comunicato in precedenza, si effettuano procedure diagnostiche con sedazione).</p> <p>La percentuale dei ricoveri medici oltre soglia >65anni è stata del 2,2%</p> <p>La degenza media pre-operatoria per interventi chirurgici programmati è stata di 0,63.</p> <p>La percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC, in una qualunque struttura regionale è stata del 4,76%</p>

Linea n 3.4.7. Tempi d'attesa		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Situazione al 31.12.2016
Rispetto dei tempi per le prestazioni di primo accesso con priorità 'B' o 'D'.	Garantire il rispetto dei tempi previsti, per i propri residenti attraverso la struttura dell'offerta aziendale: priorità B e D in contesto ospedaliero (prevalentemente), P in ambito distrettuale (e strutture private accreditate). Dalla valutazione vanno esclusi coloro che rifiutano la prima data proposta.	Dall'analisi dei dati del monitoraggio dei TA delle prestazioni traccianti relativi all'anno 2016, messi a disposizione dalla DCS, risulta che la percentuale delle prestazioni per le quali è rispettato il tempo massimo di attesa per gli assistiti dell'AAS5, pur non raggiungendo i valori soglia, è superiore al valore medio regionale, sia per la priorità B che per la priorità D. Nonostante le modifiche organizzative messe in atto nel corso dell'anno e la revisione dell'offerta garantita dai privati accreditati, la valutazione delle performance riferita alle singole prestazioni evidenzia una particolare difficoltà nel rispetto dei TA di alcune prestazioni, in particolare la visita di chirurgia vascolare, la visita pneumologica e alcune prestazioni di radiodiagnostica. Tali difficoltà sono per lo più ascrivibili alla dotazione organica del personale medico. L'AAS 5 non effettua filtri legati alla residenza nell'accesso alle prestazioni.
Gestione dell'offerta complessiva con rispetto per le priorità B al > 95%, per la priorità D al > 90%	Organizzazione delle agende in coerenza con % di accesso definite dal livello regionale (B=95%; D>=90%). Dalla valutazione vanno esclusi coloro che rifiutano la prima data proposta.	
Rispetto dei tempi per gli interventi "traccianti"	Rispetto delle tempistiche e dei volumi definiti (A=95%; B, C, D = 90%)	Vedere capitolo D5) Tabella tempi d'attesa per gli interventi traccianti
Prenotazione on line	Implementazione delle agende per la prenotazione "on line" nel rispetto delle indicazioni regionali.	Eseguita implementazione a partire dal mese di luglio come da richiesta della Direzione Centrale Salute. Tutte le prestazioni individuate dalla DCS risultano on line.
Attività libero professionale	Assicurare adeguati livelli di monitoraggio sul rapporto tra attività istituzionale e libero professionale anche in coerenza con le priorità di "garanzia" fissate	Il rapporto ALP/AIST per le prestazioni ambulatoriali nel 2016 è: $47954/3115497 = 1,5\%$ Il rapporto ALP/AIST per i ricoveri nel 2016 è: $28/35264 = 0,1\%$

Linea n.3.4.8 Rischio clinico		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Situazione al 31.12.2016
<ul style="list-style-type: none"> Attuazione del programma regionale di Rischio Clinico a garanzia di adeguati livelli di sicurezza omogenei sul territorio regionale in continuità con le altre linee di lavoro regionali 	<ul style="list-style-type: none"> Evidenza delle attività di rischio clinico nei diversi setting aziendali in coerenza al Programma Regionale di Rischio Clinico Partecipazione ai programmi regionali con particolare attenzione alle seguenti linee: <ul style="list-style-type: none"> a. alla compliance con le raccomandazioni nazionali sulla sicurezza; b. alla sicurezza del farmaco; c. all'adozione delle misure di 	<p>L'azienda ha mantenuto le attività secondo le indicazioni del gruppo Regionale del Rischio Clinico relativamente a: monitoraggio degli indicatori individuati (sicurezza del farmaco, controllo del dolore, cadute, incident reporting, identificazione paziente, sicurezza operatoria, consenso, controllo delle infezioni), implementazione e monitoraggio bundles, "antimicrobial stewardship", polifarmacoterapia e riconciliazione farmacologica, indagine CARMINA, simulazione dell'adozione di misure di isolamento per il paziente potenzialmente infetto/colonizzato, empowerment dei cittadini, integrazione alla lettera di dimissione, effettuazione RCA.</p> <p>Sono stati mantenuti i monitoraggi dei dati secondo le indicazioni regionali e i report semestrali sono stati inviati ai Direttori di Dipartimento, SC e SSD e ai Referenti infermieristici/tecnici di Dipartimento. Alcuni dati critici sono stati discussi durante gli incontri di negoziazione del budget.</p> <p>In particolare l'azienda ha posto particolare attenzione alle linee di seguito presentate.</p> <p>Attivazione di tavolo tecnico aziendale finalizzato alla "prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari" e pianificazione ed erogazione di eventi formativi specifici dal titolo "Valutazione dei rischi e gestione degli episodi di violenza e aggressività: apprendere dall'esperienza" (in data 27.10.2016 e 15.11.2016).</p> <p>Partecipazione alle attività programmate dalla regione relative alla sicurezza nell'uso dei chemioterapici. Si sottolinea che l'AAS5 ha da tempo attivato un sistema di preparazione centralizzata dei farmaci presso la farmacia del CRO e la consegna al servizio di oncologia della terapia personalizzata non richiede ulteriori manipolazioni.</p> <p>L'azienda ha partecipato allo studio sulla polifarmacoterapia secondo quanto indicato, provvedendo ad organizzare un evento formativo (2 edizione) rivolto a Medici ospedalieri, infermieri, farmacisti in cui è stato trattato anche il tema della riconciliazione in ambito ospedaliero ed effettuando la rilevazione dei dati secondo il disegno dello studio.</p> <p>La realizzazione di percorsi di prevenzione del</p>

	<p>“antimicrobial stewardship” già definite;</p> <p>d. all’avvio di azioni di miglioramento a livello aziendale sulla base delle criticità dall’indagine CARMINA (Clinical Assessment of Risk Management: an INtegrated Approach) effettuata nel 2015;</p> <p>e. alla prosecuzione delle attività definite nel corso dell’anno dal gruppo regionale “Lesioni da pressione”;</p> <p>f. all’empowerment dei cittadini e dei pazienti sulle tematiche del rischio.</p>	<p>rischio infettivo è in capo al Comitato Infezioni aziendale con il quale il Rischio Clinico si coordina e si integra sviluppando programmi e sorveglianze. Individuazione dei referenti aziendali, diffusione delle LLGG regionali attraverso la pubblicazione in intranet AAS5, monitoraggio dei consumi per specifici antibiotici, diffusione dei dati sull’ “antimicrobial stewardship” e della brochure tascabile.</p> <p>Sono state avviate le azioni di miglioramento al fine di risolvere alcune specifiche criticità emerse attraverso l’indagine CARMINA del 2015:</p> <ul style="list-style-type: none"> • monitoraggio dei dati secondo le indicazioni regionali e invio dei report semestrali ai Direttori di Dipartimento, SC e SSD e ai Referenti infermieristici/tecnici di Dipartimento. • il Comitato Infezioni Aziendale, oltre alla diffusione dei dati, programma incontri di discussione dei risultati dei monitoraggi in collaborazione con il risk manager • gli ospedali, la PMA e il SIMT hanno avuto la visita di accreditamento istituzionale con esito favorevole • la SC Endoscopia Digestiva ha ottenuto l’accreditamento all’eccellenza della società scientifica SIED; • i piani di miglioramento sono inseriti nelle schede budget dei Dipartimenti/UUOO in base alle criticità rilevate <p>Sono proseguite le attività come da indicazione del gruppo regionale “Lesioni da pressione” tra le quali l’indagine di incidenza nel periodo novembre/dicembre 2016.</p> <p>Per ciò che riguarda l’empowerment del cittadino, sono state coordinate le attività per implementazione della scheda dei fattori di rischio da allegare alla lettera di dimissione e il personale dell’azienda ha collaborato alla stesura dell’Handboock secondo quanto richiesto dalla Regione. L’handboock è consultabile sul sito internet ed stato distribuito nei punti informativi aziendali e presso le sale di attesa degli ambulatori ospedalieri e distrettuali.</p>
--	---	--

Linea 3.4.9 Qualità e appropriatezza nell'erogazione delle cure		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Situazione al 31.12.2016
Sviluppo di un piano di lavoro aziendale per il contrasto all'inappropriatezza ed alla sovra-diagnosi	1. Evidenza di un piano di azioni/interventi in coerenza alle indicazioni regionali.	<p>Il Decreto Ministeriale del 9.12.2015 e le relative indicazioni operative sono stati trasmesso ai direttori di SOC/SSD e Coordinatori IP/tecnici con nota della DMO prot.n.8571 del 8.02.2016.</p> <p>A seguire sono intervenuti: circolare del Ministero salute 3012 del 25.03.2016 e la DGR n.499 del 26.03.2016 a cui la Direzione medica ha dato seguito con nota dispositiva indirizzata ai direttori di SOC/SSD e Coordinatori prot.n. 26996 del 15.04.2016.</p> <p>Coordinamento con INSIEL per predisposizione sistemi informatici per consentire la prescrizione con la condizione di erogabilità su ricetta informatizzata o elettronica.</p> <p>La DMO ha indetto riunioni, in diverse sedi aziendali, per presentare i contenuti del DM 9.12.2015 e le modalità di applicazione al personale medico e amministrativo nei giorni: 18-22-23-24 marzo 2016.</p>

3.5 ASSISTENZA FARMACEUTICA

3.5 ASSISTENZA FARMACEUTICA		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Situazione al 31.12.2016
<p>Obiettivo aziendale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contenimento della spesa farmaceutica territoriale e appropriatezza prescrittiva e assistenza integrativa - Contenimento della spesa ospedaliera e governo delle prescrizioni dei farmaci ad alto costo (appropriatezza prescrittiva) 	<p>Risultato atteso</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mantenere l'attuale reportistica ed implementare il sistema aziendale di sistemi di audit e feedback a livello territoriale/ambulatoriale/ospedaliero sull'andamento dei consumi farmaceutici e del relativo setting di utilizzo (promozione appropriatezza prescrittiva e incentivazione della prescrizione dei medicinali dal miglior profilo costo/efficacia, privilegiando a parità di efficacia, sicurezza, tollerabilità i medicinali dal costo minore). 2. Individuazione di specifici obiettivi per i prescrittori ospedalieri correlati ad indicatori di risultato da collegare alla programmazione per budget. 3. Evidenza della prescrizione di biosimilari (ovvero di farmaci aggiudicatari di gara regionale con il profilo di costo-efficacia più favorevole nell'ambito delle categorie in cui è presente l'alternativa bio-simile) per i nuovi pazienti, al miglior valore possibile ovvero dovranno rappresentare una quota non inferiore all'80% del totale delle prescrizioni/confezioni erogate (resta comunque la possibilità per il prescrittore di indicare il farmaco più opportuno motivando la scelta effettuata secondo percorsi definiti a livello aziendale). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sono state prodotte e inviate le reportistiche del 1° trimestre 2016, del 1° semestre 2016 e dei 9 mesi 2016 relative a: <ul style="list-style-type: none"> - farmaci a brevetto scaduto sul territorio - Biosimilari (consumi ospedalieri, distribuzione diretta e DPC) <p>Sono stati effettuati incontri in ambito ospedaliero sulle stesse tematiche con Medicina, Cardiologia, Neurologia, Nefrologia, Oncologia.</p> 2. Gli obiettivi attribuiti ai prescrittori ospedalieri correlati agli indicatori di risultato sono: biosimilari e farmaci a brevetto scaduto. 3. E' stata predisposta idonea reportistica per il monitoraggio delle prime prescrizioni di biosimilare in medicina, oncologia e nefrologia. Il report è stato inviato mensilmente ai direttori delle strutture coinvolte. A fine anno l'80% dei nuovi pazienti in terapia hanno ricevuto l'epoetina biosimilare aggiudicataria di gara regionale o il suo sostituto nei periodi di carenza, e il filgrastim biosimilare aggiudicatario di gara regionale. E' stato inoltre monitorato il consumo di infliximab biosimilare sia in ambito reumatologico che gastroenterologico. Il biosimilare di infliximab è stato reso disponibile da EGAS ad aprile 2016. In gastroenterologia hanno utilizzato in tutti i nuovi pazienti il biosimilare, in ambito reumatologico si è arrivati ad un consumo sul totale dei pazienti del 25% sul totale dei pazienti (in ambito ospedaliero non è stato possibile monitorare i naive)

4. In ambito territoriale la prescrizione dei medicinali a brevetto scaduto con particolare riferimento alle classi terapeutiche individuate dagli indicatori AIFA-MEF presenti sul sistema tessere sanitaria (TS) deve tendere ai valori riportati nella seguente tabella:

classe terapeutica	Target nazionale a cui tendere
Classe C09CA	92,3%
Classe C09DA	96,7%
Classe C10AA	86,0%
Classe G04CB	44,0%
Classe M05BA	93,1%
Classe N03AX	76,4%
Classe N06AX	64,4%
Classe N02CC	70,1%
Classe S01ED	35,4%

Ai fini della valutazione di raggiungimento annuale dell'obiettivo assegnato si adatterà il seguente criterio di valutazione:

- **<=5 categorie su 9 target:
NON RAGGIUNTO**
- **6 -7 categorie su 9 target:
PARZIALMENTE RAGGIUNTO**
- **8 -9 categorie su 9 target:
RAGGIUNTO**

5. Evidenza del ricorso a gare centralizzate per i farmaci ad alto costo. Evidenza di percorsi di verifica dell'appropriatezza prescrittiva con particolare riferimento al versante specialistico ospedaliero.

6. Garantire la distribuzione diretta dei medicinali presso tutte le strutture aziendali residenziali, semi residenziali, dell'assistenza domiciliare, assicurando la realizzazione di azioni di promozione e sostegno al programma regionale di rischio clinico in particolare per riconciliazione e poli-

4. Sono state predisposte ed inviate le reportistiche riferite al 1° trimestre, al 1° semestre 2016 e ai 9 mesi 2016. Il dato aziendale sulle prescrizioni di farmaco a brevetto scaduto è verificato a livello regionale. L'AAS5 ha raggiunto il target in 3 classi terapeutiche: N03AX, N06AX, N02CC

5. I fabbisogni dei farmaci di nuova introduzione sono stati inviati alla SOC Approvvigionamento e Logistica per la trasmissione a EGAS.

6. La distribuzione diretta dei medicinali alle strutture territoriali è stata regolarmente garantita.

	<p>farmacoterapia. Evidenza dell'implementazione delle attività di rischio clinico di cui sopra in almeno il 20% delle residenze protette.</p> <p>7. Evidenza del monitoraggio sistematico delle prescrizioni di assistenza integrativa, soprattutto con riferimento ai dispositivi per diabetici. Avvio di un percorso riorganizzativo aziendale per sostenere la distribuzione diretta per l'erogazione di ausili di assistenza protesica; e prevedendo modalità di erogazione vantaggiose per l'SSR (es. diretta, accordi con le farmacie) relativamente agli ausili per diabetici.</p> <p>8. Trasmissione alla DCS delle segnalazioni di eventuali carenze di medicinali come da indicazioni regionali.</p> <p>9. Garantire la copertura delle prescrizioni personalizzate da parte dei medici dipendenti da AAS5 con iter elettronico tramite PSM per l'80% delle confezioni destinate alla distribuzione diretta nominale, al fine di consentire un puntuale monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e la promozione dei medicinali acquisiti centralmente da EGAS. Inoltre, entro il 31.12.2016 attivazione di tutte le strutture all'utilizzo dell'applicativo dedicato per la prescrizione informatizzata dei piani terapeutici- prima prescrizione e rinnovi- e avvio della prescrizione tramite sistema informatizzato.</p> <p>10. Partecipazione alle iniziative di</p>	<p>7. Nel corso dell'anno è stato monitorato mensilmente l'andamento della spesa dell'Assistenza Farmaceutica Integrativa ed in particolare dei dispositivi per diabetici. Sono state inoltre valutate le ricette AFIR evidenziate come irregolari dalla lettura ottica ed avviate ad opportuno procedimento amministrativo. Viene favorita l'erogazione diretta dei dispositivi in aderenza alle aggiudicazioni di gara EGAS. Riguardo agli ausili per diabetici prosegue l'applicazione dell'accordo regionale del 2014.</p> <p>8. Le carenze sono segnalate alla Direzione direttamente da Federfarma come da nota prot. N.0020071 del 19.11.2014. Dalla DCS nel corso dell'anno 2016 non sono pervenute richieste di verifica di carenze.</p> <p>9. Il monitoraggio delle prescrizioni con iter elettronico evidenzia una copertura nei primi 8 mesi del 2016 dell'85,6%. Il monitoraggio della prescrizione informatizzata dei piani terapeutici è iniziato dal secondo quadrimestre 2016 e nel periodo maggio-dicembre 2016 l'82% dei piani terapeutici è stato redatti con il sistema PSM, tutte le strutture aziendali sono state coinvolte.</p> <p>10. L'evento aziendale "Patologia</p>
--	--	---

	<p>farmacovigilanza promosse dalla Direzione centrale salute integrazione sociosanitaria politiche sociali e famiglia; individuare un referente per la tematica tra il personale medico e/o infermieristico, al fine di coadiuvare al meglio il responsabile aziendale di farmacovigilanza. Evidenza dell'individuazione di almeno un referente per dipartimento.</p> <p>11. Evidenza del rispetto delle indicazioni prefissate nella prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA, assicurando la registrazione di tutti i dati richiesti, al fine di assicurare appropriatezza d'uso e consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing. Erogazione dei medicinali solo a fronte di apposita documentazione attestante, per i farmaci in questione, la compilazione di detti registri. Assicurare, anche favorendo l'implementazione del sistema informatizzato PSM/Piani, il controllo dei piani terapeutici e il rispetto delle note limitative AIFA.</p> <p>12. Implementazione della cartella oncologia informatizzata relativamente ai campi: diagnosi/sede, protocollo/farmaco, stadiazione con un grado di completezza pari ad almeno il 95% dei pazienti.</p> <p>13. Assicurare l'implementazione e il controllo dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese e l'integrale copertura della fase 3 su fase 2 (tendenziale 100% della spesa negli ambiti previsti) compatibilmente con la necessità di garantire le urgenze tramite magazzino centralizzato. Evidenza dell'inserimento a sistema del</p>	<p>latrogena: dalla terapia alla diagnosi", su format del Centro Regionale di Farmacovigilanza, è stato realizzato in 3 edizioni (10 novembre, 15 novembre mattina, 15 novembre pomeriggio) per un totale di 63 partecipanti. La Direzione Sanitaria ha provveduto all'individuazione dei referenti per i vari reparti, il corso è stato esteso anche all'ambito territoriale.</p> <p>11. L'attività di registrazione è proseguita regolarmente, è stato effettuato un incontro con la SOC di Oncologia per una maggiore tempestività nelle registrazioni. La situazione delle registrazioni è stata costantemente monitorata e sono state segnalate alle strutture coinvolte le eventuali criticità. Nell'attività di distribuzione diretta è stata routinariamente verificata la congruità delle prescrizioni e il rispetto delle note.</p> <p>12. Anno 2016: AAS5 = 95,50%.</p> <p>13. L'implementazione e il controllo dei flussi sono stati regolarmente mantenuti. La copertura della fase 3 sulla fase 2 è stata ulteriormente incrementata. È stato regolarmente inserito il codice targatura durante gli scarichi tramite PSM.</p>
--	---	---

	<p>codice targatura in fase di erogazione dei medicinali.</p> <p>14. Implementazione dei sistemi informativi disponibili con i dati identificativi dell'assistito al fine di assicurare la compensazione a livello centrale dei costi riferiti alle prestazioni farmaceutiche erogate in distribuzione diretta.</p>	<p>14. E' stata garantita la distribuzione diretta personalizzata con l'inserimento del codice fiscale per tutti gli assistiti residenti fuori regione.</p>
--	---	---

3.6 PROGETTI ATTINENTI LA PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI SOCIOSANITARI

Linea 3.6.1 Anziani		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Situazione al 31.12.2016
1. Fondo per l'Autonomia Possibile – salute mentale	E' assicurato il finanziamento di progetti FAP come da D.P.Reg. 144/2015 e del regolamento di cui all'articolo 31 della L.R. 6/2006 .	Sono sviluppati progetti FAP come da D.P.Reg. 144/2015 e del regolamento di cui all'articolo 31 della L.R. 6/2006.
2. Processo di riclassificazione delle residenze per anziani	Vengono assicurati i livelli di collaborazione richiesti dall'Amministrazione Regionale in attuazione a quanto previsto al titolo X del D.P.Reg. 144/2015.	L'amministrazione regionale non ha richiesto collaborazione per attuazione di quanto previsto al titolo X del D.P.Reg. 144/2015.
3. Processo di autorizzazione all'esercizio dei servizi semiresidenziali già funzionanti	Evidenza dei livelli di partecipazione assicurati per l'attuazione del processo di autorizzazione all'esercizio dei servizi semiresidenziali per anziani non autosufficienti, funzionanti, secondo le modalità e i termini previsti dall'articolo 45 del D.P.Reg. 144/2015.	E' stato individuato un gruppo di lavoro aziendale per l'avvio delle azioni previste dal D.P.Reg. 144/2015. E' stato realizzato un incontro con i servizi semiresidenziali per anziani non autosufficienti, funzionanti, per condividere le modalità di nuova autorizzazione all'esercizio come previsto dalla norma. Accoglimento delle domande (10 centri già funzionanti, per uno dei quali ampliamento di 8 posti, e 3 nuovi), predisposizione fascicoli, effettuazione sopralluoghi e nuove autorizzazioni all'esercizio. Concluso il processo di autorizzazione all'esercizio dei servizi semiresidenziali per anziani non autosufficienti (in totale 13 centri).
4. Monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mantenimento delle attività di verifica e promozione della qualità 2. Realizzazione di almeno tre audit (a livello aziendale). 3. Redigere e trasmettere alla DCS, entro il primo semestre 2016, una dettagliata relazione illustrativa delle attività di monitoraggio e promozione della qualità realizzate. 	<p>Sono state mantenute le attività di verifica sui piani di miglioramento degli anni passati.</p> <p>Effettuati Audit sulle strutture di: Castions, Sereni Orizzonti, Pinzano, San Vito al Tagliamento e Umberto 1. La relazione è stata redatta e trasmessa alla DSC.</p>
5. Sistemi informativi L'Azienda monitora, verifica ed eventualmente sollecita, l'utilizzo sistematico dello strumento di VMD Val.Graf.-FVG e dei sistemi informativi e-GENeSys e SIRA-FVG nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mantenere il monitoraggio degli aggiornamenti delle Val. Graf._FVG secondo le tempistiche previste dalla norma e trasmettere alle strutture formale comunicazione della situazione rilevata. 2. Effettuare verifica trimestrale 	<p>E' stato mantenuto il monitoraggio degli aggiornamenti delle Val. Graf._FVG secondo le tempistiche previste dalla norma e trasmesso alle strutture formale comunicazione della situazione rilevata.</p> <p>Sono state effettuate le verifiche</p>

<p>convenzionati del proprio territorio</p>	<p>nel sistema SIRA-FVG dei report relativi alle presenze, ai movimenti degli ospiti e alle liste d'attesa prodotti delle strutture residenziali convenzionate.</p>	<p>trimestrali nel sistema SIRA-FVG.</p>
<p>6. Sistema di VMD Val.Graf.-FVG Tutte le AAS provvedono a valutare, mediante l'utilizzo del sistema di VMD Val.Graf.-FVG, tutte le persone per le quali è previsto l'accoglimento in un servizio semiresidenziale o residenziale convenzionato.</p>	<p>1. Per tutti gli utenti accolti nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani è presente nel sistema informativo e-GENeSys una valutazione con lo strumento di VMD Val.Graf.-FVG effettuata dall'UVD. 2. La VMD deve essere effettuata da un'equipe multi-professionale sanitaria e sociale del distretto e dell'ambito di riferimento dell'utente.</p>	<p>Per tutti gli utenti accolti nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani è presente nel sistema informativo e-GENeSys una valutazione con lo strumento di VMD Val.Graf.-FVG effettuata dall'UVD. La VMD viene effettuata da un'equipe multi-professionale sanitaria e sociale del distretto e dell'ambito di riferimento dell'utente.</p>
<p>7. Vigilanza dei servizi semiresidenziali e residenziali sociosanitari destinati a persone anziane e con disabilità Nelle more della piena attuazione del D.P.Reg. 144/2015 e dell'adozione del regolamento di cui all'articolo 31 della L.R. 6/2006, le AAS esercitano la funzione di vigilanza e controllo dei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani non autosufficienti e delle strutture destinate all'accoglimento di persone con disabilità. Tale funzione è esercitata periodicamente o su iniziativa in caso di specifiche segnalazioni o ogni qualvolta ne venga ravvisata la necessità.</p>	<p>Effettuare l'attività di vigilanza e controllo su almeno il 10 % dei servizi/strutture collocati sul territorio di competenza.</p>	<p>Con decreto del direttore generale n. 94 del 29 febbraio 2016 è stata nominata la "Commissione di Vigilanza sulle Strutture Sanitarie e Vigilanza e Controllo sui Servizi Semiresidenziali e sulle Residenze per Anziani non autosufficienti: Nomina componenti effettivi ed esperti titolari e supplenti. (DGR 30 dicembre 2004 n. 3586 - DPR 144/Pres-2015 del 13 luglio 2015)". L'attività di vigilanza ha coinciso con il processo di autorizzazione (vedere il punto 3).</p>

Linea 3.6.2 Minori		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Situazione al 31.12.2016
Applicazione delle Linee guida regionali per l'affido familiare approvate con delibera n. 1115 del 12 giugno 2015.	Risultato atteso Evidenza dell'applicazione delle linee guida regionali con tutte le forme di affido tramite utilizzo della scheda di monitoraggio e verifica regionale e/o locale (scheda presentazione caso all'UVMF e verbale)	Come previsto dal Protocollo Regionale sull'Affido è proseguita la collaborazione fra Consulteri Familiari e i Servizi Sociali degli Ambiti e sono state utilizzate le schede di monitoraggio e/o schede UVMF per facilitare la condivisione/integrazione del lavoro fra i servizi. I Consulteri dell'AAS 5 hanno preso in carico, nel corso del 2016: <u>Distretto Urbano*</u> : 5 nuclei per un totale di 9 minori in Affido; <u>Distretto Ovest</u> : 7 affidi, 2 in Comunità , 3 intrafamiliari 2 eterofamiliari <u>Distretto Nord</u> : 7 affidi di cui 2 parentali, 4 eterofamiliari 1 in Comunità (altri due sono affidi sine die in atto da molti anni) <u>Distretto Sud</u> : 6 nuclei familiari per un totale di 12 minori in Affido 3 minori rientrati nel nucleo familiare per conclusione dell'Affido nel 2016; 1 Affido "sine die"; 3 minori che erano in affido intrafamiliare, sono in comunità da settembre 2016 <u>Distretto Est</u> : 6 nuclei per un totale di 9 minori in Affido (3 coppie di fratelli). Per 2 nuclei l'Affido si è concluso con il rientro dei minori in famiglia. La documentazione (scheda monitoraggio, schede UVMF, verbali di incontri) sono conservate negli archivi dei Consulteri Familiari. *L'Ambito di Pordenone, pur collaborando con il Consultorio Familiare Urbano nella gestione di alcuni casi, si è storicamente dotato di proprio personale per seguire le situazioni di Affido.
Il tavolo di lavoro regionale per le Adozioni proseguirà con l'elaborazione delle Linee Guida per le adozioni nazionali e internazionali con indicazioni operative relative al tutto il percorso.	Partecipazione al tavolo di lavoro regionale per l'elaborazione delle Linee guida per le adozioni nazionali e internazionali.	La referente aziendale per il Tavolo Regionale sull'Adozione Internazionale e Nazionale ha partecipato agli incontri previsti nel corso del 2016. Nel 2016 è stata completata l'elaborazione delle Linee Guida Regionali ed è stata avviata la loro sperimentazione in tutto il territorio regionale. Per quanto riguarda l'Equipe Provinciale Adozioni dell'AAS 5 la sperimentazione ha riguardato in particolare un ampliamento della partecipazione degli Enti Autorizzati all'interno dei Corsi per Genitori aspiranti all'adozione. Il Tavolo Regionale, nel corso del 2016, si è inoltre assunto il compito di approfondire e trattare le questioni critiche rilevate dagli operatori che lavorano sul campo e riportate dai componenti del Tavolo.

Linea 3.6.3 Piani di Zona		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Situazione al 31.12.2016
Piano di Zona	<ul style="list-style-type: none"> - Evidenza della sottoscrizione dell'atto di intesa per le attività da realizzare nel 2016 e trasmissione entro marzo 2016 alla DCSISPS dei documenti di programmazione integrata locale 2016 - Completamento degli obiettivi di integrazione sociosanitaria non ancora raggiunti nel corso del 2015. 	<p>Con decreto del direttore generale n. 185 del 11.04.2016 trasmesso a DCSISPS (PEC prot. n. 25687 del 11.04.2016) è stato inviato l'atto d'intesa per le attività da realizzare nel 2016. Nel decreto viene evidenziato il motivo del ritardo: l'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito distrettuale 6.3 di Azzano Decimo si è riunita in data 7/04/2016 per l'approvazione del PAA 2016.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gli obiettivi da completare sono contenuti nei seguenti decreti: <ul style="list-style-type: none"> - decreto del direttore generale n. 155 del 21.03.2016 (macroazione N. 4) - decreto del direttore generale n. 658 del 15.12.2015 (Tavolo trasversale Provinciale Minori e Famiglie).

3.7 SISTEMA INFORMATIVO

Sistema informativo		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Situazione al 31.12.2016
1. servizi on line per i cittadini	<p>1. <u>Procedere ad un ulteriore stadio evolutivo dei servizi on line al servizio dei cittadini con:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – avvio di servizio referti on line per le prestazioni già sottoscritte digitalmente; – pagamento on line delle prestazioni; – estensione della prenotazione delle prestazioni ambulatoriali coerentemente alle indicazioni regionali; – consultazioni liste di attesa di tutte le prestazioni erogate. 	<p>-in attesa di disposizioni regionali</p> <p>-attivato il 20.5.2016 il sistema "PAGOPA"</p> <p>-Eseguita implementazione a partire dal mese di luglio come da richiesta della Direzione Centrale Salute</p> <p>-Sul sito regionale sono consultabili le liste di attesa secondo le regole definite dalla Direzione Centrale salute</p>
2. prosecuzione delle attività già avviate	<p>2. <u>Proseguire nelle attività già avviate :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Sicurezza fisica e logica/funzionale – privacy – sistemi di governo, in particolare per ri produttivi ospedalieri – ricetta dematerializzata da estendere, oltre che alla farmaceutica, anche alla specialistica ambulatoriale, per i MMG , i PLS e gli specialisti convenzionati e dipendenti del SSR 	<p>–assicurata la partecipazione a tavoli regionali specifici</p> <p>- Il 24 maggio 2016, l'azienda ha partecipato ad un incontro organizzato da INSIEL e Regione per la ricetta dematerializzata per i medici specialistici in collaborazione con Direzione Medica Ospedaliera/Insiel. Sono stati organizzati per area specialistica numerosi eventi formativi con avvio contestuale della ricetta dematerializzata per i dipendenti SSR afferenti alle strutture aziendali di competenza AAS5. In particolare per professionisti clinici dei presidi ospedalieri e distretti sanitari ad esclusione, in accordo con DMO, della fisioterapia a causa di problematiche prescrittive.</p>
3. obbligo dell'utilizzo della firma digitale	<p>3. <u>Percentuale minima di refertazione con firma digitale rispetto al totale dei referti per:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – applicativi gestionali del G2 Clinico > 80% 	<p>G2 clinico = 85,9%</p>

	<ul style="list-style-type: none"> – laboratorio e microbiologia > 98% – medicina trasfusionale > 98% – anatomia patologica > 98 % – radiologia > 98% 	<p>Laboratorio e microbiologia = 98%</p> <p>Medicina trasfusionale = 98%</p> <p>Anatomia patologica = 100%</p> <p>Radiologia = 98,6%</p>
Sistema informativo: Funzioni rivolte al sistema informativo regionale		
1. Sistema di gestione dell'attività sanitaria in ambito ospedaliero a. Attività propedeutiche alla realizzazione della Cartella integrata clinico assistenziale b. Estensione del sistema ECG	Partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale	E' stata assicurata la partecipazione ai tavoli di lavoro regionali.
2. Sistema di gestione dell'attività sanitaria nell'ambito dell'assistenza primaria a. piattaforma di connessione con la medicina generale	Partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale	E' stata assicurata la partecipazione ai tavoli di lavoro regionali.
4. Sistema direzionale aziendale a. Governo del personale b. Governo logistico	Partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale	Si è in attesa di indicazioni regionali.
5. Sistema direzionale regionale a. Data warehouse gestionale b. Sviluppo registro regionale dei dispositivi medici impiantabili	Partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale	Si è in attesa di indicazioni regionali.
6. Connessione del sistema regionale delle farmacie convenzionate al SSR per il ritorno dell'erogato	Partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale	Si è in attesa di indicazioni regionali.
7. Avvio del Laboratorio hub di Pordenone	Evidenza dell'avvio del Laboratorio hub di Pordenone	Il nuovo LIS è stato avviato.

Sistema PACS regionale		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Situazione al 31.12.2016
Sistema PACS regionale	<p>a. completamento dell'estensione del sistema PACS nel settore della diagnostica ecografica in ambito ostetrico/ginecologico e collaborazione per la definizione delle specifiche di estensione della funzione PACS all'endoscopia digestiva;</p> <p>b. implementazione e messa a regime dei casi d'uso relativi alla consultazione/visualizzazione di referti e immagini negli ambiti inter-aziendale ed emergenziale, nel pieno rispetto dei vincoli e raccomandazioni del Garante della Privacy, previa verifica di disponibilità della rete telematica regionale a larga banda , sulla base di indicazioni regionali;</p> <p>c. integrazione delle potenzialità elaborative del sistema PACS con moduli aggiuntivi per l'analisi diagnostica evoluta in distretti anatomici specifici, in coerenza con il progetto regionale di sviluppo dei sistemi informativi ospedalieri, sulla base di indicazioni regionali;</p> <p>d. Collaborare al completamento dei casi d'uso dell'emergenza e della visibilità interaziendali.</p>	<p>a. partecipazione alle riunioni di coordinamento regionale. Specifica attività è stata svolta con il coordinamento dell'EGAS per la messa a punto di un modello di integrazione dell'endoscopia digestiva con il PACS</p> <p>b. in attesa di indicazioni regionali</p> <p>c. in attesa di indicazioni regionali</p> <p>d. in attesa di indicazioni regionali</p>

C2) Obiettivi del Patto tra Regione e Direttore Generale anno 2016 (definiti dalle DGR 391/2016, DGR 2186/2016 e DGR 2549/2016)

A. Piano Emergenza Urgenza

Obiettivo	Risultato atteso	MODALITA' DI VALUTAZIONE		VALORE
A. Piano Emergenza Urgenza	Attivare/disattivare le postazioni di Automedica ed Ambulanza (tipo A e B) previste dal piano	Rilevazione del dato al 30 novembre 2016	SI > è data completa attuazione NO > non è data completa attuazione	5%

SITUAZIONE AL 31/12/2016

Con decreto del direttore generale n. 115 del 4/3/2016 è stato approvato il programma preliminare degli investimenti anno 2016, che prevede per il piano emergenza urgenza l'implementazione/rinnovazione del parco ambulanze e con decreto n. 272 del 17/5/2016 è stato approvato il programma triennale degli investimenti 2016-2018 e dell'elenco annuale 2016-L.R. n. 26/2015. Nel corso del 2016 sono state avviate le procedure di affidamento per l'acquisizione di n.2 ambulanze per l'Ospedale di Pordenone, n.1 ambulanza per l'Ospedale di San Vito e n. 1 ambulanza per l'ospedale di Spilimbergo.

B. Tempi d'attesa

Obiettivo	Risultato atteso	MODALITA' DI VALUTAZIONE	VALORE
Tempi di attesa	Rispettare i tempi previsti per le prestazioni di cui all'allegato A delle Linee per la gestione del SSR per l'anno 2016	Si rimanda alla scheda generale valida per tutte le aziende/istituti	25%

SITUAZIONE AL 31/12/2016

Dall'analisi dei dati del monitoraggio dei TA delle prestazioni traccianti relativi all'anno 2016, messi a disposizione dalla DCS, risulta che la percentuale delle prestazioni per le quali è rispettato il tempo massimo di attesa per gli assistiti dell'AAS5, pur non raggiungendo i valori soglia, è superiore al valore medio regionale, sia per la priorità B che per la priorità D. Nonostante le modifiche organizzative messe in atto nel corso dell'anno e la revisione dell'offerta garantita dai privati accreditati, la valutazione delle performance riferita alle singole prestazioni evidenzia una particolare difficoltà nel rispetto dei TA di alcune prestazioni, in particolare la visita di chirurgia vascolare, la visita pneumologica e alcune prestazioni di radiodiagnostica. Tali difficoltà sono per lo più ascrivibili alla dotazione organica del personale medico.

L'ASS 5 non effettua filtri legati alla residenza nell'accesso alle prestazioni.

C. Attività clinico assistenziali

Obiettivo	Risultato atteso	MODALITA' DI VALUTAZIONE	VALORE
Attività clinico assistenziali	Rispettare gli indicatori di cui all'allegato B e quelli del capitolo 3.4 delle Linee per la gestione del SSR per l'anno 2016	Si rimanda alla scheda generale valida per tutte le aziende/istituti	20%

SITUAZIONE AL 31/12/2016

Indicatori dell'erogazione dei LEA e Indicatori linee progettuali capitolo 3.4 criticità:

- Obiettivo pronto soccorso ed emergenza urgenza – aumento della percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde: le condizioni operative non consentono il rispetto dei tempi definiti dal Progetto Bersaglio.
- Obiettivo pronto soccorso ed emergenza urgenza – aumento della percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore: è avviato un percorso di miglioramento ma pesanti criticità nella dotazione di personale non rendono conseguibile questo valore obiettivo.
- DH diagnostici pediatrici: il dato del DH pediatrico di Pordenone è critico in quanto, come già comunicato in precedenza, si effettuano procedure diagnostiche con sedazione.
- Obiettivo trattamento della Frattura di femore entro 48H in almeno il 70% (hub) o 80% (spoke) dei casi trattati dal presidio ospedaliero: l'ospedale di Pordenone che effettua la maggior parte degli interventi per frattura di femore supera l'80% di operati entro 48h, l'ospedale di San Vito/Spilimbergo che effettua un numero limitato di interventi per frattura di femore si attesta circa al 70% di operati entro 48h (dall'analisi delle cartelle cliniche si evince che la complessità clinica ritarda l'intervento per alcuni pazienti). Complessivamente l'AAS 5 rispetta lo standard PNE (>=70%) con una percentuale di operati entro 48h pari al 77,1%.

Indicatori dell'erogazione dei LEA Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale"

N.	Definizione	Significato	Standard Obiettivo	Risultati 31/12/2016
1	PREVENZIONE: Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (indicare separatamente)	Indicatore di verifica per le attività di prevenzione delle malattie infettive sulla popolazione. Vaccinazioni obbligatorie: difterite, tetano, polio, epatite B.	≥ 95%	90,7%
2	PREVENZIONE: Vaccinazioni raccomandate MPR	Indicatore di verifica per le attività di prevenzione delle malattie infettive sulla popolazione. MPR età ≤24mesi	≥ 90%	86,8%
3	PREVENZIONE: Vaccinazione raccomandata contro l'influenza nell'anziano	Indicatore di verifica per le attività di prevenzione delle malattie infettive sulla popolazione. Influenza età ≥ 65anni	≥70%	57,7%
4	PREVENZIONE: Copertura del programma di screening della cervice uterina	Descrivere le attività dei programmi organizzati di screening e l'adesione da parte della popolazione eleggibile	≥ 65%	63,8%

5	PREVENZIONE: Copertura del programma di screening della mammella	Descrivere le attività dei programmi organizzati di screening e l'adesione da parte della popolazione eleggibile	≥ 65%	68,1%
6	PREVENZIONE: Copertura del programma di screening del colon retto	Descrivere le attività dei programmi organizzati di screening e l'adesione da parte della popolazione eleggibile	≥ 70%	64,3%
7	PREVENZIONE: Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro	Indicatore delle risorse dedicate alle attività di assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro	≥ 85	41,3
8	TUTELA DELLA SALUTE NEI LUOGHI DI LAVORO: Percentuale di unità controllate sul totale di unità da controllare	Indicatore stabilito nel Patto per la Salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro (DPCM 17/12/2007) che riflette le attività di controllo condotte dai servizi del Dipartimento della prevenzione delle ASL per la tutela della salute nei luoghi di lavoro	≥ 5%	5,3%
9	SANITA' ANIMALE: Percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina	Indicatore finalizzante a descrivere alcuni aspetti di sanità animale che impattano in modo rilevante sulla salute dei cittadini.	≥98%	175%
10. a	SANITA' ANIMALE: Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi bovina/bufalina	Indicatore finalizzante a descrivere alcuni aspetti di sanità animale che impattano in modo rilevante sulla salute dei cittadini.	≥98% del 20% degli allevamenti	135%
10. b	SANITA' ANIMALE: Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi ovicaprina	Indicatore finalizzante a descrivere alcuni aspetti di sanità animale che impattano in modo rilevante sulla salute dei cittadini.	≥98% del 10% dei capi	121%
11 *	SANITA' ANIMALE: Percentuale di aziende ovicaprine controllate (3%) per anagrafe ovicaprina	Indicatore finalizzante a descrivere alcuni aspetti di sanità animale che impattano in modo rilevante sulla salute dei cittadini.	≥98% del 3% delle aziende	113%
12 *	SALUTE DEGLI ALIMENTI: Percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati dal Piano Nazionale Residui	Piano Nazionale Residui (farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale) - Decreto legislativo n. 158/06	≥98%	97,5%
13	SALUTE DEGLI ALIMENTI: Percentuale di unità controllate sul totale delle imprese alimentari registrate	L'indicatore riporta elementi desumibili dal "modello A" (Attività ispettiva e tipologia delle infrazioni dei SIAN) dm 8/10/1998	≥ 20%	19,0%
14	DISTRETTUALE: Ospedalizzazione potenzialmente evitabile calcolati con la metodologia sviluppata dall'Agenzia statunitense AHRQ per i Prevention Quality Indicators (PQIs): Indicatore complessivo da 14.a a 14.i	Valutazione grezza complessiva degli indicatori ospedalieri indiretti che valutano l'inefficacia dei servizi di prevenzione e specialistici dedicati alla cura di alcune patologie	Somma indicatori 14.a - 14.i ≤600	88,6

15	ASSISTENZA DOMICILIARE: Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI con PAI	L'indicatore, calcolato sulla popolazione ultrasessantacinquenne residente, misura la presa in carico della popolazione anziana da parte dei servizi di assistenza domiciliare integrata delle AAS.	$\geq 4\%$	4,74%
16	ASSISTENZA PRESSO RSA: Numero di posti equivalenti per assistenza in strutture RSA ogni 1000 anziani residenti	L'indicatore valuta la quantità di posti letto equivalenti disponibili nelle strutture della residenzialità territoriale rispetto alla popolazione anziana residente		2,04
17	ASSISTENZA AI DISABILI: Numero di posti equivalenti residenziali e semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1000 residenti	L'indicatore valuta la quantità di posti letto equivalenti disponibili nelle strutture residenziali e semiresidenziali che erogano assistenza ai disabili rispetto alla popolazione residente	$\geq 0,6$	1,05
18	HOSPICE: Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100)	Indicatore di offerta per l'assistenza residenziale dei pazienti terminali. E' rapportato alla popolazione che prevalentemente necessita di tali cure	> 1	1,27
19	FARMACEUTICA: Costo percentuale dell'assistenza farmaceutica territoriale (comprensiva della distribuzione diretta e per conto)	Indicatore di controllo del costo dell'assistenza farmaceutica sostenuto sia attraverso le farmacie territoriali sia attraverso la distribuzione diretta	$\leq 11,35\%$ (valore regionale)	10,5%
20	SPECIALISTICA AMBULATORIALE: Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti	Indicatore di attività specialistica basato sul numero di prestazioni di risonanza magnetica erogate rispetto alla popolazione.	compreso tra 5,1 e 7,5	7,28
21	SALUTE MENTALE: Utenti in carico nei centri di salute mentale per 1.000 ab.	Indicatore di attività dell'assistenza sanitaria rivolta ai pazienti in carico nei centri di salute mentale	≥ 10	17,3
22	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) per 1.000	Indicatore di domanda ospedaliera	≤ 140	128,01
24	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	Indicatore di attività dell'assistenza ospedaliera. Verifica l'utilizzo appropriato della struttura ospedaliera dedicata prevalentemente all'attività chirurgica.	$\geq 38\%$	43,86%
25	Rapporto tra i ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (allegato B Patto salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	Indicatore di inappropriatezza del setting assistenziale. Si basa sull'elenco dei 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza se erogati in regime ordinario	$\leq 0,32$	0,29
26	Percentuale parti cesarei	Indicatore dell'inappropriata erogazione di parti cesarei (dato Bersaglio)	$< 20\%$	17,44%

27	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 48h in regime ordinario	Valuta la presa in carico dell'organizzazione sanitaria e il tempo di risposta della stessa al bisogno di assistenza dei pazienti con frattura di anca e femore. (dato PNE)	>70%	77,10%
28	EMERGENZA: Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	Indicatore di funzionalità e rapidità dell'organizzazione sanitaria deputata all'emergenza territoriale: Valuta in particolare la performance del sistema 118.	≤ 8 ' urbani ≤ 20 ' extraurbani	16'35"

Indicatori capito 3.4 "Progetti attinenti le attività clinico assistenziali"

Linea progettuale	obiettivo	risultato atteso	Standard Obiettivo	risultato 31/12/2016
Linea 3.4.1. Insufficienze d'organo e trapianti	Cuore	Mantenimento del tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti di 50-74 anni	< 210	192
Linea 3.4.1. Insufficienze d'organo e trapianti	Rene	Mantenimento dei pazienti in emodialisi al di sotto del 50% del totale dei pazienti in terapia sostitutiva della funzione renale (trapiantati, emodializzati, in dialisi peritoneale)	<50%	44,60%
Linea 3.4.1. Insufficienze d'organo e trapianti	Pancreas	Riduzione del tasso di amputazioni maggiori per diabete, portandolo al di sotto di 53 casi per milione di residenti	<53 per 1000000 di residenti	55,35
Linea 3.4.1. Insufficienze d'organo e trapianti	Polmone	Mantenimento del tasso di ospedalizzazione per BPCO (valore di riferimento anno 2014 =33,84)	<70 per 100000 residenti di 50-74 anni	51,02
Linea 3.4.2. Emergenza urgenza	Ictus	Aumento dell'attività di trombolisi endovenosa/endoarteriosa con il tendenziale raggiungimento nel 2016 di un valore atteso (da indicazioni regionali) di 75 trombolisi	75	85
Linea 3.4.2. Emergenza urgenza	Trauma	Trattamento della Frattura di femore entro 48H in almeno il 70% (hub) o 80% (spoke) dei casi trattati dal presidio ospedaliero	almeno 70% (hub) 80% (spoke) indicatore PNE	Pordenone = 81,7% San Vito/Spilimbergo = 69,6%
Linea 3.4.2. Emergenza urgenza	Pronto soccorso ed emergenza urgenza	Aumento della percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde	almeno 65% (hub) 80% (spoke) indicatore Bersaglio	Pordenone = 53,4% San Vito/Spilimbergo = 75,6%
Linea 3.4.2. Emergenza urgenza	Pronto soccorso ed emergenza urgenza	Aumento della percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore	superiori all'85% (spoke) e 75% (hub) indicatore Bersaglio	Pordenone = 81,8% San Vito/Spilimbergo = 76,7%

Linea 3.4.4. Materno-infantile	Materno- infantile	Mantenimento della percentuale dei parti cesarei al di sotto del 20% dei parti totali	<20% indicatore Bersaglio	18,48%
Linea 3.4.4. Materno-infantile	Materno- infantile	Riduzione dei parti indotti farmacologicamente al di sotto del 20%	<20% indicatore Bersaglio	20,54%
Linea 3.4.5 Sangue ed emocomponenti	Proseguire l'attività trasfusionale extra-ospedaliera, in RSA, nelle Residenze per anziani non autosufficienti e a domicilio per i pazienti allettati	almeno l'80% degli ospiti dell'hospice di San Vito e dell'Ospedale di prossimità di Maniago che necessitano di una trasfusione è stato trasfuso nella propria struttura di residenza e non ha effettuato accessi ospedalieri per la sola terapia trasfusionale		Le strutture dell'AAS5 assicurano le prestazioni trasfusionali senza trasferimento dei pazienti.
Linea 3.4.6. Erogazione livelli di assistenza	Livelli di assistenza	Monitoraggio sistematico del ricorso al day hospital in ottemperanza agli indicatori regionali	< 30% adulti < 50% pediatrici	adulti = 23,4% pediatrici=60,9%
Linea 3.4.6. Erogazione livelli di assistenza	Livelli di assistenza	Mantenimento della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni	< 4%	2,20%
Linea 3.4.6. Erogazione livelli di assistenza	Livelli di assistenza	Mantenimento della degenza media pre-operatoria per interventi chirurgici programmati al di sotto di 0,9 giorni	< 0,9 giorni	0,63 giorni
Linea 3.4.6. Erogazione livelli di assistenza	Livelli di assistenza	Riduzione della percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con stessa MDC in una struttura regionale al di sotto del 5%.	< 5%	4,76%

D. Riorganizzazione delle funzioni

Obiettivo	Risultato atteso	MODALITA' DI VALUTAZIONE	VALORE
Riorganizzazione delle funzioni	Attuare quanto previsto ai punti 3.1.2 e 3.1.9 delle Linee per la gestione del SSR per l'anno 2016.	<ul style="list-style-type: none"> - dotazione posti letto; - redistribuzione delle funzioni con il CRO; - unificazione delle strutture doppie; - attivazione della funzione reumatologica; - attivazione della funzione malattie infettive; - completamento dell'assetto organizzativo dell'area veterinaria A B e C secondo la DGR 929/2015 e spesa della quota dell'1% del finanziamento dimostrata con la rendicontazione delle spese sostenute dai 	<p>SI > è data completa attuazione</p> <p>NO > non è data completa attuazione</p> <p style="text-align: right;">20%</p>

		Servizi Veterinari. Laboratorio analisi e Microbiologia e virologia.	
--	--	--	--

SITUAZIONE AL 31/12/2016

Con decreto del direttore generale n. 228 del 28 aprile 2016 si è avviata la Struttura Intermedia Polifunzionale (SIP).

I posti letto presso acuti di Sacile sono stati trasformati in SIP.

In data 29 giugno 2016 è stato trasmesso alla Direzione Centrale Salute il decreto di adozione dell'atto ricognitivo dei posti letto (decreto del direttore generale n. 375 del 29.06.2016)

Con PEC n. 45681 del 4 luglio 2016 è stato trasmesso alla Direzione Centrale Salute l'accordo interaziendale su trasferimento/ riorganizzazione delle funzioni con il CRO e con la quale si segnala che, per quanto riguarda la funzione di Medicina nucleare, l'unificazione delle responsabilità in capo al CRO impatterebbe in maniera significativa sulle attività erogate presso entrambe le sedi, pertanto non attuabile entro i termini previsti dalla DGR 349/2016 né entro il 1.1.2017, è stato chiesto il differimento coerentemente con le indicazioni di cui alla DGR 929/2015 (con decreto n. 97 del 3-2-2017 è stato modificato l'atto aziendale con l'inserimento della SOC Medicina Nucleare nel Dipartimento Medicina dei servizi).

In data 30.06.2016 è stato sottoscritto tra i due Enti l'Accordo quadro sul trasferimento/integrazione delle funzioni. L'Accordo, che disciplina nel dettaglio la tempistica e i criteri di trasferimento/integrazione delle funzioni, è stato contestualmente inviato alla DCSISSPSF per le valutazioni di competenza anche per quanto concerne il differimento all'01.01.2017 della realizzazione dell'obiettivo.

Con lettera prot. 51542/DG del 29 luglio 2016 sono stati costituiti alcuni gruppi tecnici per l'applicazione dell'accordo quadro tra AAS5-CRO per il trasferimento/ riorganizzazione delle funzioni previste dalla delibera DGR 349/2016.

Con decreto AAS5 n. 605 del 9.11.2016 e deliberazione CRO n. 270 del 9.11.2016 è stato approvato l'Accordo quadro interaziendale fra le due Aziende sul trasferimento e riorganizzazione di funzioni e trasmesso alla DCS con prot. n. 22192/DG del 30.12.2016 l'accordo fra le due Aziende sul documento operativo per la integrazione delle funzioni e attività della Medicina di Laboratorio.

In data 28 giugno 2016 è stata trasmesso, alla Direzione Centrale Salute, il progetto di riorganizzazione delle funzioni reumatologia:

- presso il presidio ospedaliero hub S. Maria degli Angeli di Pordenone le funzioni sono assicurate tramite due medici specialisti, già incardinati presso la S.C. Medicina di Pordenone
- presso il presidio ospedaliero spoke di San Vito al Tagliamento e Spilimbergo le attività sono assicurate per il tramite di un dirigente medico, specialista in reumatologia, incardinato all'interno della Medicina di Spilimbergo.

In data 18 luglio è stato attivato il servizio di malattie infettive con l'acquisizione in comando presso la Direzione medica di Pordenone di un dirigente medico di Malattie Infettive. (Determinazione del Responsabile SOC Gestione e sviluppo personale dipendente e convenzionato n. 1156 del 15 luglio 2016).

La collaborazione con i presidi ospedalieri di S. Vito e Spilimbergo sono stati assicurati da una consulenza telefonica diurna nei giorni infrasettimanali lavorativi con la possibilità di espletamento della consulenza per via telefonica o con missione dell'infettivologo per espletamento della consulenza al letto del paziente. Il personale medico degli stabilimenti ospedalieri di S. Vito e Spilimbergo ha potuto partecipare a dei corsi di formazione sull'*antimicrobial stewardship* e degli hospital meeting per la presentazione di alcuni nuovi antibiotici tenuti dallo specialista infettivologo.

- In applicazione Atto aziendale è stata data parziale attivazione al Dipartimento di Prevenzione con la prima fase: strutture Area veterinaria (decreto n. 524/2016 approvazione del bando per conferimento incarico di Dirigente veterinario-Direttore di struttura complessa di sanità animale e decreto n. 525/2016 approvazione

bando per il conferimento incarico di Dirigente Veterinario-Direttore di Struttura Complessa di Igiene degli Alimenti di origine animale) e attivata la SSD Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche con decreto n. 522 del 29.9.2016 ed è stato completato l'assetto organizzativo delle aree A, B, e C, secondo la DGR 929/2015. Con nota prot. 645977DP-VET del 24.10.2016 è stata trasmessa la lista rettificata degli interventi di acquisizione di beni e servizi che questa Azienda intende effettuare per l'utilizzo del finanziamento previsto per i servizi veterinari, qui di seguito riportata:

Tipo di intervento	Costi unitari	importo
Incarico professionale a tre veterinari per gli interventi previsti dai piani di profilassi – incarico per 2016 e 2017	Come da DGR 743 del 26.3.2004: 25,00 euro per ogni ingresso in stalla; - 1,00 euro per ogni prelievo di sangue eseguito; 5,00 euro per ogni prelievo di latte di massa; 1,50 euro per ogni animale testato con la intradermotubercolizzazione	55.000,00
Leasing per n. 9 auto Fiat Panda 1200 a benzina	380 euro + IVA al mese	50.068,60
TOTALE		105.068,60

E. Assistenza primaria

Obiettivo	Risultato atteso	MODALITA' DI VALUTAZIONE	VALORE
Assistenza primaria	Sviluppare l'assistenza primaria nel territorio di pertinenza	<ul style="list-style-type: none"> - Attivazione centrale operativa 116117 - Attivazione di tutte le AFT - Attivazione delle nuove Medicine di Gruppo Integrate, in linea con l'AIR 2016 2018 - Attivazione di almeno 2 CAP 	<p>SI > è data completa attuazione</p> <p>NO > non è data completa attuazione</p> <p style="text-align: center;">20%</p>

SITUAZIONE AL 31/12/2016

-Centrale operativa 116117: in riferimento alla vs. nota DCS n. 20397/P del 16.12.2016 sono stati comunicati i referenti aziendali (medico e tecnico) con prot. n. 83593/DS/PEC del 21.12.2016.

- Con decreto del direttore generale n. 357 del 23 giugno 2016 sono state costituite le AFT, individuate secondo i criteri previsti dalla DGR 39/2016.

In particolare, sono state identificate e dimensionate rispettivamente due AFT per ciascuno dei distretti Nord, Est ed Ovest, e tre AFT per ciascuno dei distretti Sud e Urbano.

- Con nota prot. n. 60415 del 19/09/2016 e con nota prot. n. 61613 del 23/9/2016 sono state inviate alla DCS le domande per la costituzione in forma associativa di n. 9 "medicina di gruppo integrata" come previsto dall'AIR n. 39/2016.

- Con decreto del direttore generale n. 750 del 30 dicembre 2016 è stata effettuata la ricognizione dei Centri di Assistenza Primaria della Provincia di Pordenone. A fine 2016 sono operativi 2 CAP (1 a Cordenons ed 1 a San Vito al Tagliamento).

F. Sistema di Governo

Obiettivo	Risultato atteso	MODALITA' DI VALUTAZIONE		VALORE
Sistema di Governo	Prosecuzione progetto ABF – costi standard e partecipazione alla rete NISAN	- Consegna dell'analisi organizzativa dell'azienda all'esercizio 2014 entro il 30 settembre - Consegna dell'analisi organizzativa dell'azienda relativa all'esercizio 2015 entro 31 dicembre	100% 50% consegna l'analisi di un solo anno	5%

SITUAZIONE AL 31/12/2016

Coerentemente alle richieste della Direzione Regionale, è stata effettuata l'analisi organizzativa delle attività ospedaliere, con conseguente compilazione della matrice dei costi aziendali al fine di individuare, per ciascuna struttura, i costi delle attività di Ricovero Ordinario, Day Hospital, Sala Operatoria, Pronto Soccorso, Specialistica ambulatoriale, attività per interni ed eventuale attività per il territorio sulla base delle ore lavorate dal personale nei vari settori. L'analisi è stata effettuata sia per l'anno 2014 che per l'anno 2015 rispettando le scadenze previste. L'analisi relativa al 2014 è stata inviata alla Direzione Regionale con PEC del 30/06/2016 prot. 63793/DG/PEC. L'analisi relativa al 2015 è stata inviata in Direzione Regionale il 30 dicembre con PEC prot. n. 86230/DG/PEC.

Sistema di Governo	Supporto all'attività dell'ente.	Rispetto dei termini e prescrizioni operativi assegnati all'EGAS a supporto delle attività dell'ente	Rispetto delle tempistiche e degli impegni assunti in Comitato di Indirizzo EGAS a supporto delle attività dell'ente.	5%
---------------------------	----------------------------------	--	---	----

SITUAZIONE AL 31/12/2016

Anche nel corso del 2016 è proseguita la collaborazione istituzionale con EGAS, in ordine al programma di gare annuale di valore superiore ai 40.000,00 euro. A tal riguardo sono state puntualmente rispettate le scadenze per la comunicazione dei fabbisogni che, con il 2016, sono state concentrate in un'unica tranche, al 15 marzo, giusta nota EGAS prot. n. 0005360/P del 26.02.2016. In quattro successive fasi, anteriori al termine sopra citato, sono stati così comunicati a EGAS i dati relativi agli affidamenti connessi a forniture di beni, servizi, beni tecnologici e manutenzioni.

Inoltre sono stati definiti e concordati con EGAS i contenuti del nuovo protocollo operativo per la gestione della logistica centralizzata, approvato con decreto EGAS n. 135 del 05.12.2016.

C3) Obiettivo economico

La gestione sanitaria 2016 dell'AAS n.5 chiude con un risultato di utile di esercizio di 380.176 euro, che dimostra il raggiungimento dell'obiettivo economico pattuito per il 2016.

Dal punto di vista economico l'esercizio 2016 è stato caratterizzato da un finanziamento regionale iniziale al *netto* delle risorse relative ai farmaci innovativi antiepatite C ed ai trattamenti antiemofilia.

A tale riguardo le "Linee di gestione per il 2016", prevedendo una successiva integrazione di finanziamento da distribuirsi fra le aziende secondo criteri standard, hanno consentito all'AAS5 una programmazione sostanzialmente realistica delle risorse attribuite a bilancio preventivo e a livello di budget di risorsa, escludendo fattori di spesa molto variabili quali, ad esempio, i farmaci citati. Nel corso dell'anno si è realizzata una gestione lineare dei fattori produttivi impiegati, proseguendo nello sviluppo di azioni finalizzate ad allineare le proprie attività al modello di costi standard assunti a criterio base del finanziamento regionale e nell'ulteriore recupero di efficienza nell'impiego delle risorse economico finanziarie attribuite.

Valore della Produzione

Rispetto all'assegnazione iniziale della quota capitaria di € 466.848.925 disposta con DGR n.2559/2015 di approvazione delle Linee per la gestione 2016 del SSR, con successiva DGR n.2023/2016, per le motivazioni sopra riportate, è stato riconosciuto il finanziamento integrativo di € 12.419.285 iscritto al medesimo conto di bilancio "quota capitaria".

I contributi per le attività sovraziendali sono risultati superiori al valore di previsione anche perché, come noto, su alcune linee di attività il ricavo viene valorizzato solo in sede di bilancio consuntivo.

Rispetto alla mobilità regionale ed extra regionale le regole di finanziamento a preventivo e di valorizzazione a consuntivo sono rimaste identiche al 2015: nello specifico la mobilità regionale tra le Aziende del SSR, è valorizzata secondo il fatturato effettivo di attività, sia per l'attrazione sia per la fuga, censiti dalla Direzione centrale salute. Sia rispetto ai valori iscritti a preventivo sia rispetto alla chiusura 2015 vi è stato un aumento del fatturato in attrazione (specie ricoveri), quantunque sia di molto aumentata rispetto al 2015 anche la fuga per ricoveri e specialistica ambulatoriale in ambito regionale. Sulla dinamica della mobilità va ricordato che nel 2016 è stata introdotta la valorizzazione dei ricoveri a tariffa piena (tariffa fascia A) con relativo Delta di incremento sul finanziamento 2016/2015.

Nessuna variazione invece sulla mobilità extraregionale, che anche per il bilancio d'esercizio 2016 è rimasta "ferma" ai valori ufficiali censiti per il 2013, a causa del ritardo nell'aggiornamento della base dati e delle contestazioni in atto fra Regioni.

Sui ricavi propri per ticket si registra un lievissimo scostamento in diminuzione rispetto al consuntivo 2015, superando il valore del preventivo 2016. Con ciò si può senza dubbio affermare

che la rimodulazione della quota di compartecipazione della spesa, in base alle disposizioni regionali, non ha determinato le temute variazioni di segno negativo.

Si conferma il trend storico sui ricavi c.d. operativi, costituito soprattutto dalle fatturazioni per ricoveri a stranieri e pazienti statunitensi e per prestazioni di specialistica ambulatoriale, sulle quali si sono aggiunte nel corso del 2016 le fatturazioni di rimborso ad Aziende sanitarie extraregionali per le prestazioni della PMA.

Completano il quadro dei ricavi d'esercizio 2016 i rimborsi per il meccanismo del pay back, cioè le note di accredito sui farmaci ad alto costo, prevalentemente quelli antiepatite C.

Nonostante l'introduzione di detti farmaci sia iniziata verso la metà del 2015, il valore degli accrediti che potevano essere riconosciuti alle aziende sanitarie erogatrici, non era stato preventivato né era preventivabile a budget 2016, a causa della variabilità dei prezzi praticati dalle case farmaceutiche, del consumo effettivo nei diversi trattamenti e del numero di pazienti presi in carico.

Costi della Produzione

Acquisti di beni

Gli acquisti di beni sanitari "Medicinali" comprendono i costi in Distribuzione per Conto, in aumento rispetto ai valori di previsione. Oltre ai consumi per i farmaci HCV, anche i consumi degli altri farmaci ospedalieri sono aumentati: il fenomeno è attribuibile all'incremento dei farmaci erogati in distribuzione diretta, al consumo di farmaci H, ematologici in particolare e di quelli impiegati nella cura della sclerosi multipla e artrite reumatoide.

Altri beni sanitari - Dispositivi

Sui dispositivi medici la AAS5 non era assoggettata a vincolo specifico essendo in linea con gli standard Nisan. Rispetto al tendenziale mantenimento dei costi sulle voci dei dispositivi medici, conseguito fino alla prima metà dell'anno e dovuto ad un contenimento delle prestazioni di laboratorio, il valore finale dei dispositivi medici si è attestato al di sopra del 2015, come si era rilevato con preoccupazione in sede di preventivo.

Vaccini: l'implementazione delle attività previste dal piano vaccinale regionale ha comportato maggiori costi rispetto al preventivo.

I costi di acquisto per beni non sanitari si sono confermati in linea con la previsione, come rilevato nelle rendicontazioni economiche periodiche. Il trend di consumo di questo gruppo di beni va considerato assieme al global service di manutenzione apparecchiature sanitarie, che comprende anche i materiali consumabili.

Acquisti di servizi

Medicina di base: registrati a costo di competenza 2016 anche i maggiori costi derivanti da accordi regionali siglati nel 2016 e non ancora liquidati; sono stati perciò accantonati a debiti verso

personale convenzionato come da direttive regionali di chiusura e finanziati da ricavo "attività sovraziendale".

La spesa farmaceutica convenzionata si attesta a bilancio ad € 43.268.518 è cioè in diminuzione sul 2015, coerentemente con le indicazioni regionali; il fenomeno si compensa tuttavia con l'aumento dei costi della farmaceutica erogati in DPC e quindi con il progressivo aumento di attività attraverso questo canale di distribuzione.

Prestazioni di assistenza riabilitativa e integrativa: i costi consuntivi si attestano leggermente al di sopra delle previsioni.

I principali servizi appaltati non sanitari quali lavanderia, pulizia e mensa durante l'anno si sono mantenuti in linea con la previsione e addirittura a consuntivo si sono confermati su valori inferiori al costo 2015. Anche i costi per i trasporti, sia in emergenza che secondari, sono leggermente inferiori al consuntivo 2015.

Per le utenze nel loro complesso, e specialmente per l'utenza del gas, si sono ripetuti anche nel 2016 andamenti economici favorevoli, con risparmi tariffari e proseguimento del controllo capillare dei consumi.

I costi per manutenzioni edili e impiantistiche hanno superato i corrispondenti costi del 2015 e pertanto, ponendosi al di sopra del vincolo per 253.310 euro.

Rilevato al riguardo che il 2015 conteneva economie non ripetibili sul 2016, si precisa che il superamento del vincolo è da giustificarsi con interventi resisi necessari ad adeguare non conformità rilevate durante il percorso di accreditamento ed altre attività manutentive non procrastinabili per interventi urgenti in materia di sicurezza; in particolare come si era dato conto nel 2° report economico infrannuale, sono stati effettuati interventi di bonifica amianto sulle tubazioni dei cunicoli a San Vito, manutenzione dei fasci tubieri della centrale termica di San Vito e sugli impianti di climatizzazione delle sale operatorie di Pordenone.

Tuttavia nel complessivo il conto manutenzioni è rimasto pressoché in linea con il preventivo 2016.

Godimento beni di terzi

Confermando le proiezioni infrannuali, si rileva solo l'aumento del canone di leasing operativo i emodinamica, correlato all'aumento delle procedure e dell'attività operatoria specifica.

Tutti gli altri noleggi sono rimasti in linea con il budget iniziale.

Rimborsi e Contributi

La diminuzione sul 2015 è dovuta alla differente regola di contabilizzazione delle prestazioni di ricovero e specialistica ambulatoriale, acquistate da operatori privati accreditati e quindi i costi si riferiscono solo ai residenti dell'AAS5.

Costi del Personale

I costi consuntivi del Personale 2016 sono rispettosi del vincolo operativo specifico.

La gestione del fattore Personale e le dinamiche intervenute durante l'esercizio sono descritte nella parte della relazione corrispondente.

Nel contesto complessivo della redazione del bilancio si precisa che tutti gli accantonamenti per competenze e oneri maturate a favore del personale dipendente e convenzionato e non pagate alla data del 31.12.2016 sono stati calcolati della competente struttura aziendale e registrati a bilancio tra i debiti verso personale.

La circostanza che la gestione 2016 si sia chiusa in utile di esercizio, ha consentito l'iscrizione a bilancio della quota integrativa ai fondi di produttività e risultato prevista dalla vigente disciplina contrattuale. I fondi sono stati incrementati della quota massima dell'1% del monte salari, con aumento dello 0,5% rispetto al bilancio di previsione.

Le componenti straordinarie 2016 ammontano complessivamente a 2.633.031 euro.

Tra i proventi straordinari si rilevano euro 1.900.000 per lo svincolo dell'accantonamento a suo tempo effettuato a fondo rischi per i presunti maggiori costi sulla fuga extraregionale 2013.

Si aggiungono altri proventi e oneri straordinari attribuibili a note di accredito su beni e servizi, nonché all'avvenuta definizione di alcune partite infragruppo fra cessate Aziende del SSR.

Il confronto con l'importo totale del 2015 determina uno scostamento elevato in valore assoluto, esso è giustificato dalla circostanza che nello scorso esercizio erano state contabilizzate le minusvalenze per le demolizioni di alcuni padiglioni nell'ambito delle opere propedeutiche al nuovo ospedale di Pordenone.

Situazione Patrimoniale

Dal confronto della situazione patrimoniale al 31 dicembre 2016 rispetto al 31 dicembre 2015 si rileva l'aumento complessivo delle attività e delle passività di € 53.988.165, pari a +18,63%.

Le immobilizzazioni complessivamente variano di poco, poiché all'interno della macro categoria si registrano variazioni di segno opposto: in sintesi il valore netto dei fabbricati decresce per effetto dell'ammortamento annuale, le immobilizzazioni in corso aumentano per la capitalizzazione delle opere e lavori in corso presso l'ospedale di S. Vito e per l'avvio dei lavori e delle progettazioni del nuovo ospedale di Pordenone.

E' nell'attivo circolante che si concentrano le variazioni significative: sono infatti aumentati i crediti verso Regione sia per investimenti, in seguito alle assegnazioni del 2016 (45 milioni per il nuovo ospedale di Pordenone) sia i crediti di parte corrente da Regione perché la Direzione Centrale Salute con le direttive di chiusura ha consentito alle Aziende interessate, fra cui l' AAS5, di iscrivere un credito a pareggio del fondo di dotazione negativo (-14.027.109 euro) risultante dalla apertura dello Stato Patrimoniale all' 1.1.2015 per le perdite pregresse delle aziende cessate e le riserve iniziali costituite all'1.1.1998.

Rispetto all'esercizio 2015 si rileva un lieve aumento della consistenza finale dei crediti verso aziende sanitarie regionali e una ulteriore progressiva diminuzione delle rimanenze di magazzino.

Le disponibilità liquide durante l'esercizio si sono mantenute elevate, oltretutto a fine anno si sono concentrate le erogazioni da Regione per acconti e saldi sulla mobilità extraregionale, contributi finalizzati, quote investimenti per lavori presso l'ospedale di San Vito e per l'avvio dei lavori del Nuovo ospedale di Pordenone.

La continuità di una buona disponibilità di cassa ha garantito l'assolvimento degli obblighi di pagamento, di norma, entro i termini di legge, compresi i primi pagamenti effettuati a inizio 2016 relativi alla progettazione del Nuovo ospedale.

La consistenza dei fondi per rischi e oneri rimane del tutto analoga a quella del 2015.

D) L'attività del periodo

D1) Assistenza ospedaliera

a) Confronto dati di attività 2015-2016

DOTAZIONE POSTI LETTO

Presidio Ospedaliero Santa Maria degli Angeli di Pordenone (compresa la sede di Sacile)	Posti letto al 31/12/2016		
	Ordinari	Day Hosp.	Totale
Cardiologia	32	1	33
D.H. Dipartimentale	0	1	1
Gastroenterologia	0	1	1
Medicina interna 1	49	4	53
Medicina interna 2	49	4	53
Degenza breve internistica	5	0	5
Nefrologia e dialisi	11	4	15
Neurologia	31	2	33
Pneumologia	24	1	25
Psichiatria	15	0	15
TOTALE	216	18	234
DGR 2673 /14	230	16	246
Pronto Soccorso e Medicina d'urgenza	8	0	8
DGR 2673 /14	10		10
Riabilitazione	15	0	15
DGR 2673 /14	36	4	40
Ostetricia e ginecologia	40	2	42
Pediatria	10	3	13
TOTALE	50	5	55
DGR 2673 /14	50	6	56
Chirurgia della mano	10	1	11
Chirurgia maxillo-facciale e odontostomatologia	2	1	3
Chirurgia Generale	55	2	57
Chirurgia vascolare	0	0	0
Oculistica	3	2	5
Ortopedia e traumatologia	30	1	31
Otorinolaringoiatria	18	2	20
Urologia	18	1	19
TOTALE	136	10	146
DGR 2673 /14	130	16	146

Anestesia e rianimazione	10	0	10
DGR 2673 /14	10	0	10

TOT. Pordenone	435	33	468
DGR 2673 /14	466	42	508

Presidio Ospedaliero di San Vito e Spilimbergo	Posti letto al 31/12/2016		
	Ordinari	Day Hosp.	TOTALE
Medicina interna San Vito	46	2	48
Post Acuti San Vito	6		6
Medicina interna Spilimbergo	34	1	35
TOTALE	86	3	89
DGR 2673 /14	90	8	98

Pronto Soccorso e Medicina d'urgenza San Vito	0	0	0
DGR 2673 /14	4	0	4

Riabilitazione Spilimbergo	4	0	4
DGR 2673 /14	24	4	28

Ostetricia e ginecologia San Vito	22	4	26
Pediatria San Vito	6	2	8
TOTALE	28	6	34
DGR 2673 /14	28	4	32

Ortopedia e traumatologia San Vito	26	1	27
Otorinolaringoiatria San Vito	6	1	7
Chirurgia Generale Spilimbergo	14	2	16
Ortopedia e traumatologia Spilimbergo	14	3	17
Chirurgia Generale San Vito	24	2	26
TOTALE	84	9	93
DGR 2673 /14	66	8	74

Anestesia e rianimazione San Vito	5	0	5
DGR 2673 /14	4	0	4

TOT. San Vito- Spilimbergo	207	18	225
DGR 2673 /14	216	24	240

TOTALE POSTI LETTO AL 31/12/2016	642	51	693
DGR 2673 /14	682	66	748

Posti letto

Presidio ospedaliero di Pordenone	Ordinari	Day Hospital	TOTALE
01/01/2016	494	58	552
31/12/2016	435	33	468
Variazione	-59	-25	-84

Presidio Ospedaliero di San Vito e Spilimbergo	Ordinari	Day Hospital	TOTALE
01/01/2016	226	26	252
31/12/2016	207	18	225
Variazione	-19	-8	-27

Indicatori

Presidio ospedaliero di Pordenone	Ordinari	Day Hospital
Ricoveri	20806	3084
GG degenza	126859	10152
degenza media	6	3,3
Tasso occupazione	75,9	72,9

Presidio Ospedaliero di San Vito e Spilimbergo	Ordinari	Day Hospital
Ricoveri	9471	1887
GG degenza	53612	3096
degenza media	5,6	1,6
Tasso occupazione	67,7	46,9

I primi 10 DRG – Presidio Ospedaliero di Pordenone

DRG	Descrizione	N. Dimessi
391	NEONATO NORMALE	924
229	INTERVENTI SU MANO O POLSO ECCETTO INTERVENTI MAGGIORI SULLE ARTICOLAZIONI, SENZA CC	687
127	INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	747
373	PARTO VAGINALE SENZA DIAGNOSI COMPLICANTI	647
087	EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	531
316	INSUFFICIENZA RENALE	429
125	MALATTIE CARDIOVASCOLARI ECCETTO INFARTO MIOCARDICO ACUTO, CON CATETERISMO CARDIACO E DIAGNOSI NON COMPLICATA	432
042	INTERVENTI SULLE STRUTTURE INTRAOCULARI ECCETTO RETINA, IRIDE E CRISTALLINO	459
311	INTERVENTI PER VIA TRANSURETRALE SENZA CC	349
014	EMORRAGIA INTRACRANICA O INFARTO CEREBRALE	357

I primi 10 DRG – Presidio Ospedaliero di San Vito e Spilimbergo

DRG	Descrizione	N. Dimessi
391	NEONATO NORMALE	782
373	PARTO VAGINALE SENZA DIAGNOSI COMPLICANTI	737
503	INTERVENTI SUL GINOCCHIO SENZA DIAGNOSI PRINCIPALE DI INFEZIONE	586
544	SOSTITUZIONE DI ARTICOLAZIONI MAGGIORI O REIMPIANTO DEGLI ARTI INFERIORI	507
127	INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	349
162	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETÀ > 17 ANNI SENZA CC	391
227	INTERVENTI SUI TESSUTI MOLLI SENZA CC	317
087	EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	286
359	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI SENZA CC	276
158	INTERVENTI SU ANO E STOMA SENZA CC	276

Attività di ricovero

Dipart.	Reparto e sede	Ricoveri 2015			Ricoveri 2016			Scost.
		Ordinari	D. H.	TOT	Ordinari	D. H.	TOT	
<i>Chirurgia generale e medicina perioperatoria</i>	Chirurgia PN	2741	254	2995	2265	129	2394	-20%
	Chirurgia SV	881	187	1068	922	163	1085	2%
	Chirurgia SP	1107	180	1287	1149	128	1277	-1%
	Gastroenterologia				0	12	12	
	Urologia	1267	183	1450	1304	129	1433	-1%
<i>Chirurgia specialistica</i>	Chirurgia della mano e mic.	856	728	1584	813	576	1389	-12%
	Ortopedia e Traumatologia PN	1116	80	1196	1116	56	1172	-2%
	Chir. protesica e traum. SV	874	255	1129	820	237	1057	-6%
	Ortopedia SP	809	552	1361	711	456	1167	-14%
	Chirurgia Maxillo-facciale	164	145	309	155	145	300	-3%
	Oculistica	620	399	1019	579	475	1054	3%
	Otorinolaringoiatria PN	796	133	929	837	68	905	-3%
	Otorinolaringoiatria SV	394	76	470	309	66	375	-20%
<i>Materno Infantile</i>	Ostetricia e Gin. PN	1760	404	2164	1832	419	2251	4%
	Fisiopatologia della ripr.	0	100		0	0		
	Ostetricia e Gin. SV	1157	375	1532	1347	390	1737	13%
	Pediatria PN	803	257	1060	895	247	1142	8%
	Nido PN	873	0	873	935	0	935	7%
	Pediatria SV	399	129	528	397	172	569	8%
	Nido SV	726	0	726	958	0	958	32%
<i>Emerg. urg.</i>	Medicina d'Urg.	423	0	423	359	0	359	-15%
	Degenza breve Internistica	480	0	480	506	0	506	5%
	Anestesia Rian. 1 PN	276	0	276	264	0	264	-4%
	Anestesia Rian. SV	230	177	407	225	174	399	-2%
<i>Cardiologia</i>	Cardiologia PN	2219	331	2550	2275	329	2604	2%
<i>Medicina interna</i>	Day Hospital	0	11	11	0	10	10	-9%
	Endocrinologia	0	15		0	12		
	Medicina interna PN	4223	162	4385	4387	166	4553	4%
	Medicina interna Sacile	278	16	294	95	0	95	-68%
	Medicina interna SV	1331	48	1379	1249	32	1281	-7%
	Post acuti SV	1	0	1	0	0	0	-100%
	Medicina interna SP	1276	6	1282	1313	11	1324	3%
<i>MedSpecialistica</i>	Nefrologia e Dialisi	368	217	585	337	230	567	-3%
	Pneumologia	477	28	505	502	38	540	7%
<i>Medicina riabilitativa</i>	Neurologia	602	39	641	592	39	631	-2%
	Stroke Unit	300	0	300	349	0	349	16%
	Riabilitazione PN	83	0	83	80	0	80	-4%
	Riabilitazione SP	67	76	143	73	57	130	-9%
	Serv. Psichiatrico Diag. e Cura	354	0	354	348	0	348	-2%
TOTALE AAS5		30.331	5.563	35.779	30.298	4.966	35.252	-1%

Il calo di attività di ricovero è legato alla riduzione dei Day Hospital con trasferimento di parte dell'attività in altri setting assistenziali.

Attività ambulatoriale per presidio ospedaliero

Struttura erogante	Branca	qta
Presidio di Pordenone	ALTRE PRESTAZIONI	96338
Presidio di Pordenone	ANESTESIA	6081
Presidio di Pordenone	CARDIOLOGIA	22290
Presidio di Pordenone	CHIRURGIA GENERALE	8511
Presidio di Pordenone	CHIRURGIA PLASTICA	2684
Presidio di Pordenone	CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	1117
Presidio di Pordenone	DERMOSIFILOPATIA	29011
Presidio di Pordenone	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: MEDI	1408
Presidio di Pordenone	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADII	42169
Presidio di Pordenone	ENDOCRINOLOGIA	14146
Presidio di Pordenone	GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA	18425
Presidio di Pordenone	LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE	2130978
Presidio di Pordenone	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	38307
Presidio di Pordenone	NEFROLOGIA	27917
Presidio di Pordenone	NEUROCHIRURGIA	2475
Presidio di Pordenone	NEUROLOGIA	18978
Presidio di Pordenone	OCULISTICA	22571
Presidio di Pordenone	ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIRURGIA	3885
Presidio di Pordenone	ONCOLOGIA	10312
Presidio di Pordenone	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	16087
Presidio di Pordenone	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	10024
Presidio di Pordenone	OTORINOLARINGOIATRIA	17063
Presidio di Pordenone	PNEUMOLOGIA	14123
Presidio di Pordenone	PSICHIATRIA	162
Presidio di Pordenone	RADIOTERAPIA	8
Presidio di Pordenone	UROLOGIA	8037
TOTALE		2563107

Struttura_erogante	Branca	qta
Presidio di San Vito Spilimbergo	ALTRE PRESTAZIONI	46142
Presidio di San Vito Spilimbergo	ANESTESIA	1112
Presidio di San Vito Spilimbergo	CARDIOLOGIA	23881
Presidio di San Vito Spilimbergo	CHIRURGIA GENERALE	3820
Presidio di San Vito Spilimbergo	CHIRURGIA PLASTICA	1258
Presidio di San Vito Spilimbergo	CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	584
Presidio di San Vito Spilimbergo	DERMOSIFILOPATIA	2923
Presidio di San Vito Spilimbergo	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADI	41431
Presidio di San Vito Spilimbergo	ENDOCRINOLOGIA	4483
Presidio di San Vito Spilimbergo	GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA	9011
Presidio di San Vito Spilimbergo	LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE	199091
Presidio di San Vito Spilimbergo	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	23482
Presidio di San Vito Spilimbergo	NEFROLOGIA	10238
Presidio di San Vito Spilimbergo	NEUROCHIRURGIA	470
Presidio di San Vito Spilimbergo	NEUROLOGIA	884
Presidio di San Vito Spilimbergo	OCULISTICA	1958
Presidio di San Vito Spilimbergo	ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIRURGIA	645
Presidio di San Vito Spilimbergo	ONCOLOGIA	6116
Presidio di San Vito Spilimbergo	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	14660
Presidio di San Vito Spilimbergo	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	7500
Presidio di San Vito Spilimbergo	OTORINOLARINGOIATRIA	7845
Presidio di San Vito Spilimbergo	PNEUMOLOGIA	4268
Presidio di San Vito Spilimbergo	PSICHIATRIA	42
Presidio di San Vito Spilimbergo	UROLOGIA	2804
TOTALE		414648

Attività Pronto soccorso

ACCESSI 2015	PRIORITA' IN INGRESSO					7.BLU e NERO	TOTALI
	1.BIANCO	2.VERDE	3.GIALLO	4.ROSSO			
P.P.I. Maniago	2.210	892	195	4		0	3.301
P.S. Pediatrico	5.165	9.863	543	5		0	15.576
P.S. Pordenone	14.920	23.005	11.783	914		7	50.629
P.S. Sacile	3.713	2.485	700	32		2	6.932
P.S. San Vito	8.860	11.010	2.656	186		2	22.714
P.S. Spilimbergo	4.563	4.965	1.609	141		5	11.283
TOTALE anno 2015	39.431	52.220	17.486	1.282		16	110.435
% totale per codice	36%	47%	16%	1%		0%	

ACCESSI 2016	PRIORITA' IN INGRESSO					7.BLU e NERO	TOTALI
	1.BIANCO	2.VERDE	3.GIALLO	4.ROSSO			
P.S. Maniago	2.123	868	157	7		0	3.155
P.S. Pediatrico	3.543	11.402	1098	36		2	16.081
P.S. Pordenone	14.203	24.448	11.678	1087		7	51.423
P.S. Sacile	3.570	2.603	653	40		0	6.866
P.S. San Vito	8.878	11.431	2.942	181		0	23.432
P.S. Spilimbergo	4.894	4.535	1.514	151		3	11.097
TOTALE anno 2014	37.211	55.287	18.042	1.502		12	112.054
% totale per codice	33%	49%	16%	1%		0%	

L'attività registra un leggero aumento sia dei volumi totali che della complessità con un aumento dei codici verdi gialli e rossi.

a) Obiettivi di Attività dell'esercizio 2016 e confronto con il livello programmato

La tabella che segue evidenzia in sintesi alcuni indicatori relativi all'attività ospedaliera.

Indicatori capto 3.4 "Progetti attinenti le attività clinico assistenziali"

Linea progettuale	obiettivo	risultato atteso	Standard Obiettivo	31/12/2015	monitoraggio 31/12/2016
Linea 3.4.1. Insufficienze d'organo e trapianti	Cuore	Mantenimento del tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti di 50-74 anni	< 210	157,77	192
Linea 3.4.1. Insufficienze d'organo e trapianti	Rene	Mantenimento dei pazienti in emodialisi al di sotto del 50% del totale dei pazienti in terapia sostitutiva della funzione renale (trapiantati, emodializzati, in dialisi peritoneale)	<50%	44%	44,6%
Linea 3.4.1. Insufficienze d'organo e trapianti	Pancreas	Riduzione del tasso di amputazioni maggiori per diabete, portandolo al di sotto di 53 casi per milione di residenti	<53 per 1000000 di residenti	41,4	55,35
Linea 3.4.1. Insufficienze d'organo e trapianti	Polmone	Mantenimento del tasso di ospedalizzazione per BPCO (valore di riferimento anno 2014 =33,84)	<70 per 100000 residenti di 50-74 anni	33,37	51,02
Linea 3.4.2. Emergenza urgenza	Ictus	Aumento dell'attività di trombolisi endovenosa/endoarteriosa con il tendenziale raggiungimento nel 2016 di un valore atteso (da indicazioni regionali) di 75 trombolisi	75	50	85
Linea 3.4.2. Emergenza urgenza	Trauma	Trattamento della Frattura di femore entro 48H in almeno il 70% (hub) o 80% (spoke) dei casi trattati dal presidio ospedaliero	almeno 70% (hub) 80% (spoke) indicatore PNE	Pordenone = 76% San Vito/Spilimbergo = 68%	Pordenone = 81,7% San Vito/Spilimbergo = 69,6%
Linea 3.4.2. Emergenza urgenza	Pronto soccorso ed emergenza urgenza	Aumento della percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde	almeno 65% (hub) 80% (spoke) indicatore Bersaglio	Pordenone = 57,8% San Vito/Spilimbergo = 74,1%	Pordenone = 53,4% San Vito/Spilimbergo = 75,6%

Linea 3.4.2. Emergenza urgenza	Pronto soccorso ed emergenza urgenza	Aumento della percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore	superiori all'85% (spoke) e 75% (hub) indicatore Bersaglio	Pordenone = 82,3% San Vito/Spilimbergo = 75,9%	Pordenone = 81,8% San Vito/Spilimbergo = 76,7%
Linea 3.4.4. Materno- infantile	Materno- infantile	Mantenimento della percentuale dei parti cesarei al di sotto del 20% dei parti totali	<20% indicatore Bersaglio	16,2%	18,5%
Linea 3.4.4. Materno- infantile	Materno- infantile	Riduzione dei parti indotti farmacologicamente al di sotto del 20%	<20% indicatore Bersaglio	19,6%	20,5%
Linea 3.4.5 Sangue ed emocomponenti	Proseguire l'attività trasfusionale extra- ospedaliera, in RSA, nelle Residenze per anziani non autosufficienti e a domicilio per i pazienti allettati	almeno l'80% degli ospiti dell'hospice di San Vito e dell'Ospedale di prossimità di Maniago che necessitano di una trasfusione è stato trasfuso nella propria struttura di residenza e non ha effettuato accessi ospedalieri per la sola terapia trasfusionale			Le strutture dell'AAS5 assicurano le prestazioni trasfusionali senza trasferimento dei pazienti.
Linea 3.4.6. Erogazione livelli di assistenza	Livelli di assistenza	Monitoraggio sistematico del ricorso al day hospital in ottemperanza agli indicatori regionali	< 30% adulti < 50% pediatrici	adulti = 24,6% pediatrici=59,2%	adulti = 23,4% pediatrici=60,9%
Linea 3.4.6. Erogazione livelli di assistenza	Livelli di assistenza	Mantenimento della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni	< 4%	2,37%	2,2%
Linea 3.4.6. Erogazione livelli di assistenza	Livelli di assistenza	Mantenimento della degenza media pre- operatoria per interventi chirurgici programmati al di sotto di 0,9 giorni	< 0,9 giorni	0,63 giorni	0,63 giorni
Linea 3.4.6. Erogazione livelli di assistenza	Livelli di assistenza	Riduzione della percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con stessa MDC in una struttura regionale al di sotto del 5%.	< 5%	5,52%	4,76%

D2) Assistenza territoriale

b) Confronto dati di attività 2015-2016

Posti letto territorio

posti letto territorio	Posti letto al 31/12/2016	DGR 2673 /14
OSPEDALE DI PROSSIMITA' - MANIAGO	30	
R.S.A. - AZZANO DECIMO	25	
R.S.A. - PORDENONE	18	
R.S.A. - ROVEREDO	24	
R.S.A. - S. VITO AL TAGLIAMENTO	26	
R.S.A. - SACILE	28	
SIP - SACILE	28	
totale RSA e strutture intermedie	179	223
Hospice San Vito	10	
totale Hospice	10	20
CSM H 24	22	31
alcoologia	0	6
SUAP	0	14

SERVIZIO INFERMIESTICO DOMICILIARE

SERVIZIO INFERMIERISTICO DOMICILIARE - 01.01.2016 - 31.12.2016

Dati regionali (fonte dati: SISSR in data 17/03/2017) - COPERTURA ASSISTENZIALE >64 ANNI

Numero utenti (domiciliari con e senza piano assistenziale)

Azienda di erogazione	2015	2016	Diff %	Copertura assistenziale			
				2015 (>64a.)	2016 (>64a.)	2015%	2016%
AAS 5 FRIULI OCCIDENTALE	8.404	8.438	0,4	7.633	7.654	10,7	10,7
[Regione FVG]	35.664	35.605	-0,2	31.945	31.872	10,3	10,3

Numero accessi

Azienda di erogazione	2015	2016	Diff %
AAS 5 FRIULI OCCIDENTALE	120.701	125.577	4,0
[Regione FVG]	550.237	563.005	2,3

ANALISI PER UTENTI DOMICILIARI CON PIANO ASSISTENZIALE PERIODO GENNAIO-DICEMBRE

Azienda di erogazione	UTENTI		copert assist > 64a. %		ACCESSI	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
AAS 5 FRIULI OCCIDENTALE	2.908	3.431	3,7	4,3	78.969	91.266
[Regione FVG]	16.049	17.554	4,6	5,1	422.282	452.809

Complessivamente il numero di utenti risulta costante mentre gli accessi sono aumentati del 4% rispetto all'anno 2015.

Dall'analisi degli utenti domiciliari con piano assistenziale, si evidenzia un aumento delle % degli utenti dal 34,6% al 40,7% (da 2908/8404 a 3431/8438) con un aumento della copertura assistenziale degli utenti > 64anni dal 3,7% al 4,3%.

Nelle tabelle successive si riportano i dati per distretto.

Dati aziendali (fonte dati: SISSR in data 17/03/2017) - COPERTURA ASSISTENZIALE >64 e >74

Numero utenti totali

Distretto di erogazione	2015	2016	Diff %	Copertura assistenziale			
				2015 (>64a.)	2016 (>64a.)	2015%	2016%
Distretto EST	1.355	1.323	-2,4	1.250	1.209	13,7	13,2
Distretto NORD	1.715	1.693	-1,3	1.524	1.524	11,6	11,6
Distretto OVEST	1.498	1.471	-1,8	1.378	1.345	9,9	9,7
Distretto SUD	1.771	1.786	0,8	1.592	1.618	12,8	13
Distretto URBANO	2.075	2.180	5,1	1.898	1.972	8,3	8,6
AAS 5 FRIULI OCCIDENTALE	8.404	8.438	0,4	7.633	7.654	10,70	10,70

Distretto di erogazione	Copertura assistenziale			
	2015 (>74a.)	2016 (>74a.)	2015%	2016%
Distretto EST	1.075	1.040	23,4	22,7
Distretto NORD	1.291	1.291	19,7	19,7
Distretto OVEST	1.209	1.180	16,9	16,5
Distretto SUD	1.356	1.378	22,8	23,2
Distretto URBANO	1.654	1.718	14,3	14,8
AAS 5 FRIULI OCCIDENTALE	6.578	6.596	18,4	18,4

Numero accessi

Distretto di erogazione	2015	2016	Diff %
Distretto EST	20.825	21.199	1,8
Distretto NORD	28.332	32.490	14,7
Distretto OVEST	20.619	20.464	-0,8
Distretto SUD	25.373	24.108	-5,0
Distretto URBANO	25.552	27.316	6,9
AAS 5 FRIULI OCCIDENTALE	120.701	125.577	4,0

AAS5 - ANALISI PER UTENTI DOMICILIARI CON PIANO ASSISTENZIALE PERIODO GENNAIO-DICEMBRE

Distretto di erogazione	UTENTI		copert assist > 64a. %		copert assist > 74a. %		ACCESSI	
	2015	2016	2015	2016	2014	2015	2015	2016
Distretto EST	324	424	3,1	4,1	5	6,6	10.215	12.595
Distretto NORD	517	809	3,5	5,6	6,1	9,8	15.063	23.628
Distretto OVEST	558	585	3,6	3,8	6,1	6,3	15.677	15.196
Distretto SUD	670	681	4,8	4,9	8,7	8,8	18.034	18.146
Distretto URBANO	841	937	3,4	3,7	5,8	6,3	19.980	21.701
AAS 5 FRIULI OCCIDENTALE	2.908	3.431	3,7	4,3	6,3	7,4	78.969	91.266

Il dato relativo alla copertura, in particolare per gli utenti con piano assistenziale è in costante incremento in particolare per le persone con età superiore ai 74 anni, dato questo che evidenzia la coerenza del sistema dell'offerta in particolare per le persone più anziane (over 74).

SERVIZIO RIABILITATIVO DOMICILIARE - 01.01.2016 - 31.12.2016

Nunero utenti (domiciliari con e senza piano assistenziale)

Azienda di erogazione	2015	2016	Diff %	Copertura assistenziale			
				2015 (>64a.)	2016 (>64a.)	2015%	2016%
AAS 5 FRIULI OCCIDENTALE	3.189	3.201	0,4	2.897	2.925	4,1	4,1
[Regione FVG]	13.421	13.782	2,7	11.969	12.343	3,9	4

Numero accessi

Azienda di erogazione	2015	2016	Diff %
AAS 5 FRIULI OCCIDENTALE	10.539	10.100	-4,2
[Regione FVG]	50.704	52.204	3,0

ANALISI PER UTENTI DOMICILIARI CON PIANO ASSISTENZIALE PERIODO GENNAIO-DICEMBRE

Azienda di erogazione	UTENTI		copert assist > 64. %		ACCESSI	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
AAS 5 FRIULI OCCIDENTALE	643	724	0,7	0,9	5.521	5.481
[Regione FVG]	3.865	4.157	1,0	1,1	32.620	34.167

Dall'analisi degli utenti domiciliari con piano assistenziale, si evidenzia un aumento degli utenti dal 20,2% al 22,6% (da 643/3189 a 724/3201), con un aumento della copertura assistenziale degli utenti > 64 anni dall'0,7% all'0,9%.

Dati aziendali (fonte dati: SISSR in data 17/03/2016) - COPERTURA ASSISTENZIALE >64a e >74a

Numero utenti

Distretto di erogazione	2015	2016	Diff %	Copertura assistenziale			
				2015 (>64a.)	2016 (>64a.)	2015%	2016%
Distretto EST	409	426	4,2	368	389	4	4,3
Distretto NORD	651	610	-6,3	597	572	4,5	4,4
Distretto OVEST	524	557	6,3	488	522	3,5	3,7
Distretto SUD	585	553	-5,5	512	490	4,1	3,9
Distretto URBANO	1.022	1.056	3,3	934	953	4,1	4,2
AAS 5 FRIULI OCCIDENTALE	3.189	3.201	0,4	2.897	2.925	4,10	4,10

Distretto di erogazione	Copertura assistenziale			
	2015 (75a.)	2016 (75a.)	2015%	2016%
Distretto EST	321	339	7,0	7,4
Distretto NORD	523	501	8,0	7,6
Distretto OVEST	442	473	6,2	6,6
Distretto SUD	433	414	7,3	7,0
Distretto URBANO	813	830	7,0	7,2
AAS 5 FRIULI OCCIDENTALE	2.530	2.554	7,1	7,1

Numero accessi

Distretto di erogazione	2015	2016	Diff %
Distretto EST	1.301	1.241	-4,6
Distretto NORD	2.070	1.944	-6,1
Distretto OVEST	1.333	1.362	2,2
Distretto SUD	2.571	2.170	-15,6
Distretto URBANO	3.264	3.383	3,6
AAS 5 FRIULI OCCIDENTALE	10.539	10.100	-4,2

AAS5 - ANALISI PER UTENTI DOMICILIARI CON PIANO ASSISTENZIALE PERIODO GENNAIO-DICEMBRE

Distretto di erogazione	UTENTI		copert assist > 64a. %		copert assist > 74a. %		ACCESSI	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Distretto EST	50	78	0,4	0,7	0,5	1	574	543
Distretto NORD	85	143	0,5	1,0	0,8	1,4	839	1.018
Distretto OVEST	100	104	0,6	0,7	1	1,2	652	695
Distretto SUD	120	140	0,7	0,9	0,9	1,2	1.350	1.260
Distretto URBANO	288	259	1,1	1,0	1,8	1,6	2.106	1.965
AAS 5 FRIULI OCCIDENTALE	643	724	0,7	0,9	1,2	1,4	5.521	5.481

Analogamente a quanto illustrato con riferimento al servizio infermieristico anche per la riabilitazione, nel 2015 si è registrato un costante incremento dei livelli di copertura in particolare per le persone più anziane (over 74).

UTENTI SEGUITI DA SRD ANNO 2016 CON VALUTAZIONE VALGRAF

CON PIANO ASSISTENZIALE	N° UTENTI
NO	661
SI	750
TOT	1.350

RSA E OSPEDALE DI PROSSIMITA' (volumi/indicatori)

anno 2015	Pordenone	Azzano X	Ospedale di Prossimità	Roveredo	Sacile	S.I.P.	San Vito	AAS5
P.L. medi nel periodo	18	25,49	30	24	28		26	151
Presenti inizio periodo	18	20	23	18	26		20	125
Ammessi	237	375	437	292	423		281	2.045
Dimessi	255	383	438	303	428		283	2.090
Deceduti	0	11	19	5	19		17	71
GG deg	6.161	7.955	8.735	8.135	9.335		7.413	47.734
Degenza media nell'anno	24,16	20,14	18,99	26,24	20,79		24,63	22,00
GG deg dimessi	6.097	8.042	8.736	8.118	9.674		7.457	48.124
Degenza media dei dimessi	23,91	20,41	19,12	26,36	21,64		24,86	22,27
Presenza media giornaliera	16,88	21,79	23,93	22,29	25,58		20,31	130,78
% occupazione media	93,77	85,49	79,77	92,87	91,34		78,11	86,33
Indice di turn-over	1,73	3,60	5,07	2,14	2,09		7,39	3,70
Indice di rotazione	13,17	14,71	14,57	12,17	15,11		10,81	13,50

anno 2016	Pordenone	Azzano X	Ospedale di Prossimità	Roveredo	Sacile	S.I.P. (dal 2/5)	San Vito	AAS5
P.L. medi	18	25	30	24	28	28	26	179
Presenti inizio periodo	18	22	29	24	26	0	19	138
Ammessi	216	333	432	284	411	403	256	2.335
Dimessi	213	333	424	280	391	306	248	2.195
Deceduti	3	2	11	4	19	69	6	114
GG deg	6.294	7.980	8.753	8.315	9.196	6.080	6.708	53.326
Degenza media nell'anno	26,90	22,48	18,99	27,00	21,04	15,09	24,39	21,56
GG deg dimessi	6.285	7.725	8.743	8.442	9.216	5.662	6.304	52.377
Degenza media dei dimessi	29,10	23,06	20,10	29,73	22,48	15,10	24,82	22,68
Presenza media giornaliera	17,20	21,80	23,92	22,72	25,13	24,92	18,33	145,70
% occupazione media	95,54	87,21	79,72	94,66	89,73	88,99	70,49	85,87
Indice di turn-over	1,36	3,51	5,16	1,65	2,56	1,87	10,97	3,76
Indice di rotazione	12,00	13,32	14,40	11,83	14,68	14,39	9,85	13,76

Complessivamente nel 2016 su 179 posti letto la presenza media è stata di 146 utenti, la degenza media è stata di 22 giorni e la percentuale di occupazione si attesta attorno all'86%.

b) Obiettivi di Attività dell'esercizio 2016 e confronto con il livello programmato

Per quanto riguarda gli obiettivi di attività si rinvia al capitolo C

D3) Prevenzione

a) Confronto dati di attività 2015-2016

Modello FLS.18

Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro

	Anno 2015	Anno 2016
Numero di lavoratori controllati o comunque esaminati per accertamento o certificazioni sanitarie: <u>(riduzione attività per passaggio competenze commissione invalidi a INPS)</u>	662	116
Di cui apprendisti o minori:	0	0
Numero di indagini effettuate per infortuni sul lavoro:	285	268
Numero di indagini effettuate per malattie professionali:	205	326
Numero di aziende interessate da atti autorizzativi, esame progetti, piani di lavoro e notifiche:	897	936
Numero di aziende in cui sono stati effettuati interventi di vigilanza e di polizia giudiziaria:	1248	1372
Indagini epidemiologiche effettuate (in seguito a riscontro di malattie infettive):	175	165
Numero di studi epidemiologici su malattie cronico degenerative e studi di mortalità:	0	0
Numero di campagne di screening effettuate per la prevenzione di patologie tumorali:	3	3
Residenti che hanno compiuto 24 mesi di età e sono stati regolarmente vaccinati:	2516	2452
Numero di pareri richiesti per autorizzazioni nel campo dell'edilizia civile:	69	60
Numero di pareri espressi per autorizzazioni nel campo dell'edilizia civile:	115	80

b) Obiettivi di Attività dell'esercizio 2016 e confronto con il livello programmato

Per quanto riguarda gli obiettivi di attività si rinvia al capitolo C

D4) Tabella indicatori LEA

Indicatori dell'erogazione dei LEA Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale"

N.	Definizione	Significato	Standard Obiettivo	Risultati al 31/12/2015	monitoraggio 31/12/2016
1	PREVENZIONE: Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (indicare separatamente)	Indicatore di verifica per le attività di prevenzione delle malattie infettive sulla popolazione. Vaccinazioni obbligatorie: difterite, tetano, polio, epatite B.	≥ 95%	91,6%	90,7%
2	PREVENZIONE: Vaccinazioni raccomandate MPR	Indicatore di verifica per le attività di prevenzione delle malattie infettive sulla popolazione. MPR età ≤24mesi	≥ 90%	85,0%	86,8%
3	PREVENZIONE: Vaccinazione raccomandata contro l'influenza nell'anziano	Indicatore di verifica per le attività di prevenzione delle malattie infettive sulla popolazione. Influenza età ≥ 65anni	≥70%	53,3%	57,7%
4	PREVENZIONE: Copertura del programma di screening della cervice uterina	Descrivere le attività dei programmi organizzati di screening e l'adesione da parte della popolazione eleggibile	≥ 65%	63,64%	63,8%
5	PREVENZIONE: Copertura del programma di screening della mammella	Descrivere le attività dei programmi organizzati di screening e l'adesione da parte della popolazione eleggibile	≥ 65%	61,13%	68,1%
6	PREVENZIONE: Copertura del programma di screening del colon retto	Descrivere le attività dei programmi organizzati di screening e l'adesione da parte della popolazione eleggibile	≥ 70%	61,88%	64,3%
7	PREVENZIONE: Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro	Indicatore delle risorse dedicate alle attività di assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro	≥ 85	41,11	41,3
8	TUTELA DELLA SALUTE NEI LUOGHI DI LAVORO: Percentuale di unità controllate sul totale di unità da controllare	Indicatore stabilito nel Patto per la Salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro (DPCM 17/12/2007) che riflette le attività di controllo condotte dai servizi del Dipartimento della prevenzione delle ASL per la tutela della salute nei luoghi	≥ 5%	4%	5,3%

		di lavoro			
9	SANITA' ANIMALE: Percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina	Indicatore finalizzante a descrivere alcuni aspetti di sanità animale che impattano in modo rilevante sulla salute dei cittadini.	≥98%	180%	175%
10.a	SANITA' ANIMALE: Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi bovina/bufalina	Indicatore finalizzante a descrivere alcuni aspetti di sanità animale che impattano in modo rilevante sulla salute dei cittadini.	≥98% del 20% degli allevamenti	281,79%	135%
10.b	SANITA' ANIMALE: Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi ovicaprina	Indicatore finalizzante a descrivere alcuni aspetti di sanità animale che impattano in modo rilevante sulla salute dei cittadini.	≥98% del 10% dei capi	103,31%	121%
11 *	SANITA' ANIMALE: Percentuale di aziende ovicaprine controllate (3%) per anagrafe ovicaprina	Indicatore finalizzante a descrivere alcuni aspetti di sanità animale che impattano in modo rilevante sulla salute dei cittadini.	≥98% del 3% delle aziende	85,47%	113%
12 *	SALUTE DEGLI ALIMENTI: Percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati dal Piano Nazionale Residui	Piano Nazionale Residui (farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale) - Decreto legislativo n. 158/06	≥98%	97,50%	97,5%
13	SALUTE DEGLI ALIMENTI: Percentuale di unità controllate sul totale delle imprese alimentari registrate	L'indicatore riporta elementi desumibili dal "modello A" (Attività ispettiva e tipologia delle infrazioni dei SIAN) dm 8/10/1998	≥ 20%	19,20%	19,0%
14	DISTRETTUALE: Ospedalizzazione potenzialmente evitabile calcolati con la metodologia sviluppata dall'Agenzia statunitense AHRQ per i Prevention Quality Indicators (PQIs): Indicatore complessivo da 14.a a 14.i	Valutazione grezza complessiva degli indicatori ospedalieri indiretti che valutano l'inefficacia dei servizi di prevenzione e specialistici dedicati alla cura di alcune patologie	Somma indicatori 14.a - 14.i ≤600	87,9	88,6

15	ASSISTENZA DOMICILIARE: Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI con PAI	L'indicatore, calcolato sulla popolazione ultrasessantacinquenne residente, misura la presa in carico della popolazione anziana da parte dei servizi di assistenza domiciliare integrata delle AAS.	$\geq 4\%$	4,0%	4,74%
16	ASSISTENZA PRESSO RSA: Numero di posti equivalenti per assistenza in strutture RSA ogni 1000 anziani residenti	L'indicatore valuta la quantità di posti letto equivalenti disponibili nelle strutture della residenzialità territoriale rispetto alla popolazione anziana residente		1,86	2,04
17	ASSISTENZA AI DISABILI: Numero di posti equivalenti residenziali e semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1000 residenti	L'indicatore valuta la quantità di posti letto equivalenti disponibili nelle strutture residenziali e semiresidenziali che erogano assistenza ai disabili rispetto alla popolazione residente	$\geq 0,6$	0,96	1,05
18	HOSPICE: Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100)	Indicatore di offerta per l'assistenza residenziale dei pazienti terminali. E' rapportato alla popolazione che prevalentemente necessita di tali cure	>1	1,11	1,27
19	FARMACEUTICA: Costo percentuale dell'assistenza farmaceutica territoriale (comprensiva della distribuzione diretta e per conto)	Indicatore di controllo del costo dell'assistenza farmaceutica sostenuto sia attraverso le farmacie territoriali sia attraverso la distribuzione diretta	$\leq 11,35\%$ (valore regionale)	10,3%	10,5%
20	SPECIALISTICA AMBULATORIALE: Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti	Indicatore di attività specialistica basato sul numero di prestazioni di risonanza magnetica erogate rispetto alla popolazione.	compreso tra 5,1 e 7,5	7,46	7,28
21	SALUTE MENTALE: Utenti in carico nei centri di salute mentale per 1.000 ab.	Indicatore di attività dell'assistenza sanitaria rivolta ai pazienti in carico nei centri di salute mentale	≥ 10	18,2	17,3
22	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) per 1.000	Indicatore di domanda ospedaliera	≤ 140	132,36	128,01

24	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	Indicatore di attività dell'assistenza ospedaliera. Verifica l'utilizzo appropriato della struttura ospedaliera dedicata prevalentemente all'attività chirurgica.	$\geq 38\%$	44,5%	43,86%
25	Rapporto tra i ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (allegato B Patto salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	Indicatore di inappropriatezza del setting assistenziale. Si basa sull'elenco dei 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza se erogati in regime ordinario	$\leq 0,32$	0,3	0,29
26	Percentuale parti cesarei	Indicatore dell'inappropriata erogazione di parti cesarei (dato Bersaglio)	$< 20\%$	15,48%	17,44%
27	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 48h in regime ordinario	Valuta la presa in carico dell'organizzazione sanitaria e il tempo di risposta della stessa al bisogno di assistenza dei pazienti con frattura di anca e femore. (dato PNE)	$> 70\%$	72,92%	77,10%
28	EMERGENZA: Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	Indicatore di funzionalità e rapidità dell'organizzazione sanitaria deputata all'emergenza territoriale: Valuta in particolare la performance del sistema 118.	$\leq 8'$ urbani $\leq 20'$ extraurbani	16' 25"	16' 35"

D5) Tabella tempi d'attesa per gli interventi traccianti

Tempi d'attesa per gli interventi traccianti

In attività di ricovero programmato

periodo: anno 2016

Obiettivo di rispetto dei tempi: Priorità A>95% B,D,C
>90%

Angioplastica

Priorità	T.A. rispettati	Tot. Dimessi	% T.A. rispettati
A	85	94	90%
B	88	89	99%
C	6	6	100%
D	4	4	100%

Coronarografia

Priorità	T.A. rispettati	Tot. Dimessi	% T.A. rispettati
A	203	228	89%
B	210	217	97%
C	21	21	100%
D	14	16	88%

Asportazione di neoplasia del Polmone

Priorità	T.A. rispettati	Tot. Dimessi	% T.A. rispettati
A	15	15	100%
B	0	0	
C	0	0	
D	0	0	

Asportazione di neoplasia maligna del Colon Retto

Priorità	T.A. rispettati	Tot. Dimessi	% T.A. rispettati
A	70	77	91%
B	2	3	67%
C	0	0	
D	0	0	

Asportazione di neoplasia maligna della Mammella

Priorità	T.A. rispettati	Tot. Dimessi	% T.A. rispettati
A	142	192	74%
B	3	3	100%
C	1	1	100%
D	0	0	

Biopsia percutanea del Fegato

Priorità	T.A. rispettati	Tot. Dimessi	% T.A. rispettati
A	27	27	100%
B	2	2	100%
C	4	4	100%
D	2	2	100%

Emorroidectomia

Priorità	T.A. rispettati	Tot. Dimessi	% T.A. rispettati
A	3	5	60%
B	23	34	68%
C	35	37	95%
D	5	5	100%

Endoarteriectomia Carotidea

Priorità	T.A. rispettati	Tot. Dimessi	% T.A. rispettati
A	4	14	29%
B	34	42	81%
C	1	1	100%
D	0	0	

Riparazione Ernia Inguinale

Priorità	T.A. rispettati	Tot. Dimessi	% T.A. rispettati
A	79	91	87%
B	205	242	85%
C	151	164	92%
D	65	66	98%

Cataratta

Priorità	T.A. rispettati	Tot. Dimessi	% T.A. rispettati
A	61	86	71%
B	73	175	42%
C	54	62	87%
D	15	16	94%

Artroprotesi d'Anca

Priorità	T.A. rispettati	Tot. Dimessi	% T.A. rispettati
A	9	12	75%
B	67	78	86%
C	188	191	98%
D	28	32	88%

Asportazione di neoplasia dell' Utero

Priorità	T.A. rispettati	Tot. Dimessi	% T.A. rispettati
A	32	41	78%
B	0	0	
C	0	0	
D	0	0	

Tonsillectomia

Priorità	T.A. rispettati	Tot. Dimessi	% T.A. rispettati
A	2	3	67%
B	12	22	55%
C	21	42	50%
D	20	22	91%

Asportazione di neoplasia maligna della Prostata

Priorità	T.A. rispettati	Tot. Dimessi	% T.A. rispettati
A	3	22	14%
B	9	18	50%
C	6	7	86%
D	0	0	

Asportazione di neoplasia maligna della Vescica

Priorità	T.A. rispettati	Tot. Dimessi	% T.A. rispettati
A	36	174	21%
B	16	40	40%
C	9	10	90%
D	0	0	

Asportazione di neoplasia maligna del Rene

Priorità	T.A. rispettati	Tot. Dimessi	% T.A. rispettati
A	11	37	30%
B	2	7	29%
C	0	0	
D	0	0	

E) POLITICHE DEL PERSONALE

Nel corso del 2016 la manovra dell'Azienda è stata principalmente influenzata e caratterizzata, come esplicitato nel PAL 2016, dal completamento del riordino dell'assetto istituzione ed organizzativo del SSR conseguente all'applicazione della L.R. 16 ottobre 2014, n. 17 ed è stata attuata nel rispetto dei principi generali caratterizzanti la programmazione regionale di cui alla D.G.R. n. 2559 del 22.12.2015 recante "*LR 49/1996 art. 12 - Linee annuali per la gestione del SSR per l'anno 2016. Approvazione definitiva*", alle "*Indicazioni metodologiche ed operative per la redazione dei PAL/PAO 2016*", alla DGR n. 1671 del 09.09.2016 recante "*Autorizzazione ad Enti del S.S.R. assunzioni di personale 2016*", alla D.G.R. n. 349 del 04.03.2016 recante "*Lr 49/1996, art 16 e art 20. programmazione annuale 2016 del servizio sanitario regionale*", alla D.G.R. 952 del 27.05.2016 recante "*L. 161/2014, art 14, comma 1 e l 208/2015, art 1, commi 541-543 - autorizzazione enti ssr assunzione personale dirigenza medica*".

a) Manovra quali-quantitativa del personale

La manovra del personale è stata sottoposta ad una oculata programmazione attraverso l'analisi delle cessazioni note e non, tenendo conto della revisione quali-quantitativa, della manovra prevista nel preventivo 2016, nel rispetto dei vincoli gestionali e delle limitazioni per l'esercizio 2016.

Tale manovra è stata realizzata limitando le assunzioni a quelle strettamente necessarie a garantire:

- il mantenimento e l'implementazione delle professionalità impegnate nella gestione del momento assistenziale nelle strutture sanitarie al fine di fronteggiare le condizioni di complessità lavorativa legate all'assistenza e un'organizzazione efficiente del lavoro;
- l'attuazione dei processi di riorganizzazione delle funzioni conseguenti alla definizione dei nuovi assetti organizzativi mantenendo la qualità e la quantità dei servizi resi;
- l'attivazione di nuovi servizi previsti nella programmazione regionale.

Quanto sopra con particolare riferimento alle figure sanitarie sia dirigenziali che del comparto nonché di supporto all'assistenza.

Per quanto riguarda il personale del comparto, si evidenzia in particolare:

- l'acquisizione degli infermieri e OSS al fine di fronteggiare l'andamento in incremento delle loro cessazioni. Per queste figure, a seguito dell'espletamento dei relativi concorsi da parte di EGAS, si è proceduto solo nell'ultimo trimestre all'avvio delle procedure di acquisizione e, mancando ancora graduatorie da pubblico avviso, non è stato possibile reperire completamente il personale attraverso gli strumenti ordinari. Si è, pertanto, reso necessario ricorrere ancora all'acquisizione di personale interinale al fine di garantire i livelli essenziali minimi di assistenza e la piena operatività dei servizi. Il personale interinale, quindi, per le motivazioni sopra riportate, ha registrato una presenza ancora elevata, seppur in diminuzione di n. 9 unità rispetto al dato 2015 (come risulta dal successivo punto d) della relazione).

- altre figure sanitarie del comparto a cui è stata data priorità nell'assunzione sono stati, in particolare, tecnici di radiologia, tecnici di laboratorio, ostetriche e assistenti sanitarie. Relativamente a tale ultimo profilo si rappresenta che l'Azienda ha acquisito, per il Dipartimento di Prevenzione, anche n. 2 unità a tempo determinato in relazione all'incremento di attività, correlata in particolare, all'assistenza sanitaria ai migranti. Il costo correlato alle predette acquisizioni, certificato in € 29.753,72, costituisce un giustificativo ai fini del rispetto del tetto dell'1% dei costi 2012, così come previsto nelle Linee di gestione 2016.

- per quanto riguarda il personale amministrativo e tecnico si è provveduto all'acquisizione di n. 11 unità complessive (9 coadiutori amministrativi e n. 2 operatori tecnici) ai sensi della L. n. 68/1999 e s.m.i. a copertura della quota residua d'obbligo prevista nell'ambito della Convenzione quinquennale di Programma di cui alla medesima legge e valida per il periodo 01.01.2012 – 31.12.2016 e all'acquisizione, attraverso procedure di mobilità, di ulteriori unità a parziale copertura delle cessazioni intervenute.

Per quanto riguarda il personale dirigente, si evidenzia in particolare:

- la garanzia, ove possibile, del turn over del personale dirigente medico nelle diverse discipline. Si è riscontrata, infatti, notevole difficoltà ad ingaggiare in particolare medici anestesisti, di pronto soccorso, pediatri e radiologi.

- relativamente alla Linea progettuale 3.1.2 "*Progetti di riorganizzazione delle funzioni – Funzioni da attivare*" di cui alla DGR 348/2016, si è proceduto all'acquisizione di n. 1 dirigente medico infettivologo mediante comando da altra Azienda sanitaria regionale, mentre per la funzione *Reumatologia* si è proceduto all'assegnazione alla SOC Medicina di Pordenone, di n. 2 dirigenti medici reumatologi.

- al fine di garantire il rispetto delle disposizioni dell'Unione Europea in materia di articolazione dell'orario di lavoro di cui alle disposizioni del D.Lgs. n. 66/2003, rispetto a quanto autorizzato con DGR n. 952/2016, si è potuto procedere esclusivamente all'acquisizione di:

- n. 3 dirigenti medici – disciplina di Anestesia e rianimazione
- n. 1 dirigente medico – Cardiologia
- n. 1 dirigente medico – Radiodiagnostica

Il costo correlato alle predette acquisizioni, certificato in € 79.747,68 costituisce un giustificativo ai fini del rispetto del tetto dell'1% dei costi 2012, così come previsto nelle Linee di gestione 2016.

Con specifico riferimento alle assunzioni effettuate per le progettualità regionali ex DGR n. 1671 del 09.09.2016, si rappresenta quanto segue:

- piano dell'emergenza: si è proceduto all'acquisizione di complessive n. 21 unità (n. 3 dirigenti medici, n. 6 infermieri, n. 10 operatori sociosanitari, n. 2 autisti di ambulanza) per un costo a consuntivo di € 187.421,89.

- piano dell'odontoiatria sociale: avviato, a livello aziendale, negli ultimi mesi dell'anno. Si è provveduto all'assunzione di complessive n. 3 unità (n. 1 dirigente medico di chirurgia maxillo facciale e odontostomatologia e n. 2 infermieri) per un costo a consuntivo di € 16.529,86:

La manovra sul personale dell'anno 2016, rispettosa del vincolo economico di riduzione della spesa dell'1% rispetto al 2012, chiude complessivamente al 31.12.2016 con un incremento di n. 23 unità come risulta dalla tabella sotto riportata (nella quale è evidenziato sia il personale dipendente che interinale):

AREA	RUOLO	RAPPORTO	PROFILO	2015	2016
				AAS5	AAS5
DIR. MEDV	SANITARIO	DIPENDENTI		547	562
DIR. SPTA		DIPENDENTI		62	60
COMPARTO		DIPENDENTI		1945	1956
		SOMMINISTRATO	I.P	34	31
		SOMMINISTRATO	TECN. RX	2	2
DIR. TECNICA	TECNICO			5	4
COMPARTO		DIPENDENTI		287	274
		DIPENDENTI	OSS	513	531
		SOMMINISTRATO	OSS	20	10
		SOMMINISTRATO	COMPARTO TECNICO	9	13
DIR. PROFESSIONALE	PRO			6	8
DIR. AMMINISTRATIVA	AMM			13	14
COMPARTO		DIPENDENTI		309	310
		SOMMINISTRATO	ASS.AMM + COAD. AMM.	21	21
Totale complessivo				3773	3796

Nella tabella sottostante viene altresì riportato il raffronto tra la manovra programmata nel bilancio preventivo 2016 con la manovra realizzata rispettosa del vincolo economico di riduzione della spesa dell'1% rispetto al 2012 (nella quale è evidenziato sia il personale dipendente che interinale):

AREA	RUOLO	PROFILO_D	Manovra 2016 programmata		Manovra 2016 realizzata				Differenza			
			dipendenti	interinali	dipendenti al 31.12.2016	CESSATI ANNO 2016	ASSUNTI ANNO 2016	interinali al 31.12.2016	dipendenti	interinali		
C o m p a r t o	AMM	C420	Assistente Amministrativo	94		93	3	1	1	-1	1	
		B431	Coadiutore Amministrativo	110	20	119	3	11	20	9	0	
		B430	Coadiutore Amministrativo Esperto	25		23	2			-2	0	
		D411	Coll. Amministrativo-Prof.	50		49	3	1		-1	0	
		D410	Coll. Amministrativo-Prof. Esperto	26		25	2	1		-1	0	
		A440	Commesso	1		1				0	0	
	AMM Totale				306	20	310	13	14	21	4	1
	SANA	D120	Coll. Prof. San. - Assistente San.	56		59	8	16		3	0	
		D121	Coll. Prof. San. - Dietista	7		7	1	2		0	0	
		D170	Coll. Prof. San. - Educatore Prof.	5		8		3		3	0	
		D171	Coll. Prof. San. - Fisioterapista	86		84	3	1		-2	0	
		D123	Coll. Prof. San. - Infermiere	1301	34	1311	68	90	31	10	-3	
		D127	Coll. Prof. San. - Infermiere Capo Sala	1		1				0	0	
		D124	Coll. Prof. San. - Infermiere Pediatrico	19		20	3	4		1	0	
		D172	Coll. Prof. San. - Logopedista	18		18	1	1		0	0	
		D173	Coll. Prof. San. - Massaggiatore Non Vedente	2		1	1			-1	0	
		D174	Coll. Prof. San. - Ortottista - Assistente di Oftalmologia	6		6				0	0	
		D125	Coll. Prof. San. - Ostetrica	57		56	5	4		-1	0	
		D153	Coll. Prof. San. - Tecnico Audiometrista	5		4	1	1		-1	0	
		D154	Coll. Prof. San. - Tecn. della Fisiopatologia Card. e Perf. Cardiov.	1		1				0	0	
		D160	Coll. Prof. San. - Tecnico della prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro	42		41	4	3		-1	0	
		D176	Coll. Prof. San. - Tecnico dell'Educazione e Riabilitazione Psichiatrica e Psicosociale	1		1				0	0	
		D155	Coll. Prof. San. - Tecnico di Neurofisiopatologia	4		4				0	0	
		D157	Coll. Prof. San. - Tecnico San. di Laboratorio Biomedico	101		102	7	6		1	0	
		D158	Coll. Prof. San. - Tecnico San. di Radiologia Medica	65		65	6	10	2	0	2	
		D177	Coll. Prof. San. - Terapista della Neuro e Psicom. dell'Eta' Evol.	4		4				0	0	
	D110	Coll. Prof. San. Esperto	91		89	8			-2	0		
	C110	Infermiere Generico Esperto	69		60	16			-9	0		
	C112	Infermiere Psichiatrico Esperto	2		2				0	0		
	C111	Puericultrice Esperta	12		12	1			0	0		
	SANA Totale				1955	34	1956	133	141	33	1	-1
	TEC	C320	Assistente Tecnico	6		6				0	0	
		A341	Ausiliario Specializzato (Servizi Socio-Assistenziali)	50		47	4			-3	0	
		A340	Ausiliario Specializzato (Servizi Tecnico-Economici)	16	2	15	1		2	-1	0	
		D310	Coll. Prof. Assistente Sociale	15		16		1		1	0	
		D311	Coll. Tecnico -Prof.	15	2	13	1	1	2	-2	0	
		D301	Coll. Tecnico -Prof. Esperto	3		3				0	0	
		C351	Op. Tecnico Coord. Spec. Esperto	10		6	5			-4	0	
		C350	Op. Tecnico Specializzato Esperto	36		34	3	1		-2	0	
		B332	Operatore Socio San.	526	20	531	27	48	10	5	-10	
		B331	Operatore Tecnico	85	2	83	5	2	7	-2	5	
		B350	Operatore Tecnico Adetto all' Assistenza	11		11				0	0	
		B330	Operatore Tecnico Specializzato	37		38	2	3	2	1	2	
		C330	Programmatore	2		2		1		0	0	
		TEC Totale				812	26	805	48	57	23	-7
	Comparto Totale				3073	80	3071	194	212	77	-2	-3
	D I R S P T A	AMM	4012	Direttori Amministrativi	13		14		1		1	0
AMM Totale				13	0	14	0	1	0			
PRO		2011	Avvocati E Procuratori Legali	1		1				0	0	
		2021	Ingegneri	5		6		1		1	0	
		2031	Architetto	1		1		1		0	0	
PRO Totale				7	0	8	0	2	0			
SANA		1041	Biologi	15		12	4	1		-3	0	
		1051	Chimici	1		1				0	0	
		1075	Dirigenti Sanitari	3		4		1		1	0	
		1021	Farmacisti	10		10				0	0	
		1061	Fisici	1		1				0	0	
		1071	Psicologi	32		32	2	2		0	0	
SANA Totale				62	0	60	6	4	0	-2	0	
TEC		3031	Sociologi	3		2	1			-1	0	
	3021	Statistico	1		1				0	0		
	3011	Analista informatico	1		1				0	0		
TEC Totale				5	0	4	1	0	0	-1	0	
DIR.SPTA Totale				87	0	86	7	7	0	-1	0	
D I R M E D V	SANM	1011	Medici	556		536	50	64		-20	0	
		1013	Psicologi Equiparati	2		2				0	0	
		1031	Veterinari	26		24	1	1		-2	0	
	SANM Totale				584	0	562	51	65	0	-22	0
DIR. MEDV Totale				584	0	562	51	65	0	-22	0	
Totale complessivo				3744	80	3719	252	284	77	-25	-3	

Lo scostamento complessivo relativamente al personale dipendente è pari a -25 unità. Le maggiori differenze riguardano le figure dirigenziali mediche, per le quali come precedentemente rappresentato, non si è riusciti a garantire il turn over in particolare con riferimento alle discipline di difficile acquisizione e la figura di coadiutore amministrativo che presenta un saldo positivo legato all'acquisizione di unità ex L. 68/1999 e s.m.i. Le ulteriori differenze sono da collegarsi alla normale dinamica del personale e alla tempistica connessa alle procedure di reclutamento che troveranno in parte risposta nel corso dell'anno 2017.

Procedure di stabilizzazione

L'Azienda non ha attivato nel corso del 2016 procedure di stabilizzazione in applicazione del DPCM del 06.03.2015 e del successivo Protocollo regionale approvato con DGR n. 1384 del 22.07.2016. Nel corso del 2017 l'Azienda effettuerà una nuova ricognizione al fine di verificare, rispetto ai dati precedentemente comunicati alla DCSISSPSF con note prot. n. 1954/SORU del 14.1.2014 (ex ASS6) e con mail del 16.01.2014 (per AOSMA), la presenza di figure in possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente.

Personale assegnato per i servizi socio assistenziali in delega

L'organico dell'AAS5 è integrato dal personale in delega dei servizi socio-assistenziali pari a n. 76 unità al 31.12.2016. Nel corso del 2016 si è provveduto all'assunzione di n. 3 figure di insegnanti educatori a tempo determinato dedicati allo svolgimento delle attività di cui alla Convenzione tra la Regione autonoma Friuli Venezia Giulia e l'AAS5 quale Ente gestore dei Servizi di integrazione lavorativa per l'attivazione degli strumenti personalizzati di integrazione lavorativa ai sensi della Delibera di Giunta Regionale n. 2430 del 4.12.2015 a cui l'Azienda ha aderito con decreto n. 652 del 14.12.2015 e che evidenzia specifico contributo per la copertura del costo degli operatori dedicati a tali attività. Con decreto n. 640 del 29.11.2016 l'Azienda ha provveduto alla proroga della Convenzione a valere per il biennio 2017-2018.

b) L'evidenza degli elementi di costo per la valutazione del raggiungimento dell'obiettivo dell'1% al 31.12.2015 attraverso la compilazione della tabella allegata al presente documento ("tabella 1%").

L'Azienda è riuscita nell'anno 2016 a rispettare il vincolo della riduzione dell'1% rispetto al valore della spesa delle voci fisse del personale dipendente anno 2012, come si evince dai prospetti riepilogativi:

conto	competenze fisse - costo consuntivo 2012	integrazione costo 2012 per trasferimento attività tra aziende fino 2016	riduzione costo 2012 per trasferimento rapporti di lavoro all'Egas da 1.1.2015 da altri enti	spesa 2012	riduzione 1%	spesa di riferimento
410.100	76.526.556,90	104.829,35		76.631.386,25	- 766.313,86	75.865.072,39
420.100	263.226,24			263.226,24	- 2.632,26	260.593,98
430.100	15.636.426,20			15.636.426,20	- 156.364,26	15.480.061,94
440.100	7.235.894,47		- 43.625,66	7.192.268,81	- 71.922,69	7.120.346,12
Totale	99.662.103,81	104.829,35	- 43.625,66	99.723.307,50	- 997.233,08	98.726.074,43

conto	spesa di riferimento (a)	spesa al 31.12.2016 (b)	deroghe concesse (c)	saldo escluse deroghe concesse (a-b)
410.100	75.865.072,39	75.592.746,04	994.047,75	272.326,35
420.100	260.593,98	273.665,25	-	13.071,27
430.100	15.480.061,94	15.664.570,71	231.553,22	-184.508,77
440.100	7.120.346,12	6.652.448,43	87.980,75	467.897,45
Totale	98.726.074,43	98.183.430,67	1.313.581,72	542.643,75

Come precisato dalla DGR n. 2559 del 22.12.2015 e dalle successive deliberazioni regionali richiamate in premessa, costituiscono, per questa Azienda, giustificativi ai fini del tetto dell'1% i seguenti costi:

- costi conseguenti al riconoscimento dell'indennità di esclusività per effetto delle modifiche apportate all'art.9 della L. 122/2010 dalla L.190/2014 (legge di stabilità 2015);
- costi relativi ai comandati out che nel nuovo piano dei conti gravano nei costi fissi;
- costi inerenti l'eventuale personale acquisito a seguito della gestione transitoria della funzione di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari;
- costi per l'attuazione alle assunzioni necessarie, al fine di dare attuazione all'art. 14, comma 1 della L. n. 161/2014;
- costi per l'assunzione di n. 2 assistenti sanitarie a tempo determinato in relazione agli obiettivi attribuiti al Dipartimento di Prevenzione e all'incremento di attività, correlata in particolare, all'assistenza sanitaria ai migranti;
- costi riferiti all'acquisizione di personale conseguenti all'attivazione del nuovo Piano dell'Emergenza Urgenza;
- costi per il piano dell'odontoiatria sociale.

La tabella dell'1% compilata con i giustificativi sopra precisati è allegata al documento. In tale tabella è riportato anche il costo relativo al trasferimento all'EGAS di n. 1 dirigente amministrativo in attuazione del processo di riforma del SSR che impatta sul calcolo dell'1% e che si certifica in € 43.625,66. Il predetto trasferimento di risorse è ad impatto economico neutrale.

c) Incarichi di Struttura Complessa e di Struttura Semplice Dipartimentale e stato attuazione Atto aziendale

Nel corso del 2016 sono stati attivati i seguenti incarichi di struttura complessa:

- ✓ Neuropsichiatria Infantile,
- ✓ Chirurgia generale
- ✓ Medicina interna S. Vito

Alla data del 31.12.2016 risultano attivate le procedure concorsuali di Direttore SC Radiologia PN (decreto n. 221 del 22.04.2016), SOC Ortopedia e Traumatologia (decreto n. 222 del 22.04.2016), SOC Riabilitazione SV-Spil (decreto n. 479 del 07.09.2016), SOC Sanità animale (decreto n. 524 del 29.09.2016), SOC Igiene alimenti origine animale (decreto n. 525 del 29.09.2016), SOC Gestione prestazioni sanitarie (decreto n. 646 del 29.11.2016) e SOC Ostetricia e Ginecologia PN (decreto n. 692 del 14.12.2016).

Nel corso del 2016 è stato altresì attribuito un incarico di Responsabile della Struttura semplice dipartimentale "Chirurgia vascolare" prevista dal nuovo atto aziendale.

Per quanto concerne lo stato di attuazione dell'Atto aziendale adottato con decreto n. 100 del 01.03.2016 e s.m.i., nel corso del 2016 si è provveduto all'attuazione dello stesso nei termini sotto riportati.

- Si rappresenta preliminarmente che con decreto n. 605 del 09.11.2016 recante "*Approvazione accordo interaziendale su trasferimento e riorganizzazione di funzioni*" è stato formalmente approvato l'Accordo quadro per il trasferimento, con decorrenza 01.01.2017, delle funzioni di Oncologia da questa Azienda all'IRCCS CRO di Aviano e per il trasferimento della funzione di Cardiologia Oncologica dall'IRCCS CRO di Aviano a questa Azienda.
- Con decreto n. 727 del 22.12.2016 questa Azienda ha provveduto a formulare alla DCSISSPSF la proposta preliminare di modifica dell'Atto aziendale inserendo, fino ad esaurimento, la SOC Medicina Nucleare nell'impianto strutturale del Dipartimento Medicina dei servizi. Tale modifica, autorizzata dalla DCSISSPSF, è stata recepita in via definitiva con decreto n. 97 del 03.02.2017.
- Parziale attivazione *Dipartimento di Assistenza primazia aziendale (DAPA)*:
 - riconversione della SC Medicina Interna Post acuzie di Sacile in Struttura Intermedia Polifunzionale (SIP), articolazione della SC Rete delle Cure Intermedie
 - approvazione del progetto di riconversione del Pronto Soccorso di Sacile in Punto di Primo Intervento (PPI);
 - attivazione e conferimento incarico di direzione della SC Rete delle Cure Intermedie, struttura afferente al Dipartimento di Assistenza Primaria Aziendale,
 - attivazione e conferimento incarico di direzione del Dipartimento di Assistenza Primaria Aziendale attivato in pari data;

- assegnazione della direzione ad interim del Dipartimento di Medicina Interna;
 - attivazione e attribuzione incarico di direzione della S.C. "Neuropsichiatria infantile".
- Completa attivazione *Dipartimento di Chirurgia generale e medicina perioperatoria* con contestuale disattivazione delle strutture non più previste nell'atto aziendale.
 - Parziale attivazione *Dipartimento tecnico*:
 1. attivazione e affidamento dei relativi incarichi dirigenziali delle seguenti strutture:
 - a. S.C. Innovazione e Gestione tecnologie;
 - b. S.C. Manutenzione patrimonio edilizio strutture territoriali;
 - c. S.C. Manutenzione patrimonio edilizio strutture ospedaliere.
 - Parziale attivazione *Dipartimento amministrativo*:
 1. attivazione e affidamento dei relativi incarichi dirigenziali delle seguenti strutture:
 - a. S.C. Gestione e Sviluppo Personale dipendente e convenzionato;
 - b. S.C. Gestione economico finanziaria e fiscale.
 - Parziale attivazione *Direzione Sanitaria*:
 1. attivazione e affidamento del relativo incarico dirigenziale della S.C. Assistenza Farmaceutica;
 2. collocazione della funzione della S.S. Formazione alla Direzione Sanitaria.
 - Completa attivazione *Dipartimento Materno infantile* con contestuale disattivazione delle strutture non più previste nell'atto aziendale.
 - Completa attivazione *Dipartimento Chirurgia specialistica* con contestuale disattivazione delle strutture non più previste nell'atto aziendale.
 - Parziale attivazione *Dipartimento di Prevenzione*: attivazione S.C. Area veterinaria e attivazione e attribuzione incarico di Responsabile S.S.D. "Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche".
 - Completa attivazione *Dipartimento Medicina specialistica* con contestuale disattivazione delle strutture non più previste nell'atto aziendale.
 - Completa attivazione *Dipartimento Ortopedico traumatologico e riabilitativo* con contestuale disattivazione delle strutture non più previste nell'atto aziendale.

d) Rapporti di somministrazione

Per quanto concerne i rapporti di lavoro somministrato in essere al 31.12.2016 i dati sono riportati nella tabella sottostante. Rispetto al dato 2015 i rapporti sono diminuiti di n. 9 unità. Nel corso del 2017 il numero di tali rapporti è in fase di ulteriore progressivo riassorbimento per effetto del completamento delle procedure di acquisizione avviate a fine 2016 sulla base delle graduatorie concorsuale di EGAS, delle disponibilità di procedure aziendali di avviso pubblico (infermieri e OSS) e per l'avvio di progettualità rivolte alla revisione degli assetti organizzativi di alcuni servizi amministrativi e tecnici.

I dati relativi sono riportati nella tabella sottostante.

PERSONALE SOMMINISTRATO AL 31.12.2016				
Ruolo	Profilo professionale	Categoria	Sede del servizio	Totale
AMM	Assistente Amministrativo	C	APL PN	1
	Coadiutore Amministrativo	B	Affari Generali/Accettaz PN	1
			Anatomia Patologica PN	1
			APL PN	2
			C.Prelievi S.Vito	1
			Cardiologia PN	1
			Centr Prelievi PN	4
			Laboratorio Sacile	2
			Uff.Cassa S.Vito	7
			Uff.Tecnol/invest.sede legale PN	1
AMM Totale				21
SANA	Coll. Prof. San. - Infermiere	D	2^ Chirurgia/Uro PN	1
			2^ Medica PN	1
			2^ Medicina (ex 3^) PN	1
			Blocco Operatorio PN	1
			Cardiologia PN	1
			Casa Circondariale PN	2
			Chirurgia PN	1
			Dist. Est -RSA S.Vito	1
			Dist. Nord osp.pross. Maniago	1
			DSM/REMS Maniago	4
			DSM-CSM Azzano X°	1
			Laboratorio S.VITO	1
			Med. Post Acuti SACILE	2
			Neurologia PN	1
			Ortopedia PN	3
			P.S. Spilimbergo	1
			Pediatria PN	1
			Pneumo/Nefro PN	3
			Pronto Soccorso PN	1
	PS Med.Urg. PN	1		
SIP ex Distretto Ovest SACILE	1			
Terapia intensiva PN	1			
	Coll. Prof. San. - Tecn. San. di Radiologia	D	Radiologia PN	1
			Radiologia S.VITO	1
SANA Totale				33
TEC	Collaboratore Tecnico - Professionale	D	Ingegneria Biomed. PN	1
			Nuovo ospedale PN	1
	Operatore Socio Sanitario	BS	1^ Chirurgia/Ginecologia PN	1
			1^ chirurgia PN	1
			1^ Medicina (ex 2^) PN	1
			Blocco Operatorio PN	1
			Degenza Breve Chir. PN	1
			Ortopedia S.Vito	1
			Ortopedia S.Vito (ex P.S. PN)	1
			Pronto Soccorso S.Vito	1
	RSA SUD Azzano X°	2		
	Operatore Tecnico Spec. - Autista ambul.	BS	Primo Intervento Maniago	1
			Pronto Soccorso S.Vito	1
	Operatore Tecnico	B	APL PN	1
Celle PN			3	
Celle S.Vito			1	
cucina/mensa SACILE			2	
	Ausiliario Specializzato (Servizi Socio-Assi	A	Centr Prelievi PN	2
TEC Totale				23
Totale complessivo				77

e) Prestazioni aggiuntive

L'Azienda non ha sostenuto nel corso dell'esercizio 2016 alcuna spesa per l'acquisto di prestazioni aggiuntive né per quanto riguarda il personale del comparto, ai sensi della legge n. 1/2002 e s.m.e.i., né per quanto riguarda il personale dirigenziale ai sensi dell'art. 55 del CCNL 08.06.2000 e dell'art. 18 CCNL 3.11.2005.

Ciò è stato possibile grazie all'utilizzo degli istituti contrattuali ed in particolare l'impiego delle risorse aggiuntive regionali.

f) Incremento 1% come tetto massimo del fondo produttività/risultato

Si segnala, infine, che i fondi della produttività e risultato sono stati incrementati della quota massima dell'1% del monte salari in presenza delle condizioni previste dalla disciplina contrattuale e dalla normativa vigente.

In dettaglio i valori inseriti nei fondi contrattuali a consuntivo per l'anno 2016 (al netto degli oneri contrattuali) sono i seguenti:

- per l'area della dirigenza medica € 300.678,49;
- per l'area della dirigenza sanitaria e professionale, tecnica ed amministrativa € 41.518,29;
- per l'area del comparto € 614.734,56.

g) Applicazione comma 236 della L. 28.12.2015 n. 208 (Legge Finanziaria 2016)

L'Azienda ha dato piena attuazione a quanto disposto dal comma 236 della L. 28.12.2015 n. 208. Ai fini della determinazione delle decurtazioni da applicare sono state considerate le circolari n. 12 del 1/4/2011 e n. 20 del 08/05/2015 del Ministero dell'Economia e delle Finanze – Ragioneria generale dello stato, che hanno fornito indirizzi applicativi con riferimento alle disposizioni relative al contenimento dei trattamenti economici dei dipendenti.

Gli importi consolidati di riduzione sono quantificati nel 2016 in € 112.270,63 per l'area del Comparto, € 9.817,92 per l'area della Dirigenza Medica e Veterinaria ed € 18.723,37 per l'area della Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa.

Restano fermi gli ulteriori importi di riduzione precedentemente consolidati per effetto delle disposizioni di cui all'art. 9 comma 2 bis del D.L. 78/2010, convertito in L. 122/2010 come modificato dall'art. 1, comma 456 della Legge n. 147/2014.

h) Risorse aggiuntive regionali

La rendicontazione delle risorse aggiuntive regionali sia per quanto riguarda il personale del comparto che della dirigenza è riportata nelle tabelle n. 1 – 9 dell'Allegato 2 - Note e tabelle del personale.

i) Tabelle del personale di cui alla nota integrativa

Per quanto concerne le tabelle del personale di cui alla nota integrativa (tabella 1.3. Personale e tabella n. 70) si precisa che la tabella 70 è allegata al presente documento mentre non si è potuto provvedere alla compilazione della tabella 1.3 in quanto i dati richiesti in quadratura con il conto annuale non sono ancora disponibili per questa Azienda.

j) Formazione

Nel 2016, a seguito della istituzione dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria nr. 5 "Friuli Occidentale" a decorrere dal 01.01.2015, è proseguito il processo di riordino dell'assetto organizzativo aziendale in applicazione dell'atto aziendale.

La Regione Friuli Venezia Giulia con decreto nr. 1281/DC del 12.12.2014 aveva concesso all'Azienda Ospedaliera "S. Maria degli Angeli" di Pordenone l'accreditamento con riserva di Provider ECM FVG a far data dal 31.12.2014 per due anni, con il codice AAS5. Il 14.11 2016 si è svolta, da parte degli incaricati regionali, la visita di verifica dei requisiti per l'accreditamento del provider dell' AAS5 del sistema regionale di formazione continua e di educazione continua in medicina nel Friuli Venezia Giulia. Il Provider è stato confermato con delle limitate prescrizioni ed inoltre *"è stato apprezzato l'impegno della Struttura a far fronte alle difficoltà derivanti dal processo di integrazione non ancora completato e dalle incombenze contemporanee del processo stesso di accreditamento"*.

Le necessità formative sono state raccolte ed integrate in modo univoco sia per la parte territoriale che ospedaliera ed hanno costituito il primo piano formativo aziendale dell'AAS5. Il Piano Formativo Aziendale 2016 è stato approvato con decreto n. 46 del 29.01.2016 ed inviato alla Direzione Centrale Salute, Integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia. Il Piano è stato poi integrato da ulteriori necessità formative, derivanti anche dal Piano Formativo Regionale, con decreto n. 209 19.04.16 e successivamente con decreto n. 615 del 16.11.16. Gli eventi formativi sono visibili sul catalogo regionale ECM e la programmazione è resa nota all'interno dell'Azienda con cadenza mensile tramite pubblicazione della Newsletter della Formazione nel sito intranet aziendale.

Formazione strategica

La tematica della sicurezza è stata una delle priorità anche per il 2016. Gli argomenti trattati hanno toccato aspetti di tipo organizzativo, funzionali al consolidamento di un percorso mirato alla implementazione di un Sistema aziendale di gestione della sicurezza (SGSL), proseguendo percorsi formativi già avviati riguardo:

- la movimentazione carichi
- l'implementazione delle competenze per lavorare in sicurezza negli ambienti di lavoro
- l'igiene mani
- il corso BLSD

Iniziative formative inerenti l'applicazione di nuove normative

Si è proseguito anche con la programmazione di percorsi formativi relativi alla diffusione di normative quali:

- il Codice di comportamento dei dipendenti pubblici,
- la normativa sulla prevenzione della corruzione nella pubblica amministrazione,
- la normativa sul Codice della Privacy.

Iniziative formative trasversali:

- inerenti gli aspetti organizzativo/comunicativo/relazionale finalizzate al miglioramento del rapporto medico/infermiere/paziente;
- finalizzate allo sviluppo di competenze di base al fine di uniformare il livello delle conoscenze e abilità informatiche ;
- finalizzate all'integrazione ospedale-territorio.

Formazione Dipartimentale/Distretto

I Dipartimenti/Distretti aziendali hanno collaborato con la S.S. Formazione per l'organizzazione dei percorsi formativi proposti dagli stessi e mirati all'aggiornamento e implementazione delle competenze tecnico-professionali dei propri operatori.

Formazione Interaziendale (Area vasta Pordenonese)

Sono stati riproposti anche nel 2016 percorsi formativi in collaborazione con il CRO di Aviano e hanno riguardato le seguenti tematiche:

- percorsi diagnostico assistenziali specialistici in ambito oncologico, ematologico, anatomo-patologico;
- la polifarmacologia nel paziente anziano;
- banche dati biomediche,
- tutorship.

Attività realizzate

Nella tabella sono riportati i dati relativi all'attività formativa dell'anno 2016; sono distinti i dati relativi all'offerta formativa intesa come l'attività proposta dalla S.S. Formazione e l'attività effettivamente usufruita dai dipendenti. Nel 2016 la percentuale dei realizzati è cresciuta dal 62% del 2015 al 78% attuale. La differenza tra i programmati ed i realizzati è dovuta essenzialmente a:

- una moderata sovrastima della proposta formativa presentata dai dipartimenti rispetto alla capacità effettiva di organizzarli
- difficoltà organizzative che hanno impedito la partecipazione ai corsi tra cui il processo di riorganizzazione aziendale conseguente alla fusione delle due aziende sanitarie
- difficoltà di distaccare il personale dall'attività lavorativa a quella formativa.

Nella tabella che segue sono riassunti alcuni elementi di sintesi dell'attività 2016

Eventi	2016 Programmati	2016 Realizzati	N° Edizioni	% di Real/Prog
Iniziative formative residenziali ECM (N°)	134	98	233	73
Iniziative formazione sul campo ECM (N°)	121	104	104	85
Iniziative formative residenziali non ECM (N°)	14	8	38	57
Totale iniziative formative	269	210	375	78

Personale coinvolto nella formazione

Dipendenti totali	3655
Accessi dipendenti iniziative totali (N°)	9522

RISORSE FINANZIARIE

Le risorse finanziarie assegnate alla formazione sono state utilizzate nel rispetto del Decreto n. 71 del 16.02.2016.

Nel 2016 al budget di risorsa della S.S. Formazione sono stati assegnati complessivamente € 340.000,00, precisando che lo stesso è stato utilizzato anche per la formazione individuale esterna. Nell'anno 2016 sono stati inoltre utilizzati, per l'aggiornamento individuale esterno, parte dei fondi destinati all'aggiornamento professionale derivanti da sperimentazioni per complessivi € 26.695,87.

F) Utilizzo dell'utile di esercizio

MODALITA' DI RIPORTO A NUOVO DEL RISULTATO DI ESERCIZIO 2016 E RIPIANO DEI RISULTATI DEGLI ESERCIZI PRECEDENTI

Sul punto specifico le direttive di chiusura al paragrafo 2.9 rimandano al decreto legislativo 118/2011, il quale dispone che: "l'eventuale risultato positivo di esercizio degli enti di cui alle lettere b) c) d) co. 2 art.19 è portato a ripiano delle eventuali perdite di esercizi precedenti. L'eventuale eccedenza è accantonata a riserva ovvero limitatamente agli enti di cui alle lettere b) c) comma 2 art. 19 è reso disponibile per il ripiano delle perdite del servizio sanitario regionale. Infine l'art. 39 LR 26/2015 prevede che ".. fatto salvo quanto previsto dall'art. 30 dlgs 118/2011, la Giunta regionale dispone l'impiego del risultato positivo di esercizio degli enti del SSR."

Ciò premesso, si propone di destinare l'utile di esercizio di € 380.176 ad investimenti in conto capitale, rinviando alla Giunta Regionale la valutazione di coerenza della proposta aziendale rispetto alle disposizioni del dlgs 118/2011, in sede di bilancio consuntivo consolidato.

G) Leggi speciali

Si illustrano le iniziative attuate nel 2016 per la qualificazione delle prestazioni socio - sanitarie ex art. 79 – commi 1 e 2 della L.R. 5/94.

CONSULTORI FAMILIARI PUBBLICI E PRIVATI CONVENZIONATI

Nel corso del 2016 sono state assicurate dai Consultori Pubblici le prestazioni a tutela della salute della donna, della procreazione responsabile, delle relazioni di coppia e l'attività di consulenza sociale ed è stata data continuità al "percorso nascita, gravidanza e post partum".

Con riferimento ai Consultori Familiari Privati, sono presenti nel territorio di Pordenone i Consultori "AIED" e "Noncello".

Le attività assicurate dai Consultori Privati rendono il servizio offerto funzionalmente complementare a quello fornito dai Consultori Familiari pubblici ed identificano la peculiarità del rapporto stabilito dalle convenzioni stipulate con i due soggetti privati.

Gli ambiti di attività hanno riguardato il percorso nascita ma anche le prestazioni in campo contraccettivo, l'attività di consulenza nelle relazioni familiari, l'attività di consulenza psicologica individuale.

Nel 2016 il contributo complessivamente erogato ai Consultori privati è stato di 341.000,00 euro:

- 250.000€ Consultorio AIED
- 91.000€ Consultorio Noncello

TUTELA DELLA SALUTE MENTALE

Gli interventi a tutela della Salute Mentale anche nell'anno 2016 sono stati orientati alla:

- formazione e reinserimento sociale e lavorativo in collaborazione anche con le cooperative sociali dell'area Pordenonese;
- programmi di socializzazione volti allo sviluppo di iniziative dirette a stimolare occasioni di relazione sociale attraverso acquisizione di materiali e animatori di corsi e attività socializzanti.
- programmi di animazione allo scopo di sviluppare e mantenere le capacità motorie e relazionali degli utenti e contrastare fenomeni di regressione;
- inserimenti in residenze protette per la realizzazione di progetti riabilitativi.

Si segnalano inoltre i programmi di inserimento protetto in strutture residenziali definiti in collaborazione con i Comuni.

I costi a sostegno delle iniziative descritte ammontano € 1.336.567,67 euro.

Va sottolineato che nel corso dell'anno sono stati attivati anche gli strumenti previsti dal Fondo per l'autonomia possibile con un investimento di 1.177.994,33 euro (compreso i residui degli anni precedenti) che hanno permesso la realizzazione di progetti personalizzati che, oltre alla deistituzionalizzazione di alcune persone, hanno permesso di creare situazioni protette evitando quindi di sradicare le persone con disagio dal contesto sociale di riferimento.

TUTELA DELLA SALUTE DEI TOSSICODIPENDENTI

Sono state condotte anche nel 2016 attività di riabilitazione per i tossicodipendenti attraverso:

- interventi di formazione al lavoro
- inserimenti presso le comunità terapeutiche con una riduzione dei periodi di permanenza in struttura ed il ricorso a forme alternative all'istituzionalizzazione attraverso la collaborazione delle organizzazioni di volontariato presenti nel territorio. Con le Comunità, inoltre, è stata intensificata anche l'attività di valutazione degli esiti.
- attività di prevenzione ed educazione sanitaria, ed interventi formativi-educativi, anche in collaborazione con enti e associazioni di volontariato. È proseguita l'attività del centro "Ragazzi della panchina", con azioni di prevenzione e sensibilizzazione della popolazione, organizzando eventi culturali ed iniziative educative – riabilitative.

I costi a sostegno delle iniziative descritte ammontano € 517.629,84 euro.

DISINFESTAZIONE DEL TERRITORIO DAI RATTI

Non più di competenza dell'Azienda sanitaria.

RIMBORSO SPESA A FAVORE DEI DONATORI DI SANGUE LAVORATORI AUTONOMI

È proseguita la raccolta delle donazioni con le consuete modalità organizzative. Si rimanda al bilancio d'esercizio per la valorizzazione degli interventi economici relativi al 2016.

RIMBORSO DEGLI ONERI SOSTENUTI DAI SOGGETTI NEFROPATICI PER LA DIALISI

Gli interventi a favore dei nefropatici hanno riguardato tutte le forme assistenziali previste dalla normativa e precisamente il trattamento di dialisi, la tipizzazione, il trapianto di rene e la successiva assistenza. Gli interventi economici ammontano a 1.003.544,00 Euro.

TIPIZZAZIONE E TRAPIANTO DI RENE

In materia di tipizzazione e trapianto di rene quest'Azienda ha erogato assistenza nelle forme previste dalla normativa regionale in materia. Si rimanda al bilancio d'esercizio per la valorizzazione degli interventi economici relativi al 2016.

H) Inventario fisico dei beni

Gestione del magazzino dei beni economici, sanitari e farmaci.

Nell'anno 2016 si è consolidato l'accorpamento degli Uffici Provveditorato e Logistica delle due ex Aziende (AOSMA e ASS6) sul piano degli approvvigionamenti, uniformando le procedure e le modalità di acquisto e provvedendo ad intensificare ulteriormente l'approvvigionamento e distribuzione dei materiali (beni economici, sanitari e farmaci) a cura del Magazzino centralizzato dell'EGAS (Ente per la Gestione Accentrata dei Servizi Condivisi, subentrato al DSC dall'1/01/2015), nell'ambito del progetto regionale di centralizzazione degli acquisti e distribuzione delle forniture per le Aziende del S.S.R.

A tal riguardo, con decreto EGAS n. 135 del 5.12.2016 è stato altresì approvato, in condivisione con le Aziende del S.S.R., il Protocollo operativo per la gestione della logistica centralizzata, in cui vengono declinati in maniera articolata le funzioni di rispettiva competenza in ragione dell'entità e della tipologia dei contratti.

Il monitoraggio dell'acquisto tramite sistema informatico G2 viene effettuato nella sede ospedaliera di Pordenone dal Manager degli acquisti, che valida/approva e controlla tutte le richieste dei servizi utilizzatori ospedalieri e territoriali. Permangono altresì accorpate presso la sede ospedaliera anche le "procedure informatiche di reso" dei materiali gestiti dal magazzino centralizzato richiesti dagli ospedali e dal territorio.

L'EGAS ha svolto anche nel 2016 tutte le operazioni relative alla gestione e organizzazione delle attività e alla gestione dell'inventario di fine anno, per i beni a scorta presso il Magazzino centralizzato.

Modalità attuali di gestione:

Sono state sviluppate ed implementate procedure volte a regolamentare:

1. L'evasione delle richieste ordinarie e urgenti:

Come detto in premessa, nel corso del 2016 sono state perfezionate e migliorate sotto il profilo degli adempimenti amministrativi, le procedure d'acquisto di beni economici, sanitari e farmaci, tramite il sistema informatico G2, sia per l'attività ordinaria che per le urgenze, definendo e aggiornando con il Magazzino centralizzato le modalità e i tempi di consegna dei materiali.

2. I processi di controllo, verifica e carico della merce consegnata:

I beni di consumo recapitati presso l'A.A.S. 5 Friuli Occidentale, una volta sottoposti ad un primo controllo presso i punti di ricevimento, sono stati consegnati ai diversi Reparti destinatari e sottoposti alla verifica del personale incaricato. In assenza di osservazioni o reclami, la S.C. Approvvigionamenti e Logistica ha successivamente provveduto alla validazione (carico) dell'avvenuta consegna, propedeutica al pagamento della relativa fattura. Tali adempimenti

hanno rispettato le tempistiche organizzative interne e ciò ha consentito una più puntuale attività di recapito dei materiali presso i reparti richiedenti ed anche un più celere pagamento delle fatture. A tal riguardo i tempi di riscontro e validazione delle fatture ha consentito al servizio finanziario di dare corso al pagamento delle fatture in un arco non superiore a una media di 40gg.

3. I resi di materiale al magazzino centralizzato:

Anche nel corso del 2016 si è registrata una progressiva riduzione dei resi per consegne errate e/o anomale di beni economici, sanitari e farmaci richiesti con il sistema G2. Questo progressivo miglioramento delle consegne dei materiali, nel dettaglio delle tipologie e delle caratteristiche richieste, ha consentito di migliorare e di ottimizzare gli oneri operativi connessi alle procedure di reso. La collaborazione ormai consolidata con il Servizio di Farmacia ha consentito un più articolato scambio di informazioni che hanno permesso una più razionale gestione interna dei resi e un più efficace rapporto con i reparti interessati.

4. L'attività svolta dai Magazzini aziendali gestiti dal Servizio di Farmacia.

Restano in carico all'Azienda sanitaria i seguenti magazzini gestiti dal Servizio di Farmacia, che al 31.12.2016 sono i seguenti:

Magazzino centrale Farmacia (materiale ad esaurimento e transiti)	02 (in esaurimento)
---	---------------------

Magazzino farmaci antitumorali presso Farmacia C.R.O.	UFAPN
---	-------

Magazzino Urgenze-Farmacia e Distribuzione Diretta (Farmacia di Pordenone)	B02
--	-----

e nei magazzini periferici:

Servizio di Anatomia Patologica	ANP
---------------------------------	-----

Servizio di Anestesia e Rianimazione	ANR
--------------------------------------	-----

Servizio Immunotrasfusionale	CIT
------------------------------	-----

Chimica e Microscopia Clinica	CMC
-------------------------------	-----

Dipartimento di Chirurgia specialistica	DCS
---	-----

Dipartimento di Chirurgia 1 S.O.	DC1
----------------------------------	-----

Emodinamica	EMO
-------------	-----

Gastroenterologia	GAS
-------------------	-----

Microbiologia	MCB
Radiologia	RAD
Rianimazione Terapia Intensiva	RTI (esaurito)
Laboratorio Analisi - Spilimbergo	SPLAB
Laboratorio Analisi Ospedale - S. Vito	SVLAB
Sala Operatoria – S. Vito	SPSOP (esaurito)
Sala Operatoria – Spilimbergo	SPSOP (esaurito)

Nel corso del 2016, in ottemperanza a quanto stabilito dal Regolamento Contabilità di Magazzino" adottato con deliberazione del D.G. n. 114/22.06.2006, sono state garantite la gestione , conservazione e distribuzione delle seguenti tipologie di prodotti:

Farmaci	Classificazione economale 01
Reagenti di Laboratorio	Classificazione economale 03
Presidi medico chirurgici e Materiale sanitario	Classificazione economale 04
Materiale Protesico	Classificazione economale 05
Materiale Dialisi	Classificazione economale 06

Nel corso dell'anno 2016, i Coordinatori di magazzino (02, B02, UFAPN) e i sub-consegnatari per i magazzini periferici hanno assicurato l'inventariazione periodica degli stessi al fine della verifica e dell'allineamento delle giacenze.

Al 31.12.2016 è stato chiuso l'inventario degli stessi.

Anche per quanto riguarda la giacenza di tali prodotti nei magazzini gestiti dal Servizio di farmacia, ai fini della loro gestione, conservazione ed inventariazione sono state applicate le disposizioni di cui al "Regolamento Contabilità di Magazzino" (Deliberazione del Direttore Generale n.85/08.05.2009).

I) INVESTIMENTI

Per il monitoraggio degli investimenti edili impiantistici e dell'acquisizione di beni mobili tecnologici si rimanda all'allegato 3) investimenti.

DOCUMENTI CONTABILI SANITA'

- e) Stato Patrimoniale
Conto Economico
Rendiconto Finanziario
Nota Integrativa
- f) Prospetti SIOPE
- g) Modello LA
- h) Conti economici di Presidio

DOCUMENTI CONTABILI SOCIALE

- c) Stato Patrimoniale
Conto Economico
Nota Integrativa
- d) Prospetti SIOPE

DOCUMENTI CONSOLIDATO

Stato Patrimoniale e Conto Economico

Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: LORENA BASSO

CODICE FISCALE: BSSLRN70L63I403Q

DATA FIRMA: 28/04/2017 17:01:17

IMPRONTA: 4CEBBB8708BB8DDE0DC0318BA9B4113918FB84079E14694F87EF7320F23CDE2
918FB84079E14694F87EF7320F23CDE2FB6CB7A7CC5A36D5A0B5740E624FB8FD
FB6CB7A7CC5A36D5A0B5740E624FB8FD948340B28C25FED2E8F496F43693A08E
948340B28C25FED2E8F496F43693A08E69DE4D381966B919DD60CF4796A6626B

NOME: ROBERTO ORLICH

CODICE FISCALE: RLCRRT59H24L424T

DATA FIRMA: 28/04/2017 17:05:23

IMPRONTA: 825FABE7AEE615FBB8A27E7A4E526204D3D099BE7BF5C87FA53E0AABA5F6375D
D3D099BE7BF5C87FA53E0AABA5F6375D206C694E7019A581794611E88206819B
206C694E7019A581794611E88206819B1704AD27D47E1D30B571EF721E17F4A4
1704AD27D47E1D30B571EF721E17F4A409EBB634B81E078A7A096AFCF482EDBB

NOME: GIUSEPPE SCLIPPA

CODICE FISCALE: SCLGPP52T31I403U

DATA FIRMA: 28/04/2017 17:13:07

IMPRONTA: 25435C8B426AC01628CB6C8C960D80BBD262D0BA4C98CFD04156345A0536F0D9
D262D0BA4C98CFD04156345A0536F0D9C2C1EE0FC6AA4D3C765FCBCB557883B5
C2C1EE0FC6AA4D3C765FCBCB557883B55E324B2E69ABB47228CB96586435FE79
5E324B2E69ABB47228CB96586435FE79AB9A633026AEFCCF8346C7F020EB197B

NOME: GIORGIO SIMON

CODICE FISCALE: SMNGRG55D25I403Y

DATA FIRMA: 28/04/2017 17:18:46

IMPRONTA: 60C0CEAAAFE226FF476638C5115E67A21696EB0BD615B927E7D63A021C1D88C3
1696EB0BD615B927E7D63A021C1D88C3097C2D8E0DE7FA3E2736525D2EA9AF47
097C2D8E0DE7FA3E2736525D2EA9AF475D3CF1695678C95F4881613067417799
5D3CF1695678C95F4881613067417799567C27EA524ACB99A20F81219B0EA221