



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

azienda per l'assistenza sanitaria

5 Friuli Occidentale

BILANCIO DI ESERCIZIO

ANNO 2017

INDICE

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE DEL 2017

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 2017	Pag.	14
	C1) Linee progettuali	Pag.	14
	C2) Obiettivi del Patto tra Regione e Direttore Generale anno 2016 (approvati con DGR 391/2016)	Pag.	94
	C3) Relazione sulla gestione economico finanziaria	Pag.	101
D)	L'attività del periodo	Pag.	106
	D1) Assistenza ospedaliera:	Pag.	106
	a) Confronto dati di attività degli esercizi 2017 e 2016;		
	b) Obiettivi di attività dell'esercizio 2017 e confronto con il livello programmato		
	D2) Assistenza territoriale:	Pag.	116
	a) Confronto dati di attività degli esercizi 2017 e 2016;		
	b) Obiettivi di attività dell'esercizio 2017 e confronto con il livello programmato		
	D3) Prevenzione:	Pag.	122
	a) Confronto dati di attività degli esercizi 2017 e 2016;		
	b) Obiettivi di attività dell'esercizio 2017 e confronto con il livello programmato		
	D4) Tabella indicatori LEA	Pag.	123
	D5) Tabella tempi d'attesa per gli interventi traccianti	Pag.	125
E)	Politiche del Personale	Pag.	127
	a) Manovra quali-quantitativa del personale;	Pag.	127
	b) Evidenza degli elementi di costo per la valutazione del raggiungimento dell'obiettivo dell'1% al 31.12.2017 attraverso la compilazione della tabella allegata al presente documento ("tabella 1%")	Pag.	132
	c) Incarichi di Struttura Complessa e di Struttura Semplice Dipartimentale e stato attuazione Atto aziendale	Pag.	134
	d) Rapporti di somministrazione	Pag.	135
	e) Prestazioni aggiuntive	Pag.	136
	f) Incremento 1% come tetto massimo del fondo produttività/risultato	Pag.	136
	g) Applicazione D.Lgs. n. 75/2017 e s.m.i. – art.23, c.2	Pag.	137
	h) Risorse aggiuntive regionali	Pag.	137

i)	Tabella del personale di cui alla nota integrativa	Pag. 137
j)	Formazione	Pag. 137
F)	Modalità di riporto a nuovo del risultato di esercizio 2017 e ripiano dei risultati degli esercizi precedenti	Pag. 141
G)	Leggi speciali	Pag. 142
H)	Inventario fisico dei beni	Pag. 144
I)	Investimenti	Pag. 147

ALLEGATI

Allegato 2 tab_personale
Allegato 3 tab_investimenti

DOCUMENTI CONTABILI SANITA'

- a) Stato Patrimoniale
Conto Economico
Rendiconto Finanziario
Nota Integrativa
- b) Prospetti SIOPE
- c) Modello LA 2017
- 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 1/1/2017, in base ai dati ISTAT, ammonta a 312.051 abitanti, e risulta essere in calo rispetto all'anno precedente (312.794 abitanti).

La composizione per età dei residenti al 1/1/2017 risulta essere così strutturata per fasce di età:

Fasce d'età	N.	%
0-14	42.815	13,7
15-64	196.616	63,0
65-w	72.620	23,3
Totale residenti	312.051	100,0

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 2016 in provincia di Pordenone risulta di 81,1 anni nei maschi e di 86,4 anni nelle donne, in ulteriore aumento negli ultimi anni, sia pure con un rallentamento rispetto ai decenni precedenti.

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

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 diminuzione. Si è passati infatti da 3.160 nati nel 2009, pari ad un tasso di 10,2 nati per mille residenti a 2.452 nati nel 2016, pari ad un tasso di 7,8 nati per mille residenti.

Gli indicatori demografici mostrano un aumento delle fasce economicamente non produttive (giovanissimi 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 58,7%. 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 169,6 nel 2017.

Anche in questa provincia, pertanto, si sta affermando uno squilibrio generazionale, con una percentuale di ultra 64enni del 23,3% 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 1.1.2017 la popolazione straniera residente in provincia è di 31.380, in calo rispetto all'anno precedente (32.438).

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 2016 sono morte 3.025 persone residenti in provincia di Pordenone, pari ad un tasso grezzo di mortalità di 9,7 per 1.000 residenti, inferiore rispetto al 2015. 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 cronicodegenerative, patologie che hanno un lungo decorso senza sostanziali prospettive di guarigione e che richiedono un elevato fabbisogno di assistenza.

Il 42% delle donne e il 36% degli uomini dichiara di essere affetta/o da almeno una malattia cronica. Il 24,5% delle donne e il 16,7% degli uomini risultano affetti da almeno 2 patologie croniche.

La percentuale di persone affette da malattie croniche aumenta con l'età e supera il 50% già prima dei 60 anni. Considerando la composizione per età nella provincia di Pordenone si stima che circa 125.000 siano affette da almeno una malattia cronica e circa 67.000 da almeno due patologie.

Tra le malattie croniche più diffuse vi sono inoltre sono l'artrosi e l'artrite che si stima colpiscono in provincia di Pordenone circa 52.000 persone e l'osteoporosi che interessa oltre 24.000 persone. L'ipertensione colpisce circa 57.000 residenti, le malattie cardiache circa 13.000 e la bronchite cronica circa 18.000.

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 21.000 casi prevalenti. Più della metà dei casi di diabete interessa la popolazione con più di 64 anni.

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.

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;
- ospedaliera, che assicurano l'assistenza ai pazienti affetti da patologie a insorgenza acuta e con rilevante compromissione funzionale, nonché la gestione di attività programmabili richiedenti un setting tecnologicamente e organizzativamente complesso.

B) Privati accreditati.

3. Le funzioni di supporto sono assicurate dalle strutture/servizi di Staff della Direzione Strategica nonché dalle strutture/servizi della Direzione Amministrativa e Sanitaria, secondo i rispettivi ambiti di competenza .

4. L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività aziendali.

5. I dipartimenti clinici ospedalieri aggregano le strutture complesse e semplici dipartimentali del Presidio Ospedaliero "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).

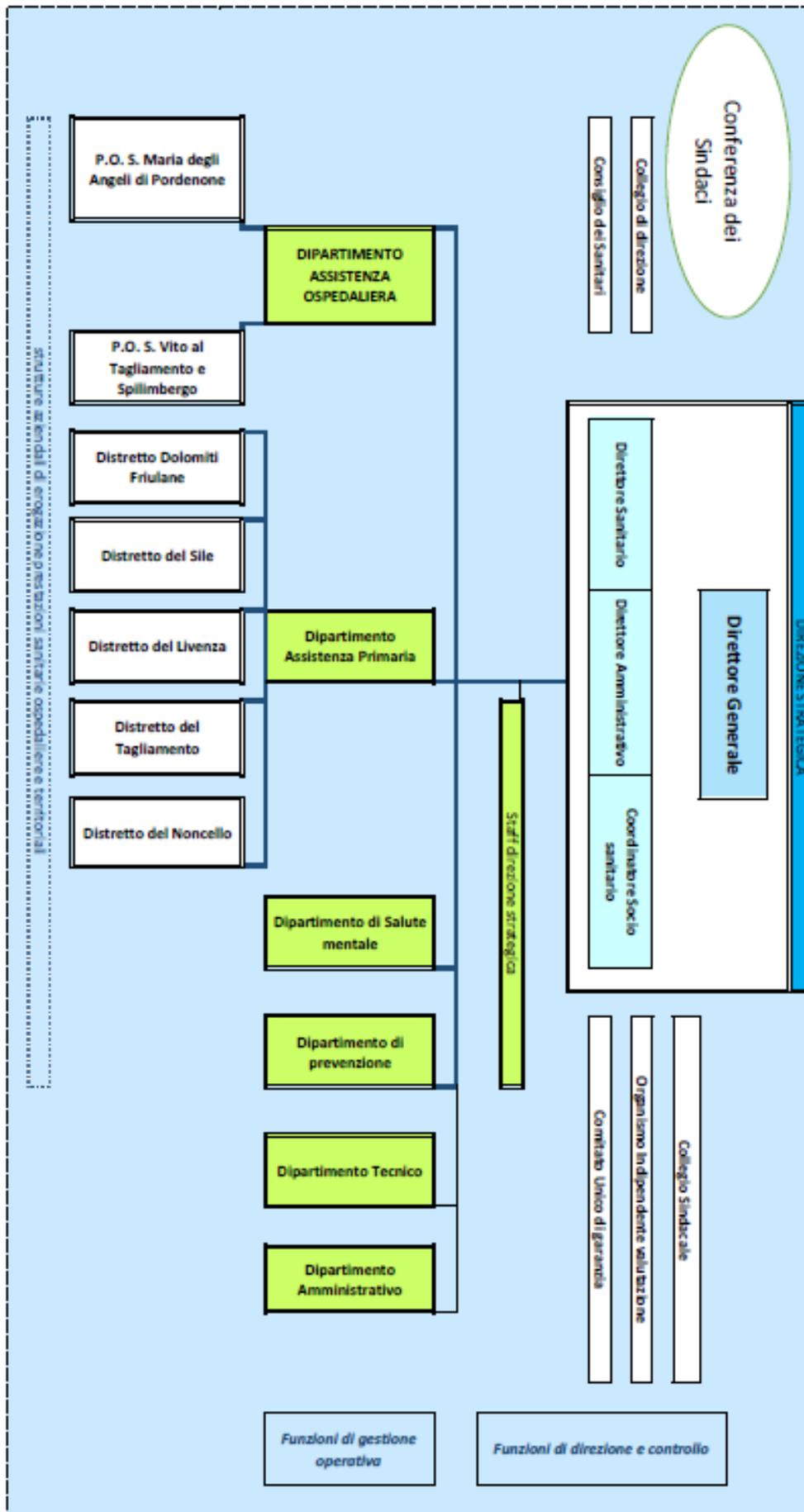
Il Dipartimento Assistenza Primaria Aziendale (DAPA) è articolato in :

- 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 693, quelli convenzionati sono pari a 170 (fonte dati modello HSP 12 e HSP 13 al 1.1.2017).

	Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria	Di cui Pagamento	totale
Ospedale di Pordenone	33	0	410	25	468
Ospedale di San Vito /Spilimbergo	18	0	193	14	225
Totale Presidi a gestione diretta	51	0	603	39	693
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 41 strutture convenzionate (fonte dati modello HSP 12, HSP 13 al 1.1.2017 e STS.11 anno 2017).

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

Per le strutture a gestione diretta:

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
ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE	4			6	11	6			24
AMBULATORIO E LABORATORIO	13	5	3						13
STRUTTURA RESIDENZIALE					10		7	1	18
STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE					3				3
Totale complessivo	17	5	3	6	24	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. E' stata fatta una convenzione con "La Via di Natale" di Aviano.

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						12		1		13
Totale complessivo	2	4	1	2	2	30		1	1	41

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 2017).

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 203 medici di base, che assistono complessivamente una popolazione pari a 272.385 unità, e 35 pediatri, che assistono complessivamente una popolazione pari a 35.786 unità (fonte dati modello FLS 12 anno 2017 – situazione al 31.12.2016).

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 2017

C1) Linee progettuali

3. LE PROGETTUALITA'

3.1.1 ATTO AZIENDALE

Atto aziendale		Risultato al 31.12.2017
Obiettivo aziendale Atto aziendale	Risultato atteso Completamento del percorso attuativo dell'atto aziendale. - Invio entro il 31/10/2017 di una relazione alla Direzione Centrale Salute sullo stato di applicazione del proprio atto aziendale	E' proseguito il percorso attuativo dell'atto aziendale con i seguenti decreti: -n. 545 Dipartimento Tecnico: attivazione S.C. Approvvigionamenti e gestione contratti fornitura beni e servizi. -n.554 Dipartimento Assistenza Primaria Aziendale - attivazione delle seguenti strutture operative territoriali: - Distretto delle Dolomiti Friulane - Distretto del Sile - Distretto del Tagliamento - Distretto del Livenza - Distretto del Noncello -n. 536 seconda Modifica atto aziendale -n. 818 del 30/11/2017 è stata approvata l'ultima modifica dell'atto aziendale. In data 25.10.2017, con prot. n. 75109/DG, è stata inviata la relazione sullo stato di applicazione dell'atto aziendale alla Direzione Centrale Salute.

3.1.2 APPLICAZIONE DELLE DGR 2673/2014, 929/2015 E 2151/2015

Posti letto – assistenza ospedaliera		Risultato al 31.12.2017
Obiettivo aziendale Posti letto	Risultato atteso Entro il 30 giugno 2017 l’Azienda predispone la relazione sullo stato di applicazione della DGR 2673/14, con la previsione di correzione dello scostamento dei posti letto ospedalieri.	E’ stata trasmessa alla DCS con prot. PEC/PROG./54104 del 21.07.2017 la relazione sullo stato di applicazione della DGR 2673/2014 (standard sulla dotazione dei posti letto ospedalieri) e della DGR 929/2015 (attivazione o disattivazione delle funzioni ospedaliere e delle SC o SS anche in coerenza con quanto stabilito dall’Atto aziendale) .
Obiettivo aziendale Funzioni	Risultato atteso Entro il 30 giugno 2017 l’Azienda predispone la relazione sullo stato di applicazione della 929/15, con la previsione di attivazione o disattivazione delle funzioni ospedaliere e delle SC o SS, anche in coerenza con quanto stabilito dall’Atto aziendale.	
Posti letto – assistenza primaria		Risultato al 31.12.2017
Obiettivo aziendale Posti letto	Risultato atteso È avviato il percorso di ridefinizione dei posti letto dell’assistenza primaria (Hospice, SUAP, RSA e riabilitazione estensiva, Presidi ospedalieri per la Salute, Salute mentale, Dipendenze) in coerenza a quanto definito dalla DGR 2673/2014.	Sono regolarmente proseguiti gli incontri tra la Direzione Strategica dell’AAS n° 5 ed il Comune di Roveredo con l’obiettivo di espandere da 24 a 36 i posti letto della locale RSA con l’implementazione di alcuni posti letto di SUAP (Speciali Unità di Accoglienza Permanente) per la cura degli stati vegetativi o di minima coscienza. Pregiudiziale per la realizzazione dell’obiettivo erano gli interventi di adeguamento della struttura alle regole tecniche di prevenzione incendi. Allo scopo è stata stipulata una convenzione tra il Comune di Roveredo e l’Azienda, inviata alla DCS per la necessaria approvazione. Gli interventi per il rispetto delle norme anti-incendio, già sostanzialmente definiti, sono stati oggetto di finanziamento regionale. In data 18/09/2017, nel corso dei lavori del Consiglio Comunale aperto di Sacile, l’Assessore Regionale alla Salute ha annunciato ufficialmente che la Giunta del FVG ha destinato per il Presidio ospedaliero per la Salute di Sacile la somma di 3.600.000 € per la realizzazione del CSM h24 (padiglione S. Camillo) ed il Centro

		Polifunzionale per la Disabilità del Friuli Occidentale (padiglione Villa Agricola). Per l' accreditamento di RSA e Hospice sono state svolte le visite dei valutatori regionali tra il 13-17 novembre 2017
Reumatologia e malattie infettive	Stato di implementazione delle figure professionali previste per la reumatologia e le malattie infettive	E' stato acquisito il secondo infettivologo a PN ed un terzo infettivologo al Presidio di San Vito/Spilimbergo. Per la reumatologia viene garantita l'offerta a Pordenone, San Vito, Spilimbergo e Sacile.

Riorganizzazione (trasferimento/integrazione) delle funzioni con CRO		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Risultato al 31.12.2017
Trasferimento della funzione di ONCOLOGIA	Trasferimento della funzione dal 01.01.17 secondo quanto previsto nell'Accordo quadro in data 30.06.2016 approvato con deliberazione n. 270 in data 09.11.2016.	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. Il trasferimento delle funzioni è stato attuato dal 1.01.2017.
Trasferimento della funzione di CARDIOLOGIA ONCOLOGICA	Trasferimento della funzione dal 01.01.17 secondo quanto previsto nell'Accordo quadro in data 30.06.2016 approvato con deliberazione n. 270 in data 09.11.2016.	La Refertazione condivisa delle indagini PET è in atto. E' attivo il tavolo tecnico dei professionisti coinvolti.
Integrazione della funzione di MEDICINA NUCLEARE	<ul style="list-style-type: none"> - Refertazione condivisa delle indagini PET - Linee guida comuni per indagini di Medicina Nucleare nelle principali indicazioni oncologiche - Definizione di un progetto di sviluppo della medicina nucleare in ambito neurologico 	Sono stati definiti i principali PDTA oncologici in accordo con il CRO che troveranno applicazione nel corso del 2018.
Integrazione della funzione di ANATOMIA PATOLOGICA	<ul style="list-style-type: none"> - Applicare quanto previsto nell'ambito dei PDTAR Definire linee guida comuni di esecuzione e refertazione entro il 2017 	

Linea 3.1.3 Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi		Risultato al 31.12.2017
Obiettivo aziendale EGAS	Risultato atteso - Collaborare alle iniziative intraprese da EGAS in base alle direttive regionali. - Attuare quanto stabilito in Comitato di Indirizzo Egas.	E' assicurata la collaborazione con EGAS.

Linea 3.1.4 Chirurgia e procedure invasive		Risultato al 31.12.2017
Obiettivo aziendale Riorganizzazione dell'attività chirurgica e delle procedure invasive	Risultato atteso Entro il 31 dicembre del 2017 sarà adottato un documento di riorganizzazione dell'attività chirurgica e delle procedure invasive con particolare riferimento alle patologie oncologica del tratto gastro-intestinale e alla patologia urologica, coinvolgendo anche la Casa di Cura San Giorgio	Sono attivati tavoli tecnici interni aziendali per la concentrazione all'ospedale di Pordenone dell'attività chirurgica per patologia oncologica di competenza generalistica. Già in atto la concentrazione chirurgica oncologica all'ospedale di Pordenone in ambito ginecologico e ORL. Sono presenti protocolli d'intesa con la Casa di Cura San Giorgio per l'invio all'ospedale di Pordenone di pazienti con patologie oncologiche urologiche e protocolli d'intesa per l'invio dall'ospedale di Pordenone alla Casa di Cura San Giorgio per patologia urologica benigna.
Concentrazione attività di chirurgia oncologica	L'azienda deve riorganizzare l'attività di chirurgia oncologica relativamente ai seguenti tumori: - esofago: nessun intervento realizzato; -pancreas: nessun intervento realizzato; - ovaio: nessun intervento realizzato; -stomaco: nessun intervento realizzato. Con le strutture private l'azienda deve concordare la sospensione dell'attività al di sotto della soglia minima. Presentazione progetto operativo alla Direzione Centrale Salute entro il 30.6.2017. Avvio riorganizzazione entro il 1.9.2017.	Con nota della DCS n. 8604 del 5.05.2017 le aziende sono invitate, prima di procedere a qualsiasi modifica organizzativa per l'area chirurgica oncologica, di attendere l'approvazione da parte della giunta regionale del documento che verrà elaborato e proposto dal gruppo tecnico della rete oncologica e le scadenze temporali indicate al punto 3.1.4 della DGR 736 del 21/04/2017 potrebbero subire delle modifiche rispetto alla reale fattibilità attuativa del documento programmatico delle attività chirurgiche oncologiche.

Linea 3.1.5 Piano Emergenza urgenza		Risultato al 31.12.2017
Obiettivo aziendale Proseguimento delle attività previste dal Piano dell’Emergenza Urgenza	Risultato atteso <ul style="list-style-type: none"> - Proseguire il percorso di uniformità dei protocolli operativi dei servizi di Pronto soccorso. - Prosecuzione del rinnovo del parco ambulanze. - Ridistribuzione delle distribuzione dei mezzi di soccorso sul territorio - Adeguamento dell’elisuperficie in elevazione al volo notturno del presidio ospedaliero hub di Pordenone. - Avvio dell’eliambulanza notturna 	<ul style="list-style-type: none"> - Con decreto dell’Area dei servizi assistenza ospedaliera n.1044/SPS DEL 2.08.2017 è stato adottato a livello regionale il documento “Attivazione prestazione specialistiche da Pronto Soccorso – istruzioni operative”, in applicazione nei prossimi mesi. - Prosecuzione dell’aggiornamento/ adeguamento del parco ambulanze secondo il piano di investimenti. - Incrementato l’orario del servizio ambulanza di Azzano X dalle 8 – 20 alle 8 – 24 . E’ stata presentata al CREU una ipotesi di revisione della distribuzione territoriale e nello specifico, la direzione aziendale ritiene di meglio governare gli interventi di soccorso territoriale: <ul style="list-style-type: none"> - mantenendo l’ambulanza ALS nella postazione attuale di Sequals (al posto della prevista ricollocazione su Clauzetto/Pradis, che allungherebbe i tempi di intervento in Val Tramontina) - raddoppiando la presenza della automedica nelle 12 ore notturne, con collocazione di 1 mezzo presso il PS di Pordenone e di un altro mezzo presso il PPI di Maniago, a copertura della pedemontana, con contestuale demedicalizzazione dell’ambulanza nelle 12 ore notturne. - Presa in carico delle funzioni ex centrale operativa 118 dopo l’avvio della centrale unica regionale in particolare dei trasporti secondari. - I lavori di adeguamento dell’elisuperficie in elevazione al volo notturno sono terminati con buon esito (certificato di regolare esecuzione approvato). - E’ in fase di attrezzaggio la piazzola della Comina e di Spilimbergo per il volo notturno.

Linea 3.1.6 Geriatria		Risultato al 31.12.2017
<p>Obiettivo aziendale Riorganizzazione dell'attività geriatrica</p>	<p>Risultato atteso Entro il 31 dicembre del 2017 dovrà essere adottato un documento di riorganizzazione dell'attività geriatrica che ridefinisca l'organizzazione ospedaliera e distrettuale per i pazienti grandi anziani (oltre 85 anni).</p> <p>- Collaborazione con la Direzione Centrale Salute per la definizione della riorganizzazione geriatrica</p>	<p>Per programmare l'organizzazione della funzione geriatrica è necessario preliminarmente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Definire il concetto di anziano fragile 2) Acquisire i dati di popolazione stratificati per età e per genere, il numero, la tipologia e la sede dei ricoveri ospedalieri degli ultra 85enni 3) Considerare tutti i setting che caratterizzano il percorso assistenziale dell'anziano fragile (ricovero ospedaliero, degenza residenziale intermedia, domiciliarità e ambulatorio) 4) Declinare i processi che compongono il percorso di integrazione ospedale e territorio (circuiti di continuità assistenziale). <p>Stato di avanzamento:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Sono stati individuati i documenti di riferimento per la definizione dell'anziano fragile (Criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell'assistenza all'anziano, QMS 2010; Criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell'assistenza del paziente complesso, QMS 2013; La fragilità dell'anziano SNLG Regione Toscana, 2015) b. È stato acquisito il progetto "Anziano Fragile", elaborato dai MMG delle 2 AFT (1 e 2) del distretto Dolomiti Friulane nell'ambito dell'Accordo Integrativo Regionale 2016 della Medicina Generale c. Sono stati raccolti i dati di popolazione stratificati per genere, numero, tipologia e sede dei ricoveri ospedalieri degli ultra 85enni nella nostra Azienda (cfr.) d. Sulla scorta dei dati di ricovero, saranno attribuiti al relativo MMG i pazienti ultra 85enni oggetto di almeno 3 ricoveri nel 2016 (mappa della fragilità), che dovranno essere monitorati utilizzando il SW MilleGPG (General Practice Governance). Lo scopo è quello di ridurre l'ospedalizzazione attraverso un approccio proattivo (medicina di iniziativa) e. Sarà proseguito il processo di accreditamento delle strutture residenziali afferenti alla SC Rete delle Cure Intermedie (attivata il 2 maggio 2016) ed alla SSD Rete delle Cure Palliative-Hospice di S. Vito (che saranno oggetto di una prima visita dei valutatori regionali entro il 17 novembre p.v.), formidabile strumento di valorizzazione del setting territoriale,

		<p>pregiudiziale per garantire concretamente la continuità assistenziale</p> <p>f. Sulla scorta dei dati acquisiti, sarà ipotizzata la riconversione di alcuni posti letto di geriatria in area internistica ospedaliera (riorganizzazione dell'offerta geriatrica).</p>
--	--	--

Linea 3.1.7 Medicina di Laboratorio		Risultato al 31.12.2017
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	
Laboratori analisi e Microbiologie e virologia	<p>Completamento del Centro <i>hub</i> nel presidio ospedaliero di Pordenone, dei Laboratori satellite presso la sede di San Vito al Tagliamento, Spilimbergo e l'IRCCS <i>Centro di Riferimento Oncologico</i> di Aviano (limitatamente all'attività di base) e dei Point of care presso i Punti di primo intervento di Maniago e Sacile.</p>	<p>Dal 1 ottobre 2017 è stato attuato il trasferimento della Microbiologia e Virologia dal CRO al presidio ospedaliero di Pordenone (presa d'atto del passaggio di 2 medici e 1 tecnico con decreto n. 609 del 15.09.2017). Pressochè a regime la redistribuzione dell'attività della Patologia Clinica tra Pordenone e CRO secondo le indicazioni delle linee di gestione.</p>

Linea 3.1.8 Oncologia		Risultato al 31.12.2017
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	
Adozione del nuovo Piano Oncologico	<p>Collaborazione con la DCS per la predisposizione del Piano Oncologico.</p> <p>Definizione di una road map aziendale per l'attuazione del Piano.</p>	<p>Viene assicurata la partecipazione ai tavoli tecnici regionali.</p> <p>I responsabili di struttura complessa coinvolti nella stesura del piano regionale stanno preparando un documento di osservazioni al piano in previsione della sua adozione in sede regionale.</p>

Linea 3.1.9 Pediatria ospedaliera		Risultato al 31.12.2017
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	
Riorganizzazione dell'attività pediatrica	<p>Adozione di un documento di riorganizzaione dell'attività pediatrica, che prevederà le seguenti sezioni</p> <ul style="list-style-type: none"> • Emergenze e urgenze pediatriche (intra ed extra ospedaliere) con valutazione dell'appropriatezza dell'accesso al pronto soccorso e delle procedure vigenti • Chirurgia programmata in età pediatrica (vedi punto 3.1.4) • Oncologia e onco-ematologia pediatrica • Rete Cure Palliative pediatriche <p>- Collaborazione ai tavoli finalizzati alla riorganizzazione dell'attività pediatrica</p>	La Pediatria collabora ai tavoli regionali coordinati dall'IRCCS Burlo di Trieste finalizzati alla riorganizzazione dell'attività pediatrica regionale.

Linea 3.1.10 Riabilitazione		Risultato al 31.12.2017
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	
Adozione del nuovo Piano della Riabilitazione	<p>Collaborazione con la DCS per la predisposizione del Piano della Riabilitazione. Definizione di una road map aziendale per l'attuazione del Piano.</p>	Non sono stati organizzati incontri del gruppo tecnico regionale.

Linea 3.1.11 Salute mentale		Risultato al 31.12.2017
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	
Adozione del nuovo Piano della Salute Mentale	<p>Collaborazione con la DCS per la predisposizione del nuovo Piano della Salute Mentale.</p>	I rappresentanti del DSM ai tavoli regionali per la stesura del Piano Regionale Salute Mentale hanno partecipato agli incontri programmati. Il Piano Regionale Salute Mentale è stato approvato con DGR 122 del 25.01.2018.

3.2 PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

Linea 3.2.1 Tutela della salute della donna		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Risultato al 31.12.2017
Consolidare il ruolo dell'ostetrica nel supporto della donna in ogni fascia d'età, anche attraverso l'inserimento della figura all'interno degli istituendi CAP, insieme ai MMG	Ostetrica inserita nel 30% dei CAP istituiti nel 2017	E' stato predisposto un canale preferenziale di accesso al consultorio familiare per le donne, in particolare nelle fasce di età fertile, che accedono ai CAP e che portano un bisogno specifico di tipo ostetrico/ginecologico. Problematico l'inserimento di un ostetrica nei CAP con le attuali risorse.
Strutturare i percorsi della gravidanza fisiologica anche con la prescrizione degli esami diagnostici, e quelli successivi al parto, con il ripristino ed il rafforzamento, dove già esistenti, delle visite domiciliari.	Percorsi della gravidanza fisiologica: procedura definita in collaborazione tra le aziende	In attesa del protocollo regionale per una definizione omogenea dei percorsi della gravidanza fisiologica. I 5 Consultori familiari effettuano già visite domiciliari, in particolare per i casi critici
Nell'ambito dei corsi di preparazione al parto e nei centri nascita veicolare il messaggio dell'importanza della vaccinazione infantile e dell'adozione di stili di vita sani	Evidenza della promozione delle vaccinazioni da parte delle ostetriche e delle assistenti sanitarie nei corsi di accompagnamento al parto e puerperio e nei centri nascita	Nei punti nascita aziendali il messaggio dell'importanza delle vaccinazioni e dell'adozione di stili di vita sani è veicolato dal personale del Dipartimento Materno-Infantile (ostetriche e altro personale sanitario) al momento della dimissione . Presso la Casa di Cura San Giorgio il messaggio dell'importanza delle vaccinazioni è veicolato dal personale del SISP (Servizio Igiene Sanità Pubblica) del Dipartimento di Prevenzione aziendale con incontri a cadenza mensile all'interno del corso di preparazione alla nascita. Attualmente nei 5 Consultori Familiari aziendali è stato realizzato un calendario per gli incontri nel dopo parto-puerperio per la promozione delle vaccinazioni e dell'adozione di stili di vita sani. Il personale dei consultori (ostetriche e altro personale sanitario) collabora attivamente con il personale del DP –SISP (assistenti sanitarie e pediatre)

Linea 3.2.2 Migliorare la salute nei soggetti a rischio MCNT e malati cronici (Programma I PRP)		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Risultato al 31.12.2017
Partecipazione al progetto cardio50	Partecipazione	E' stata garantita la partecipazione al progetto.
Avvio di un progetto di analisi sulla possibilità di attivazione di uno "screening opportunistico" su stili di vita e rischio cardiovascolare globale nelle Aziende sanitarie della Regione, in coordinamento con l'A.I.R. dei MMG	Evidenza di avvio dell'operatività nei distretti	1- Partecipazione al Convegno conclusivo del progetto CCM "Sviluppo delle competenze trasversali degli operatori nel counseling motivazionale per il cambiamento degli stili di vita a rischio con interventi opportunistici di medicina d'iniziativa nei luoghi di lavoro, nei servizi sanitari che promuovono salute e nei contesti di screening oncologici. L'AAS 5 ha collaborato con Federfarma PN, AAS, Provinciale Medici competenti, Università di Udine e CeForMed. 2- E' stata attivata con l'Electrolux di Pordenone il progetto di benessere aziendale ivi compreso l'applicazione di cardio50 non ancora a disposizione della ditta sopra citata.
Avvio a livello aziendale dei gruppi di lavoro per i Percorsi Assistenziali definiti in coerenza con il documento regionale di indirizzo	Evidenza di gruppi di lavoro attivi	Si è veicolata l'informazione attraverso i gruppi legati al CCM.
Prosecuzione della formazione (tutte le aziende)	5 corsi FAD specifici per gruppi omogenei e 5 corsi residenziali (1 per azienda): la partecipazione del personale sanitario, come definito dal PRP ed in percentuale cumulativa con 2016, deve raggiungere almeno il 9%	Avviati ma non conclusi.
Programmare e realizzare a livello locale per la presa in carico precoce dei soggetti con disturbi d'ansia/depressivi		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Risultato al 31.12.2017
Definizione condivisa di un modello per la presa in carico	Applicazione del modello "stepped care" del percorso di cura del paziente depresso	Il modello "stepped care" è stato esplicitato in un documento presentato ai MMG nei corsi di formazione.
Formazione di mmg e pls.	Percorso formativo realizzato	È stato completato il programma formativo sulle MCNT rivolto ai MMG per ogni Distretto della AAS n.5.

Linea 3.2.3 Gli screening oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia (Programma II PRP)		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Risultato al 31.12.2017
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	Cervice uterina=61,6 Mammella=72,3% Colon retto=68,9%
garantire il rispetto degli 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".	Adozione formale di un sistema regionale di verifica dei requisiti dei centri di senologia. Rispetto dei requisiti da parte della Aziende	Sistema di verifica adottato. Check list di autovalutazione inviata alla DCS.
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	<ul style="list-style-type: none"> - lettura del primo livello e gestione del percorso di approfondimento diagnostico da parte di radiologi certificati - centro regionale unico di lettura per lo screening mammografico 	<ul style="list-style-type: none"> - i radiologi certificati svolgono sia la lettura del test mammografico sia gli approfondimenti di secondo livello - la responsabile aziendale dei programmi di screening ha collaborato con la DCS e con l'EGAS per le valutazioni preliminari all'avvio di un centro unico funzionale di lettura per lo screening mammografico.
garantire la tempestiva refertazione dello screening mammografico e ridurre i richiami intermedi (early recall) dopo approfondimento	<ul style="list-style-type: none"> - >90% esami negativi di primo livello refertato entro 15 giorni - percentuale di early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso"/totale dei casi chiusi dall'unità senologica inferiore al 10% 	Centro lettura AAS5: 99,8% degli esami negativi refertati entro 15 gg Early recall dopo approfondimento: Pordenone=3,1% S. Vito=2,1%
garantire il rispetto dei requisiti definiti dalla regione per i centri di secondo livello per il programma di screening per la cervice uterina	Adozione formale di un sistema regionale di verifica dei requisiti dei centri di secondo livello. Rispetto dei requisiti da parte della aziende	Sistema di verifica adottato. Check list di autovalutazione inviata alla DCS.
garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica per gli esami di 2° livello di screening	Percentuale di compilazione dei campi fondamentali >=95%	Pordenone 96,1% S. Vito 84,5% Spilimbergo 3,1%
mantenere aggiornate, tramite i distretti, le anagrafi sanitarie verificando assistiti in base ai dati del monitoraggio delle lettere inesitate fatti pervenire dalla Direzione Centrale Salute.	Anagrafe sanitaria aggiornata	E' proseguita l'attività già in essere con i distretti per il mantenimento delle anagrafi sanitarie aggiornate

Linea 3.2.4 Gli screening neonatali (Programma III PRP)		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Risultato al 31.12.2017
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Partecipare ai lavori (coordinati dal IRCCS Burlo) finalizzati all'adozione formale di una procedura regionale per lo screening neonatale audiologico e per lo screening neonatale oftalmologico.</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Garantire la partecipazione ai lavori</p> <p>Adozione formale in ogni punto nascita delle procedure di screening neonatale audiologico e oftalmologico</p>	<p>E' stata garantita la partecipazione ai lavori</p> <p>Adesione attiva al protocollo regionale per l'esecuzione dello screening neonatale audiologico</p> <p>Coro di formazione per screening neonatale oftalmologico.</p>
<p>Assicurare da parte di tutti i punti nascita la regolare comunicazione IRCCS Burlo della rilevazione del TSH neonatale.</p>	<p>Report di monitoraggio del programma regionale</p> <p>Formale adozione della procedura in tutti i punti nascita</p>	<p>E' stata garantita la comunicazione dei valori di TSH compatibili con ipotiroidismo all'IRCCS Burlo.</p>
<p>Programma di identificazione precoce della fibrosi cistica e dei neonati con emoglobinopatie</p>	<p>Partecipazione al programma di identificazione precoce della fibrosi cistica e dei neonati con emoglobinopatie</p> <p>Formale adozione della procedura in tutti i punti nascita</p>	<p>Viene garantita la partecipazione al programma regionale che in questo momento ha un'adesione spontaneistica per quanto riguarda le emoglobinopatie e non è ancora stato attivato per quanto riguarda la fibrosi cistica.</p>

Linea 3.2.5 Salute e sicurezza nelle scuole e benessere dei giovani (Programma III PRP)		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Risultato al 31.12.2017
Le aziende sanitarie collaborano e sostengono percorsi ed azioni coerenti a diffondere in tutta la Regione il modello di Scuola che promuove la salute, che ha lo scopo di migliorare il successo scolastico e facilitare l'azione in favore della salute.	Almeno il 20% delle 167 scuole della Regione dovranno esser raggiunte dalla proposta di aderire alla rete Scuole che promuovono salute (SHE).	L'obiettivo di raggiungere almeno 9 scuole del territorio dell'AAS5 con la proposta di aderire alla rete di Scuole che Promuovono Salute è stato raggiunto e superato. Nello specifico l'accordo dell'AAS5 è stato proposto e promosso a tutte le scuole de territorio di competenza. Al 31.12.2017 hanno aderito 24 istituti su 42
Presentazione e avvio, da parte di tutte le aziende sanitarie, di una progettualità, con il finanziamento dedicato, di per education nelle scuole della regione. Continua la diffusione e implementazione dei progetti riconducibili alle buone pratiche, quali modello What's up, Unplugged, peer education ecc	Aderiscono alla progettazione almeno il 45% delle scuole della regione (almeno 60 scuole raggiunte).	Nel territorio dell'AAS5 la progettualità di peer education denominata "Psicoattivo" con finanziamento dedicato è stata avviata in 5 scuole secondarie di 2° grado. Continua la diffusione di altri progetti di Peer education e di buone pratiche: Unplugged (16 scuole), Merenda Sana (19 istituti comprensivi) Tenendo conto dell'adesione a più progettualità da parte di una stessa scuola, in totale sono state interessate alle buone pratiche proposte dall'AAS5 31 scuole tra I.C. e Istituti Superiori
AAS 5: coordina 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	Report alla DCS	Una prima riunione a livello di DCS è stata fatta in data 18 maggio 2017 e nel corso della riunione sono state analizzate le difficoltà di rapporto con l'Ufficio scolastico Regionale. Da tale data nonostante ripetuti solleciti, anche condizionati dal ripetuto cambio al vertice dell'Ufficio scolastico regionale non vi sono stati riscontri.

Linea 3.2.6 Prevenzione delle dipendenze (Programma IV PRP)		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Risultato al 31.12.2017
Creare un Gruppo di formatori per i docenti delle scuole primarie e secondarie sulle life skills come strumento di prevenzione anche delle dipendenze, attraverso l'organizzazione di un Workshop regionale teorico-pratico	1 workshop formativo Regionale almeno 1 workshop di "trasferimento LS contesto scuola" per azienda almeno 4 operatori formati per Azienda (Prevenzione, Dipendenze e altre strutture interessate)	-Il workshop regionale si è tenuto a Udine il 29 e 30 maggio, 5 e 6 giugno: "Interventi nelle scuole un percorso formativo sulla promozione delle life skills". Hanno partecipato 6 operatori appartenenti al Dipartimento di Prevenzione, Consultori familiari, Dipartimento delle Dipendenze (Giordari Jessica, Pilan Stefania, Santarossa Veronique, Moro Marina, Pozzi Marta, Giacomini Tamara). - Nel corso del 2017 si sono tenuti 4 corsi di formazione con "trasferimento LS contesto scuola" tramite il progetto Unplugged con la formazione di 58 insegnanti.
Formare gli Assistenti sociali degli ambiti territoriali per diffondere gli strumenti di identificazione precoce delle persone vulnerabili al gioco d'azzardo patologico	Almeno 1 corso per Assistenti sociali degli ambiti su ogni territorio Aziendale;	L'incontro formativo si è svolto in data 22.11.2017.

Linea 3.2.7 Promozione dell'attività fisica (Programma V PRP)		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Risultato al 31.12.2017
Avvio di un progetto di attività fisica rivolto alla popolazione adulta da realizzare con il finanziamento dedicato	Presentazione del progetto alla DC e avvio realizzazione	Il finanziamento dedicato è stato assegnato tramite bando pubblico a 4 associazioni del territorio locale, che stanno attuando iniziative di promozione dell'attività motoria negli adulti.
Realizzazione progetti di promozione attività fisica adattata Favorire lo sviluppo di attività di promozione della salute attraverso iniziative volte a incrementare corretti stili di vita, in particolare l'attività fisica (gruppi di cammino, ecc.) e la corretta alimentazione	Almeno 2 iniziative/progetti	Il progetto AFA sta proseguendo nel Distretto del Livenza (5 corsi attivi a Sacile). Sono stati costituiti 3 centri di coordinamento AFA nei distretti del Noncello, del Sile e delle Dolomiti Friulane, che hanno attivato corsi in collaborazione con strutture esterne (3 a Pordenone, 2 ad Azzano X, 1 a Fiume Veneto, 1 a Maniago e 1 a Spilimbergo).
Diffusione del catalogo aziendale delle offerte e opportunità di attività fisica presenti sul territorio e aggiornamento dello stesso	Catalogo aziendale pubblicato sul sito aziendale e aggiornato	Publicata la prima versione del catalogo sul sito aziendale http://www.ass6.sanita.fvg.it/it/chi_siamo/_docs/organigramma/struttura-dettaglio.html?path=/dir_sanitaria/dip_prevenzione/SC_ambienti_vita/SS_igiene_sanita_publica/prevenzione_promozione_salute/struttura.html&content=0&extracontent=promozione_salute.html

Linea 3.2.8 Prevenzione degli incidenti stradali (Programma VI PRP)		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Risultato al 31.12.2017
Sensibilizzare alla prevenzione degli incidenti stradali	Iniziative di comunicazione e informazione alla popolazione	<p>Nell'ambito delle attività formative realizzate in forma integrata ai sensi dell'articolo 20 della legge regionale 9/2009, la Scuola per la polizia locale del Friuli Venezia Giulia, in collaborazione con la Direzione centrale salute, integrazione socio-sanitaria, politiche sociali e famiglia, ha organizzato una giornata di studio per trattare il tema "L'EDUCAZIONE STRADALE: LE VARIABILI IN GIOCO - SALUTE, CERVELLO, SOSTANZE, RISCHI", rivolta alla Polizia Locale e alle Forze di Polizia dello Stato e aperta anche agli operatori degli Enti che sono interessati alle tematiche trattate.</p> <p>Due eventi realizzati:</p> <ul style="list-style-type: none"> -16 ottobre 2017 a UDINE presso la sede Azienda sanitaria di Via Pozzuolo 330 Aula formazione – Palazzina 21 -25 ottobre 2017 PORDENONE c/o Auditorium Regionale – Via Roma 2
Adottare le raccomandazioni regionali per l'invio ad approfondimento neuropsicologico dell'idoneità alla guida	Raccomandazioni adottate e accertamenti eseguiti	<p>La Commissione Medica Locale Patenti ha adottato le raccomandazioni previste dalla delibera della Giunta Regionale FVG n. 2187 del 18/11/2016 recante "raccomandazioni per l'invio ad approfondimento neuropsicologico dell'idoneità alla guida comprensivo di valutazione psicodiagnostica".</p> <p>Nel corso dell'anno 2017 la CMLP ha richiesto 110 valutazioni neuropsicologiche tramite VTS nei confronti di cittadini residenti nell'area vasta pordenonese. Documentazione visibile in linea</p> <p>Y:\DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE\Medicina Legale\Patenti\VIENNA TEST</p>

Linea 3.2.9 Prevenzione degli incidenti domestici (Programma VII PRP)		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Risultato al 31.12.2017
Continuare nell'attività di sensibilizzazione della popolazione nella prevenzione degli incidenti domestici	Report congiunto di monitoraggio relativo alle attività previste dal Programma VII PRP inviato alla DCS	L'attività è stata svolta in linea con la programmazione e con gli obiettivi regionali. La referente regionale ha steso il report congiunto delle attività.
Proseguire la rilevazione attraverso la check-list dei rischi nelle abitazioni con analisi dei risultati	Almeno 50 abitazioni valutate	L'attività è stata svolta in linea con la programmazione: nel 2017 sono state raccolte 50 check list e inviate all'AAS1 per la creazione di un database regionale, insieme alle 20 raccolte nel 2016.
Formazione operatori sanitari e dell'assistenza, con particolare riferimento al personale di assistenza dell'anziano	Almeno 1 evento	Realizzato un convegno regionale in data 7 giugno 2017 aperto a tutte le professioni sanitarie (74 partecipanti) e due edizioni per la formazione degli operatori ADI e PUA dell'AAS 5 in data 4-5 aprile e 17-18 ottobre, per un totale di 42 persone formate.

Linea 3.2.10 Miglioramento della qualità nelle attività del dipartimento di prevenzione con particolare riferimento alle attività di vigilanza e controllo (Programma VIII PRP)		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Risultato al 31.12.2017
SPSAL: partecipare ad azioni di verifica della omogeneità dell'applicazione in ambito regionale delle procedure di vigilanza in edilizia e prosecuzione della diffusione delle stesse ai portatori di interesse	Partecipazione ai lavori del GRE Report elaborato da parte del GRE sulla omogeneità dell'applicazione delle procedure di vigilanza in edilizia in regione. Realizzazione di almeno un incontro provinciale con i portatori di interesse sulle problematiche connesse all'applicazione delle norme poste a tutela del lavoro in edilizia	E' stata garantita la partecipazione al Gruppo Regionale Edilizia (verbali delle riunioni disponibili). E' stato elaborato il report. Il 20 Aprile 2017 è stato realizzato un incontro provinciale dedicato a "La sicurezza in copertura L.R. 24/2015 – Dalla valutazione del rischio architettonico alle alternative alle linee vita" insieme agli Ordini Professionali operanti nel comparto.
SPSAL: partecipare ad azioni di verifica della omogeneità dell'applicazione in ambito regionale delle procedure di vigilanza in agricoltura e prosecuzione della diffusione delle stesse ai portatori di interesse	Partecipazione ai lavori del GRA Report elaborato da parte del GRA sulla omogeneità dell'applicazione delle procedure di vigilanza in agricoltura in regione. Realizzazione di almeno un incontro provinciale con i portatori di interesse sulle problematiche connesse all'applicazione delle norme poste a tutela del lavoro in agricoltura	E' stata garantita la partecipazione al Gruppo Regionale Agricoltura Il 12 dicembre 2017 è stato realizzato un incontro provinciale dedicato a "Salute e Sicurezza in agricoltura" presso il Comune di Fontanafredda con valenza UTI.
Partecipare ai lavori di stesura di linee guida regionali sulla prevenzione di rischi infettivi nelle attività correlate alle pratiche estetiche e di protocolli operativi sulla uniformità dei controlli	Proposta di linee guida regionali	La partecipazione ai lavori del Gruppo regionale è stato garantito che ha prodotto le Linee guida regionali per eseguire i controlli. Inoltre si è provveduto ad eseguire 5 controlli su attività in provincia di Pordenone per testare le linee guida.
SIAN/VET: partecipare alla formazione degli auditor e al programma di mantenimento della qualifica	Almeno 36 auditor ufficiali formati (regionale complessivo)	Dal 9 al 13 gennaio 2017, in collaborazione con l'Istituto Zooprofilattico delle Venezie, in Regione FVG si è svolto il corso accreditato "L'audit interno nell'ambito dei sistemi regionali di prevenzione in sicurezza degli alimenti e sanità pubblica veterinaria in base al Regolamento CE 882/2004". Con Decreto n. 2008/SPS 22/12/2017 la regione certifica il raggiungimento dell'obiettivo con la pubblicazione nel BUR dell'elenco aggiornato degli Auditor regionali compresi i 14 auditor dell'AAS5.

SPSAL: realizzare un programma di audit mirato alle aziende dei comparti agricolo ed edile con il coinvolgimento dei comitati paritetici e bilaterali	Operatori formati secondo le indicazioni del PRP, Scheda di audit realizzata, Programma di audit realizzato	E' stato realizzato il primo corso di formazione per SCAL a cui hanno partecipato nostri operatori. Il gruppo di lavoro regionale non ha ancora definito le modalità, le schede e i programmi di audit.
Partecipare alla revisione della lista dei controlli sulle imprese e alla diffusione del documento ai portatori di interesse	Partecipazione al Gruppo regionale che provvederà alla revisione ed integrazione della Lista regionale dei controlli sulle imprese disponibile sul sito aziendale	Personale della struttura ha partecipato attivamente alla revisione di alcuni processi collegati all'attività di vigilanza eni luoghi di lavoro attraverso la partecipazione al progetto Prodotti Finiti.

Linea 3.2.11 Migliorare la salute e la sicurezza nei comparti a maggior rischio (Programma IX PRP)		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Risultato al 31.12.2017
Mantenere un'adeguata vigilanza nei settori edile e agricolo secondo i parametri definiti a livello nazionale	5% delle aziende vigilate. · Agricoltura mantenimento dell'attività di vigilanza dell'anno precedente 90 aziende agricole a livello regionale · Edilizia vigilare un numero di cantieri pari al 12% dei cantieri notificati nell'anno precedente (Report di attività alla DCS)	Sono state sottoposte a vigilanza 34 aziende agricole. Sono stati ispezionati oltre 200 cantieri. Come ogni anno , è stato garantito il report annuale per l'attività.
Realizzare almeno un incontro informativo/formativo rivolto ai soggetti della prevenzione operanti nel settore edile e agricolo	Report di attività alla DCS con descrizione evento formativo, numero di operatori formati suddivisi per categoria	Sono stati realizzati diversi incontri informativi/ formativi illustrati nella comunicazione effettuata alla Direzione Centrale Salute il 29/01/2018 con n.Prot.6888/P.

Linea n 3.2.12 Emersione e prevenzione delle malattie professionali in Friuli Venezia Giulia e promozione della salute nei luoghi di lavoro (Programma X PRP)

Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Risultato al 31.12.2017
<p>Realizzare in modo coordinato, 2 corsi accreditati o 2 iniziative di sensibilizzazione, finalizzati ad una maggiore conoscenza della corretta valutazione dei rischi, al reinserimento dei soggetti patologici e all'appropriatezza e qualità delle segnalazioni di malattia professionale.</p>	<p>2 corsi accreditati o 2 iniziative di sensibilizzazione a livello regionale (1 a Pordenone)</p>	<p>Sono stati realizzati dei brevi filmati per contrastare le cause culturali, sociali od organizzative che generano e favoriscono varie condizioni di rischio nei luoghi di lavoro e sono interpretati da Ramiro Besa ed Andrea Appi comunemente conosciuti come "i Papu". Alcuni di questi filmati sono specificamente finalizzati ad una maggiore conoscenza dei rischi causa di malattie professionali.</p> <p>Il giorno 08/06/2017 presso il CRO di Aviano è stato realizzato un evento accreditato ECM su "Aggiornamento sulla corretta redazione delle certificazioni INPS ed INAIL (malattie professionali e infortuni sul lavoro) alla luce della nuova normativa"</p> <p>Il giorno 16/11/2017 presso l'Unione Industriali di Pordenone è stato realizzato un corso di valenza regionale da titolo "Sovraccarico biomeccanico degli arti superiori".</p>
<p>Partecipare all'avvio dell'applicazione del metodo OCCAM (pag.90 PRP)</p>	<p>Analisi OCCAM su una neoplasia professionale</p>	<p>Il gruppo regionale cancerogeni ha elaborato il progetto di fattibilità per l'analisi secondo OCCAM per una o più neoplasie di origine professionale. Localmente sono stati analizzati i casi di neoplasia renale e vescicale relativi rispettivamente al comparto metalmeccanica e trasporti.</p>
<p>Proseguire in ogni azienda il programma integrato di promozione della salute dei dipendenti, che coinvolge i medici competenti, per la declinazione operativa delle azioni dell'obiettivo specifico "Progetto pilota per un programma integrato di salute e benessere dei dipendenti pubblici..." del PRP. Realizzazione di un progetto sullo stress lavoro correlato</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Report sui lavoratori a rischio cardiovascolare globale - Offerta di percorsi per smettere di fumare - Entro dicembre 2017 realizzato il progetto sullo stress lavoro correlato 	<ul style="list-style-type: none"> - Avviato il report cardiovascolare - E' stata proposta l'offerta dei percorsi per smettere di fumare. - Realizzato corso per RLS a novembre sullo stress lavoro correlato.

Linea n 3.2.13 Miglioramento dei sistemi informativi e di sorveglianza (Programma XI PRP)		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Risultato al 31.12.2017
Alimentare le banche dati Informo e Malprof e coordinarsi per la stesura di un report regionale	Report congiunto di attività inviato alla DCS	Il report per Mal Prof è stato garantito con nota n.prot.55833 del 31/07/2017. Il 30/11/2017 e il 28/12/2017 il referente del gruppo Informo dell'AsuiUD ha spedito i report dell'attività svolta.
Sviluppo di sistemi informativi rivolta alla dematerializzazione delle comunicazioni obbligatorie	a) Informatizzazione delle notifiche ex art.250 e 256 del D.Lgs. 81/08 b) Avvio delle procedure per l'informatizzazione delle notifiche ex art.99 del D.Lgs 81/08	L'attività di cui alle delle notifiche ex art.250 e 256 del D.Lgs. 81/08 è stata avviata.
Inviare i dati di attività dei servizi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro delle aziende alla regione per trasmissione al comitato interregionale di coordinamento	Dati inviati alla DCS	I dati sono stati regolarmente inviati alla DCS.
Monitorare le verifiche periodiche delle attrezzature di lavoro con inserimento dei dati in apposito database	il 50% delle verifiche effettuate da ogni azienda sanitaria è inserito a data base	E' stato realizzato un foglio excel interno all'azienda con le attività svolte dall'ufficio Verifiche periodiche.

Linea n 3.2.14 Ambiente e salute, facilitare una migliore qualità dell'ambiente e del territorio, secondo il modello della salute in tutte le politiche (Programma XII PRP)		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Risultato al 31.12.2017
Stesura delle linee di indirizzo regionali sulla VIS (Valutazione di impatto sulla salute per la Pubblica Amministrazione) secondo i contenuti delle "Linee Guida VIS - Tools 4 HIA" attraverso la partecipazione al tavolo tecnico VIS	Adozione linee di indirizzo regionali di VIS	Con una comunicazione, del 21/12/2017, del referente regionale sono state inviate alla DCS le linee di indirizzo VIS elaborate dal gruppo regionale. Le linee di indirizzo sono quindi adottate dalla nostra azienda sanitarie che sta proseguendo con la valutazione di progetto sul territorio (vedi Maschio Gaspardo Morsano). I referenti regionali hanno partecipato al procedimento di VIS per valutare gli effetti della tangenziale SUD di Udine, i lavori si sono conclusi nei primi mesi del 2018.
Partecipazione attiva al "Gruppo Tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali " di cui al Decreto n°630/SPS del 12.08.15 finalizzato alla valutazione delle ricadute sulla salute connesse ai determinanti ambientali, comportamentali e sociali;	Evidenza di partecipazione al "Gruppo Tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali "	E' stata garantita la partecipazione da parte del direttore del Dipartimento di Prevenzione.
Il monitoraggio straordinario delle acque destinate al consumo umano, per le aziende nei cui territorio sono state rilevate criticità	Report sui risultati del monitoraggio	Primo incontro realizzato ad aprile con le AAS e ARPA per condividere le linee del progetto regionale e sono stati effettuati i campionamenti di monitoraggio.
Promozione della sostenibilità e della eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, in relazione al rischio radon anche attraverso iniziative di formazione;	1 corso realizzato a livello regionale per professionisti	Il 13 dicembre 2017 a Palmanova si è svolto l'evento formativo accreditato anche per gli ingegneri.
Promozione del corretto uso della telefonia cellulare attraverso la programmazione di eventi formativi nelle scuole.	Realizzare la formazione in almeno il 50% degli istituti comprensivi	La DCS ha rimandato questa linea di lavoro al 2019 (vedi PRP aggiornato).

Linea n 3.2.14 Ambiente e salute, facilitare una migliore qualità dell'ambiente e del territorio, secondo il modello della salute in tutte le politiche (Programma XII PRP)		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Risultato al 31.12.2017
<p>1. Raccogliere i dati relativi ai mesoteliomi degli ex esposti e inviare al COR assicurando la trasmissione delle schede ReNaM</p> <p>2. trasmettere i dati sui soggetti attualmente esposti al CRUA e alla DCS secondo le relazioni annuali compilate dalle ditte di bonifica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - dati inviati al COR - schede ReNaM trasmesse - i dati sui soggetti attualmente esposti trasmessi al CRUA e alla DCS 	<p>L'attività per COR con trasmissione delle schede Renam viene aggiornata in tempo reale</p> <p>I dati relativi agli esposti sono stati trasmessi alla DCS che poi li tramette al CRUA.</p>
<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,</p>	<p>almeno 1 controllo</p>	<p>Attività svolta regolarmente e inserita nella banca dati Me.La</p>
<p>Realizzare un evento formativo regionale per le imprese e RSPP del settore del legno arredo mirato alla sensibilizzazione degli "end user", anche produttori di articoli, sugli obblighi che fanno loro capo in materia di REACH</p>	<p>1 evento formativo</p>	<p>Evento formativo ECM accreditato: AAS2_17157 "REACH_LEGNO - L'applicazione dei regolamenti REACH e CLP nel settore legno-arredo" svolto a UDINE in data 7 novembre 2017.</p>

Linea n 3.2.15 - Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive (Programma XIII PRP)		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Risultato al 31.12.2017
Adottare e applicare le Linee guida regionali per il controllo della tubercolosi e realizzare la formazione degli operatori	<ul style="list-style-type: none"> - Assicurare la partecipazione ad un evento regionale - 1 iniziativa formativa/informativa in ogni Azienda 	<p>Durante il 2017 la regione non ha organizzato alcun evento formativo regionale specifico di presentazione delle nuove Linee Guida per la prevenzione della TBC .</p> <p>In AAS5 agli operatori degli ambulatori vaccinali in data 19 settembre (il personale del comparto) e in data 14 novembre(il personale medico) sono state presentate le nuove linee guida per la prevenzione della TBC .</p>
Garantire l'offerta attiva e gratuita del test HIV, anche in forma anonima, anche ad utenti in trattamento per problemi alcol correlati.	Report aziendale	<p>Continua l'offerta gratuita del test HIV, in forma anonima presso l'ambulatorio di Torre di Pordenone , nel corso del 2017 sono stati eseguiti 82 test HIV.</p>
Assicurare il proseguimento delle campagne vaccinali già avviate	Miglioramento delle coperture vaccinali come da tabella LEA	<p><u>Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base = 92%</u> (difterite 92,2% tetano 92,3% epatite B 91,9% poliomielite 92,2% haemophilus influenzae B 91,8% pertosse 92,2%) MPR = 89%</p> <p>Meningo B coorte 2015 1 dose =78,2%</p> <p>Meningo B nel 1° anno di vita = 86,2% (prima dose nei nati del 2016)</p> <p><u>Copertura vaccinale dei nati 2015 vaccinati oltre il 24* mese al 31.12.2017=</u> difterite 92,7% tetano 92,9% epatite B 92,4% poliomielite 92,7% haemophilus influenzae B 92,2% pertosse 92,7% MPR = 91,2%</p> <p>Influenza nell'anziano = 59,3% dato aggiornato al 01.04.2018</p>
<p>Adeguare la progressione dell'offerta vaccinale al nuovo PNPV attraverso la</p> <ul style="list-style-type: none"> – Formazione – Revisione organizzativa – Attività di comunicazione per operatori (MMG, PLS) e utenti 	<ul style="list-style-type: none"> - Un corso di formazione sul campo in materia di vaccinazioni in ogni Azienda Sanitaria - Formazione degli operatori dei servizi vaccinali al counselling prevaccinale - offerta attiva garantita per meningococco B 	<p>Durante il 2017 sono state realizzate due FSC per gli operatori degli ambulatori vaccinali. Il personale del comparto si è riunito per 6 volte affrontando tematiche relative a "Counselling vaccinale per la prevenzione delle malattie infettive e la promozione della salute". Anche il personale medico si è riunito 6 volte affrontando temi relativi a "La prevenzione delle</p>

Linea n 3.2.15 - Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive (Programma XIII PRP)		
Sviluppare un progetto in collaborazione con la PLS per la promozione delle vaccinazioni.	<ul style="list-style-type: none"> - offerta garantita (non attiva) per rotavirus - offerta garantita (non attiva) per herpes zoster (ai 65enni) - evidenza di iniziative di comunicazione 	<p>malattie infettive ed il counselling in ambito vaccinale”.</p> <p>La vaccinazione per meningococco B è garantita.</p> <p>La vaccinazione contro il rotavirus e l’Herpes Zoster viene garantita ma non in forma attiva.</p> <p>Sono stati svolti una serie di incontri in ogni distretto con PLS e con la popolazione per la promozione delle vaccinazioni , 15 incontri con la popolazione (Taiedo di Chions, Visinale di Pasiano di Pordenone, San Vito al Tagliamento, S. Quirino, Cimolais, Morsano al Tagliamento, Fiume Veneto, Aviano, Sacile, Grizzo di Montereale Valcellina, Pordenone Università della Terza Età, Roveredo in Piano, Sesto al Reghena, Maniago, Pordenone Associazione Industriali)</p> <p>Si continua a inserire nel report regionale le reazioni avverse alle vaccinazioni.</p>
Assicurare procedure uniformi per la gestione dei soggetti inadempienti/esitanti alla vaccinazione	- Adozione formale di protocollo regionale	-L’azienda ha adottato il protocollo regionale; effettuata la revisione della procedura aziendale in base alla legge 119/2017.
Offerta vaccinazioni in categorie a rischio	definiti i protocolli aziendali in applicazione ai protocolli regionali	Offerta vaccinazioni in categorie a rischio inviati dagli specialisti in base ai loro protocolli.
Avvio di un processo di accreditamento dei servizi vaccinali	evidenza di avvio del processo	Obiettivo da realizzare il prossimo anno.
Garantire la rilevazione delle reazioni avverse a vaccino	Report aziendale inviato alla DCS	Si continua a inserire nel report regionale le reazioni avverse alle vaccinazioni.
Tutti gli ospedali partecipano ai programmi di sorveglianza delle ICA, con evidenza di monitoraggio degli indicatori regionali.	indicatori regionali monitorati	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.	PPS effettuata	Eseguita PPS con raccolta di dati inerenti ICA in ottobre.
Effettuare in tutti gli ospedali per acuti la Point Prevalence Survey sul consumo degli antibiotici.	Report aziendale sul consumo di antibiotici	Eseguita PPS con raccolta di dati sul consumo di antibiotici in ottobre.

Linea n 3.2.15 - Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive (Programma XIII PRP)		
Formazione degli operatori sull'uso appropriato degli antibiotici in ospedale e nelle strutture residenziali per anziani	Almeno 1 iniziativa di formazione	Eseguito c/o AAS 5 in data 20 novembre 2017 corso su appropriato uso di antibiotici dedicato a MMG.
Formazione degli operatori sull'uso appropriato degli antibiotici negli allevamenti industriali	1 evento	Il corso si è svolto il 16 giugno 2017 presso IZSVE di Pordenone.

Linea n 3.2.16 - Comunicazione del rischio e gestione delle emergenze (Programma XIV PRP)		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Risultato al 31.12.2017
Applicare il protocollo regionale sull'assistenza sanitaria alle persone migranti ed inviare settimanalmente i dati di attività	Report mensile	Viene inviato il report alla DCS con cadenza mensile. Durante il 2017 il 100% dei profughi ha eseguito i controlli preventivi per le malattie diffuse (873 profughi richiedenti asilo). L'azienda ha provveduto ad effettuare una vigilanza presso le 12 strutture provinciali di accoglienza, con capienza o presenze totali superiori o uguali alle 15 unità, per valutare le condizioni igienico sanitarie.
Realizzare in modo coordinato tra le aziende sanitarie almeno un intervento formativo/informativo per la sensibilizzazione di gruppi specifici (tatuatori, estetisti, piercers..) sui problemi correlati alle malattie trasmissibili	1 intervento formativo/informativo	L'azienda ha provveduto a effettuare n. 6 vigilanze su tutuatori, estetisti e piercers. E' stato realizzato in data 11 dicembre 2017 a Udine un incontro per illustrare le linee guida sviluppate dalla regione su queste tematiche agli operatori e portatori d'interesse (tatuatori, estetisti, piercers..)
Garantire la formazione dei propri operatori sull'antimicrobial stewardship	In ogni azienda almeno il 25% di medici prescrittori formati	Eseguito tra novembre-dicembre corso su appropriato uso di antibiotici in area critica (emergenza-urgenza) che si è aggiunto alla esecuzione di 4 corsi sull'AMS eseguiti nel 2016.
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	Report inviato in formato elettronico a tutti gli operatori sanitari coinvolti in prescrizione e somministrazione di farmaci. Eseguito incontro multidisciplinare (microbiologo—farmacista-infettivologo-igienista) per presentazione e discussione dati epidemiologici e di consumo di Atb-tx in data 22/05 (presidio ospedaliero PN) e 31/05 (presidio ospedaliero S. Vito).
In applicazione del Piano generale regionale di risposta alle emergenze, definire e formalizzare l'unità di crisi aziendale	Unità di crisi aziendale formalizzata	Con la DGR n. 908 del 18/05/2017 sono state fornite le indicazioni sulle funzioni e sulla composizione dei gruppi aziendali per le emergenze infettive. Con decreto del Direttore Generale n. 745 del 7/11/2017 è stato istituito il Gruppo Locale Emergenza Infettive.

Linea n 3.2.17 - Alimentazione e salute: promozione di un'alimentazione sana, sicura e sostenibile (Programma XV PRP)		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Risultato al 31.12.2017
Sviluppare il piano d'azione elaborato da ogni azienda per i propri punti nascita e garantire la partecipazione degli operatori dedicati, al percorso formativo programmato a livello regionale	40% operatori dedicati formati	Il personale non risulta essere stabile nelle strutture. Tuttavia la percentuale di operatori dedicati e formati è superiore al 40%. Si sottolinea come l'AAS 5 sia ad uno stato avanzato della linea del Piano della prevenzione rispetto a tutte le altre aziende sanitarie della regione FVG.
Monitorare le gare di appalto di PA e Enti già mappate nel 2016 e fornire il proprio contributo nelle gare d'appalto in corso nel 2017 per favorire il maggior consumo di frutta e verdura, la riduzione del consumo di sale, usando quello iodato, l'utilizzo di prodotti preferibilmente tipici e a filiera corta	Contributo al 5% delle gare d'appalto di PA e Enti in corso nel 2017	Progetto sotto controllo e lettere pronte per le varie scadenze degli appalti. Partecipato alla gara d'appalto del Comune di Pordenone, comune di Cordovado.
Realizzare corsi di formazione in ogni azienda su stili alimentari salutari per operatori sanitari della prevenzione, delle cure primarie e degli ospedali, anche integrati con le proposte dei programmi I e X	Realizzare un corso di formazione	E' stato realizzato un corso di formazione in data 17/10/2017 a Sacile presso la sala convegni della casa di riposo di Sacile.
Realizzare un secondo corso di formazione, a valenza regionale con la condivisione e il contributo di tutte le Aziende Sanitarie, rivolto a formatori di GDO, Ristorazione Collettiva e Pubblica sui temi del maggior consumo di frutta e verdura, la riduzione del consumo di sale, usando quello iodato, la dovuta attenzione ai soggetti allergici e intolleranti attraverso la corretta applicazione del Reg.CE 1169/2011	Partecipazione alla realizzazione del corso regionale Report che evidenzi la diffusione dei contenuti nel territorio aziendale	Il responsabile SIAN partecipa al tavolo regionale. Pubblicazione dei contenuti dell'evento sul sito aziendale e invio lettera del collegamento Link con nostro sito dell'evento.

Linea n 3.2.18 - Sicurezza alimentare e di salute e benessere animale		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Risultato al 31.12.2017
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.	Sono stati controllati n. 32 allevamenti bovini su 30 previsti, 11 allevamenti ovicaprini su 10 previsti, 5 allevamenti di suini su 3 previsti. Tutti i controlli sono stati registrati in BDN nei termini previsti.
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 2016	<p>Come da Prisan regionale VET. Origine Animale):</p> <ul style="list-style-type: none"> - n. 718 interventi ispettivi programmati per il 2017; - n. 18 audit per settore programmati per il 2017 - Campionamento come da PRISAN - n. 55 valutazioni del rischio programmate - n. 10 controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni. <p>SIAN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - controlli ufficiali 20% - Campionamento come da PRISAN - Valutazione rischio 100% delle attività controllate - N. 6 Audit - n. 10 controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni <p>Adesione alle indicazioni regionali.</p>	<p><u>Area Veterinaria:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Eseguiti n. 403 interventi ispettivi - Eseguiti n. 17 audit - Sono stati eseguiti 119 campioni - Eseguite n. 55 Valutazioni del Rischio - Eseguiti n. 11 interventi congiunti Servizio veterinario e SIAN <p><u>AREA SIAN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Eseguiti n. 860 controlli raggiungendo il 22,66% di LEA OK - Sono stati eseguiti 225 campioni (microbiologico, acque minerali imbottigliate, radioattività, matrici a prevalenza vegetale) - Eseguite n. 860 Valutazioni del Rischio OK - Eseguiti n. 9 audit - Eseguiti n. 11 interventi congiunti Servizio veterinario e SIAN.
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.	Aumentare l'informazione e la formazione sul territorio, informando le Aziende dell'allargamento del paniere dei prodotti come da DPR 0179-2015 del 01/09/2015. Stesura di una relazione finale di verifica Aziendale indicante il numero di PPL registrate ed il numero di ispezioni eseguite su:	Redatta la relazione finale del Progetto PPL.
	<ul style="list-style-type: none"> - carni suine e avicunicole - carni di specie diverse - prodotti lattiero caseari di malga - vegetali, confetture, conserve, 	

	prodotti da forno, erbe aromatiche, prodotti dell'alveare, vegetali fermentati, lumache, ecc...	
Misure di prevenzione su base genetica per l'eradicazione della Scrapie ovina classica, finalizzate all'incremento dell'allele di resistenza della proteina prionica (ARR) nell'intero patrimonio ovino nazionale	Controlli sierologici sui capi destinati alla riproduzione come da quanto previsto nel decreto Ministeriale, al fine di ottenere un patrimonio ovino regionale indenne da Scrapie.	Tutti i capi destinati alla riproduzione sono stati oggetto di controllo.
Attuazione del Piano regionale di monitoraggio e controllo della malattia di Aujeszky dei suini.	n. allevamenti della coorte individuati dal Piano regionale da controllare al fine del mantenimento dell'indennità.	Sono state controllate n. 76 aziende della coorte individuate dal Piano Regionale.
Attuazione dei controlli sul benessere animale negli allevamenti e durante il trasporto secondo le linee guida operative dettate dalla Task Force benessere animale, istituita con Decreto 659/SPS del 20/08/2015	n. interventi di controllo sul rispetto del benessere animale richiesti dal PRISAN 2017	Interventi previsti nell'anno 2017 erano 57 e sono stati effettuati 60.
Attuazione dei controlli sull'anagrafe ovi caprina come da indirizzi LEA Ministeriali.	Raggiungimento del 3% dei controlli su base Regionale come richiesto da LEA Ministeriali.	Sono stati controllati n. 11 allevamenti ovicaprini su 10 previsti.
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.	Sono stati controllati n. 3 canili su 3 e n. 2 pensioni per cani su 2 presenti.
Applicazione piano vaccinale blue tongue	100% entro 28 febbraio 2017	La vaccinazione è stata eseguita secondo le indicazioni del Servizio Regionale di Sanità Pubblica Veterinaria raggiungendo l'immunità di gregge.

3.3 ASSISTENZA PRIMARIA

Linea n. 3.3.1 Attuazione accordo per la Medicina generale		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Risultato al 31.12.2017
<p>1) Avvio delle Nuove medicine di Gruppo in ogni Azienda</p> <p>2) Sviluppo dei CAP in ogni Azienda</p>	<p>1. Sviluppo delle Nuove medicine di gruppo conforme a quanto previsto dalla DGR 39/2016.</p> <p>2. In ogni Azienda sono presenti non meno di 4 CAP.</p>	<p>1-Con decreto del direttore generale n. 299 del 28 aprile 2017 sono state autorizzare le NMGI (nuove medicina di gruppo integrate) come previsto dalla DGR 39/2016.</p> <p>2-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. Due CAP (Cordenons e San Vito al T.) sono operativi. È stato definito, in accordo con la rappresentanza sindacale della medicina generale, un accordo quadro (DDG n° 655 del 9/10/2017) che regola il funzionamento del CAP. Ha preso il via anche una sperimentazione di gestione integrata psicologo/MMG delle persone con disturbi mentali comuni (DMC) all'interno dei due CAP già operativi. Prossimo all'attivazione anche il CAP di Sacile, mentre non è stato possibile attivare il CAP di Maniago a seguito dell'impossibilità di realizzare, per mancanza di finanziamenti, alcuni lavori di adeguamento della struttura per accogliere i MMG che hanno fatto richiesta di partecipare all'attività. Tali lavori saranno eseguiti nel 2018.</p>
<p>3) Attivazione di programmi di medicina d'iniziativa</p>	<p>3. Evidenza in ciascuna Azienda Sanitaria di effettivo avvio dei programmi nell'ambito della gestione delle patologie croniche; miglioramento del livello degli obiettivi raggiunti per quanto riguarda il diabete previsti dall'AIR di cui alla DGR 39/2016 nel 2017 vs 2015.</p>	<p>3-E' stato definito il programma di medicina d'iniziativa come previsto dall'accordo AIR sui "pazienti fragili". Si sono svolti due eventi formativi ecm (11 e 16 novembre 2017) sulla prevenzione della malnutrizione nei soggetti fragili con i coordinatori AFT e per le infermiere ADI e i medici di distretto. Sono stati attivati i coordinatori AFT assieme ad altri MMG per la redazione di un progetto di gestione della nutrizione clinica nel soggetto fragile, con particolare riferimento alla gestione domiciliare e nelle residenze protette della nutrizione enterale via PEG.</p>
<p>4) Revisione procedure dimissione protetta</p>	<p>4. Evidenza di aggiornamento della procedura delle dimissioni protette sulla base delle nuove</p>	<p>4-In considerazione della drammatica criticità dell'area internistica ospedaliera (Medicina Interna) aziendale, dovuta alla carenza di risorse umane (dirigenza medica), solo parzialmente corretta dal</p>

	<p>indicazioni regionali.</p>	<p>recente avviso per la copertura di n° 4 posti di dirigente medico, non è stato possibile calendarizzare gli incontri programmati con le principali UU.OO. committenti. È stata comunque sollecitata, con il supporto delle figure professionali di Continuità Assistenziale, la compilazione della scheda di segnalazione con la maggiore tempestività possibile (2° giornata dall'ammissione) allo scopo di consentire l'adeguata pianificazione della dimissione.</p> <p>Non è stata ancora ridefinita la procedura per le dimissioni protette secondo le indicazioni regionali (cfr.: "Le dimissioni protette e la continuità assistenziale ospedale territorio - Scheda di segnalazione precoce e Scheda di continuità (72 ore)", essendo la stessa pervenuta dalla DCS solo nel mese di agosto u.s.</p> <p>Va, inoltre, ricordato che per modificare il protocollo operativo, sottoscritto il 18/04/2012, è necessaria un'intesa tra le AAS n°5, Casa di Cura "S. Giorgio" e IRCCS CRO.</p>
--	-------------------------------	---

Linea n. 3.3.2 Accreditamento		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Risultato al 31.12.2017
Partecipazione attiva al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti.	-Mantenimento della messa a disposizione dei valutatori per i sopralluoghi di accreditamento per almeno 20 giornate	I valutatori aziendali per l'accREDITamento continuano ad essere iscritti nell'elenco regionale ed hanno condotto visite di valutazione in diverse aziende pubbliche e private regionali.
Collaborazione allo sviluppo dell'organismo tecnicamente accreditante (OTA), costituito da tutti i referenti dell'accREDITamento istituzionale, secondo le direttive dell'Intesa CSR del 19/2/2015 recepita con la DGR 2220/2015	partecipazione alle attività regionali (OTA)	Il referente aziendale per l'accREDITamento ha partecipato agli incontri regionali e alla stesura del manuale dell'OTA.
L'AAS5 pianifica e avvia le iniziative di miglioramento per il raggiungimento delle standard dove individuate non conformità	Definizione e avvio di un programma pluriennale per il raggiungimento degli standard	Per il processo di accREDITamento degli ospedali , sono state avviate tutte le iniziative rivolte alla risoluzione delle non conformità che sono state trasmesse ai valutatori regionali; sulla base dei risultati conseguiti, la Commissione di valutazione ha attribuito all'Azienda la piena accREDITabilità. Per l' accREDITamento di RSA e Hospice sono state svolte le visite dei valutatori regionali tra il 13-17 novembre 2017 a seguito delle quali sono iniziate immediatamente le attività volte alla risoluzione delle non conformità (riunioni organizzative e di ritorno delle visite dei valutatori, analisi dei percorsi da intraprendere)

Linea n. 3.3.3 Odontoiatria sociale						
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:	Risultato al 31.12.2017				
1. Aumento delle prestazioni LEA erogate raggiungendo la media aziendale di almeno 1,5 prestazioni/ora per odontoiatra 2. Prestazioni non LEA erogate 3. Percentuale aziendale di visite odontostomatologiche 4. Razionalizzazione dell'offerta nel distretto sud	1. + 10% delle prestazioni erogate nel 2015 (modifica DGR 261/2018) 2. N. 200 casi di terapia ortodontica e n. 600 protesi totali, complessivamente nelle sedi attivate in Regione (modifica DGR 1571/2017) 3. Percentuale non superiore al 50% del totale delle prestazioni erogate (sono escluse le visite del pronto soccorso odontostomatologico) 4. Recupero delle risorse dall'ambulatorio distrettuale di Prata per il potenziamento delle altre sedi	1. Aumento delle prestazioni LEA erogate nel 2015 . Dall'analisi dei dati (fonte G2 clinico: prestazioni per medico) risulta un aumento delle prestazioni del 17% rispetto al 2015, senza considerare l'attività del distretto sud (2015=379) che nel 2017 è stata oggetto di trasferimento (nel 2017 = 117), come definito nel punto 4 .				
			maniago	spilimbergo	urbano	totale
		anno 2017	296	265	628	1189
		anno 2015	292	246	482	1020
		var % 2017/2015	1%	8%	30%	17%
		2. Prestazioni 2017: Ortodonzia URBANO: su 87 visite 26 reclutati in base ai requisiti in possesso. Protesi SUD: 35 protesi 3. Percentuale aziendale di visite odontostomatologiche: 36% 4. Sono state recuperate le risorse dall'ambulatorio distrettuale di Prata. E' stato attivato un ambulatorio odontoiatrico nella casa circondariale di Pordenone ed in data 19/10/2017 è stato avviato il servizio in carcere per i detenuti.				

Linea n. 3.3.4 Cure palliative e terapia del dolore		
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:	Risultato al 31.12.2017
1. Prosecuzione delle attività della rete locale per le cure palliative	Mantenimento dell'attività	L'attività viene mantenuta (presi in carico 504 pazienti al 31.12.2017, ricoverati in hospice 287).
2. Istituzione/potenziamento degli hub e spoke della rete locale per la terapia del dolore dell'età adulta	Attivare il centro hub di terapia del dolore e negli altri ospedali attivare i centri spoke secondo le indicazioni della DGR 165/2016 che ne ha definito le caratteristiche e i requisiti.	L'azienda sta predisponendo un "protocollo d'intesa" tra professionisti.
3. ASSISTENZA H12 7 su 7: sono garantite Cure Palliative domiciliari 5 giorni su 7, dalle 9 alle 17, attraverso l'erogazione diretta degli operatori dell'équipe e con reperibilità medico 7 giorni su 7 dalle 8 alle 20 (consulenza telefonica agli assistiti e/o ai Medici dei servizi di continuità assistenziale)	Assistenza garantita h12 7 giorni su 7	E' garantita assistenza h 12 su 7 giorni.
4. TEMPISTICA DI PRESA IN CARICO MALATI ONCOLOGICI DECEDUTI: Suddividere il numero di malati oncologici deceduti in base al tempo intercorso tra il momento della segnalazione e la presa in carico. Entro 1 giorno dalla segnalazione/Tra 1 e 2 giorni dalla segnalazione/Tra 2 e 3 giorni dalla segnalazione/Oltre 3 giorni dalla segnalazione/Momento della segnalazione non noto.	La sommatoria dei malati presi in carico entro 1 giorno, entro 2 giorni ed entro 3 giorni deve essere superiore o uguale all'80%	Per 93 pazienti , che rappresentano il 62% dei pazienti oncologici deceduti presi in carico, la prima visita è stata effettuata entro 3 giorni dalla segnalazione o dalla dimissione.
5. CIA (coefficiente di intensità assistenziale) dell'assistenza domiciliare a favore dei pazienti terminali presi in carico dalla rete delle cure palliative	5. Almeno il 30% dei pazienti deve avere CIA \geq a 0,5 (modifica DGR 261/2018)	Da gennaio 2017 è stato attivato un codice ulteriore per identificare gli utenti che in ADI sono seguiti e inseriti nella rete delle cure palliative. Sono state apportate le modifiche necessarie per permettere l'inserimento del codice G37 "Rete cure palliative" in Tipologia Utente Sanitarie secondarie a tutti gli utenti attivi (anche se presi in carico nell'anno 2015 e 2016) e a quelli

		<p>deceduti 2017 (attività 2017). Inoltre sono considerati gli accessi clinici registrati con G2 clinico. Gli utenti in carico nella rete delle cure palliative richiedono differenti gradi di intensità assistenziale rappresentata nella tabella riportata di seguito. Infatti i servizi della rete hanno in carico sia utenti in fase terminale, sia soggetti con aspettativa di vita 12/24 mesi.</p> <p>Percentuale utenti in carico ADI –anno 2017 Indice CIA</p> <table border="1" data-bbox="930 607 1437 1016"> <thead> <tr> <th>Distretti</th> <th>>=0,5</th> <th>0,31-0,49</th> <th>0,14-0,30</th> <th>0-0,13</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DIS.N. 01 - SAN VITO AL TAGL.TO</td> <td>52,46%</td> <td>31,15%</td> <td>9,84%</td> <td>6,56%</td> </tr> <tr> <td>DIS.N. 02 - MANIAGO</td> <td>54,76%</td> <td>16,67%</td> <td>21,43%</td> <td>7,14%</td> </tr> <tr> <td>DIS.N. 03 - SACILE</td> <td>38,10%</td> <td>23,81%</td> <td>26,19%</td> <td>11,90%</td> </tr> <tr> <td>DIS.N. 04 - AZZANO DECIMO</td> <td>43,08%</td> <td>21,54%</td> <td>24,62%</td> <td>10,77%</td> </tr> <tr> <td>DIS.N. 05 - PORDENONE</td> <td>51,72%</td> <td>28,74%</td> <td>13,79%</td> <td>5,75%</td> </tr> <tr> <td>Totale complessivo</td> <td>48,03%</td> <td>24,15%</td> <td>19,42%</td> <td>8,40%</td> </tr> </tbody> </table>	Distretti	>=0,5	0,31-0,49	0,14-0,30	0-0,13	DIS.N. 01 - SAN VITO AL TAGL.TO	52,46%	31,15%	9,84%	6,56%	DIS.N. 02 - MANIAGO	54,76%	16,67%	21,43%	7,14%	DIS.N. 03 - SACILE	38,10%	23,81%	26,19%	11,90%	DIS.N. 04 - AZZANO DECIMO	43,08%	21,54%	24,62%	10,77%	DIS.N. 05 - PORDENONE	51,72%	28,74%	13,79%	5,75%	Totale complessivo	48,03%	24,15%	19,42%	8,40%
Distretti	>=0,5	0,31-0,49	0,14-0,30	0-0,13																																	
DIS.N. 01 - SAN VITO AL TAGL.TO	52,46%	31,15%	9,84%	6,56%																																	
DIS.N. 02 - MANIAGO	54,76%	16,67%	21,43%	7,14%																																	
DIS.N. 03 - SACILE	38,10%	23,81%	26,19%	11,90%																																	
DIS.N. 04 - AZZANO DECIMO	43,08%	21,54%	24,62%	10,77%																																	
DIS.N. 05 - PORDENONE	51,72%	28,74%	13,79%	5,75%																																	
Totale complessivo	48,03%	24,15%	19,42%	8,40%																																	
<p>6. Percentuale di malati oncologici deceduti fuori dall'ospedale</p>	<p>uguale o superiore al 50%</p>	<p>Su 504 pazienti presi in carico ,112 sono ancora in carico 307 deceduti a domicilio/hospice(61%)</p>																																			
<p>7. attivazione del monitoraggio dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni di terapia del dolore in tutti i setting assistenziali</p>	<p>trasmissione report alla direzione centrale salute</p>	<p>Completata l'informatizzazione delle agende di prenotazione prima visita, con offerta suddivisa per priorità, e visita di controllo di terapia del dolore su tutte le sedi (PN, SV e SP), con apertura a call center della prenotazione delle prime visite in priorità P e D. Al momento, la prima visita in priorità B è prenotabile solo presso la struttura erogatrice, per permettere la valutazione della appropriatezza della richiesta. Attivata anche la prenotazione su agenda elettronica di consulenza e prestazioni erogate a pazienti degenti e in pre e post ricovero. Per le prestazioni erogate presso il PO di Pordenone, nel corso del 2017 è stata informatizzata anche la prenotazione delle prestazioni di terapia del dolore; tale attività è attualmente in corso anche per le prestazioni erogate presso il PO di S. Vito. Il completamento dell'attività è legato alla definizione a livello regionale dei</p>																																			

		percorsi della terapia del dolore e della descrizione e codifica delle relative prestazioni.
8. Attivazione di almeno una campagna informativa sulle reti delle cure palliative e della terapia del dolore da realizzarsi con finanziamento della LR 10/2011 in ciascuna Azienda	Campagna informativa realizzata	Effettuato un evento per la popolazione presso l'Auditorium di San Vito al Tagliamento. Inviata alla Regione la Carta dei Servizi per le cure palliative di Pordenone (in attesa di pubblicazione sul sito).
9. Attivazione di presa in carico dei malati oncologici in "fase avanzata" con supporto psico-relazionale individuale e della famiglia.	Almeno il 20% dei pazienti presi in carico con supporto psico-relazionale individuale e delle famiglie	Per 504 pazienti presi in carico, 149 hanno ricevuto supporto psicologico a domicilio e in Hospice (30%)

Linea n. 3.3.5 Superamento della contenzione		
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:	Risultato al 31.12.2017
<p>1. Dare attuazione alla DGR n. 1904/2016</p> <p>1.Costituzione di una commissione multidisciplinare e multi professionale per l'eliminazione della contenzione.</p> <p>2.Prevenzione delle situazioni assistenziali difficili caratterizzate da:</p> <ul style="list-style-type: none"> - comportamenti aggressivi - non adesione al trattamento - volontà di allontanamento della persona destinataria di cure inderogabili. 	<p>Almeno un incontro del gruppo di lavoro multidisciplinare per l'analisi ed il recepimento del DGR n.1904/2016</p> <p>Costituzione di una commissione tecnica aziendale multi-professionale e multidisciplinare</p> <p>Report di mappatura, monitoraggio e analisi del fenomeno della contenzione (primo trimestre semestre 2017 T0; ultimo trimestre 2017 T1) in tutte le strutture sanitarie, socio-sanitarie e assistenziali e tre aree ospedaliere (medicina, chirurgia e ortopedia) almeno nel 30 % delle persone ospiti/accolte secondo quanto disposto nella DGR 1904/2016</p>	<p>1. Costituita la Commissione per il monitoraggio e l'eliminazione della contenzione fisica e farmacologica, la promozione delle buone pratiche assistenziali e dell'umanizzazione e qualità delle cure e relative raccomandazioni (Decreto del Direttore Generale n. 667 del 12.10.2017). Predisposto il documento "Raccomandazioni per il superamento delle pratiche di contenzione" in allegato alla già citata delibera di costituzione della commissione.</p> <p>Completata predisposizione progetto di ricerca sulle Pratiche di contenzione meccanica ed ambientale ed effettuata rilevazione T0 in ambito aziendale (TO giugno 2017)</p> <p>2. Effettuata restituzione dati rilevazione del 1^o semestre e ulteriori eventi formativi, per condividere modalità di prevenzione delle situazioni assistenziali difficili. Pianificata Rilevazione T1 (gennaio febbraio 2018)</p> <p>3.Predisposto report del fenomeno della contenzione nelle strutture aziendali.</p>

Linea n. 3.3.6 Riabilitazione		
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:	Risultato al 31.12.2017
<p>1. Attivazione a livello aziendale della rete per le malattie neuromuscolari e la sclerosi laterale amiotrofica</p> <p>2. Attivazione a livello aziendale del PDTA per la sclerosi multipla entro la seconda metà del 2017.</p> <p>3. Formazione personale</p>	<p>1. E' attivato un gruppo integrato neuromuscolare (GIN) con la finalità della presa in carico della persona con malattia neuromuscolare nell'ambito territoriale di competenza.</p> <p>2. Entro il 2017 i pazienti con sclerosi multipla sono presi in carico con le modalità previste dal percorso assistenziale.</p> <p>3. Formazione di 15 IP e 10 FT per riabilitazione cardiopneumologica domiciliare.</p>	<p>1. Sono in corso le azioni propedeutiche all'attivazione del GIN secondo quanto indicato dalla DGR 817 del 03.05.2017)</p> <p>2. Non risulta ancora approvato lo specifico PDTA/ percorso assistenziale regionale per la presa in carico dei pazienti con sclerosi multipla</p> <p>3. E' stato programmato e realizzato un evento formativo rivolto a personale coinvolto nella presa in carico domiciliare e ambulatoriale dei pazienti con patologie cardiorespiratorie</p>

Linea n. 3.3.7 Assistenza domiciliare		
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:	Risultato al 31.12.2017
Incrementare il numero di pazienti presi in carico in Assistenza Domiciliare con documentazione completa e accessi >= 1 settimana.	>= 3,8% popolazione secondo nuova griglia LEA	Dati anno 2017: 3,28%

Linea n. 3.3.8 Salute mentale		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	
Adozione del nuovo Piano della Salute Mentale	Collaborazione con la DCS per l'elaborazione del Piano d'azione regionale per la Salute Mentale.	I rappresentanti del DSM ai tavoli regionali per la stesura del Piano Regionale Salute Mentale hanno partecipato agli incontri programmati. Il Piano Regionale Salute Mentale è stato approvato dalla Giunta Regionale in via definitiva, dopo audizione alla III Commissione Sanità, in data 21.03.18 con Delibera 732 .
Informatizzazione dei dati relativi alle attività dei servizi di salute mentale (età adulta ed età evolutiva)	Implementazione e adozione del nuovo gestionale regionale (ancora non disponibile)	È stato costituito il gruppo di lavoro regionale del quale fanno parte in rappresentanza del DSM dell'AAS5 il dr. Geppini e la dr.ssa Marson che sovrintenderà alla fase iniziale di avvio della applicazione del gestionale non appena sarà reso disponibile, partecipando agli incontri programmati

Linea n. 3.3.9 Disturbi del comportamento alimentare		
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso	Risultato al 31.12.2017
<p>1. Partecipazione dei referenti aziendali individuati al Tavolo tecnico salute mentale</p>	<p>1 I referenti regionali individuati hanno partecipato all'80% degli incontri</p>	<p>Agli incontri programmati sino ad ora hanno sempre partecipato il responsabile del CDA e della NPI: n. 2 incontri (13-01 e 10-02)</p>
<p><u>DCA</u></p> <p>1 Partecipazione e collaborazione attiva al Tavolo tecnico regionale DCA</p>	<p>DCA</p> <p>1 I referenti regionali individuati hanno partecipato all'80% degli incontri</p>	<p>Agli incontri programmati sino ad ora hanno sempre partecipato l'attuale responsabile del CDA e della NPI: n. 2 incontri (13-01 e 10-02)</p>
<p>2 IRCCS Burlo Garofolo e ASUIUD attivano la funzione di osservatorio epidemiologico per i DCA, in collaborazione con la Direzione Centrale Salute, i DSM e i servizi per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza, come definito dal Decreto 1200/2013;</p>	<p>2 Gli Osservatori epidemiologici DCA predispongono un report sull'attività 2017 della rete sulla base di indicazioni della Direzione.</p>	<p>L'osservatorio regionale DCA non è ancora stato attivato in mancanza di un sistema informatizzato unico regionale per i servizi dell'età adulta ed evolutiva</p> <p>Il rilevamento dei dati viene effettuato comunque a livello delle singole aziende.</p>
<p>3 Consolidamento della rete di offerta con l'attività a regime degli ambulatori dedicati e dei centri diurni per l'età adulta e per l'età evolutiva.</p>	<p>3. Riorganizzazione del CDA di S. Vito ed individuazione del responsabile</p> <p>4. Evidenza documentale di un percorso aziendale strutturato per l'intervento semiresidenziale</p>	<p>È continuata la riorganizzazione del CDA di San Vito attraverso la acquisizione di nuove figure professionali (psichiatra, sostituzione di dietista e di infermiera professionale). È stata avviata la procedura per acquisire una figura di psicologo ed è stata individuata la nuova figura del responsabile.</p> <p>È stato stilato un progetto (protocollo) condiviso tra CDA, NPI e Pediatria di Pordenone per la definizione della presa in carico dei DCA adulti e minori distinta per i diversi livelli di intensità (ambulatoriale,</p>

<p>4 Formazione specifica degli operatori</p>	<p>5 Evidenza di corsi formativi</p>	<p>semiresidenziale e residenziale) e dell'organizzazione di attività per post-acuti minori, presso la Pediatria di Pordenone attraverso la realizzazione di un Centro Diurno, in linea con le recenti linee guida ministeriali. Il medico psichiatra ha completato il Master per i Disturbi Alimentari organizzato dal dr. Dalle Grave a Verona; è stato realizzato un incontro formativo specifico rivolto ai MMG e PLS il 25.5.17, ed il corso "Cibo e corpo negato" il 26.4.2017</p>
--	--------------------------------------	--

<p>Linea n. 3.3.10 Salute mentale in età evolutiva</p>		
<p>Obiettivo aziendale Salute mentale in età evolutiva</p>	<p>Risultato atteso Collaborazione con la DCS per la formazione della rete regionale dei servizi di salute mentale per l'età evolutiva. Proseguimento nel rinforzo dei servizi di salute mentale per l'età evolutiva come previsto dalla DGR n.1671/09.09.2016 (assunzioni in deroga)</p>	<p>Risultato al 31.12.2017 Viene garantita la collaborazione con la DCS: partecipazione a n. 4 sedute del Tavolo salute mentale: 17-01, 01-03, 03-05, 23-08 È stata identificata la SSD "Riabilitazione, adolescenza e disabili" esplicitandone i contenuti operativi. È proseguita la partecipazione agli incontri con il Coordinatore socio sanitario, all'interno della Cabina di Regia, per l'area della transizione dei disturbi neuropsichiatrici dalla NPI ai servizi della salute mentale dell'adulto Proseguimento nel rinforzo dei servizi di salute mentale per l'età evolutiva come previsto dalla DGR n.1671/09.09.2016 (assunzioni in deroga): in corso bando per assunzione di due NPI. E' stato avviato il servizio diurno presso la NPI.</p>

Linea n. 3.3.11 Autismo		
<p>Obiettivo Aziendale</p> <p>1. Partecipazione dei referenti individuati delle NPI al tavolo tecnico regionale in tema di salute mentale</p> <p>2. Implementazione del percorso diagnostico assistenziale per il minore affetto da disturbi dello spettro autistico</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>1. I referenti individuati hanno partecipato all'80% degli incontri regionali organizzati</p> <p>2. Numero operatori che hanno partecipato ai corsi realizzati nel 2017 in tema di gestione del minore con disturbi dello spettro autistico (modifica DGR 1571/2017)</p> <p>3. Costituzione di un'equipe integrata dedicata alle persone affette da disturbi comportamentali in disabilità intellettiva e dello spettro autistico (vedi decreto DG 278 del 24.04.2017 'gruppo di lavoro specialistico in tema di disabilità intellettiva e salute mentale')</p>	<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>1. Partecipazione ad oltre l'80% degli incontri regionali: partecipazione a n. 4 sedute del Tavolo salute mentale: 17-01, 01-03, 03-05, 23-08</p> <p>2. E' in via di riorganizzazione all'interno della S.C. Neuropsichiatria Infantile il percorso diagnostico e riabilitativo dei disturbi dello spettro autistico e della disabilità.</p> <p>Sono stati programmati momenti di formazione sulle tematiche dei disturbi dello spettro autistico sia interni alla S.C. Neuropsichiatria Infantile che con i pediatri di base e il personale della Pediatria di Pordenone.</p> <p>Con inizio il 2/5/17, sono stati avviati gli incontri di lavoro del gruppo individuato ai sensi del decreto DG 278/17, con la presenza stabile di personale del Coordinamento sociosanitario (CSS), psicologi (tramite convenzione con l'Associazione "La Nostra Famiglia") e partecipazione di personale del DSM e dei Distretti. Il gruppo si incontra stabilmente tutte le settimane.</p> <p>Sono stati concertati e condivisi degli accessi e valutazioni specifiche alle strutture indicate dal Coordinamento Socio Sanitario (soprattutto il centro Gravissimi di Sacile ed il modulo autismo di Pordenone); è stato impostato un percorso di formazione agli operatori dei Centri Diurni sui disturbi del 'comportamento problema'; sono state individuate delle situazioni di particolare gravità sulle quali innestare un percorso clinico di valutazione e diagnosi con il DSM ed il supporto del Centro CREA di Firenze, specializzato sul trattamento dell'autismo e con il quale il CSS ha in essere una convenzione operativa.</p> <p>Il Coordinatore sociosanitario è stato, tra l'altro, individuato quale referente per tutti i Coordinamenti sociosanitari regionali nella composizione del Tavolo regionale sui disturbi dello spettro autistico (DGR 434/2017), di cui farà parte la Responsabile della NPI ed uno psichiatra del DSM.</p>

Linea n. 3.3.12 Consultori familiari		
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso	Risultato al 31.12.2017
<p>1. Implementazione dell'offerta della visita domiciliare ostetrica in puerperio.</p>	<p>1. Attivazione del servizio.</p>	<p>L'Attivazione del percorso "puerperio attivo" è stata completata con il supporto di agende informatizzate che permettono alle ostetriche dei Punti nascita aziendali di PN e San Vito, all'atto della dimissione della donna, di prenotare l'appuntamento per il controllo presso il Consultorio di residenza della donna; ogni Consultorio familiare rende disponibili nelle agende predisposte le giornate e gli orari di disponibilità, dedicati alla prima visita in puerperio, anche a domicilio su segnalazione dei reparti ospedalieri o dei PLS.</p>
<p>2. Promozione della salute della donna in età post-fertile</p>	<p>2. Evidenza di interventi a favore della salute della donna in età post-fertile</p>	<p>Sono stati organizzati e in parte realizzati incontri a livello distrettuale a favore della donna in età post-fertile. In ogni consultorio aziendale viene realizzata, dalle ostetriche dei servizi, l'attività di prelievo per gli screening della cervice uterina, per le donne della coorte di età a rischio (25-64). In particolare nelle donne in età post fertile la visita è accompagnata da informazioni relative alle problematiche collegate alla menopausa.</p>

Linea n. 3.3.13 Diabete		
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso	Risultato al 31.12.2017
<p>1. Le Aziende organizzeranno corsi di formazione per garantire l'applicazione del "Documento di indirizzo regionale sull'Assistenza alla Persona con Diabete"</p>	<p>1. Evidenza entro il 31/3/2017 dell'attuazione dei corsi a livello aziendale rivolti ai MMG e agli operatori dei distretti che si occupano di diabete nell'assistenza primaria.</p>	<p>Si è svolto un incontro il 30/3/2017 con gli MMG delle provincia. Il materiale del corso è stato condiviso sul portale della Medicina Generale e quindi consultabile da tutti i MMG dell'AAS5. E' stata effettuata la formazione sul campo distrettuale per affrontare tematiche sul diabete e sul monitoraggio degli indicatori AIR 2017 assieme ai coordinatori delle AFT.</p>

Linea n. 3.3.14 Sanità penitenziaria		
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso	Risultato al 31.12.2017
<p>1. A seguito dei lavori del Gruppo tecnico regionale le Aziende elaborano programmi per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario in carcere.</p>	<p>1. Programmi aziendali per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario in carcere entro il 2017.</p>	<p>E' stato individuato il referente aziendale al tavolo dedicato</p> <p>E' stato recepito da parte della regione il "Piano regionale per la prevenzione delle condotte suicidarie e dei gesti autolesivi in carcere e indicazioni per i piani locali" (DGR n.2145 del 6/11/2017).</p> <p>E' stato adottato il "Piano locale per la prevenzione delle condotte suicidarie e dei gesti autolesivi nella Casa Circondariale di Pordenone" con DDG n. 901 del 28/12/2017</p>

Linea n. 3.3.15 Ospedali psichiatrici giudiziari		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso:	Risultato al 31.12.2017
<p>REMS di Maniago</p>	<p>Attivazione di percorsi personalizzati per gli utenti inseriti nella REMS.</p>	<p>Attraverso la realizzazione dei percorsi personalizzati è stato possibile dimettere dalla REMS entrambe gli ospiti precedentemente inseriti, ed accogliere due soggetti provenienti da altre AAS regionali.</p> <p>Il progetto di realizzazione della REMS definitiva è stato approvato in via definitiva dal Nucleo Tecnico regionale.</p>

Linea n. 3.3.16 Dipendenze

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso	Risultato al 31.12.2017
<p>1. Collaborazione con l'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze.</p>	<p>1. Partecipazione dei referenti del gruppo tecnico operativo ad almeno il 70% delle riunioni indette dall'Osservatorio sulle Dipendenze.</p>	<p>1.E' garantita la partecipazione alle riunioni del gruppo tecnico. Si mantiene costante l'inserimento dei dati nel sistema informativo da parte di tutti gli operatori.</p>
<p>2. Partecipazione alla realizzazione di un workshop regionale, in collaborazione con il terzo settore sui trattamenti alcolici.</p>	<p>Invio e validazione dei dati per i flussi informativi regionali raccolti dell'osservatorio.</p>	<p>2. Il Workshop si è svolto il 25 novembre. Le linee di sintesi sono inserite nel sito delle Dipendenze(www.dipendenzefvg.it) Sono stati avviati anche incontri con ACAT della provincia nella data 16.03.2017 presso servizio alcolgia PN, concordando un incontro ogni 2 mesi.</p>
<p>3. Promuovere e aumentare il numero di programmi terapeutico riabilitativi in misura alternativa alla detenzione per detenuti con dipendenza patologica e di messe alla prova.</p>	<p>2. Partecipazione di almeno il 70% del personale dei servizi per le dipendenze dedicati al trattamento alcolico al workshop regionale.</p>	<p>Sono seguiti incontri a livello di sede distrettuale tra operatori servizio dipendenze e servitori insegnanti di ogni club del territorio per migliorare l'operatività.</p>
<p>4. Partecipazione ai tavoli di monitoraggio sugli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale.</p>	<p>3. Partecipazione alla realizzazione di una formazione a valenza regionale sulle misure alternative e messe alla prova. Aumento delle misure alternative e messe alla prova (2017 vs 2016).</p>	<p>3.Si continua a prendere in carico soggetti con alternative alla pena. 4. Le Assistenti sociali del servizio dipendenze di Pordenone hanno sempre partecipato a tutti gli incontri regionali a Palmanova.</p>
<p>5. Produzione di almeno 3 indicatori di outcome.</p>	<p>4. Individuazione di almeno 3 indicatori di outcome relativi agli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale. 5. Report con l'esito di almeno 3 indicatori di outcome.</p>	<p>5. Il tavolo di lavoro regionale delle assistenti sociali, analizzando le linee guida per l'attivazione di tirocinii di orientamento, formazione e inserimento o reinserimento finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia e alla riabilitazione in favore di persone prese in carico ai servizi sanitari competenti, ha prodotto una scheda di valutazione che cerca di valutare la capacità dell'individuo nelle aree relazionale, professionale, dell'autonomia. Ogni soggetto inserito in un tirocinio, deve essere valutato attraverso questa scheda. Il tavolo ha prodotto anche uno schema tipo di convenzione da attivare tra Azienda sanitaria e soggetto ospitante.</p>

Linea n. 3.3.17 Privacy		
Obiettivo aziendale Fascicolo sanitario elettronico (FSE) Attivazione del fascicolo sanitario elettronico (FSE).	Risultato atteso: Partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale	Risultato al 31.12.2017 E' stata garantita la partecipazione
Privacy	- Incremento della raccolta consenso dei dati al trattamento dei dati personali	Nell'anno 2017 l'AAS 5 ha raccolto complessivamente n. 100.346 consensi al trattamento dati personali (modulo generale+modulo accesso al dossier in emergenza). Nell'anno 2016 il dato corrispondente è stato di n. 102.532 consensi. La flessione si spiega con il fatto che ormai la gran parte degli utenti residenti nel territorio dell'AAS 5 ha già prestato il consenso.

Linea n. 3.3.18 Continuità assistenziale 116-117		
Obiettivo aziendale Attivazione della linea telefonica dedicata. Sostegno alla continuità assistenziale.	Risultato atteso: Partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale Organizzazione con risorse infermieristiche della continuità assistenziale dei pazienti in cura/assistenza domiciliare, coerentemente con l'Accordo Stato - Regioni.	Risultato al 31.12.2017 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 . E' stato garantito il supporto alle azioni regionali da parte dell'Azienda.

Linea n. 3.3.19 Sperimentazione di assistenza infermieristica di comunità in aree urbane		
<p>Obiettivo aziendale Migliorare l'accessibilità ai servizi sanitari delle fasce più deboli della popolazione</p>	<p>Risultato atteso: Sperimentare in aree urbane l'utilizzo di personale infermieristico per lo svolgimento di attività di salute comunitaria e per favorire una migliore accessibilità ai servizi per le fasce più deboli.</p>	<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>La sperimentazione prevista per il 30/9 è stata sospesa per mancanza di nuove risorse di personale e nel periodo di riferimento non ci sono state richieste in merito dall'utenza, in quanto la domanda veniva già soddisfatta dai servizi attivi sul territorio (ADI, Dipartimento Prevenzione, Servizio Prelievi di Torre).</p> <p>Infatti i carichi di lavoro erogati solo dall'ADI a domicilio per il quartiere di Torre sono stati :</p> <ul style="list-style-type: none"> -prelievi domiciliari numero 384 -attività infermieristiche numero 570 <p>In considerazione dei volumi di attività, si è valutata l'opportunità , in caso di future disponibilità di risorse , di inserirle nei servizi già attivi .</p>

3.4 PROGETTI ATTINENTI LE ATTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALI

Linea 3.4.1. Insufficienze d'organo e trapianti		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	
<u>Cuore</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Partecipazione al tavolo regionale per la predisposizione di almeno 2 percorsi assistenziali a valenza regionale (VAD e ECMO). 2. Riduzione del tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti di 50-74 anni < 210. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. E' stata garantita la partecipazione 2. Dati anno 2017: tasso di ricovero per scompenso cardiaco 189 per 100.000 residenti di 50-74 anni
<u>Rene</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mantenimento dei pazienti in emodialisi al di sotto del 46% del totale (trapiantati + emodializzati + in dialisi peritoneale). 2. Potenziamento del programma Trapianti di rene con riduzione dei Tempi di iscrizione in lista (differenza tra inserimento in donor manager T3 e raccolta del consenso all'avvio dell'iter per l'inserimento in lista T0 < 10 mesi almeno nel 75% dei casi che hanno dato il consenso) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dati anno 2017: pazienti in emodialisi = 45,25% del totale 2. Nei 2017 questa struttura ha immesso in lista di attesa per il trapianto renale 17 pazienti, in tre differenti centri trapianto. In totale 15 hanno rispettato il tempo di 10 mesi tra il T0 ed il T3 e 2 hanno sfiorato il limite dei 10 mesi, quindi la percentuale dei pazienti immessi nei tempi previsti é dell'88%. Si specifica che nell'obiettivo regionale rientrano solo 11 pazienti che hanno scelto come centro trapianto di 1° scelta Udine. Limitatamente a questi 1 ha sfiorato il limite dei 10 mesi, quindi la percentuale dei pazienti immessi nei tempi previsti é stata del 91%.
<u>Fegato</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formalizzazione di almeno 2 percorsi assistenziali a valenza regionale dei quali almeno uno che riguarda i pazienti trapiantati. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. A riscontro della nota regionale prot. n. 25922 del 29.03.2017 sono state comunicate le strutture operative da abilitare per l'inserimento diretto nella lista di accesso all'Ambulatorio Fegato della Piattaforma Assistenziale Trapianti – PATaf ed inviato l'elenco nominativo dei medici di riferimento da accreditare per lo svolgimento dell'attività dell'ambulatorio epatologico (ns. prot. 32926/DMO del 26.04.2017). Nel corso dell'anno 2017 il Personale Dirigente Medico dell'UOC Medicina Interna ha partecipato attivamente alle riunioni della Rete per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti ovvero della Filiera Fegato Friuli Venezia Giulia. In particolare, è stata raggiunta una stretta collaborazione con Udine e Trieste per la stesura del PDTA (Percorso Diagnostico Assistenziale Terapeutico) sulla cirrosi epatica

<p><u>Pancreas</u></p>	<p>2. Individuazione e segnalazione pazienti per la iscrizione in lista trapianto, presso il centro trapianti dell'ASUIUD, di almeno 13 pazienti nell'anno 2017.</p> <p>1. Partecipazione al tavolo regionale per la formalizzazione della filiera <i>pancreas</i> della rete per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti.</p> <p>2. Riduzione del tasso di amputazioni maggiori per diabete portandolo al di sotto di 30 casi per milione di residenti.</p>	<p>scompensata finalizzato anche alle indicazioni al trapianto ortotopico di fegato. In corso di pubblicazione il PDTA sull'encefalopatia epatica. Si segnala inoltre anche l'adesione alla stesura del PDTA sull'ipertransaminasemia persistente.</p> <p>2. Nel 2017 sono stati segnalati 17 utenti per l'iscrizione in lista trapianto, presso il centro trapianti dell'ASUIUD.</p> <p>1. E' stata garantita la partecipazione</p> <p>2. Dati anno 2017: 29,89 per 1.000.000 residenti</p>
<p><u>Polmone</u></p>	<p>1. Partecipazione al tavolo regionale per la formalizzazione della filiera <i>polmone</i> della rete per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti.</p> <p>2. Riduzione del tasso di ospedalizzazione per BPCO portandolo al di sotto del 60 per 100.000 residenti di 50-74 anni.</p> <p>3. Formazione di 3 infermieri per ogni distretto sanitario per la gestione integrata con le Pneumologie di riferimento dell'ossigenoterapia domiciliare</p> <p>4. Formazione di 2 fisioterapisti per distretto, da parte delle Pneumologie di riferimento, finalizzata alla riabilitazione respiratoria ambulatoriale e domiciliare</p>	<p>1. E' stata garantita la partecipazione</p> <p>2. Dati anno 2017: 39.53 per 100.000 residenti</p> <p>3. E stato programmato e realizzato un evento formativo rivolto a personale dei servizi distrettuali (SID e SRD) coinvolto nella presa in carico domiciliare e ambulatoriale dei pazienti con patologie cardiorespiratorie.</p> <p>4. E ' in fase di progettazione un programma di brevi tirocini presso la Pneumologia Riabilitativa dell' ASIUD (Gervasutta) di personale infermieristico e riabilitativo.</p>
<p><u>Occhi</u></p>	<p>1. Mantenimento dei volumi di donazione cornee</p> <p>2. Aumento del numero di trapianti di cornea</p>	<p>1. Nel 2017 (dati CRT): 14 prelievo di cornee da donatore a cuore fermo e 8 prelievi di cornee da donatore multi organo.</p> <p>2. Dati anno 2017: 79 trapianti di cornea</p>

<p><u>Donazione d'organi</u></p>	<p>1. Partecipazione al tavolo regionale per la formalizzazione del protocollo per prelievo d'organi da paziente con accertamento del decesso con criteri cardiologici.</p> <p>2. Partecipazione al tavolo regionale per la formalizzazione del protocollo per la donazione multi-tessuto esistente.</p>	<p>1. e 2. Nel corso del 2017 ci sono stati tre incontri regionali presso il CRT in cui si sono trattati anche i punti 1 e 2 (01/02/2017; 22/06/2017; 11/10/2017). Per quanto riguarda il punto 1 si specifica che il programma operativo verrà svolto dall'ASUIUD e ASUIITS.</p>
---	--	---

Linea 3.4.2. Emergenza urgenza																		
<p>Obiettivo aziendale <u>Ictus - trombolisi</u></p>	<p>Risultato atteso</p> <p>1. Mantenimento dell'attività di trombolisi endovenosa/endoarteriosa a 85 casi/anno presso AAS5 (dato 2016). (modifica DGR 261/2018)</p>	<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Nel 2017 sono state effettuate 84 trombolisi.</p>																
<p><u>Ictus - misurazione</u></p>	<p>2. Trasmissione alla DCS di un report/semestre con i dati di attività</p>	<p>E' stata effettuata l'analisi dei dati anno 2017 e trasmessa alla DCS con PEC prot. n. 29676/PROG del 19.4.2018</p>																
<p><u>Ictus – Barthel Index</u></p>	<p>3. Produzione e trasmissione alla DCS di un report semestrale sulla presenza e compilazione, nella cartella clinica, delle scale Barthel Index e Rankin Scale modificata.</p> <p>I dati dovranno essere raccolti su un campione di cartelle (ricoveri con DRG 14 o codici ICD-9-CM indicati) con le seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> - periodi di riferimento: 01/01/2017-30/06/2017 e 1/7/2016-31/12/2017; - campione cartelle: ospedali con ricoveri < 500/anno: 30 cartelle per periodo esaminate; - ospedali con ricoveri > 500/anno: 50 cartelle per periodo esaminate; - rappresentatività delle diverse unità operative che accolgono e/o dimettono i pazienti, (campione proporzionato al numero dei ricoveri/anno di ciascuna unità operativa); - esclusione dal campione dei pazienti con esito ricovero "deceduto". 	<p>E' stata effettuata l'analisi dei dati del 1° semestre 2017 ed in data 31 ottobre trasmessa per mail alla DCS.</p> <p>In totale i dimessi nel 1° semestre 2017 che rispondono ai criteri definiti dalla regione sono 246 a Pordenone e 63 a S. Vito-Spilimbergo.</p> <p>E' stato estratto un campione, pari a 30 ricoveri per presidio ospedaliero, rappresentativo delle diverse unità operative che accolgono e/o dimettono i pazienti.</p> <p>La percentuale di dimessi con presenza nella documentazione clinica della scala Barthel Index e della Rankin Scale modificata è stata 93,3% come riportato nella tabella seguente:</p> <table border="1" data-bbox="949 1608 1441 1877"> <thead> <tr> <th></th> <th>N. ricoveri con presenza</th> <th>N. ricoveri valutati</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pordenone</td> <td>28</td> <td>30</td> <td>93,3</td> </tr> <tr> <td>S. Vito-Spilimbergo</td> <td>28</td> <td>30</td> <td>93,3</td> </tr> <tr> <td>Totale</td> <td>56</td> <td>60</td> <td>93,3</td> </tr> </tbody> </table>		N. ricoveri con presenza	N. ricoveri valutati	%	Pordenone	28	30	93,3	S. Vito-Spilimbergo	28	30	93,3	Totale	56	60	93,3
	N. ricoveri con presenza	N. ricoveri valutati	%															
Pordenone	28	30	93,3															
S. Vito-Spilimbergo	28	30	93,3															
Totale	56	60	93,3															

<p><u>Emergenze cardiologiche</u></p>	<ol style="list-style-type: none"> 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. 2. Misurazione del tempo intercorrente fra l'effettuazione dell'ECG sul territorio e l'inizio della procedura in emodinamica (relazione di analisi dei dati 2016 e primo semestre 2017). 	<p>E' stata garantita la partecipazione</p>
<p><u>Trauma</u></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Partecipazione al tavolo regionale per la formalizzazione di un sistema di indicatori clinici per il monitoraggio dei tempi e degli esiti. 2. Trattamento della Frattura di femore entro 48H in almeno il 70% (hub) o 80% (spoke) dei casi trattati dal presidio ospedaliero. 3. Implementazione, all'interno del PO di Pordenone, di un'organizzazione per l'urgenza traumatologica distinta dalle altre urgenze, in modo da accelerare i tempi di trattamento di tutta la traumatologia. 4. Sviluppare le competenze di trauma center presso l'ospedale di Pordenone. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. E' stata garantita la partecipazione 2. Dati anno 2017: Pordenone = 76,9%, San Vito/Spilimbergo= 61.9% 3.E' presente presso l'ospedale di Pordenone una sala operatoria per le urgenze riservata anche per l'attività traumatologica. Percorso "Fast Track" per la gestione trauma minore dal Pronto Soccorso alla Ortopedia e Chirurgia della mano.
<p><u>Pronto soccorso ed emergenza urgenza</u></p>	<ol style="list-style-type: none"> 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 2015 del 65,89% - fonte Bersaglio) 2. Aumento della percentuale di pazienti con codice verde non 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dati anno 2017: Ospedale di Pordenone=57.6%, Ospedale San Vito/Spilimbergo= 70,1% <p>Il risultato deve essere considerato anche a fronte della carenza di specialisti, che l'Azienda affronta con tutti gli strumenti contrattuale agibili.</p>

Linea 3.4.4. Materno-infantile		
<p>Obiettivo aziendale <u>Gestione gravidanza fisiologica</u></p> <p><u>Riduzione parti cesarei depurati (NTSV)</u></p> <p><u>Riduzione parti indotti farmacologicamente</u></p> <p><u>Chirurgia pediatrica</u></p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Responsabilizzazione diretta delle ostetriche nella gestione del percorso per la gravidanza fisiologica (previa definizione di un protocollo regionale). Monitoraggio del 50% delle gravidanze fisiologiche che accedono al consultorio .</p> <p>1. Mantenimento della percentuale dei parti cesarei depurati (NTSV) al di sotto del 20% dei parti totali dei parti depurati (valore medio regionale 2015 pari a 16,38% - fonte Bersaglio).</p> <p>2. I parti indotti farmacologicamente devono essere ridotti al di sotto del 20% (valore medio regionale 2015 pari a 21,44% - fonte Bersaglio)</p> <p>3. Collaborare con il Burlo a stilare l'elenco degli interventi chirurgici pediatrici che, per assicurare adeguati livelli di sicurezza e qualità è necessario centralizzare in un'unica struttura o essere eseguiti da una sola équipe chirurgica ed anestesologica del Burlo.</p>	<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>In attesa della definizione del protocollo regionale Nel 2017 il 40,02% delle primipare residenti hanno partecipato ai corsi di preparazione al parto organizzati dei Consultori (anno 2016 = 30,67%)</p> <p>Dati anno 2017: percentuale dei parti cesarei depurati: 15,9%</p> <p>Dati anno 2017: parti indotti farmacologicamente: 23,5%</p> <p>3. Come da accordi interaziendali con il Burlo, manteniamo da diversi anni 2 sedute mensili di chirurgia pediatrica. Gli interventi vengono effettuati dall'equipe chirurgica del Burlo e dall'equipe anestesologica dell'AAS5, nei bimbi di età superiore all'anno. Vengono eseguiti trattamenti chirurgici per calcolosi renale da parte dell'equipe dell'urologia in età pediatrica. I bambini di età inferiore a quella attualmente gestita dagli anestesisti di dell'ospedale di Pordenone vengono sottoposti ad anestesia in collaborazione con l'equipe anestesologica del Burlo.</p>

Linea 3.4.5. Percorso nascita		
<p>Obiettivo aziendale <u>Sicurezza e appropriatezza percorso nascita</u></p>	<p>Risultato atteso</p> <p>1. Attuazione aziendale di quanto previsto nei provvedimenti nazionali e regionali, in termini di miglioramento della qualità, sicurezza e appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita.</p>	<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>1. Il percorso nascita nell'ambito ospedaliero prevede la presa in carico della donna alla 37° settimana di gestazione per la gravidanza fisiologica, mentre la gravidanza patologica, (diabete, ipertensione, disturbi metabolici e dell'alimentazione, alterazione placentari ecc..) su richiesta del consultorio o del medico curante viene presa in carico dal momento in cui viene rilevata la patologia</p> <p>Sono stati rivisti, implementati secondo linee guida i seguenti protocolli:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assistenza travaglio parto fisiologico • Procedure operative T.C. in elezione • Utilizzo dei farmaci off label in ambito ostetrico • Piano di intervento per l'utilizzo di emocomponenti, plasma derivati e fattori della coagulazione nell'emorragia post partum • La gestione clinica della gravidanza gemellare • Induzione nel travaglio parto • Parto in analgesia in Peridurale • Diabete in gravidanza • La profilassi tromboembolismo venoso in ostetricia e ginecologia, Travaglio di prova nel pregresso T.C. • Minaccia di parto prematuro • Gestione del puerperio • STAM-STEM il trasporto assistito materno/neonatale critico viene svolto come da protocollo regionale in atto • Care neonatale sano alla nascita • Misure di sicurezza per la tutela dei bambini ricoverati • Gestione informatizzata della banca del latte • Procedure per la gestione delle violenze sessuali • Abbiamo programmato i corsi sulla rianimazione neonatale (Documenti a disposizione) <p>Nel mese di marzo il Punto Nascita di Pordenone si è ricertificato BFH secondo standard UNICEF/OMS. E' stato istituito un tavolo interaziendale sulla promozione, sostegno e supporto dell'allattamento al seno con l'obiettivo di aumentare la percentuale</p>

<p><u>Supporto alle giovani famiglie dopo il parto</u></p>	<ol style="list-style-type: none"> 2. Partecipazione alle attività del Comitato percorso nascita regionale. 3. Definizione di un documento per la gestione del percorso nascita nella provincia di Pordenone presso erogatori pubblici e privati accreditati. 4. Presa in carico ambulatoriale o domiciliare di almeno il 30% dei nati. 	<p>di allattamento esclusivo al seno della puerpera in ambito territoriale. Sono stati organizzati i corsi di formazione sulla promozione, sostegno dell'allattamento al seno secondo standard OMS/UNICEF rivolto a tutti gli operatori che operano nel DMAI dell' AAS5.</p> <p>E' stato avviato nel mese di luglio il percorso della presa in carico della donna alla dimissione da parte di tutti i consultori.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.Partecipazione ai tavoli regionali del percorso nascita come da programma. 3.Il documento è già stato prodotto e presentato alla direzione. 4.Nel anno 2017 abbiamo avviato il progetto del puerperio attivo in tutti i consultori della provincia di Pordenone. <p>Ad oggi sono attive le agende in CUP WEB per le prenotazioni delle visite delle donne nella fase del puerperio</p> <p>Le ostetriche dei 2 Punti Nascita provvedono alla programmazione dell'appuntamento che viene poi comunicato direttamente alle neomamme e segnalato nella lettera di dimissione.</p> <p>Generalmente il controllo della puerpera ha luogo presso la sede del consultorio di riferimento; la segnalazione avviene mediante posta elettronica e/o compilazione ed invio di un modulo predisposto.</p> <p>Nelle situazioni ritenute più critiche o a rischio, la visita può essere effettuata anche a domicilio.</p> <p>La scheda contiene tutte le informazioni necessarie per la presa in carico della diade mamma e bambino.</p> <p>Il numero totale di richieste/visite effettuate nella donna in puerperio residenti nella provincia di Pordenone è di 841</p> <p>P. Nascita Pordenone: dal 01/05/2017 al 31/12/2017 n. parti 689 n. vs 598</p> <p>P. Nascita S. Vito: dal 1/07/2017 al 31/12/2017 n. parti 415 – n. vs 243</p>
---	--	--

		Nel 2017 i 5 consultori familiari hanno preso in carico il 43,94% dei nati in tutti i punti nascita della regione.
--	--	--

Linea 3.4.6 Sangue ed emocomponenti		Risultato al 31.12.2017
Obiettivo aziendale Contributo all'autosufficienza regionale e nazionale	Risultato atteso - Partecipazione alle attività di raccolta sangue e plasma destinato al frazionamento industriale.	Sono state raccolte 13.508 unità di sangue intero per l'autosufficienza Regionale e Nazionale e 6.953 Litri di plasma per il frazionamento industriale.
Sicurezza ed appropriatezza trasfusionale	- Partecipazione ai programmi regionali di sorveglianza trasfusionale.	Prosegue il monitoraggio della sicurezza trasfusionale. Sono stati effettuati gli audit programmati È stato condotto il corso sul PBM ed individuato il gruppo di lavoro interdisciplinare Sono continuati gli audit documentali attraverso la trasmissione dei report trasfusionali di UUOO
Partecipazione al centro unico regionale di produzione degli emocomponenti	- Mantenimento della attività del Cobus - Trasferimento al centro regionale delle funzioni previste	È stata tenuta la riunione del COBUS il 26/10/2017 Sono stati avviati i contatti tra AAS2 e AAS5 per il trasferimento delle attività.

Linea 3.4.7. Erogazione livelli di assistenza		Risultato al 31.12.2017
Obiettivo aziendale Monitoraggio coordinato degli indicatori per valutare efficienza ed efficacia della cure	Risultato atteso 1. Riduzione del tasso di ospedalizzazione dal 128,57 ‰ al 125 ‰. 2. Riduzione del numero di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica: < 30% per gli adulti e < 50% per i pediatrici. 3. Mantenimento della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni: < 4%. 4. Recupero di almeno il 25% della fuga extra-regionale di ricovero e di specialistica ambulatoriale rispetto ai dati 2015 (dato cumulativo) . 5. Trasmissione alla DCS entro il 30 giugno 2017 dei 3 pacchetti di prestazioni da eseguire in day service ambulatoriali (proposte: scompenso cardiaco, diagnostica e follow up del paziente candidato al trapianto renale, iniezioni intravitreali con farmaci anti VEGF).	1. Dati anno 2017: tasso di ospedalizzazione: 124,6 ‰ 2. Dati anno 2017: DH medico con finalità diagnostica: adulti 18,66%; Pediatrici 66,29% 3. Dati anno 2017: ricoveri medici oltre soglia 2,69% 4. Attività critica: difficoltà a monitorare in tempo reale gli interventi e le azioni correttive. 5. In data 03.05.2017 sono stati inviati alla DCS n. 8 Pacchetti Ambulatoriali Complessi e Coordinati (PACC). Con la disponibilità delle indicazioni regionali per la gestione dei PACC a sistema, è stato implementato l'utilizzo del PACC Percorso diagnostico malattie demielinizzanti.

Linea n.3.4.8 Rischio clinico		Risultato al 31.12.2017
<p>Obiettivo aziendale</p> <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 	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> Evidenza delle attività di rischio clinico nei diversi setting aziendali in coerenza con il Programma Regionale di Rischio Clinico Partecipazione ai programmi regionali con particolare attenzione alle seguenti linee: <ul style="list-style-type: none"> a. sicurezza del farmaco; b. adozione delle misure di "antimicrobial stewardship" già definite; c. partecipazione alla "Point Prevalence Survey" e diffusione capillare dei risultati; d. adozione di strumenti per la valutazione dello stato nutrizionale del paziente; e. identificazione, coinvolgimento e formazione anche attraverso la partecipazione agli eventi formativi organizzati dalla DCSISPS dei referenti e dei <i>link professional</i> aziendali dei progetti regionali; f. empowerment dei cittadini e dei pazienti sulle tematiche del rischio. 	<ul style="list-style-type: none"> Sono state mantenute le attività secondo le indicazioni del gruppo Regionale del Rischio Clinico. <p>a) In particolare sono state seguite le seguenti linee di lavoro:</p> <p>a1. condotte riunioni sull'uso sicuro del farmaco in occasione del monitoraggio dei dati delle cartelle cliniche (22 maggio 2017 San Vito al Tagl.to, 31 maggio 2017 Pordenone dalle 14.30-16.30) ;</p> <p>a2. predisposta scheda per l'evento formativo relativo all' "Uso sicuro del farmaco nel paziente anziano", erogazione dell'evento in data 23 novembre 2017, 2 edizioni (mattino e pomeriggio)</p> <p>b) Le misure di "antimicrobial stewardship" sono state adottate attraverso:</p> <p>b1 la diffusione degli opuscoli informativi predisposti dalla regione,</p> <p>b2 l'implementazione della presenza del medico infettivologo attraverso l'assunzione di un 2° medico infettivologo nel PO di PN e di 1 medico infettivologo per il PO di S. Vito;</p> <p>b3 un corso di formazione per operatori (medici infermieri e OSS) della Terapia Intensiva su infezioni ospedaliere e misure di prevenzione e controllo;</p> <p>b4. organizzazione di momenti di formazione sul tema nei singoli reparti;</p> <p>b5. Realizzazione di due incontri di restituzione dei dati sull'utilizzo degli antibiotici e per la risoluzione delle criticità ancora in essere;</p> <p>c) Identificazione dei professionisti per la partecipazione all'evento formativo di settembre e la conduzione della sorveglianza</p> <p>d) partecipazione al gruppo per la valutazione dello stato nutrizionale secondo indicazioni regionali</p> <p>e) partecipazione agli eventi formativi organizzati dalla DCSISPS e inserimento di eventi formativi nel piano della formazione;</p> <p>f) avvio degli incontri con i cittadini in</p>

		collaborazione con il personale del CRO (29 novembre 2017)
Rischio clinico	Strutturazione della Rete in accordo con la Delibera 1970 del 21.10.2016 "Rete Cure Sicure FVG: modello organizzativo"	Revisionato il Piano aziendale della Qualità che recepisce la delibera 1970/16 con particolare attenzione all'identificazione dei <i>link professional</i> .

Linea 3.4.8 Qualità e appropriatezza nell'erogazione delle cure		
<p>Obiettivo aziendale Riorganizzazione dell'offerta prestazionale</p> <p>Contrasto all'inappropriatezza ed alla sovra-diagnosi (<i>choosing wisely</i>)</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Rispetto dei volumi previsti dal DM 70/2015</p> <p>Evidenza di un piano di azioni nei settori della chirurgia oncologica e della chirurgia pediatrica</p> <p>Partecipazione alla redazione di una lista di interventi a prescrizione potenzialmente inappropriata, con particolare riferimento a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • diagnostica per immagini per lombalgie e mal di testa • diagnostica per immagini cardiaca in pazienti a basso rischio • antibiotici per infezioni delle vie aeree superiori • densitometria ossea • esami preoperatori in pazienti a basso rischio • antipsicotici in pazienti anziani • nutrizione artificiale in pazienti con demenza avanzata o tumore in fase terminale • inibitori di pompa protonica nel reflusso esofageo • posizionamento del catetere urinario • induzione del parto in coerenza alle indicazioni regionali. 	<p>Risultato al 31.12.2017</p> <p>Si rinvia a quanto scritto nella linea 3.1.4 e 3.1.9 .</p> <p>E' stata garantita la partecipazione ai tavoli tecnici regionali.</p>

3.5 ASSISTENZA FARMACEUTICA

Linea Assistenza farmaceutica		
Obiettivo	Risultato atteso	Risultato al 31.12.2017
Tetti Spesa Farmaceutica		
Spesa farmaceutica	Rispetto dei tetti fissati per la - Farmaceutica ospedaliera (comprensiva anche della spesa per i farmaci di fascia A erogati direttamente e in distribuzione per conto): 6,89% del FSR - Farmaceutica territoriale (contenente la sola spesa farmaceutica convenzionata): 7,96% del FSN	Dati monitoraggio regionale gen-lug 2017: Farmaceutica territoriale diretta = € 68,10 pro-capite (obiettivo 61,47) Farmaceutica territoriale (DPC) = € 25,77 pro-capite (obiettivo 25,45) Farmaceutica territoriale (convenzionata) = € 124,91 pro-capite (obiettivo 125) Farmaceutica ospedaliera = +25,6% rispetto al 2016 (obiettivo -1% del 2016)
Prescrittori		
1. Individuazione di specifici obiettivi per i prescrittori sia a livello territoriale (distrettuale, ambulatoriale, MMG) che ospedaliero correlati ad indicatori di risultato da collegare alla programmazione per budget. Effettuazione di un monitoraggio periodico sull'utilizzo delle categorie di farmaci a maggior impatto di spesa e rischio di inappropriata favorendo l'impiego di medicinali con il miglior rapporto di costo-efficacia, redigendo un report semestrale con evidenza delle azioni intraprese nel corso del primo e secondo semestre da inviare alla DCS sia con riferimento alle iniziative di audit e feedback che alle iniziative più significative adottate (in particolare oncologici, immunologici, farmaci per l'epatite C, terapie intra-vitreali, farmaci del PHT_DPC, equivalenti, biosimilari).	1. a. Definizione di indicatori di budget specifici per i diversi prescrittori in collaborazione con la SOC Programmazione e Controllo. b. Predisposizione e definizione dei report definiti per le diverse categorie di prescrittori	1.a Sono stati identificati e attribuiti obiettivi specifici alle strutture particolarmente coinvolte in tematiche relative all'appropriatezza prescrittiva (Distretti, Oculistica, Gastroenterologia, Medicina, Reumatologia, Diabetologia) 1.b Nel corso dell'anno sono stati inviati i report per le seguenti aree terapeutiche: - Infliximab ed etanercept biosimilare (6 mesi, 8 mesi, 12 mesi 2017) - Epoetine e fattori di crescita granulocitari biosimilari (report mensile/bimestrale) - Farmaci antiepatite (report regionale) - Farmaci a brevetto scaduto in area cardiovascolare (statine, sartani associati e non) per i mmg (3 mesi 2017)
Distribuzione diretta farmaci alto costo		
2. Nell'ambito della distribuzione diretta dei farmaci ad alto costo, definizione di idonei percorsi che consentano la verifica dell'appropriatezza d'uso anche da parte delle AAS e ASUI di residenza del paziente.	2. Richiesta di dati ai centri prescrittori extra aziendali per i trattamenti con farmaci ad alto costo avviati agli assistiti dell'AAS5.	Richiesta periodica ad ASUIUD dei dati relativi ai trattamenti con i nuovi farmaci antiepatite C per i pazienti residenti in AAS5 (abbiamo ricevuto il report del 1° quadrimestre e dell'intero anno 2017)

Linea Assistenza farmaceutica		
Obiettivo	Risultato atteso	Risultato al 31.12.2017
Prescrizioni di medicinali a brevetto scaduto		
3. In ambito territoriale la prescrizione dei medicinali a brevetto scaduto, con particolare riferimento alle classi terapeutiche individuate dagli indicatori AIFA-MEF presenti sul sistema Tessera Sanitaria (TS) e riportati nella Tabella n. 1 delle Linee per la gestione del SSR – anno 2017, dovranno tendere ai valori target indicati.	3. Promozione dell'utilizzo di farmaci a brevetto scaduto nell'ambito della medicina generale e nell'ambito della medicina specialistica/ospedaliera tramite riunioni di approfondimento e/o invio di reportistica di monitoraggio.	Effettuate cinque riunioni di approfondimento sui farmaci a brevetto scaduto il 20 aprile, il 25 maggio, il 12 ottobre, il 26 ottobre e il 14 dicembre 2017 con i medici di medicina generale (distretto Nord, Est, Sud, Ovest e Urbano) con consegna di specifica reportistica riguardante l'utilizzo di farmaci a brevetto scaduto in ambito cardiovascolare nell'anno 2016 e nel 1°trimestre 2017.
Biosimilari		
4. Per quanto riguarda i medicinali biosimilari (acquisti, prescrizione ed erogazione) va fatto riferimento alle specifiche direttive che regolamentano questo settore, come anche modificate dell'art. 1, comma 407 della legge n. 232/2016, promuovendo azioni di appropriatezza ed efficienza per il SSR. (modifica DGR 1571/2017)	4. Invio alla DCS di una relazione annuale sull'attività svolta. (modifica DGR 1571/2017)	E' stato effettuato il monitoraggio delle prescrizioni di biosimilari di epoetine e fattori di crescita granulocitaria sui nuovi pazienti in trattamento e inviato il report di monitoraggio ai reparti prescrittori: <ul style="list-style-type: none"> - Medicina interna - Nefrologia - Oncologia CRO (report a cadenza mensile/bimestrale: 1 mese, 2mesi, 3 mesi,4 mesi,6 mesi, 8 mesi, 9 mesi, 11 mesi e 12 mesi 2017) Sono stati realizzati i report relativi al monitoraggio dell'utilizzo di infliximab biosimilare ed etanercept biosimilare e sono stati inviati i dati relativi al primo semestre, 8 mesi e 12 mesi 2017.
Percentuali utilizzo medicinali brevetto scaduto e biosimilari		
5. Oltre alla promozione d'uso di medicinali a brevetto scaduto e biosimilari a livello territoriale, dovranno essere valutate a campione, in tempistiche e reparti che saranno comunicati dalla direzione centrale, le % percentuali di utilizzo di queste categorie di medicinali e le % di prescrizioni in dimissione o dopo visita ambulatoriale. I reparti interessati riguarderanno in particolare reumatologie, cardiologie,	5. Esecuzione delle analisi a campione secondo le indicazioni della DCS.	Nel mese di novembre 2017 sono state verificate le cartelle cliniche dei pazienti in dimissione dai reparti di medicina e cardiologia nel periodo dal 1 al 15 giugno 2017 per quanto riguarda le prescrizioni di inibitori delle HMG CoA reductasi e le prescrizioni a seguito di visita specialistica ambulatoriale neurologica per la categoria altri antiepilettici nel periodo dal 1 al 7 giugno 2017.

Linea Assistenza farmaceutica		
Obiettivo	Risultato atteso	Risultato al 31.12.2017
<p>medicines, centri osteoporosi, nefrologie, oncologie, neurologie con riserva di integrare anche altri reparti nel corso dell'anno.</p>		
Medicinali registro AIFA		
<p>6. 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. La richiesta del farmaco dovrà sempre essere accompagnata dalla scheda di registrazione paziente nel registro. A tal fine potranno essere programmata analisi a campione da parte della direzione centrale.</p>	<p>6. Analisi delle eventuali criticità nella gestione dei registri e attività di sensibilizzazione alla risoluzione dei problemi.</p>	<p>E' stata costantemente monitorata l'attività prescrittiva di farmaci soggetti a registro AIFA per identificare e risolvere eventuali problemi durante le fasi di prescrizione-erogazione.</p>
Distribuzione diretta 1° ciclo terapia		
<p>7. A seguito di dimissione da ricovero e/o di visita specialistica ambulatoriale dovrà essere assicurata l'erogazione del 1° ciclo di terapia in distribuzione diretta. L'attività di distribuzione diretta continua ad essere garantita nell'ambito della residenzialità, della semi-residenzialità e dell'assistenza domiciliare presso tutte le strutture. Inoltre relativamente ai medicinali di nuova autorizzazione all'immissione in commercio e che sono inseriti nell'elenco dei farmaci erogabili in DPC, attuazione di ogni utile percorso per favorire la distribuzione diretta nelle more della effettiva disponibilità di tali medicinali in DPC fornendo anche le opportune informazioni ai prescrittori.</p>	<p>7.a. Prosecuzione dell'attività di distribuzione diretta in primo ciclo e nelle strutture territoriali. 7.b. Attività informativa ai prescrittori in merito alle tempistiche di distribuzione dei nuovi farmaci inseriti in DPC. - Trasmissione alla DCS entro il 31.1.2018 di una relazione con la quale viene illustrata l'attività svolta e i risultati raggiunti nel 2017 (modifica DGR 1571/2017)</p>	<p>7.a L'attività di distribuzione diretta è proseguita regolarmente. 7.b I prescrittori sono stati informati tempestivamente in merito alle nuove molecole e alle tempistiche di distribuzione sul territorio.</p>
Distribuzione per conto		
<p>8. Per i medicinali DPC per i quali si rilevi un elevato ricorso alla non sostituibilità da parte del prescrittore, attuare specifici approfondimenti con i prescrittori, dando evidenza alla direzione</p>	<p>8. Monitoraggio del ricorso alla non sostituibilità per i farmaci in DPC e adozione di azioni di approfondimento con i prescrittori in caso di</p>	<p>E' stata effettuata l'analisi delle ricette spedite in SSN e segnalate in WebDPC come mancanti "non sostituibili" del 1° quadrimestre 2017. Il numero di confezioni erogate in SSN per non</p>

Linea Assistenza farmaceutica		
Obiettivo	Risultato atteso	Risultato al 31.12.2017
centrale dei monitoraggi effettuati e delle azioni adottate.	particolati criticità.	sostituibilità è inferiore all'1% del totale dei pezzi erogati in DPC, pertanto per il momento non si è ritenuta utile nessuna azione correttiva nei confronti dei prescrittori in quanto non sono state rilevate particolari situazioni di criticità.
Integrazione farmacie		
9. Oltre alla DPC promuovere l'attività di integrazione delle farmacie nel SSR nell'ambito della farmacia dei servizi, con particolare riferimento alle farmacie ubicate nelle zone più disagiate, prioritariamente su temi quali le patologie croniche, l'aderenza alle terapie, la prevenzione di interazioni ed eventi avversi.	9. Valutazione su eventuali implementazioni delle attività attualmente avviate nell'ambito della farmacia dei servizi.	Attualmente nel territorio non sono emerse necessità di implementazione dei servizi offerti.
Farmacovigilanza		
10. Sul tema della farmacovigilanza continuano le attività già avviate a livello regionale dalla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, quali la segnalazione spontanea in pronto soccorso, la segnalazione nell'ambito della dimissione da ricovero ospedaliero. Verranno inoltre avviati un percorso formativo a distanza (FAD) specifico sull'utilizzo della nuova piattaforma nazionale Vigifarmaco, nonché i progetti di farmacovigilanza attiva approvati dall'Agenzia italiana del farmaco. Su tali iniziative assicurare la partecipazione dei sanitari interessati e il supporto alle attività organizzative. In tale ambito continua a trovare applicazione la convenzione di cui alle DGR 435/2013 e 2199/2014. In generale, anche tramite convenzione della direzione centrale con gli Enti del SSR potranno essere avviati progetti sulle attività stabilite dalla DGR 1365/2015, volti a favorire	10. Partecipazione alle progettualità e alle attività formative organizzate dalla DCS.	Nell'anno 2017 non sono state avviate specifiche progettualità regionali che coinvolgano l'AAS5. Si è provveduto ad estendere anche ai medici di medicina generale il corso sulla "Patologia iatrogena" proposto nel 2016 in ambito ospedaliero. Si sono organizzate 5 edizioni, una per ogni distretto aziendale, all'interno della formazione sul campo specifica per la medicina generale. Elenco delle edizioni: 20 aprile: distretto Nord 25 maggio: distretto Sud 12 ottobre: distretto Est 26 ottobre: distretto Ovest 14 dicembre: distretto Urbano

Linea Assistenza farmaceutica		
Obiettivo	Risultato atteso	Risultato al 31.12.2017
un'informazione indipendente sull'impiego sicuro del farmaco, utilizzando i fondi statali dedicati a tali iniziative.		
Appropriatezza uso dispositivi assistenza integrativa		
11. Potenziare il monitoraggio e la verifica dell'appropriatezza d'uso dei dispositivi per l'assistenza integrativa al fine di porre in essere ogni azione utile ad una razionalizzazione della spesa e dei consumi di tali prodotti. Dovranno, inoltre, essere avviate a livello aziendale o in collaborazione tra aziende iniziative che prevedano differenti modalità di erogazione/distribuzione dell'assistenza integrativa. In particolare, per quanto riguarda l'erogazione di ausili di assistenza protesica, favorire la distribuzione diretta e prevedere, relativamente agli ausili per diabetici modalità di erogazione vantaggiose per l'SSR (es. diretta, accordi con le farmacie).	11. Monitoraggio periodico dell'utilizzo di dispositivi per l'assistenza integrativa e valutazione di modalità di erogazione alternative ed economicamente vantaggiose per gli ausili per diabetici.	E' stato effettuato il monitoraggio dei consumi di presidi in assistenza integrativa e la valutazione della congruità del codice esenzione per diabete con l'anagrafe delle esenzioni del FVG per il 1° semestre 2017 (ultimo dato disponibile). E' stata valutata la distribuzione diretta di ausili per diabetici alle pazienti seguite in ospedale per diabete gravidico, il progetto partirà nel corso del 2018.
Cartella oncologica		
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.	12. Monitoraggio periodico della completezza della cartella oncologica.	Il servizio di Oncologia a partire dal 1 gennaio 2017 è afferente al Centro di Riferimento Oncologico di Aviano
Aziende con logistica centralizzata		
13. Garantire la copertura delle prescrizioni personalizzate da parte dei medici dipendenti da AAS5 con iter elettronico tramite PSM per l'85% 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.	13. Prosecuzione dell'attività di promozione/assistenza nell'utilizzo delle prescrizioni informatizzate in particolare negli ambiti di scarso utilizzo.	La prescrizione in PSM è attiva in tutti i reparti e prosegue regolarmente l'attività di assistenza nell'utilizzo sempre maggiore del sistema (88% prescrizioni personalizzate con iter elettronico).
Prescrizione informatizzata piani terapeutici		
14. Dovrà essere garantito il ricorso (prima prescrizione e	14. Monitoraggio del ricorso alla prescrizione	Nel corso del primo quadrimestre si è provveduto ad attivare

Linea Assistenza farmaceutica		
Obiettivo	Risultato atteso	Risultato al 31.12.2017
rinnovi) alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici implementati/disponibili a sistema, tramite l'applicativo PSM-PT, in almeno il 50% dei nuovi pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive.	informatizzata tramite PSM-PT per i nuovi pazienti e implementazione progressiva del sistema informatizzato.	tempestivamente i nuovi piani terapeutici resi disponibili da Insiel. Dal monitoraggio effettuato, nel corso dell'anno 2017 la percentuale di piani informatizzati in ASS5 è del 98% (data verifica: 06/03/2018)
Flussi informativi		
15. 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 codice targatura in fase di erogazione dei medicinali.	15. Mantenimento dell'implementazione e controllo dei flussi informativi.	E' stato mantenuto l'invio dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali e nel corso del primo quadrimestre sono stati avviati gli scarichi comprensivi del codice targatura e l'attività è proseguita per tutto l'anno.
16. Sempre con riferimento ai flussi informativi, dare riscontro agli eventuali approfondimenti richiesti dalla Direzione Centrale, anche su istanza Ministero della Salute, entro 15 giorni dalle comunicazioni.	16. Effettuazione di approfondimenti eventualmente richiesti dalla DCS	Non sono stati richiesti approfondimenti.

3.6 PROGETTI ATTINENTI LA PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI SOCIOSANITARI

Linea 3.6.1 Non autosufficienza e disabilità

Governare e riqualificazione del sistema residenziale e semiresidenziale per anziani		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Risultato al 31.12.2017
<p>2. Processo di riclassificazione delle residenze per anziani</p>	<p>1. Vengono assicurati i livelli di collaborazione richiesti dall'Amministrazione Regionale in attuazione a quanto previsto al titolo X del D.P.Reg. 144/2015 attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ la verifica del possesso dei requisiti strutturali ed edilizi dichiarati dagli enti gestori delle strutture residenziali nell'ambito del processo medesimo (art. 52, comma 5 del D.P.Reg. 144/2015) nei casi richiesti dalla Regione; ○ il supporto alla valutazione delle domande di nuova classificazione presentate dagli enti gestori (articolo 56, comma 2), secondo le modalità indicate dalla Regione; ○ il supporto alla valutazione dei bisogni degli utenti delle residenze per anziani attraverso l'utilizzo del sistema di valutazione multidimensionale Val.Graf.-FVG (articolo 50 del D.P.Reg. 144/2015), nelle residenze per anziani non convenzionate. 	<p>Il personale aziendale (Dipartimento Prevenzione, direzione Sanitaria e AGL) ha mantenuto i livelli di collaborazione per l'attuazione di quanto previsto dal Titolo X del DPR 144/15.</p> <p>Sono stati programmati degli incontri con Area Welfare per la valutazione congiunta del fascicolo predisposto per ogni struttura, ammissibilità del livello di classificazione e definizione e predisposizione della tipologia di nuova autorizzazione.</p> <p>Programmato per il primo semestre 2018 avvio dei sopralluoghi per rilascio nuove autorizzazioni all'esercizio a pieno titolo.</p>
<p>2. Monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani</p>	<p>1. Mantenimento delle attività di verifica e promozione della qualità</p> <p>2. Realizzazione di almeno tre audit (a livello aziendale).</p> <p>3. Redigere e trasmettere alla DCS, entro il primo semestre 2017, una dettagliata relazione illustrativa delle attività di monitoraggio e promozione della qualità realizzate.</p>	<p>1. Sono state mantenute le attività di verifica e promozione della qualità, sono stati richiesti alle strutture, che negli anni passati sono stati oggetto di audit, nuovi piani di miglioramento e monitorizzati i piani di miglioramento proposti per l'anno 2016.</p> <p>Avviati incontri presso le strutture residenziali su ICA e lavaggio delle mani (140 partecipanti nel 2017).</p> <p>2. Sono stati realizzati 6 audit presso le strutture residenziali di Spilimbergo (09.02), Casa Serena (11.03), Azzano Decimo (21.04), Clauzetto (16.05), Sacile (23.05), Morsano (25.05).</p> <p>Sono stati inoltre richiesti, acquisiti e valutati i piani di</p>

		<p>miglioramento di alcune strutture su aspetti critici rilevati negli anni precedenti, nonché la coerenza delle attività poste in essere.</p> <p>3. Inviata relazione DCS relativa al primo semestre 2017.</p>
<p>3. 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 convenzionati del proprio territorio</p>	<ol style="list-style-type: none"> Mantenere il monitoraggio degli aggiornamenti delle Val. Graf._FVG secondo le tempistiche previste dalla norma e trasmettere alle strutture formale comunicazione della situazione rilevata. Effettuare verifica trimestrale nel sistema SIRA-FVG dei report relativi alle presenze, ai movimenti degli ospiti e alle liste d'attesa prodotti delle strutture residenziali convenzionate. 	<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 trimestrali nel sistema SIRA-FVG.</p>
<p>4. 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>	<ol style="list-style-type: none"> 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 deve essere effettuata da un'equipe multi-professionale sanitaria e sociale del distretto e dell'ambito di riferimento dell'utente. 	<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.</p> <p>La VMD viene effettuata da un'equipe multi-professionale sanitaria e sociale del distretto e dell'ambito di riferimento dell'utente.</p>

Fondo Autonomia Possibile – salute mentale		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Risultato al 31.12.2017
<p>Fondo per l'Autonomia Possibile – salute mentale</p>	<p>– 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 .</p>	<p>La progettazione Fondo per l'Autonomia Possibile – salute mentale (Fap) viene costantemente monitorata dalle varie Equipe distrettuali competenti ed il finanziamento UTI+AAS5 da una risposta significativa ai bisogni sui vari assi di intervento previsti (abitare, socialità, lavoro).</p>

Fondo gravissimi																																																			
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Risultato al 31.12.2017																																																	
Fondo gravissimi	<p>– In base al regolamento emanato con DPRReg 247/2009, in collaborazione con gli Ambiti distrettuali, svolgimento delle attività di accertamento e segnalazione dei casi di gravissima disabilità fornendo alla Direzione Centrale altresì tutta la documentazione necessaria alla valutazione selettiva.</p> <p>– A seguito delle disposizioni contenute nel decreto interministeriale di ripartizione del Fondo nazionale non autosufficienze 2016 (art. 3), partecipazione alla rilevazione (da effettuarsi entro il primo trimestre 2017) del numero di persone con disabilità gravissima secondo le condizioni individuate nel decreto medesimo.</p>	<p>1) Sono state trasmesse ai competenti servizi regionali le informazioni/documentazione richieste (DPRReg 247/09).</p> <p>2) E' stato inviato entro 31 marzo 2017 un documento attestante il numero di persone con gravissima disabilità dell'AAS5 secondo le indicazioni individuate nel decreto interministeriale. Tale documento è stato prodotto con la collaborazione di distretti e dipartimenti.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Riferimento</th> <th>Criterio A</th> <th>Criterio B</th> <th>Criterio D</th> <th>Criterio E</th> <th>Criterio G</th> <th>Totale</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Distretto Nord</td> <td>15</td> <td>6</td> <td>2</td> <td>49</td> <td>10</td> <td>82</td> </tr> <tr> <td>Distretto Sud</td> <td>1</td> <td>6</td> <td>2</td> <td>38</td> <td>7</td> <td>54</td> </tr> <tr> <td>Distretto Est</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>23</td> <td>6</td> <td>30</td> </tr> <tr> <td>Distretto Ovest</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>61</td> <td>21</td> <td>94</td> </tr> <tr> <td>Distretto Urbano</td> <td>5</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>30</td> <td>23</td> <td>66</td> </tr> <tr> <td>TOTALE DISTRETTI</td> <td>25</td> <td>19</td> <td>14</td> <td>201</td> <td>67</td> <td>326</td> </tr> </tbody> </table> <p>Criterio A: persone in coma Criterio B: persone con ventilazione assistita a domicilio Criterio D: persone con lesioni spinali C1-C5 Criterio E: persone con patologia neurologica Criterio G. persone con grave disabilità comportamentale e Disturbi Spettro Autistico</p>	Riferimento	Criterio A	Criterio B	Criterio D	Criterio E	Criterio G	Totale	Distretto Nord	15	6	2	49	10	82	Distretto Sud	1	6	2	38	7	54	Distretto Est	1	0	0	23	6	30	Distretto Ovest	3	4	5	61	21	94	Distretto Urbano	5	3	5	30	23	66	TOTALE DISTRETTI	25	19	14	201	67	326
Riferimento	Criterio A	Criterio B	Criterio D	Criterio E	Criterio G	Totale																																													
Distretto Nord	15	6	2	49	10	82																																													
Distretto Sud	1	6	2	38	7	54																																													
Distretto Est	1	0	0	23	6	30																																													
Distretto Ovest	3	4	5	61	21	94																																													
Distretto Urbano	5	3	5	30	23	66																																													
TOTALE DISTRETTI	25	19	14	201	67	326																																													

Autoveicoli privati per il trasporto di persone disabili		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Risultato al 31.12.2017
Autoveicoli privati per il trasporto di persone disabili	A seguito della modifica dell'art. 3, commi 91, 92 della legge regionale 2 febbraio 2005, n. 1, erogazione di contributi a favore di persone con disabilità per l'acquisto e l'adattamento di autoveicoli per il trasporto personale e per il conseguimento dell'abilitazione alla guida.	A seguito della modifica dell'art. 3, commi 91, 92 della legge regionale 2 febbraio 2005, n. 1, quest'Azienda Sanitaria provvede regolarmente all'erogazione di contributi a favore di persone con disabilità per l'acquisto e l'adattamento di autoveicoli per il trasporto personale e per il conseguimento dell'abilitazione alla guida. Sono stati concessi ed erogati 74.883,55 euro per DIECI domande ricevute nel 2017; il residuo di 1.344,71 euro verrà impiegato per il finanziamento delle domande di contributo che verranno presentate nel corso del 2018.

Vigilanza dei servizi semiresidenziali e residenziali sociosanitari destinati a persone anziane e con disabilità		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Risultato al 31.12.2017
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.	Effettuare l'attività di vigilanza e controllo su almeno 12 strutture dei servizi/strutture collocati sul territorio di competenza.	Il personale aziendale (Dipartimento Prevenzione, direzione Sanitaria e AGL) ha mantenuto i livelli di collaborazione per l'attuazione di quanto previsto dal Titolo X del DPR 144/15. Sono stati programmati degli incontri con Area Welfare per la valutazione congiunta del fascicolo predisposto per ogni struttura, ammissibilità del livello di classificazione e definizione e predisposizione della tipologia di nuova autorizzazione. Programmato per il primo semestre 2018 avvio dei sopralluoghi per rilascio nuove autorizzazioni all'esercizio a pieno titolo.

Linea 3.6.2 Minori		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Risultato al 31.12.2017
<p>Applicazione delle Linee guida regionali per l'affido familiare approvate con delibera n. 1115 del 12 giugno 2015.</p>	<p>– linee guida regionali con tutte le forme di affido tramite utilizzo della scheda di monitoraggio e Evidenza dell'applicazione delle verifica regionale e/o locale (scheda presentazione caso all'UVMF e verbale)</p>	<p>Come previsto dal Protocollo Regionale sull'Affido è proseguita la collaborazione fra Consulenti 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.</p>
	<p>– Garantire una presa in carico tempestiva del minore, della famiglia, garantendo interventi specialistici continuativi e mirati ai singoli individui, attivando azioni e interventi specialistici, per favorire il recupero delle potenzialità genitoriali, il sostegno psicologico del minore e il suo possibile rientro nella famiglia di origine.</p>	<p>Come previsto dal Protocollo Regionale sull'Affido è stata garantita la presa in carico dei nuclei familiari da parte dei Consulenti dell'AAS 5. La documentazione (scheda monitoraggio, schede UVMF, verbali di incontri) sono conservate negli archivi dei Consulenti Familiari.</p>
<p>Il Tavolo di lavoro regionale, con il coinvolgimento dei consulenti familiari, assumerà la valenza di organismo tecnico specialistico di approfondimento delle diverse tematiche riguardanti l'adozione nazionale e internazionale, con particolare riferimento alle singole procedure di idoneità e abbinamento adottivo, sull'iter post adottivo, nonché di prassi condivise sulle prestazioni specialistiche dell'operato servizi sanitari coinvolti, in primis i consulenti familiari e dei diversi Enti autorizzati per l'adozione internazionale.</p>	<p>– Partecipazione ad almeno l'80% degli incontri del tavolo di lavoro regionale per l'elaborazione delle Linee guida per le adozioni nazionali e internazionali.</p>	<p>Nel 2016 è stata completata l'elaborazione delle Linee Guida Regionali ed è stata avviata la loro sperimentazione in tutto il territorio regionale. Nel 2017 è stata garantita la partecipazione a tutti gli incontri del tavolo di lavoro regionale.</p>

Linea 3.6.3: Piano di Zona		Risultato al 31.12.2017
Obiettivo aziendale: Piano di Zona	Risultati attesi: <ul style="list-style-type: none"> - Evidenza dell'Atto di Intesa sottoscritto tra AAS5 e i Servizi sociali dei Comuni della provincia di Pordenone associati nelle UTI - Trasmissione dei documenti di programmazione integrata locale nelle modalità e termini indicati dalla Regione - Sviluppo e completamento degli obiettivi di integrazione sociosanitaria 	<p>La Conferenza dei Sindaci dell'AAS5, nella seduta del 27 febbraio 2017, ha approvato la continuità nel corso del 2017 degli obiettivi ed azioni previsti dal PAA 2016.</p> <p>Nella stessa seduta, è stato deciso, dopo analisi della proposta formulata dalla Cabina di Regia del Piano di Zona della provincia di Pordenone, di centrare maggiore attenzione agli obiettivi relativi a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Minori e genitorialità - Inclusione ed integrazione lavorativa
<p>In considerazione della complessità dell'attuale fase di passaggio delle funzioni dei Servizi sociali dei Comuni alle UTI, per il momento non sono stati fissati termini entro i quali procedere alla sottoscrizione dell'Atto di intesa e della presentazione del Piano attuativo annuale 2017.</p>	<p>PROPOSTA MODIFICA</p> <p>RISULTATO ATTESO:</p> <p>Monitoraggio degli obiettivi sociali e sociosanitari 2016 inviati in Regione entro il 31/03/2017</p> <p>Dare continuità nel corso del 2017 agli obiettivi ed azioni del PAA 2016</p> <p>Dare prioritario sviluppo operativo nel corso del 2017 alla modalità dei Tavoli di Lavoro della Cabina di Regia sui seguenti temi individuati come prioritari:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Minori e genitorialità; - Inclusione ed integrazione lavorativa. 	<p>La Conferenza dei Sindaci, nella seduta del 14/10/2017, in carenza di linee di programmazione regionale, ha deciso di approntare un documento di intesa sul PAA per il periodo 2017-2018. I Servizi sociali dei Comuni hanno elaborato i rispettivi PAA, con la partecipazione della DSS per le parti di integrazione sociosanitaria, con adozione da parte delle varie Assemblea dei Sindaci.</p> <p>Il monitoraggio degli obiettivi sociali e sociosanitari è stato presentato alla Conferenza dei Sindaci il 27/2/2017.</p> <p>La Conferenza dei Sindaci il 27/2/2017 ha approvato la continuità nel corso del 2017 degli obiettivi ed azioni previsti dal PAA 2016.</p> <p>Per il primo aspetto, nella seduta successiva della Cabina di Regia (30/3/17) si sono convenuti alcuni aspetti operativi che hanno visto, entro il 30/4/17, l'avvio di lavori di gruppo dei Dipartimenti e servizi aziendali dedicati all'area materno-infantile e tutela minori propedeutici ad una definizione operativa territoriale su aspetti rilevanti quali ad esempio il tema delle visite protette o gli inserimenti in comunità con importanti aspetti sociosanitari e</p>

sanitari.

Per il secondo aspetto, la DSS, il gruppo aziendale sull'agricoltura sociale appositamente costituito (con la presenza di operatori del SIL aziendale) da una parte, ed i Servizi sociali dei Comuni dall'altra hanno intrapreso alcune azioni di collaborazioni finalizzate alla predisposizione di accordi operativi utili alla predisposizione di progetti per il bando del Piano di Sviluppo Rurale regionale dedicato all'agricoltura sociale, vista come una risorsa multifunzionale per azioni di inclusione sociale ed integrazione lavorativa.

Entro la fine del 2017, l'AAS5 ha aderito alle due progettualità di Comuni associati (una con il Comune di San Quirino ed una con il Comune di Spilimbergo quali capofila).

La DSS con il SIL ha partecipato alle riunioni di lavoro promosse dalle competenti Direzioni regionali (Lavoro e Politiche sociali) per la redazione del nuovo regolamento sui tirocini lavorativi e per l'inclusione sociale (approvato poi ad inizio 2018).

Sono proseguite le riunioni periodiche della Cabina di Regia del Piano di Zona con particolare attenzione, nelle sedute di giugno e luglio, sul tema della tutela minorile e sostegno alla genitorialità.

Nelle ultime sedute dell'anno, la Cabina di Regia, sviluppando le azioni per la realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali per le Persone con Disabilità (parte integrante dell'Atto di Delega alla AAS5 approvato dalla Conferenza dei Sindaci il 27/12/17) ha convenuto di tenere conto delle riflessioni operative condivise, per la prima volta, tra più Servizi e Dipartimenti, nella predisposizione sia di progetti specifici del PAL aziendale 2018 sia nelle schede di budget 2018, al fine di dare

		<p>continuità operativa al percorso intrapreso.</p> <p>Anche per sostenere questo importante lavoro di integrazione sociale e sociosanitaria, il DSS ha predisposto una pubblicazione relativa ai contenuti della parte sociosanitaria del Decreto 12/1/17 sui Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).</p>
--	--	--

3.7 RAPPORTO CON I CITTADINI

Linea n. 3.7.1 Tempi di attesa

Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Risultato al 31.12.2017
<p>1) Rispettare i tempi d'attesa per la specialistica ambulatoriale e i ricoveri per interventi chirurgici programmati (allegato: <i>Elenco delle prestazioni oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa</i>).</p>	<p>1. Specialistica ambulatoriale - Nei riguardi dei cittadini deve essere assicurata la garanzia erogativa per le priorità B al > 95%, per la priorità D al > 90% e per le priorità P al > 85%</p> <p>2. Interventi chirurgici - Garantire il rispetto dei tempi secondo i codici di priorità A (almeno 95% della casistica), B, C e D (almeno 90% della casistica)</p>	<p>Specialistica ambulatoriale Le prestazioni traccianti che il monitoraggio dei tempi di attesa ha evidenziato come critiche nel corso del 2017 sono risultate:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Visita endocrinologica ▪ Visita ortopedica ▪ Visita fisiatrica ▪ Visita pneumologica ▪ Prestazioni di endoscopia digestiva ▪ RMN encefalo e addome (per la priorità B) <p>Altre prestazioni (visita di chirurgia vascolare, visita gastroenterologica, visita urologica, EMG), che nei primi mesi dell'anno avevano dimostrato basse percentuali di rispetto, hanno visto un progressivo miglioramento delle performance.</p> <p>Gli interventi correttivi adottati sono stati i seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistematica riorganizzazione delle attività esistenti, per un'offerta più aderente alla domanda ▪ Aumento dell'offerta, attraverso l'assunzione di personale (oculistica, pneumologia, gastroenterologia, chirurgia vascolare) o con ricorso a strumenti incentivanti ▪ Rimodulazione dell'offerta degli erogatori privati accreditati, orientata ad un aumento delle prestazioni di diagnostica per immagini ▪ Governo della domanda attraverso la definizione di protocolli di prioritarizzazione delle prestazioni nel contesto di una collaborazione fra Ordine provinciale dei medici chirurghi e specialisti aziendali <p>Criticità persistenti</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'aumento dell'offerta determina miglioramenti delle performance che non si mantengono nel tempo, favorendo l'inappropriatezza della domanda e la mobilità dei pazienti ▪ La difficoltà ad adeguare l'offerta laddove strutturalmente insufficiente per l'indisponibilità di professionisti in fase di assunzione (es. ortopedici) o per la limitata possibilità di utilizzo di strumenti incentivanti ▪ L'inappropriatezza della domanda ▪ Il condizionamento della domanda e della tipologia di offerta che deriva dalla presenza nel

		<p>territorio aziendale dell'IRCCS CRO</p> <p>Interventi chirurgici</p> <p>Si confermano le criticità rilevate nel 2016, in particolare per gli interventi di neoplasia di prostata, rene e vescica.</p> <p>Le attività correttive poste in campo hanno riguardato, oltre all'adeguamento degli organici, la revisione del percorso di prericovero e revisione delle regole di programmazione del sale operatorie.</p>												
2) Monitorare i tempi d'attesa.	L'Azienda rispetta i tempi per la trasmissione dei monitoraggi ministeriali (ALPI e attività istituzionale).	Sono stati trasmessi tutti i monitoraggi previsti.												
3) Configurare le agende dell'AAS5 e delle strutture private accreditate presenti sul suo territorio per la prenotazioni on line.	Le agende sono adeguate alla prenotazione on line secondo le indicazioni dell'EGAS.	Le agende sono state adeguate alle indicazioni ricevute sia per le strutture pubbliche che per le strutture private accreditate, con l'eccezione della Struttura La Nostra Famiglia per la quale è in corso la configurazione delle agende, che si concluderà entro giugno 2018.												
4) Rispettare il rapporto tra attività libero professionale e istituzionale .	Il rapporto tra i volumi erogati sono costantemente monitorato in relazione al rispetto dei tempi d'attesa garantiti per l'attività istituzionale.	<p>E' rispettato il rapporto tra attività libero professionale e istituzionale</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dati 2017</th> <th>LP</th> <th>IST.</th> <th>% LP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>AMB</td> <td>48640</td> <td>3298384</td> <td>1,47%</td> </tr> <tr> <td>RIC</td> <td>34</td> <td>34132</td> <td>0,10%</td> </tr> </tbody> </table>	Dati 2017	LP	IST.	% LP	AMB	48640	3298384	1,47%	RIC	34	34132	0,10%
Dati 2017	LP	IST.	% LP											
AMB	48640	3298384	1,47%											
RIC	34	34132	0,10%											
5) informatizzare e rendere disponibili a sistema CUP regionale le agende delle prestazioni ambulatoriali.	Entro il 31/12/2017 le agende delle prestazioni ambulatoriali sono visibili a CUP regionale	<p>L'offerta ambulatoriale è informatizzata e, per le prestazioni di primo accesso, è differenziata per priorità clinica.</p> <p>La prenotazione a call center è garantita per tutte le prestazioni traccianti e per gran parte delle altre prestazioni di primo accesso.</p>												
LR 7/2009: abbattimento liste di attesa	<p>Le AAS/ASUI presentano una relazione alla Direzione Centrale Salute in cui vengono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - rendicontate le modalità di utilizzo del finanziamento attribuito nell'indistinto pro-capite (L.R. 7/2009) - illustrati i risultati ottenuti in termini di contenimento dei tempi di attesa. 	<p>I contratti stipulati con gli erogatori privati accreditati prevedono una quota extratetto pari al 40 % del finanziamento legge 7/2009 che sono stati destinati all'aumento dell'offerta delle prestazioni per le quali risulta critico il rispetto dei TdA.</p> <p>Alle strutture private accreditate per la specialistica ambulatoriale (SaniSystem srl, Diagnostica 53 srl e Centro medica Esperia srl) che insistono sul territorio dell'AAS 5 è stata attribuita, nel 2017, una quota pari al 20% del finanziamento assegnato in applicazione alla legge 7/2009, per un ammontare complessivo pari a € 120.000.</p> <p>Le prestazioni traccianti erogabili da tali strutture sono quelle appartenenti alla branca di diagnostica per immagini. Alla loro erogazione è stato legato il 70% del budget complessivo assegnato, così come previsto dall'Accordo di cui all'Allegato 2 della DGR</p>												

		<p>42/2017.</p> <p>Alla Casa di Cura S. Giorgio è stata attribuita, nel 2017, un'ulteriore quota pari al 20% del finanziamento assegnato in applicazione alla legge 7/2009, per un ammontare complessivo pari a € 120.000, legata ad un incremento delle prestazioni di coloscopia, RM addome, encefalo e tronco encefalico, RM cardiaca, TC encefalo, addome e torace, ecografia cardiaca, visita cardiologica e visita fisiatrica.</p> <p>L'esito delle azioni di governo della domanda e dell'offerta è descritto al punto 1. Risulta complesso identificare quale sia il contributo al contenimento dei tempi di attesa attribuibile all'incremento del budget assegnato ai privati accreditati, in considerazione della molteplicità delle variabili che intervengono nella determinazione del rapporto domanda/offerta. Tuttavia, per il 2017, il concorso di queste strutture potrebbe essere stato condizionato dalla difficoltà di adeguare, in un tempo relativamente breve, l'offerta alle richieste, in particolare quando questo ha significato reclutare nuovi professionisti.</p>
--	--	--

Linea n. 3.7.2 Apertura dei reparti di terapia intensiva e semi-intensiva ai care giver

<p>Obiettivo aziendale: Abolizione delle limitazioni non motivatamente necessarie (es. effettiva necessità di isolamento) per i caregiver indicati dai pazienti degenti presso le degenze intensive e semi-intensive</p>	<p>Risultato atteso: - evidenza del percorso e sua attuazione per garantire l'obiettivo regionale - I degenti presso le TI e TSI intervistati dopo la dimissione dichiarano la presenza dei caregiver durante il ricovero nel 90% dei casi</p>	<p>Risultato al 31.12.2017 Le attività previste sono state avviate coerentemente con i tempi richiesti dalla Regione .</p>
---	---	--

Linea n. 3.7.3 Presenza del care giver in corso di visita nei reparti di degenza

<p>Obiettivo aziendale Possibilità dei pazienti di avere accanto il caregiver al momento della visita medica o dell'esecuzione delle procedure assistenziali.</p>	<p>Risultato atteso - evidenza del percorso e sua attuazione per garantire l'obiettivo regionale - I degenti presso le degenze ordinarie intervistati dopo la dimissione dichiarano la presenza dei caregiver durante la visita medica o l'esecuzione delle procedure assistenziali nel 90% dei casi</p>	<p>Risultato al 31.12.2017 Le attività previste sono state avviate coerentemente con i tempi richiesti dalla Regione .</p>
--	--	--

Linea n. 3.7.4 Contatto telefonico dopo la dimissione da un intervento chirurgico (recall)		
Obiettivo aziendale Accertamento delle condizioni cliniche e assistenziali del paziente dopo la dimissione da un intervento chirurgico	Risultato atteso Contatto telefonico entro 5 giorni dalla dimissione per raccogliere informazioni relative al decorso clinico assistenziale. La valutazione sarà effettuata su un campione di pazienti e l'obiettivo sarà: - raggiunto: risposta positiva in almeno il 90% dei pazienti campionati - non raggiunto: risposta positiva al di sotto del 40% dei pazienti - parzialmente raggiunto: risposta positiva per percentuali comprese tra 40% ed il 90%	Risultato al 31.12.2017 Le attività previste sono state avviate coerentemente con i tempi richiesti dalla Regione

Linea n. 3.7.5 Individuazione del medico responsabile della gestione del ricovero del paziente		
Obiettivo aziendale Informazione del paziente sul medico che ha la responsabilità della gestione del suo ricovero	Risultato atteso - evidenza del percorso e sua attuazione per garantire l'obiettivo regionale - Il 90% dei pazienti dimessi dopo ricovero di durata superiore alle 4 giornate afferma di essere stato informato sul nominativo del medico responsabile della gestione del suo caso	Risultato al 31.12.2017 Le attività previste sono state avviate coerentemente con i tempi richiesti dalla Regione .

Linea 3.7.6 Esperienza nei percorsi assistenziali		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Risultato al 31.12.2017
<p>Attuare le indicazioni delle Linee di gestione 2017 attraverso l'individuazione di metodi di condivisione dell'esperienza dei cittadini nei percorsi assistenziali. Prosecuzione dell'attività di coinvolgimento e collaborazione con le Associazioni di utenti e di volontariato nella valutazione dell'esito delle cure.</p>	<p>- evidenza del percorso e sua attuazione per garantire l'obiettivo regionale</p> <p>-Condividere con le Associazioni sul metodo di somministrazione del questionario ai cittadini da parte degli operatori di call center.</p> <p>Coinvolgimento da parte dei Distretti delle Associazioni presenti ei rispettivi territori per la condivisione di proposte di miglioramento sulla qualità delle cure.</p>	<p>1) Il Comitato di Partecipazione è stato istituito con Decreto 317 del 11/05/2017 e si è ufficialmente insediato in data 12/06/2017 incontrandosi 5 volte. Sul sito Aziendale è stata creata una pagina dedicata http://www.aopn.sanita.fvg.it/it/partners/comitato_aziendale_partecipazione.html</p> <p>2) In fase di definizione la scelta della metodologia di somministrazione dei questionari di soddisfazione ai cittadini.</p> <p>3) Proposta di un gruppo di miglioramento aziendale con la partecipazione delle Associazioni e dei MMG per la produzione congiunta di una "Carta degli impegni".</p> <p>4) Le Associazioni sono invitate dal D.G. a proporre alcuni obiettivi da inserire nel Pal del prossimo anno.</p> <p>I distretti, in un ottica di coinvolgimento delle Associazioni hanno partecipato/organizzato una serie di incontri:</p> <p>-Distretto sud: marzo (Azzano X) vaccinazioni. In programma: incontro a novembre su AFA e su specialistica ambulatoriale.</p> <p>-Distretto ovest: 13 giugno (CANEVA): organizzazione attività MMG.</p> <p>In programma: 17 ottobre (SACILE): L'offerta sanitaria territoriale: la buona sanità che non si vede.</p> <p>-Distretto nord: aprile (Maniago): stato di salute del distretto nord; Marzo (Montereale Valcellina): i problemi alcol correlati.</p> <p>-Distretto urbano: 12 maggio (Pordenone): incontro distretto urbano con associazione alzheimer : "tutela e agevolazioni anziani non autosufficienti"</p> <p>-Distretto est: 13.7.2017 (San Vito): Incontro pubblico "Cure dentistiche. Odontoiatria sociale: cos'è e come si accede".</p> <p>Sono stati svolti in tutti i distretti una serie di incontri richiesti dal sindacato CISL pensionati, sul tema della salute e dei servizi orientati agli anziani.</p>

4 FLUSSI INFORMATIVI E VALUTAZIONI

Linea n. 4 Flussi informativi e valutazioni		
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:	Risultato al 31.12.2017
Avvio nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)	Corretta compilazione dei nuovi campi in almeno il 90% delle SDO - Partecipare alle attività di monitoraggio e valutazione sull'utilizzo della nuova SDO	E' stato reso disponibile il nuovo software per la compilazione della nuova SDO dal mese di marzo 2017 e ne viene costantemente verificato l'utilizzo
Qualità dei dati ai fini amministrativi, epidemiologici e gestionali	Partecipazione al programma di formazione regionale. A conclusione della formazione è attesa la corretta compilazione di almeno il 90% delle schede di morte e il 90% delle SDO.	Garantita la partecipazione alla formazione regionale e aziendale
Flussi Ministeriali	Corretta alimentazione e rispetto dei tempi di invio di tutti i flussi ministeriali di competenza aziendale	La tempistica di tutti i flussi ministeriali è rispettata.
Obblighi informativi e indicatori	Manutenzione e monitoraggio della congruità delle basi dati con il coordinamento della DCS	Viene garantita la collaborazione con la DCS.
Clima interno	Valutazione del clima interno secondo un percorso definito dalla DCS	In attesa di indicazioni regionali.

5. IL SISTEMA INFORMATIVO

Sistema informativo		Risultato al 31.12.2017
<p>Obiettivo Aziendale</p> <p>1. servizi on line per i cittadini</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Procedere al consolidamento dei servizi on line per i cittadini con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'ulteriore sviluppo dell'infrastruttura del servizio di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali con l'uso della ricetta dematerializzata, nell'ottica della riduzione del tempo di accesso e degli spostamenti dei cittadini; - l'ulteriore estensione del servizio referti on line per le prestazioni sottoscritte digitalmente; - lo sviluppo di tecnologie mobility app per i principali servizi on line sviluppati; - la consultazione liste d'attesa di tutte le prestazioni erogate, ivi incluse le liste d'attesa per i principali interventi chirurgici, indicando la prima data utile; - la collaborazione per l'avvio della dematerializzazione della prescrizione specialistica; 	<p>E' garantita l'attività in funzione degli strumenti messi a disposizione dal SISSR.</p> <p>In particolare sono attivi i seguenti servizi on-line accessibile anche tramite il sito istituzionale dell'AAS5: prenotazione con ricetta rossa ma anche con ricetta dematerializzata, referto on-line per esami sotto scritti digitalmente, avviato a marzo 2017, consultazione dei tempi di attesa per prestazioni ambulatoriali.</p> <p>Si rimane in attesa da parte di Regione della modalità e possibilità di consultazione dei principali interventi chirurgici come la disponibilità di servizi (app) fruibili su dispositivi mobile.</p> <p>L'azienda ha configurato le agende elettroniche delle prestazioni ambulatoriali secondo le indicazioni regionali per la consultazione dei relativi tempi di attesa.</p> <p>Per la gestione delle liste di attesa dei ricoveri programmati le strutture chirurgiche utilizzano l'apposita funzione dell'applicativo ADT, dal quale i dati possono essere estratti per l'eventuale consultazione.</p> <p>Per quanto concerne l'avvio della dematerializzazione della prescrizione specialistica è operativo per tutte le strutture aziendali e per i dipendenti medici specialisti ed ex-sumai ad esclusione della fisioterapia (problemi sulla gestione dei cicli di terapia). I MMG della AAS5 hanno avviato questa attività già nel 2014. Tutti i MMG utilizzano la ricetta de materializzata per le prescrizioni farmaceutiche, ad</p>

<p>2. prosecuzione delle attività già avviate</p>	<ul style="list-style-type: none"> - la collaborazione allo sviluppo dei temi della sanità digitale attraverso l'implementazione di soluzioni informatiche per l'integrazione socio-sanitaria e la continuità della cura; - la collaborazione all'implementazione di soluzioni per la gestione del farmaco all'adesione terapeutica. <p>Proseguire nelle attività già avviate:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sicurezza fisica e logica/funzionale - sistemi di governo, in particolare con lo sviluppo ed il miglioramento degli strumenti di governo dei fattori produttivi ospedalieri - ricetta dematerializzata da estendere, oltre che alla farmaceutica, anche alla specialistica ambulatoriale, per i Medici di medicina generale, i Pediatri di libera scelta e gli specialisti convenzionati e dipendenti del Servizio sanitario regionale - avvio del sistema software per la gestione della Centrale operativa 118 regionale 	<p>eccezione di un numero minimo che esercita la sua attività in zone di montagna dove il segnale non è adeguato (Polcenigo, Tramonti, ecc).</p> <p>E' stata effettuata una verifica anche sulla dematerializzata per le prescrizioni di accertamenti specialistici fatte dai MMG. Circa il 10% dei MMG effettuano prescrizioni specialistiche con de materializzata.</p> <p>Per le collaborazioni sui temi di sanità digitale come implementazioni di soluzioni per gestione del farmaco rimaniamo in attesa di convocazioni tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale</p> <p>Si garantisce la collaborazione ai tavoli regionali per gli aspetti di sicurezza fisica e logica/funzionale</p> <p>Per quanto concerne l'avvio della dematerializzazione della prescrizione specialistica è operativo per tutte le strutture aziendali e per i dipendenti medici specialisti ed ex-sumai ad esclusione della fisioterapia (problemi sulla gestione dei cicli di terapia). E' stata effettuata una verifica anche sulla dematerializzata per le prescrizioni di accertamenti specialistici fatte dai MMG. Circa il 10% dei MMG effettuano prescrizioni specialistiche con de materializzata.</p> <p>Collaborato allo switch della centrale operativa 118 su NUE</p>
--	--	--

<p>3. obbligo dell'utilizzo della firma digitale</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Interventi sull'intero sistema ICT del SSR per gli adeguamenti previsti dalla L.R. 17/2014 - avvio della nuova cartella clinica informatizzata con immediata sospensione delle iniziative autonome di implementazione e/o sviluppo delle attuali - revisione del sistema ASCOT e software collegati per la gestione delle attività amministrative <p>Percentuale minima di refertazione con l'utilizzo della firma digitale rispetto al totale dei referti per:</p> <ul style="list-style-type: none"> - gli applicativi gestionali del G2 Clinico > 90%, in particolare la lettera di dimissione ospedaliera - Laboratorio e microbiologia > 98% - Medicina trasfusionale > 98 % - Anatomia patologica > 98 % - Radiologia > 98% 	<p>Proseguono gli interventi per la riorganizzazione dei sistemi, si evidenzia di nuovo la mancanza di allocazione risorse INSIEL per: unificazione dei siti internet aziendali, migrazione a nuovo domino aziendale, supporto alla fase 3 del riordino per i sistemi clinici (G2Clinico/Configuratore SSSR)</p> <p>Per cartella informatizzata e per revisione del sistema ASCOT si rimane in attesa di conoscere l'evoluzione da parte di DCS.</p> <p>In attesa di disposizioni regionali</p> <p>Tutte le strutture/reparti che producono la lettera di dimissione sono abilitate alla firma digitale, l'ufficio personale ha distribuito le nuove carte operatore per la firma scadute in massa ad aprile, i report per il monitoraggio dei referti/lettere di dimissione firmati digitalmente sono disponibili nell'area dedicata al controllo di gestione.</p> <p>Referti firmati digitalmente 2017 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - G2 Clinico=90% - Laboratorio e microbiologia =99,8% - Medicina trasfusionale =99,97% - Anatomia patologica =100% - Radiologia =99% <p>Lettere di dimissione firmate digitalmente 2017 : 25247/30119 = 83,82%</p>
---	---	---

Sistema PACS regionale		Risultato al 31.12.2017
<p>Obiettivo Aziendale</p> <p>Sistema PACS regionale</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>a. completamento dell'estensione del sistema PACS nel settore dell'endoscopia digestiva ed avvio dell'estensione all'intero ambito dell'endoscopia ambulatoriale (broncoscopia, cistoscopia, colposcopia.);</p> <p>b. 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;</p> <p>c. sviluppo e implementazione del caso d'uso relativo alla consultazione/visualizzazione di referti e immagini in ambito inter-aziendale per il tramite del fascicolo sanitario, nel pieno rispetto dei vincoli e raccomandazioni del Garante della Privacy, previa verifica di disponibilità della rete telematica regionale a larga banda;</p> <p>d. 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 e in risposta a specifiche e motivate richieste da parte dei gruppi di utilizzatori clinici già interessati dal sistema PACS;</p> <p>e. conduzione dello sviluppo e avvio della fase di test della soluzione di integrazione SIO/PACS per la produzione di un referto multimediale/strutturato in Radiologia, Medicina nucleare e Ecocardiografia .</p>	<p>a) attività completata per endoscopia di Pordenone, da fare per San Vito al Tagliamento e Spilimbergo</p> <p>b) attività svolta</p> <p>d) e) in attesa di indicazioni regionali</p>

C2) Obiettivi del Patto tra Regione e Direttore Generale anno 2017 (definiti dalle DGR 774/2017, DGR 1571/2017)

LINEA PROGETTUALE	OBIETTIVO	MODALITA' DI VALUTAZIONE	Risultato al 31.12.2017
A. Tempi d'Attesa	Rispettare i tempi previsti per le prestazioni di cui all'allegato A delle Linee per la gestione del SSR per l'anno 2017.	Si rimanda alla scheda generale valida per tutte le aziende/istituti	<p>Specialistica ambulatoriale</p> <p>Le prestazioni traccianti che il monitoraggio dei tempi di attesa ha evidenziato come critiche nel corso del 2017 sono risultate:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Visita endocrinologica ▪ Visita ortopedica ▪ Visita fisiatrice ▪ Visita pneumologica ▪ Prestazioni di endoscopia digestiva ▪ RMN encefalo e addome (per la priorità B) <p>Altre prestazioni (visita di chirurgia vascolare, visita gastroenterologica, visita urologica, EMG), che nei primi mesi dell'anno avevano dimostrato basse percentuali di rispetto, hanno visto un progressivo miglioramento delle performance.</p> <p>Gli interventi correttivi adottati sono stati i seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistemica riorganizzazione delle attività esistenti, per un'offerta più aderente alla domanda ▪ Aumento dell'offerta, attraverso l'assunzione di personale (oculistica, pneumologia, gastroenterologia, chirurgia vascolare) o con ricorso a strumenti incentivanti ▪ Rimodulazione dell'offerta degli erogatori privati accreditati, orientata ad un aumento delle prestazioni di diagnostica per immagini ▪ Governo della domanda attraverso la definizione di protocolli di prioritizzazione delle

LINEA PROGETTUALE	OBIETTIVO	MODALITA' DI VALUTAZIONE		Risultato al 31.12.2017
				<p>prestazioni nel contesto di una collaborazione fra Ordine provinciale dei medici chirurghi e specialisti aziendali</p> <p>Criticità persistenti</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'aumento dell'offerta determina miglioramenti delle performance che non si mantengono nel tempo, favorendo l'inappropriatezza della domanda e la mobilità dei pazienti ▪ La difficoltà ad adeguare l'offerta laddove strutturalmente insufficiente per l'indisponibilità di professionisti in fase di assunzione (es. ortopedici) o per la limitata possibilità di utilizzo di strumenti incentivanti ▪ L'inappropriatezza della domanda ▪ Il condizionamento della domanda e della tipologia di offerta che deriva dalla presenza nel territorio aziendale dell'IRCCS CRO <p>Interventi chirurgici</p> <p>Si confermano le criticità rilevate nel 2016, in particolare per gli interventi di neoplasia di prostata, rene e vescica. Le attività correttive poste in campo hanno riguardato, oltre all'adeguamento degli organici, la revisione del percorso di precovero e revisione delle regole di programmazione del sale operatorie.</p>
B. Attività ambulatoriali e	Riorganizzazione attività ambulatoriale	Riorganizzare l'offerta ambulatoriale secondo le priorità per tutte le prestazioni anche rispetto	Entro il 31.12.2017: -sono prenotabili presso tutti i canali di prenotazione il 95% delle	-L'offerta ambulatoriale è informatizzata e, per le prestazioni di primo accesso, è differenziata per priorità clinica. La prenotazione a call center è garantita per tutte le prestazioni traccianti e per gran parte delle altre prestazioni di primo

LINEA PROGETTUALE	OBIETTIVO	MODALITA' DI VALUTAZIONE		Risultato al 31.12.2017
		nuovi setting assistenziali	prestazioni di primo accesso secondo la priorità di gravità -evidenza di riorganizzazione dell'attività per l'attivazione dei Percorsi Ambulatoriali Complessi e Coordinati (PACC) di competenza di cui alla DGR 600/2017	<p>accesso.</p> <p>-In data 03.05.2017 sono stati inviati alla DCS n. 8 Pacchetti Ambulatoriali Complessi e Coordinati (PACC).</p> <p>Con la disponibilità delle indicazioni regionali per la gestione dei PACC a sistema, è stato implementato l'utilizzo del PACC Percorso diagnostico malattie demielinizzanti.</p>
B. Vaccinazioni	Raggiungimento e mantenimento coperture vaccinali	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base >= 95% Difterite-tetano>=95% Antipolio>=95% Antiepatite B>=95% MPR>=95% Influenza nell'anziano + 10% rispetto l'anno precedente Meningo B nel 1° anno di vita >=60%	Ogni tipologia pesa per 1 punto. La misurazione è fatta sulla rilevazione della copertura vaccinale.	<p><u>Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base = 92%</u> (difterite 92,2% tetano 92,3% epatite B 91,9% poliomielite 92,2% haemophilus influenzae B 91,8% pertosse 92,2%) MPR = 89% Meningo B coorte 2015 1 dose =78,2% Meningo B nel 1° anno di vita = 86,2% (prima dose nei nati del 2016)</p> <p><u>Copertura vaccinale dei nati 2015 vaccinati oltre il 24* mese al 31.12.2017=</u> difterite 92,7% tetano 92,9% epatite B 92,4% poliomielite 92,7% haemophilus influenzae B 92,2% pertosse 92,7% MPR = 91,2%</p> <p>Influenza nell'anziano = 59,3% dato aggiornato al 01.04.2018</p>
C. 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 2017	Si rimanda alla scheda generale valida per tutte le aziende/istituti		<p>Schede allegate (tabella LEA e tabella capitolo 3.4)</p> <p>Criticità :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Obiettivi pronto soccorso ed emergenza urgenza : <ul style="list-style-type: none"> a) aumento della percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h

LINEA PROGETTUALE	OBIETTIVO	MODALITA' DI VALUTAZIONE	Risultato al 31.12.2017
			<p>rispetto al totale dei pazienti con codice verde ; b) aumento della percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore: il risultato deve essere considerato anche a fronte della carenza di specialisti, che l'Azienda affronta con tutti gli strumenti contrattuale agibili.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. - Recupero di almeno il 25% della fuga extra-regionale di ricovero e di specialistica ambulatoriale (dato cumulativo) rispetto ai dati 2015: attività critica per difficoltà a monitorare gli interventi e le azioni correttive. La fuga per specialistica ambulatoriale (confronto 2016/2015) unico dato disponibile è diminuita del 10% . I ricoveri non sono disponibili.
D. Chirurgia oncologica	Concentrazione attività di chirurgia oncologica integrata con CRO, coerentemente con quanto verrà determinato dalla rete oncologica	<p>L'azienda deve riorganizzare l'attività chirurgica-oncologica relativamente ai seguenti tumori:</p> <ul style="list-style-type: none"> -esofago: nessun intervento realizzato; -pancreas: nessun intervento realizzato; -ovaio: nessun intervento 	<p>-Presentazione progetto operativo alla Direzione Centrale Salute entro il 30.06.2017</p> <p>-avvio riorganizzazione entro il 1.9.2017</p> <p>Ogni tipologia pesa per 1,5 punti.</p> <p>La misurazione è fatta sull'attività dell'ultimo quadrimestre.</p> <p>Con nota della DCS n. 8604 del 5.05.2017 è prevista la rettifica dell'obiettivo di patto con successivo atto giuntale. Inoltre con la medesima nota regionale, le aziende sono invitate, prima di procedere a qualsiasi modifica organizzativa per l'area chirurgica oncologica, di attendere l'approvazione da parte della giunta regionale del documento che verrà elaborato e proposto dal gruppo tecnico della rete oncologica e le scadenze temporali indicate al punto 3.1.4 della DGR 736 del 21/04/2017 potrebbero subire delle modifiche rispetto alla reale</p>

LINEA PROGETTUALE	OBIETTIVO	MODALITA' DI VALUTAZIONE		Risultato al 31.12.2017
		realizzato; -stomaco: nessun intervento realizzato. Con le strutture private l'azienda deve concordare la sospensione dell'attività al disotto della soglia minima.	La presenza di casi dove non previsti, determina il non raggiungimento dell'obiettivo per quello specifico tumore.	fattibilità attuativa del documento programmatico delle attività chirurgiche oncologiche.
E. Assistenza primaria	Centro Assistenza Primaria (CAP)	Completare l'avvio di 4 Centri per l'Assistenza Primaria (CAP)	Invio alla Direzione Centrale Salute entro il 31.12.2017 di una relazione nella quale per ciascuno dei CAP aziendali sia illustrato: -organizzazione (giorni di apertura, orari, regolamento..) -personale impiegato (numero, tipologia) -attività svolta nel periodo (tipologia, quantità..) L'obiettivo si intende raggiunto a seguito dell'evidenza di funzionamento del centro.	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. Dalla fine del 2016 sono operativi 2 CAP (1 a Cordenons ed 1 a San Vito al Tagliamento). È stato definito, in accordo con la rappresentanza sindacale della medicina generale, un accordo quadro (DDG n° 655 del 9/10/2017) che regola il funzionamento del CAP. Ha preso il via anche una sperimentazione di gestione integrata psicologo/MMG delle persone con disturbi mentali comuni (DMC) all'interno dei due CAP già operativi. Prossimo all'attivazione anche il CAP di Sacile, mentre non è stato possibile attivare il CAP di Maniago a seguito dell'impossibilità di realizzare, per mancanza di finanziamenti, alcuni lavori di adeguamento della struttura per accogliere i MMG che hanno fatto richiesta di partecipare all'attività. Tali lavori saranno eseguiti nel 2018.
E. Assistenza primaria	Salute mentale	Sviluppo della rete per la presa in carico dei Disturbi del comportamento alimentare	Identificazione entro il 31.12.2017 da parte delle Aziende dell'ambulatorio	Sono state acquisite le figure di medico psichiatra, dietista, infermiere professionale e tecnico della riabilitazione, in aggiunta al personale già in forza al CDA; è stata effettuata la

LINEA PROGETTUALE	OBIETTIVO	MODALITA' DI VALUTAZIONE		Risultato al 31.12.2017
			specialistico, dell'equipe funzionale e del referente aziendale per i disturbi del comportamento alimentare per l'età adulta e per l'età evolutiva.	nomina del nuovo responsabile del CDA.
F. Rapporti con i cittadini	Accertamento delle condizioni cliniche e assistenziali del paziente dopo la dimissione da un intervento chirurgico	Contatto telefonico entro 5 giorni dalla dimissione per raccogliere informazioni relative al decorso clinico assistenziale relativo a: -interventi eseguiti nel periodo 1.07.2017-31.12.2017 -tutte le discipline chirurgiche tranne Ostetricia-Ginecologia -pazienti con età >a 18 anni sottoposti ad un intervento chirurgico ordinario programmato -pazienti dimessi a domicilio (esclusi trasferiti, dimessi in RSA o altra degenza intermedia o in Casa di riposo, e dimessi con assistenza domiciliare).	-trasmissione all'EGAS delle informazioni necessarie alla valutazione nella numerosità e nelle tempistiche richieste La valutazione sarà effettuata su un campione di pazienti e l'obiettivo sarà: -raggiunto: risposta positiva in almeno il 90% dei pazienti campionati; -non raggiunto : risposta positiva al di sotto del 40% dei pazienti; -parzialmente raggiunto: risposta positiva per percentuali comprese tra il 40% ed il 90%.	Le attività previste sono state avviate coerentemente con i tempi richiesti dalla Regione.

LINEA PROGETTUALE	OBIETTIVO	MODALITA' DI VALUTAZIONE		Risultato al 31.12.2017
G. Politiche sociali	Formulazione di un parere formale sull'ammissibilità del livello di classificazione richiesto dagli enti gestori delle strutture residenziali per anziani nell'ambito del processo di riclassificazione (titolo X del D.P.Reg. 144/2015) da comunicare alla Direzione Centrale Salute nei tempi e secondo le modalità indicate dalla Regione	n. di pareri di ammissibilità formulati / n. di domande di nuova autorizzazione presentate Indicatore non congruente con attuali competenze aziendali SI CHIEDE LA SEGUENTE MODIFICA: A seguito modifiche DPReg 144/2015 l'azienda rilascerà nuove autorizzazioni	L'obiettivo è raggiunto se hanno espresso il parere su tutte le strutture della loro Azienda inserite nel processo di riclassificazione.	Il personale aziendale (Dipartimento Prevenzione, direzione Sanitaria e AGL) ha mantenuto i livelli di collaborazione per l'attuazione di quanto previsto dal Titolo X del DPReg 144/15. Sono stati programmati degli incontri con Area Welfare per la valutazione congiunta del fascicolo predisposto per ogni struttura, ammissibilità del livello di classificazione e definizione e predisposizione della tipologia di nuova autorizzazione. Programmato per il primo semestre 2018 avvio dei sopralluoghi per rilascio nuove autorizzazioni all'esercizio a pieno titolo.
H. Sistema di governo	Prosecuzione progetto ABF – costi standard e partecipazione rete NISAN	Consegna dell'analisi organizzativa dell'azienda relativa all'esercizio 2016 entro il 31.10.2017 (modifica DGR 1571/2017)	SI > fatto NO > non fatto	L'analisi organizzativa dell'azienda relativa all'esercizio 2016 è stata consegnata entro il 31.10.2017

C3) Relazione sulla gestione economico finanziaria

La gestione economica del Bilancio Sanitario 2017 dell'AAS n.5 chiude con un risultato di utile di esercizio di 3.342.166 euro, che dimostra il pieno raggiungimento dell'obiettivo economico stabilito per il 2017.

L'esercizio 2017 è stato caratterizzato da vicende economiche di segno contrapposto rappresentate nei rendiconti quadrimestrali, ove hanno pesato principalmente le seguenti variabili e fattori produttivi: il fatturato e la fuga per mobilità in ambito regionale, l'iscrizione a bilancio della mobilità extraregionale secondo le regole del D.Lgs. 118/11, l'andamento della spesa farmaceutica convenzionata, i minori costi per i farmaci oncologici in conseguenza al trasferimento della funzione al CRO, i rimborsi per il c.d. pay back sui farmaci ad alto costo (specialmente per la cura dell'epatite C) e infine le economie rispetto alla manovra di assunzioni determinate dalle difficoltà di reperimento del personale dirigenziale sanitario e dalle tempistiche di assunzione per il personale sanitario del comparto, nonostante le n. 67 procedure concorsuale espletate.

Dal primo rendiconto economico infrannuale 2017 elaborato sulla base delle tabelle di attività trasmesse dalla Direzione Centrale Salute, il dato di attrazione si manteneva in linea con il preventivo 2017, mentre il dato della fuga per i ricoveri in proiezione annua aumentava rispetto al valore del preventivo e quindi del valore finanziato, di oltre 1.900.000 euro.

La differenza dipendeva dallo scarto tra il tasso programmato teorico di ospedalizzazione del 125 per 1000, corrispondente al valore finanziato di € 34.334.593, con la stima effettuata dalla Direzione Centrale per il 1° rendiconto, di un valore di fuga per ricoveri di residenti di questa Azienda verso altre Aziende del SSR di 36.249.404 euro.

A questo delta negativo si aggiungevano la proiezione ancora parziale della spesa farmaceutica convenzionata, che dopo i primi 4 mesi dell'anno rimaneva al di sopra del valore del finanziamento 2017, e la stima prudenziale sull'andamento dei beni sanitari, specialmente a carico dei vaccini e di determinati medicinali, concludendo con una perdita stimata per fine esercizio di € - 2.549.785.

La proiezione economica negativa costringeva l'Azienda ad elaborare un Piano di rientro, su richiesta della stessa DCS, per aggredire il 50% della perdita stimata.

Il piano di rientro era incentrato sul monitoraggio dei consumi dei beni sanitari sopra indicati e soprattutto sul recupero della fuga regionale, tenuto conto fra l'altro dell'introduzione del nuovo tariffario regionale e della classificazione di alcune prestazioni di ricovero da day hospital diagnostico a day service con conseguente riduzione delle tariffe.

L'implementazione del piano di rientro nei mesi successivi al primo quadrimestre, il costante monitoraggio sulle principali voci di costo a bilancio e dall'altro lato, la difficoltà di incrementare l'organico come da Piano attuativo, hanno determinato nei mesi successivi un contenimento complessivo di costi, consentendo all'Azienda di ripristinare l'equilibrio economico già in prossimità della redazione del 2° rendiconto quadrimestrale.

L'adozione del 2° rendiconto è stata però posticipata al 30/11 al fine di tenere conto dell'integrazione di finanziamento in conto esercizio a favore delle Aziende del SSR, avvenuta con DGR 2336 del 22.11.2017.

In quella sede il finanziamento pro capite di AAS5 è stato incrementato di € 3.955.952 con la precisazione che la variazione al finanziamento non teneva conto delle ricadute economiche del passaggio di funzioni tra AAS5 e CRO, regolazione economica che le Aziende avrebbero dovuto gestire in sede di chiusura del bilancio 2017.

Inoltre in sede di redazione del 2° rendiconto '17 la DCS ha comunicato gli importi da iscrivere a sopravvenienze attive per l'erogazione <una tantum> da Regione sui saldi mobilità extra regionale ante 2016.

Tutto ciò giustificava il risultato economico positivo della 2° rilevazione quadrimestrale di euro 4.828.138 in netta contrapposizione al precedente rendiconto.

Le ulteriori variazioni di segno positivo rispetto ad allora sono imputabili:

all'ottimo risultato del farmaceutica convenzionata, caratterizzata da un andamento particolarmente favorevole negli ultimi mesi dell'anno, tale da attestare un costo consuntivo che si pone al di sotto del valore del vincolo operativo del 2017; al minore costo dei medicinali specialmente per il farmaco di nuova introduzione "Eplusa" che ha originato note di accredito di notevole valore economico che sono state contabilizzate, come da indicazioni ministeriali, direttamente in diminuzione del costo "*medicinali*"; alla diminuzione dei consumi di farmaci in DPC; agli altri rimborsi registrati per il "pay back" sui farmaci antiepatite, di importo superiore alle previsioni; all'aggiornamento definitivo dei valori di attrazione e fuga regionale ed extraregionale.

Rispetto al 2° rendiconto la variazione di segno negativo è dovuta sostanzialmente alla regolazione finanziaria verso il CRO, in attuazione a quanto disponeva la DGR 2366/2017, per cui le partite economiche relative al passaggio delle funzioni di oncologia e cardiologia andavano considerate come poste infragruppo nella chiusura 2017.

L'accordo valorizza in euro 2.485.132 l'importo da trasferire a favore del CRO, in attesa di calcolare il saldo e l'eventuale conguaglio in occasione del 1° rendiconto 2018. L'importo è contabilizzato sul conto 305.100.700.600.90 "Altri rimborsi verso Aziende del SSR" che determina la variazione 2017/2016 sul gruppo "Rimborsi" nel Conto Economico sintetico.

Per il quadro di dettaglio si rimanda all'Accordo allegato.

Con riferimento al 2° rendiconto si dà atto dell'ulteriore variazione per l'adeguamento al fondo rischi (che il report non considerava), in relazione allo stato del contenzioso in atto nei confronti del personale dipendente, e alla richiesta di pagamento del premio INAIL per presunta malattia professionale di un ex dipendente.

Confrontando il Valore della Produzione - Contributi d'esercizio - consuntivo sul preventivo, la variazione è consistente e dipende, oltretutto dall'integrazione del finanziamento pro-capite sopra descritta, dall'assegnazione finale delle attività di natura "sovraziendale" tra cui il contributo per il

rinnovo CCNL personale dipendente, di pari importo iscritto tra i costi sul conto specifico, il contributo che finanzia gli accordi regionali per i Medici di Medicina Generale, PLS e Specialisti (in parte oggetto di restituzione alla Regione come da indicazioni per la chiusura) e il contributo verso altri soggetti pubblici della Regione (Egas) per la quota di conguaglio mobilità extraregionale 2015/2013 di € 1.690.615.

Si aggiungono contributi per attività sovraziendali di diversa natura, che sono risultati superiori al valore di previsione o che si possono valorizzare solo in sede di bilancio consuntivo.

Si conferma il trend storico dei ricavi propri, sicuramente per la voce del Ticket ma anche sui ricavi c.d. operativi, costituito soprattutto dalle fatturazioni per ricoveri di pazienti stranieri e cittadini statunitensi, nonché per prestazioni di specialistica ambulatoriale ove si registrano le fatturazioni di rimborso verso Aziende sanitarie extraregionali per le prestazioni della PMA.

A completamento di quanto sopra relazionato per i medicinali, si rileva quanto segue.

A consuntivo si registrano maggiori costi rispetto al preventivo a carico dei Dispositivi medici, sui quali era stata calcolata la riduzione 3% prevista dal vincolo specifico, evidenziandone fin da subito la difficoltà di mantenimento.

Per i vaccini il trend iniziale si è leggermente assestato durante l'anno, ma la previsione a bilancio è risultata sicuramente sottostimata.

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.

Gli acquisti di servizi per la Medicina generale sono registrati a costo di competenza 2017 e debito verso personale per i costi maturati sugli accordi regionali siglati nel 2017 e non ancora liquidati, mentre la parte eccedente è iscritta a debito verso Regione per la restituzione.

Per le prestazioni di assistenza riabilitativa e integrativa i costi consuntivi si attestano in linea con le previsioni.

I principali servizi appaltati non sanitari si sono mantenuti perfettamente in linea con il budget 2017; invece sono risultati superiori al preventivo i costi per i trasporti in emergenza e i trasporti secondari, in corrispondenza dell'avvenuto ampliamento dei servizi.

I costi per manutenzioni edili e impiantistiche hanno superato, sia pur lievemente, i corrispondenti costi del 2015, posti come vincolo operativo dalle linee di gestione 2017 per interventi urgenti ed altre attività manutentive non procrastinabili in materia di sicurezza.

Per i noleggi sono state confermate le proiezioni infrannuali e in generale i valori del preventivo.

I costi consuntivi del Personale 2017 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.

Si precisa che tutti gli accantonamenti per competenze e oneri maturate a favore del personale dipendente e convenzionato e non pagate alla data del 31.12.2017 sono stati calcolati dalla competente struttura aziendale e registrati a bilancio tra i debiti verso personale.

La circostanza che la gestione 2017 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; detti fondi sono stati pertanto incrementati della quota massima dell'1% del monte salari.

Le componenti straordinarie 2017 attive derivano principalmente dal riparto dei saldi di mobilità extraregionale 2016 e ante 2016 eccedenti gli importi iscritti a bilancio dell'Azienda per attrazione e fuga extraregionale: si tratta di quote di maggiore finanziamento 2017 che sono stati ripartiti dalla Regione in base alla popolazione pesata al 31.12.2015 di ciascuna Azienda regionale, e contabilizzati tra le sopravvenienze attive per € 2.073.912, sui conti all'uopo indicati dalla Direzione Centrale Salute.

Le sopravvenienze passive contengono l'importo di 1.690.615 euro dovuto allo stesso fenomeno, e si compensano con il contributo verso Egas.

Situazione Patrimoniale

Dal confronto della situazione patrimoniale al 31 dicembre 2017 rispetto al 31 dicembre 2016 si rileva l'aumento complessivo delle attività e delle passività di € 33.337.803, pari a + 9,70 %.

Gli incrementi sono riferiti alle immobilizzazioni materiali, specialmente per effetto delle opere realizzate sui fabbricati presso l'ospedale di S. Vito e per l'avvio dei lavori e delle progettazioni del nuovo ospedale di Pordenone, ai crediti verso Regione per tutte le assegnazioni in conto capitale non riscosse nel 2017, assegnazioni che comportano nel Netto patrimoniale l'aumento del fondo da Regione per investimenti, e dall'aumento delle disponibilità liquide al 31 dicembre.

L'esercizio 2017 in chiusura è stato infatti caratterizzato da un'ampia disponibilità di cassa, ulteriormente incrementatasi a fine anno, con le consistenti erogazioni a vario titolo ricevute proprio nel mese di dicembre, specialmente a seguito della presentazione dei rendiconti di spesa relativi ai lavori per il Nuovo Ospedale di Pordenone e all'anticipazione del 20% dei lavori complessivi dell'opera (circa 20 milioni di euro), come previsto dal capitolato di gara.

Sempre nel mese di dicembre è stata incassata la quota parte di oltre 9 milioni di euro, corrispondente ai 2/3 del credito complessivo di € 14.027.109 iscritto verso la Regione a ripiano del fondo di dotazione negativo risultante a bilancio al 31.12.2015.

Si rileva inoltre l'avvenuto trasferimento da parte della Regione dei saldi attivi della mobilità extraregionale ante 2016.

Tutto ciò giustifica la consistenza di cassa eccezionale raggiunta al 31.12.2017.

La consistenza dei fondi per rischi e oneri rimane analoga a quella del 2016, con l'unica eccezione del fondo per il rinnovo contrattuale del personale dipendente, a cui è imputabile la variazione di importi fra i due esercizi.

Accordo per regolazione finanziaria del trasferimento di funzioni tra A.A.S. 5 “Friuli Occidentale” e “Centro di Riferimento Oncologico” di Aviano.

In aderenza all'accordo siglato tra AAS5 e CRO in data 30 giugno 2016, dal 1 gennaio 2017 le due aziende hanno provveduto al trasferimento delle attività di Oncologia medica e di Cardiologia con il conseguente trasferimento del rapporto giuridico del personale in capo alle rispettive Aziende.

Nell'esercizio 2017, quindi, il CRO ha dovuto sostenere le spese di gestione dell'Oncologia e beneficiare dei ricavi derivanti dallo svolgimento della funzione e AAS 5 analogamente per la funzione di Cardiologia.

La valutazione dei costi e dei ricavi derivanti dall'attività di Oncologia gestita dal CRO al netto dei ricavi regionali della Cardiologia trasferiti ad AAS5 è riassunta nella tabella sottoriportata:

Costo farmaci anno 2016	Euro	- 4.020.362
Costo altri beni sanitari anno 2016	Euro	- 107.130
Costo del personale (delta Oncologia/Cardiologia)	Euro	- 947.146
Ricavi da attività ambulatoriale regionale anno 2016 Cardiologia	Euro	- 185.000
Ricavi da attività ambulatoriale regionale anno 2016 Oncologia	Euro	<u>+ 2.600.530</u>
Deficit del passaggio di funzioni	Euro	- 2.659.108

Nell'assegnazione del finanziamento per il 2017 la Regione Friuli Venezia Giulia non ha apportato variazioni che recepissero il passaggio di funzioni; pur tuttavia con successiva DGR 2336 del 22 novembre 2017 di variazione alla Programmazione Annuale 2017 ha assegnato ulteriori risorse alle aziende del Servizio Sanitario regionale precisando che: *“La variazione non tiene conto delle ricadute economiche del passaggio delle funzioni tra AAS5 e CRO che verrà gestito successivamente con regole in sede di chiusura come regolazione delle poste infragruppo.”*

Quanto sopra considerato si conviene il trasferimento da AAS 5 “Friuli Occidentale” a CRO del deficit derivante dal passaggio di funzioni con iscrizione nei conti di costo/ricavo infragruppo.

Poiché l'AAS 5 “Friuli Occidentale” nel corso del 2017 ha sostenuto spese per il personale sanitario dell'Oncologia in attesa del consolidamento dell'organico infermieristico del CRO, dalla cifra rappresentante il “deficit del passaggio di funzioni” sopra esposta vengono trattenuti Euro 173.976 corrispondenti alle competenze liquidate.

Di conseguenza con il presente documento AAS 5 “Friuli occidentale” trasferisce al CRO la somma di Euro 2.485.132.

La valorizzazione del saldo finale 2017 derivante dal passaggio di funzioni, quale delta dei fattori produttivi sostenuti e dei ricavi effettivamente realizzati, sarà congiuntamente effettuata in sede di redazione del 1° report 2018.

D) L'attività del periodo

D1) Assistenza ospedaliera

a) Confronto dati di attività 2016-2017

DOTAZIONE POSTI LETTO

Presidio Ospedaliero di Pordenone	Posti letto al 31/12/2017		
	Ordinari	D.H.	Totale
Cardiologia	32	2	34
Gastroenterologia	4	1	5
Medicina interna 1	49	4	53
Medicina interna 2	49	3	52
Degenza breve internistica	5	0	5
Nefrologia e dialisi	11	2	13
Neurologia	31	2	33
Pneumologia	25	2	27
Psichiatria	15	0	15
TOTALE	221	16	237
DGR 2673/ 2014	230	16	246
Medicina d'urgenza	8	0	8
DGR 2673/ 2014	10		10
Riabilitazione	15	0	15
DGR 2673/ 2014	36	4	40
Ostetricia e ginecologia	40	3	43
Pediatria	10	3	13
TOTALE	50	6	56
DGR 2673/ 2014	50	6	56
Chirurgia della mano	5	5	10
Chirurgia maxillo-facciale e odon.	2	1	3
Chirurgia Generale	50	2	52
Chirurgia vascolare	8	1	9
Oculistica	3	2	5
Ortopedia e traumatologia	30	1	31
Otorinolaringoiatria	14	2	16
Urologia	18	1	19
TOTALE	130	15	145
DGR 2673/ 2014	130	16	146
Anestesia e rianimazione	10	0	10
DGR 2673/ 2014	10	0	10
TOTALE Presidio	434	37	471
DGR 2673/ 2014	466	42	508

Presidio Ospedaliero di San Vito e Spilimbergo	Posti letto al 31/12/2017		
	Ordinari	D.H.	Totale
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/ 2014	66	8	74
Medicina interna San Vito	46	2	48
Post Acuti San Vito	6	0	6
Medicina interna Spilimbergo	34	1	35
TOTALE	86	3	89
DGR 2673/ 2014	90	8	98
Med. d'urgenza SV	0	0	0
DGR 2673/ 2014	4	0	4
Ostetricia e ginecologia San Vito	22	4	26
Pediatria San Vito	6	2	8
TOTALE	28	6	34
DGR 2673/ 2014	28	4	32
Anestesia e rianimazione San Vito	5	0	5
DGR 2673/ 2014	4	0	4
Riabilitazione Spilimbergo	4	0	4
Riabilitazione San Vito			
TOTALE	4	0	4
DGR 2673/ 2014	24	4	28

TOTALE Presidio	207	18	225
DGR 2673/ 2014	216	24	240

TOTALE AAS5	641	55	696
DGR 2673/ 2014	682	66	748

Posti letto

Presidio ospedaliero di Pordenone	Ordinari	Day Hospital	TOTALE
01/01/2017	435	33	468
31/12/2017	434	37	471
Variazione	-1	+4	+3

Presidio Ospedaliero di San Vito e Spilimbergo	Ordinari	Day Hospital	TOTALE
01/01/2017	207	18	225
31/12/2017	207	18	225
Variazione	0	0	0

Indicatori

Presidio ospedaliero di Pordenone	Ordinari	Day Hospital
Ricoveri	20872	2433
GG degenza	127212	7317
degenza media	6,1	3,0
Tasso occupazione	81,8	73,4

Presidio Ospedaliero di San Vito e Spilimbergo	Ordinari	Day Hospital
Ricoveri	9114	1713
GG degenza	52172	2570
degenza media	5,7	1,5
Tasso occupazione	69,5	47,6

I primi 10 DRG 2017 – Presidio Ospedaliero di Pordenone

DRG	Descrizione DRG	dimessi
391	NEONATO NORMALE	918
127	INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	776
373	PARTO VAGINALE SENZA DIAGNOSI COMPLICANTI	658
087	EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	545
014	EMORRAGIA INTRACRANICA O INFARTO CEREBRALE	447
042	INTERVENTI SULLE STRUTTURE INTRAOCULARI ECCEPETO RETINA, IRIDE E CRISTALLINO	447
125	MALATTIE CARDIOVASCOLARI ECCEPETO INFARTO MIOCARDICO ACUTO, CON CATETERISMO CARDIACO E DIAGNOSI NON COMPLICATA	440
229	INTERVENTI SU MANO O POLSO ECCEPETO INTERVENTI MAGGIORI SULLE ARTICOLAZIONI, SENZA CC	440
576	SETTICEMIA SENZA VENTILAZIONE MECCANICA = 96 ORE, ETÀ > 17 ANNI	399
557	INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE PER VIA PERCUTANEA CON STENT MEDICATO CON DIAGNOSI CARDIOVASCOLARE MAGGIORE	346

I primi 10 DRG 2017 – Presidio Ospedaliero di San Vito e Spilimbergo

DRG	Descrizione DRG	dimessi
391	NEONATO NORMALE	683
373	PARTO VAGINALE SENZA DIAGNOSI COMPLICANTI	614
503	INTERVENTI SUL GINOCCHIO SENZA DIAGNOSI PRINCIPALE DI INFEZIONE	538
544	SOSTITUZIONE DI ARTICOLAZIONI MAGGIORI O REIMPIANTO DEGLI ARTI INFERIORI	461
162	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETÀ > 17 ANNI SENZA CC	380
127	INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	378
227	INTERVENTI SUI TESSUTI MOLLI SENZA CC	334
087	EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	322
158	INTERVENTI SU ANO E STOMA SENZA CC	267
119	LEGATURA E STRIPPING DI VENE	222

Attività di ricovero

Dipart.	Reparto e sede	Ricoveri anno 2016			Ricoveri anno 2017			Scost.
		Ordinari	D. H.	TOT	Ordinari	D. H.	TOT	
<i>Chirurgia generale e medicina perioperatoria</i>	Chirurgia PN	2253	102	2355	2006	12	2018	-14%
	Chirurgia SV	922	162	1084	916	349	1265	17%
	Chirurgia SP	1148	129	1277	1096	141	1237	-3%
	Chirurgia Vascolare				78	0	78	
	Gastroenterologia	0	25		115	77	192	
	Urologia	1289	65	1354	1357	37	1394	3%
<i>Chirurgia specialistica</i>	Chirurgia Maxillo-facciale	155	145	300	153	93	246	-18%
	Oculistica	579	474	1053	625	461	1086	3%
	Otorinolaringoiatria PN	826	68	894	794	137	931	4%
	Otorinolaringoiatria SV	309	66	375	357	52	409	9%
<i>Ortopedico e Riabilitativo</i>	Ortopedia e Traumatologia PN	1115	56	1171	1147	53	1200	2%
	Ortopedia SP	711	456	1167	736	380	1116	-4%
	Ortopedia SV	820	237	1057	807	239	1046	-1%
	Chir. della mano	813	654	1467	762	291	1053	-28%
	Riabilitazione SP	73	57	130	62	0	62	-52%
<i>Materno Infantile</i>	Ostetricia e Gin. PN	1822	418	2240	1732	352	2084	-7%
	Ostetricia e Gin. SV	1347	390	1737	1120	339	1459	-16%
	Pediatria PN	895	247	1142	992	247	1239	8%
	Nido PN	935	0	935	930	0	930	-1%
	Pediatria SV	397	172	569	406	167	573	1%
	Nido SV	958	0	958	801	0	801	-16%
<i>Emergenza urgenza</i>	Medicina d'Urg.	359	0	359	371	0	371	3%
	Degenza breve Internistica	506	0	506	497	0	497	-2%
	Anestesia Rian. 1 PN	264	0	264	260	0	260	-2%
	Anestesia Rian. SV	225	174	399	185	0	185	-54%
<i>Cardiologia</i>	Cardiologia PN	2275	329	2604	2212	360	2572	-1%
<i>Medicina interna</i>	Medicina interna PN	4387	176	4563	4455	143	4598	1%
	Medicina interna SV	1249	32	1281	1346	40	1386	8%
	Medicina interna SP	1313	11	1324	1282	6	1288	-3%
<i>Med.Specialistica</i>	Nefrologia e Dialisi	337	230	567	322	60	382	-33%
	Pneumologia	502	38	540	625	58	683	26%
	Neurologia	592	39	631	631	52	683	8%
	Stroke Unit	349	0	349	369	0	369	6%
	Riabilitazione PN	80	0	80	56	0	56	-30%
	Serv. Psichiatrico Diag. e Cura	348	0	348	383	0	383	10%
TOTALE AAS5		30.248	4.964	35.212	29.986	4.146	34.132	-3%

Attività ambulatoriale per presidio ospedaliero anno 2017

Struttura_erogante	Branca	N. prestazioni
Presidio di Pordenone	ALTRE PRESTAZIONI	50468
Presidio di Pordenone	ANESTESIA	6343
Presidio di Pordenone	CARDIOLOGIA	24696
Presidio di Pordenone	CHIRURGIA GENERALE	8935
Presidio di Pordenone	CHIRURGIA PLASTICA	2332
Presidio di Pordenone	CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	1477
Presidio di Pordenone	DERMOSIFILOPATIA	27298
Presidio di Pordenone	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: MEDI	1485
Presidio di Pordenone	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADI	43073
Presidio di Pordenone	ENDOCRINOLOGIA	16577
Presidio di Pordenone	GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA	19177
Presidio di Pordenone	LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE	1882662
Presidio di Pordenone	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	32561
Presidio di Pordenone	NEFROLOGIA	25208
Presidio di Pordenone	NEUROCHIRURGIA	2293
Presidio di Pordenone	NEUROLOGIA	25022
Presidio di Pordenone	OCULISTICA	23298
Presidio di Pordenone	ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIRURGIA	5650
Presidio di Pordenone	ONCOLOGIA	5727
Presidio di Pordenone	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	17842
Presidio di Pordenone	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	12466
Presidio di Pordenone	OTORINOLARINGOIATRIA	18089
Presidio di Pordenone	PNEUMOLOGIA	14267
Presidio di Pordenone	PSICHIATRIA	808
Presidio di Pordenone	RADIOTERAPIA	14
Presidio di Pordenone	UROLOGIA	9342
TOTALE		2277110

Struttura_erogante	Branca	N. prestazioni
Presidio di San Vito Spilimbergo	ALTRE PRESTAZIONI	25979
Presidio di San Vito Spilimbergo	ANESTESIA	1258
Presidio di San Vito Spilimbergo	CARDIOLOGIA	24308
Presidio di San Vito Spilimbergo	CHIRURGIA GENERALE	3926
Presidio di San Vito Spilimbergo	CHIRURGIA PLASTICA	1210
Presidio di San Vito Spilimbergo	CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	121
Presidio di San Vito Spilimbergo	DERMOSIFILOPATIA	3426
Presidio di San Vito Spilimbergo	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADI	43685
Presidio di San Vito Spilimbergo	ENDOCRINOLOGIA	4767
Presidio di San Vito Spilimbergo	GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA	9919
Presidio di San Vito Spilimbergo	LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE	678778
Presidio di San Vito Spilimbergo	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	23837
Presidio di San Vito Spilimbergo	NEFROLOGIA	9991
Presidio di San Vito Spilimbergo	NEUROCHIRURGIA	465
Presidio di San Vito Spilimbergo	NEUROLOGIA	1091
Presidio di San Vito Spilimbergo	OCULISTICA	2250
Presidio di San Vito Spilimbergo	ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIRURGIA	496
Presidio di San Vito Spilimbergo	ONCOLOGIA	1538
Presidio di San Vito Spilimbergo	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	15342
Presidio di San Vito Spilimbergo	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	6360
Presidio di San Vito Spilimbergo	OTORINOLARINGOIATRIA	10420
Presidio di San Vito Spilimbergo	PNEUMOLOGIA	4383
Presidio di San Vito Spilimbergo	UROLOGIA	2921
TOTALE		876471

Attività Pronto soccorso

ACCESSI: anno 2016	PRIORITA' IN INGRESSO					TOTALI
	1.BIANCO	2.VERDE	3.GIALLO	4.ROSSO	7.BLU e NERO	
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 2016	37.211	55.287	18.042	1.502	12	112.054

Accessi: anno 2017	PRIORITA' IN INGRESSO					TOTALI
	1.BIANCO	2.VERDE	3.GIALLO	4.ROSSO	7.BLU e NERO	
P.S. Pediatrico	2.428	12.794	1.269	68	0	16.559
P.S. Pordenone	13.360	24.949	11.801	1.141	2	51.253
P.S. San Vito	8.290	12.164	3.122	176	0	23.752
P.S. Spilimbergo	4.823	4.779	1.593	128	1	11.324
TOTALE anno 2017	28.901	54.686	17.785	1.513	3	102.888

a) Obiettivi di Attività dell'esercizio 2017 e confronto con il livello programmato

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

**Indicatori capitolo 3.4 "Progetti attinenti le attività clinico assistenziali"
Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale"**

Linea progettuale	obiettivo	risultato atteso	Standard Obiettivo	2016	2017
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	191	189
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)	<46%	44,60%	45,25%
Linea 3.4.1. Insufficienze d'organo e trapianti	Pancreas	Riduzione del tasso di amputazioni maggiori per diabete, portandolo al di sotto di 30 casi per milione di residenti BERSAGLIO	<30 per 1.000.000 di residenti	33,02	29,89
Linea 3.4.1. Insufficienze d'organo e trapianti	Polmone	Mantenimento del tasso di ospedalizzazione per BPCO BERSAGLIO	<60 per 100.000 residenti di 50-74 anni	51,02	39,53
Linea 3.4.1. Insufficienze d'organo e trapianti	Occhi	Potenziamento del programma donazione cornee (+20% delle donazioni 2015)	73 (2015)	75,0	79,0
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	75
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%	Pordenone = 76,9% San Vito/Spilimbergo = 61,9%

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 - Indicatore Bersaglio	almeno 65% (hub) 80% (spoke) indicatore Bersaglio	Pordenone = 57,9% San Vito/Spilimbergo = 75,6%	Pordenone = 57,6% San Vito/Spilimbergo = 70,1%
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 - Indicatori Bersaglio	superiori al 75% (hub) e all'85% (spoke) indicatore Bersaglio	Pordenone = 81,8% San Vito/Spilimbergo = 76,7%	Pordenone = 80,6% San Vito/Spilimbergo = 73,5%
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	18,50%	15,90%
Linea 3.4.4. Materno-infantile	Materno-infantile	Riduzione dei parti indotti farmacologicamente al di sotto del 20%	<20% indicatore Bersaglio	20,50%	23,50%
Linea 3.4.7. Erogazione livelli di assistenza	Tasso di ospedalizzazione	Indicatore di domanda ospedaliera	< 125 x mille		124,6%
Linea 3.4.7. Erogazione livelli di assistenza	Livelli di assistenza	Monitoraggio sistematico del ricorso al day hospital in ottemperanza agli indicatori regionali	< 30% adulti < 50% pediatrici	DH diagnostici adulti = 23,4% DH diagnostici pediatrici = 60,9%	DH diagnostici adulti = 18,66% DH diagnostici pediatrici = 66,29%
Linea 3.4.7. Erogazione livelli di assistenza	Livelli di assistenza	Mantenimento della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti \geq 65 anni	< 4%	2,20%	2,69%

D2) Assistenza territoriale

b) Confronto dati di attività 2016-2017

Posti letto territorio

posti letto territorio	Posti letto al 31/12/2017	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 - 01.01.2017 - 31.12.2017

Dati regionali (fonte dati: SISSR in data 17/03/2018) - COPERTURA ASSISTENZIALE >64 ANNI

Numero utenti (domiciliari con e senza piano assistenziale)

Azienda di erogazione	2016	2017	Diff %	Copertura assistenziale			
				2016 (>64a.)	2017 (>64a.)	2016%	2017%
AAS 5 FRIULI OCCIDENTALE	8.425	8.419	-0,1	7.645	7.685	10,5	10,6
[Regione FVG]	35.622	36.480	2,4	31.885	32.734	10,2	10,4

Numero accessi

Azienda di erogazione	2016	2017	Diff %
AAS 5 FRIULI OCCIDENTALE	125.568	125.647	0,1
[Regione FVG]	563.655	579.191	2,8

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

Azienda di erogazione	UTENTI		copert assist > 64a. %		ACCESSI	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017
AAS 5 FRIULI OCCIDENTALE	3.458	3.430	4,3	4,3	91.730	90.641
[Regione FVG]	17.664	18.307	5,1	5,3	454.819	469.816

Complessivamente il numero di utenti e di accessi risultano quasi costanti.

Quasi costante risulta anche il numero degli utenti seguiti con piano assistenziale. Uguale al 2016 è la copertura assistenziale degli anziani.

Nelle tabelle successive si riportano i dati per distretto.

Dati aziendali (fonte dati: SISSR in data 17/03/2018) - COPERTURA ASSISTENZIALE >64 e >74

Numero utenti totali

Distretto di erogazione	2016	2017	Diff %	Copertura assistenziale			
				2016 (>64a.)	2017 (>64a.)	2016%	2017%
Distretto EST	1.323	1.336	1	1.209	1.242	13,1	13,5
Distretto NORD	1.694	1.608	-5,1	1.525	1.432	11,5	10,8
Distretto OVEST	1.469	1.470	0,1	1.344	1.353	9,5	9,5
Distretto SUD	1.776	1.798	1,2	1.611	1.624	12,7	12,8
Distretto URBANO	2.178	2.219	1,9	1.970	2.045	8,5	8,8
AAS 5 FRIULI OCCIDENTALE	8.425	8.419	-0,1	7.645	7.685	10,5	10,6

Distretto di erogazione	Copertura assistenziale			
	2016 (>74a.)	2017 (>74a.)	2015%	2016%
Distretto EST	1.056	1.085	22,5	23,1
Distretto NORD	1.307	1.227	19,7	18,5
Distretto OVEST	1.182	1.190	16,2	16,3
Distretto SUD	1.371	1.382	22,1	22,3
Distretto URBANO	1.733	1.799	14,5	15,1
AAS 5 FRIULI OCCIDENTALE	6.636	6.671	18,1	18,1

Numero accessi

Distretto di erogazione	2016	2017	Diff %
Distretto EST	21.208	20.040	-5,5
Distretto NORD	32.496	32.146	-1,1
Distretto OVEST	20.469	21.669	5,9
Distretto SUD	24.075	25.045	4
Distretto URBANO	27.320	26.747	-2,1
AAS 5 FRIULI OCCIDENTALE	125.568	125.647	0,1

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

Distretto di erogazione	UTENTI		copert assist > 64a. %		copert assist > 74a. %		ACCESSI	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Distretto EST	425	402	4,1	3,9	6,8	6,6	12.642	12.329
Distretto NORD	812	878	5,6	5,9	9,6	10,3	23.655	25.977
Distretto OVEST	589	618	3,7	4	6,2	6,7	15.287	15.604
Distretto SUD	688	658	4,9	4,7	8,7	8,3	18.263	18.332
Distretto URBANO	949	876	3,7	3,5	6,3	5,9	21.883	18.399
AAS 5 FRIULI OCCIDENTALE	3.458	3.430	4,3	4,3	7,3	7,3	91.730	90.641

Il dato relativo alla copertura, in particolare per gli utenti anziani con piano assistenziale è costante.

SERVIZIO RIABILITATIVO DOMICILIARE - 01.01.2017 - 31.12.2017

Numero utenti (domiciliari con e senza piano assistenziale)

Azienda di erogazione	2016	2017	Diff %	Copertura assistenziale			
				2015 (>64a.)	2016 (>64a.)	2015%	2016%
AAS 5 FRIULI OCCIDENTALE	3.203	3.338	4,2	2.926	3.067	4	4,2
[Regione FVG]	13.820	13.722	-0,7	12.368	12.296	3,9	3,9

Numero accessi

Azienda di erogazione	2016	2017	Diff %
AAS 5 FRIULI OCCIDENTALE	10.110	11.170	10,5
[Regione FVG]	52.359	51.421	-1,8

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

Azienda di erogazione	UTENTI		copert assist > 64. %		ACCESSI	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017
AAS 5 FRIULI OCCIDENTALE	733	679	0,9	0,8	5.537	5.806
[Regione FVG]	4.190	3.965	1,1	1,1	34.409	32.932

Il dato relativo all'utenza è aumentato nel complesso, ma è rimasto quasi costante relativamente alla copertura assistenziale degli anziani. Sono aumentati gli accessi in entrambi i casi.

Dati aziendali (fonte dati: SISSR in data 17/03/2018) - COPERTURA ASSISTENZIALE >64a e >74a

Numero utenti

Distretto di erogazione	2016	2017	Diff %	Copertura assistenziale			
				2016 (>64a.)	2017 (>64a.)	2016%	2017%
Distretto EST	426	471	10,6	389	433	4,2	4,7
Distretto NORD	610	532	-12,8	572	487	4,3	3,7
Distretto OVEST	557	529	-5	522	492	3,7	3,5
Distretto SUD	553	595	7,6	490	531	3,9	4,2
Distretto URBANO	1.058	1.213	14,7	954	1.126	4,1	4,8
AAS 5 FRIULI OCCIDENTALE	3.203	3.338	4,2	2.926	3.067	4	4,2

Distretto di erogazione	Copertura assistenziale			
	2016 (75a.)	2017 (75a.)	2016%	2017%
Distretto EST	342	381	7,3	8,1
Distretto NORD	494	421	7,4	6,3
Distretto OVEST	467	440	6,4	6
Distretto SUD	422	457	6,8	7,4
Distretto URBANO	850	1.003	7,1	8,4
AAS 5 FRIULI OCCIDENTALE	2.574	2.698	7	7,3

Numero accessi

Distretto di erogazione	2016	2017	Diff %
Distretto EST	1.246	1.589	27,5
Distretto NORD	1.945	2.215	13,9
Distretto OVEST	1.362	1.369	0,5
Distretto SUD	2.171	2.182	0,5
Distretto URBANO	3.386	3.815	12,7
AAS 5 FRIULI OCCIDENTALE	10.110	11.170	10,5

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

Distretto di erogazione	UTENTI		copert assist > 64a. %		copert assist > 74a. %		ACCESSI	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Distretto EST	80	124	0,7	1,2	1,2	2	551	739
Distretto NORD	149	127	1	0,8	1,6	1,3	1.063	1.263
Distretto OVEST	104	85	0,7	0,5	1,1	0,9	695	629
Distretto SUD	140	94	0,9	0,6	1,4	1	1.261	1.112
Distretto URBANO	260	250	1	1	1,6	1,6	1.967	2.063
AAS 5 FRIULI OCCIDENTALE	733	679	0,9	0,8	1,4	1,3	5.537	5.806

Per il servizio di riabilitazione il dato degli utenti in carico è aumentato rispetto al 2016, ma è rimasto quasi costante per la copertura assistenziale degli anziani.

Da rilevare per il 2017 l'introduzione di un nuovo indicatore di efficienza che accanto alla percentuale di persone anziane, prese in carico con piano assistenziale, valuta anche l'intensità assistenziale

AAS5 - ANALISI PER UTENTI DOMICILIARI ADI CON PIANO ASSISTENZIALE E BUONA INTENSITA' ASSISTENZIALE PERIODO GENNAIO-DICEMBRE

Distretto di erogazione	Residenti >64 a. al 31/12/2016	Assistiti >64 a. 2016	Assistiti >64 a. 2017	Indicatore 2016	Indicatore 2017
Distretto EST	9.226	251	308	2,76	3,34
Distretto NORD	13.308	488	610	3,71	4,58
Distretto OVEST	14.171	359	498	2,57	3,51
Distretto SUD	12.667	356	408	2,86	3,22
Distretto URBANO	23.248	384	558	1,68	2,40
AAS 5 FRIULI OCCIDENTALE	72.620	1.838	2.382	2,57	3,28
[Regione FVG]	313.488	8.225	8.324	2,65	2,66

Va rilevato perciò che il numero di anziani presi in carico in ADI non è aumentato, ma è aumentato il numero di anziani presi in carico con buona intensità assistenziale

RSA E OSPEDALE DI PROSSIMITA' (volumi/indicatori)

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

anno 2017	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	20	26	24	27	28	21	164
Ammessi	197	305	419	252	380	479	258	2.290
Dimessi	191	301	405	245	364	346	251	2.103
Deceduti	8	4	13	7	16	135	7	190
GG deg	6.155	7.556	8.354	8.380	9.456	9.164	6.974	56.039
Degenza media nell'anno	28,63	23,25	18,77	30,36	23,23	18,07	25,00	22,84
GG deg dimessi	6.204	7.668	8.299	8.056	9.002	8.924	7.082	55.235
Degenza media dei dimessi	31,18	25,14	19,85	31,97	23,69	18,55	27,45	24,09
Presenza media giornaliera	16,86	20,70	22,89	22,96	25,91	25,11	19,11	153,53
% occupazione media	93,68	82,81	76,29	95,66	92,52	89,67	73,49	85,77
Indice di turn-over	2,11	5,14	6,20	1,51	2,01	2,20	9,75	4,06
Indice di rotazione	10,94	12,20	13,97	10,50	13,57	17,11	9,92	12,79

Complessivamente nel 2017 su 179 posti letto la presenza media è stata di 153 utenti, la degenza media è stata di 24 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 2016-2017

Modello FLS.18

Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro

	Anno 2016	Anno 2017
Numero di lavoratori controllati o comunque esaminati per accertamento o certificazioni sanitarie: <u>(riduzione attività per passaggio competenze commissione invalidi a INPS)</u>	116	441
Di cui apprendisti o minori:	0	0
Numero di indagini effettuate per infortuni sul lavoro:	268	208
Numero di indagini effettuate per malattie professionali:	326	257
Numero di aziende interessate da atti autorizzativi, esame progetti, piani di lavoro e notifiche:	936	746
Numero di aziende in cui sono stati effettuati interventi di vigilanza e di polizia giudiziaria:	1372	1889
Indagini epidemiologiche effettuate (in seguito a riscontro di malattie infettive):	165	346
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:	2452	2290
Numero di pareri richiesti per autorizzazioni nel campo dell'edilizia civile:	60	20
Numero di pareri espressi per autorizzazioni nel campo dell'edilizia civile:	80	20

b) Obiettivi di Attività dell'esercizio 2017 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	Standard Obiettivo	2016	2017
1	PREVENZIONE: Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (indicare separatamente)	≥ 95%	91,4% dati al 23/11/2016	92,4%
2	PREVENZIONE: Vaccinazioni raccomandate MPR	≥ 90%	88,2% dati al 26/8/2016	89,0%
3	PREVENZIONE: Vaccinazione raccomandata contro l'influenza nell'anziano	≥70%	53,3% a fine campagna 2015/2016 non abbiamo i dati della campagna in corso	57,9%
7	PREVENZIONE: Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro	≥ 85	45	55,7
8	TUTELA DELLA SALUTE NEI LUOGHI DI LAVORO: Percentuale di unità controllate sul totale di unità da controllare	≥ 5%	5,0%	5.1%
9	SANITA' ANIMALE: Percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina	≥98%	≥98%	≥100%
10.a	SANITA' ANIMALE: Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi bovina/bufalina	≥98% del 20% degli allevamenti	≥98% del 20% degli allevamenti	≥100%
10.b	SANITA' ANIMALE: Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi ovicaprina	≥98% del 10% dei capi	≥98% del 10% dei capi	≥100%
11	SANITA' ANIMALE: Percentuale di aziende ovicaprine controllate (3%) per anagrafe ovicaprina	≥98% del 3% delle aziende	≥98% del 3% delle aziende	≥100%
12	SALUTE DEGLI ALIMENTI: Percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati dal Piano Nazionale Residui	≥98%	≥98%	98%
13	SALUTE DEGLI ALIMENTI: Percentuale di unità controllate sul totale delle imprese alimentari registrate	≥ 20%	17,8%	20,15%
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	Somma indicatori 14.a - 14.i ≤115	87,87	101,24

15	ASSISTENZA DOMICILIARE: Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI secondo aggiornamento griglia lea 2016	$\geq 3,8\%$	2,20%	4,30%
16	HOSPICE: Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100)	>1	1,11	1,20
17	SPECIALISTICA AMBULATORIALE tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1000 residenti (≥ 65 anni)	≤ 24	26,84	34,4
18	FARMACEUTICA Incidenza di sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (anti-ipertensivi)	$\leq 30\%$	37,80 (DATO 2015)	39,82% (dato sett. 2017)
19	FARMACEUTICA Consumo pro-capite di farmaci inibitori di pompa protonica	25 up pro cap	34,29	31,92 (dato sett. 2017)
20	SALUTE MENTALE: Utenti in carico nei centri di salute mentale per 1.000 ab.	≥ 10	14,2 a luglio	17,30
21	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	$\geq 38\%$	43,32%	43,6%
22	Rapporto tra i ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza (allegato B Patto salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inapproprietezza in regime ordinario	$\leq 0,32$	0,29%	0,30
23	Percentuale parti cesarei	$< 20\%$	16,65%	15,78
24	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 48h in regime ordinario	$> 70\%$	79,0%	72,49
25	EMERGENZA: Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	$\leq 8'$ urbani $\leq 20'$ extraurbani	16'29"	18' 33"

D5) Tabella tempi d'attesa per gli interventi traccianti

periodo: anno 2017

Intervento	Priorità	T.A. Rispettati	Dimessi	% T.A. rispettati
Angioplastica	A	94	107	87,85%
	B	77	84	91,67%
	C	12	12	100,00%
	D	7	7	100,00%
Artroprotesi d'Anca	A	17	18	94,44%
	B	61	72	84,72%
	C	185	190	97,37%
	D	6	9	66,67%
Asportazione di neoplasia del Polmone	A	17	18	94,44%
Asportazione di neoplasia dell' Utero	A	26	29	89,66%
	B	1	1	100,00%
Asportazione di neoplasia maligna del Colon Retto	A	106	112	94,64%
	B	3	4	75,00%
	C	1	1	100,00%
Asportazione di neoplasia maligna del Rene	A	8	28	28,57%
	B	7	16	43,75%
	C	1	1	100,00%
Asportazione di neoplasia maligna della Mammella	A	148	232	63,79%
	B	3	5	60,00%
Asportazione di neoplasia maligna della Prostata	A	3	21	14,29%
	B	7	21	33,33%
	C	5	5	100,00%
	D	1	1	100,00%
Asportazione di neoplasia maligna della Vescica	A	41	128	32,03%
	B	46	84	54,76%
	C	20	20	100,00%
Cataratta	A	45	73	61,64%
	B	53	152	34,87%
	C	32	53	60,38%
	D	5	6	83,33%
Coronarografia	A	165	190	86,84%

	B	235	249	94,38%
	C	14	14	100,00%
	D	14	14	100,00%
Emorroidectomia	A	16	16	100,00%
	B	24	30	80,00%
	C	91	105	86,67%
	D	14	15	93,33%
Endoarteriectomia Carotidea	A	15	19	78,95%
	B	41	49	83,67%
	C	4	4	100,00%
Riparazione Ernia Inguinale	A	45	48	93,75%
	B	81	116	69,83%
	C	266	295	90,17%
	D	42	47	89,36%
Tonsillectomia	A	6	14	42,86%
	B	8	17	47,06%
	C	55	89	61,80%
	D	25	25	100,00%

E) POLITICHE DEL PERSONALE

Nel corso del 2017 la manovra dell'Azienda è stata principalmente influenzata e caratterizzata, come esplicitato nel PAL 2017, 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. 2275 del 24.11.2016 recante *"LR 49/1996 art. 12 - Linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario e Sociosanitario Regionale per l'anno 2017: approvazione preliminare"*, alle *"Indicazioni per la redazione dei documenti contabili preventivi 2017"*, alla D.G.R. n. 2550 del 23.12.2016 recante *"LR 49/1996 art. 12 - Linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario e Sociosanitario Regionale per l'anno 2017: approvazione definitiva"*.

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 2017, nel rispetto dei vincoli gestionali e delle limitazioni per l'esercizio 2017.

Tale manovra è stata realizzata privilegiando le assunzioni 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 prevista nel PAL è risultata particolarmente difficoltosa nonostante un saldo positivo tra assunti e cessati nel 2017 di + 37. La graduatoria di concorso di Egas, approvata a giugno 2016, ha consentito acquisizioni di personale solo fino a marzo 2017. L'Azienda ha quindi espletato nel primo semestre 2017 una procedura di avviso a tempo determinato che, a fronte di n. 917 ammessi, ha esitato una graduatoria di sole 137 unità, in parte già in servizio presso questa Azienda o rinunciatarie all'atto della chiamata, graduatoria già esaurita verso fine anno;
- migliore è stata la situazione per quanto concerne gli oss con un saldo positivo tra assunti e cessati nel 2017 di + 62 e un saldo sempre positivo tra preventivo e consuntivo di + 26 unità. La graduatoria di concorso di Egas, approvata a settembre 2016, ha consentito acquisizioni di personale solo fino a giugno 2017. L'Azienda ha quindi espletato nei primi mesi dell'anno una procedura di avviso a tempo determinato che, a fronte di n. 143 ammessi, ha esitato una

graduatoria di sole 69 unità, in parte già in servizio presso questa Azienda o rinunciatarie all'atto della chiamata, graduatoria esauritasi ad agosto;

- altra figura sanitaria del comparto acquisita tramite procedura di avviso a tempo determinato espletata nel primo semestre è stata quella di fisioterapista che ha consentito l'acquisizione di n. 8 unità a copertura di cessazioni anni precedenti e anno corrente;
- per quanto riguarda il personale amministrativo e tecnico si è provveduto all'acquisizione di n. 4 unità complessive (3 coadiutori amministrativi e n. 1 operatori tecnici) ai sensi della L. n. 68/1999 e s.m.i. a copertura della quota residua d'obbligo prevista nell'ambito della nuova convenzione sottoscritta tra AAS5 e Direzione centrale lavoro, formazione, istruzione, pari opportunità, politiche giovanili, ricerca e università nel corso del 2017 e relativa al periodo 2017/2021 nonchè 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, ortopedici e radiologi nonostante le procedure siano state attivate in concomitanza con i periodi di specializzazione. Per quanto concerne gli psicologi, grazie alla disponibilità del Burlo Garofolo a concedere l'utilizzo di graduatoria di concorso, si è potuto procedere a fine anno ad adottare gli atti di acquisizione delle unità mancanti; conseguentemente l'effettiva assunzione in servizio del personale è slittata ai primi mesi del 2018.

Trasferimenti funzioni ex DGR 349 del 04.03.2016 Linea progettuale 3.1.2

Si rappresenta altresì che nel corso del 2017 si è proceduto al trasferimento della funzione di Oncologia da AAS5 a IRCCS CRO e della funzione di Cardiologia oncologica da IRCCS CRO a AAS5 (decorrenza 01.01.2017) nonché della funzione di Microbiologia e virologia da AAS5 a IRCCS CRO (dal 01.10.2017).

L'impatto sul vincolo 1% è riportato nella Tabella 1%.

Assunzioni di personale per specifiche progettualità regionali in deroga al rispetto dell'abbattimento dell'1% del costo del personale 2012 (voci fisse)

Nel corso del 2017 si è proceduto all'acquisizione delle sottoelencate unità di personale:

- a) *Sviluppo assistenza primaria (nella misura del 50% delle assunzioni effettuate)*
Sono stati assunti per la specifica progettualità n. 7 collaboratori professionali sanitari – infermieri per un costo di € 139.405,56.= A giustificazione viene portato l'importo di € **69.702,78.=**;
- b) *Piano dell'odontoiatria sociale*

Sono stati complessivamente assunti per la specifica progettualità n. 2 dirigenti medici e n. 2 collaboratori professionali infermieri per un costo portato in giustificazione pari a **€ 109.131,15.=;**

c) *Liste d'attesa*

E' stato assunto per la specifica progettualità n. 1 dirigente medico di oftalmologia per un costo portato a giustificazione pari a **€ 46.144,80;**

d) *Disturbi comportamentali, autismo (nelle loro varie forme)*

Sono stati assunti per la specifica progettualità n. 1 dirigente medico di psichiatria, n. 1 collaboratore professionale sanitario – infermiere e n. 1 collaboratore professionale sanitario – dietista per un costo portato a giustificazione pari a **€ 40.460,94.=;**

La manovra sul personale dell'anno 2016, rispettosa del vincolo economico di riduzione della spesa dell'1% rispetto al 2012, chiude complessivamente al 31.12.2017 con un incremento di n. 20 unità come risulta dalla tabella sotto riportata (nella quale è evidenziato sia il personale dipendente che interinale):

AREA	RUOLO	RAPPORTO	PROFILO	2016	2017
				AAS5	AAS5
DIR.MEDV	SANITARIO	DIPENDENTI		562	569
DIR.SANIT.		DIPENDENTI		60	58
COMPARTO		DIPENDENTI		1956	1974
		SOMMINISTRATO	<i>I.P.</i>	31	6
		SOMMINISTRATO	<i>OSTETRICA</i>	0	6
		SOMMINISTRATO	<i>TECN.RX</i>	2	1
DIR. TECN.		TECNICO	DIPENDENTI		4
COMPARTO	DIPENDENTI			274	257
	DIPENDENTI		OSS	531	592
	SOMMINISTRATO		OSS	10	0
	SOMMINISTRATO		ALTRI	13	12
DIR. PROFESSIONALE	PRO	DIPENDENTI		8	7
DIR. AMM.VA	AMM.VO	DIPENDENTI		14	14
COMPARTO		DIPENDENTI		310	306
		SOMMINISTRATO		21	10
Totale complessivo				3796	3816

Il personale con contratto di somministrazione lavoro risulta in linea con le previsioni 2017. Rispetto al 31.12.2016 si registra invece una diminuzione di oltre 40 unità di cui, circa una trentina, riferite alle figure di tipo assistenziale (infermieri e oss). Si registra anche la diminuzione di una decina di figure amministrative a seguito di una revisione delle funzioni di front office nella sede

ospedaliera di San Vito e nel Punto di primo intervento di Sacile. Questa sperimentazione organizzativa delle funzioni di front office troverà il suo completamento nel corso del 2018 quando verrà definito un piano riorganizzativo dell'attività degli sportelli per prestazioni ambulatoriali e di laboratorio di San Vito al Tagliamento e Sacile.

Nella tabella sottostante viene altresì riportato il raffronto tra la manovra programmata nel bilancio preventivo 2017 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):

			Manovra 2017 programmata		Manovra 2017 realizzata				Differenza			
			dipendenti	interinali	dipendenti al 31.12.2017	CESSATI ANNO 2017	ASSUNTI ANNO 2017	interinali al 31.12.2017	DO 31.12.2017	dipendenti	interinali	
MEDV	SANM	Medici	569	0	543	52	59	0	543	-26	0	
		Odontoiatri	0	0	1	0	1	0	1	1	0	
		Psicologi Equiparati	2	0	1	1	0	0	1	-1	0	
		Veterinari	24	0	24	0	0	0	24	0	0	
		SANM Totale	595	0	569	53	60	0	569	-26	0	
MEDV Totale			595	0	569	53	60	0	569	-26	0	
CDIR	AMM	Direttori Amministrativi	14	0	14	0	0	0	14	0	0	
	AMM Totale			14	0	14	0	0	14	0	0	
	PRO	Avvocati E Procuratori Legali	1	0	1	0	0	0	1	0	0	
		Ingegneri	6	0	6	0	0	0	6	0	0	
		Architetti	1	0	0	1	0	0	0	-1	0	
	PRO Totale			8	0	7	1	0	7	-1	0	
	SANA	Biologi	15	0	14	0	2	0	14	-1	0	
		Chimici	1	0	1	0	0	0	1	0	0	
		Dirigenti Sanitari	6	0	4	0	0	0	4	-2	0	
		Farmacisti	10	0	9	2	1	0	9	-1	0	
		Fisici	1	0	1	0	0	0	1	0	0	
		Psicologi	33	0	29	3	0	0	29	-4	0	
	SANA Totale			66	0	58	5	3	58	-8	0	
	TEC	Analista	1	0	1	0	0	0	1	0	0	
Sociologi		2	0	1	0	0	0	1	-1	0		
Statistico		1	0	2	0	0	0	2	1	0		
TEC Totale			4	0	4	0	0	4	0	0		
CDIR Totale			92	0	83	6	3	0	83	-9	0	
CALT	Coll. Amm.-Professionale Esperto	DS	23	0	24	3	2	0	24	1	0	
		D	53	0	48	3	2	0	48	-5	0	
		C	95	1	92	5	4	1	93	-3	0	
		BS	21	0	22	2	1	0	22	1	0	
	Coadiutore Amministrativo Esperto	B	114	10	119	6	6	9	128	5	-1	
		A	1	0	1	0	0	0	1	0	0	
	AMM Totale			307	11	306	19	15	10	316	-1	-1
	SANA	Coll. Prof. San. Esperto	DS	84	0	84	6	1	0	84	0	0
		Coll. Prof. San. - Terapista della Neuro e Psic. dell'Eta' Evolutiva	D	5	0	4	1	1	0	4	-1	0
		Coll. Prof. San. - Tecn. dell'Educ. e Riab. Psic. e Psicosociale	D	2	0	1	0	0	0	1	-1	0
		Coll. Prof. San. - Ortottista - Assistente di Oftalmologia	D	6	0	5	1	0	0	5	-1	0
		Coll. Prof. San. - Massaggiatore Non Vedente	D	1	0	1	0	0	0	1	0	0
		Coll. Prof. San. - Logopedista	D	21	0	21	0	3	0	21	0	0
		Coll. Prof. San. - Fisioterapista	D	89	0	89	3	8	0	89	0	0
		Coll. Prof. San. - Educatore Prof.	D	8	0	6	2	0	0	6	-2	0
		Coll. Prof. San. - Tecn. della prevenz.nell'Amb.e nei Luoghi di L	D	42	0	41	1	1	0	41	-1	0
		Coll. Prof. San. - Tecnico San. di Radiologia Medica	D	71	2	65	3	3	1	66	-6	-1
		Coll. Prof. San. - Tecnico San. di Laboratorio Biomedico	D	105	0	104	2	4	0	104	-1	0
		Coll. Prof. San. - Tecnico di Neurofisiopatologia	D	4	0	4	1	1	0	4	0	0
		Coll. Prof. San. - Tecn. della Fis. Card.e Perf. Cardiovascolare	D	1	0	1	0	0	0	1	0	0
		Coll. Prof. San. - Tecnico Audiometrista	D	4	0	4	0	0	0	4	0	0
		Coll. Prof. San. - Infermiere Capo Sala	D	1	0	1	0	0	0	1	0	0
		Coll. Prof. San. - Ostetrica	D	64	0	53	8	5	6	59	-11	6
		Coll. Prof. San. - Infermiere Pediatrico	D	19	0	17	4	1	0	17	-2	0
		Coll. Prof. San. - Infermiere	D	1381	10	1349	68	105	6	1355	-32	-4
		Coll. Prof. San. - Dietista	D	8	0	9	0	2	0	9	1	0
		Coll. Prof. San. - Assistente Sanitario	D	59	0	56	7	4	0	56	-3	0
		Infermiere Psichiatrico Esperto	C	2	0	2	0	0	0	2	0	0
		Puericultrice Esperta	C	12	0	12	0	0	0	12	0	0
		Infermiere Generico Esperto	C	50	0	45	15	0	0	45	-5	0
	SANA Totale			2039	12	1974	122	139	13	1987	-65	1
	TEC	Coll. Tecnico - Prof. Esperto	DS	3	0	3	0	0	0	3	0	0
		Coll. Prof. Assistente Sociale	D	16	0	17	1	2	0	17	1	0
		Coll. Tecnico - Prof.	D	15	2	15	0	2	1	16	0	-1
		Assistente Tecnico	C	7	0	5	1	0	0	5	-2	0
		Programmatore	C	2	0	2	0	0	0	2	0	0
		Op. Tecnico Specializzato Esperto	C	34	0	30	4	0	3	33	-4	3
		Op. Tecnico Coord. Spec. Esperto	C	6	0	6	0	0	0	6	0	0
		Operatore Tecnico Specializzato	BS	40	0	40	0	2	0	40	0	0
		Operatore Socio San.	BS	566	3	592	30	92	0	592	26	-3
		Operatore Tecnico	B	79	4	76	8	1	8	84	-3	4
		Operatore Tecnico Addetto all' Assistenza	B	10	0	8	3	0	0	8	-2	0
		Ausiliario Specializzato (Servizi Tecnico-Economali)	A	13	1	13	2	0	0	13	0	-1
		Ausiliario Specializzato (Servizi Socio-Assistenziali)	A	43	0	42	5	0	0	42	-1	0
	TEC Totale			834	10	849	54	99	12	861	15	2
	CALT Totale			3180	33	3129	195	253	35	3164	-51	2
	Totale complessivo			3867	33	3781	254	316	35	3816	-86	2

Lo scostamento complessivo tra la manovra programmata e quella realizzata rispetto al personale dipendente è pari a - 86 unità. Le maggiori differenze in negativo riguardano le figure dirigenziali (mediche e s/p/t/a) con uno scostamento complessivo di - 35 unità, per le quali come precedentemente rappresentato, non si è riusciti a garantire il turn over in particolare con riferimento alle discipline di difficile acquisizione, nonché le figure infermieristiche ed ostetriche con uno scostamento complessivo di - 43 unità legato anche alla tempistica di assunzione. Per

quanto concerne invece le figure di supporto all'assistenza (oss) e la figura di coadiutore amministrativo si evidenzia uno scostamento positivo rispettivamente di + 26 unità e di + 5 unità legato, quest'ultimo, 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 2018.

Procedure di stabilizzazione

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), l'Azienda nel corso del 2017 ha effettuato una nuova ricognizione del personale da stabilizzare in applicazione del DPCM del 06.03.2015 e del successivo Protocollo regionale approvato con DGR n. 1384 del 22.07.2016, individuando una unità di collaboratore professionale sanitario – ostetrica e attivando apposita procedura di stabilizzazione conclusasi nel mese di dicembre. L'acquisizione dell'unità è avvenuta i primi giorni di gennaio 2018.

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. 74 unità al 31.12.2017. Nel corso del 2017 si è provveduto all'acquisizione, tramite utilizzo di graduatoria di altra AAS regionale, di n. 1 unità di Assistente sociale a tempo determinato e per la durata di mesi 12 nonché alla proroga delle n. 3 figure di insegnanti educatori a tempo determinato assunte nel 2016 e dedicate 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. Si è altresì provveduto ad attivare specifica procedura di mobilità compartimentale e intercompartimentale per l'acquisizione di una ulteriore unità di Assistente sociale a tempo indeterminato, che si è concretizzata nel corso del 2018.

b) Evidenza degli elementi di costo per la valutazione del raggiungimento dell'obiettivo dell'1% al 31.12.2017 attraverso la compilazione della tabella allegata al presente documento ("tabella 1%").

Per effetto dei trasferimenti di funzioni intervenuti negli anni il tetto di riferimento è rideterminato nei termini riportati nella tabella sottostante. Si certificano i dati sotto riportati relativi al trasferimento di funzioni. Il predetto trasferimento di risorse è ad impatto economico neutrale.

conto	spesa 2012 comprensiva di trasf.di attiv.tra az.fino al 2016	trasferimento a EGAS	trasferimento a CRO da AAS5 funz.oncologia	trasferimento a AAS5 da CRO funz.cardiologia onc.	trasferimento a AAS5 da CRO funz.microbiologia	rideterminazione spesa 2012	riduz. 1%	rideterminazione spesa di riferimento
410.100	76.631.386,25	- 181.461,61	- 768.899,43	243.356,62	35.666,74	75.960.048,57	- 759.600,49	75.200.448,08
420.100	263.226,24					263.226,24	- 2.632,26	260.593,98
430.100	15.636.426,20		- 38.488,71	15.722,07		15.613.659,56	- 156.136,60	15.457.522,96
440.100	7.235.894,47	- 43.625,66	- 38.326,21	21.284,38		7.175.226,98	- 71.752,27	7.103.474,71
	99.766.933,16	- 225.087,27	- 845.714,35	280.363,07	35.666,74	99.012.161,35	- 990.121,61	98.022.039,74

Come precisato dalle disposizioni regionali richiamate in premessa, costituiscono, per questa Azienda, giustificativi ai fini del tetto dell'1%:

- *I giustificativi già concessi nel 2016, nella misura certificata a consuntivo 2016 (c.d. valori congelati) per:*
 - ✓ indennità di esclusività
 - ✓ costo comandi out che nel nuovo piano dei conti gravano nei costi fissi superamento funzioni opg;
 - ✓ assunzioni di personale per garantire orario di lavoro di cui alla DGR n. 952/2016;
 - ✓ piano dell'emergenza 2016;
 - ✓ costi riferiti all'acquisizione fino a due unità di assistenti sanitari 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;
 - ✓ assunzioni effettuate ai sensi delle progettualità regionali contenute nella DGR n. 1671 del 09.09.2016. e il piano dell'odontoiatria sociale.
- *Le assunzioni effettuate per l'attuazione delle seguenti progettualità:*
 - a) sviluppo dell'assistenza primaria;
 - b) piano dell'odontoiatria sociale
 - c) liste d'attesa
 - d) disturbi comportamentali

L'Azienda è riuscita nell'anno 2017 a rispettare il vincolo della riduzione dell'1% rispetto al valore della spesa delle voci fisse del personale dipendente anno 2012.

La tabella dell'1% compilata con i giustificativi sopra precisati è allegata al documento.

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

Nel corso del 2017 sono stati assunti i seguenti direttori di struttura complessa:

- ✓ Ortopedia e Traumatologia PN
- ✓ Radiologia PN-Sacile
- ✓ Ostetricia e Ginecologia PN
- ✓ Urologia
- ✓ Gestione Prestazioni Sanitarie
- ✓ Sanità animale
- ✓ Igiene degli alimenti di origine animale

Alla data del 31.12.2017 risultano attivate le procedure selettive per il conferimento degli incarichi di:

- ✓ Direttore SC CSM 24 ore Area Tagliamento (decreto n. 595/15.09.2017)
- ✓ Direttore S.C. CSM 24 ore Area Dolomiti Friulane (decreto n. 596/15.09.2017)
- ✓ Direttore S.C. Medicina Trasfusionale (decreto n. 567/01.09.2017)

Per quanto concerne lo stato di attuazione dell'Atto aziendale adottato con decreto n. 100 del 01.03.2016 e s.m.i., (modificato nel 2017 nei termini di cui ai decreti n. 97 del 03.02.2017 e n. 536 del 09.08.2017), nel corso del 2017 si è provveduto all'attuazione dello stesso nei termini sotto riportati:

- Dipartimento Assistenza Primaria Aziendale:
 - conferimento incarico di Responsabile S.S.D. "Rete cure palliative e Hospice" a seguito dell'espletamento delle procedure interne di selezione (13.02.2017);
 - individuazione profilo di ruolo per i Direttori di Distretto e avvio procedure per l'affidamento dei relativi incarichi.
- Completa attivazione *Dipartimento Chirurgia specialistica* con contestuale disattivazione delle strutture non più previste nell'atto aziendale (01.02.2017);
- Completa attivazione *Dipartimento Medicina specialistica* con contestuale disattivazione delle strutture non più previste nell'atto aziendale (01.02.2017);
- Completa attivazione *Dipartimento Ortopedico Traumatologico e riabilitativo* con contestuale disattivazione delle strutture non più previste nell'atto aziendale (01.02.2017);
- Attivazione *Dipartimento Medicina dei Servizi* (27.03.2017) con mantenimento della S.C. Radiologia Interventistica fino al termine previsto per l'applicazione Atto aziendale – 29.02.2019;

- Disattivazione e soppressione S.S.D. Day Hospital prevista nei precedenti atti aziendali nell'ambito del Dipartimento di medicina interna dell'ex A.O.S.M.A – 01.02.2017;
- Direzione Generale:
 - attivazione S.C. "Gestione prestazioni sanitarie"
 - attivazione S.S.D. "Progettazione e realizzazione nuovo ospedale" con contestuale disattivazione delle strutture non più previste nell'atto aziendale (01.11.2017)
- Direzione Sanitaria - disattivazione e soppressione della S.C. "Accreditamento e qualità" (10.04.2017).
- Dipartimento tecnico:
 - attivazione dipartimento e conferimento incarico (15.12.2017)
 - attivazione S.C. "Approvvigionamenti e gestione contratti fornitura beni e servizi" e conferimento incarico con contestuale disattivazione delle precedenti strutture (01.11.2017),
- Dipartimento Amministrativo:
 - individuazione profilo di ruolo per
 1. Direttore S.C. "Affari generali"
 2. Responsabile S.S.D. "Gestione giuridico-amministrativa del patrimonio immobiliare",
 - attivazione S.S.D. e avvio procedure per l'attribuzione dell'incarico.

d) Rapporti di somministrazione

Per quanto concerne i rapporti di lavoro somministrato in essere al 31.12.2017 i dati sono riportati nella tabella sottostante. Come esplicitato dettagliatamente al precedente punto a), rispetto al dato 2016 i rapporti sono diminuiti di n. 42 unità. Nel corso del 2018 è prevista un'ulteriore progressivo riassorbimento di tali rapporti per effetto del completamento delle procedure di concorso avviate da 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.

INTERINALI AL 31.12.2017						
CONTRATTO	RUOLO	PROFILO PROFESSIONALE	CAT.	SEDE DI SERVIZIO	TOTALE	
CALT	AMM	Assistente Amministrativo	C	PN APL	1	
		Coadiutore Amministrativo	B	PN Affari Generali/Accettaz	1	
				PN Anatomia Patologica	1	
				PN APL	2	
				PN Cardiologia	1	
				PN Centro Prelievi	1	
				S.VITO C.Prelievi	1	
				S.VITO Uff.Cassa/PN Centro Prelievi	1	
				SACILE Laboratorio	1	
		AMM Totale				
	SANA	Coll. Prof. San. - Infermiere	D	PN Neurologia	1	
				PN Pnl/Nefro - PN Neuro(dal 01.10.17)	1	
				Ambulatorio di cardiologia riabilitativa Aviano	1	
				Casa Circondariale PN	1	
				DSM/REMS Maniago	1	
				S.VITO Chirurgia	1	
				Coll. Prof. San. - Ostetrica	D	S.VITO Ostetricia
		PN Dip. materno infantile	1			
		PN ostetricia	2			
		Coll. Prof. San. - Tecn. San. di Radiologia Medica	D	S.VITO ostetricia	1	
				S.VITO Radiologia	1	
					1	
		SANA Totale				
	TEC	Coll.Tecnico -Professionale	D	PN Nuovo ospedale	1	
				Op.Tecnico Specializzato Esperto	BS	MANIAGO Primo Intervento
		S.VITO Pronto Soccorso	2			
		Operatore Tecnico	B			PN Celle
SACILE cucina/mensa						3
S.VITO Celle		1				
TEC Totale					12	
Totale complessivo					35	

e) Prestazioni aggiuntive

L'Azienda non ha sostenuto nel corso dell'esercizio 2017 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 2017 (al netto degli oneri contrattuali) sono i seguenti:

- per l'area della dirigenza medica € 300.410,98;
- per l'area della dirigenza sanitaria e professionale, tecnica ed amministrativa € 41.518,29;
- per l'area del comparto € 613.410,84.

g) Applicazione D. Lgs. n. 75/2017 e s.m.i. – art. 23, c. 2

L'Azienda ha dato piena attuazione a quanto disposto dall'art. 23, comma 2 del D. Lgs. n. 75/2017 e s.m.i.. Gli importi consolidati di riduzione sono quantificati al 2017 in € 264.675,94 per l'area del Comparto, € 28.055,30 per l'area della Dirigenza Medica e Veterinaria.

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 – 10 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 2017, 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 Direzione Centrale Salute n. 479/SPS del 20.03.2018 ha concesso l'Accreditamento standard nella qualifica di provider del sistema di formazione continua e di educazione continua in medicina all'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale" fino dal 01.01.2017 per la durata di 5 anni.

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 2017 è stato definito tenendo conto delle indicazioni delle Linee di

gestione regionali, degli orientamenti e obiettivi ritenuti prioritari dal Piano Attuativo Locale (PAL) e delle progettualità aziendali.

Con decreto nr. 78 del 30.01.2017 è stato approvato l'elenco dei corsi obbligatori per garantire la continuità dell'attività formativa nei primi mesi dell'anno, e successivamente con decreto nr. 222 del 23.03.2017 è stato approvato il Piano Formativo Aziendale 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. 694 del 19.10.2017. 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 2017. 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 manuale dei carichi
- Ergonomia lavorativa per chi usa il videoterminale
- l'implementazione delle competenze per lavorare in sicurezza negli ambienti di lavoro
- Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA): igiene delle mani, misure di isolamento e DPI
- La rianimazione cardiopolmonare nell'adulto e nel bambino
- Alcol e lavoro in Azienda Sanitaria
- Analisi e prevenzione dei rischi incendio
- Formazione addetti squadre antincendio e addetti antincendio di compartimento per attività a rischio elevato

Iniziative formative su mandato regionale:

Sono stati attivati percorsi formativi previsti nel PFR 2016-2018:

- I volti della violenza: strategie di riconoscimento e di gestione per operatori sanitari
- Valutazione dei rischi e gestione degli episodi di violenza e aggressività
- La sicurezza nell'uso dei farmaci nel paziente anziano: risultati delle survey regionali e ambiti di miglioramento
- Autismo e disabilità intellettive: dalla comprensione del funzionamento alle strategie operative di intervento precoce
- L'assistenza integrata alla persona con diabete in FVG: applicazione del documento di indirizzo regionale
- Antimicrobicoresistenza negli allevamenti zootecnici: impatto ambientale - nuove strategie
- possibili soluzioni

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 2017 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;
- tutorship.

Attività realizzate

Nella tabella sono riportati i dati relativi all'attività formativa dell'anno 2017; 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 2017 la percentuale dei realizzati è diminuita dal 78% del 2016 al 74% 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 2017

<i>Eventi</i>	<i>2017 Programmati</i>	<i>2017 Realizzati</i>	<i>N° Edizioni</i>	<i>% di Real/Prog</i>
<i>Iniziative formative residenziali e di Formazione sul Campo (N°)</i>	284	211	422	74

Personale coinvolto nella formazione

<i>Dipendenti totali</i>	3739
<i>Accessi dipendenti iniziative totali (N°)</i>	9.248

RISORSE FINANZIARIE

Le risorse finanziarie assegnate alla formazione sono state utilizzate nel rispetto del Decreto n. 751 del 30.12.2016.

Nel 2017 al budget di risorsa della S.S. Formazione sono stati assegnati complessivamente € 361.000,00, precisando che lo stesso è stato utilizzato anche per la formazione individuale esterna. Nell'anno 2017 sono stati inoltre utilizzati, per l'aggiornamento individuale esterno, parte dei fondi destinati all'aggiornamento professionale derivanti da sperimentazioni per complessivi € 45.984,06.

F) Modalità di riporto a nuovo del risultato di esercizio 2017 e ripiano dei risultati degli esercizi precedenti

Sul punto specifico le direttive di chiusura al paragrafo 2.11 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 € 3.342.166 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.

In particolare si ritengono prioritari ed urgenti i seguenti interventi:

- 1) anticipo degli acquisti per il rinnovo tecnologico del Nuovo ospedale di Pordenone;
- 2) messa a norma Servizio di Fisioterapia del Presidio di Maniago;
- 3) messa a norma della Morgue e completamento della viabilità di ingresso del Presidio Ospedaliero di San Vito;
- 4) manutenzione straordinaria di n. 2 edifici (Cubi) già in uso al Dipartimento di Salute Mentale .

G) Leggi speciali

Si illustrano le iniziative attuate nel 2017 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 2017 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 2017 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 2017 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 2017 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 2017.

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 988.963,87 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 2017.

H) Inventario fisico dei beni

Gestione del magazzino dei beni economici, sanitari e farmaci.

L'approvvigionamento dei beni necessari al funzionamento dei servizi aziendali si è potuto ulteriormente perfezionare nel corso del 2017, in stretta collaborazione con EGAS, ottimizzando, laddove possibile, sia la classificazione degli stessi tramite il sistema informativo G2 sia la modalità di consegna e distribuzione dei materiali alle diverse destinazioni di utilizzo. In questo stretto rapporto collaborativo tra EGAS e AAS5 ha preso avvio, coerentemente a quanto previsto dal "Protocollo operativo per la gestione della logistica centralizzata" di cui al decreto EGAS n. 135 del 5.12.2016, un Gruppo di Lavoro interdisciplinare e inter istituzionale con la principale finalità di gestire il catalogo prodotti rientranti nell'attività della logistica centralizzata e di migliorare la qualità del servizio offerto dal magazzino centralizzato.

Tra le diverse iniziative assunte dal Gruppo di Lavoro si segnalano in particolare alcune importanti azioni che hanno consentito una migliore formulazione del catalogo dei beni e di conseguenza una migliore gestione dei beni stessi in rapporto alle diverse specifiche esigenze degli utilizzatori. Tale perfezionamento si è potuto realizzare attraverso una più definita e condivisa classificazione dei diversi beni, così da permettere una più approfondita gestione delle richieste e una conseguente mirata e corretta fornitura.

Modalità attuali di gestione:

Sono state sviluppate ed implementate procedure volte a regolamentare:

1. L'evasione delle richieste ordinarie e urgenti:

Oltre alle attività già consolidate negli anni precedenti, nel 2017 è stato attivato un percorso semplificato per la creazione e/o apertura richiedibilità delle anagrafiche di articoli non presenti nel Magazzino centralizzato ma oggetto di gara d'appalto; a tal fine è stato concordato con l'EGAS un apposito modulo (con i dati inserenti la richiesta: fornitore, identificativo gara regionale e lotto, quantità da ordinare ecc.), al fine di ottenere l'inserimento dell'anagrafica nel Programma G2 e la conseguente gestione del Magazzino centralizzato.

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

Il recapito dei beni di consumo presso i punti di ricevimento dell'A.A.S. 5 Friuli Occidentale è stato

sottoposto a controlli più approfonditi da parte del personale incaricato e ciò ha permesso, in stretto raccordo con il magazzino EGAS, di diminuire il tasso di errore o consegne incongrue o inappropriate. Ciò ha comportato altresì un maggior rispetto dei tempi di consegna e un migliore adempimento delle procedure amministrative-contabili.

3. I resi di materiale al magazzino centralizzato:

Il lavoro di miglioramento dei processi di controllo, verifica e carico della merce consegnata, nonché della gestione delle anagrafiche previste a magazzino EGAS, ha consentito un significativo decremento del numero dei resi, passati dalle 768 unità del 2016 alle 200 unità del 2017. Questo importante risultato si è potuto conseguire grazie anche a una stretta collaborazione con il Servizio Farmacia, che ha permesso una più razionale gestione interna dei resi e un più efficace rapporto con i reparti interessati.

4. Inventari servizi trasferiti CRO/AAS5

Come concordato con il CRO, le operazioni che regolarizzano il passaggio dei beni mobili relativamente alle funzioni trasferite (cardiologia/CRO Oncologia/AAS5) verranno effettuate con il consuntivo 2018.

5. 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 31.12.2017 sono i seguenti:

Magazzino centrale Farmacia (materiale ad esaurimento e transiti) 02 chiuso (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 chiuso (esaurito)
Servizio Immunotrasfusionale	CIT
Chimica e Microscopia Clinica	CMC
Dipartimento di Chirurgia specialistica	DCS chiuso (esaurito)
Dipartimento di Chirurgia 1 S.O.	DC1 chiuso (esaurito)
Emodinamica	EMO
Gastroenterologia	GAS chiuso (esaurito)
Microbiologia	MCB
Radiologia	RAD
Rianimazione Terapia Intensiva	RTI chiuso (esaurito)
Laboratorio Analisi - Spilimbergo	SPLAB
Laboratorio Analisi Ospedale - S. Vito	SVLAB
Sala Operatoria – S. Vito	SPSOP chiuso (esaurito)
Sala Operatoria – Spilimbergo	SPSOP chiuso (esaurito)

Nel corso del 2017, 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 2017, i Coordinatori di magazzino (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 31.12.2017 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.

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: LIVIA PITTON
CODICE FISCALE: PTTLVI66E41E889V
DATA FIRMA: 30/04/2018 15:24:58
IMPRONTA: 317F312B0C9424460C012EFF91F3CEB73DCAF7AC9F0F538BB6DAE049A396371E
3DCAF7AC9F0F538BB6DAE049A396371E18F3DF39413270C7576B44A5BA676D9E
18F3DF39413270C7576B44A5BA676D9E59CE764CF56EAE6BDB72C0E58244E417
59CE764CF56EAE6BDB72C0E58244E41728E261B13509675D306DFDDC97A1CAB8

NOME: CARLO FRANCESCUTTI
CODICE FISCALE: FRNCRL60H19B940W
DATA FIRMA: 30/04/2018 15:31:13
IMPRONTA: 0150CCA1FB52D9BE856EF0378F8D2F194D8919E336543C53DE8AB5A5C7128D88
4D8919E336543C53DE8AB5A5C7128D88D5D7B177DB6F1F794844616EB978BBD0
D5D7B177DB6F1F794844616EB978BBD0FCD05B737DCD06B9B152C60D7711F983
FCD05B737DCD06B9B152C60D7711F9839CBFD068042A537F60259F20E9DF93BF

NOME: GIUSEPPE SCLIPPA
CODICE FISCALE: SCLGPP52T31I403U
DATA FIRMA: 30/04/2018 15:36:40
IMPRONTA: 5115EA149E85268A71010BAC02645C0E7ADEAD421B4FEF68EAFEC37F5B30B92
7ADEAD421B4FEF68EAFEC37F5B30B92A58EFC4893E033130F44DB21A4BEA76B
A58EFC4893E033130F44DB21A4BEA76B62654057E9DC40D354D4F02264B4C4B1
62654057E9DC40D354D4F02264B4C4B106CFE49144AF3290DDD4E8EA8E6124AF

NOME: GIORGIO SIMON
CODICE FISCALE: SMNGRG55D25I403Y
DATA FIRMA: 30/04/2018 15:42:22
IMPRONTA: 98264C16DA45311C69F885A61FBADBC5625DD10D4F581D36FA983141436EAE20
625DD10D4F581D36FA983141436EAE20730325D13C9A55AE4C473D9571614629
730325D13C9A55AE4C473D957161462981C656BB32709B1904AC4B763D5593D0
81C656BB32709B1904AC4B763D5593D0AC545DCED712AD65D57CE487DD4F8695