



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

azienda PER L'assistenza sanitaria

**5** Friuli Occidentale

via della Vecchia Ceramica, 1 - 33170 Pordenone (PN) - Italy  
C.F. e P.I. 01772890933 PEC: aas5.protgen@certsanita.fvg.it

## **BILANCIO DI ESERCIZIO**

### **ANNO 2018**

## INDICE

<b>A) Introduzione: territorio, popolazione e organizzazione dell’Azienda</b>	<b>3</b>
Il territorio e la popolazione	3
Lo stato di salute della popolazione	4
<b>B) L’organizzazione aziendale</b>	<b>6</b>
Assistenza Ospedaliera	9
Assistenza territoriale	9
Prevenzione	11
<b>C) Obiettivi 2018</b>	<b>12</b>
C1) Linee progettuali 2018	12
C2) Obiettivi del Patto tra Regione e Direttore Generale anno 2018	74
C3) Relazione sulla gestione economico finanziaria	79
<b>D) L’attività del periodo</b>	<b>83</b>
D1) Assistenza ospedaliera	83
D2) Assistenza territoriale	94
D3) Prevenzione	104
D4) Tabella indicatori LEA	105
D5) Tabella tempi d’attesa per gli interventi traccianti	107
<b>E) Politiche del Personale</b>	<b>111</b>
<b>F) Modalità di riporto a nuovo risultato di esercizio 2018 e ripiano dei risultati degli esercizi precedenti</b>	<b>122</b>
<b>G) Leggi Speciali</b>	<b>123</b>
<b>H) Inventario fisico dei beni</b>	<b>124</b>
<b>I) Investimenti</b>	<b>125</b>

### **ALLEGATI**

B - Allegato 2 tabelle personale
C - Allegato 3 tabelle investimenti
D - Documenti Contabili Sanità
E – Nota Integrativa al bilancio sanità
F – Tabelle nota integrativa
G - Prospetti SIOPE
H – Modello La 2018
I – Conti economici di Presidio 2018
L – Bilancio Sociale
M - Nota Integrativa al bilancio sanità
N – Bilancio Consolidato

## 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 1/1/2018, in base ai dati ISTAT, ammonta a 312.080 abitanti, e risulta stabile rispetto all'anno precedente.

La composizione per età dei residenti al 1/1/2018 risulta essere così strutturata per fasce di età:

Fasce d'età	N.	%
0-14	42.260	13,5
15-64	196.239	62,9
65-w	73.581	23,6
<b>Totale residenti</b>	<b>312.080</b>	<b>100,0</b>

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 2017 in provincia di Pordenone risulta di 81,6 anni nei maschi e di 85,9 anni nelle donne.

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

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 1,37 e l'età media della madre al parto è salita a 31,8 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 2.321 nati nel 2017, pari ad un tasso di 7,4 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 59,0%. Questo significa che la popolazione in età attiva, ha "in carico" una quota molto importante di popolazione inattiva.

L'indice di vecchiaia, che indica il rapporto tra popolazione con età superiore a 64 anni e popolazione con età inferiore a 15, è arrivato a 174,1 nel 2018.

Anche in questa provincia, pertanto, si sta affermando uno squilibrio generazionale, con una percentuale di ultra 64enni del 23,6% e le proiezioni demografiche mostrano un ulteriore aumento nei prossimi decenni.

Negli anni '90 e nel primo decennio degli anni duemila si è verificato un rilevante movimento migratorio dall'estero. Il picco del numero di stranieri residenti si è toccato nel 2010 con oltre 36.000 unità. Al 1.1.2018 la popolazione straniera residente in provincia è di 31.661, stabile rispetto all'anno precedente (31.380).

## **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, in costante riduzione dagli anni '90, dal 2014 al 2017 mostrano un andamento più stabile con oscillazioni annuali.

Nel 2017 sono morte 3.175 persone residenti in provincia di Pordenone, pari ad un tasso grezzo di mortalità di 9,7 per 1.000 residenti.

Le principali cause di morte sono le malattie del sistema circolatorio e i tumori. Nelle fasce di età più giovani, fino a 44 anni, anni la principale causa di morte è rappresentata dai traumatismi in entrambi i generi. Con l'aumento dell'età la proporzione di decessi dovuta ai traumatismi diminuisce e aumenta la quota di decessi dovuta ai tumori, che rappresenta la prima causa di morte fino a 84 anni. Oltre gli 84 anni in entrambi i generi prevalgono i decessi per malattie del sistema cardiocircolatorio, che risultano la prima causa di morte in assoluto nella popolazione, poiché la maggior parte dei decessi si verifica dopo questa età. Il quadro epidemiologico provinciale è caratterizzato da un'elevata prevalenza di malattie cronico-degenerative, patologie con un lungo decorso e senza sostanziali prospettive di guarigione, che richiedono un elevato fabbisogno assistenziale. Si stima che in AAS 5, nel 2017, la quota di popolazione residente affetta da almeno una patologia cronica superi il 40%. Tra le malattie croniche più diffuse emergono

l'artrosi e l'artrite, che si stima colpiscono in provincia di Pordenone oltre 52.000 persone, e l'osteoporosi che interessa oltre 25.000 persone.

Molto rilevanti per l'impatto sui servizi sanitari ospedalieri e territoriali sono alcune patologie croniche ad altro rischio di riacutizzazione come la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e lo scompenso cardiaco. Nel Friuli Occidentale, nel 2017, si stimano circa 3.200 casi prevalenti di BPCO e circa 1.850 casi prevalenti di scompenso. Tra le patologie croniche più frequenti è presente anche il diabete mellito. Si stima che siano circa 21.000 i casi prevalenti in provincia di Pordenone al 31/12/2017, pari al 6,7% della popolazione residente. Più della metà dei casi di diabete interessa la popolazione con più di 64 anni. 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.

#### **GENERALITÀ SUL TERRITORIO SERVITO, SULLA POPOLAZIONE ASSISTITA E SULL'ORGANIZZAZIONE DELL'AZIENDA**

L'azienda A.A.S. 5 "Friuli Occidentale" opera su un territorio coincidente con la provincia di Pordenone, con una popolazione complessiva di 312.080 abitanti (ISTAT), distribuiti in 50 comuni, suddivisi in 5 distretti.

La distribuzione della popolazione al 31/12/2017 per fasce di età è la seguente

0-13	39.436
14-64	199.063
65-74	36.130
75-W	37.451
0-W	312.080

La popolazione esente da ticket nell'esercizio 2018 è pari a 116.709 unità (65.262 per motivi di reddito, 51.447 per altri motivi) (da "assistiti domiciliati in data 30/12/2017" mod. SAN.US.071-08 Insiel)

#### **DICHIARAZIONE SULLA COERENZA DEI DATI ESPOSTI CON I MODELLI MINISTERIALI DI RILEVAZIONE FLUSSI**

<b>MODELLO FLS 11 Anno2018 (scelte MMG e PLS)</b>	<p>Modello FLS 11 Assistibili. 0 - 13 anni 39.213 Assistibili. 14- 64 anni 197.960 Assistibili. 65- 74 anni 36.120 Assistibili. oltre 75 anni 37.708 Assistibili totale 311.001 (da "assistiti domiciliati in data 30/12/2017" mod. SAN.US.071-08 Insiel)</p> <p>Modello FLS12 Scelte mmg 272.083 Scelte pls 35.820 (modello Insiel elaborato in data 26/3/2018)</p>
---	--

	<b>Totale</b> Dati sulla popolazione assistita, (scelte MMG e PLS) e sulla sua scomposizione per fasce d'età, sono coerenti con quelli esposti nel QUADRO G del Modello FLS 11.
<b>MODELLO FLS 11</b> <b>Anno 2018</b> <b>(scelte MMG e PLS)</b>	Esenti da ticket 116.709 di cui 65.262 per motivi di reddito e 51.447 per altri motivi (da "assistiti domiciliati in data 30/12/2017" mod. SAN.US.071-08 Insiel) I dati sulla popolazione esente da ticket sono coerenti con quelli esposti nel quadro H del modello FLS 11

I dati relativi alla popolazione assistita, sopra riportati, differiscono da quelli ISTAT e da quelli utilizzati dalla Regione per il riparto del fabbisogno sanitario regionale standard . In particolare, la popolazione ISTAT è pari a 312.080 unità (31/12/2017), la popolazione utilizzata dalla Regione per il riparto è pari a 312.051 unità (31/12/2016).

## B) L'organizzazione aziendale

---

L'AAS5 adotta il seguente modello organizzativo :

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

una delle professioni sanitarie o tecniche, con incarico di posizione organizzativa o di dirigenza in base alla complessità della piattaforma e alle risorse disponibili. Il responsabile di piattaforma fa capo gerarchicamente al direttore di dipartimento e funzionalmente al coordinamento delle professioni sanitarie e tecniche. In relazione alla complessità delle risorse gestite la piattaforma può assumere la connotazione di S.O.C., S.O.S. o di posizione organizzativa.

L'Azienda ispira la propria organizzazione a criteri di responsabilizzazione diffusa, di delega dei sistemi di gestione, di valorizzazione dell'autonomia gestionale delle singole articolazioni organizzative, dell'autonomia professionale degli operatori e di un generale orientamento alla flessibilità, limitando lo sviluppo verticale delle strutture e dei livelli di responsabilità. Ciò si traduce, per quanto possibile ed opportuno, nella attribuzione e nella delega esplicita di poteri e nell'assegnazione di obiettivi, affinché i singoli operatori possano essere meglio coinvolti nella gestione aziendale e sia possibile una valutazione dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi assegnati, tenuto conto delle risorse messe a disposizione.

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

- Dipartimento di Prevenzione
- Dipartimento di Salute Mentale
- Dipartimento Assistenza Primaria Aziendale (DAPA)
- Dipartimento Assistenza Ospedaliera (DAO).

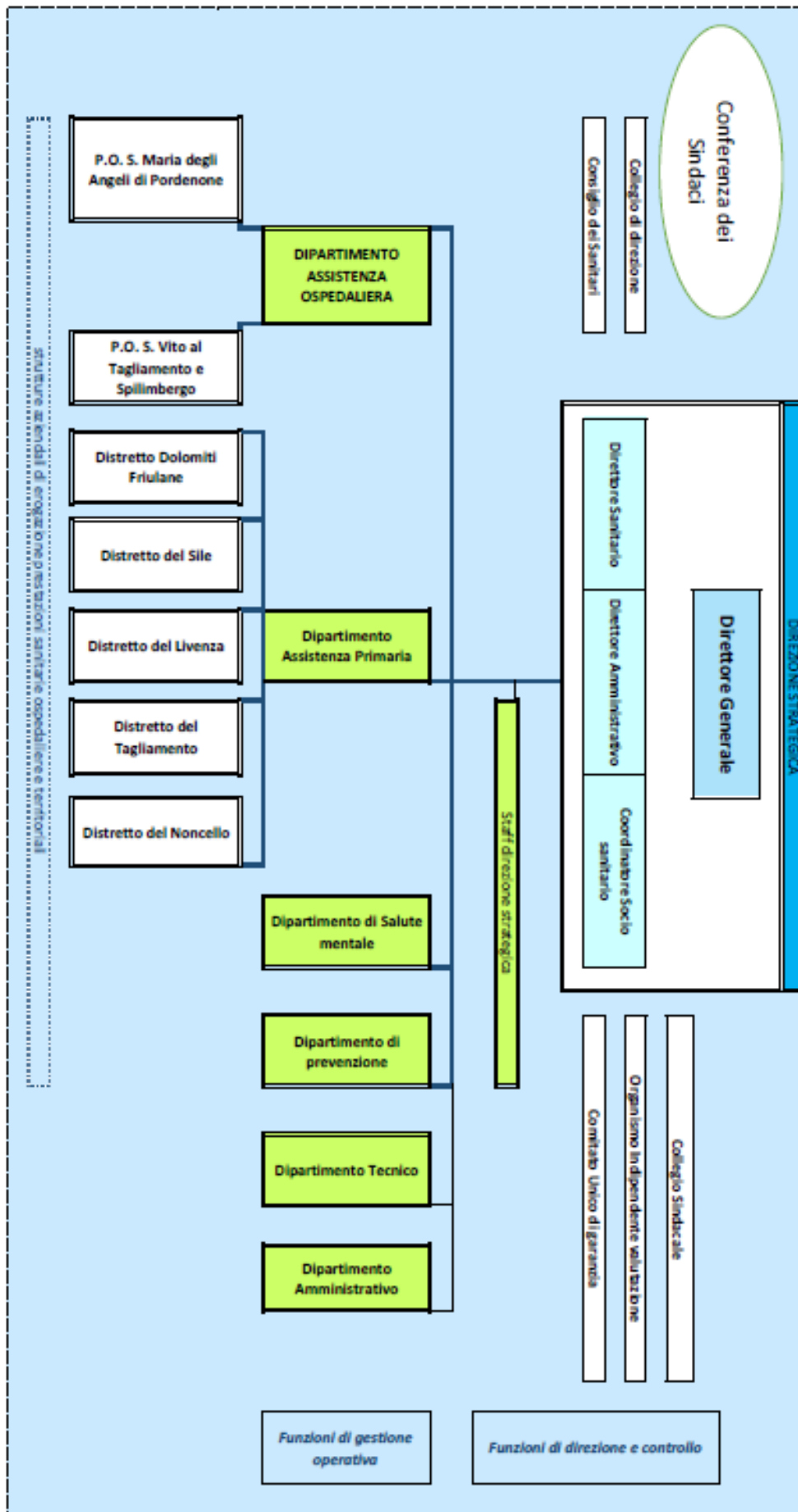
Il Dipartimento Assistenza Primaria Aziendale (DAPA) è articolato in :

- 5 distretti
- Neuropsichiatria infantile
- Dipartimento delle Dipendenze
- Rete delle Cure Intermedie
- Rete cure palliative e Hospice.

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

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

L'organigramma è il seguente:





## Generalità sulla struttura e sull'organizzazione dei servizi

### 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 696, quelli convenzionati sono pari a 147 (fonte dati modello HSP 12 e HSP 13 al 1.1.2018).

	Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria	Di cui Pagamento	totale
Ospedale di Pordenone	37	0	434	31	<b>471</b>
Ospedale di San Vito /Spilimbergo	18	0	207	18	<b>225</b>
<b>Totale Presidi a gestione diretta</b>	<b>55</b>	<b>0</b>	<b>605</b>	36	696
Casa di Cura S. Giorgio	33	0	114	0	<b>147</b>
<b>Totale Casa di cura convenzionata</b>	<b>33</b>	<b>0</b>	<b>114</b>	<b>0</b>	<b>147</b>

#### DICHIARAZIONE SULLA COERENZA DEI DATI ESPOSTI CON I MODELLI MINISTERIALI DI RILEVAZIONE FLUSSI

<b>MODELLO HSP 11 Anno XXX</b>	I dati sul numero di strutture a gestione diretta e convenzionate sono coerenti con quelli complessivamente desumibili dai modelli HSP 11
<b>MODELLO HSP 12 Anno XXX</b>	I dati relativi ai posti letto dei presidi a gestione diretta sono coerenti con quelli riportati nel Modello HSP 12
<b>MODELLO HSP 13 Anno 2018</b>	I dati relativi ai posti letto dei presidi in convenzione sono coerenti con quelli riportati nel Modello HSP 13

### Assistenza territoriale

L'azienda opera mediante 56 presidi a gestione diretta e 42 strutture convenzionate

Strutture private accreditate	Decreti accreditamento	Decreti di rinnovo
La Nostra Famiglia	88 del 04/02/2016	1528 del 17/10/2018
Centro Medico Esperia	982 del 19/11/2015	1626 del 6/11/2018
Diagnostica 53	524 del 16/07/2015	51 dell'11/01/2019
cc "San Giorgio"	1049 del 27/11/2015	1465 del 5/10/2018
cc "San Giorgio"	ostetricia-ginecologia	1474 dell'8/10/2018
Sanisystem	1131 del 4/12/2015	1287 del 13/09/2018
Busetto & Pontel	412 del 15/06/2015	759 del 23/05/2018
Hospice "Via di Natale"	1281 del 28/9/2017	

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

Gli istituti o centri di riabilitazione convenzionati ex art.26 L.833/78 sono 5, per complessivi 14 posti letto residenziali e 189 posti letto semiresidenziali.

Struttura	Posti letto residenziali	Posti letto semiresidenziali
Progetto Spilimbergo	14	9
Ns. Famiglia San Vito al Tagl.to	0	180
Busetto & Pontel	0	0
Friuli Riabilitazione	0	0
Bambini e Autismo	0	0
<b>TOTALE Posti Letto</b>	<b>14</b>	<b>189</b>

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
AMBULATORIO E LABORATORIO	11	5	3						11
STRUTTURA RESIDENZIALE					10		7	1	18
STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE					3				3
ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE				7	11	6			24
<b>Totale complessivo</b>	<b>11</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>24</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>56</b>

(STS.11 anno 2018 comprende 4 strutture tipo "ambulatorio e laboratorio" usate per distribuzione diretta farmaci e non conteggiate in questa tabella)

Per le strutture convenzionate:

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	3	4	1							6
STRUTTURA RESIDENZIALE					2	17		1	1	21
STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE						13		1		14
<b>Totale complessivo</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>30</b>		<b>1</b>	<b>1</b>	<b>42</b>

Relativamente alla medicina generale, l'Azienda opera mediante 202 medici di base, che assistono complessivamente una popolazione pari a 272.083 unità, e 35 pediatri, che assistono complessivamente una popolazione pari a 35.820 unità.

#### DICHIARAZIONE SULLA COERENZA DEI DATI ESPOSTI CON I MODELLI MINISTERIALI DI RILEVAZIONE FLUSSI

<b>MODELLO STS 11 Anno 2018</b>	I dati sul numero di strutture a gestione diretta e convenzionate, sulla tipologia e il tipo di assistenza erogata, sono coerenti con quelli complessivamente desumibili dai modelli STS 11
<b>MODELLO RIA 11 Anno 2018</b>	I dati sul numero di strutture a gestione diretta e convenzionate ex art 26 L 833/78 sono coerenti con quelli complessivamente desumibili dai modelli RIA 11
<b>MODELLO FLS 12 Anno 2018</b>	I dati esposti relativi a medici di base e pediatri sono coerenti con quelli complessivamente desumibili dai quadri E e F del modello FLS 12

## 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 2018

### C1) Linee progettuali 2018

#### 3.1 PROGETTI DI ORGANIZZAZIONE DELLE FUNZIONI

##### 3.1.1 Degenza

Atto aziendale		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Risultato al 31.12.2018
Posti letto ospedalieri	Conclusione del percorso di ridefinizione dei posti letto presso i presidi ospedalieri in coerenza a quanto definito dalla DGR 2673/2014.	La dotazione dei posti letto risulta complessivamente inferiore rispetto alle indicazioni regionali (DGR 2673/14). Lo scostamento è da ricondurre a vincoli logistici, che in entrambi i PO non hanno consentito di incrementare per il 2018 i posti letto per l'area di Riabilitazione intensiva/estensiva.

Posti letto – assistenza primaria		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Risultato al 31.12.2018
Posti letto	Conclusione del percorso di ridefinizione dei <b>posti letto dell'assistenza primaria</b> (Hospice, SUAP, RSA e riabilitazione estensiva, Presidi ospedalieri per la Salute, Salute mentale, Dipendenze) in coerenza a quanto definito dalla DGR 2673/2014.	La dotazione dei posti letto risulta complessivamente inferiore rispetto alle indicazioni regionali (DGR 2673/14). Vincoli logistici e strutturali non hanno consentito di incrementare la dotazione dei posti letto.

Linea 3.1.2 Acquisizione e/o spostamento di funzioni		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Risultato al 31.12.2018
<b>Trasferimento della funzione di ONCOLOGIA e CARDIOLOGIA ONCOLOGICA</b> Laboratori analisi e Microbiologia e virologia	Monitoraggio delle attività già attuate	Le funzioni sono state trasferite e i livelli di attività sono mantenuti
- completamento dell'integrazione delle funzioni di laboratorio analisi - revisione della convenzione in essere per la corretta attribuzione e valorizzazione delle attività (integrazione DGR 1423/2018)	- sono trasferiti al CRO le indagini diagnostiche di laboratorio di pertinenza oncologica concordate con AAS5 - approvazione nuova convenzione tra i due enti	Come previsto dalla convenzione, sono state trasferite alcune residuali indagini diagnostiche al CRO

<b>Linea 3.1.3 Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi (EGAS)</b>		
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Risultato al 31.12.2018</b>
<b>EGAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Collaborare alle iniziative intraprese da EGAS in base alle direttive regionali.</li> <li>- Attuare quanto stabilito in Comitato di Indirizzo Egas.</li> </ul>	E' stata assicurata la collaborazione con EGAS.

<b>Linea 3.1.3 Emergenza urgenza</b>		
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Risultato al 31.12.2018</b>
Proseguimento delle attività previste dal Piano dell'Emergenza Urgenza	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Completamento dell'assetto previsto dal Piano Emergenza Urgenza per tutti i mezzi di terra.</li> <li>- Adeguamento al volo notturno delle piazzole dell'eliambulanza dei presidi ospedalieri hub e spoke.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Ricollocazione dell'auto medica oggi attiva solo nelle ore notturne.</li> <li>b) Sono stati completati gli orari di presenza dei mezzi di soccorso sul territorio (Azzano Decimo sulle 24 ore).</li> <li>c) E' stato sottoscritto un accordo con il Comune di Pordenone per l'aereoclub per realizzare l'elisuperficie notturna in Comina. E' stato chiesto un finanziamento in Regione per attrezzare le manovre notturne anche quella di Spilimbergo.</li> <li>d) L'Azienda ha proposto il mantenimento dell'ambulanza ALS nella postazione attuale di Sequals (al posto della prevista ricollocazione su Clauzetto/Pradis, che allungherebbe i tempi d'intervento in Val Tramontina), e il raddoppio della presenza dell'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.</li> </ul>

<b>Linea 3.1.4 Medicina di Laboratorio</b>		
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Risultato al 31.12.2018</b>
Laboratori analisi e Microbiologia e virologia	Proseguimento delle attività già avviate e progressiva attuazione della distribuzione dell'attività del Laboratorio Analisi tra Pordenone/CRO/Pordenone (riferimento Decreto n. 591 del 13.9.2017 All. 1)	Le attività previste dal Decreto n. 591 del 13.9.2017 All. 1 sono ormai consolidate e proseguono regolarmente.

Linea 3.1.5 Sangue ed emocomponenti		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Risultato al 31.12.2018
Sangue ed emocomponenti	approvazione e sottoscrizione del documento di scorporo di personale, attrezzature, beni, dei contratti e convenzioni fra AAS2 e AAS5 (maggio 2018)	Decreto AAS5 n. 348 del 30/04/2018 "Realizzazione del Centro Unico Regionale di Produzione degli Emocomponenti (CURPE) presso la sede di Palmanova: approvazione atto di scorporo con l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 "Bassa Friulana - Isontina".  Decreto AAS2 n. 326 del 30/04/2018 "Realizzazione del centro unico regionale di produzione degli emocomponenti (curpe) presso la sede di Palmanova: approvazione atto di scorporo con l'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n.5 "Friuli Occidentale"".
Accreditamento istituzionale (integrazione DGR 1423/2018)	Entro la fine del 2018 verifica e rinnovo dell'accREDITamento istituzionale di tutte le strutture trasfusionali della Regione	AccREDITamento istituzionale: la verifica e rinnovo dell'accREDITamento istituzionale del Dipartimento di Medicina Trasfusionale di Pordenone si è svolto nelle giornate del 25, 26, 27 settembre 2018.

Linea 3.1.6 Reti di Patologia		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Risultato al 31.12.2018
Reti di patologia	-attivare per ogni sede ospedaliera, entro il 30 settembre 2018, almeno una sala attrezzata per gestire teleconferenze cliniche e riunioni operative a distanza, nonché permettere la visione contemporanea di documentazione ed immagini diagnostiche di alta qualità.  -collaborare con EGAS per implementazione di un sistema informatico/informativo in grado di mettere in comunicazione operativa i mezzi di soccorso (ambulanze, automediche ed eliambulanza) fra loro e con i servizi di pronto soccorso e la centrale operativa 118, per la registrazione e la trasmissione contestuale di informazioni cliniche - nelle more dell'attivazione della Rete oncologica regionale, definire per area geografica, entro il 30 aprile 2018, percorsi integrati facilitanti la presa in carico del paziente oncologico.	Sono attive 6 sale per teleconferenze o visione contemporanea di documentazione ed immagini diagnostiche di alta qualità di cui 2 nell'Ospedale di Pordenone ed una nelle sedi di San Vito e di Spilimbergo.  - Garantita la collaborazione con EGAS per l'implementazione di un sistema informatico/informativo  Percorsi integrati facilitanti la presa in carico del paziente oncologico:  1. <b>Prostate Cancer Unit:</b> è stata istituita la "Prostate cancer unit" tra AAS5 Friuli Occidentale e IRCCS CRO di Aviano con decreto DG 403 DEL 21/05/2018.  2. <b>Skin Cancer Unit:</b> Sono stati organizzati un incontro tra le direzioni strategiche per formalizzare l'unità a partire dalla definizione di un documento di fattibilità.  3. <b>Tumori del distretto capo collo:</b> Il gruppo multidisciplinare è attivo e svolge attività clinica e di ricerca coinvolgendo strutture del CRO e dell'AAS5.  4. <b>Patologia oncoematologica:</b> La procedura per la gestione delle Urgenze Onco-Ematologiche nei presidi ospedalieri di AAS5 e CRO è stata

		<p>approvata e il servizio è attivo dal 09.04.2018.</p> <p><b>5.Tumori polmonari:</b> è attivo un gruppo multidisciplinare con il CRO</p> <p><b>6.Tumori della mammella:</b> è attivo un gruppo multidisciplinare con il CRO</p> <p><b>7. Istituzione del “Dipartimento Funzionale della Rete Oncologica del Friuli Occidentale”:</b> in attesa del documento regionale sulla rete oncologica.</p> <p><b>8.Tumori in età pediatrica:</b> Avviata una collaborazione strutturata tra Pediatria e Neonatologia, comprese le cure palliative, e l’Area Giovani del CRO.</p> <p><b>9. Utilizzo delle grandi tecnologie per la diagnostica strumentale:</b> E’ stato effettuato un incontro tra le direzioni aziendali per la condivisione nell’utilizzo della RMN 3 Tesla.</p> <p>L’attività della PET viene garantita dalle 2 equipe aziendali.</p> <p>Il robot chirurgico è stato acquisito a dicembre 2018 ed è utilizzato in maniera multidisciplinare.</p>
--	--	---

<b>Linea 3.1.7 Modifiche/integrazioni delle DGR 2673/2014, 929/2015 e 1437/2015</b>		
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Risultato al 31.12.2018</b>
Funzioni	Progressiva e completa attuazione dell’atto aziendale in coerenza di quanto stabilito in con decreto aziendale n. 818 del 30/11/2017 e successive modifiche e integrazioni.	<p>L’Azienda ha proseguito nel percorso di progressiva applicazione dell’Atto aziendale per il quale si prevedeva il completamento entro il 28/02/2019 (triennio dalla data di adozione dell’Atto aziendale), termine prorogato, su richiesta dell’Azienda e a seguito di autorizzazione regionale, al 31/12/2019. Di seguito le principali manovre applicative dell’Atto aziendale nel 2018</p> <p><b>1) DIREZIONE GENERALE:</b> attivazione e attribuzione SC UFFICIO LEGALE E ASSICURAZIONI</p> <p><b>2) DIREZIONE AMMINISTRATIVA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- attivazione e attribuzione SSD GESTIONE GIURIDICO AMMINISTRATIVA DEL PATRIMONIO IMMOBILIARE</li> <li>- attivazione e attribuzione SC AFFARI GENERALI</li> </ul> <p><b>3) DIREZIONE DEI SERVIZI SOCIO SANITARI:</b> modifiche ai sensi della L.R. 31/17</p> <p><b>4) DIPARTIMENTO ASSISTENZA PRIMARIA AZIENDALE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- istituzione del DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE e delle strutture complesse afferenti (S.C. Tutela della salute e contrasto alle</li> </ul>

		<p>dipendenze Area 1 e S.C. Tutela della salute e contrasto alle dipendenze Area 2)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- attivazione e attribuzione dei DISTRETTI (DELLE DOLOMITI FRIULANE, DEL NONCELLO, DEL LIVENZA, DEL SILE, DEL TAGLIAMENTO)</li> <li>- attivazione e attribuzione della S.C. Adulti, anziani e assistenza medica primaria del DISTRETTO DELLE DOLOMITI FRIULANE</li> <li>- attivazione e temporaneo affidamento delle funzioni della S.C. RETE DELLE CURE INTERMEDIE E PALLIATIVE - HOSPICE</li> </ul> <p><b>5) DAO</b></p> <p>Applicazione delle modifiche all'Atto aziendale e successivi adempimenti (attivazione e attribuzione/conferma) relativamente a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- S.S.D. PROGRAMMAZIONE E GESTIONE DEI BLOCCHI OPERATORI</li> <li>- DIPARTIMENTO EMERGENZA E CURE INTENSIVE <ul style="list-style-type: none"> <li>o S.C. Anestesia e rianimazione 1 Pordenone</li> <li>o S.C. Anestesia e rianimazione 2 Pordenone</li> <li>o S.C. Anestesia e rianimazione San Vito</li> <li>o S.C. Pronto soccorso e medicina d'urgenza San Vito</li> <li>o S.C. Pronto soccorso e medicina d'urgenza Pordenone</li> </ul> </li> <li>- DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA E SPECIALISTICA <ul style="list-style-type: none"> <li>o S.C. Medicina interna Pordenone</li> <li>o S.C. Medicina interna San Vito</li> <li>o S.C. Medicina interna Spilimbergo</li> <li>o S.C. Pneumologia</li> <li>o S.C. Dermatologia</li> <li>o S.C. Nefrologia e dialisi</li> <li>o S.S.D. Endocrinologia e malattie del metabolismo</li> </ul> </li> <li>- DIPARTIMENTO FISIOPATOLOGIA CARDIO-CEREBRO-VASCOLARE <ul style="list-style-type: none"> <li>o S.C. Cardiologia Pordenone</li> <li>o S.C. Cardiologia San Vito-Spilimbergo</li> <li>o S.C. Neurologia</li> <li>o S.C. Riabilitazione PN</li> <li>o S.S.D. Riabilitazione cardiologica e cardio-oncologica</li> </ul> </li> <li>- DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA GENERALE <ul style="list-style-type: none"> <li>o S.C. Chirurgia Generale PN</li> <li>o S.C. Chirurgia Generale S. Vito al Tagliamento</li> <li>o S.C. Urologia</li> <li>o S.C. Gastroenterologia</li> <li>o S.S.D. Chirurgia Vascolare</li> </ul> </li> </ul>
--	--	--



		<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>o S.C. Ostetricia e ginecologia Pordenone</li> <li>o S.C. Ostetricia e Ginecologia San Vito-Spilimbergo</li> <li>o S.C. Pediatria e neonatologia Pordenone</li> <li>o S.C. Pediatria San Vito-Spilimbergo</li> <li>o S.S.D. Procreazione medicalmente assistita/S.C. Medicina e Chirurgia della Fertilità</li> <li>o S.S.D. Assistenza domiciliare, terapia del dolore e cure palliative pediatriche</li> </ul> </li> <li><b>6) DIPARTIMENTO MEDICINA TRASFUSIONALE:</b> attivazione e attribuzione del dipartimento e della SC MEDICINA TRASFUSIONALE</li> <li><b>7) DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE</b> Attivazione e attribuzione di: <ul style="list-style-type: none"> <li>- SC CSM 24 h DOLOMITI FRIULANE</li> <li>- SC CSM 24 h DEL TAGLIAMENTO</li> <li>- SC SERVIZIO OSPEDALIERO PSICHIATRICO DIAGNOSI E CURA</li> </ul> </li> <li><b>8) DIPARTIMENTO TECNICO:</b> attribuzione incarico di direzione della S.C. "Approvvigionamenti e gestione contratti fornitura beni e servizi" e affidamento dell'incarico di Direttore facente funzioni del "Dipartimento Tecnico".</li> <li><b>9) DIREZIONE GENERALE/DIREZIONE SANITARIA/DIREZIONE DEI SERVIZI SOCIO SANITARI/DIPARTIMENTO TECNICO/DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO/ DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA/DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA PRIMARIA AZIENDALE/DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE:</b> avvio attivazione e procedure di attribuzione degli incarichi di Responsabile di Struttura Semplice.</li> <li><b>10) Adozione "Regolamento in materia di graduazione e conferimento degli Incarichi di funzione del personale del comparto sanità" e della mappatura degli "Incarichi di funzione" del personale del comparto sanità. Prima applicazione - Fase A.</b></li> </ul>
--	--	---

<b>Linea 3.1.8 Modifiche/integrazioni alla DGR 42/2017</b>		
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Risultato al 31.12.2018</b>
<p><b>Accordi con i privati accreditati</b></p> <p>I budget indicati all'articolo 6 dell'allegato 2 alla DGR n. 42/2017, relative all'erogatore privato accreditato Associazione La Nostra Famiglia vengono ridistribuiti fra la sede di San Vito al Tagliamento (€ 97.022) e la sede di Pesian di Prato (€ 552.422) come segue:-Sede di Pesian di Prato &gt; € 400.000 - Sede di San Vito al Tagliamento &gt; € 249.444</p>	<p>Sottoscrizione nuovo accordo con i privati accreditato per l'anno 2018.</p>	<p>I nuovi accordi sono stati tutti firmati come di seguito: 27 giugno 2018 con "Sanisystem"; 28 giugno 2018 con "La Nostra Famiglia" e "Centro Medico Esperia; 29 giugno 2018 con "Casa di cura San Giorgio", "Diagnostica 53", "Busetto &amp; Pontel" e "Maniago Nuoto".</p>

<b>Linea 3.1.9 Documenti regionali</b>		
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Risultato al 31.12.2018</b>
<p>Adozione documenti regionali</p>	<p>Collaborazione con la DCS per la predisposizione dei documenti regionali</p>	<p>E' stata assicurata la collaborazione con la DCS</p>

<b>Linea 3.1.11 Lean management</b>		
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Risultato al 31.12.2018</b>
<p>Progetto aziendale : Miglioramento del percorso in PS del paziente con problematiche neurologiche in codice verde</p>	<p>Condivisione della propria esperienza con un evento regionale</p> <p>Completamento del progetto entro l'anno 2018.</p>	<p>Il 14 giugno 2018 si è svolto il convegno regionale che prevedeva la presentazione dei progetti aziendali. L'AAS5 ha presentato il progetto di miglioramento "Il percorso del paziente neurologico con Codice Verde in Dipartimento di Emergenza". Effettuata la FSC con il gruppo di miglioramento che ha coinvolto circa 10 professionisti del Pronto soccorso, della Radiologia, della Neurologia e della Direzione Medica Ospedaliera alla presenza dei tutor del CUOA.</p>

## 3.2 PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

3.2.1. Tutela della salute della donna		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Risultato al 31.12.2018
<p>1. Implementazione del percorso gravidanza fisiologica a gestione ostetrica</p> <p>2. Implementazione dell'offerta della visita domiciliare ostetrica in puerperio</p> <p>3. Implementazione di percorsi aziendali per la donna in età post fertile</p> <p>4. 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</p>	<p>1. Evidenza dell'attivazione del percorso</p> <p>2. Evidenza del servizio attraverso report con dati relativi al 2018</p> <p>3.a. Implementazione dei percorsi aziendali</p> <p>3.b Report di attività</p> <p>4. 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</p>	<p>1. Il percorso nascita (regionale) per la gravidanza a basso rischio, si incentra essenzialmente su 2 principi fondamentali:</p> <p>a. la gravidanza fisiologica deve essere seguita negli ambulatori consultoriali territoriali e procedere progressivamente verso la demedicalizzazione</p> <p>b. valorizzazione della figura dell'ostetrica che primariamente segue la gravidanza fisiologica.</p> <p>In AAS 5 si è proceduto alla condivisione del protocollo regionale con tutte le professionalità coinvolte sia del territorio che dei 2 poli nascita : ginecologi (ospedalieri e SUMAI), ostetriche, psicologhe. Tutti i ginecologi ospedalieri e i Sumaisti hanno effettuato incontri di consenso per la definizione delle condizioni di "rischio ostetrico" che possono essere gestire sul territorio per garantire la massima appropriatezza nell'invio all'ambulatorio di gravidanza a rischio, che resta di pertinenza ospedaliera. A tutte le gravidanze iniziali viene garantita la prenotabilità a CUP della prima visita negli ambulatori consultoriali.</p> <p>Nel corso del 2018 è stata organizzata la formazione del personale ostetrico, anche con contatti con formatori esterni, calendarizzato nel 2019. Si è inoltre predisposto il percorso per consentire al personale ostetrico l'utilizzo del G2 clinico per permettere la refertazione della valutazione.</p> <p>2. visita ostetrica domiciliare in puerperio Anno 2017: 29; Anno 2018: 46.</p> <p>3. Relativamente all'offerta per la donna in età post fertile gli ambulatori ginecologici dei consultori, possono rappresentare un setting opportuno per queste attività. Tuttavia, l'offerta per l'età postfertile, si configura come offerta di specialistica ambulatoriale, inoltre collegata ad un necessario incremento di risorse aggiuntive (ore lavoro di medico ginecologo e personale di supporto), attualmente insostenibile per i consultori aziendali.</p> <p>4. 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 altri operatori sanitari) al momento della dimissione. Presso la Casa di Cura San Giorgio il messaggio</p>

		<p>dell'importanza delle vaccinazioni è stato veicolato dal personale (in prevalenza assistenti sanitari) del Servizio Igiene Sanità Pubblica del Dipartimento di Prevenzione AAS5 in collaborazione con Assistente Sanitario della stessa casa di cura all'interno dei corsi di accompagnamento alla nascita per un totale di 10 incontri.</p> <p>Nel corso del 2018 in tutti i Consultori Familiari aziendali sono stati realizzati incontri nel pre e post partum 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): in totale sono stati realizzati 50 incontri di promozione alle vaccinazioni e 35 incontri sull'adozione di sani stili di vita.</p>
--	--	--

<b>Linea 3.2.2 Migliorare la salute nei soggetti a rischio MCNT e malati cronici (Programma I PRP)</b>		
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Risultato al 31.12.2018</b>
<p><u>Screening opportunistico:</u> avvio di uno screening opportunistico su stili di vita e rischio cardiovascolare globale nelle Aziende sanitarie della regione in coordinamento con A.I.R. dei M.M.G.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Il 10% dei pazienti eleggibili di ogni M.M.G. che aderisce allo screening opportunistico è valutato per la definizione del rischio cardiovascolare.</li> <li>- Il risultato del rischio deve essere inserito nella piattaforma regionale del rischio cardiovascolare.</li> </ul>	<p>Nel 2018 non è stata attivata la piattaforma regionale e relativo interfacciamento con i gestionali dei MMG; inoltre l'obiettivo non è stato considerato nell'accordo integrativo regionale</p>

<b>3.2.3. Gli screening oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia (Programma II PRP)</b>		
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Risultato al 31.12.2018</b>
<p>A. Raggiungere e mantenere un'adesione ai programmi di screening pari al 70 % per la cervice uterina, al 70 % per la mammella, e al 70% per il carcinoma del colon retto.</p>	<p>Adesione pari a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 70% per la cervice uterina</li> <li>- 70% per la mammella</li> <li>- 70% per il carcinoma del colon retto</li> </ul>	<p>Adesione</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 66,4 % per la cervice uterina</li> <li>- 72,8 % per la mammella</li> <li>- 64,0 % per il carcinoma del colon retto</li> </ul>
<p>B. Mantenere aggiornate, tramite i distretti, le anagrafi sanitarie verificando assistiti in base ai dati del monitoraggio delle lettere inesitate fatti pervenire dalla Direzione Centrale Salute.</p>	<p>Percentuale di inviti inesitati &lt; = 1,5%</p>	<p>Percentuale di inviti inesitati =1,3%</p> <p>(Fonte numeratore: file inesitate 2018 fornito da Insiel; fonte denominatore: inviti SIASI 2018)</p>

<p>C. Garantire le letture dei pap test primari per gli anni 2018-2019-2020 e comunque fino a transizione del programma ultimata</p> <p>Partecipare al controllo di qualità sul laboratorio unico e garantire l'accesso alla documentazione iconografica relativa all'istologia delle lesioni stesse da parte dei patologi del laboratorio unico</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Letture dei pap test primari presso le sedi di attuale competenza fino a transizione del programma ultimata</li> <li>2. Partecipazione al controllo di qualità sul laboratorio unico.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Le letture dei pap test primari sono state garantite dall'anatomia patologica di Pordenone.</li> <li>2. L'avvio del nuovo screening regionale è stato rinviato al 2019 e di conseguenza non è stato attivato il tavolo regionale per i controlli di qualità.</li> </ol>
<p>D. Assicurare la collaborazione per la riconversione del programma di lettura pap test, inclusi gli aspetti di formazione e comunicazione</p>	<p>- Assicurare le letture dei pap test primari presso le sedi attuali di competenze fino a transizione del programma ultimata (integrazione DGR 1423/2018)</p>	<p>Le letture dei pap test primari sono state garantite dall'anatomia patologica di Pordenone.</p>
<p>E. Garantire il rispetto dei requisiti definiti dalla regione per i centri di secondo livello dello screening per il carcinoma della cervice uterina</p>	<p>Rispetto dei requisiti previsti dal sistema regionale di verifica dei requisiti dei centri di secondo livello con invio alla Direzione regionale dei dati di autovalutazione entro il <b>31.12.2018 (integrazione DGR 2350/2018)</b></p>	<p>Check list inviata alla DCS entro il 31/12/2018</p>
<p>F. 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".</p>	<p>Rispetto dei requisiti previsti dal sistema regionale di verifica dei centri di senologia con invio alla Direzione regionale dei dati di autovalutazione entro il 30.11.2018</p>	<p>Check list inviata alla DCS entro il 31/12/2018</p>
<p>G. Garantire che i radiologi certificati svolgano sia la lettura del test mammografico di screening sia la gestione del percorso di approfondimento diagnostico dei casi richiamati</p>	<p>Lettura del primo livello e gestione del percorso di approfondimento diagnostico da parte di radiologi certificati</p>	<p>Letture del primo livello e gestione del percorso di approfondimento diagnostico eseguite dai radiologi certificati</p>
<p>H. Garantire la corretta chiusura dell'esito dei casi di secondo livello dello screening mammografico nel G2 clinico Ridurre i richiami intermedi (early recall) dopo approfondimento.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. percentuale di casi di secondo livello chiusi correttamente &gt; = 95%</li> <li>2. percentuale di early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso"/totale dei casi chiusi dall'unità senologica) &lt; 10%</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Percentuale di casi di secondo livello chiusi correttamente = 100%</li> <li>2. Percentuale di early recall=3,3%</li> </ol>

<p>I. Garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica (in particolare la codifica del livello di rischio assicurando di rendere definitiva la compilazione) per gli esami di 2° livello di screening. Garantire l'offerta della colonscopia di approfondimento di secondo livello entro 30 giorni dalla positività del FOBT di screening in almeno uno dei centri di riferimento</p>	<p>1. Percentuale di cartelle correttamente compilate &gt;=95%</p> <p>2. Tempo di attesa per colonscopia &lt;=30 giorni in almeno 1 dei centri di riferimento</p>	<p>Percentuale di cartelle correttamente compilate =96,3%</p> <p>I tempi di attesa per colonscopia sono stati garantiti entro 30 giorni in almeno 1 dei centri di riferimento.</p>
---	---	--

<b>Linea 3.2.4 Gli screening neonatali (Programma III PRP)</b>		
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Risultato al 31.12.2018</b>
<p>Partecipare ai lavori (coordinati dal IRCSS Burlo) finalizzati alla diffusione e applicazione di una procedura regionale per lo screening neonatale audiologico e per lo screening neonatale oftalmologico con aggiornamento del PDTA.</p>	<p>Diffusione e applicazione in ogni punto nascita delle procedure di screening neonatale audiologico e oftalmologico</p>	<p>In ogni punto nascita sono state applicate le procedure di screening (esclusi i neonati trasferiti a Udine o Trieste, eseguiti in quella sede.)</p> <p>Lo screening oftalmologico nella prima parte del 2018 è stato registrato solo in cartella clinica.</p>
<p>Programma di identificazione precoce della fibrosi cistica (coordinato dal IRCSS Burlo)</p>	<p>Partecipazione al programma di identificazione precoce della fibrosi cistica</p>	<p>E' garantita la partecipazione al programma.</p>
<p>Collaborare al programma per l'identificazione precoce dei neonati con emoglobinopatia nella popolazione a rischio. Assicurare da parte di tutti i punti nascita la regolare comunicazione a IRCSS Burlo della rilevazione del TSH neonatale.</p>	<p>Formale adozione della procedura per emoglobinopatia e TSH in tutti i punti nascita</p>	<p>E' garantita la partecipazione al programma.</p>

<b>Linea 3.2.5 Salute e sicurezza nelle scuole e benessere dei giovani (Programma III PRP)</b>		
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Risultato al 31.12.2018</b>
<p>Piano regionale della prevenzione (integrazione DGR 1423/2018)</p>	<p>1. Trasmissione dei dati alla Aas2 ai fini della predisposizione del report da inviare alla DCS</p>	<p>Il documento è stato trasmesso all'AAS2.</p>
<p>Le aziende sanitarie collaborano e sostengono</p>	<p>2. Almeno il 50% delle 42 scuole dell'area vasta pordenonese</p>	<p>La proposta di adesione alla rete SHE è stata inviata al 100% degli istituti dell'area vasta</p>

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.	(ovvero 21 scuole) dovranno esser raggiunte dalla proposta di aderire alla rete Scuole che promuovono salute (SHE).	pordenonese.
Sviluppo di progettualità di peer education nelle scuole della regione. Continua la diffusione e implementazione dei progetti riconducibili alle buone pratiche, quali modello What's up, Unplugged, peer education ecc	3.Aderiscono alla progettazione almeno 17 scuole dell'area vasta pordenonese	È stato attuato in collaborazione con la SISSA di Trieste il progetto di peer education "Psicoattivo", grazie al finanziamento regionale, in 5 scuole secondarie di 2° grado . Continua la diffusione nelle scuole di progetti di Peer education e di buone pratiche: Unplugged (16 scuole), Psicoattivo (5 istituti), Merenda Sana (19 istituti comprensivi coinvolgendo 56 plessi)
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	4.Report alla DCS Programmi avviati o iniziative realizzate	4. L'Ufficio Scolastico regionale non ha mai risposto alle proposte di incontro. Localmente è stato stilato un protocollo d'intesa in tema di salute e Sicurezza sul Lavoro (SSL) con vari portatori di interessi definito "Sicurscuola"
Inserimento nella banca dati PROSA delle attività di promozione salute svolte nelle istituti scolastici	5.Rendicontazione delle attività svolte nelle scuole attraverso la banca dati PROSA (disponibilità dei dati)	5. Sono disponibili i dati relativi alle attività svolte nelle scuole attraverso la banca dati PROSA. I progetti inseriti sono: -Psicoattivo - Progetto di peer education per la prevenzione delle dipendenze; - Unplugged AAS5 "Friuli Occidentale"; - Merenda sana uguale per tutti e movimento: un'associazione vincente.

<b>Linea 3.2.6 Prevenzione delle dipendenze (Programma IV PRP)</b>		
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Risultato al 31.12.2018</b>
1. Collaborazione con l'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze.	<p>1.1 Partecipazione dei referenti del gruppo tecnico operativo ad almeno il 70% delle riunioni indette dall'Osservatorio sulle Dipendenze.</p> <p>1.2 Invio e validazione dei dati per i flussi informativi regionali raccolti dell'osservatorio.</p> <p>1.3 Rendicontazione delle azioni previste dal Piano operativo GAP 2017.</p>	<p>1.1 Il gruppo tecnico dei direttori di dipartimento delle dipendenze si è svolto a Palmanova nelle seguenti date: 23.01.2018; 20.03.2018; 17.04.2018; 22.05.2018; 19.06.2018; 03.10.2018; 22.10.2018; 27.11.2018. La partecipazione del Dipartimento di Pordenone è stata sempre garantita.</p> <p>1.2 Sono stati perfezionati gli inserimenti dei dati che garantiscono il flusso ministeriale.</p> <p>1.3 Tutte le azioni previste dal piano operativo GAP 2017 sono state messe in atto come da piano stesso ( E' stata inviata in Regione la relazione).</p>

<p>2. Partecipazione al tavolo tecnico di confronto regionale con il terzo settore sui trattamenti alcolici.</p>	<p>2. Partecipazione dei referenti Aziendali dei trattamenti alcolici ad almeno il 70% delle riunioni indette.</p>	<p>2.il tavolo alcolico regionale si è incontrato a Palmanova nelle seguenti date: 30.01.2018; 27.02.2018; 27.03.2018; 29.05.2018; 09.10.2018; 20.11.2018. La presenza del dipartimento di Pordenone è stata sempre garantita.</p> <p>E' stato prodotto un protocollo tra tutti gli attori del territorio che verrà firmato dopo recepimento da parte della Regione</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>3.1. Partecipazione alla realizzazione di una formazione a valenza regionale sulle misure alternative e messe alla prova. 3.2. Aumento delle misure alternative e messe alla prova</p>	<p>2.1 In data 11.12.2018 è stato fatto un workshop regionale su "Misure alternative alla pena" che ha riassunto tutti i punti visti nel tavolo regionale specifico.</p> <p>2.2 Le misure alternative alla pena sono monitorate costantemente sia per quanto riguarda il progetto terapeutico, sia per quanto riguarda la spesa sostenuta con fondi regionali ad hoc. Tutti i soggetti che potevano accedere alle misure alternative hanno avuto un progetto specifico.</p>
<p>4. Partecipazione ai tavoli di monitoraggio sugli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale.</p>	<p>4. Report con l'esito di almeno 3 indicatori di outcome relativi agli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale.</p>	<p>4.Ogni utente inserito in borsa lavoro viene monitorato con indicatori concordati a livello regionale dalle Assistenti Sociali di tutti i servizi regionali. INDICATORI DI OUTCOME:</p> <p>1) Rinnovo BL anno successivo n.17 2) Conclusione esperienza in BL per: a. Raggiungimento degli obiettivi del progetto n.1 b. Assunzione n.5 3) Drop out n.7 In totale 30 BL</p>
<p>5. Monitoraggio degli esiti dei trattamenti in capo al SSR per rispondere alle problematiche relative alla dipendenza.</p>	<p>5. Report con l'esito di almeno 3 indicatori di outcome relativi all'esito dei trattamenti in capo al SSR per rispondere alle problematiche relative alla dipendenza</p>	<p>Sono stati prodotti r report con l'esito di 3 indicatori</p> <p>1. Eventi sentinella ( suicidi, decessi per overdose) 2. Follow up tabagismo 3. Drop out</p>
<p>6. Partecipazione alla stesura del nuovo Piano d'Azione Regionale per le Dipendenze.</p>	<p>6. Partecipazione dei referenti del gruppo tecnico operativo ad almeno il 70% delle riunioni indette.</p>	<p>Vedi punto 1.1</p>
<p>7. Aumento del testing per le malattie infettive correlate all'uso di sostanze alcoliche alle persone che afferiscono ai servizi per le Dipendenze.</p>	<p>7. Almeno il 20% di testati sui testabili.</p>	<p>I soggetti in trattamento per problemi alcol correlati di tutto il dipartimento, testati per le malattie infettive ( esami SIND effettuati) complessivamente superano il 20% richiesto per il raggiungimento dell'obiettivo e in maniera dettagliata nelle seguenti percentuali: Alcologia Pordenone 36% (99 sogg.); Alcologia San Vito al T. 46% (21 sogg.); Alcologia Sacile 9% (6 sogg.); Alcologia Maniago 2% 3 sogg. ); Alcologia Azzano X 54% (28 sogg.); Il minor numero di pazienti testati nelle sedi di Sacile e Maniago, risente del fatto che il medico per tutto il 2018 si è diviso tra le due sedi, riuscendo a fare in maniera incompleta tutto il lavoro richiesto.</p>



8. Partecipazione alla definizione di percorsi condivisi a livello regionale per le procedure legate agli accertamenti legali	8. Partecipazione dei referenti del gruppo tecnico operativo ad almeno il 70% delle riunioni indette.	Vedi punto 1.1
---	---	----------------

<b>Linea 3.2.7 Promozione dell'attività fisica (Programma V PRP)</b>		
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Risultato al 31.12.2018</b>
Sviluppo di progetti di attività fisica rivolti alla popolazione adulta	Report su quanto realizzato	Report su progetti di attività fisica rivolti alla popolazione adulta in fase di elaborazione: siamo in attesa dei resoconti da parte delle associazioni di volontariato che hanno partecipato al Bando per la concessione di contributi economici ad organizzazioni non lucrative per lo sviluppo nel 2018 di iniziative di promozione dell'attività fisica (UISP, San Valentino, l'Aquilone, e la Polisportiva Azzanese), in quanto sono stati prorogati i termini di rendicontazione a maggio 2019. Le principali attività avviate sono: gruppi di cammino, ballo, nordic walking, calcio camminato, bocciolina, ginnastica in acqua, ginnastica posturale, ginnastica dolce, yoga. Inoltre continuano i gruppi di cammino formati dall'Azienda Sanitaria in alcuni Comuni (Pordenone, Maniago, Caneva).
Realizzazione di progetti di promozione attività fisica adattata	Almeno 1 iniziativa/progetto	L'Attività Fisica Adattata è attivata in tutti Distretti aziendali. E' stata avviata la collaborazione con 13 provider per un totale di 31 corsi attivi (di cui 4 rivolti verso pazienti con insufficienza respiratoria).  I partecipanti all'ultima rilevazione (30.11.2018) erano 401 (di cui 44 per l'AFA respiratoria).
Diffusione delle opportunità di attività fisica presenti sul territorio attraverso il sito regionale <a href="https://invecchiamentoattivo.regione.fvg.it/">https://invecchiamentoattivo.regione.fvg.it/</a>	Presenza, sul sito, delle attività realizzate in collaborazione con le associazioni	È presente sul sito aziendale il catalogo di alcune associazioni o strutture del territorio per effettuare attività fisica, che rispondano ad alcune caratteristiche di qualità (adozione di un codice etico, dotazione di un defibrillatore semiautomatico, presenza di personale formato per primo soccorso, corsi condotti da personale con adeguata formazione): <a href="http://www.aas5.sanita.fvg.it/it/chi_siamo/_docs/organigramma/struttura-dettaglio.html?path=/dir_sanitaria/dip_prevenzione/SC_ambienti_vita/SS_igiene_sanita_pubblica/prevenzione_promozione_salute/struttura.html&amp;content=0&amp;extracontent=promozione_salute.html">http://www.aas5.sanita.fvg.it/it/chi_siamo/_docs/organigramma/struttura-dettaglio.html?path=/dir_sanitaria/dip_prevenzione/SC_ambienti_vita/SS_igiene_sanita_pubblica/prevenzione_promozione_salute/struttura.html&amp;content=0&amp;extracontent=promozione_salute.html</a>

<b>Linea 3.2.8 Prevenzione degli incidenti stradali (Programma VI PRP)</b>		
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Risultato al 31.12.2018</b>
I referenti individuati (PRP) partecipano e sostengono le attività che andranno a delinearsi (formazione dei moltiplicatori, diffusione delle iniziative) per la prevenzione degli incidenti stradali	Report sulla partecipazione dei referenti alle attività e sulle iniziative promosse localmente	Durante il 2018 è proseguita l'indagine PASSI dove, nel macro obiettivo 5 - PRP - PROGRAMMA VI "Prevenzione degli incidenti stradali", è stata analizzata la linea "Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti" con particolare riguardo al punto 5.3.1 "Proporzione di soggetti che utilizzano dispositivi di sicurezza per adulti e bambini" e punto 5.3.2 "Guida sotto effetto dell'alcol (Percentuale di persone che dichiarano di aver guidato un'auto o una moto, negli ultimi 30 giorni, entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche). Relazione ultimo aggiornamento del 19/12/2018

<b>Linea 3.2.9 Prevenzione degli incidenti domestici (Programma VII PRP)</b>		
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Risultato al 31.12.2018</b>
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	Inviato dalla referente regionale il report congiunto "Prevenzione incidenti domestici" in data 21 dicembre 2018 alla DCS via PEC con prot. 71393/T-GEN-IV-1-A di ASUITS
Proseguire la rilevazione attraverso la check-list dei rischi nelle abitazioni con analisi dei risultati	Almeno 50 abitazioni valutate	Rilevati attraverso check list i rischi in 50 abitazioni e inviato report alla referente regionale in data 29.05.2018.

<b>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)</b>		
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Risultato al 31.12.2018</b>
A. Partecipazione alla IV fase del progetto "Prodotti Finiti FVG" che prevede la stesura delle schede di prodotto (comprendenti la flow chart) con le metodiche e gli strumenti predisposti nell'ambito del progetto di ricerca	Presenza (al 31/12/2018) di almeno 90 schede di prodotto correttamente elaborate e viste dal responsabile scientifico del progetto (report della DCS.)	I gruppi di lavoro si sono riuniti regolarmente durante tutto l'anno predisponendo al 31/12/2018 n. 94 schede correttamente elaborate e viste dal responsabile scientifico del progetto. Il report finale alla DCS non è stato inviato in quanto il dott. Paolo Pischiutti, Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità, Vice direttore centrale Direttore dell'Area promozione salute e prevenzione, è parte integrante del progetto e risulta regolarmente informato di tutta l'attività. Alle aziende sanitarie partner che hanno richiesto la relazione finale, è stata data formale comunicazione.
B. Attuazione Delibera 2520 del 14 dicembre 2017 (modifica regolamento emanato con Decr.Pres.Reg. 144/2015) su servizi residenziali e semi-residenziali per anziani	Attività di vigilanza e controllo su almeno il 30% dei servizi/strutture collocati sul territorio di competenza.	La vigilanza è da ritenersi inclusa nel processo di nuova autorizzazione prevista dalle recenti normative regionali che hanno dato mandato alle singole aziende

<p>C. SPSAL: verificare l'omogeneità dell'applicazione in ambito regionale delle procedure di vigilanza in edilizia e prosecuzione della diffusione delle stesse ai portatori di interesse</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Partecipazione ai lavori del GRE</li> <li>2. Report elaborato da parte del GRE sulla omogeneità dell'applicazione delle procedure di vigilanza in edilizia in regione.</li> <li>3. Realizzazione di almeno un incontro provinciale con i portatori di interesse sulle problematiche connesse all'applicazione delle norme poste a tutela del lavoro sicuro in edilizia</li> </ol>	<p>1. I professionisti della SCAL hanno partecipato regolarmente durante il 2018 al gruppo Regionale Edilizia (GRE)</p> <p>2. Il GRE ha regolarmente prodotto il report il 18 dicembre</p> <p>3. Sono stati realizzati più eventi che hanno coinvolto anche operatori del comparto dell'edilizia.</p> <p>E' stato realizzato un incontro con gli Ordini professionali di categoria e l'ispettorato Territoriale del Lavoro (ITL) il 22/10/2018 per definire le esigenze formative del comparto e il programma di un possibile corso formativo. Si è costituita la segreteria organizzativa e definita la struttura del corso, nonché si è proceduto nella sua fase preparatoria. Il corso, che vede la nostra azienda come organizzatrice insieme agli Ordini professionali del comparto e ITL, partirà l'ultima settimana di gennaio 2019.</p> <p>E' stato siglato un Decreto con cui si approva la "Attività di formazione in materia di salute e sicurezza in ambiente di lavoro. Approvazione convenzione con ESMEPS per gli anni 2018-2020". A seguito di tale atto viene garantita in convenzione una serie di corsi rivolti in edilizia. L'attività viene svolta anche in orario di servizio. Il giorno 06 /12/2018 si è realizzato in accordo con le altre ASS regionali un incontro tecnico di valenza regionale con i portatori di interesse del comparto.</p>
<p>D. 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</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Partecipazione ai lavori del GRA</li> <li>2. Report elaborato da parte del GRA sulla omogeneità dell'applicazione delle procedure di vigilanza in agricoltura in regione.</li> <li>3. Realizzazione di almeno un incontro provinciale con i portatori di interesse sulle problematiche connesse all'applicazione delle norme poste a tutela del lavoro sicuro in agricoltura</li> </ol>	<p>1. Il GRA ha regolarmente prodotto il report (vedi allegato)</p> <p>Sono stati realizzati incontri formativi a Seo al Reghena e a Maniago (vedi anche scheda di Budget SCAL )</p> <p>E' stato realizzato un incontro il 14 Novembre 2018 con i portatori di interesse ed in particolare con i rappresentanti di Coldiretti PN , Confagricoltura Pn, Associazione Allevatori FVG per esporre e concordare le attività preventive nel comparto (vedi anche scheda di Budget SCALi )</p> <p>2. Il GRA ha regolarmente prodotto il report e inviato alla DCS</p> <p>3. Sono stati realizzati incontri formativi a Sesto al Reghena e a Maniago</p> <p>E' stato realizzato un incontro il 14 Novembre 2018 con i portatori di interesse ed in particolare con i rappresentanti di Coldiretti PN , Confagricoltura Pn, Associazione Allevatori FVG, per esporre e concordare le attività preventive nel comparto.</p>
<p>E. SIAN/VET: partecipare alla formazione degli auditor</p>	<p>Almeno 14 auditor ufficiali</p>	<p>Nel 2018 è stata garantita l'attività e di conseguenza il mantenimento della qualifica per</p>

e al programma di mantenimento della qualifica	formati	tutti i 14 auditor aziendali.
F. Realizzazione di un corso di sostegno alle capacità organizzativo-gestionali delle risorse umane per dirigenti, coordinatori e P.O. dei Dipartimenti di Prevenzione	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Corso realizzato</li> <li>2. partecipazione dei Dipartimenti certificata da AAS5</li> </ol>	<p>1. Il corso è stato suddiviso in 5 giornate e più edizioni e precisamente:</p> <p>Tangram leadership: un modello per la gestione delle risorse umane (aprile)</p> <p>Tangram leadership: Accrescere la motivazione propria e dei collaboratori (Giugno).</p> <p>Tangram leadership: La valutazione: un'opportunità di leadership e di sviluppo delle proprie risorse (settembre)</p> <p>Tangram leadership: Principi di organizzazione (novembre)</p> <p>2. hanno partecipato 24 operatori del dipartimento di Prevenzione</p> <p>Documentazione e registrazione evento in rete aziendale: Y:\DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE\Staff\Staff\Formazione</p>
G. SPSAL: partecipare attivamente al programma regionale di audit, scegliendo il comparto di interesse a seconda della specificità territoriale.	<p>Operatori formati secondo le indicazioni del PRP, individuati a livello regionale</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. costituzione del gruppo di auditori regionali</li> <li>2. individuazione aziende su cui avviare audit sui SGLS</li> <li>3. avvio della fase realizzativa (integrazione DGR 1423/2018)</li> </ol>	<p>Conclusa la formazione di 15 auditori Tutor per i Sistemi di Gestione della Sicurezza sul Lavoro (SGSL) di cui tre AAS5. Il Decreto Regionale n. 1818/SPS del 26/11/2018 riconosce tale ruolo . Successivamente la Regione dovrà definire la struttura organizzativa che permetterà di avviare la fase operativa</p>
H. Diffusione delle Linee guida regionali per la prevenzione dei rischi in campo estetico e del Protocollo operativo regionale di controllo per le pratiche estetiche	Evidenza della pubblicazione sul sito aziendale istituzionale dei documenti approvati dalla Regione	<p>Le linee guida risultano alla data del 31/12/2018 pubblicate nel sito aziendale:</p> <p><a href="https://aas5.sanita.fvg.it/it/schede/attivita_esteti_che.html">https://aas5.sanita.fvg.it/it/schede/attivita_esteti_che.html</a></p>
I. Attuazione del Protocollo operativo regionale di controllo per le pratiche estetiche	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Effettuare i controlli di tutte le nuove SCIA di tatuatore e piercer</li> <li>2. Effettuare i controlli di 1 ogni 5 delle nuove SCIA presentate per estetista</li> <li>3. Effettuare i controlli di 1 ogni 10 delle nuove SCIA presentate per acconciatore</li> </ol>	<p>1. Dal 26/02/2018 data in cui il direttore di Dipartimento ha formalizzato il protocollo sono pervenute al 31/12/2018 n. 11 SCIA di cui 2 al 21/12/2018 che per ovvie ragioni temporali sono state eseguite nel mese di gennaio 2019. Delle 9 rimanenti tutte sono state oggetto di verifica.</p> <p>2. Di comunicazioni di SCIA per estetisti ne sono pervenute 17 e di queste sono state verificate n. 2. La terza prevista è pervenuta in data 28/12/2018 e per ovvie ragioni temporali sono state eseguite nel mese di gennaio 2019</p> <p>3. Di comunicazioni di SCIA per acconciatore ne sono pervenute 25 e di queste sono state verificate n. 2.</p>

<b>Linea 3.2.11 Migliorare la salute e la sicurezza nei comparti a maggior rischio (Programma IX PRP)</b>		
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Risultato al 31.12.2018</b>
Mantenere un'adeguata vigilanza nei settori edile e agricolo secondo i parametri definiti a livello nazionale	5% delle aziende vigilate. - Edilizia: 12% dei cantieri notificati l'anno precedente. In caso di significative variazioni incrementali, si dovrà raggiungere almeno il numero dei cantieri vigilati nell'anno 2017. - Agricoltura: vigilare 30 aziende agricole (Report di attività alla DCS)	Rispettate le indicazioni sulla vigilanza ed inviato il report alla DCS:  Aziende visitate: 658  Cantieri vigilati: 257  Aziende agricole vigilate: 32
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 (vedi 3.2.10 GRE e GRA)	Corso FSC per i Medici Competenti realizzato (Formati ECM 10 ) A seguito della convenzione in atto tra Aas5 FO e ESMEPS sono stati formati n. 125 lavoratori formati con "16 ore prima" n. 52 RLS con relativi corsi Incontro Formativo su: "La sicurezza delle macchine" del 28.11.2018 (DDL 7; RLS 25; PROFESSIONISTI 20) Incontro Formativo su: "I rischi alla guida per i lavoratori" del 11.07.2018(DDL 4; RLS 19; PROFESSIONISTI 18; ASP E RSPP 22;MC e consulenti sanitari 15; Dirigenti 4; Preposti 3; Lavoratori 28 )

<b>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)</b>		
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Risultato al 31.12.2018</b>
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.	<b>1. Realizza anche in</b> collaborazione 2 corsi accreditati o 2 iniziative di sensibilizzazione (integrazione DGR 1423/2018)	Realizzazione del Workshop "La rete di promozione della Salute nei luoghi di lavoro del Friuli Venezia Giulia: esperienze a confronto e prima premiazione delle aziende partecipanti" tenutosi il 21.06.2018 Spot di Promozione in materia di SSL con filmati divulgativi de i "I PAPU" su Teleordenone per tre mesi Spot di Promozione in materia di SSL con filmati divulgativi de i "I PAPU" su La 13 per tre mesi Incontro Formativo su: "La sicurezza delle macchine" del 28.11.2018 Incontro Formativo su: "I rischi alla guida per i lavoratori" del 11.07.2018
Partecipare all'avvio dell'applicazione del metodo OCCAM (pag.90 PRP)	2.Analisi OCCAM su una neoplasia professionale (a livello regionale)	Analisi OCCAM (Occupational Cancer Monitoring) non realizzata in quanto è attualmente vincolata alla disponibilità di banche dati che devono essere fornite al servizio statistico regionale.

<b>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)</b>		
		Non è stato possibile superare i vincoli posti dagli enti gestori.
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.	<p>3. Report sui lavoratori a rischio cardiovascolare globale.</p> <p>Adozione di regolamento regionale sul fumo</p> <p>Offerta di percorsi per smettere di fumare</p>	Nell'ambito della promozione della salute dei dipendenti è stato avviato un progetto di attività fisica rivolto al personale assistenziale maggiormente esposto al rischio da movimentazione manuale dei pazienti.

<b>Linea n 3.2.13 Miglioramento dei sistemi informativi e di sorveglianza (Programma XI PRP)</b>		
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Risultato al 31.12.2018</b>
A. Alimentare le banche dati Informo e Malprof e coordinarsi per la stesura di un report regionale	Report congiunto di attività inviato alla DCS	Le banche dati sono state regolarmente implementate. Sono stati realizzati i report annuali per MAL PROF e per INFORMO
B. Sviluppo di sistemi informativi rivolta alla dematerializzazione delle comunicazioni obbligatorie	Studio di fattibilità e prima applicazione delle procedure per l'informatizzazione delle notifiche ex art.99 del D.Lgs 81/08	E' stato prodotto un resoconto dell'attività sviluppata nel corso del 2018 da parte di un apposito gruppo di lavoro interaziendale ed interistituzionale. Sono state definite le finalità e le caratteristiche informatiche del portale. L'avvio ricade ora in un ambito sovra aziendale.
C. 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	La trasmissione si è completata con ulteriori informazioni richieste il 13/07/2018
D. Monitorare le verifiche periodiche delle attrezzature di lavoro con inserimento dei dati in apposito database	il 75% delle verifiche effettuate da ogni azienda sanitaria è inserito nel data base aziendale	Tutte le Verifiche Periodiche effettuate sono inserite in un Foglio Excel aziendale.
E. Restituzione, a carico dell'IRCCS Burlo Garofolo, dei risultati della rilevazione 2017 del Progetto Okkio alla Salute ai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende	<p>1. almeno 1 incontro</p> <p>2. Report alla DCS</p>	Restituzione dei dati del sistema di sorveglianza Okkio alla salute e Passi ai MMG durante la loro FSC: 12 aprile Azzano; 17 maggio Pordenone; 07 giugno Maniago, 18 ottobre San Vito al Tagli; 22 novembre a Sacile.  <b>Report inviato dal Burlo</b>
F. raccolta dati periodica del progetto HBSC nelle scuole	- collaborazione	Attività già conclusa a giugno 2018,effettuata

<b>Linea n 3.2.13 Miglioramento dei sistemi informativi e di sorveglianza (Programma XI PRP)</b>		
del Friuli	all'effettuazione dello studio - Report alla DCS	raccolta dei dati in 41 classi delle scuole secondarie di 1 grado e in 18 classi delle scuole secondarie di 2 grado  Invio alle referenti regionali del report con il diario operatori complessivo, in data 11 giugno 2018.
G. Studi di sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento	dare continuità allo studio di sorveglianza PASSI e iniziare PASSI d'Argento	Continua la rilevazione dello studio di sorveglianza PASSI e prosegue lo studio PASSI d'Argento. E' stato elaborato il report aziendale Passi 2014-17, pubblicato nel sito aziendale e diffuso ai portatori d'interesse. Le interviste mensili come da scelta a livello regionale continuano ad essere svolte da Televita.

<b>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)</b>		
<b>Obiiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Risultato al 31.12.2018</b>
A. Partecipazione attiva alle attività del "Gruppo Tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali " di cui al Decreto n°630/SPS del 12.08.15 finalizzato alla valutazione delle ricadute sulla salute connesse ai determinanti ambientali, comportamentali e sociali e della "Cabina di Regia" di cui al Decreto n° 695/SPS del 19.05.2017.	Evidenza di partecipazione al "Gruppo Tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali " e alla "Cabina di Regia".	E' stata garantita la presenza in data 28/11/2018 del Direttore di Dipartimento al "Gruppo Tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali " e alla "Cabina di Regia" nell'unica convocazione pervenuta nel 2018.
B. Stesura del programma di controllo regionale per garantire la tutela della salute della popolazione dalle sostanze radioattive presenti nelle acque destinate al consumo umano secondo quanto previsto dal Decreto del 2.08.2017. Valutazione preliminare dei dati disponibili di concerto con ARPA FVG e con gli Enti Gestori.  Avvio del monitoraggio.	1. Partecipazione alla stesura del programma di controllo regionale con evidenza dell'invio dei dati richiesti dalla Regione.  2. Effettuazione dei campionamenti previsti.	La stesura del piano controllo radioattività acque è stato completato a nov. 2018 Nella riunione tecnica operativa organizzata dalla DCS del 03.12.2018 sono state stabilite le modalità di campionamento  Campionamenti posticipati nel 2019 , come concordato con ARPA e DCS con inizio nel mese di gennaio.
C. Conclusione, da parte degli operatori sanitari individuati come formatori, del percorso di formazione iniziato nel	1. Garantire la partecipazione degli operatori sanitari individuati come formatori ai moduli formativi previsti dal progetto CCM 2015	1. Durante il 2018 l'azienda ha formato tre operatori inviandoli ai corsi di formazione: - Seminari di aggiornamento per il SSN e il Sistema nazionale per la protezione dell'ambiente - Progetto CCM EpiAmbNet

**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)**

<p>corso dell'ultimo trimestre del 2017 nell'ambito del progetto CCM 2015 "EpiAmbNet" (Rete nazionale di epidemiologia ambientale, valutazione impatto integrato sull'ambiente e salute, formazione e comunicazione) del Ministero della Salute. Nel corso del secondo semestre dovranno essere stabiliti gli obiettivi didattici ed i contenuti dei percorsi formativi che verranno realizzati a livello regionale nel 2019 e che saranno destinati ai MMG, PLS e gli altri operatori del Dipartimento di Prevenzione.</p>	<p>"EpiAmbNet" per il primo semestre del 2018.</p> <p>2. Condividere a livello regionale la proposta formativa per il 2019.</p>	<p>(Torino, maggio 2018) - "valutazione di impatto sulla Salute da esposizioni ambientali: dalla stima degli impatti alla comunicazione dei rischi" (Bari e Firenze, maggio - giugno 2018)</p> <p>2. Il 17 dicembre 2018 il Dipartimento di Prevenzione ha partecipato all'incontro con i referenti regionali della linea ambiente e salute condividendo che la formazione dovrà coinvolgere i MMG, attraverso i loro ordini, trattando le tematiche inerenti l'emergenze a livello locale come la diossina, acque potabili, arbovirosi</p>
<p>D. Sorveglianza delle acque potabili. Mappatura dei pozzi privati utilizzati nell'ambito delle imprese alimentari.</p>	<p>Dovranno essere mappati, secondo un report fornito dalla Direzione Salute, i pozzi che approvvigionano gli stabilimenti riconosciuti (Reg. 852/853), le imprese alimentari che utilizzano l'acqua come ingrediente principale e quelli che approvvigionano fasce sensibili della popolazione (scuole, asili, ecc.).</p>	<p>Al 31.12.2018 non sono pervenute le direttive regionali su report: implementato rilievo approvvigionamento idrico delle imprese alimentari in attività ispettiva come da Controllo Ufficiale con inserimento dato in sistema informatico SICER.</p>
<p>E. Raccogliere i dati relativi ai mesoteliomi degli ex esposti e inviare al COR assicurando la trasmissione delle schede ReNaM Trasmettere i dati sui soggetti attualmente esposti alla DCS e al CRUA in base alle relazioni annuali compilate dalle ditte di bonifica utilizzando il MeLa Amianto.</p>	<p>dati inviati al COR</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. -schede ReNaM trasmesse</li> <li>2. -dati sui soggetti attualmente esposti trasmessi alla DCS e al CRUA</li> </ol>	<p>Dei SETTE casi pervenuti nel 2018, SEI sono stati valutati con scheda ReNaM e trasmessi al COR. Uno non è stato approfondito in quanto sin dall'inizio è emersa la totale competenza territoriale di Ts, per cui il caso è stato inoltrato allo SPSAL di Ts.</p> <p>SEI casi sono stati valutati con scheda ReNaM e trasmessi al COR</p> <p>2. I dati relativi agli esposti vengo raccolti automaticamente dal sistema MELA attraverso l'evoluzione del sistema attuata</p>
<p>F. 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>Il controllo previsto nel 2018 è stato realizzato</p>



<b>Linea n 3.2.15 - Miglioramento sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive (Programma XIII PRP)</b>		
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Risultato al 31.12.2018</b>
A. Adottare e applicare le Linee guida regionali per il controllo della tubercolosi e realizzare la formazione degli operatori	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Assicurare la partecipazione ad un evento regionale</li> <li>2. 1 iniziativa formativa/informativa in ogni Azienda</li> </ol>	<p>1. Gli opuscoli con le Linee guida regionali per il controllo della tubercolosi sono stati distribuiti a tutti i portatori d'interesse dell'azienda sanitaria. Al corso organizzato dalla Regione in data 8 novembre 2018 hanno partecipato personale del Dipartimento di Prevenzione e della sorveglianza sanitaria del Presidio Ospedaliero di Pordenone.</p> <p>2. L' AAS5 già nel 2017 ha provveduto ad effettuare la formazione sul campo a tutti gli operatori del SISP e Medici. Non si è ritenuto necessario ripetere l'evento in quanto è stata comunque garantita la divulgazione della linea sopra riportata</p>
B. Assicurare il proseguimento delle campagne vaccinali già avviate e quelle di nuova introduzione (rotavirus ed herpes zoster)	Miglioramento delle coperture vaccinali	<p>Coorte di nascita completa 2016 ciclo completo esavalente= 95%, MMR (antimorbillo-parotite-rosolia) = 93% Coorte di nascita del 2018 rotavirus (vaccinazione con offerta attiva dal 2018)= 44% 1 dose del ciclo.</p> <p>E' garantita la vaccinazione anti-herpes zoster alle categorie a rischio e in maniera non attiva alla coorte dei 65enni.</p>
C. Assicurare, accertato l'inadempimento dell'obbligo vaccinale, l'avvio della procedura per il recupero della vaccinazione.	Recepimento procedura per la gestione dei soggetti inadempienti.	E' stata attivata la procedura a livello regionale; è bloccata solo la parte relativa alla sanzione (3° e ultimo invito) in attesa di indicazioni specifiche da parte della regione.
D. Avvio di un processo di accreditamento dei servizi vaccinali	evidenza di avvio del processo	<p>In attesa dei percorsi avviati dalla DCS. L' AAS5 ha attivato la revisione di alcune procedure es:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• gestione del colloquio proposta vaccinazione anti-rotavirus,</li> <li>• gestione categorie a rischio per le vaccinazioni indicate dal Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale</li> </ul>
E. Adottare e applicare il piano regionale di sorveglianza e risposta alle arbovirali trasmesse da zanzare	Assicurare da parte di ogni azienda la partecipazione multiprofessionale all'aggiornamento del Piano regionale coordinato dalla Direzione centrale	Recepite le linee guida regionali per zoonosi e West Nile disease e applicate nel rispetto delle procedure previste in collaborazione con la Direzione medica ospedaliera. Assicurata la partecipazione multi professionale all'aggiornamento del Piano regionale coordinato dalla Direzione Centrale compreso l'incontro regionale del 18 settembre 2018.
F. <b>Malattie Sessualmente Trasmesse (MST)</b> (integrazione DGR 1423/2018)	<b>Collaborazione con il Burlo per il completamento del PDTA sulla gestione di laboratorio delle Malattie Sessualmente Trasmesse (MST)</b>	E' stata garantita la collaborazione
<b>Resistenze antimicrobiche</b>		
G. Sono individuati il coordinatore regionale	I due coordinatori regionali e il gruppo tecnico designati	Il personale del Dipartimento di Prevenzione dell'AAS n. 5 durante tutto l'anno 2018 non è

<b>Linea n 3.2.15 - Miglioramento sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive (Programma XIII PRP)</b>		
medico e veterinario e viene costituito il gruppo tecnico regionale (GTR) per l'implementazione del PNCAR. Il GTR identifica le modalità di implementazione delle azioni e costruzione il sistema di monitoraggio del PNCAR a livello regionale	definiscono modalità, azioni regionali identificate nel PNCRA 2018 (output: documento tecnico) e sviluppano il sistema monitoraggio del PNCAR a livello regionale.	stato ne convocato ne coinvolto in nessuna azione riferita a questa linea PAL
H. Tutti gli ospedali partecipano ai programmi di sorveglianza delle ICA, con evidenza di monitoraggio degli indicatori regionali.	indicatori regionali monitorati	Gli indicatori sono stati monitorati ed inviati in regione
I. Veterinari: censimento dei laboratori privati coinvolti nel monitoraggio e sorveglianza dell'AMR (entro il 2018).	realizzare il censimento dei laboratori privati che eseguono esami batteriologici e test di farmaco-sensibilità.	E' stato effettuato il censimento: rilevato un laboratorio privato
J. Veterinari: Adesione al Sistema Informativo Nazionale per la completa digitalizzazione della gestione del medicinale veterinario e della ricetta elettronica (entro il 2018)	Aderire al Sistema Informativo Nazionale per la tracciabilità del farmaco per quanto di loro competenza	Per quanto di competenza AAS5 è stato garantito quanto previsto da disposizioni della DRS
K. Veterinari: progressiva integrazione delle aziende zootecniche al sistema informatico di supporto all'attività di classificazione delle aziende sulla base di indicatori di rischio (entro il 2018)	Assicurare che le aziende zootecniche siano progressivamente integrate nel sistema informatico di supporto all'attività di classificazione delle aziende sulla base di indicatori di rischio	Gli esiti dei controlli presso le Aziende zootecniche vengono inseriti in SICER che ne definisce la classificazione del rischio.
L. Veterinari: Condivisione delle Linee guida nazionali per la corretta gestione degli allevamenti di animali da reddito al fine di ridurre le prescrizioni di antimicrobici e prevenire il rischio di antibiotico-resistenza	Adottare delle Linee guida nazionali disponibili per la corretta gestione degli allevamenti di animali al fine di ridurre le prescrizioni di antimicrobici e prevenire il rischio di antibiotico-resistenza	Le linee guida nazionali per la corretta gestione degli allevamenti sono state adottate ed attualmente applicate
M. Veterinari: Recepimento check-list ed esecuzione di audit secondo le procedure consolidate (entro il 2018).	Le AAS recepiscono ed adottano le check-list per l'esecuzione secondo le procedure consolidate. Sarà realizzata la programmazione regionale 2018-2019 per identificare il numero di allevamenti zootecnici (bovini, suini, pollame e pesci, esclusi i familiari) da sottoporre a valutazione di rischio in base alle check-list. Nel 2018 realizzare e registrare	Le check list per l'esecuzione dei controlli sono state recepite e adottate. La regione ha realizzato il PRISAN con la programmazione 2018. Sulla base del PRISAN sono stati eseguiti 84 controlli di farmaco-sorveglianza

Linea n 3.2.15 - Miglioramento sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive (Programma XIII PRP)		
	in SICER il controllo ufficiale di farmacovigilanza sulla base della programmazione regionale.	
N. Almeno un corso di formazione per Medici e Veterinari sul buon uso degli antibiotici l'anno per azienda sanitaria (entro il 2018) (integrazione DGR 1423/2018)	<b>Partecipare ad un corso di formazione regionale per Medici e Veterinari sul buon uso degli antibiotici, organizzato da AAS2.</b>	L'AAS5 ha organizzato e gestito il corso di formazione regionale per medici e veterinari (31 maggio 2018) presso l'ospedale di Palmanova

Linea n 3.2.16 - Comunicazione del rischio e gestione delle emergenze (Programma XIV PRP)		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Risultato al 31.12.2018
A. Applicare il protocollo regionale sull'assistenza sanitaria alle persone migranti ed inviare settimanalmente i dati di attività.	A. Report mensile	Il Protocollo regionale è stato regolarmente applicato per quanto riguarda l'assistenza sanitaria delle persone migranti.  I dati sono stati inviati alla DCS con cadenza mensile come da accordi di Responsabili di Dipartimento
B. Garantire in ogni azienda sanitaria la possibilità di accesso ad un ambulatorio per cure primarie per i soggetti non in regola con le norme sul soggiorno, con l'individuazione di un percorso facilitato rispetto al rilascio del codice STP/ENI (Straniero Temporaneamente Presente/Europeo Non Iscritto);	B. In ogni azienda è presente un ambulatorio	E' attivo in Azienda un ambulatorio dedicato ad accesso libero e gratuito per gli stranieri irregolari e indigenti presso il Consultorio Familiare del Distretto del Noncello a Pordenone, gestito da due medici volontari della Caritas di Pordenone mediante una convenzione tra AAS5, Caritas e Comune di Pordenone, ora in fase di rinnovo con la sola variante della previsione di trasferire l'ambulatorio nella sede della Caritas a Pordenone, mantenendo l'impegno attuale delle parti per garantire la continuità assistenziale del servizio di cure primarie nel rispetto della normativa a favore degli stranieri indigenti non in regola con le norme del permesso di soggiorno. Gli operatori dello sportello amministrativo distrettuale sono stati formati per facilitare il rilascio delle tessere sanitarie con codice STP/ENI e orientare l'utenza.
C. Garantire la formazione dei propri operatori sull'antimicrobial stewardship	C. In ogni azienda almeno il 25% di medici prescrittori formati	Sono stati formati 134 medici in merito all' <i>Antimicrobial Stewardship</i>  Il numero dei prescrittori dell'AAS-5 attualmente presenti è di 377 considerando le unità operative coinvolte realmente nella prescrizione intraospedaliera o ambulatoriale di antibiotico terapia .  Pertanto attualmente il 35.5% dei medici prescrittori risulta formato in merito all' <i>Antimicrobial Stewardship</i> .

<b>Linea n 3.2.16 - Comunicazione del rischio e gestione delle emergenze (Programma XIV PRP)</b>		
D. Diffondere a tutti gli operatori sanitari la reportistica regionale sulle resistenze batteriche	D. Report inviato in formato elettronico a tutti gli operatori sanitari coinvolti in prescrizione e somministrazione di farmaci	Report aziendale eseguito con responsabili di SOC-SOS e Coordinatori Infermieristici sia per il presidio di Pordenone che di San Vito.
E. In applicazione del Piano generale regionale di risposta alle emergenze, definire e formalizzare l'unità di crisi aziendale	E. Dare evidenza della formalizzazione dell'unità di crisi aziendale e delle procedure conseguenti, in applicazione del Piano generale.	Con decreto 745/2017 alla fine del 2017 è stato istituito il Gruppo locale emergenze infettive, che è stato convocato, come previsto nel decreto, nel febbraio 2018. Recepite le linee guida regionali per zoonosi e West Nile disease e applicate nel rispetto delle procedure previste in collaborazione con la Direzione medica ospedaliera. Attuata esercitazione in caso di infezione di aviaria con attivazione di tutte le strutture interessate e incontro di restituzione con punti di forza e debolezza.

<b>Linea n 3.2.17 - Alimentazione e salute: promozione di un'alimentazione sana, sicura e sostenibile (Programma XV PRP)</b>		
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Risultato al 31.12.2018</b>
A. Garantire la partecipazione degli operatori dedicati al percorso formativo programmato a livello regionale sull'allattamento al seno	80% operatori dedicati formati in ogni Azienda	E' stato formato l'80% degli operatori
B. Mantenere ed ottimizzare il sistema di rilevazione sull'allattamento al seno alla dimissione e alla seconda vaccinazione	100% schede inserite nel sistema di rilevazione regionale entro un mese dalla dimissione e alla seconda vaccinazione	Continua la criticità sulla rilevazione al seno alla seconda vaccinazione, la modalità di inserimento del dato non è agevole e non è idoneo e celere per la raccolta del dato. La rilevazione aggiornata al 31 dicembre 2018 evidenzia una percentuale d'inserimento alla seconda vaccinazione del 81,48 %.
C. Monitorare le gare di appalto di PA e Enti già mappate nel 2016 e fornire il proprio contributo nelle gare d'appalto in corso nel 2018 per favorire il maggior consumo di frutta e verdura, la riduzione del consumo di sale, usando quello iodato, l'utilizzo di prodotti preferibilmente tipici e a filiera corta	Contributo al 5% delle gare d'appalto	Tutte le gare di appalto di PA e Enti già mappate nel 2016 hanno ricevuto nel corso del 2018 il contributo da parte del personale SIAN di 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
D. 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	Un corso di formazione	La II edizione del corso ECM su "stili alimentari e approccio motivazionale breve" rivolto agli operatori sanitari dell'Azienda si è tenuto il 24 maggio 2018 presso il Centro per la formazione aziendale AAS5

**Linea n 3.2.17 - Alimentazione e salute: promozione di un'alimentazione sana, sicura e sostenibile (Programma XV PRP)**

<p>E. 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</p>	<p>1. Partecipazione alla realizzazione del corso regionale</p> <p>2. Report che evidenzi la diffusione dei contenuti nel territorio aziendale</p>	<p>E' stata garantita la partecipazione alla realizzazione del corso regionale che si è tenuto in data 04.12.2018</p> <p>Per la diffusione dei contenuti nel territorio aziendale sono state contattate le associazioni di categoria per modalità di divulgazione ai loro associati con le quali si è concordato una calendarizzazione di incontri per l'anno 2019</p>
---	--	--

**Linea n 3.2.18 - Sicurezza alimentare e di salute e benessere animale**

Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Risultato al 31.12.2018
<p>A. Effettuare i controlli sulla condizionalità come da convenzione con il MIPAAF/AGEA</p>	<p>Effettuare il 100% dei controlli previsti per gli atti di interesse della condizionalità e inserire le evidenze ed i verbali in BDN.</p>	<p>Effettuati controlli anagrafe suini 3 su 3 previsti; anagrafe bovini 35 su 35 previsti; anagrafe ovicaprina 12 su 12 previsti.</p> <p>Effettuati 54 controlli per benessere animale, farmaco-sorveglianza e sicurezza alimentare previsti per il 2018.</p>
<p>B. Ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi contenuti nel <u>Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare</u> anche attraverso l'attività di ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base ai criteri del rischio, delle imprese alimentari; a parità di rischio dovrà essere mantenuto almeno il tasso di copertura 2017</p>	<p>Come da PRISAN regionale VET. Origine Animale:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- n. 493 interventi ispettivi programmati per il 2018;</li> <li>- n. 16 audit programmati per il 2018</li> </ul> <p>Campionamento come da PRISAN</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-n. 55 valutazioni del rischio programmate</li> <li>-n. 20 controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN</li> </ul> <p>SIAN:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- n. 760 interventi ispettivi programmati per il 2018</li> <li>- 10 Audit</li> </ul> <p>Campionamento come da PRISAN</p> <p>Valutazione rischio 100% delle attività controllate</p> <p>n. 20 controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN</p> <p>Adesione alle indicazioni regionali.</p>	<p>Eseguiti n. 493 interventi ispettivi programmati per il 2018;</p> <p>Eseguiti n. 16 audit programmati per il 2018</p> <p>Totale Campioni alimenti eseguiti n. 212</p> <p>Così come segue:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>n. 98 da Piano di controllo ufficiale matrici alimentare origine animale</li> <li>n. 24 Distributori latte</li> <li>n. 32 da piano Monitoraggio radioattività</li> <li>n. 19 Residui fitosanitari</li> <li>n. 35 PNR</li> <li>n. 2 UVAC</li> <li>n. 2 Contaminanti</li> </ul> <p>Eseguite n. 55 valutazioni del rischio programmate 2018</p> <p><b>SIAN</b></p> <p>Eseguiti n. 1007 su 760 previsti ispettivi programmati per il 2018</p> <p>6 audit</p> <p>Totale Campioni alimenti eseguiti n. 206</p> <p>Così come segue:</p>

		<p>n. 120 da Piano di controllo ufficiale matrici alimentari di origine vegetale e composti a prevalenza vegetale</p> <p>n. 10 piano riconoscimento specie fungine</p> <p>n. 36 da piano Monitoraggio radioattività</p> <p>n. 35 da normativa acque minerali controllo stabilimenti e fonti</p> <p>n. 05 da emergenze</p> <p>controlli congiunti 18 ispezioni + 2 audit totale 20</p>
C. Attuazione dell'ultimo anno del Progetto Piccole Produzioni Locali in accordo con la Direzione centrale agricoltura.	<p>Garantire l'informazione capillare e la formazione sul territorio, informando le Aziende del Settore Alimentare della conclusione del Progetto e delle possibili evoluzioni delle PPL.</p> <p>Stesura di una relazione finale dettagliata di verifica Aziendale. carni suine e avicunicole. La relazione dovrà altresì riportare il dettaglio delle attività eseguite carni di specie diverse prodotti lattiero caseari di malga vegetali, confetture, conserve, prodotti da forno, erbe aromatiche, prodotti dell'alveare, vegetali fermentati, lumache, ecc...</p>	<p>Sono stati tenuti 5 incontri formativi (nei comuni di Pordenone, Azzano X, presso le sedi CEFAP di Pordenone Udine e Gorizia).</p> <p>Sono stati tenuti 5 corsi di formazione a Palmanova su lavorazione carni, lavorazione conserve vegetali, prodotti dell'alveare, re training.</p> <p>Sono stati rilasciati 122 attestati di partecipazione.</p> <p>Eseguiti 30 sopralluoghi.</p> <p>Inviata alla DRSPV Relazione finale dettagliata</p>
D. Garantire la funzionalità del sistema informativo SICER per l'Area dell'Igiene e Sicurezza Alimentare degli Alimenti di origine animale (Area B) e SIAN.	Piena funzionalità del sistema informatico SICER al 31 dicembre 2018.	<p>Il programma non ha dato la possibilità di essere allineati per evidenti carenze strutturali di allineamento con SISAVER.</p> <p>Proseguono gli incontri di formazione del personale e di confronto con la ditta che ha in gestione il programma</p>
E. Procedere nelle attività del Piano regionale di monitoraggio e controllo della Malattia di Aujeszky dei suini, al fine di richiedere l'accreditamento per Regione indenne.	<p><b>100%</b> allevamenti della coorte individuati dal Piano regionale da controllare al fine di richiedere lo status di Regione indenne.</p> <p>(integrazione DGR 1423/2018)</p>	Sono state controllate tutte le 128 aziende sulla coorte prevista dal piano regionale (aziende con capi >4)
F. 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	Effettuare gli interventi di controllo sul rispetto del benessere animale richiesti dal PRISAN 2018.	Effettuati 60 controlli per benessere animale previsti per il 2018
G. Attuazione dei controlli sull'anagrafe ovi caprina come da indirizzi LEA Ministeriali.	Raggiungimento del 3% dei controlli come richiesto da LEA Ministeriali.	Sono stati controllati 12 allevamenti sui 12 previsti pari al 3,56%

H. 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 state controllate 10 strutture
I. Applicazione piano vaccinale blue tongue	100% entro 31 dicembre 2018 al fine di ottenere nuovamente l'indennità.	Tutte le dosi di vaccino fornite nel 2018 sono state utilizzate.

### **3.3 ASSISTENZA DISTRETTUALE**

<b>3.3.1. Assistenza primaria</b>		
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Risultato al 31.12.2018</b>
1. Completamento dell'attuazione di quanto previsto dalla legge regionale 17/2014 per l'assistenza medica primaria, in coerenza con l'AIR 2016-2018	1. Assistenza medica primaria riorganizzata in ogni Azienda in coerenza con le disposizioni regionali	Tutti i MMG sono raggruppati in 12 AFT. Sono stati eletti i nuovi coordinatori di AFT e rappresentanti di UDMG. E' stato istituito il comitato di coordinamento UDMG. Sono stati realizzati gli incontri ex art 23 L'85% MMG sono già in Medicina di Gruppo. Si rimane in attesa di indicazioni regionali per completare la riorganizzazione.
2. Attività sperimentale dello psicologo e eventuali altre figure nel CAP.	2. Evidenza dell'attività effettuata dallo psicologo nel CAP	E' presente uno psicologo nei 2 CAP (San Vito e Cordenons).
3. Avvio della sperimentazione del Fascicolo sanitario elettronico	3. Almeno il 15% dei MMG in ogni AAS/ASUI partecipa alla sperimentazione secondo le modalità stabilite dalla Direzione centrale salute	E' stata avviata in settembre la sperimentazione del Fascicolo, a cura della DCS. Il dato non è disponibile a livello aziendale.

<b>3.3.2. Accreditamento</b>		
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Risultato al 31.12.2018</b>
Partecipazione attiva al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti.	Gli enti del SSR mettono a disposizione i valutatori per i sopralluoghi, secondo le indicazioni della direzione centrale salute, per almeno 30 giornate.	L'AAS5 ha messo a disposizione della Regione i valutatori per i sopralluoghi nei percorsi di accreditamento, rispondendo a tutte le richieste.
Partecipazione al programma di accreditamento nazionale degli organismi tecnicamente accreditanti.	L'organismo tecnicamente accreditante (OTA), con il coordinamento dei referenti dell'accREDITamento di ASUITS, AAS 2 e EGAS che hanno partecipato al corso di formazione organizzato dall'AGENAS, predispone la documentazione di competenza necessaria per conseguire l'accREDITamento nazionale.	Il referente aziendale ha partecipato a tutte le attività dell'OTA.

<b>3.3.3. Odontoiatria sociale</b>		
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Risultato al 31.12.2018</b>
1. Aumento delle prestazioni LEA erogate	1. Media aziendale di almeno 1,6 prestazioni/ora per odontoiatra	Media aziendale 1,51 prestazioni/ora (nei primi 6 mesi 2018: 1,2) – Fonte dati: SIASA.
2. Prestazioni non LEA erogate	2. n. 200 casi di terapia ortodontica e n. 500 pazienti con almeno un'arcata edentula riabilitati con protesi totali, nelle sedi attivate in Regione.	2. n. 47 casi di terapia ortodontica su 201 prime visite effettuate presso il distretto del Noncello fino ad aprile 2018 e presso il distretto del Tagliamento da maggio 2018. n. 47 pazienti con almeno un'arcata edentula riabilitati con protesi presso il Distretto del Sile (di cui 17 con protesi su un'arcata e 30 con protesi su due arcate).
3. Percentuale aziendale di visite odontostomatologiche	3. non superiore al 40% del totale delle prestazioni erogate (sono escluse le visite del PS odontostomatologico).	35,4% di visite. (5597 prime visite su 15796 prestazioni)

<b>3.3.4. Riabilitazione</b>		
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Risultato al 31.12.2018</b>
1. Attivazione a livello aziendale della rete per le malattie neuromuscolari e la sclerosi laterale amiotrofica.	1. In ogni AAS e ASUI è attivato un gruppo integrato neuromuscolare (GIN) con la finalità della presa in carico della persona con malattia neuromuscolare nell'ambito territoriale di competenza.	Istituito con nota DS del 03/07/2018 il Gruppo Integrato Neuromuscolare aziendale e realizzato primo incontro in data 31/07/2018 (è disponibile il verbale dell'incontro). Avviata la procedura di creazione in Y:\DAPA di una cartella dedicata alla condivisione documenti e informazioni sui casi di SLA e Malattie Neuromuscolari di cui si occuperà il GIN aziendale.
2. Attivazione a livello aziendale del PDTA per la sclerosi multipla.	2. Entro il <b>31.12.2018 l'80%</b> dei pazienti con sclerosi multipla sono presi in carico con le modalità previste dal PDTA. <b>(integrazione DGR 2350/2018)</b>	Attuati secondo quanto previsto dal PDTA l' accertamento e presa in carico medico specialistica dei pazienti con SM. Nel setting ospedaliero presi in carico 518 pazienti; in trattamento farmacologico e con gestione ambulatoriale, e/o DH e/o ricovero (274). Risultano attive tutte le figure necessarie all'adeguata presa in carico territoriale del paziente, secondo quanto riportato nel PDTA regionale. Quale azione propedeutica alla formalizzazione del percorso complessivo è stata eseguita una mappatura dei pazienti con diagnosi certificata di SM ( numero residenti con codice di esenzione 046 suddivisi per Distretto ) e dei casi presi in carico nei vari setting assistenziali (report dell' Ufficio Epidemiologico aziendale). Sono state inoltre raccolte informazioni sui casi seguiti dalle associazioni di malati di riferimento ( AISM e ULIDM) e dalle strutture di riabilitazione ex art 26. E' stato infine deciso l'inserimento delle Associazioni di malati nel GIN e di conseguenza nella rete dei servizi rivolti sia ai pazienti con SM che con Malattie Neuromuscolari anche alla luce della considerazione che le problematiche relative a presa in carico e continuità di cura di queste patologie risultano comuni.



<b>3.3.5. Superamento della contenzione</b>		
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Risultato al 31.12.2018</b>
Dare attuazione alla DGR n. 1904/2016	Produzione di un report di monitoraggio del fenomeno della contenzione in tutte le strutture sanitarie, socio-sanitarie e assistenziali secondo quanto disposto nella DGR 1904/2016.	<p>Prodotto report di monitoraggio del fenomeno della contenzione con confronto T0 (giugno 2017) e T1 (febbraio 2018) su strutture ospedaliere e territoriali. In programmazione eventi di formazione specifici sul tema della contenzione e argomenti correlati.</p> <p>Effettuate 3 edizioni evento: Superamento della contenzione: la gestione del paziente con delirium. <b>4 ottobre; 29 ottobre; 22 novembre 2018</b></p> <p>La rilevazione autunnale (novembre 2018) ha utilizzato uno strumento di rilevazione semplificato rispetto a quello predisposto per le indagini condotte fra il 2017 e febbraio 2018. Per la registrazione dei dati è stato utilizzato un supporto informatico progettato <i>ad hoc</i> e compatibile con l'applicativo Lime Survey, un programma che permette la realizzazione di questionari e sondaggi online. I dati sono stati raccolti nel periodo indice compreso fra il 19 e il 30 novembre 2018. Successivamente sono stati elaborati i dati ed è stato predisposto un report.</p>

<b>3.3.6. Diabete</b>		
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Risultato al 31.12.2018</b>
1. Gestione integrata del diabete in coerenza con la DGR 1676/2015	1. Presentazione report dati attività 2017-2018 con evidenza di miglioramento (report MMG.)	Risultano migliorati gli indicatori dei pazienti diabetici seguiti in AAS5: <u>emoglobina glicata</u> (+1%), <u>microalbuminuria</u> (+ 4.3%), <u>creatinina</u> (+4.4%), <u>assetto lipidico</u> (+2.7%). Indicatore <u>fundus</u> -2.8% (questo indicatore presenta un bias legato al fatto che molti pazienti eseguono esame del fundus in Libera Professione, pertanto tale dato non viene rilevato dal sistema regionale). In programma presentazione dei report dati di attività 2018 agli MMG.
2. Diabete in ospedale (DGR 1572/2017): a-Implementazione del programma regionale per la formazione del personale ospedaliero; b-organizzazione dei team ospedalieri.	Effettuazione degli eventi formativi in ogni azienda; costituzione e organizzazione dei team ospedalieri.	<p>Costituiti i team ospedalieri per la conduzione dei Corsi di formazione</p> <p><u>Corsi effettuati nel 2018:</u></p> <p>Ospedale di Spilimbergo: 11.12.2018</p> <p>Ospedale di S. Vito: 18.12.2018</p> <p>PO di Pordenone: 20.12.2018</p>

<b>3.3.7. Cronicità</b>		
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Risultato al 31.12.2018</b>
Implementare i PDTA sullo scompenso cardiaco	<p>1.Evidenza dell'implementazione del PDTA sullo scompenso cardiaco in ogni Azienda attraverso reportistica di dati di attività</p> <p>2. Estensione dell'applicazione del PDTA ad almeno un 1 CAP</p>	<p>1. Il PDTA è stato applicato e si sono svolti, come da PDTA:</p> <p>-incontri sistematici con i MMG del CAP di S Vito per discussione e cogestione di casi clinici</p> <p>- 30 pazienti cogestiti</p>

	attivato in altro distretto (distretto del Sile) con reportistica dei dati di attività	2) il PDTA è stato presentato ai MMG del distretto del Sile, ma non applicato perché, la nuova riforma sanitaria ha bloccato l'attivazione di nuovi CAP, quello del Sile compreso
--	--	---

### 3.3.8. Assistenza protesica

Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Risultato al 31.12.2018
Partecipazione ai lavori per la revisione dei percorsi di assistenza protesica e alla formazione dei professionisti sanitari.	Attuazione delle nuove modalità di erogazione dell'assistenza protesica, compresi i percorsi semplificati stabiliti dalle nuove linee guida regionali.	Sono state recepite e applicate le linee di indirizzo regionali per l'assistenza protesica (DGR 65 del 19/01/2018).

### 3.3.9 Assistenza domiciliare

Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Risultato al 31.12.2018
Incrementare gli indici di copertura assistenziale di presa incarico distrettuale di utenti over 64 anni, mantenere il valore CIA raggiunto e garantire i flussi ministeriale SIAD (corretti in tempi e modalità)	CIA valore $\geq$ a 3.7% popolazione > 64 anni Copertura assistenziale $\geq$ 4% over 64 anni	CIA valore =3,8% popolazione > 64 anni Copertura assistenziale =4,2% over 64 anni

## 3.4 ASSISTENZA FARMACEUTICA

Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Risultato al 31.12.2018
<b>Tetti Farmaceutica</b>		
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	Dato non disponibile a livello aziendale
<b>1. Prescrittori</b>		
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	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 ( <b>ospedalieri e territoriali</b> ) (integrazione DGR 1423/2018)	1. a-sono stati identificati specifici indicatori di budget per le strutture ospedaliere e territoriali (inviati al servizio farmaceutico regionale in data 07/09/2018). b-sono stati predisposti report di monitoraggio relativi agli indicatori individuati al punto a, è stato inviato a tutti un report almeno semestrale, in alcuni casi ad intervalli più brevi.

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).		In data 25/03/2019 è stata inviata alla DCS la relazione finale con evidenza dei risultati raggiunti.
<b>3. Medicinali a brevetto scaduto – indicatori AIFA-MEF</b>		
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 2018, dovrà tendere ai valori target indicati.	Promozione dell'utilizzo di farmaci a brevetto scaduto nell'ambito della medicina generale e/o nell'ambito della medicina specialistica/ospedaliera tramite riunioni di approfondimento e/o invio di reportistica di monitoraggio.  <b>- Raggiungimento target AIFA/MEF per le categorie di medicinale come da linee di gestione (integrazione DGR 1423/2018)</b>	3 All'interno delle riunioni di distretto/AFT della medicina generale si è provveduto a sensibilizzare sul tema dei farmaci a brevetto scaduto. Il raggiungimento degli indicatori AIFA-MEF è direttamente monitorato dalla DCS.
<b>4. Biosimilari</b>		
Nell'ambito delle categorie di medicinali per le quali è disponibile l'alternativa biosimile, le Aziende invieranno uno specifico report semestrale alla DCS sulle attività svolte, <b>nel rispetto del recente quadro normativo (legge n. 232/2016, art. 1 comma 407)</b> (integrazione DGR 1423/2018)	Report semestrale dell'utilizzo di farmaci biosimilari in tutti gli ambiti in cui è prevista l'introduzione di nuovi biosimilari.	4. In data 03/08/2018 è stata inviata alla DCS una relazione semestrale, in data 12/03/2019 è stata inviata la relazione annuale sull'andamento dell'utilizzo di biosimilari, le relative azioni intraprese e i risultati raggiunti.
<b>5. Medicinali brevetto scaduto –analisi prescrizioni integrazione DGR 2350/2018) OBIETTIVO STRALCIATO</b>		
<b>6. Distribuzione diretta farmaci alto costo</b>		
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.	Richiesta di dati ai centri prescrittori extra-aziendali per i trattamenti con farmaci ad alto costo avviati agli assistiti dell'AAS5.	6. Vengono richiesti periodicamente ad ASUIUD i dati relativi ai trattamenti con farmaci antiHCV erogati agli assistiti dell'AAS5.
<b>7. Primo ciclo terapia</b>		
A seguito di dimissione da ricovero e/o di visita specialistica ambulatoriale dovrà essere assicurata l'erogazione del I ciclo di terapia in distribuzione diretta <b>sia attraverso le strutture pubbliche che private accreditate</b> . A tal fine l'azienda invierà alla DCS due relazioni semestrali sull'attività svolta, indicando i risultati raggiunti. L'attività di distribuzione diretta continua ad essere garantita nell'ambito della residenzialità, della semi-residenzialità e dell'assistenza domiciliare presso tutte le strutture. (integrazione DGR 1423/2018).	<b>- Attuazione del I ciclo così come definito nei LEA e dalla DGR 12/2018</b>  - Prosecuzione dell'attività di distribuzione diretta in primo ciclo e nelle strutture territoriali.  - Invio alla DCS di due relazioni semestrali sull'attività svolta in merito al I ciclo di terapia <b>e all'attività distribuzione diretta</b> , indicando i risultati raggiunti.	7. L'attività di distribuzione diretta è stata continuata regolarmente per tutto il 2018. In data 03/08/2018 è stata inviata alla DCS una relazione semestrale e in data 12/03/2019 è stata inviata la relazione annuale comprensiva della descrizione dell'andamento delle attività di primo ciclo e di distribuzione diretta e dei risultati raggiunti.
<b>9. Distribuzione per conto</b>		
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 centrale dei monitoraggi effettuati e delle azioni adottate. In data 12 gennaio 2018 è stato ratificato, con DGR n. 12/2018, il nuovo accordo sulla DPC; le aziende provvedono all'adozione degli atti conseguenti.	Monitoraggio del ricorso alla non sostituibilità per i farmaci in DPC e adozione di azioni di approfondimento con i prescrittori in caso di particolari criticità.	9. Con cadenza giornaliera vengono analizzate le notifiche di "mancante" su webDPC del/dei giorni precedenti sia con causale "NON SOSTITUIBILE" che senza tale motivazione, al fine di poter procedere tempestivamente in caso di particolari criticità che possano precludere l'assistenza farmaceutica

		agli assistiti . Non si riscontra un elevato ricorso alla non sostituibilità per i farmaci DPC da parte del medico prescrittore: prevalentemente 1 assistito/ogni medico dei farmaci analizzati. Tale situazione è considerata fisiologica.
<b>10. Medicinali registro AIFA</b>		
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.	- Analisi delle eventuali criticità nella gestione dei registri e attività di sensibilizzazione alla risoluzione dei problemi. - <b>Registrazione di tutte le prescrizioni che richiedono registro AIFA (piattaforma web based / cartaceo) e gestione delle procedure di rimborso per i farmaci soggetti ad accordi di condivisione del rischio (MEAs) (integrazione DGR 1423/2018)</b>	10. Viene costantemente monitorata l'attività prescrittiva di farmaci soggetti a registro AIFA per identificare e risolvere eventuali problemi durante le fasi di prescrizione-erogazione. Le registrazioni sono state correttamente effettuate e EGAS ha provveduto a versare i rimborsi per i farmaci soggetti a MEAs per le prescrizioni di competenza della nostra azienda.
<b>11. Farmacovigilanza</b>		
Sul tema della farmacovigilanza continuano le attività già avviate a livello regionale dalla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia. Sarà avviata una specifica progettualità sui temi relativi ai medicinali per il trattamento di malattie rare, anche coinvolgendo il coordinamento regionale e la rete delle malattie rare. Inoltre in corso d'anno, anche tramite un nuovo di accordo di collaborazione/convenzione con le due Aziende sanitarie universitarie integrate e con il coinvolgimento di tutte le Aziende sanitarie e gli IRCCS sarà avviata una specifica progettualità pluriennale nell'ambito delle aree di attività stabilite dalla DGR 1365/2015 volta a favorire un uso sicuro appropriato dei farmaci a livello ospedaliero e nella continuità ospedale-territorio. Il percorso formativo a distanza (FAD) avviato a fine 2017 sull'utilizzo della nuova piattaforma nazionale Vigifarmaco ed altre tematiche di farmacovigilanza resterà disponibile in più moduli formativi anche per il 2018.	. Partecipazione alle progettualità e alle attività formative organizzate dalla DCS.	11. Sul tema della farmacovigilanza l'AAS5 ha partecipato attivamente all'avvio delle procedure per la realizzazione della progettualità quinquennale sull'uso sicuro dei farmaci. Si è inoltre provveduto a promuovere il corso FAD sull'utilizzo della piattaforma Vigifarmaco.
<b>12. Appropriately uso dispositivi assistenza integrativa</b>		
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	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, <b>in linea con la DGR 12/2018.</b> (integrazione DGR 1423/2018)	12 Con PEC prot. 8153 del 01/02/2018 è stata data comunicazione a tutte le farmacie del prezzo di rimborso della categoria "aghi" destinati a pazienti diabetici, in riferimento all'Accordo sulla revisione dei prezzi massimi di rimborso degli ausili e dei dispositivi di assistenza integrativa per diabetici 2018-2020. Inoltre a seguito di monitoraggio sulle prescrizioni e modalità di distribuzione degli

<p>erogazione vantaggiose per l'SSR (es. diretta, accordi con le farmacie).</p>		<p>aghi nano pass (fuori prezzo rimborso), è stata fornita reportistica ai centri diabetologici per verificare l'appropriatezza d'uso degli stessi, con invito ad una distribuzione in forma diretta. A tal scopo è stato messo a punto modulo apposito per le richieste personalizzate di tali presidi. E' stata contestualmente data opportuna informativa ai PLS.</p>
<p><b>14. Logistica centralizzata</b></p>		
<p>Garantire la copertura delle prescrizioni personalizzate da parte dei medici dipendenti da AAS5 con iter elettronico tramite PSM per il 90% 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.</p>	<p>- Prosecuzione dell'attività di promozione/ assistenza nell'utilizzo delle prescrizioni informatizzate in particolare negli ambiti di scarso utilizzo.</p> <p>- <b>Confezioni di medicinali erogate in distribuzione diretta a seguito di prescrizioni personalizzate con iter elettronico &gt;=90%</b> (integrazione DGR 1423/2018)</p>	<p>14. Nel corso del 2018 è proseguita l'attività di assistenza nell'utilizzo delle prescrizioni informatizzate negli ambiti di scarso utilizzo. Attualmente la percentuale totale di confezioni di medicinali erogate in distribuzione diretta a seguito di prescrizioni personalizzate di strutture dell'AAS5 con iter elettronico è del 90,5%.</p>
<p><b>15. Prescrizione informatizzata piani terapeutici</b></p>		
<p>Dovrà essere garantito il ricorso (prima prescrizione e rinnovi) alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici implementati/ disponibili a sistema, tramite l'applicativo PSM-PT, in almeno il 50% di tutti i pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive, prevedendo azioni mirate di sensibilizzazione dei prescrittori all'utilizzo dello strumento nelle categorie di medicinali per i quali si osserva un ricorso prevalente al PT cartaceo (es. antidiabetici). Le Aziende assicurano inoltre il controllo dei piani terapeutici ed il rispetto delle note limitative AIFA, favorendo l'implementazione di tale sistema informatizzato. (integrazione DGR 1423/2018)</p>	<p>- Monitoraggio del ricorso alla prescrizione informatizzata tramite PSM-PT <b>per tutti i pazienti</b> e implementazione progressiva del sistema informatizzato.</p> <p>- <b>Almeno il 50% dei pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive.</b></p>	<p>15. Nel corso del 2018 si è provveduto ad attivare tempestivamente i nuovi piani terapeutici resi disponibili da Insiel. Dal monitoraggio effettuato, la percentuale di piani informatizzati in ASS5 è del 99% (data verifica: 24/01/2019)</p>
<p><b>16. Flussi informativi</b></p>		
<p>Assicurare l'implementazione, <b>le verifiche e i controlli di congruenza</b> 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.</p> <p><b>Relativamente ai nuovi adempimenti LEA ministeriali saranno avviati specifici percorsi con le Aziende e con l'Egas, al fine di provvedere alle verifiche di congruità dei dati trasmessi, ognuno per la parte di propria competenza.</b> (integrazione DGR 1423/2018)</p>	<p>- Mantenimento dell'implementazione e controllo dei flussi informativi.</p> <p>- <b>assicurare tutte le fasi di controllo nei tempi stabiliti</b></p>	<p>16. L'invio dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali avviene regolarmente e sono stati avviati gli scarichi comprensivi del codice targatura. Sono assicurate tutte le fasi di controllo nei tempi stabiliti.</p>

17. Flussi informativi – eventuali approfondimenti		
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.	Effettuazione di approfondimenti eventual-mente richiesti dalla DCS	17. E' stato dato riscontro entro 15 giorni alla DCS per ogni approfondimento richiesto

### **3.5 ASSISTENZA SOCIO SANITARIA**

L'integrazione socio sanitaria e la programmazione integrata		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Risultato al 31.12.2018
Dare continuità alle azioni di integrazione sociale e socio sanitaria	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evidenza di report delle sedute periodiche della Cabina di Regia</li> <li>2. Evidenza di report relativi alla partecipazione ad iniziative per la programmazione socio sanitaria e sociale regionale</li> <li>3. Evidenza di ogni protocollo o intesa che saranno adottati dalla Cabina a valere da un punto di vista operativo sull'intero territorio provinciale.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sono proseguiti per tutto l'anno gli incontri bimestrali della Cabina di Regia come da calendario annuale condiviso con tutti i partecipanti. Report agli atti della Direzione dei Servizi socio sanitari</li> <li>2. Sia la componente socio sanitaria che quella sociale hanno partecipato a più incontri promossi dalla Direzione regionale competente. Memorie degli incontri a livello regionali agli atti della Direzione socio sanitaria e resoconti delle riunioni con lo staff della stessa Direzione</li> <li>3. Accordi operativi con i vari Ambiti Distrettuali agli atti della Direzione socio sanitaria. Sono stati sviluppati alcuni accordi operativi, in particolare con l'Ambito Urbano per lo sviluppo di Comunità, con l'Ambito di Sacile per l'agricoltura sociale, con l'Ambito di San Vito al Tagliamento per azioni di inclusione di persone svantaggiate o con disabilità</li> </ol>

3.5.1. Anziani non autosufficienza		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Risultato al 31.12.2018
Processo di riclassificazione delle strutture residenziali per anziani già funzionanti	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Supportare la Regione nella valutazione delle domande di nuova classificazione presentate dagli enti gestori delle strutture residenziali ai fini del rilascio del parere di ammissibilità della domanda.</li> <li>2. Rilasciare le nuove autorizzazioni all'esercizio entro 90 giorni dalla formulazione del parere di ammissibilità della domanda da parte della Regione.</li> <li>3. Avviare un percorso di accompagnamento alle Residenze per anziani ri-autorizzate all'esercizio, per il monitoraggio e la verifica degli adempimenti e adeguamenti previsti per il livello di nuova classificazione rilasciato.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Supportata la Regione nella valutazione delle domande di nuova classificazione presentate dagli enti gestori delle strutture residenziali ai fini del rilascio del parere di ammissibilità della domanda.</li> <li>2. Rilasciate le nuove autorizzazioni all'esercizio (pieno titolo o in deroga temporanea) entro 90 giorni dalla formulazione del parere di ammissibilità della domanda da parte della Regione.</li> <li>3. Avviato percorso di accompagnamento ( prorogato: &lt;&lt; <i>L'adeguamento dei requisiti disposto dall'articolo 57, comma 9, del decreto del Presidente della Regione 13 luglio 2015, n. 144 (Regolamento di definizione dei requisiti, dei criteri e delle evidenze minimi strutturali, tecnologici e organizzativi per la realizzazione e per l'esercizio di servizi semiresidenziali e residenziali per anziani), deve essere completato</i></li> </ol>

		<i>entro il 31 maggio 2019. &gt;&gt;)</i>
<b>Sistema di VMD Val.Graf. FVG</b>	<p>1. Valutare, mediante l'utilizzo del sistema di VMD Val.Graf.-FVG, tutte le persone per le quali è previsto l'accoglimento in un servizio semiresidenziale o residenziale convenzionato.</p> <p>2. La VMD deve essere effettuata da un'équipe multiprofessionale sanitaria e sociale del distretto e dell'ambito di riferimento dell'utente.</p>	Mantenuta Valutazione val Graf per tutti gli utenti accolti presso strutture residenziali
<b>Nuovi convenzionamenti</b>	Stipulazione degli accordi contrattuali per l'assegnazione di posti aggiuntivi secondo le indicazioni e i criteri di priorità che verranno definiti e comunicati dalla Regione (+11 p.l. alla Casa di riposo di Clauzetto).	Ancora in via di scrittura nuovo testo di convenzione unica regionale, inviata solo bozza a titolo collaborativo.
<p><b>Introduzione nuovo sistema di finanziamento</b></p> <p>Per l'anno 2018, in fase di avvio del nuovo sistema di finanziamento, sono previste le seguenti regole transitorie:</p> <p>1. Contributo abbattimento retta</p> <p>2. Riconoscimento oneri sanitari attraverso convenzionamento</p>	<p>1. AAS5 riconosce agli anziani non autosufficienti che occupano un posto letto convenzionato il contributo per l'abbattimento della retta nella misura prevista dalla normativa ad oggi vigente, sia per la quota fissa (€ 16,60 die/pl convenzionato in Residenze protette e ad utenza diversificata; € 13,28 die/pl convenzionato in Residenza polifunzionale di fascia A) che per la quota variabile legata all'ISEE (cfr. DGR 1282/2010).</p> <p>2. entro il 30.06.2018 a seguito delle indicazioni della regione, AAS5 provvederà a definire le condizioni amministrative e organizzative per adottare il modello tipo di convenzione, subordinatamente all'invio da parte della Regione dello schema tipo.</p> <p>I nuovi rapporti convenzionali dovranno prevedere il rimborso sulla base della nuova impostazione fornita dalle linee guida regionali e sulla base dei finanziamenti già assicurati alle strutture per garantire adeguati livelli assistenziali.</p>	<p>Per l'anno 2018, in fase di avvio del nuovo sistema di finanziamento, sono previste le seguenti regole transitorie: Contributo abbattimento retta (in linea con le indicazioni normative regionali)</p> <p>Riconoscimento oneri sanitari attraverso convenzionamento (non c'è ancora nuovo schema tipo convenzione regionale).</p>
Monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani	1. Mantenimento delle attività di verifica e approfondimento dei percorsi avviati negli anni	Effettuati audit su CDR Cordenons e CDR Cavasso, inviata relazione su attività di promozione della qualità anno 2017.

	<p>precedenti e realizzazione di almeno due visite di audit approfondite (a livello aziendale).</p> <p>2. Redigere e trasmettere alla Direzione Centrale Salute entro il <b>primo semestre del 2018</b>, una dettagliata relazione illustrativa delle attività di monitoraggio e promozione della qualità svolte nell'anno precedente.</p>	
Flussi e sistemi informativi	<p>1. Monitoraggio dell'utilizzo sistematico dello strumento di VMD Val.Graf,-FVG e dei sistemi informativi e-GENeSys e SIRA-FVG delle strutture residenziali che verranno ri-autorizzate per non autosufficienti a seguito del processo di riclassificazione</p> <p>2. Dotazione di una Lista Unica d'Attesa (LUA) nella quale inserire le persone anziane che richiedono un inserimento presso una Residenza per anziani non autosufficienti e per le quali il Distretto ha verificato l'appropriatezza della richiesta. <u>I criteri per la determinazione dei punteggi per l'inserimento in graduatoria vengono definiti dalla Regione.</u></p> <p>3. Assolvere i debiti informativi verso la Regione sulla base delle richieste e indicazioni fornite dalle Regione stessa.</p>	Mantenuto monitoraggio flussi informativi, già presente LUA, non definiti criteri omogenei da parte della regione.

#### Sperimentazioni "Abitare Possibile" e "Domiciliarità innovativa".

Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Risultato al 31.12.2018
Avviare delle sperimentazioni sull' "abitare possibile" e "Domiciliarità innovativa"	<p>AAS5 sostiene e incentiva lo sviluppo delle sperimentazioni "Abitare possibile" e "Domiciliarità innovativa" di cui alla DGR 671/2015 e DGR 2089/2017 attivate nel proprio territorio aziendale, anche con il coinvolgimento programmatico della Cabina di Regia del PdZ ed i "Tavoli Casa" delle UTI.</p> <p>1. l'AAS5, in particolare,</p> <p>2.1) definisce, in accordo con gli enti locali del territorio, un programma di revisione della rete di offerta dei servizi residenziali rivolti alla popolazione anziana non autosufficiente</p> <p>2.2) sperimenta modalità</p>	<p>I due progetti sostenuti dall'AAS5 che fa parte del relativo partenariato sono stati approvati dalla competente Direzione regionale (cfr. progetti "Casa Colvera" e "Casa Betania").</p> <p>L'AAS5 partecipa direttamente alle attività che si svolgono nelle due realtà a favore di persone anziane tramite i propri servizi sanitari e sociosanitari territoriali, facenti capo al Distretto "Noncello".</p>



	innovative di integrazione socio-sanitaria nell'attuazione dei nuovi LEA per quanto riguarda le cure domiciliari.	
--	--	--

<b>Sperimentazione screening popolazione anziana fragile e servizio telesoccorso</b>		
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Risultato al 31.12.2018</b>
Partecipare alla definizione di un protocollo di intervento per lo screening della popolazione anziana in condizione di fragilità	In base alle indicazioni e programmi che verranno definiti dalla Regione, AAS5: 1) entro il 31/3/2018 individua e comunica alla DCS il nominativo e recapito del Referente aziendale per la partecipazione; 2) partecipa alla: a) revisione delle modalità di presa in carico delle persone per le quali attivare il servizio di telesoccorso; b) definizione di un protocollo di intervento per lo screening della popolazione anziana in condizione di fragilità da realizzarsi in via sperimentale in Azienda	1) E' stato comunicato il nominativo del referente in DCS. 2) Avviato in settembre il progetto PRISMA 7 a livello regionale, con il coinvolgimento Distretto delle Dolomiti Friulane. In attesa di indicazioni da parte della DCS.  Effettuata la revisione di un elenco di persone segnalate dall'INSIEL e ritrasmesso a Televita per l'effettuazione dell'intervista telefonica. Partecipato agli incontri di coordinamento regionale per la definizione del protocollo di intervento.

<b>Rete per la presa in carico dell'anziano fragile</b>		
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Risultato al 31.12.2018</b>
Definizione di modalità di presa in carico e di trattamento dell'anziano fragile in tutti i setting assistenziali (ospedale, cure intermedie, servizi residenziali e semiresidenziali e domicilio) Identificazione di modelli organizzativi e percorsi integrati in grado di garantire la continuità tra i vari setting. Definizione di modalità di monitoraggio degli esiti attraverso strumenti di valutazione multidimensionali e criteri validati.	Contribuire alla realizzazione del modello di rete integrata attraverso la partecipazione di professionisti esperti al tavolo di lavoro regionale permanente sull'anziano fragile, coordinato da un rappresentante della DCS.	E' stata sempre garantita la partecipazione al tavolo di lavoro regionale permanente sull'anziano fragile.

<b>Piano demenze</b>		
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Risultato al 31.12.2018</b>
Partecipare all'attuazione del "Piano nazionale demenze" di cui all'Accordo n. 135 del	In base alle indicazioni e programmi che verranno definiti dalla Regione, AAS5: 1. entro il 31/3/2018 individua	Si rimane in attesa di indicazioni regionali.

30/10/2014	<p>e comunica alla DCS il nominativo e recapito del Referente aziendale per la partecipazione;</p> <p>2. Partecipa all'attuazione del "Piano nazionale demenze - Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze" (accordo n. 135 del 30 ottobre 2014).</p>	
------------	--	--

<b>3.5.2 Disabilità</b>		
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Risultato al 31.12.2018</b>
<p>1. Completare l'attività di valutazione delle condizioni di vita (in particolare per le problematiche di tipo sanitario) già avviata nel 2017 per gli utenti in carico ai servizi residenziali e semiresidenziali.</p>	<p>1. AAS5 provvede alla valutazione per gli aspetti sanitari di almeno l'60% degli utenti dei servizi residenziali e semiresidenziali per persone con disabilità, secondo le modalità approvate dalla Regione.</p>	<p>1. E' stata rispettata entro la fine del 2018 la quota percentuale indicata dall'Amministrazione regionale, cui si è aggiunta una fase di analisi dei dati a disposizione del sistema di monitoraggio regionale. Tale analisi doveva essere oggetto di pubblicazione da parte dell'amministrazione regionale, ancora però non avvenuta.</p>
<p>2. Sperimentare in alcuni setting residenziali specifici le disposizioni ministeriali in materia di finanziamento e compartecipazione alla spesa.</p>	<p>2. Sperimentazione tariffaria in applicazione del DPCM 12 gennaio 2017 nelle strutture operanti in convenzione ex art. 26 L. 833/78 per la gestione dei servizi socio-assistenziali residenziali e semiresidenziali per disabili gravi e gravissimi di cui all'articolo 9 comma 18 della legge regionale 4 agosto 2017, n. 31.</p>	<p>Tenuto conto che nel corso del 2018, si è sviluppato il percorso per una regolamentazione omogenea a livello regionale del sistema della compartecipazione, la Direzione sociosanitaria, ha predisposto uno specifico regolamento approvato dalla Conferenza dei Sindaci a fine 2018 ed in vigore dal 1/1/19.</p>
<p>3. Sostenerne un maggior coinvolgimento dei DSM e dei servizi territoriali in genere nella valutazione e presa in carico delle persone adulte con disabilità intellettive o disturbi dello spettro dell'autismo.</p>	<p>3. Formalizzazione di un accordo con gli Enti gestori dei servizi, che espliciti le modalità di coinvolgimento dei DSM nella valutazione e presa in carico delle persone adulte con disabilità intellettiva o disturbi dello spettro dell'autismo.</p>	<p>Tenuto conto del rallentamento dei lavori a livello regionale sul tema dell'autismo (il tavolo non è stato più convocato dopo le prime due riunioni di inizio 2018) nella AAS5 è proseguito il piano di incontri tra Servizi in Delega, Neuropsichiatria Infantile e Dipartimento di Salute Mentale, con la consulenza del Centro CREA di Firenze che mensilmente ha esaminato congiuntamente alcune particolari situazioni con attenzione allo spettro autistico e comorbidità tra disabilità intellettiva e salute mentale.</p> <p>Tale lavoro è stato fonte di riflessione operativa aggiunta alla procedura di affidamento per la coprogettazione per il nuovo Servizio per le Transizioni, conclusa a fine 2018, che consente un approccio particolare di integrazione sociosanitaria proprio per situazioni di estremo rilievo e carico per disabilità intellettive molto</p>

		severe.
4.Valutare l'opportunità di reinserire i disabili ad oggi accolti in strutture fuori Regione nel contesto dei servizi offerti dal territorio regionale, attraverso l'utilizzo della quota di risorse prevista nella mobilità interregionale.	4.L'EMDH valuta i criteri di appropriatezza per il reinserimento dei disabili ad oggi accolti in strutture fuori Regione nel contesto dei servizi offerti dal territorio regionale	Previo passaggio valutativo in EMDH, è stata accolta in una struttura per disabili nel territorio dell'AAS5 una persona finora ospite in una struttura di altra regione.

<b>Fondo gravissimi</b>		
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Risultato al 31.12.2018</b>
Continuare nella attività di accertamento e segnalazione ai sensi del DPreg. 247/2009	AAS5, con la collaborazione tra Distretti sanitari e Servizi sociali dei Comuni, garantisce l'attività di accertamento e segnalazione dei casi di gravissima disabilità da fornire alla DCS secondo le indicazioni del vigente regolamento regionale in materia.	Come previsto dalla vigente normativa, alla data del 30 gennaio 2018 sono stati segnalati per conferma, alla DCS i nominativi dei casi beneficiari in carico alla data del 31/12/2017 e per i quali permanevano le condizioni di importante gravità. Il numero totale dei casi dell'AAS5 è 80. Tutti i casi sono stati gestiti anche attraverso il supporto software gestionale dedicato. Entro la data del 30 marzo sono stati segnalati i nuovi casi, con le medesime modalità: invio di tutta la documentazione necessaria e implementazione del software gestionale dedicato. Il numero totale dei nuovi casi segnalati dell'AAS5 è stato 16 di cui 14 poi approvati e liquidati. Alla data del 18/07/2018 la Direzione Centrale Salute, integrazione socio sanitaria, politiche sociali e famiglia aveva concluso l'attività istruttoria e provveduto ad emanare decreti di pagamento per tutti i casi aventi diritto sia in continuità, sia nuovi, dandone mandato agli Enti Gestori. Nel corso dell'anno vi sono stati 5 decessi e 1 ricovero in struttura. Pertanto al 31 .12.2018 per l'AAS5 risultano in carico 88 casi di cui 14 nuovi e 74 in continuità.

<b>Fondo SLA</b>		
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Risultato al 31.12.2018</b>
Continuare nella attività di valutazione, raccolta di documentazione e segnalazione indicate nel Regolamento di cui alla DGR 1692/2000.	AAS5 provvede a continuare le attività di valutazione, raccolta di documentazione e segnalazione dei nuovi casi di SLA e dei casi per i quali si è riscontrato un aggravamento, fornendo all'Ente delegato (Area Welfare) tutta la documentazione necessaria alla valutazione selettiva.	Sono proseguite le valutazioni da parte del personale dei Distretti dei nuovi casi di SLA e le periodiche attività di monitoraggio a cadenza quadrimestrale dei casi noti. L'attività di inserimento delle valutazioni nel sistema gestionale e di invio della relativa documentazione all'Area Welfare è stata garantita dalla Direzione Sanitaria aziendale d'intesa con il Coordinatore del GIN aziendale.

<b>Vigilanza servizi semiresidenziali e residenziali sociosanitari destinati a persone con disabilità</b>		
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Risultato al 31.12.2018</b>
Proseguire nella attività di vigilanza dei servizi semiresidenziali e residenziali sociosanitari destinati a persone con disabilità, nelle more dell'emanazione del sistema regionale di regolamentazione degli stessi	AAS5 effettua l'attività di vigilanza e controllo su almeno il 30% dei servizi/strutture collocati sul territorio di competenza.	In attesa dell'emanazione del sistema regionale di regolamentazione

<b>Dopo di noi</b>		
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Risultato al 31.12.2018</b>
Partecipare attivamente alla realizzazione di quanto disposto dalla Regione in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare con la DGR n. 1331 /2017.	AAS5 partecipa attivamente alla definizione dei percorsi relativi all'abitare inclusivo, in base alle indicazioni regionali.	Entro la fine del 2018, sono state avviate le iniziative dei vari assi del piano territoriale sul 'dopo di noi' validato dalla Conferenza dei Sindaci: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Soggiorni diffusi, per periodi alternativi alla tradizionale frequenza in struttura da parte delle PcD</li> <li>- Budget di salute, per il finanziamento innovativo di progetti individualizzati</li> <li>- Allestimento alloggi per la propedeutica all'abitare sociale ed inclusione comunitaria</li> </ul>

<b>Autismo</b>		
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Risultato al 31.12.2018</b>
<b>Obiettivo Aziendale</b> Partecipazione dei referenti aziendali al Tavolo tecnico sull'autismo	<b>Risultato atteso</b> Evidenza partecipazione	Il direttore di SC NPI è stata nominata rappresentante regionale delle NPJA al Tavolo regionale Autismo-adulti i cui lavori si sono svolti nelle seguenti date: 9 febbraio, 7 marzo e 27 aprile 2018.

<b>3.5.3 Minori</b>		
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Risultato al 31.12.2018</b>
1. Sperimentare i profili di bisogno per la valutazione dei minori presi in carico, revisione e validazione degli stessi e individuazione di strumenti appropriati per valutare tali profili.	1. Evidenza dell'acquisizione/condivisione di strumenti appropriati per la valutazione dei profili di bisogno dei minori presi in carico.	E' stato predisposto il documento "Linee di indirizzo per l'accoglienza dei minori nei servizi semi-residenziali" presentato nel corso dell'incontro regionale "Linee di indirizzo per l'accoglienza dei Minori nei servizi residenziali e semiresidenziali" Trieste 14-03-2018.
2. Sperimentare profili di intervento adottando metodologie condivise di approccio ai minori e alle famiglie multiproblematiche	2.1 Rivisitazione delle modalità attuative degli interventi a favore dei minori e delle famiglie multiproblematiche in relazione ai LEA di cui al D.P.C.M. 12/01/2017. Evidenza	Rivalutata la modalità di presa in carico e accesso al servizio di NPI e Consulteri Familiari e famiglie multiproblematiche, in relazione ai LEA 2017 e anche sottoposti a provvedimento giudiziario.  Incontri del tavolo Materno – infantile aziendale:

	dell'avvio di un processo di condivisione metodologica 2.2 rivisitazione dei modelli organizzativi ad alta integrazione sociosanitaria in atto (UVMF, gruppi di lavoro...) in stretto raccordo con i Servizi sociali dei Comuni del territorio. Evidenza della rivisitazione dei modelli in atto	21/05; 10/07; 18/09; 09/10; 23/10; 20/11.  L'accesso alla NPI di questa casistica potrà avvenire attraverso segnalazione da parte dei servizi Consultori Familiari/Ambiti (con invio delle disposizioni del TM/TO), l'impegnativa verrà rilasciata dal medico NPI e l'appuntamento prenotato direttamente dalla segreteria NPI al CUP.
3. Rivedere e validare i requisiti di qualità previsti dalle linee di indirizzo regionali per i servizi residenziali che in regione accoglieranno i minori allontanati dalla famiglia di origine anche attraverso la realizzazione di specifiche attività di verifica e controllo presso le stesse strutture.	3.1. Riduzione del 50% della media degli ultimi tre anni del numero di minori inseriti in strutture residenziali di accoglienza con sede fuori regione; 3.2. Riportare il 10% dei minori inseriti in comunità fuori regione nelle comunità regionali;  3.3 Introdurre il budget personalizzato, quale strumento funzionale alla realizzazione di percorsi di presa in carico dei minori, in seguito all'adozione delle nuove Linee di indirizzo regionali.	Nel corso del 2018 è rientrato in Regione il 30% dei minori collocati in comunità terapeutiche fuori regione.  La proposta di attivazione del progetto 'budget personalizzato per minori' è stata attivata nel 2019 dopo assegnazione di specifico finanziamento (fondi regionali sovraziendali)

<b>3.5.4. Salute mentale</b>		
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Risultato al 31.12.2018</b>
<b>Età adulta</b>		
1. Migliorare l'integrazione tra cure primarie e specialistiche con particolare riferimento alla presa in carico dei disturbi mentali comuni	1. Evidenza di percorsi integrati tra cure primarie e DSM e di interventi formativi	Le attività per l'integrazione con le cure primarie per i disturbi mentali comuni si sono svolte ( incontri distrettuali con i MMG) nelle date 18.10.2018 (Pordenone, Azzano X, Maniago) e 22.11.2018 (San Vito e Sacile). Presenza dei verbali degli incontri nelle varie sedi.
2. Definire un percorso aziendale congiunto (NPPIA, DSM, PLS e MMG) per la definizione della fase di transizione delle cure dai servizi per l'età evolutiva ai servizi per l'età adulta	2. Evidenza di percorso aziendale congiunto NPPIA, DSM, PLS e MMG) per la definizione della fase di transizione delle cure	E' prodotto, a seguito di incontri con gli operatori NPI, un Protocollo di intesa "Transizione Neuropsichiatria Infantile (NPI) – Dipartimento di salute mentale (DSM) : Modalità operative" che è stato sottoscritto dalle parti.  Si è svolto un percorso di formazione comune con gli operatori che si occupano di disabilità in soggetti adulti cui hanno presenziato 5 psichiatri (Commodari, Ferrara, Marson, Ragogna, Di Stefano) che rappresentano le varie aree di competenza territoriale nelle date 02/02/2018, 02/03/2018, 05/04/2018, 08/06/2018, 06/09/2018, 07/12/2018.

<b>Età evolutiva</b>		
1. Attivare le NPIA aziendali in coerenza con i provvedimenti aziendali	1. NPIA attivate nelle Aziende	In AAS5 l'atto aziendale in vigore riconosce la NPI come struttura complessa che opera attraverso tre SS presso le 5 sedi distrettuali. La SC è collocata all'interno del DAPA. L'organizzazione del servizio corrisponde a quanto delineato dalla L17/2014, il Piano salute mentale del gennaio 2018. La SC garantisce ai minori con disturbo in ambito neuropsichiatrico le attività elencate all'art.25 dei LEA 2017. Le caratteristiche quali/quantitative delle attività svolte possono essere ricavate dal sistema G2-NPI.
2. Avvio delle attività dei Centri diurni NPIA	2. Evidenza avvio attività	2. Già dal 2017 sono attive le attività ambulatoriali intensive (plurisettimanali organizzate in 2-3 pomeriggi settimanali) e multi professionali rivolte a max 8 minori, adolescenti, con psicopatologia, presso la sede di PN, che nel corso del 2018 hanno compreso: gruppo interattivo, laboratorio espressivo di disegno-fumetto, musicale, fisioterapia, colloqui con i genitori, colloqui individuali, visite NPI per supporto farmacologico. Dal 01-08-2018 ha preso servizio una educatrice professionale che opera presso la sede di PN all'interno del team Autismo
3. Dopo acquisizione del nuovo gestionale per la salute mentale età adulta ed età evolutiva, e in seguito alla validazione delle funzionalità del gestionale da parte di una Azienda pilota: predisposizione di percorsi codificati e concordati tra le varie strutture coinvolte (Servizi NPIA, PS/Medicina d'Urgenza, reparti di Pediatria, DSM, servizi per le dipendenze, servizi di Emergenza Urgenza) con indicazione di: - reparto di accoglienza, - percorso diagnostico terapeutico e di continuità assistenziale con le NPIA territoriali, - responsabilità di presa in carico, - modalità di interazione tra DSM e NPIA nel caso di minori in età adolescenziale.	3. Evidenza dei percorsi formalizzati	In attesa dell'acquisizione del nuovo gestionale e della validazione delle funzionalità da parte delle DCS

<b>3.5.5. Disturbi del comportamento alimentare</b>		
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Risultato al 31.12.2018</b>
1. Messa a regime degli ambulatori DCA con la disponibilità di equipe funzionale (DGR 668/2017)	1. Operatività degli ambulatori DCA presso ogni Azienda con disponibilità di equipe funzionale	L'operatività degli ambulatori è garantita presso la sede del CDA di San Vito.
2. Operatività dei Centri	2. Evidenza dell'operatività	E' stata definita l'organizzazione (risorse umane,

Diurni presso ASUITS/Burlo/AAS2 (previo Accordo), ASUIUD, AAS5	dei Centri diurni attraverso invio di report di attività	spazi e definizione delle attività) del Diurno per CDA e psicopatologia dell'adolescenza (minori in ricovero e post acuti) da attivarsi presso il reparto di Pediatria di PN. L'attivazione verrà realizzata nel 2019, compatibilmente con la disponibilità logistica degli spazi
--	--	---

<b>3.5.6 Cure palliative e terapia del dolore</b>		
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Risultato al 31.12.2018</b>
A. 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.
B. L'accesso alla rete delle cure palliative è effettuato con i criteri approvati dal coordinamento regionale.	Entro il primo semestre 2018, verranno adottati i criteri di accesso alla rete delle cure palliative approvati dal coordinamento regionale	I criteri di accesso per le cure palliative domiciliari sono in fase di sperimentazione e verifica. Non risultano al momento definiti ed approvati dal coordinamento regionale i criteri di accesso alla rete delle cure palliative.
C. Gli accessi di assistenza domiciliare per cure palliative sono registrati nel sistema informativo con codifica ICD9	Gli accessi domiciliari per cure palliative riportano sempre, oltre la codifica della malattia principale, la codifica V 66.7 (cure palliative)	Da gennaio 2017 è in uso codifica V66.7 per identificare gli utenti che in ADI sono seguiti e inseriti nella rete delle cure palliative. Sono inoltre considerati gli accessi dei clinici a domicilio registrati con G2 clinico.
D. Adottare come indicatore della tempistica di presa in carico dalla rete di cure palliative il numero di pazienti presi in carico 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	<b>(integrazione DGR 2530/2018) Costituire un gruppo di lavoro regionale per creare un sistema informativo omogeneo per la raccolta dei dati D. e E.</b>	Si è definito un gruppo aziendale che è da raccordare con le altre Aziende per creare un sistema informativo omogeneo per la raccolta dei dati
E. CIA (coefficiente di intensità assistenziale) dell'assistenza domiciliare		Si è definito un gruppo aziendale che è da raccordare con le altre Aziende per creare un

a favore dei pazienti terminali presi in carico dalla rete delle cure palliative		sistema informativo omogeneo per la raccolta dei dati
F. Percentuale di malati oncologici deceduti fuori dall'ospedale	<b>Uguale o superiore al 75%</b> (integrazione DGR 1423/2018)	L' 81,5 % dei pazienti presi in carico sono deceduti fuori dall'Ospedale (198 su 243).
G. Criteri di priorità della visita algologica	Utilizzare i criteri di priorità già inviati della Regione con nota prot. 6263/P di data 22.03.2018 <b>(integrazione DGR 2530/2018)</b>	A tutti i prescrittori dell'AAS5, in data 27/2/19, è stata inviata nota prot n. 15057 della SC Gestione Prestazioni sanitarie, per la diffusione e la applicazione dei criteri di priorità della visita algologica
H. Entro il 2018 il sottogruppo di terapia antalgica del coordinamento regionale presenta una proposta di codifiche ambulatoriali e di ricovero di terapia antalgica uniforme su tutto il territorio regionale.	Partecipare con propri Referenti all'elaborazione della proposta	I referenti aziendali del sottogruppo di terapia antalgica del coordinamento regionale hanno assicurato la partecipazione all'elaborazione di una proposta di codifiche ambulatoriali e di ricovero di terapia antalgica uniforme su tutto il territorio regionale, che è tuttora in corso.
I. Monitoraggio dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni di terapia del dolore in tutti i setting assistenziali	Trasmissione report alla DCS	E' stato trasmesso alla DCS il report relativo al tempo medio di attesa per l'accesso alle prestazioni di terapia del dolore del PO di Pordenone nel setting ambulatoriale
J. Attivazione della reperibilità algologica nelle ASUI e AAS sedi di centro hub	<b>Concorrere ad elaborare una proposta operativa per il 2019, assieme al gruppo regionale di lavoro sull'argomento.</b> <b>(integrazione DGR 2530/2018)</b>	In ragione della carenza di anestesisti, l'azienda non è in grado di attivare entro l'anno la reperibilità.

<b>3.5.7. Consulteri familiari</b>		
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Risultato al 31.12.2018</b>
Implementare il percorso gravidanza fisiologica a gestione ostetrica	Evidenza dell'attivazione del percorso	Si rimanda alla linea 3.2.1. Tutela della salute della donna
Implementare l'offerta della visita domiciliare ostetrica in puerperio in tutte le Aziende	Evidenza del servizio attraverso report con dati relativi al 2018	
Implementare percorsi aziendali per la donna in età post fertile	Evidenza dei percorsi attraverso report di attività	



3.5.8 Sanità penitenziaria		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Risultato al 31.12.2018
Dare continuità ai lavori dell'Osservatorio regionale per la sanità penitenziaria	AAS5 partecipa con propri Referenti ai lavori dell'Osservatorio	<p>È stato avviato un processo di ricognizione e ridefinizione dell'attività sanitaria. E' stato redatto un <b>DVR</b> per la sicurezza sui luoghi di lavoro e sono stati programmati lavori di ristrutturazione dell'ambulatorio iniziati il 13 settembre 2018. Sono stati ridefiniti i percorsi per visite specialistiche con le relative prese in carico distrettuali per visite oculistiche e dermatologiche. Le cure odontoiatriche programmate sono state erogate ai detenuti nelle sedi distrettuali con appuntamenti riservati e le urgenze sono state garantite in ospedale. Sono stati definiti i percorsi per prenotazioni e visura online referti per indagini ematochimiche, anche con refertazione urgente ed è stata effettuata la relativa formazione agli infermieri del carcere. E' in corso la revisione della regolamentazione per la gestione dei farmaci stupefacenti con aggiornamento dei profili di responsabilità e per la gestione del trattamento dei dati sanitari nei percorsi di cura e la tenuta della documentazione sanitaria. È stato definito e attivato un protocollo per la radiologia domiciliare in penitenziario. E' stata effettuata una verifica e archiviazione delle documentazioni sanitarie riferite agli anni 1981-2018 ed è stato espletato il 18/09/2018 il trasferimento della documentazione non corrente all'archivio centrale a Udine. È stato espletato il 5 giugno 2018 a Pordenone presso la Scuola Maran il corso di formazione sulla prevenzione del rischio suicidario. E' stato concordato col direttore del carcere un piano di formazione locale congiunto per personale sanitario e non sanitario sui temi 1. Prevenzione e gestione violenza contro operatori, 2.Valutazione e monitoraggio del rischio suicidario anche mediante l'adozione di check list validate per sanitari e non sanitari, 3. Gestione, redazione e custodia della cartella clinica penitenziaria, 4. Gestione informatica della cartella sanitaria e delle prescrizioni. E' stato programmato l'evento di formazione ECM su prevenzione e gestione della violenza in carcere). Sono stati effettuati ripetuti incontri con Istituto IAL e l'Istituto ARSAP di Pordenone per valutare proposte/progetti di offerta istruttiva/lavorativa e misure alternative per detenuti. E' stato pubblicata una sintesi delle norme sull'assistenza sanitaria penitenziaria ad uso degli operatori (<a href="http://www.passonieditore.it">www.passonieditore.it</a> e <a href="http://www.personaedanno.it">www.personaedanno.it</a>), sono stati fornite al personale linee guida per l'appropriatezza di invio in ospedale. Il referente aziendale per la sanità penitenziaria, ha partecipato agli incontri dell'Osservatorio Regionale Sanità Penitenziaria,</p>

		ha fornito su richiesta un contributo di modifica del disegno di legge di riforma penitenziaria, ha organizzato l'evento formativo ECM sulla prevenzione e gestione della violenza in carcere, ha promosso l'informatizzazione dell'ambulatorio penitenziario con la proposta di adozione in carcere di un programma gestionale come già adottato negli studi di medicina generale per gli obblighi di documentazione sanitaria.
--	--	--

### 3.5.9. Superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari

Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Risultato al 31.12.2018
Dare continuità al programma di superamento degli OPG	Proseguimento dell'attività REMS.	La REMS si è impegnata nella prosecuzione delle attività e si è occupata dei 2 pazienti in misura detentiva provenienti dalla provincia di Udine producendo i PTRP in collaborazione con CSM di Gemona e Udine.

2.5.10. Dipendenze si rinvia alla linea 3.2.6

## 3.6 PROGETTI CLINICO ASSISTENZIALI

### Linea 3.6.1. Insufficienze d'organo e trapianti

Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Risultato al 31.12.2018
<u>Cuore</u>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Avvio dei lavori della rete con formalizzazione di almeno 1 percorso assistenziale che definisca anche specifici indicatori di esito.</li> <li>Riduzione del tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti di 50-74 anni, portandolo sotto il valore di 200</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Un medico in organico nella Cardiologia di S. Vito ed uno nella Cardiologia di Pordenone, nonché il direttore di struttura di S Vito, hanno partecipato ai lavori della commissione regionale. Il nostro gruppo, in particolare, coordina la parte relativa al percorso diagnostico del paziente post-trapianto cardiaco.</li> <li>Tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti di 50-74 anni: <b>206</b></li> </ol>
<u>Rene</u>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Mantenimento dei pazienti in emodialisi al di sotto del <b>53%</b> del totale (trapiantati + emodializzati + in dialisi peritoneale). (<b>integrazione DGR 2350/2018</b>)</li> <li>Evidenza della presenza dei dati a sistema (G2) propedeutici al monitoraggio dei tempi di iscrizione in lista di trapianto in accordo con quanto definito nel PDTA trapianto di rene</li> <li>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 &lt; 6 mesi almeno nel 75% dei casi che hanno dato il consenso)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>La percentuale di pazienti emodializzati sul totale è del 45,2%</li> <li>La procedura di inserimento in G2 è stata attivata a fine 2018 ed è iniziato l'inserimento dei dati</li> </ol> <p><b>3. OBIETTIVO STRALCIATO</b></p>

	(integrazione DGR 2350/2018) <b>OBIETTIVO STRALCIATO</b>	
<b>Fegato</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Formalizzazione di almeno 1 percorso assistenziale a valenza regionale.</li> <li>2. Individuazione e segnalazione pazienti per la iscrizione in lista trapianto, presso il centro trapianti dell'ASUIUD, di almeno 10 pazienti nell'anno 2018.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 . Partecipato all'elaborazione, a valenza regionale, del PDTA del paziente con cirrosi epatica.</li> <li>2 . 8 pazienti sono segnalati per l'iscrizione alla lista trapianti.</li> </ol>
<b>Pancreas</b>	Riduzione del tasso di amputazioni maggiori per diabete portandolo al di sotto di 28 casi per milione di residenti.	Tasso di amputazioni maggiori per diabete 10 casi per milione di residenti.
<b>Polmone</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Riduzione del tasso di ospedalizzazione per BPCO portandolo al di sotto del 52 per 100.000 residenti di 50-74 anni.</li> <li>2. Formazione di 3 infermieri per ogni distretto sanitario per la gestione integrata con le Pneumologie di riferimento dell'ossigenoterapia domiciliare e realizzazione di almeno un intervento formativo aperto anche al personale di AAS2 e AAS3</li> <li>3. Formazione di 2 fisioterapisti per distretto, da parte delle Pneumologie di riferimento, finalizzata alla riabilitazione respiratoria ambulatoriale e domiciliare e realizzazione di almeno un intervento formativo aperto anche al personale di AAS2 e AAS3</li> <li>4. Attivazione di un team multiprofessionale dedicato alla riabilitazione respiratoria per pazienti ricoverati</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tasso di ospedalizzazione per BPCO: 44.8 per 100.000 residenti di 50-74 anni</li> <li>2. Il personale identificato ha partecipato alla formazione svolta nel 2017 ed è rimasto a disposizione unitamente agli infermieri degli ambulatori distrettuali per la gestione dei pazienti in ossigenoterapia a lungo termine nel percorso di continuità ospedale- territorio e nel follow up ambulatoriale garantendo il controllo e il presidio delle prescrizioni avvenute e delle modalità operative poste in essere a domicilio.</li> <li>3. Il personale identificato ha partecipato alla formazione svolta nel 2017 ed è rimasto a disposizione delle eventuali segnalazioni della Pneumologia. La riabilitazione respiratoria si svolge prevalentemente nel Distretto del Livorno. Sono parallelamente attivati 4 corsi di Attività Fisica Adattata Respiratoria rivolti a pazienti in carico al servizio in collaborazione con l'Associazione Insufficienti Respiratori.</li> <li>4. E' effettuata la riabilitazione respiratoria nei pazienti ricoverati.</li> </ol>
<b>Occhi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Potenziamento dei volumi di donazione cornee (+10% delle donazioni 2017)</li> <li>2 Aumento del numero di trapianti di cornea (almeno 110 in regione)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 . Sono stati effettuati 23 prelievi di tessuto oculare nel 2018 (22 nel 2017 )</li> <li>2 . 63 trapianti di tessuto corneale nel 2018 (79 nel 2017)</li> </ol>
<b>Donazione d'organi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Formalizzazione del protocollo per prelievo d'organi da paziente con accertamento del decesso con criteri cardiologici.</li> <li>2 Formalizzazione del protocollo per la donazione multi-tessuto.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 . Questo protocollo prevede la presenza di un cardiocirurgo e ecmo (circolazione extracorporea) e non interessa l'AAS5</li> <li>2 . E' stato formalizzato il protocollo.</li> </ol>

<b>Linea 3.6.2. Emergenza urgenza</b>		
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Risultato al 31.12.2018</b>
<b>Ictus</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mantenimento dell'attività di trombolisi endovenosa/ endoarteriosa a 65 casi/anno presso AAS5</li> <li>2. Misurazione dei tempi intercorrenti</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 . Sono state effettuate 79 trombolisi</li> </ol>

	<p>fra <i>triage in pronto soccorso, allertamento-TAC e TAC-trombolisi venosa</i> (implementazione dei campi informatici necessari a elaborare i dati specifici) con riduzione del 20% tempo complessivo <i>triage in pronto soccorso-trombolisi</i> per le strutture che hanno tempi &gt; 1 ora; l'obiettivo è raggiunto anche per riduzioni percentuali inferiori purché il risultato sia &lt; 1 ora.</p> <p>3. Presenza nella documentazione clinica della scala Barthel Index e della Rankin Scale modificata, compilata all'ingresso e all'uscita di ogni setting assistenziale (almeno l'85% degli episodi di ricovero con DRG 14 o codici ICD-9-CM relativa a: 430.x, 431.x, 432.x, 433.x1, 434.x1, 436.x, 437.3, 438.x, 784.3 (afasia)). Qualora sia attivo lo strumento informatico l'Azienda è tenuta all'uso dello stesso anche ai fini del monitoraggio del dato richiesto, diversamente l'Azienda è tenuta alla trasmissione alla DCS di un report per ogni semestre condotto su un campione di cartelle cliniche.</p> <p>4. Comunicazione alla cittadinanza: produzione di un opuscolo/volantino da mettere a disposizione nelle sale d'attesa dei MMG e degli ambulatori specialistici per informare la popolazione sui segni/sintomi da non sottovalutare per anticipare la chiamata di soccorso e rendere tempestivi gli interventi terapeutici in caso di ictus.</p>	<p>2. Tempi intercorrenti fra <i>triage in pronto soccorso, allertamento-TAC e TAC-trombolisi venosa</i> 89 minuti (nel 2017 105 minuti). L'implementazione dei campi informatici in G2 necessari a elaborare i dati specifici, più volte richiesta ad INSIEL, non è ancora stata effettuata.</p> <p>3. Presenza delle scale compilate nel 96,7% delle cartelle valutate nel secondo semestre. Si evidenzia un miglioramento rispetto al primo semestre (88,3%).</p> <p>Sono stati trasmessi alla DCS i due report semestrali.</p> <p>4 E' stato predisposto l'opuscolo da rendere disponibile nelle sale d'attesa dei MMG</p>
<p><b><u>Emergenze cardiologiche</u></b></p>	<p>1. Avvio dei lavori della rete con formalizzazione di almeno 1 percorso assistenziale che definisca anche specifici indicatori di esito.</p> <p>2. Misurazione del tempo intercorrente fra l'effettuazione dell'ECG sul territorio e l'inizio della procedura in emodinamica (implementazione dei campi informatici necessari a elaborare i dati specifici).</p> <p>3. Comunicazione alla cittadinanza: produzione di un opuscolo/ volantino da mettere a disposizione nelle sale d'attesa dei MMG e degli ambulatori specialistici per informare la popolazione sui segni/sintomi da non sottovalutare per anticipare la chiamata di soccorso e rendere tempestivi gli interventi terapeutici in caso di infarto</p>	<p>1. Il direttore della SOC di Cardiologia di Pordenone ha partecipato al gruppo di lavoro regionale , coordina la rete per le emergenze cardiologiche ed è il referente per il percorso relativo alla sindrome coronarica acuta NSTEMI. Nella nostra azienda è già operativo il PDTA NSTEMI redatto in collaborazione con il dipartimento di emergenza</p> <p>2. Sono state effettuate n. 215 procedure in corso di STEMI. Sono state compilate correttamente n. 150 schede "IMA in atto". Il tempo intercorrente fra l'effettuazione dell'ECG sul territorio e l'inizio della procedura in emodinamica è stato il seguente: <b>77 minuti.</b></p> <p>3. Sono state predisposte 2 brochure su ictus cerebrale e infarto a disposizione dell'utenza negli ambulatori specialistici e di medicina generale.</p>
<p><b><u>Trauma</u></b></p>	<p>1. Trattamento della Frattura di femore entro 48H in almeno il 70% (hub) o 80% (spoke) dei casi trattati dal presidio ospedaliero.</p> <p><b>2. Degenza media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – ricoveri urgenti riduzione e/o mantenimento al</b></p>	<p>1. Trattamento della Frattura di femore entro 48H: 77.8% nel presidio di Pordenone e 70% nel presidio di San Vito/Spilimbergo)</p> <p>2. Degenza media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – ricoveri urgenti: gg 1,41</p>

	<p>di sotto di 1,5 gg (criterio Bersaglio C5.18.1)</p> <p><b>3. Attesa media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – accessi in PS e ricoveri programmati (Riduzione del 20% rispetto all'anno 2017 (criterio Bersaglio C5.18.2) (integrazione DGR 1423/2018)</b></p> <p>4. Formalizzazione della rete trauma</p>	<p>anno 2018</p> <p>3. Attesa media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – accessi in PS e ricoveri programmati: 9,5gg anno 2018.</p> <p>4 In corso di formalizzazione</p>
<p><b><u>Pronto soccorso ed emergenza urgenza</u></b></p>	<p>1. Aumentare la percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde, ad almeno l'80% (spoke) o 65% (hub)</p> <p>2. Aumentare la percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore, portandola a valori superiori all'85% (spoke) e 75% (hub)</p> <p>3. Revisione e confronto interaziendali della gestione clinica per 5 eventi patologici acuti frequenti.</p>	<p><b>1</b> . Pordenone = 47.8% (obiettivo 65%); San Vito/Spilimbergo = 66.3% (obiettivo 80%);</p> <p><b>2</b> . Pordenone = 79.6% (obiettivo 75%); San Vito/Spilimbergo = 69.7% (obiettivo 80%);</p> <p><b>3.</b> Partecipazione a tavoli tecnici regionali per confronto tra diverse realtà e per determinare un protocollo comune di raccomandazione diagnostico terapeutico regionale per il NSTEMI (il referente che ha partecipato ha diffuso l'attività ai meeting di reparto) , per la Sindrome Aortica Acuta (il referente che ha partecipato ha diffuso l'attività ai meeting di reparto)e per i pazienti con Trauma Severo (il referente che ha partecipato ha diffuso l'attività ai meeting di reparto). Inoltre partecipiamo al Progetto Angels (il referente che ha partecipato ha diffuso l'attività ai meeting di reparto)che vede coinvolti 1500 ospedali nel territorio nazionale per migliorare il trattamento e la gestione dei pazienti con ictus ischemico acuto.</p>
<p><b><u>Centrale operativa 118</u></b></p>	<p>1. Utilizzo del dispatch almeno nel 75% degli interventi di soccorso.</p> <p>2. Monitoraggio dei tempi della SORES (attesa per la risposta, invio mezzo di soccorso, arrivo mezzo di soccorso e comunicazione dei dati rilevati al CREU</p> <p>3. Monitoraggio di conformità dei mezzi di soccorso con report da presentare al CREU entro l'ultima riunione del 2018</p> <p>4. Monitoraggio della formazione delle figure professionali, anche degli Enti in convenzione, sulla base dei profili di competenze individuati. Per il 2018, monitoraggio delle competenze degli infermieri che prestano servizio nelle ambulanze ALS e dei medici che prestano servizio in automedica e in elisoccorso con report da presentare al CREU entro settembre 2018.</p> <p>5. Uniformità delle procedure di soccorso su tutto il territorio regionale tramite parere del CREU e diffusione successiva alle AAS/ASUI</p>	<p>L'Azienda assicura la collaborazione con SORES e CREU per la messa in atto delle azioni finalizzate al conseguimento degli obiettivi di sistema.</p>

<b>Linea n. 3.6.3 Reti di patologia</b>		
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Risultato al 31.12.2018</b>
Malattie rare	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Produrre entro il 31 dicembre 2018 almeno 1 percorso assistenziale, oltre a quello previsto per il 2017;</li> <li>2. Alimentare il registro regionale di cui al DM 279/2001 (aggiornamento dati del registro con inserimento del 100% dei casi in prevalenza al 30 novembre 2018 e pulizia dei casi che sono usciti dal sistema)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Il percorso assistenziale è stato prodotto e consegnato al Centro Malattie Rare di Udine.</li> <li>2. Continua l'aggiornamento dei dati nel registro regionale</li> </ol>
Malattie reumatiche	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitoraggio dell'applicazione dei percorsi assistenziali già formalizzati;</li> <li>2. Evidenza, nel sito aziendale dei medici reumatologi aggregati alle medicine interne e di quelli appartenenti ai servizi</li> <li>3. Elaborazione dei percorsi assistenziali per l'artrite psoriasica e per l'artrite reumatoide.</li> <li>4. Imputazione, su un'apposita scheda in G2 clinico, delle informazioni richieste all'atto della prescrizione dei farmaci biologici, secondo le indicazioni fornite dalla DCS.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Continua l'applicazione dei percorsi formalizzati a livello regionale relativi a: Fibromialgia, Artrosi e Osteoporosi.</li> <li>2. Il sito aziendale è aggiornato con i nominativi dei medici reumatologi aggregati alle medicine interne e che svolgono l'attività ambulatoriale.</li> <li>3. Partecipato all'elaborazione dei percorsi assistenziali per l'artrite psoriasica e per l'artrite reumatoide</li> <li>4. Non è stata ancora elaborata a livello regionale una scheda di raccolta delle informazioni cliniche legate</li> </ol>
Insufficienza cardiaca cronica	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Avvio dei lavori della rete con formalizzazione di almeno 1 percorso assistenziale che definisca anche specifici indicatori di esito.</li> </ol>	<p>Un medico in organico nella Cardiologia di S. Vito ed uno nella Cardiologia di Pordenone, nonché il direttore di struttura di S Vito, hanno partecipato ai lavori della commissione regionale.</p> <p>Il nostro gruppo, in particolare, coordina la parte relativa al percorso diagnostico del paziente post-trapianto cardiaco.</p> <p>Nella nostra azienda è già operativo un PDTA relativo alla gestione della insufficienza cardiaca cronica.</p>

<b>Linea 3.6.4. Materno-infantile</b>		
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Risultato al 31.12.2018</b>
Riorganizzazione delle attività in <b>ambito pediatrico</b>	PROGETTI DI COLLABORAZIONE INTERAZIENDALI	<p>Con decreto n. 576 del 10/08/2018 è stato siglato il protocollo d'intesa per la Costituzione del Coordinamento Interaziendale Materno Infantile" (CIMI) tra AAS5 e IRCSS Burlo Garofolo. Nel protocollo sono definiti in termini qualitativi e quantitativi i processi di cura, le attività assistenziali e le procedure condivise in ambito neonatologico, pediatrico, adolescenziale e materno.</p> <p><u>In particolare in ambito pediatrico</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Attività di Chirurgia generale e specialistica in ambito pediatrico</li> <li>• Attività di Pediatria specialistica</li> <li>• Attività di Anestesia</li> <li>• Attività Audiologica</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Attività Radiologica in ambito pediatrico</li> <li>• Continuità Assistenziale dei bambini/adolescenti con problemi speciali</li> </ul> <p>Per ogni processo di cura i rapporti sono disciplinati dalle DS aziendali. Sono in atto collaborazioni strutturate su questi temi: Chirurgia Pediatrica, Oftalmologia, ORL e Audiologia, Endourologia, Anestesia, sistema di tele-refertazione.</p>
<b>Linea 3.6.4. Materno-infantile</b>		
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Risultato al 31.12.2018</b>
<u>Gestione gravidanza fisiologica</u> Implementazione del percorso gravidanza fisiologica a gestione ostetrica	Evidenza dell'attivazione del percorso	vedere linea 3.2.1
<u>Riduzione parti cesarei depurati (NTSV)</u>	Mantenimento della percentuale dei parti cesarei depurati (NTSV) al di sotto del 20% dei parti totali dei parti depurati	-Parti cesarei depurati (NTSV): 15,5%
<u>Riduzione parti indotti farmacologicamente</u>	I parti indotti farmacologicamente devono essere ridotti al di sotto del 22%	-Parti indotti farmacologicamente: 23.7 %

<b>Linea 3.6.4. Materno – infantile: formazione</b>		
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Risultato al 31.12.2018</b>
Coinvolgimento di AAS 5 nell'attività formativa degli specializzandi di Pediatria	Revisione delle modalità di integrazione di AAS 5 nel percorso formativo degli specializzandi di Pediatria.	Le SC di Pediatria e di Pediatria e Neonatologia della AAS5 fanno parte della rete formativa della Scuola di specializzazione di in pediatria dell'università di Trieste, la cui direzione ha sede presso il Burlo. Gli specializzandi nella loro turnazione legata al progetto formativo svolgeranno 'periodi di formazione' presso la SC di Pediatria e di Pediatria e Neonatologia della AAS5 secondo modalità concordate con l'Università di Trieste. (decreto n. 576 del 10/08/2018 del 10/08/2018; costituzione del CIMI).

<b>Linea 3.6.5 Sangue ed emocomponenti</b>										
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Risultato al 31.12.2018</b>								
Contributo all'autosufficienza regionale e nazionale	-Partecipazione alle attività di raccolta sangue e plasma destinato al frazionamento industriale. (pari a 26.500 kg in regione, con un contributo non inferiore alla percentuale di popolazione attiva alla donazione (18-66 anni))	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2"><b>INDICATORI PIANO SANGUE 2018</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>N° unità sangue intero</td> <td>13.984</td> </tr> <tr> <td>N° unità plasma da aferesi</td> <td>5.181</td> </tr> <tr> <td>N° unità plasmapiastroaferesi</td> <td>566</td> </tr> </tbody> </table> <p>La raccolta mantiene un trend in leggero incremento sia per sangue che per plasmaferesi garantendo la partecipazione regionale che era stata preventivata per l'invio del plasma al</p>	<b>INDICATORI PIANO SANGUE 2018</b>		N° unità sangue intero	13.984	N° unità plasma da aferesi	5.181	N° unità plasmapiastroaferesi	566
<b>INDICATORI PIANO SANGUE 2018</b>										
N° unità sangue intero	13.984									
N° unità plasma da aferesi	5.181									
N° unità plasmapiastroaferesi	566									

		frazionamento industriale.
Sicurezza ed appropriatezza trasfusionale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Partecipazione ai programmi regionali di sorveglianza trasfusionale.</li> <li>- Mantenimento della attività del Cobus</li> </ul>	<p>Le reazioni avverse alla trasfusione vengono inserite costantemente in Emonet affinché la SRC di Palmanova possa gestirle a livello regionale con invio sul programma nazionale SISTRA del Centro Nazionale Sangue. Il riscontro di positività dei test infettivologici nei donatori di sangue vengono gestiti insieme al CURPE per il follow-up.</p> <p>La nuova composizione del COBUS è stata decretata (DCR n.612 del 19/9/2019). Il COBUS si è riunito il 12 dicembre 2018.</p>

<b>Linea 3.6.6. Erogazione livelli di assistenza</b>		
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Risultato al 31.12.2018</b>
Monitoraggio coordinato degli indicatori per valutare efficienza ed efficacia della cure	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Riduzione del tasso di ospedalizzazione al 122,5 x mille</li> <li>2. Riduzione dei numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica, ricorrendo anche ad un maggiore utilizzo del day service, portando la percentuale al di sotto del 28% per gli adulti e del 42% per i pediatrici</li> <li>3. Riduzione della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti &gt;= 65 anni portandola al di sotto del 4%</li> <li>4. Recupero di almeno il 25% della fuga extra-regionale di ricovero e di specialistica ambulatoriale rispetto ai dati 2015</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stima tasso di ospedalizzazione: 123,27 x mille</li> <li>2. numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica: Adulti 18.9% (obiettivo 28%); pediatrici 59,9% (obiettivo 42%);</li> <li>3. ricoveri medici oltre soglia per pazienti &gt;= 65 anni: 1.16% (obiettivo &lt;4%).</li> <li>4. Dati non disponibili</li> </ol>
<b>Effettuare i controlli di appropriatezza delle prestazioni effettuate dagli erogatori pubblici e privati.</b> (integrazione DGR 1423/2018)	<b>Mantenimento attività secondo quanto definito dal piano dei controlli programmato dallo specifico gruppo di coordinamento regionale</b>	E' garantita l'attività definita dal piano dei controlli programmato
<b>Indicatori</b> (integrazione DGR 1423/2018)	<b>L'azienda deve garantire il raggiungimento degli standard obiettivo di cui all'allegato B da DGR 185/2018 di approvazione definitiva delle Linee annuali per la Gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2018.</b>	Si rimanda all'allegato "TABELLA LEA"



Linea 3.6.7 Rete Cure Sicure FVG		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Risultato al 31.12.2018
Strutturazione Rete Cure Sicure	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. completamento della formazione dei <i>link professional</i>;</li> <li>2. valutazione semestrale, tramite indicatori clinici</li> <li>3. pubblicazione delle informazioni, relativamente alla relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto; pubblicazione nel sito internet aziendale dei dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (verificati nell'ambito dell'esercizio della funzione di monitoraggio, gestione e prevenzione del rischio sanitario);</li> <li>4. prosecuzione delle linee di lavoro per garantire la sicurezza ed appropriatezza nell'uso del farmaco;</li> <li>5. prosecuzione delle attività atte al controllo e prevenzione delle infezioni e progetto regionale di <i>antimicrobial stewardship</i>;</li> <li>6. diffusione dei dati sullo stato nutrizionale emersi dalla <i>survey 2017</i> e implementazione di strategie condivise sulla nutrizione e sull'idratazione dei pazienti;</li> <li>7. effettuazione dell'autovalutazione CARMINA e miglioramento di un'area attraverso l'implementazione di un almeno uno standard minimo;</li> <li>8. prosecuzione delle attività di <i>empowerment</i> dei pazienti sulle tematiche del rischio mediante la valutazione dell'utilizzo del modulo di <i>"integrazione della lettera di dimissione"</i> e avvio di azioni di miglioramento.</li> <li>9. Consumo di guanti chirurgici e NON chirurgici</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sono stati effettuati due eventi formativi.</li> <li>2. La valutazione semestrale tramite indicatori clinici prosegue secondo le indicazioni regionali.</li> <li>3. Le informazioni sono presenti sul sito aziendale: <a href="https://aas5.sanita.fvg.it/export/sites/aas5/it/ammnistrazione_trasparente/23_altri_contenuti_docs/consuntivo_2018.pdf">https://aas5.sanita.fvg.it/export/sites/aas5/it/ammnistrazione_trasparente/23_altri_contenuti_docs/consuntivo_2018.pdf</a></li> <li>4. La revisione del Foglio Unico di Terapia è stata completata ed implementata con i nuovi format della cartella clinica ed è stata effettuata la formazione all'interno dell'evento "Introduzione della nuova documentazione nelle strutture di degenza" (29 maggio 2018). Sono stati effettuati due eventi formativi relativi a "Gestione in sicurezza del farmaco Modulo 1: procedure per stoccaggio e conservazione dei farmaci; gestione dei farmaci ad alto rischio; antisettici e disinfettanti: principi generali" (4 aprile e 6 giugno) ed un evento "Ricerca sul farmaco e prontuario farmaceutico di area vasta. Accesso alla banca dati Terap e aggiornamento sui contenuti" (10 aprile 2018).</li> <li>5: Proseguita l'attività aziendale con la seconda parte del programma iniziato l'anno precedente. Nel 2018 è stato tenuto un corso per l'UO di Gastroenterologia e sono in programma due corsi tra ottobre e dicembre rivolti alla Terapia Intensiva e alla Pneumologia. In aprile 2018 è stato presentato il report microbiologico e ed infettivologico relativo ai dati 2017. Sono proseguite le consulenze da parte degli specialisti infettivologi.</li> <li>6. I dati sullo stato nutrizionale emersi dalla <i>survey 2017</i> sono stati diffusi nel contesto della Point Prevalence Survey (peso, altezza per calcolo BMI e presenza di nutrizione parenterale e/o enterale). Si attende l'avvio del gruppo regionale per l'implementazione di strategie condivise sulla nutrizione e sull'idratazione dei pazienti da applicare a livello aziendale.</li> <li>7. nell'ambito dell'autovalutazione CARMINA con l'obiettivo del miglioramento di un'area attraverso l'implementazione di un almeno uno standard minimo, è stata implementata la trasmissione delle informazioni ai cittadini relativamente ai fattori di rischio attraverso l'utilizzo della scheda dei fattori di rischio allegata alla lettera di dimissione. Questo obiettivo comprende anche l'obiettivo 8 di cui al punto seguente.</li> <li>8: E' stata inserita negli obiettivi di budget la compilazione in G2 della scheda dei fattori di rischio allegata alla lettera di dimissione.</li> <li>9. rapporto lattice/latex-free Guanti chirurgici : Anno</li> </ol>

	in lattice : raggiungere un rapporto dei guanti NON chirurgici lattice/nitrile o vinile inferiore al 15%. Per quanto riguarda i guanti chirurgici per l'anno 2018 il rapporto lattice/latex-free dovrà essere al massimo del 30%.	2017: 42%, Anno 2018: 27%; un rapporto dei guanti NON chirurgici 9.lattice/nitrile o vinile: Anno 2017: 48%, Anno2018: 36%. Si evidenzia una diminuzione.
--	---	--

Linea 3.6.8 Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Risultato al 31.12.2018
Strutturazione Rete HPH	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Individuare un Coordinatore HPH, che farà anche parte del Comitato HPH regionale (entro febbraio)</li> <li>- Attivare il Comitato guida aziendale (entro novembre)</li> </ul>	<p>Il coordinatore aziendale è stato comunicato alla DCS il 16/4/2018 con lettera prot. N. 28515-P.</p> <p>Il Comitato guida è stato attivato con decreto n.742 del 22/11/2018</p>

### 3.7 RAPPORTO CON I CITTADINI

Linea n. 3.7.1 Tempi di attesa		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Risultato al 31.12.2018
Rispettare i tempi d'attesa per la specialistica ambulatoriale e i ricoveri per interventi chirurgici programmati ( <i>Elenco delle prestazioni oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa</i> ).	<p>Specialistica ambulatoriale: Assicurare il rispetto dei tempi d'attesa per le % di casi indicate priorità B &gt;95% priorità D &gt;90% priorità P &gt; 85%</p> <p>Ricoveri per interventi: priorità A 95% priorità B, C, D 90%</p>	<p><b>Specialistica ambulatoriale:</b></p> <p>Le prestazioni traccianti che il monitoraggio dei tempi di attesa ha evidenziato come critiche nel corso del 2018 sono risultate:</p> <p>per la priorità B, la visita endocrinologica, la visita ortopedica, la visita pneumologica, l'ecografia ostetrico ginecologica, la coloscopia e sigmoidoscopia, gli ECG dinamico e da sforzo, il fondo oculare e alcune prestazioni di diagnostica per immagini;</p> <p>per la priorità D, la visita endocrinologica, la visita ortopedica, la visita ginecologica, la visita dermatologica, la visita pneumologica, la coloscopia, l'esofagogastroduodenoscopia e l'ECG dinamico.</p> <p><b>Interventi chirurgici</b> gli interventi risultati critici sono: endoarteriectomia carotidea, neoplasia mammella, neoplasia prostata, neoplasia rene, neoplasia vescica.</p>
1. Monitorare i tempi d'attesa	1. L'Azienda rispetta i tempi per la trasmissione dei monitoraggi regionali e ministeriali (attività istituzionale ed ALPI).	I tempi per la trasmissione dei monitoraggi regionali e ministeriali (attività istituzionale ed ALPI) sono stati rispettati.
2. Configurare le agende dell'AAS5 e delle strutture private accreditate presenti sul suo territorio per la prenotazioni on-line.	2. Le agende sono adeguate alla prenotazione on-line	Le agende di prenotazione delle prestazioni dell'AAS5 e delle strutture private accreditate presenti sul territorio sono configurate per la prenotazione on line secondo le indicazioni fornite da ARCS.

<p>3. Rispettare il rapporto tra attività libero professionale e istituzionale.</p>	<p>3. Il rapporto tra i volumi erogati è costantemente monitorato in relazione al rispetto dei tempi d'attesa garantiti per l'attività istituzionale.</p>	<p>E' eseguito il monitoraggio dei tempi di attesa e dei volumi dell'attività erogata in libera professione intramuraria e valutato Il rapporto tra i volumi di prestazioni erogate nell'ambito delle attività istituzionali e quelli che caratterizzano l'attività libero professionale, che non ha dimostrato, nel 2018, la presenza di situazioni critiche rispetto a quanto definito dal CCNLL.</p>
<p>4. Sospensione ALPI</p>	<p>4. a) L'Azienda sospende l'attività intra-moenia ai medici delle strutture che non hanno reso disponibili a CUP regionale tutte le agende di prenotazione delle visite/prestazioni specialistiche libero professionali.</p>	<p>E' stato eseguito un censimento dei dirigenti con attività libero professionale non prenotabile a CUP regionale. Tale fattispecie risulta assolutamente residuale. L'attività di prenotazione è, comunque, anche in questi casi, gestita attraverso l'applicativo CUP web con prenotabilità locale. L'estensione alla prenotabilità regionale anche per questi professionisti avverrà nel corso del primo semestre 2019.</p>
<p>5. Informatizzare e rendere disponibili a sistema CUP regionale le agende delle prestazioni ambulatoriali.</p>	<p>5. Le agende delle prestazioni ambulatoriali sono informatizzate e disponibili a sistema CUP regionale.</p>	<p>Le prestazioni di primo accesso sono gestite con agende informatizzate differenziate per priorità, con offerta disponibile a CUP regionale.</p>
<p>6. Le AAS/ASUI rendicontano alla DCS le modalità di utilizzo del finanziamento attribuito con la legge 7/2009, tenendo conto che una quota di almeno il 40% è da utilizzare per l'acquisto di prestazioni dagli erogatori privati convenzionati, in aggiunta al budget assegnato per il periodo 2017-2019 con la stipula degli accordi adottati con la DGR n. 42/2017. (integrazione DGR 1423/2018)</p>	<p>6.1 Stipulare specifico accordo integrativo con gli erogatori privati entro il 30.6.2018;</p> <p>6.2 Trasmettere alla DCS entro e non oltre il 31.12.2018 l'atto/gli atti di evidenza delle effettive esigenze di abbattimento delle liste di attesa e ricorso agli importi stanziati</p> <p>6.3 Presentare apposita rendicontazione sull'utilizzo delle somme assegnate nel bilancio consuntivo 2018</p>	<p>6.1 Gli accordi con le strutture private accreditate del territorio dell'AAS 5 sono stati stipulati nel giugno 2018 e trasmessi alla DCS il 29/6/2018. Gli accordi prevedono.</p> <p>Ciascun accordo specifica l'importo del finanziamento attribuito con la legge 7/2009 destinato all'erogatore privato accreditato e identifica tipologia e numero di prestazioni di specialistica ambulatoriale richieste extra budget che la struttura si impegna a garantire al fine dell'abbattimento delle liste di attesa.</p> <p>6.2 Gli atti formali di evidenza delle effettive esigenze di abbattimento delle liste di attesa e ricorso agli importi stanziati prodotti dall'AAS 5 sono quelli di sottoscrizione degli accordi con le strutture private accreditate, e già inviati alla DCS.</p> <p>E' stata inviata in regione, con PEC prot. n. 31975/DG del 30.4.2019, una relazione relativa all'anno 2018 sulle esigenze di abbattimento delle liste di attesa e sulle modalità di utilizzo del finanziamento attribuito.</p> <p>6.3 Nel bilancio 2018 è stato riconosciuto l'importo di 183.177 Euro a valere sulla quota "ulteriore finanziamento per le liste d'attesa-linea 32 attività sovra-aziendali"</p>

<b>3.7.2 Innovazione nella gestione delle terapie</b>																						
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Risultato al 31.12.2018</b>																				
Utilizzo dei nuovi anti-coagulanti orali (integrazione DGR 1423/2018)	1. L'obiettivo si intende raggiunto se i controlli ambulatoriali per INR eseguita a pazienti residenti AAS5, si riducono almeno del 25% sul dato 2016; l'obiettivo non è raggiunto per riduzioni inferiori al 10%; per riduzioni comprese fra il 10% e il 25%, l'obiettivo verrà in proporzione considerato raggiunto parzialmente.	<p>Dai dati forniti dal Servizio farmaceutico si rileva un progressivo aumento nell'utilizzo dei nuovi anti-coagulanti orali dal 2016 e una progressiva riduzione dei soggetti trattati con TAO:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th><b>soggetti in trattamento</b></th> <th><b>2016</b></th> <th><b>2017</b></th> <th><b>2018</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TAO (necessita INR)</td> <td>6755</td> <td>6379</td> <td>5866</td> </tr> <tr> <td>NAO (non necessita INR)</td> <td>1985</td> <td>2884</td> <td>4123</td> </tr> <tr> <td>Totale complessivo</td> <td>8740</td> <td>9263</td> <td>9989</td> </tr> <tr> <td>% NAO</td> <td>22,7%</td> <td>31,1%</td> <td>41%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Considerato che i volumi INR 2016 sono sottostimati in quanto la procedura di laboratorio fino al 26/11/2016 non trasferiva a SIASA gli esami multipli delle ricette e tenuto presente che vi è stato un aumento dei pazienti in trattamento con NAO del 16% dal 2016 al 2018, si può ritenere che tale aumento dovrebbe comportare una corrispondente diminuzione sulla diagnostica INR. Si evidenzia infatti un calo dal 2017 al 2018.</p>	<b>soggetti in trattamento</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	TAO (necessita INR)	6755	6379	5866	NAO (non necessita INR)	1985	2884	4123	Totale complessivo	8740	9263	9989	% NAO	22,7%	31,1%	41%
<b>soggetti in trattamento</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>																			
TAO (necessita INR)	6755	6379	5866																			
NAO (non necessita INR)	1985	2884	4123																			
Totale complessivo	8740	9263	9989																			
% NAO	22,7%	31,1%	41%																			
Valutazione della possibilità di implementare l'utilizzo delle terapie sottocute, o per altre vie, per quei farmaci che dispongono di formulazioni alternative a quella endovenosa.	2. Evidenza della valutazione	Nel 2018, il DH Medico e la Medicina di Pordenone, hanno utilizzato 31 fiale di Rituximab 1400 mg sottocute. Gli specialisti ematologi prescrivono la formulazione sottocutanea, secondo le indicazioni autorizzate (linfoma non-Hodgkin follicolare) successivamente ad una prima somministrazione endovenosa e con peso superiore a 65 kg. L'utilizzo di questa formulazione consente la dimissione del paziente con un anticipo di 2 ore.																				

### **3.7.3 Apertura dei reparti di terapia intensiva e semi-intensiva ai care giver**

<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Risultato al 31.12.2018</b>
Abolizione delle limitazioni non motivatamente necessarie (es. effettiva necessità di isolamento) per i care-giver indicati dai pazienti degenti presso le degenze intensive e semi-intensive	Nei reparti di TI e TSI è consentita la presenza dei care-giver durante il ricovero.	L'abolizione delle limitazioni è stata avviata nel corso del 2017 e proseguita nel 2018.

### **3.7.4 Presenza del care-giver in corso di visita nei reparti di degenza**

<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Risultato al 31.12.2018</b>
Possibilità dei pazienti di avere accanto il care-giver al momento della visita medica o dell'esecuzione delle procedure assistenziali.	Presso le degenze ordinarie i pazienti possono avere accanto a sé un care-giver al momento della visita medica o dell'esecuzione delle procedure assistenziali	Attività avviata nel corso del 2017 e proseguita nel 2018.

### **3.7.5 Contatto telefonico dopo la dimissione da un intervento chirurgico (recall)**

<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Risultato al 31.12.2018</b>
Verifica del grado di soddisfazione del cittadino dopo intervento chirurgico programmato	Somministrazione, entro 5 gg dalla dimissione, ai pazienti dimessi dopo un intervento di chirurgia programmata e svolta in ricovero ordinario, del questionario già utilizzato nel 2017.	Nel 2018 è stata mantenuta l'attività di somministrazione del questionario avviata nel 2017

### **3.7.6 Individuazione del medico responsabile della gestione del ricovero del paziente**

<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Risultato al 31.12.2018</b>
Informazione del paziente sul medico che ha la responsabilità della gestione del suo ricovero	I pazienti vengono informati sul nominativo del medico responsabile della gestione del loro caso.	Attività avviata nel corso del 2017 e proseguita nel 2018.

### **Linea 3.7.7 Privacy**

<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Risultato al 31.12.2018</b>
Snellimento delle procedure nel rispetto della privacy. Attivazione del fascicolo sanitario elettronico (FSE).	Partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale	E' stata garantita la partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale.

### **Linea 3.7.8 Comitato di Partecipazione Aziendale**

<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Risultato al 31.12.2018</b>
Attuare le indicazioni delle Linee di gestione 2018 attraverso l'individuazione di metodi di condivisione dell'esperienza dei cittadini nei percorsi assistenziali.	Condividere con le Associazioni il metodo di applicazione e monitoraggio dei PDTA.	Completato il monitoraggio per l'applicazione PDTA ictus, il risultato è stato presentato alle Associazioni l'11 novembre 2018.
Prosecuzione dell'attività di coinvolgimento e collaborazione con le Associazioni di utenti e di volontariato nella valutazione dell'esito delle cure.	Favorire ed incrementare l'adesione dei MMG per la condivisione di proposte di miglioramento sulla qualità delle cure	Sono stati presi contatti con l'agenzia formativa COMPA per la creazione di un percorso formativo sperimentale che coinvolge i MMG, i rappresentanti delle Associazioni ed alcuni componenti dell'Azienda.  Sono stati pubblicati sul sito aziendale nel "box" dedicato al Comitato di partecipazioni i verbali degli incontri.

## 4. FLUSSI INFORMATIVI E VALUTAZIONI

<b>Linea n. 4 Flussi informativi e valutazioni</b>		
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Risultato al 31.12.2018</b>
1. Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)	1. La percentuale di SDO archiviate deve essere in media nell'arco dell'anno maggiore o uguale al 98% dei dimessi; Le richieste di apertura delle SDO archiviate non deve superare il 3% delle SDO archiviate. Le anomalie in merito alla qualità della compilazione non devono superare in media il 10%	1. La percentuale di SDO archiviate è 99,8%. Il dato relativo alle richieste di apertura delle SDO è 0,7%. Le anomalie in merito alla qualità della compilazione sono 0,7%.
2. Obblighi informativi e qualità dei dati ai fini amministrativi, epidemiologici e gestionali	2. Individuazione del referente aziendale per ogni obbligo informativo; Garanzia della corretta alimentazione dei dati	2. Individuati i referenti aziendali, i quali sono stati coinvolti per la corretta alimentazione dei dati.
3. Flussi Ministeriali	3. Corretta alimentazione e rispetto dei tempi di invio di tutti i flussi ministeriali di competenza aziendale	3. I Flussi Ministeriali vengono alimentati e inviati nei tempi previsti
4. Programmi di sorveglianza: OKKio alla Salute, HBSC, PASSI, PASSI d'ARGENTO, Obesità in Gravidanza (vedi al capitolo 3.2)	4. Proseguimento dei programmi	4. Si rimanda alla linea 3.2.13 Miglioramento dei sistemi informativi e di sorveglianza.

## 5. IL SISTEMA INFORMATIVO

<b>5. Il sistema informativo</b>		
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Risultato al 31.12.2018</b>
Servizi on-line per i cittadini	Procedere al consolidamento dei servizi on line per i cittadini con: - potenziamento dell'infrastruttura del servizio di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali con l'uso della ricetta dematerializzata e MIR (medici in rete), 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;  - la consultazione liste d'attesa di tutte le prestazioni erogate, indicando la prima	Si è garantita la partecipazione a tavoli regionali per il coordinamento delle attività di prosecuzione di quanto già avviato.  E' stata inviata richiesta/candidatura a DCS per l'avvio della consegna del referto di radiologia in modalità on-line similmente a quanto già avviene per il referto di laboratorio. Siamo in attesa di riscontro  E' possibile consultare le liste d'attesa con l'indicazione della prima data utile per tutte le prestazioni.  Si segue lo sviluppo dei progetti regionali

	<p>data utile;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- lo sviluppo di tecnologie mobility app per i principali servizi on-line sviluppati;</li> <li>- l'estensione della prescrizione specialistica dematerializzata;</li> <li>- la collaborazione allo sviluppo dei temi chiave previsti dalla cd "Sanità digitale" implementando soluzioni informatiche per l'integrazione socio-sanitaria e la continuità della cura;</li> </ul> <p>la collaborazione all'implementazione di soluzioni per la gestione del farmaco all'adesione terapeutica.</p>	<p>sulle tecnologie mobility-app</p> <p>Tutti gli specialisti prescrivono tramite DEMA ad esclusione dei Fisiatri per problemi derivati dai cicli di prestazioni</p> <p>Si segue lo sviluppo dei progetti regionali sulla sanità digitale</p>
<p>Prosecuzione delle attività già avviate</p>	<p>Proseguire nelle attività già avviate:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sicurezza fisica e logica/funzionale</li> <li>- sistemi di governo, in particolare con lo sviluppo ed il miglioramento degli strumenti di governo dei fattori produttivi ospedalieri</li> <li>- 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</li> <li>- Interventi sull'intero sistema ICT del SSR per gli adeguamenti previsti dalla L.R. 17/2014</li> <li>- avvio della nuova cartella clinica informatizzata con immediata sospensione delle iniziative autonome di implementazione e/o sviluppo delle attuali</li> <li>- revisione/rinnovo del sistema ASCOT e software collegati per la gestione delle attività amministrative</li> </ul> <p>acquisizione di ulteriori licenze con completamento i tutte le aziende dell'implementazione del sistema per la gestione della farmacoterapia</p>	<p>Si è garantita la partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale</p>
<p>Obbligo dell'utilizzo della firma digitale</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definizione di indicatori di budget specifici per i diversi prescrittori.</li> <li>- <b>G2 clinico e lettera di dimissione &gt; 90%</b></li> <li>- <b>Radiologia &gt; 98%</b></li> <li>- <b>Laboratorio e microbiologia &gt; 98%</b></li> <li>- <b>Anatomia patologica &gt;98%</b> (integrazione DGR 1423/2018)</li> </ul>	<p>Firma digitale referti 94%, lettere di dimissione 92%.</p> <p>Radiologia 98%</p> <p>Laboratorio e microbiologia 100%</p> <p>Anatomia patologica 100%</p>
<p><b>Prescrizione dematerializzata</b> (integrazione DGR 1423/2018)</p>	<p><b>MMG che prescrivono DEMA o DIR &gt; 80%</b></p>	<p>Dato non disponibile a livello aziendale</p>

Funzioni rivolte al sistema informativo regionale		
<p>a. Sistema di gestione dell'attività sanitaria in ambito ospedaliero</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. cartella integrata clinico assistenziale: avviamento dell'implementazione presso il sito pilota individuato nell'AAS5. In seguito all'aggiudicazione della gara in corso.</li> <li>2. potenziamento ed estensione delle integrazioni dei sistemi clinico sanitari.</li> <li>3. Normalizzazione della gestione delle credenziali e attivazione sistema Single Sign on</li> </ol> <p>Aggiudicazione e avvio implementazione della piattaforma per la gestione della ricerca clinica</p>	<p>Partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale</p>	<p>Si è garantita la partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale</p>
<p>b. Sistema di gestione dell'attività sanitaria in ambito di assistenza primaria</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Piattaforma di connessione con la medicina generale</li> <li>2. Attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico secondo quanto previsto dalla normativa privacy.</li> <li>3. Avviamento del nuovo sistema di iscrizione ai MMG</li> </ol> <p>Pianificazione delle attività d rinnovamento del sistema SIASI</p>	<p>Partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale</p>	<p>Si è garantita la partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale</p>
<p>c. Rivisitazione delle procedure gestionali ed amministrative al fine dell'adeguamento alla normativa vigente</p>	<p>Partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale</p>	<p>Si è garantita la partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale</p>
<p>d. Potenziamento dell'infrastruttura per la Continuità Operativa</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Potenziamento delle reti geografiche e locali</li> </ol> <p>Razionalizzazione dei</p>	<p>Partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale</p>	<p>Si è garantita la partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale</p>



data center aziendali		
e. Sistema direzione aziendale 1. Governo del personale 2. Governo logistico	Partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale	Si è garantita la partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale
f. Sistema direzionale regionale 1. Data Warehouse gestionale 2. Sviluppo del registro regionale dei dispositivi medici impiantabili.	Partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale	Si è garantita la partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale

### 5.1. Sistema PACS regionale

Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Risultato al 31.12.2018
Sistema PACS regionale	<p>a. Estensione sistema PACS ad altre discipline:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Completamento della messa a regime nel settore dell'endoscopia digestiva.</li> <li>- Proseguimento dell'estensione all'intero ambito dell'endoscopia ambulatoriale (broncoscopia, cistoscopia, colposcopia, ...).</li> </ul> <p>b. Consultazione/visualizzazione di referti e immagini <u>in situazione emergenziale inter-aziendale</u>;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prosecuzione della messa a regime del caso d'uso negli ambiti clinici previsti dalla programmazione sanitaria regionale.</li> </ul> <p>c. Referto multimediale: <b>Supporto aziendale secondo le modalità definite in coerenza e continuità con la programmazione sanitaria regionale</b></p> <p>d. Potenziamento e ottimizzazione del sistema PACS regionale: <b>evidenza delle richieste aziendali pervenute.</b> (integrazione DGR 1423/2018)</p>	<p>Sotto il coordinamento di EGAS si è provveduto a fare le necessarie gare per l'affidamento delle forniture e servizi necessari al completamento. Si sono concluse nell'anno le attività al fine di attivare il servizio di informatizzazione di endoscopia digestiva nelle restanti strutture aziendali. Per le altre discipline è stato presentato un progetto nell'ambito di proposta PAL 2019.</p> <p>Si è proseguito nelle attività previste dalla regione.</p> <p>Attività non ancora iniziata per mancanza di indicazione da parte del coordinamento regionale</p> <p>Sono stati attivati nuovi punti di stampa cd paziente,</p> <p>Si resta in attesa di estensione caso d'uso emergenza, ed estensione uso in chirurgia vascolare.</p>

5.2. Fascicolo sanitario elettronico (FSE)		
Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Risultato al 31.12.2018
<b>Fascicolo sanitario elettronico (FSE)</b> l'implementazione del FSE al 15% della popolazione con un programma da definirsi operativamente entro marzo 2018	- Partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale - <b>implementazione del fascicolo al 15% della popolazione entro il 31.12.2018</b> (integrazione DGR 1423/2018)	È stata garantita la partecipazione ai tavoli regionali.  Non siamo in grado di valutare la raggiungibilità del 15%.

## C2) Obiettivi del Patto tra Regione e Direttore Generale anno 2018

Linea Progettuale	Obiettivo	Modalità valutazione	valore	Monitoraggio al 31.12.2018	
A. Tempi d'attesa	Utilizzo della quota della legge 7/2009 nel rispetto di quanto previsto dall'accordo 2017-2019 con le strutture private accreditate (come da DGR 42/2017 e 2181/2017)	Ottemperare a quanto previsto dalle Linee per la gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2018 (DGR 185 del 2.2.2018)	1. stipulare specifico accordo integrativo con gli erogatori privati entro il 30.6.2018; 2. trasmettere alla Direzione Centrale Salute entro e non oltre il 31.12.2018 l'atto/gli atti di evidenza delle effettive esigenze di abbattimento delle liste di attesa e ricorso agli importi stanziati 3. presentare apposita rendicontazione sull'utilizzo delle somme assegnate nel bilancio consuntivo 2018	5%	1 Gli accordi con le strutture private accreditate del territorio dell'AAS 5 sono stati stipulati nel giugno 2018 e trasmessi alla DCS il 29/6/2018. Gli accordi prevedono. Ciascun accordo specifica l'importo del finanziamento attribuito con la legge 7/2009 destinato all'erogatore privato accreditato e identifica tipologia e numero di prestazioni di specialistica ambulatoriale richieste extra budget che la struttura si impegna a garantire al fine dell'abbattimento delle liste di attesa. 2 Gli atti formali di evidenza delle effettive esigenze di abbattimento delle liste di attesa e ricorso agli importi stanziati prodotti dall'AAS 5 sono quelli di sottoscrizione degli accordi con le strutture private accreditate, e già inviati alla DCS. E' stata inviata in regione, con <a href="#">PEC prot. n. 31975/DG del 30.4.2019</a> , una relazione relativa all'anno 2018 sulle esigenze di abbattimento delle liste di attesa e sulle modalità di utilizzo del finanziamento attribuito.  3 Nel bilancio 2018 è stato riconosciuto l'importo di 183.177 Euro a valere sulla quota "ulteriore finanziamento per le liste d'attesa- linea 32 attività sovra-aziendali"
	Rispettare i tempi previsti per le prestazioni di cui all'allegato A delle Linee per la gestione del	Si rimanda alla scheda generale "Tempi d'Attesa"		20%	<b>Specialistica ambulatoriale:</b> Le prestazioni traccianti che il monitoraggio dei tempi di attesa ha evidenziato come critiche nel corso del 2018 sono risultate: per la priorità B, la visita endocrinologica, la visita ortopedica, la visita pneumologica, l'ecografia ostetrico ginecologica, la coloscopia e

	SSR per l'anno 2018				<p>sigmoidoscopia, gli ECG dinamico e da sforzo, il fondo oculare e alcune prestazioni di diagnostica per immagini;</p> <p>per la priorità D, la visita endocrinologica, la visita ortopedica, la visita ginecologica, la visita dermatologica, la visita pneumologica, la colonscopia, l'esofagogastroduodenoscopia e l'ECG dinamico.</p> <p><b>Interventi chirurgici</b></p> <p>gli interventi risultati critici sono: endoarteriectomia carotidea, neoplasia mammella, neoplasia prostata, neoplasia rene, neoplasia vescica.</p>												
B. Attività clinico assistenziali	Rispettare gli indicatori di cui all'allegato B e quelli del capitolo 3.6. delle Linee di gestione del SSR per l'anno 2018	Si rimanda alla scheda generale "Attività clinico assistenziali"		20%	<b>Vedere tabella indicatori cap. 3.6 e Tabella LEA</b>												
C. Reti di patologia	Attivazione di almeno 4 sale (2 x Pordenone e 1 per ogni sede di presidio ospedaliero spoke) attrezzate per gestire teleconferenze e cliniche e riunioni operative a distanza, nonché permettere la visione contemporanea di documentazione e immagini diagnostiche di alta qualità	evidenza dell'attivazione delle sale entro il 30 settembre	entro il 31.12.2018: SI > è data completa attuazione NO > non è data completa attuazione	5%	Sono attive 6 sale per teleconferenze o visione contemporanea di documentazione ed immagini diagnostiche di alta qualità di cui 2 nell'Ospedale di Pordenone ed una nelle sedi di San Vito e di Spilimbergo.												
D. Rapporto con i cittadini: innovazione nella gestione delle terapie	Utilizzo dei nuovi anti-coagulanti orali	riduzione dei controlli ambulatoriali per INR sui residenti dell'ASUI	entro il 31.12.2018: '- 100% se riduzione > 25% sul dato 2016- 0% se riduzione < 10% su dato 2016- parzialmente raggiunto per	10%	<p>Dai dati forniti dal Servizio farmaceutico si rileva un progressivo aumento nell'utilizzo dei nuovi anti-coagulanti orali dal 2016 e una progressiva riduzione dei soggetti trattati con TAO:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>soggetti in trattamento</th> <th>2016</th> <th>2017</th> <th>2018</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TAO (necessita INR)</td> <td>6755</td> <td>6379</td> <td>5866</td> </tr> <tr> <td>NAO (non necessita INR)</td> <td>1985</td> <td>2884</td> <td>4123</td> </tr> </tbody> </table>	soggetti in trattamento	2016	2017	2018	TAO (necessita INR)	6755	6379	5866	NAO (non necessita INR)	1985	2884	4123
soggetti in trattamento	2016	2017	2018														
TAO (necessita INR)	6755	6379	5866														
NAO (non necessita INR)	1985	2884	4123														

			valori intermedi (in misura proporzionale )		<table border="1"> <tr> <td>Totale complessivo</td> <td>8740</td> <td>9263</td> <td>9989</td> </tr> <tr> <td>% NAO</td> <td>22,7 %</td> <td>31,1 %</td> <td>41%</td> </tr> </table> <p>Considerato che i volumi INR 2016 sono sottostimati in quanto la procedura di laboratorio fino al 26/11/2016 non trasferiva a SIASA gli esami multipli delle ricette e tenuto presente che vi è stato un aumento dei pazienti in trattamento con NAO del 16% dal 2016 al 2018, si può ritenere che tale aumento dovrebbe comportare una corrispondente diminuzione sulla diagnostica INR. Si evidenzia infatti un calo dal 2017 al 2018.</p>	Totale complessivo	8740	9263	9989	% NAO	22,7 %	31,1 %	41%
Totale complessivo	8740	9263	9989										
% NAO	22,7 %	31,1 %	41%										
E. Socio-sanitarie	Processo di riclassificazione e delle strutture residenziali per anziani già funzionanti	Entro la data di conclusione del processo di riclassificazione di cui al titolo X del D.P.Reg. 144/2015, sono rilasciate le nuove autorizzazioni all'esercizio delle strutture residenziali per anziani per le quali la Regione ha provveduto a trasmettere il parere di ammissibilità di cui all'art. 56 del predetto decreto.	Entro il 4 giugno 2018, sono rilasciate il 90% delle nuove autorizzazioni all'esercizio delle strutture residenziali per anziani per le quali la Regione ha provveduto a trasmettere il parere di ammissibilità di cui all'art. 56 del D.P.Reg. 144/2015, fatti salvi specifici casi in cui risultasse necessaria la sospensione dei termini procedurali per l'acquisizione di elementi conoscitivi ed integrazioni documentali formalmente richiesti.	10 %	Supportata la Regione nella valutazione delle domande di nuova classificazione presentate dagli enti gestori delle strutture residenziali ai fini del rilascio del parere di ammissibilità della domanda. Rilasciate le nuove autorizzazioni all'esercizio ( pieno titolo o in deroga temporanea) entro 90 giorni dalla formulazione del parere di ammissibilità della domanda da parte della Regione.								
F. Prevenzione	1. Screening cervicce	Garantire supporto alla la transizione del programma regionale di screening della cervicce ad HPV-DNA	supporto transizione programma HPV	6%	Il supporto è garantito. Le letture dei pap test primari sono state garantite dall'anatomia patologica di Pordenone.								

		supportando ASUITS e continuando ad assicurare la lettura dei pap-test primari fino a completa riconversione del programma;			
	2. screening mammografico	Garantire la corretta chiusura dell'esito dei casi di secondo livello dello screening mammografico nel G2 clinico (% di casi di secondo livello chiusi correttamente > = 95%)	chiusura esito mammografico	2%	Percentuale di casi di secondo livello chiusi correttamente = 100%
		ridurre i richiami intermedi (early recall) dopo approfondimento (casi con esito di secondo livello "sospeso"/totali dei casi chiusi dall'unità senologica: inferiore al 10%)	early recall mammella	3%	Percentuale di early recall=3,3%
	3. Cartella endoscopica	Garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica (in particolare la codifica del livello di rischio assicurando di rendere definitiva la compilazione) per gli esami di 2° livello di screening. (Percentuale di cartelle	compilazione cartella endoscopica	2%	Percentuale di cartelle correttamente compilate =96,3%

		correttamente compilate >=95%);			
	4. Colonscopia	Garantire l'offerta della colonscopia di approfondimento di secondo livello entro 30 giorni dalla positività del FOBt di screening (Tempo di attesa per colonscopia di approfondimento di secondo livello < o = 30 giorni)	tempo di attesa colonscopia	3%	I tempi di attesa per colonscopia sono stati garantiti entro 30 giorni in almeno 1 dei centri di riferimento.
	5. Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive	Attuazione di quanto previsto dalle linee di gestione in relazione al miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive (3.2.15)	attuazione progettualità	2%	Si rimanda alla rendicontazione della linea: n 3.2.15 - Miglioramento sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive (Programma XIII PRP).
	6. Allattamento al seno	Mantenere ed ottimizzare il sistema di rilevazione sull'allattamento o al seno alla dimissione e alla seconda vaccinazione - 100% schede inserite nel sistema di rilevazione regionale entro un mese dalla dimissione e dalla seconda vaccinazione (3.2.17 Linee di gestione)	100% schede allattamento inserite	2%	Continua la criticità sulla rilevazione al seno alla seconda vaccinazione, la modalità di inserimento del dato non è agevole e non è idoneo e celere per la raccolta del dato. La rilevazione aggiornata al 31 dicembre 2018 evidenzia una percentuale d'inserimento alla seconda vaccinazione del 81,48 %.
	7. Sicurezza alimentare, salute e benessere animale	- Attuazione di quanto previsto dalle linee di gestione in relazione alla sicurezza	attuazione progettualità	2%	- Si rimanda alla rendicontazione della Linea n 3.2.18 - Sicurezza alimentare, salute e benessere animale. - Attivate le SOC e SOS previste per le aree A, B e C;

		alimentare, salute e benessere alimentare (3.2.18) - Attivazione e affidamento delle SOC e delle SOS previste per le aree A, B e C;			
G. Sistema informativo	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	Implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico	entro il 31.12.2018 il fascicolo sanitario è implementato nel 15% della popolazione	8%	E' stata avviata in settembre la sperimentazione del Fascicolo, a cura della DCS. Il numero dei fascicoli sanitari implementati non è disponibile a livello aziendale.

### C3) Relazione sulla gestione economico finanziaria

Il Bilancio Sanitario 2018 dell'AAS n.5 chiude con un utile di € 240.303,00, che dimostra il raggiungimento dell'obiettivo economico del pareggio di bilancio, nonché il corretto utilizzo delle risorse economico finanziarie disponibili per la gestione 2018.

L'assegnazione delle risorse in sede di PAL 2018 ha consentito una previsione realistica dei costi aziendali oramai consolidati, in rapporto alla dimensione delle attività aziendali in essere;

la gestione accurata dei fattori di spesa e i monitoraggi periodici hanno contribuito ove possibile ad un ulteriore recupero di efficienza e di allineamento dei costi agli standard per livelli di assistenza e tutto ciò ha permesso una sostanziale linearità nella gestione del bilancio, evidenziata nella positività del risultato della c.d. "gestione caratteristica", escludendo cioè le partite di natura straordinaria.

A livello complessivo di bilancio i diversi fattori produttivi, specialmente i costi, hanno registrato dinamiche con una variabilità contenuta, oppure con scostamenti probabili che in gran parte erano stati ben intercettati e preventivati in sede di bilancio previsionale, tanto che con il primo rendiconto quadrimestrale approvato con decreto n. 421 del 30/5/18, il risultato prospettato per fine anno si attestava appena al di sopra del pareggio del Conto economico, con un utile stimato di 48.469 euro.

Con il secondo rendiconto infrannuale la stima del risultato di fine anno peggiorava con una perdita stimata di € 2.984.474; detta perdita era dovuta essenzialmente agli intervenuti accordi e rinnovi contrattuali (Medici di Medicina Generale e Personale dipendente del Comparto) che alla data di redazione del rendiconto non avevano ancora adeguata copertura nel finanziamento regionale.

Merita una puntuale considerazione l'avvenuta erogazione dei saldi di mobilità internazionale periodo 2013/2017 (che per espressa disposizione regionale è stata contabilizzata in competenza 2018) che con un saldo positivo di € 2.563.889 ha portato un evidente vantaggio alle risultanze finali del bilancio. Ciò ha compensato indirettamente, la maggiore fuga regionale per prestazioni ambulatoriali verso il Cro di Aviano, rilevata a consuntivo rispetto al preventivo 2018.

Infine l'avvenuta integrazione di finanziamento di cui alla DGR 2165/23.11.18 riportava in sostanziale equilibrio il bilancio dell'Azienda.

## Valore della Produzione

Le principali variazioni del Valore della produzione corrispondono alle variazioni sui contributi d'esercizio, disposte con Delibera di Giunta Regionale n.2165/2018 e sue modifiche ed integrazioni; esse riguardano l'integrazione di € 5.164.948 a copertura del saldo di mobilità extraregionale del 2018 su matrice 2016, e compensa integralmente i valori di attività extraregionale iscritti a preventivo rispetto ai dati censiti a consuntivo.

La variazione in aumento di € 3.759.871 integra direttamente il contributo pro-capite iniziale 2018, a seguito delle risultanze del 2° rendiconto, a ristoro dei costi per accordi e rinnovi contrattuali e contestuale obbligatoria iscrizione dell'accantonamento per il rinnovo del CCNL dirigenza.

I ricavi propri si attestano al di sopra dei valori di previsione, specialmente per effetto delle maggiori prestazioni rese e fatturate a pazienti statunitensi e per ulteriori quote di rimborso del prezzo dei farmaci ad alto costo per la regola del pay back.

## Costi della Produzione

I costi per l'acquisto di medicinali risentono positivamente della stabilizzazione dei prezzi dei farmaci antiepatite, unitamente alla contabilizzazione sullo stesso conto delle note di accredito, come da indicazioni ministeriali. A ciò si aggiunge il trend in diminuzione dei consumi di farmaci in DPC e del miglioramento del paziente emofilico grave e del suo diverso trattamento terapeutico.

I costi di acquisto dei Dispositivi medici si attestano al di sopra del valore del vincolo operativo, esplicitato in meno 3% rispetto al consuntivo 2017 e quindi particolarmente sfidante in termini economici complessivi.

In linea anche i costi per vaccini, che sono risultati infine leggermente inferiori all'esercizio precedente.

La spesa per la farmaceutica convenzionata, per il 2° anno consecutivo ha registrato un andamento virtuoso, rimanendo ben al di sotto del valore del vincolo operativo e del finanziamento del LEA corrispondente.

L'aumento dei costi sui servizi sanitari da privato derivano dalle proroghe delle esternalizzazioni del servizio di emergenza presso i punti di primo intervento e del fast track ortopedico, oltreché al maggiore ricorso, rispetto alle previsioni formulate ad inizio 2018, al lavoro interinale, sia per l'area sanitaria che non sanitaria. Si ribadisce che il ricorso a queste esternalizzazioni si è reso necessario per garantire i relativi servizi nei Presidi ospedalieri e fronteggiare la carenza di personale da assumere.

I principali servizi appaltati non sanitari si sono mantenuti perfettamente in linea con il budget 2018;

Le manutenzioni sono rispettose del vincolo, in aumento quelle sulle attrezzature scientifiche, ove il global service comprende anche i costi per i materiali consumabili.

Contenuti i costi delle utenze, all'interno delle quali si rileva il minore costo registrato a consuntivo per l'utenza del gas.

Rimborsi e Contributi: la differenza migliorativa rispetto al consuntivo 2017 deriva dal fatto che ivi era stato regolato direttamente fra le due aziende, il passaggio delle funzioni di oncologia e cardiologia con il CRO.

Costi del Personale: La chiusura della gestione 2018 con un risultato positivo ha consentito l'iscrizione a bilancio della quota integrativa ai fondi di produttività e risultato, prevista dalla vigente disciplina contrattuale; nella misura massima dell'1% del monte salari.

Tutti gli accantonamenti per competenze e oneri maturati a favore del personale dipendente e convenzionato e non pagati alla data del 31.12.2018 sono stati calcolati e registrati a bilancio tra i debiti verso personale.

Si precisa che l'incremento dei costi del personale nel 2018 rispetto al 2017 è sostanzialmente imputabile al costo del CCNL del personale comparto, considerato che la manovra del personale ipotizzata a preventivo ha avuto solo una minima attuazione con immissione in servizio di 20 unità del comparto rispetto alle 180 unità previste. Pertanto, rispetto alla spesa stimata per il personale dipendente nel bilancio preventivo, si registra a consuntivo una minore spesa di circa € 1.000.000.



Mobilità extraregionale privati accreditati: il costo è iscritto come da fatture ricevute nell'esercizio 2018 per ricoveri e specialistica ambulatoriale. Nonostante l'adeguamento del valore del ricavo per la mobilità extraregionale privati, come riportano le tabelle per la redazione del bilancio consuntivo, i costi fatturati rimangono di molto superiori rispetto al totale dei ricavi riconosciuti.

Le componenti straordinarie attive derivano principalmente da regolazioni economiche per l'acquisizione di beni e servizi, ivi compresa la definizione di poste in contestazione con il factor (cessionario dei crediti).

Tra le sopravvenienze passive sono iscritti i costi dell'accordo dei Medici di medicina generale e dei Pediatri di Libera scelta, per le annualità pregresse 2010-2017. Le altre sopravvenienze passive si riferiscono all'acquisizione di beni e servizi.

### **Situazione Patrimoniale**

Dal confronto della situazione patrimoniale al 31 dicembre 2018 rispetto al 31 dicembre 2017 si rileva l'aumento complessivo delle attività e delle passività di € 7.699.353 pari a + 2,04 %.

Gli incrementi sono riferiti alle immobilizzazioni materiali "in corso", cioè alle opere di edificazione del nuovo ospedale di Pordenone, con incrementi che compensano ampiamente il decremento sulle altre immobilizzazioni materiali, su cui incide l'ammortamento annuale;

inoltre aumentano i crediti verso Regione per investimenti (quote assegnate e non riscosse).

Le disponibilità liquide al 31 dicembre rimangono sempre molto elevate, sia pur lievemente in calo sul corrispondente valore al 31 dicembre 2017: la regolare erogazione da parte della regione delle quote mensili e il buon livello di riscossione dei crediti di parte corrente ante 2018, favoriscono e consentono all'Azienda una regolare gestione dei pagamenti ai fornitori, con eccellenti indicatori di tempestività dei pagamenti, misurati sia trimestralmente sia a fine anno.

La consistenza dei fondi per rischi e oneri rimane del tutto simile a quella del 2017.

### **Spending review**

Come previsto dal D.L. 6 luglio 2012, n. 95 e dalla relativa legge di conversione del 7 agosto 2012 n. 135 le competenti strutture aziendali hanno proceduto per quanto possibile all'acquisizione di beni e servizi mediante convenzioni stipulate da Consip S.p.A. o dalle centrali di committenza regionali e in particolare EGAS.

Successivamente la Giunta regionale con deliberazione n. 1813 del 18.9.2015 ha approvato gli interventi e le indicazioni operative per gli Enti del SSR per l'applicazione della Legge 125/2015. In particolare sono state individuate alcune azioni di riorganizzazione dell'attività degli enti del servizio sanitario che, per quanto di competenza di questa Azienda, hanno riguardato:

- Riduzione delle giornate di degenza e riduzione delle prestazioni inappropriate;
- Riorganizzazione dei laboratori di analisi e del servizio immunotrasfusionale;

Inoltre, in relazione a quanto disposto dall'art. 9-ter "Razionalizzazione della spesa per beni e servizi, dispositivi medici e farmaci" comma 1 lettera a), ed alla rinegoziazione dei contratti in essere, la Giunta ha dato mandato alle aziende del Servizio sanitario regionale e all'Ente per la gestione dei servizi condivisi (EGAS) di procedere alla rinegoziazione dei contratti in essere, per quanto di propria competenza, dando priorità alla rinegoziazione dei beni oggetto dei contratti e con riferimento alla rinegoziazione dei servizi di salvaguardare il livello qualitativo delle prestazioni rese dai fornitori. Con decreto n. 862/SPS del 21.10.2015 la Direzione centrale Salute, integrazione socio sanitaria, politiche sociali e famiglia, in relazione all'art. 9-ter, ha successivamente decretato indicazioni operative, individuando il valore dei contratti per i quali si doveva procedere alla rinegoziazione. L'andamento della spesa nel periodo considerato è riportata nei bilanci di esercizio.

Per quanto riguarda i contratti è stata avviata nel 2015 la rinegoziazione di 48 contratti in essere stipulati dall'Azienda, cui vanno aggiunte le rinegoziazioni di Egas.

La rinegoziazione, tenuto conto della specificità dei contratti ha portato a risultati diversificati a seconda delle condizioni di fornitura e della necessità di salvaguardare comunque la qualità dei servizi erogati. Va tenuto conto

inoltre della scadenza dei contratti aziendali in essere al momento della rinegoziazione, che fatti salvi pochi casi, sono naturalmente spirati entro il 2016.

Delle finalità della spendig review si è tenuto conto nell'avvio delle nuove procedure di gara e nei contratti stipulati successivamente.

Va precisato che con delibera di Giunta Regionale n. 121 del 27.01.2017 è stata esclusa dalla programmazione dei soggetti aggregatori regionali per il biennio 2017/2018 la centralizzazione delle gare relative ai servizi manutentivi di immobili ed impianti in sanità di cui al DPCM 24.12.2015

Nei casi in cui la convenzione non era disponibile e nelle materie espressamente sottratte alla centralizzazione per decisione delle centrali di committenza regionali, sono state esperite autonome procedure di acquisto dirette alla stipula di contratti aventi durata e misura strettamente necessaria e sottoposti a condizione risolutiva nel caso di disponibilità delle suddette convenzioni.

Le procedure di acquisizione sono state esperite utilizzando ove possibile il MePA e dal 2018 tramite la piattaforma EAppalti del FVG.

Le trattative sono state condotte mantenendo adeguati livelli qualitativi e prestazionali e senza incrementi di costi rispetto alla spesa storica, in linea con i vincoli imposti dalla Regione di contenimento della spesa complessiva.

Per quanto riguarda il 2018 e con riferimento al rispetto dei vincoli operativi previsti dalla DGR n. 185 del 02.02.2018 e successiva n. 725/2018 si riassumono i seguenti risultati:

	<b>STANDARD</b>	<b>VALORE</b>	<b>PRO CAPITE 2018</b>	<b>Δ rispetto allo standard</b>	<b>Δ% rispetto allo standard</b>
FARMACEUTICA DIRETTA TERRITORIALE	61,00 € procapite	22.311.942	66,51	5,51	9,00%
FARMACEUTICA TERRITORIALE (DPC) al netto paziente emofilico grave	28,50 € procapite	9.689.615	28,88	0,38	1,30%
FARMACEUTICA TERRITORIALE (CONVENZIONATA)	125,00 € procapite	39.421.862	117,51	-7,49	-6,00%
FARMACEUTICA OSPEDALIERA	AAS5: -2,0% valore 2017 (10.679.524)	10.404.359	-	-275.165	-2,60%
DISPOSITIVI MEDICI	-3,0% valore 2017 (€31.591.511)	32.670.120	-	1.078.609	3,41%
PRESTAZIONI AMBULATORIALI	<= 3,4 pro capite	2,92	-		
TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE	<=122,5	123,27	-	0,77	0,6%
MANUTENZIONE ORDINARI EDILI IMPIANTISTICHE	<= valore 2015 (€ 4.192.702)	4.136.704		-55.998	-1,33

## D) L'attività del periodo

### D1) Assistenza ospedaliera

#### a) Dati di attività

DOTAZIONE DEI POSTI LETTO	Posti letto al 31/12/2018		
	Ordinari	D.H.	Totale
Presidio Ospedaliero Santa Maria degli Angeli			
Cardiologia	32	2	34
Gastroenterologia	4	1	5
Medicina interna PN	98	7	105
Degenza breve internistica	5	0	5
Nefrologia e dialisi	11	2	13
Neurologia	31	2	33
Pneumologia	25	2	27
Psichiatria	15	0	15
<b>TOTALE</b>	<b>221</b>	<b>16</b>	<b>237</b>
<b>DGR 2673/ 2014</b>	<b>230</b>	<b>16</b>	<b>246</b>
Medicina d'urgenza	8	0	8
<b>DGR 2673/ 2014</b>	<b>10</b>		<b>10</b>
Riabilitazione	15	0	15
<b>DGR 2673/ 2014</b>	<b>36</b>	<b>4</b>	<b>40</b>
Ostetricia e ginecologia	40	3	43
Pediatria	10	3	13
<b>TOTALE</b>	<b>50</b>	<b>6</b>	<b>56</b>
<b>DGR 2673/ 2014</b>	<b>50</b>	<b>6</b>	<b>56</b>
	Posti letto al 31/12/2018		
Presidio Ospedaliero Santa Maria degli Angeli	Ordinari	D.H.	Totale
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
<b>DGR 2673/ 2014</b>	<b>130</b>	<b>16</b>	<b>146</b>
Anestesia e rianimazione	10	0	10
<b>DGR 2673/ 2014</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>10</b>
<b>TOTALE Presidio</b>	<b>434</b>	<b>37</b>	<b>471</b>
<b>DGR 2673/ 2014</b>	<b>466</b>	<b>42</b>	<b>508</b>

Presidio Ospedaliero di San Vito e Spilimbergo	Posti letto al 31/12/2018		
	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
<b>DGR 2673/ 2014</b>	<b>66</b>	<b>8</b>	<b>74</b>
Medicina interna San Vito	46	2	48
Post Acuti San Vito	6	0	6
Medicina interna Spilimbergo	34	1	35
TOTALE	86	3	89
<b>DGR 2673/ 2014</b>	<b>90</b>	<b>8</b>	<b>98</b>
Med. d'urgenza SV	0	0	0
<b>DGR 2673/ 2014</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>4</b>
Ostetricia e ginecologia San Vito	22	4	26
Pediatria San Vito	6	2	8
TOTALE	28	6	34
<b>DGR 2673/ 2014</b>	<b>28</b>	<b>4</b>	<b>32</b>
Anestesia e rianimazione San Vito	5	0	5
<b>DGR 2673/ 2014</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>4</b>
Riabilitazione Spilimbergo	4	0	4
Riabilitazione San Vito			
TOTALE	4	0	4
<b>DGR 2673/ 2014</b>	<b>24</b>	<b>4</b>	<b>28</b>

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
01/01/2018	434	37	471
31/12/2018	434	37	471
Variazione	0	0	0

Presidio Ospedaliero di San Vito e Spilimbergo	Ordinari	Day Hospital	TOTALE
01/01/2018	207	18	225
31/12/2018	207	18	225
Variazione	0	0	0

### Indicatori

Presidio ospedaliero di Pordenone	Ordinari	Day Hospital
Ricoveri	20614	2476
GG degenza	128973	8197
degenza media	6,5	3,3
Tasso occupazione	82,4	73

Presidio Ospedaliero di San Vito e Spilimbergo	Ordinari	Day Hospital
Ricoveri	9936	1887
GG degenza	51886	2499
degenza media	5,7	1,8
Tasso occupazione	71,2	62,3

## I primi 10 DRG – Presidio Ospedaliero di Pordenone

DRG	Descrizione DRG	dimessi
391	NEONATO NORMALE	986
127	INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	785
373	PARTO VAGINALE SENZA DIAGNOSI COMPLICANTI	715
087	EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	655
229	INTERVENTI SU MANO O POLSO ECCETTO INTERVENTI MAGGIORI SULLE ARTICOLAZIONI, SENZA CC	505
125	MALATTIE CARDIOVASCOLARI ECCETTO INFARTO MIOCARDICO ACUTO, CON CATETERISMO CARDIACO E DIAGNOSI NON COMPLICATA	480
042	INTERVENTI SULLE STRUTTURE INTRAOCULARI ECCETTO RETINA, IRIDE E CRISTALLINO	430
576	SETTICEMIA SENZA VENTILAZIONE MECCANICA = 96 ORE, ETÀ > 17 ANNI	392
014	EMORRAGIA INTRACRANICA O INFARTO CEREBRALE	385
359	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI SENZA CC	356

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

DRG	Descrizione DRG	dimessi
391	NEONATO NORMALE	631
503	INTERVENTI SUL GINOCCHIO SENZA DIAGNOSI PRINCIPALE DI INFEZIONE	536
373	PARTO VAGINALE SENZA DIAGNOSI COMPLICANTI	531
127	INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	420
162	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETÀ > 17 ANNI SENZA CC	401
544	SOSTITUZIONE DI ARTICOLAZIONI MAGGIORI O REIMPIANTO DEGLI ARTI INFERIORI	385
227	INTERVENTI SUI TESSUTI MOLLI SENZA CC	366
087	EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	358
158	INTERVENTI SU ANO E STOMA SENZA CC	350
359	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI SENZA CC	226

**Attività di ricovero**

Dipart.	Reparto e sede	Ricoveri 2017			Ricoveri 2018			Scost.
		Ordinari	D. H.	TOT	Ordinari	D. H.	TOT	
<i>Chirurgia generale</i>	Chirurgia PN	2006	12	2018	1485	3	1488	-26%
	Chirurgia SV	916	349	1265	980	452	1432	13%
	Chirurgia SP	1096	141	1237	1315	84	1399	13%
	Chirurgia Vascolare	78	0		351	20	371	
	Gastroenterologia	115	77	192	268	88	356	
	Urologia	1357	37	1394	1305	14	1319	-5%
<i>Chirurgia specialistica</i>	Chirurgia Maxillo-facciale	153	93	246	149	74	223	-9%
	Oculistica	625	461	1086	543	412	955	-12%
	Otorinolaringoiatria PN	794	137	931	781	119	900	-3%
	Otorinolaringoiatria SV	357	52	409	420	58	478	17%
<i>Ortopedico Traumatologico e Riabilitativo</i>	Ortopedia e Traumatologia PN	1147	53	1200	1106	79	1185	-1%
	Ortopedia SP	736	380	1116	995	53	1048	-6%
	Ortopedia SV	807	239	1046	829	210	1039	-1%
	Chir. della mano	762	291	1053	745	317	1062	1%
	Riabilitazione SP	62	0	62	68	0	68	10%
<i>Materno Infantile</i>	Ostetricia e Gin. PN	1731	352	2083	1850	324	2174	4%
	Ostetricia e Gin. SV	1120	339	1459	1192	344	1536	5%
	Pediatria PN	993	247	1240	1019	302	1321	7%
	Nido PN	929	0	929	1004	0	1004	8%
	Pediatria SV	406	167	573	360	161	521	-9%
	Nido SV	801	0	801	759	0	759	-5%
<i>Emerg.</i>	Medicina d'Urg.	868	0	868	920	0	920	6%
	Anestesia Rian. 1 PN	260	0	260	259	0	259	0%
	Anestesia Rian. SV	185	0	185	209	0	209	13%
<i>Fisiop. Cardio cerebro vasc.</i>	Cardiologia PN	2212	360	2572	2209	370	2579	0%
	Neurologia	631	52	683	574	52	626	-8%
	Stroke Unit	369	0	369	330	0	330	-11%
	Riabilitazione PN	56	0	56	54	0	54	-4%
<i>Medicina interna e spec.</i>	Medicina interna PN	4455	143	4598	4382	171	4553	-1%
	Medicina interna SV	1346	40	1386	1462	36	1498	8%
	Medicina interna SP	1282	6	1288	1347	4	1351	5%
	Nefrologia e Dialisi	322	60	382	304	47	351	-8%

	Pneumologia	625	58	683	618	84	702	3%
	Serv. Psichiatrico Diag. e Cura	383	0	383	364	0	364	-5%
<b>TOTALE AAS5</b>		<b>29.985</b>	<b>4.146</b>	<b>34.131</b>	<b>30.556</b>	<b>3.878</b>	<b>34.434</b>	<b>1%</b>

### Attività ambulatoriale per presidio ospedaliero

11_Struttura_erogante	30_des.Branca_mef_1	2017	2018
117510 - OSP. PORDENONE	ALTRE PRESTAZIONI	50471	59095
117510 - OSP. PORDENONE	ANESTESIA	6343	7349
117510 - OSP. PORDENONE	CARDIOLOGIA	24700	27265
117510 - OSP. PORDENONE	CHIRURGIA GENERALE	8940	9004
117510 - OSP. PORDENONE	CHIRURGIA PLASTICA	2332	2457
117510 - OSP. PORDENONE	CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	1477	1706
117510 - OSP. PORDENONE	DERMOSIFILOPATIA	27308	29304
117510 - OSP. PORDENONE	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: MEDI	1485	1382
117510 - OSP. PORDENONE	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADI	43074	45589
117510 - OSP. PORDENONE	ENDOCRINOLOGIA	16577	17078
117510 - OSP. PORDENONE	GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA	19185	19996
117510 - OSP. PORDENONE	LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE	1880196	1934668
117510 - OSP. PORDENONE	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	32561	32867
117510 - OSP. PORDENONE	NEFROLOGIA	25210	26088
117510 - OSP. PORDENONE	NEUROCHIRURGIA	2293	2430
117510 - OSP. PORDENONE	NEUROLOGIA	25028	26010
117510 - OSP. PORDENONE	OCULISTICA	23299	21269
117510 - OSP. PORDENONE	ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIRURGIA	5650	5529
117510 - OSP. PORDENONE	ONCOLOGIA	5728	4521
117510 - OSP. PORDENONE	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	17842	17533
117510 - OSP. PORDENONE	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	12469	12318
117510 - OSP. PORDENONE	OTORINOLARINGOIATRIA	18090	20179
117510 - OSP. PORDENONE	PNEUMOLOGIA	14273	13525
117510 - OSP. PORDENONE	PSICHIATRIA	822	1335
117510 - OSP. PORDENONE	UROLOGIA	9342	9201



11_Struttura_erogante	30_des.Branca_mef_1	2017	2018
120610 - OSP. SAN VITO	ALTRE PRESTAZIONI	17737	19282
120610 - OSP. SAN VITO	ANESTESIA	874	1280
120610 - OSP. SAN VITO	CARDIOLOGIA	18436	19251
120610 - OSP. SAN VITO	CHIRURGIA GENERALE	2946	2579
120610 - OSP. SAN VITO	CHIRURGIA PLASTICA	1034	987
120610 - OSP. SAN VITO	CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	21	16
120610 - OSP. SAN VITO	DERMOSIFILOPATIA	1004	1074
120610 - OSP. SAN VITO	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADI	26462	27272
120610 - OSP. SAN VITO	ENDOCRINOLOGIA	2499	3118
120610 - OSP. SAN VITO	GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA	5769	5312
120610 - OSP. SAN VITO	LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE	431869	465172
120610 - OSP. SAN VITO	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	15064	14032
120610 - OSP. SAN VITO	NEFROLOGIA	6068	6116
120610 - OSP. SAN VITO	NEUROCHIRURGIA	278	301
120610 - OSP. SAN VITO	NEUROLOGIA	1089	998
120610 - OSP. SAN VITO	OCULISTICA	744	655
120610 - OSP. SAN VITO	ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIRURGIA	31	24
120610 - OSP. SAN VITO	ONCOLOGIA	926	962
120610 - OSP. SAN VITO	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	9178	8001
120610 - OSP. SAN VITO	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	6332	6210
120610 - OSP. SAN VITO	OTORINOLARINGOIATRIA	9899	10102
120610 - OSP. SAN VITO	PNEUMOLOGIA	2601	2211
120610 - OSP. SAN VITO	UROLOGIA	1547	1662

11_Struttura_erogante	30_des.Branca_mef_1	2017	2018
124110 - AMB. SPILIMBERGO	ALTRE PRESTAZIONI	7.892	7.461
124110 - AMB. SPILIMBERGO	DERMOSIFILOPATIA	1.556	1.341
124110 - AMB. SPILIMBERGO	OCULISTICA	1	
124110 - AMB. SPILIMBERGO	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADI	17.196	15.607
124110 - AMB. SPILIMBERGO	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	5.439	5.731
124110 - AMB. SPILIMBERGO	PNEUMOLOGIA	1.690	1.402
124110 - AMB. SPILIMBERGO	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	28	124
124110 - AMB. SPILIMBERGO	LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE	242.901	220.865
124110 - AMB. SPILIMBERGO	ONCOLOGIA	617	491
124110 - AMB. SPILIMBERGO	ANESTESIA	363	377
124110 - AMB. SPILIMBERGO	CHIRURGIA GENERALE	907	741
124110 - AMB. SPILIMBERGO	CARDIOLOGIA	5.872	5.470
124110 - AMB. SPILIMBERGO	CHIRURGIA PLASTICA	176	67
124110 - AMB. SPILIMBERGO	NEFROLOGIA	3.875	3.244
124110 - AMB. SPILIMBERGO	ENDOCRINOLOGIA	2.268	1.953
124110 - AMB. SPILIMBERGO	NEUROLOGIA	2	254
124110 - AMB. SPILIMBERGO	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIO	8.773	9.720
124110 - AMB. SPILIMBERGO	UROLOGIA	2	466
124110 - AMB. SPILIMBERGO	CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	100	40
124110 - AMB. SPILIMBERGO	GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA	3.879	3.382
124110 - AMB. SPILIMBERGO	NEUROCHIRURGIA	187	147
124110 - AMB. SPILIMBERGO	GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA	271	239
124110 - AMB. SPILIMBERGO	LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE	3.745	3.664
124110 - AMB. SPILIMBERGO	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE		84

Attività Pronto soccorso

Accessi di Pronto soccorso: anno 2017	PRIORITA' IN INGRESSO					TOTALE ACCESSI
	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
<b>TOTALE</b>	<b>28.901</b>	<b>54.686</b>	<b>17.785</b>	<b>1.513</b>	<b>3</b>	<b>102.888</b>

Accessi di Pronto soccorso: anno 2018	PRIORITA' IN INGRESSO					TOTALE ACCESSI
	1.BIANCO	2.VERDE	3.GIALLO	4.ROSSO	7.BLU e NERO	
P.S. Pediatrico	2.730	13.558	1.352	38	0	17.678
P.S. Pordenone	12.653	26.166	12.561	1.219	2	52.601
P.S. San Vito	8.187	12.465	3.398	154	0	24.204
P.S. Spilimbergo	5.254	4.772	1.609	133	3	11.771
<b>TOTALE</b>	<b>28.824</b>	<b>56.961</b>	<b>18.920</b>	<b>1.544</b>	<b>5</b>	<b>106.254</b>

Accessi di Punti di Primo Intervento dell'AAS5

Accessi Ai Punti di primo intervento anno 2017	PRIORITA' IN INGRESSO					TOTALE ACCESSI
	1.BIANCO	2.VERDE	3.GIALLO	4.ROSSO	7.BLU e NERO	
P.P.I. Maniago	2.200	844	196	11	0	3.251
P.P.I. Sacile	3.842	2.752	690	38	0	7.322
<b>TOTALE</b>	<b>6.042</b>	<b>3.596</b>	<b>886</b>	<b>49</b>	<b>0</b>	<b>10.573</b>

Accessi Ai Punti di primo intervento anno 2018	PRIORITA' IN INGRESSO					TOTALE ACCESSI
	1.BIANCO	2.VERDE	3.GIALLO	4.ROSSO	7.BLU e NERO	
P.P.I. Maniago	2.265	823	173	8	0	3.269
P.P.I. Sacile	4.366	2.692	686	32	0	7.776
<b>TOTALE</b>	<b>6.631</b>	<b>3.515</b>	<b>859</b>	<b>40</b>	<b>0</b>	<b>11.045</b>

a) **Obiettivi di Attività dell'esercizio 2018 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"**

Linea progettuale	obiettivo	risultato atteso	Standard Obiettivo	31/12/2017	31/12/2018
Linea 3.6.1. Insufficienze d'organo e trapianti	Cuore	Mantenimento del tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti di 50-74 anni	< 200	187	<b>206</b>
Linea 3.6.1. 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)	<53%	42,2%	45,2%
Linea 3.6.1. Insufficienze d'organo e trapianti	Pancreas	Riduzione del tasso di amputazioni maggiori per diabete, portandolo al di sotto di 53 casi per milione di residenti	<28 per 1000000 di residenti	29.9	10
Linea 3.6.1. Insufficienze d'organo e trapianti	Polmone	Mantenimento del tasso di ospedalizzazione per BPCO (valore di riferimento anno 2014 =33,84)	<52 per 100000 residenti di 50-74 anni	39,5	44.8
Linea 3.6.2. 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	65	84	79
Linea 3.6.2. Emergenza urgenza	Trauma	Trattamento della Frattura di femore entro 48H in almeno il 70% (hub) o 80% (spoke) dei casi trattati dal presidio ospedaliero	almeno 70% (hub) 80% (spoke) indicatore PNE	Pordenone = 76,9% San Vito/Spilimbergo = 63%	Pordenone = 77,8% San Vito/Spilimbergo = 70%
Linea 3.6.2. Emergenza urgenza	Pronto soccorso ed emergenza urgenza	Aumento della percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde	almeno 65% (hub) 80% (spoke) indicatore Bersaglio	Pordenone = 57,6% San Vito/Spilimbergo = 75,6%	Pordenone = 47,8% San Vito/Spilimbergo = 66,3%

Linea 3.6.2. Emergenza urgenza	Pronto soccorso ed emergenza urgenza	Aumento della percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore	superiori all'85% (spoke) e 75% (hub) indicatore Bersaglio	Pordenone = 80,6% San Vito/Spilimbergo = 69,5%	Pordenone = 79,6% San Vito/Spilimbergo = 69,7%
Linea 3.6.4. Materno- infantile	Materno- infantile	Mantenimento della percentuale dei parti cesarei al di sotto del 20% dei parti totali	<20% indicatore Bersaglio	15,9%	15,5%
Linea 3.6.4. Materno- infantile	Materno- infantile	Riduzione dei parti indotti farmacologicamente al di sotto del 20%	<20% indicatore Bersaglio	23,5%	23,7%
Linea 3.6.5 Sangue ed emocomponenti	Proseguire l'attività trasfusionale extra- ospedaliera, in RSA, nelle Residenze per anziani non autosufficienti e a domicilio per i pazienti allettati	almeno l'80% degli ospiti dell'hospice di San Vito e dell'Ospedale di prossimità di Maniago che necessitano di una trasfusione è stato trasfuso nella propria struttura di residenza e non ha effettuato accessi ospedalieri per la sola terapia trasfusionale			Le strutture dell'AAS5 assicurano le prestazioni trasfusionali senza trasferimento dei pazienti.
Linea 3.6.6. Erogazione livelli di assistenza	Livelli di assistenza	Riduzione del tasso di ospedalizzazione al 122,5 x mille	<122.5 x 1000		123,27x 1000
Linea 3.6.6. Erogazione livelli di assistenza	Livelli di assistenza	Monitoraggio sistematico del ricorso al day hospital in ottemperanza agli indicatori regionali	< 30% adulti < 50% pediatrici	adulti = 18.8% pediatrici=65.9%	adulti = 18,9% pediatrici=59,9%
Linea 3.6.6. Erogazione livelli di assistenza	Livelli di assistenza	Mantenimento della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni	< 4%	0,94%	1.16%

## D2) Assistenza territoriale

### b) Confronto dati di attività 2017-2018

#### Posti letto territorio

posti letto territorio	Posti letto al 01/01/2018	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	
<b>totale RSA e strutture intermedie</b>	<b>179</b>	<b>223</b>
Hospice San Vito	10	
<b>totale Hospice</b>	<b>22</b>	<b>20</b>
CSM H 24	22	31
alcoologia	0	6
SUAP	0	14

#### SERVIZIO INFERMIERISTICO DOMICILIARE

#### SERVIZIO INFERMIERISTICO DOMICILIARE - 01.01.2018 - 31.12.2018

Dati regionali (fonte dati: SISSR in data 17/03/2019) - COPERTURA ASSISTENZIALE >64 ANNI

Numero utenti (domiciliari con e senza piano assistenziale)

Azienda di erogazione	2017	2018	Diff %	Copertura assistenziale			
				2017 (>64°)	2018 (>64a.)	2017%	2018%
AAS 5 FRIULI OCCIDENTALE	8.416	8.513	1,2	7.683	7.792	10,4	10,6
[Regione FVG]	36.493	37.278	2,2	32.743	33.452	10,4	10,6

Numero accessi

Azienda di erogazione	2017	2018	Diff %
AAS 5 FRIULI OCCIDENTALE	125.663	127.889	1,8
[Regione FVG]	580.256	600.454	3,5

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

Azienda di erogazione	UTENTI		copert assist > 64a. %		ACCESSI	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018
AAS 5 FRIULI OCCIDENTALE	3.436	3.674	4,3	4,6	90.724	94.381
<b>[Regione FVG]</b>	<b>18.415</b>	<b>18.709</b>	<b>5,3</b>	<b>5,4</b>	<b>472.514</b>	<b>494.121</b>

Complessivamente il numero di utenti e di accessi risultano in aumento.

Risulta in aumento anche il numero degli utenti seguiti con piano assistenziale. In aumento è anche la copertura assistenziale degli anziani.

Nelle tabelle successive si riportano i dati per distretto.

**Dati aziendali (fonte dati: SISSR in data 17/03/2019) - COPERTURA ASSISTENZIALE >64 e >74**
**Numero utenti totali**

Distretto di erogazione	2017	2018	Diff %	Copertura assistenziale			
				2017 (>64a.)	2018 (>64a.)	2017%	2018%
Distretto del Tagliamento	1.336	1.334	-0,1	1.242	1.242	13,2	13,2
Distretto delle Dolomiti	1.609	1.608	-0,1	1.433	1.457	10,6	10,8
Distretto del Livenza	1.470	1.519	3,3	1.353	1.397	9,5	9,8
Distretto del Sile	1.794	1.834	2,2	1.621	1.653	12,6	12,9
Distretto del Noncello	2.219	2.226	0,3	2.045	2.050	8,7	8,7
<b>AAS 5 FRIULI OCCIDENTALE</b>	<b>8.416</b>	<b>8.513</b>	<b>1,2</b>	<b>7.683</b>	<b>7.792</b>	<b>10,4</b>	<b>10,6</b>

Distretto di erogazione	Copertura assistenziale			
	2017 (>74a.)	2018 (>74a.)	2017%	2018%
Distretto del Tagliamento	1.084	1.084	22,6	22,6
Distretto delle Dolomiti	1.225	1.246	18,2	18,5
Distretto del Livenza	1.189	1.228	16,1	16,6
Distretto del Sile	1.377	1.404	21,8	22,2
Distretto del Noncello	1.816	1.820	14,9	14,9
<b>AAS 5 FRIULI OCCIDENTALE</b>	<b>6.682</b>	<b>6.777</b>	<b>17,8</b>	<b>18,1</b>

## Numero accessi

Distretto di erogazione	2017	2018	Diff %
Distretto del Tagliamento	20.041	19.860	-0,9
Distretto delle Dolomiti	32.150	31.009	-3,5
Distretto del Livenza	21.669	22.621	4,4
Distretto del Sile	25.042	25.553	2
Distretto del Noncello	26.761	28.846	7,8
<b>AAS 5 FRIULI OCCIDENTALE</b>	<b>125.663</b>	<b>127.889</b>	<b>1,8</b>

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

Distretto di erogazione	UTENTI		copert assist > 64a. %		copert assist > 74a. %		ACCESSI	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
Distretto del Tagliamento	404	448	3,9	4,4	6,4	7,2	12.349	12.903
Distretto delle Dolomiti	878	957	5,9	6,5	10,1	11,3	25.979	27.402
Distretto del Livenza	619	627	4	4	6,6	6,8	15.632	16.771
Distretto del Sile	656	765	4,6	5,4	8,1	9,5	18.302	18.168
Distretto del Noncello	881	879	3,5	3,4	5,9	5,8	18.462	19.137
<b>AAS 5 FRIULI OCCIDENTALE</b>	<b>3.436</b>	<b>3.674</b>	<b>4,3</b>	<b>4,6</b>	<b>7,2</b>	<b>7,8</b>	<b>90.724</b>	<b>94.381</b>

Il dato relativo alla copertura, in particolare per gli utenti anziani con piano assistenziale è in aumento, così come sono in aumento gli accessi.

## SERVIZIO RIABILITATIVO DOMICILIARE - 01.01.2018 - 31.12.2018

Numero utenti (domiciliari con e senza piano assistenziale)

Azienda di erogazione	2017	2018	Diff %	Copertura assistenziale			
				2017 (>64a.)	2018 (>64a.)	2017%	2018%
AAS 5 FRIULI OCCIDENTALE	3.342	3.363	3.342	3.071	3.074	4,2	4,2
<b>[Regione FVG]</b>	<b>13.756</b>	<b>14.486</b>	<b>13.756</b>	<b>12.326</b>	<b>12.983</b>	<b>3,9</b>	<b>4,1</b>



Numero accessi

Azienda di erogazione	2017	2018	Diff %
AAS 5 FRIULI OCCIDENTALE	11.178	11.705	4,7
[Regione FVG]	51.566	53.081	2,9

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

Azienda di erogazione	UTENTI		copert assist > 64. %		ACCESSI	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018
AAS 5 FRIULI OCCIDENTALE	680	717	0,8	0,8	5.809	6.256
[Regione FVG]	3.984	3.999	1,1	1,1	33.201	32.483

Il dato relativo all'utenza è rimasto quasi costante nel complesso, sono invece aumentati gli utenti con piano assistenziale. Sono aumentati gli accessi sia complessivi che dell'utenza con piano assistenziale.

Dati aziendali (fonte dati: SISSR in data 17/03/2019) - COPERTURA ASSISTENZIALE >64a e >74a

Numero utenti

Distretto di erogazione	2017	2018	Diff %	Copertura assistenziale			
				2017 (>64a.)	2018 (>64a.)	2017%	2018%
Distretto del Tagliamento	471	485	3	433	449	4,6	4,8
Distretto delle Dolomiti	533	556	4,3	488	521	3,6	3,9
Distretto del Livenza	529	569	7,6	492	529	3,4	3,7
Distretto del Sile	596	613	2,9	532	534	4,1	4,2
Distretto del Noncello	1.215	1.144	-5,8	1.128	1.045	4,8	4,4
AAS 5 FRIULI OCCIDENTALE	3.342	3.363	3.342	3.071	3.074	4,2	4,2

Distretto di erogazione	Copertura assistenziale			
	2017 (75a.)	2018 (75a.)	2017%	2018%
Distretto del Tagliamento	384	398	8	8,3
Distretto delle Dolomiti	423	452	6,3	6,7
Distretto del Livenza	442	475	6	6,4
Distretto del Sile	451	453	7,1	7,2
Distretto del Noncello	1.009	935	8,3	7,7
AAS 5 FRIULI OCCIDENTALE	2.707	2.710	7,2	7,2

Numero accessi

Distretto di erogazione	2017	2018	Diff %
Distretto del Tagliamento	1.589	1.724	8,5
Distretto delle Dolomiti	2.218	2.473	11,5
Distretto del Livenza	1.370	1.385	1,1
Distretto del Sile	2.183	2.066	-5,4
Distretto del Noncello	3.818	4.057	6,3
<b>AAS 5 FRIULI OCCIDENTALE</b>	<b>11.178</b>	<b>11.705</b>	<b>4,7</b>

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

Distretto di erogazione	UTENTI		copert assist > 64a. %		copert assist > 74a. %		ACCESSI	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
Distretto del Tagliamento	124	138	1,2	1,3	2	2,1	739	882
Distretto delle Dolomiti	128	180	0,8	1,2	1,3	1,9	1.265	1.573
Distretto del Livenza	85	72	0,5	0,4	0,9	0,7	630	582
Distretto del Sile	94	84	0,6	0,5	0,9	0,7	1.112	973
Distretto del Noncello	250	244	0,9	0,9	1,6	1,5	2.063	2.246
<b>AAS 5 FRIULI OCCIDENTALE</b>	<b>680</b>	<b>717</b>	<b>0,8</b>	<b>0,8</b>	<b>1,3</b>	<b>1,3</b>	<b>5.809</b>	<b>6.256</b>

Per il servizio di riabilitazione il dato degli utenti in carico è costante come risulta costante la copertura assistenziale degli anziani. Aumenta invece l'utenza con piano assistenziale complessiva. Sono aumentati gli accessi.

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

Distretti	Residenti	assistiti over 64 anno		Indicatore	
		2017	2018	2017	2018
Distretto del Tagliamento	9.379	308	376	3,34%	4,01%
Distretto delle Dolomiti	13.499	610	676	4,58%	5,01%
Distretto del Livenza	14.311	498	570	3,51%	3,98%
Distretto del Sile	12.855	408	510	3,22%	3,97%
Distretto del Noncello	23.537	558	656	2,40%	2,79%
<b>AAS 5 FRIULI OCCIDENTALE</b>	<b>73.581</b>	<b>2.382</b>	<b>2.788</b>	<b>3,28%</b>	<b>3,79%</b>

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

#### RSA E OSPEDALE DI PROSSIMITA' (volumi/indicatori)

anno 2017	Pordenone	Azzano X	Ospedale di Prossimità	Roveredo	Sacile	S.I.P	San Vito	AAS5
P.L. medi nel periodo	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

anno 2018	Pordenone	Azzano X	Ospedale di Prossimità	Roveredo	Sacile	S.I.P.	San Vito	AAS5
P.L. medi nel periodo	18	25	30	24	28	28	26	179
Presenti inizio periodo	16	20	27	24	27	26	21	161
Ammessi	179	309	389	244	345	381	252	2.099
Dimessi	168	300	381	246	338	278	249	1.960
Deceduti	11	8	16	5	12	107	4	163
GG deg	5.748	7.474	8.336	7.507	9.323	8.542	7.209	54.139
Degenza media nell'anno	29,48	22,72	20,04	28,01	25,06	20,99	26,41	23,96
GG deg dimessi	5.602	7.310	8.454	7.678	9.282	8.753	7.328	54.407
Degenza media dei dimessi	31,30	23,73	21,29	30,59	26,52	22,74	28,96	25,63
Presenza media giornaliera	15,75	20,48	22,84	20,57	25,54	23,40	19,75	148,33
% occupazione media	87,49	81,91	76,13	85,70	91,22	83,58	75,96	82,86
Indice di turn-over	4,59	5,34	6,72	5,14	2,60	4,40	9,05	5,33
Indice di rotazione	9,94	12,36	12,97	10,17	12,32	13,61	9,69	11,73

Complessivamente nel 2018 su 179 posti letto la presenza media e il tasso di occupazione sono stati inferiori rispetto al 2017, da 153 persone mediamente presenti nel 2017 si è passati a 148, ma la degenza media dei ricoveri è aumentata da 24 a 26 giorni.

## Dati Hospice di San Vito

Hospice di San Vito	anno 2017	anno 2018
P.L. medi nel periodo	10	10
Presenti inizio periodo	7	6
Ammessi	287	232
Dimessi	88	67
Deceduti	200	165
GG deg	2.550	2.645
Degenza media nell'anno	8,67	11,11
GG deg dimessi	2.550	2.652
Degenza media dei dimessi	8,85	11,43
Presenza media giornaliera	6,99	7,25
% occupazione media	69,86	72,47
Indice di turn-over	3,83	4,33
Indice di rotazione	28,70	23,20

Presso l'Hospice di San Vito sono aumentati il tasso di occupazione e la degenza media

### Attività di specialistica ambulatoriale nel territorio

TIPO STRUTTURA	STRUTTURA EROGANTE	Branca	2017	2018		
DISTRETTI	DISTRETTO del Tagliamento	ALTRE PRESTAZIONI	33	8		
		DERMOSIFILOPATIA	2.581	2.210		
		OCULISTICA	9.464	7.393		
		OTORINOLARINGOIATRIA	46	28		
		DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADII	48	208		
		ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIRURGIA	1.222	1.849		
		ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	10	2		
		PNEUMOLOGIA	97	81		
		LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE	3			
		CHIRURGIA PLASTICA		2		
		<b>DISTRETTO del Tagliamento Totale</b>		<b>13.504</b>	<b>11.781</b>	
			<b>DISTRETTO delle Dolomiti</b>			
			<b>SEDE DI SPILIMBERGO</b>			
		ALTRE PRESTAZIONI	352	370		
		DERMOSIFILOPATIA	866	966		
		OCULISTICA	1.504	1.384		
		OTORINOLARINGOIATRIA	521	811		

	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADII	27	51
	ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIRURGIA	465	506
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	730	196
	PNEUMOLOGIA	90	279
	ANESTESIA	22	39
	CHIRURGIA GENERALE	77	54
	CHIRURGIA PLASTICA		2
	NEFROLOGIA	56	15
	UROLOGIA	1.372	846
	CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA		5
	LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE	4	
	<b>SEDE DI SPILIMBERGO Totale</b>	<b>6.086</b>	<b>5.524</b>
	<b>SEDE DI MANIAGO</b>		
	ALTRE PRESTAZIONI	5.491	5.476
	DERMOSIFILOPATIA	2.051	2.507
	OCULISTICA	967	454
	OTORINOLARINGOIATRIA	555	850
	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADII	1.931	1.813
	ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIRURGIA	468	650
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	506	564
	PNEUMOLOGIA	761	830
	LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE	8	3
	ONCOLOGIA	10	15
	ANESTESIA	4	4
	CHIRURGIA GENERALE	468	477
	CARDIOLOGIA	1.415	1.260
	CHIRURGIA PLASTICA	111	26
	NEFROLOGIA	3.868	3.702
	ENDOCRINOLOGIA	1.845	1.935
	NEUROLOGIA	353	322
	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIO	7.600	7.976
	UROLOGIA	468	476
	CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	2	6
	GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA	248	200
	<b>SEDE DI MANIAGO Totale</b>	<b>29.130</b>	<b>29.546</b>
	<b>DISTRETTO delle Dolomiti Totale</b>	<b>35.216</b>	<b>35.070</b>
	<b>DISTRETTO del Livenza</b>		
	<b>SEDE DI SACILE</b>		
	ALTRE PRESTAZIONI	5.491	5.476
	DERMOSIFILOPATIA	2.051	2.507
	OCULISTICA	967	454
	OTORINOLARINGOIATRIA	555	850
	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADII	1.931	1.813

		ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIRURGIA	468	650
		ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	506	564
		PNEUMOLOGIA	761	830
		LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE	8	3
		ONCOLOGIA	10	15
		ANESTESIA	4	4
		CHIRURGIA GENERALE	468	477
		CARDIOLOGIA	1.415	1.260
		CHIRURGIA PLASTICA	111	26
		NEFROLOGIA	3.868	3.702
		ENDOCRINOLOGIA	1.845	1.935
		NEUROLOGIA	353	322
		MEDICINA FISICA E RIABILITAZIO	7.600	7.976
		UROLOGIA	468	476
		CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	2	6
		GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA	248	200
		ALTRE PRESTAZIONI	5.491	5.476
		DERMOSIFILOPATIA	2.051	2.507
		OCULISTICA	967	454
	<b>SEDE DI SACILE Totale</b>		<b>76.687</b>	<b>80.396</b>
	<b>SEDE DI AVIANO</b>			
		ALTRE PRESTAZIONI	3	
		DERMOSIFILOPATIA	631	446
		OCULISTICA	1.418	1.473
		OTORINOLARINGOIATRIA	3	4
	<b>SEDE DI AVIANO Totale</b>		<b>2.055</b>	<b>1.923</b>
	<b>DISTRETTO del Livenza Totale</b>		<b>78.742</b>	<b>82.319</b>
	<b>DISTRETTO del Sile</b>			
	<b>SEDE DI AZZANO DECIMO</b>			
		ALTRE PRESTAZIONI	12	6
		DERMOSIFILOPATIA	2050	1955
		OCULISTICA	2432	2516
		OTORINOLARINGOIATRIA	12	3
		DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADI	128	62
		ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIRURGIA	1316	1375
		ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	88	104
		PNEUMOLOGIA	277	298
		LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE	2	
		CHIRURGIA PLASTICA	1	
		NEUROLOGIA	288	303
		MEDICINA FISICA E RIABILITAZIO	1917	2390
	<b>SEDE DI AZZANO DECIMO Totale</b>		<b>8.523</b>	<b>9.012</b>
	<b>SEDE DI PRATA DI PORDENONE</b>			
		ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIRURGIA	145	

	<b>SEDE DI PRATA DI PORDENONE Totale</b>		<b>145</b>	
	<b>DISTRETTO del Sile Totale</b>		<b>8.668</b>	<b>9.012</b>
	<b>DISTRETTO del Noncello</b>			
	<b>SEDE DI CORDENONS</b>			
		ALTRE PRESTAZIONI	3	5
		DERMOSIFILOPATIA	1.139	1.014
		OCULISTICA	2.094	2.138
		OTORINOLARINGOIATRIA	4	4
		DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADI	2	81
		ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIRURGIA	771	1.165
		ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	11	18
		PNEUMOLOGIA	234	240
		NEUROLOGIA	1.615	1.528
		MEDICINA FISICA E RIABILITAZIO		43
	<b>SEDE DI CORDENONS Totale</b>		<b>5.873</b>	<b>6.236</b>
	<b>SEDE DI PORCIA</b>			
		ALTRE PRESTAZIONI	5	
		DERMOSIFILOPATIA	531	486
		OCULISTICA	928	851
		OTORINOLARINGOIATRIA	1	2
		DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADI	93	188
		ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIRURGIA	844	909
		ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	2	9
	<b>SEDE DI PORCIA Totale</b>		<b>2.404</b>	<b>2.445</b>
	<b>DISTRETTO del Noncello Totale</b>		<b>8.277</b>	<b>8.681</b>
<b>DISTRETTI Totale</b>			<b>144.407</b>	<b>146.863</b>
<b>AMBULATORIO CRO</b>				
		LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE	59	46
		ONCOLOGIA	85	61
		CARDIOLOGIA	13.833	12.234
<b>AMBULATORIO CRO Totale</b>			<b>13.977</b>	<b>12.341</b>
<b>TOTALE TERRITORIO strutture pubbliche</b>			<b>158.384</b>	<b>159.204</b>

L'attività di specialistica ambulatoriale nel territorio risulta in aumento

**b) Obiettivi di Attività dell'esercizio 2018 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 2017-2018

##### Modello FLS.18

##### Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro

	Anno 2017	Anno 2018
Numero di lavoratori controllati o comunque esaminati per accertamento o certificazioni sanitarie: <small>(riduzione attività per passaggio competenze commissione invalidi a INPS)</small>	441	455
Di cui apprendisti o minori:	0	0
Numero di indagini effettuate per infortuni sul lavoro:	208	278
Numero di indagini effettuate per malattie professionali:	257	284
Numero di aziende interessate da atti autorizzativi, esame progetti, piani di lavoro e notifiche:	746	876
Numero di aziende in cui sono stati effettuati interventi di vigilanza e di polizia giudiziaria:	1889	667
Indagini epidemiologiche effettuate (in seguito a riscontro di malattie infettive):	346	425
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:	2.290	2.384

#### b) Obiettivi di Attività dell'esercizio 2018 e confronto con il livello programmato

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



#### D4) Tabella indicatori LEA

N.	Definizione	Standard Obiettivo	2018
1	PREVENZIONE: Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi)	≥ 95%	95,0%
1.a	Difetrite-tetano	≥95%	95,1%
1.b	Antipolio	≥ 95%	95,1%
1.c	Antiepatite B	≥95%	94,8%
2	PREVENZIONE: Vaccinazioni raccomandate MPR	≥ 90%	93,2%
3	PREVENZIONE: Vaccinazione raccomandata contro l'influenza nell'anziano	≥70%	58,3%
7	PREVENZIONE: Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro	≥ 85	48,7
8	TUTELA DELLA SALUTE NEI LUOGHI DI LAVORO: Percentuale di unità controllate sul totale di unità da controllare	≥ 5%	5%
9	SANITA' ANIMALE: Percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina	≥98%	100%
10.a	SANITA' ANIMALE: Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi bovina/bufalina	≥98% del 20% degli allevamenti	>100%
10.b	SANITA' ANIMALE: Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi ovicaprina	≥98% del 10% dei capi	>100%
11	SANITA' ANIMALE: Percentuale di aziende ovicaprine controllate (3%) per anagrafe ovicaprina	≥98% del 3% delle aziende	100%
12	SALUTE DEGLI ALIMENTI: Percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati dal Piano Nazionale Residui	≥98%	100%
13	SALUTE DEGLI ALIMENTI: Percentuale di unità controllate sul totale delle imprese alimentari registrate	≥ 20%	25.7%

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	104
15	ASSISTENZA DOMICILIARE: Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI secondo aggiornamento griglia lea 2016	≥3,8%	3,8%
16	HOSPICE: Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100)	>1	1,18
17	SPECIALISTICA AMBULATORIALE tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1000 residenti (>=65 anni)	<=24	30,83
18	FARMACEUTICA Incidenza di sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (anti-ipertensivi)	<=30%	39,94% (dato settembre 2018)
19	FARMACEUTICA Consumo pro-capite di farmaci inibitori di pompa protonica	25	30,22 (dato settembre 2018)
20	SALUTE MENTALE: Utenti in carico nei centri di salute mentale per 1.000 ab.	≥ 10	17,8
21	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	>=38%	43,9%
22	Rapporto tra i ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza (allegato B Patto salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<=0,32	0,31
23	Percentuale parti cesarei	<20%	15,5%
24	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 48h in regime ordinario	>70%	74,6%
25	EMERGENZA: Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	≤ 8 ' urbani ≤ 20 ' extraurbani	non più compresa nell'AAS5

## D5) Tabella tempi d'attesa per gli interventi traccianti

### Tempi d'attesa per gli interventi traccianti

In attività di ricovero programmato

periodo: anno 2018

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

<b>Angioplastica</b>			
<b>Priorità</b>	<b>T.A. rispettati</b>	<b>Tot. Dimessi</b>	<b>% T.A. rispettati</b>
<b>A</b>	<b>68</b>	<b>78</b>	<b>87%</b>
<b>B</b>	<b>89</b>	<b>97</b>	<b>92%</b>
<b>C</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>100%</b>
<b>D</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>100%</b>

<b>Coronarografia</b>			
<b>Priorità</b>	<b>T.A. rispettati</b>	<b>Tot. Dimessi</b>	<b>% T.A. rispettati</b>
<b>A</b>	<b>151</b>	<b>170</b>	<b>89%</b>
<b>B</b>	<b>252</b>	<b>276</b>	<b>91%</b>
<b>C</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>
<b>D</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

<b>Asportazione di neoplasia del Polmone</b>			
<b>Priorità</b>	<b>T.A. rispettati</b>	<b>Tot. Dimessi</b>	<b>% T.A. rispettati</b>
<b>A</b>	<b>24</b>	<b>29</b>	<b>83%</b>
<b>B</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>
<b>C</b>			
<b>D</b>			

<b>Asportazione di neoplasia maligna del Colon Retto</b>			
<b>Priorità</b>	<b>T.A. rispettati</b>	<b>Tot. Dimessi</b>	<b>% T.A. rispettati</b>
<b>A</b>	<b>73</b>	<b>81</b>	<b>90%</b>
<b>B</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>83%</b>
<b>C</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>100%</b>
<b>D</b>			

**Asportazione di neoplasia maligna della Mammella**

<b>Priorità</b>	<b>T.A. rispettati</b>	<b>Tot. Dimessi</b>	<b>% T.A. rispettati</b>
<b>A</b>	<b>175</b>	<b>235</b>	<b>74%</b>
<b>B</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>93%</b>
<b>C</b>			
<b>D</b>			

**Emorroidectomia**

<b>Priorità</b>	<b>T.A. rispettati</b>	<b>Tot. Dimessi</b>	<b>% T.A. rispettati</b>
<b>A</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>80%</b>
<b>B</b>	<b>9</b>	<b>15</b>	<b>60%</b>
<b>C</b>	<b>92</b>	<b>101</b>	<b>91%</b>
<b>D</b>	<b>33</b>	<b>34</b>	<b>97%</b>

**Endoarteriectomia Carotidea**

<b>Priorità</b>	<b>T.A. rispettati</b>	<b>Tot. Dimessi</b>	<b>% T.A. rispettati</b>
<b>A</b>	<b>15</b>	<b>31</b>	<b>48%</b>
<b>B</b>	<b>26</b>	<b>48</b>	<b>54%</b>
<b>C</b>			
<b>D</b>			

**Riparazione Ernia Inguinale**

<b>Priorità</b>	<b>T.A. rispettati</b>	<b>Tot. Dimessi</b>	<b>% T.A. rispettati</b>
<b>A</b>	<b>25</b>	<b>46</b>	<b>54%</b>
<b>B</b>	<b>72</b>	<b>108</b>	<b>67%</b>
<b>C</b>	<b>230</b>	<b>251</b>	<b>92%</b>
<b>D</b>	<b>83</b>	<b>86</b>	<b>97%</b>

<b>Artroprotesi d'Anca</b>			
<b>Priorità</b>	<b>T.A. rispettati</b>	<b>Tot. Dimessi</b>	<b>% T.A. rispettati</b>
<b>A</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>33%</b>
<b>B</b>	<b>15</b>	<b>18</b>	<b>83%</b>
<b>C</b>	<b>146</b>	<b>150</b>	<b>97%</b>
<b>D</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>

<b>Asportazione di neoplasia dell' Utero</b>			
<b>Priorità</b>	<b>T.A. rispettati</b>	<b>Tot. Dimessi</b>	<b>% T.A. rispettati</b>
<b>A</b>	<b>15</b>	<b>21</b>	<b>71%</b>
<b>B</b>			
<b>C</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>
<b>D</b>			

<b>Tonsillectomia</b>			
<b>Priorità</b>	<b>T.A. rispettati</b>	<b>Tot. Dimessi</b>	<b>% T.A. rispettati</b>
<b>A</b>	<b>14</b>	<b>16</b>	<b>88%</b>
<b>B</b>	<b>9</b>	<b>12</b>	<b>75%</b>
<b>C</b>	<b>57</b>	<b>73</b>	<b>78%</b>
<b>D</b>	<b>27</b>	<b>28</b>	<b>96%</b>

<b>Asportazione di neoplasia maligna della Prostata</b>			
<b>Priorità</b>	<b>T.A. rispettati</b>	<b>Tot. Dimessi</b>	<b>% T.A. rispettati</b>
<b>A</b>	<b>4</b>	<b>18</b>	<b>22%</b>
<b>B</b>	<b>11</b>	<b>25</b>	<b>44%</b>
<b>C</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>
<b>D</b>			

<b>Asportazione di neoplasia maligna della Vescica</b>			
<b>Priorità</b>	<b>T.A. rispettati</b>	<b>Tot. Dimessi</b>	<b>% T.A. rispettati</b>
<b>A</b>	<b>24</b>	<b>88</b>	<b>27%</b>
<b>B</b>	<b>34</b>	<b>96</b>	<b>35%</b>
<b>C</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>
<b>D</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0%</b>

<b>Asportazione di neoplasia maligna del Rene</b>			
<b>Priorità</b>	<b>T.A. rispettati</b>	<b>Tot. Dimessi</b>	<b>% T.A. rispettati</b>
<b>A</b>	<b>8</b>	<b>25</b>	<b>32%</b>
<b>B</b>	<b>11</b>	<b>18</b>	<b>61%</b>
<b>C</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>100%</b>
<b>D</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>

## E) Politiche del Personale

---

Nel corso del 2018 la manovra dell'Azienda è stata principalmente influenzata e caratterizzata, come esplicitato nel PAL 2018, dal completamento del riordino dell'assetto istituzionale 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. 2667 del 28.12.2017 recante "LR 49/1996 art. 12 - Linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario e Sociosanitario Regionale per l'anno 2018: approvazione preliminare", alla D.G.R. n. 185 del 02.02.2018 recante "LR 49/1996 art. 12 - Linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario e Sociosanitario Regionale per l'anno 2018: approvazione definitiva" e alla D.G.R. n. 725 del 21.03.2018 recante "DGR 185/2018: LR 49/1996 art. 12 - Linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario e Sociosanitario Regionale per l'anno 2018: approvazione definitiva – Integrazioni e modifiche".

### 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 2018, nel rispetto dei vincoli gestionali e delle limitazioni per l'esercizio 2018. Nell'ultimo trimestre 2018 l'Azienda si è altresì attenuta alle disposizioni della DCS contenute nella nota prot. n. 18613 del 05.10.2018 che ha introdotto un percorso di preventiva autorizzazione regionale in materia di assunzioni di personale.

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.

La manovra sul personale anno 2018, rispettosa delle indicazioni regionali emanate nel corso del medesimo anno riferite anche al regime autorizzatorio disposto dalla DCSPSeD con nota prot. n. 18613 del 5.10.2018, chiude complessivamente con un incremento di organico di n. 20 unità, comprensive di n. 5 unità di personale somministrato, come risulta dettagliatamente riportato nella tabella seguente.

area	ruolo	rapporto	profilo	2017	2018
				AAS5	AAS5
med/vet	sanitario	dipendenza		569	563
dirigenti		dipendenza		58	59
comparto		dipendenza		1.974	2.004
		somministrato	infermieri	12	9
		somministrato	tecn. Radiologia	1	-
dirigenti	tecnico	dipendenza		4	4
comparto		dipendenza		257	228
		dipendenza	oss	592	603
		somministrato	coll.tecn.prof	1	
		somministrato	assistente tec.		1
		somministrato	op.tecnici	11	2
		somministrato	oss/aus	-	7
		somministrato	op.tecnico spec.		7
dirigenti	prof	dipendenza		7	7
dirigenti	amm	dipendenza		14	13
comparto		dipendenza		306	315
		somministrato	assistente amm.vo	1	2
		somministrato	coad.amm.vo	9	12
				3.816	3.836

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

- il dato relativo al personale di assistenza e di supporto all'assistenza, consistente in + 23 unità infermieristiche complessive rispetto al 2017 (+ 61 infermieri professionali a fronte di - 38 infermieri generici e psichiatrici/puericultrici/DS) e in + 11 unità di operatori socio sanitari, tutti a rapporto di dipendenza. Gli infermieri e gli OSS sono stati prioritariamente inseriti nelle strutture di degenza con turnazione sulle 24 ore e nei servizi territoriali. Anche con riferimento al turn over riferito a taluni profili sanitari (in particolare tecnici di laboratorio biomedico e di radiologia, assistenti sanitari ecc.) si rappresenta che le acquisizioni hanno avuto solo in parte ricadute sul 2018 e si concretizzeranno per la maggior parte nel 2019.

- per quanto riguarda il personale amministrativo e tecnico, il dato riferito al 2018 risulta, considerato nell'insieme dei due ruoli, in riduzione rispetto al 2017, nonostante l'acquisizione, tramite procedura concorsuale EGAS, di unità con profilo di assistente amministrativo per fronteggiare, almeno in parte, croniche carenze di organico e fornire, in tal modo, un minimo supporto alle strutture in maggior difficoltà (a titolo esemplificativo Distretti, Approvvigionamenti, Personale, ecc.). Si è proceduto, tra l'altro, all'acquisizione di n. 6 unità di personale appartenente alle categorie protette per ottemperare alla quota d'obbligo sia nell'ambito della nuova convenzione di programma n. 1050/P del 21.04.2017 sottoscritta tra l'AAS5 e la Direzione Centrale lavoro, formazione, istruzione, pari opportunità, politiche giovanili, ricerca e



università, Collocamento Mirato e relativa al periodo 2017/2021 che nell'ambito dell'art. 18 della L. 68/99 e s.m.i. .

- il personale con contratto di somministrazione lavoro risulta sostanzialmente in linea con il dato del 2017.

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

- relativamente al personale dirigente dell'area medica e veterinaria il dato di chiusura, pari a n. 563 unità al 31.12.2018, determina un saldo di - 6 unità rispetto all'anno 2017. Tale dato negativo, anche se apparentemente poco significativo in termini numerici, assume una connotazione decisamente diversa e più preoccupante se letto con riferimento al PAL 2018, ove era stata prevista una dotazione di personale pari a n. 616 unità (saldo finale - 53 unità della dirigenza medica e veterinaria). Tale scostamento negativo rispetto alle previsioni si spiega con il fatto che le procedure di acquisizione attivate non hanno consentito di reclutare le risorse necessarie ai bisogni aziendali, in particolare per quelle discipline la cui carenza è ormai cronica nel sistema Paese: in particolare anestesia e rianimazione, medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza, pediatria, ginecologia e ostetricia. A ciò si aggiunge che sempre più spesso, anche nei casi in cui si riesca ad arrivare all'acquisizione del personale necessario, la permanenza all'interno degli organici aziendali è limitata a periodi sempre più brevi, in quanto i singoli professionisti sono portati a ricercare la posizione lavorativa più idonea alle proprie esigenze, con ricadute negative per l'Azienda;

- relativamente al personale dirigente del ruolo sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo il dato risulta stabile.

Trasferimenti funzioni ex DGR 185 del 02.02.2018 Linea progettuale 3.1.5 – Sangue ed emocomponenti
--

In merito al trasferimento delle funzioni previste al punto 3.1.5. "Sangue ed emocomponenti" delle Linee di gestione 2018, si rappresenta che con decreto n. 348 del 30.04.2018 è stato adottato l'Atto di scorporo condiviso con l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 "Bassa Friulana" per la realizzazione del Centro Unico Regionale di Produzione degli Emocomponenti (CURPE) presso la sede di Palmanova. Nell'ambito di quanto disposto con Decreto n. 348/2018 è stato quantificato in n. 2 unità di collaboratore professionale sanitario - tecnico di laboratorio biomedico il fabbisogno di personale da trasferire ad AAS2. Non essendo stato trasferito su base volontaria il personale previsto, si è provveduto a quantificare la quota di fondi contrattuali da trasferire ad AAS2 come previsto dalle indicazioni regionali in materia di acquisizioni e/o trasferimento di funzioni. Il dato quantificato e comunicato ad AAS2 viene certificato nei termini riportati nella tabella sottostante.

COMPARTO SANITA'		
RIDUZIONI FONDI 2018 AAS5 EX DECRETO N. 348/2018 (periodo 01.05.2018 - 31.12.2018)		
Contratto	Fondo condizioni di lavoro e incarichi (art. 80 CCNL 21.05.2018)	Fondo Posizione/Fasce (art. 81 del CCNL 21.05.2018)
CALT	3.317,24	3.588,82
TOTALE	6.906,06	

Attuazione disposizioni in materia di stabilizzazione personale precario

Nel mese di gennaio 2018 questa Azienda ha proceduto con l'assunzione a tempo indeterminato di n. 1 unità di c.p.s. ostetrica per la quale era stata avviata, nel corso del 2017, apposita procedura di stabilizzazione in attuazione del DPCM 06.03.2015 e della DGR n. 1384 del 22.07.2016.

Per quanto riguarda invece le misure di stabilizzazione previste dall'art. 20 del D.Lgs. n. 75/2017 e s.m.i. nel corso del 2018 l'Azienda ha provveduto a dar corso, sia per il personale del comparto che della dirigenza, alla stabilizzazione delle sottoelencate figure professionali in possesso dei requisiti di cui al comma 1 del suddetto decreto legislativo:

- Comparto (decreto 422 del 30.05.2018):
  - 4 unità appartenenti al profilo di C.P.S. Infermiere
  - 1 unità appartenente al profilo di C.P.S. Infermiere pediatrico
  - 1 unità appartenente al profilo di Ostetrica
  - 2 unità appartenente al profilo di operatore socio sanitario
- Dirigenza (decreto 616 del 21.09.2018):
  - 1 Dirigente Medico di Dermatologia
  - 1 Dirigente Medico di Otorinolaringoiatria
  - 1 Dirigente Biologo di Patologia Clinica
  - 1 Dirigente Psicologo di Psicoterapia

## Assunzione per obiettivi regionali

Nel corso del 2018 si è proceduto all'acquisizione delle sottoelencate unità di personale:

a) Piano dell'odontoiatria sociale

Per la prosecuzione della progettualità relativa all'odontoiatria sociale, già prevista dalle linee regionali 2017 e per la quale sussiste anche nel 2018 apposito finanziamento tra le sovra-aziendali di ASUITS, questa Azienda oltre alle acquisizioni effettuate nel 2017 di n. 2 dirigenti medici e di n. 2 collaboratori professionali sanitari – infermiere, ha proceduto nel 2018 all'acquisizione ulteriori n. 2 unità di collaboratore professionale sanitario - infermiere di cui n. 1 con rapporto di lavoro somministrato.

b) Liste d'attesa

Si rimanda alla relazione allegata al bilancio sulle esigenze di abbattimento delle liste di attesa e sulle modalità di utilizzo del finanziamento attribuito dalla legge 7/2009

c) Disturbi comportamentali, autismo (nelle loro varie forme)

Per la prosecuzione della progettualità in oggetto già prevista dalle linee regionali 2017 e per la quale sussiste anche nel 2018 apposito finanziamento tra le sovra-aziendali, questa Azienda oltre alle acquisizioni effettuate nel 2017 di n. 1 dirigente medico di psichiatria, di n. 1 collaboratore professionale sanitario – infermiere e di n. 1 collaboratore professionale sanitario - dietista ha proceduto in data 01.08.2018 all'acquisizione di una ulteriore unità di collaboratore professionale sanitario – educatore professionale.

## Rapporti di somministrazione

Il personale con contratto di somministrazione lavoro risulta in linea con la situazione al 31.12.2017. Rispetto alle previsioni 2018 si sono dovuti mantenere ancora rapporti di somministrazione per profili per i quali non erano ancora state ultimate o sono esaurite le procedure di acquisizione (cfr operatori tecnici specializzati – autisti di ambulanza, operatori socio sanitari, infermieri professionali). Per quanto concerne i rapporti di lavoro somministrato in essere al 31.12.2018 i dati sono riportati nella tabella sottostante.

INTERINALI AL 31.12.2018						
Contratto	Ruolo	Profilo professionale	Cat.	Sede del servizio	Totale	
CALT	AMM	Assistente amm.	C	PN URP Sede Centrale	2	
		Coad.Amm.vo	B	PN - SOC Affari Generali	1	
				PN Affari Generali/Accettaz	1	
				PN Anatomia Patologica	1	
				PN APL	2	
				PN C. Prelievi	1	
				PN Cardiologia	1	
				PN Centro Prelievi	1	
				PN dip. di medicina	1	
				PN S.C. Innovazione e Tecnologie	1	
				S.VITO C.Prelievi	1	
				Uff. Medicina Convenzionata Sede Centrtae PN	1	
		<b>AMM Totale</b>				
		SANA	C.P.S. infermiere	D	S.VITO Dialisi	1
					S.VITO Ortopedia	1
					AD Nord Dolomiti	1
					Casa Circondariale PN	1
					MANIAGO Ospedale di prossimità/SIP SACILE	1
					PN A.Alta Ass. 2 CHIR2/UROLOGIA	1
					PN Pediatria - Neonatologia	1
					PN Pronto Soccorso	1
					SACILE Distretto Ovest Livenza - Unità Territoriale del DSM	1
	<b>SANA Totale</b>					<b>9</b>
	TEC	Assistente tecn.	C	S.S.D. Progettazione e realizzazione nuovo ospedale di Pordenone	1	
		O.T. Spec. autista ambul.	BS	S.VITO Pronto Soccorso	2	
				MANIAGO Punto di primo intervento	2	
				PN 118	1	
				SPILIMBERGO Pronto soccorso	1	
				SPILIMBERGO/MANIAGO - P.S.	1	
		O.S.S.	BS	C.S.S. Poincicco	2	
				PN 1 Chirurgia	1	
				PN Chirurgia	1	
				PN Degenza Breve	1	
			PN Medicina Interna 2	1		
			SIP Sacile	1		
	O.T.	B	PN Portineria	1		
			S.VITO Celle	1		
<b>TEC Totale</b>					<b>17</b>	
<b>Totale complessivo</b>					<b>40</b>	

Nella tabella sottostante viene altresì riportato il raffronto tra la manovra programmata nel bilancio preventivo 2018 con la manovra realizzata nel 2018 (nella quale è evidenziato sia il personale dipendente che interinale):

PROFILO PROFESSIONALE	CAT.	Manovra realizzata 31.12.2017			Manovra 31.12.2018 programmata			Manovra 2018 realizzata			differenza 2018	
		DO dipendenti 31.12.2017	interinali al 31.12.2017	DO 31.12.2017	DO Dipendenti 31.12.2018	Interinali 31.12.2018	DO TOT. 31.12.2018	DO Dipendenti 31.12.2018	Interinali 31.12.2018	DO TOT. 31.12.2018	DO Dipendenti	DO Interinali
					A	B	C=A+B	D	E	F=D+E	G=D-A	H=E-B
Medici		543	0	543	588		588	535		535	-53	0
Odontoiatri		1	0	1	1		1	1		1	0	0
Psicologi Equiparati		1	0	1	1		1	1		1	0	0
Veterinari		24	0	24	26		26	26		26	0	0
		569	0	569	616	0	616	563	0	563	-53	0
		569	0	569	616	0	616	563	0	563	-53	0
Direttori Amministrativi		14	0	14	14		14	13		13	-1	0
		14	0	14	14	0	14	13	0	13	-1	0
Avvocati E Procuratori Legali		1	0	1	1		1	1		1	0	0
Ingegneri		6	0	6	7		7	6		6	-1	0
Architetti		0	0	0	0		0	0		0	0	0
		7	0	7	8	0	8	7	0	7	-1	0
Biologi		14	0	14	15		15	13		13	-2	0
Chimici		1	0	1	1		1	1		1	0	0
Dirigenti Sanitari		4	0	4	6		6	4		4	-2	0
Farmacisti		9	0	9	10		10	10		10	0	0
Fisici		1	0	1	1		1	1		1	0	0
Psicologi		29	0	29	34		34	30		30	-4	0
		58	0	58	67	0	67	59	0	59	-8	0
Analista		1	0	1	1		1	1		1	0	0
Sociologi		2	0	2	2		2	2		2	0	0
Statistico		1	0	1	1		1	1		1	0	0
		4	0	4	4	0	4	4	0	4	0	0
		83	0	83	93	0	93	83	0	83	-10	0
Coll. Amm.-Professionale Esperto	DS	24	0	24	24		24	23		23	-1	0
Coll. Amm.-Professionale	D	48	0	48	52		52	50		50	-2	0
Assistente Amministrativo	C	92	1	93	105	0	105	110	2	112	5	2
Coadiutore Amministrativo Esperto	BS	22	0	22	22		22	24		24	2	0
Coadiutore Amministrativo	B	119	9	128	119	4	123	108	12	120	-11	8
Commosso	A	1	0	1	1		1	0		0	-1	0
		306	10	316	323	4	327	315	14	329	-8	10
Coll. Prof. San. Esperto	DS	84	0	84	78		78	71		71	-7	0
Coll. Prof. San. - Terapista della Neuro e Psic. dell'	D	4	0	4	4		4	4		4	0	0
Coll. Prof. San. - Tecn. dell'Educ. e Riab. Psych. e Ps	D	1	0	1	1		1	1		1	0	0
Coll. Prof. San. - Ortottista - Assistente di Oftalmol	D	5	0	5	6		6	6		6	0	0
Coll. Prof. San. - Massaggiatore Non Vedente	D	1	0	1	1		1	1		1	0	0
Coll. Prof. San. - Logopedista	D	21	0	21	21		21	19		19	-2	0
Coll. Prof. San. - Fisioterapista	D	89	0	89	89		89	89		89	0	0
Coll. Prof. San. - Educatore Prof.	D	6	0	6	9		9	8		8	-1	0
Coll. Prof. San. - Tecn. della prevenz.nell'Amb.e ne	D	41	0	41	44		44	45		45	1	0
Coll. Prof. San. - Tecnico San. di Radiologia Medica	D	65	1	66	71	0	71	64		64	-7	0
Coll. Prof. San. - Tecnico San. di Laboratorio Biome	D	104	0	104	106		106	95		95	-11	0
Coll. Prof. San. - Tecnico di Neurofisioterapia	D	4	0	4	4		4	4		4	0	0
Coll. Prof. San. - Tecn. della Fis. Card.e Perf. Cardio	D	1	0	1	1		1	1		1	0	0
Coll. Prof. San. - Tecnico Audiometrista	D	4	0	4	4		4	4		4	0	0
Coll. Prof. San. - Infermiere Capo Sala	D	1	0	1	1		1	1		1	0	0
Coll. Prof. San. - Ostetrica	D	53	6	59	67	0	67	70		70	3	0
Coll. Prof. San. - Infermiere Pediatrico	D	17	0	17	15		15	13		13	-2	0
Coll. Prof. San. - Infermiere	D	1349	6	1355	1408	10	1418	1410	9	1419	2	-1
Coll. Prof. San. - Dietista	D	9	0	9	10		10	10		10	0	0
Coll. Prof. San. - Assistente Sanitario	D	56	0	56	61		61	54		54	-7	0
Infermiere Psichiatrico Esperto	C	2	0	2	2		2	0		0	-2	0
Puericultrice Esperta	C	12	0	12	10		10	9		9	-1	0
Infermiere Generico Esperto	C	45	0	45	31		31	25		25	-6	0
		1974	13	1987	2044	10	2054	2004	9	2013	-40	-1
Coll. Tecnico -Prof. Esperto	DS	3	0	3	2		2	2		2	0	0
Coll. Prof. Assistente Sociale	D	17	0	17	17		17	17		17	0	0
Coll. Tecnico -Prof.	D	15	1	16	16	1	17	14		14	-2	-1
Assistente Tecnico	C	5	0	5	8		8	6	1	7	-2	1
Programmatore	C	2	0	2	2		2	2		2	0	0
Op. Tecnico Specializzato Esperto	C	30	3	33	30	5	35	25		25	-5	-5
Op. Tecnico Coord. Spec. Esperto	C	6	0	6	6		6	5		5	-1	0
Operatore Tecnico Specializzato	BS	40	0	40	41		41	36	7	43	-5	7
Operatore Socio San.	BS	592	0	592	617	0	617	603	7	610	-14	7
Operatore Tecnico	B	76	8	84	80	5	85	67	2	69	-13	-3
Operatore Tecnico Addetto all' Assistenza	B	8	0	8	8		8	8		8	0	0
Ausiliario Specializzato (Servizi Tecnico-Economici)	A	13	0	13	13		13	13		13	0	0
Ausiliario Specializzato (Servizi Socio-Assistenziali)	A	42	0	42	40		40	33		33	-7	0
		849	12	861	880	11	891	831	17	848	-49	6
		3129	35	3164	3247	25	3272	3150	40	3190	-97	15
		3781	35	3816	3956	25	3981	3796	40	3836	-160	15

Lo scostamento complessivo tra la manovra programmata e quella realizzata è pari a - 160 unità. Le maggiori differenze in negativo riguardano le figure dirigenziali (mediche e s/p/t/a) con uno scostamento complessivo di - 63 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 sanitarie del comparto con uno scostamento complessivo di - 40 unità legato anche alla tempistica di assunzione. Per quanto concerne invece le figure del ruolo tecnico lo scostamento negativo si assesta a - 49 unità dovuto anche, in parte, all'acquisizione posticipata ai primi mesi del 2019 delle 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.

Nel corso del 2018 l'Azienda ha proseguito nel percorso di applicazione dell'Atto aziendale approvato con decreto n. 100 dell'01.03.2016 per il quale si prevedeva il completamento entro il 28/02/2019 (triennio dalla data di adozione dell'Atto aziendale), termine prorogato, su richiesta dell'Azienda e a seguito di autorizzazione regionale, al 31/12/2019.

In particolare ha istituito/attivato/attribuito le seguenti articolazioni aziendali:

1) DIREZIONE GENERALE:

- attivazione e attribuzione SC UFFICIO LEGALE E ASSICURAZIONI;

2) DIREZIONE AMMINISTRATIVA:

- attivazione e attribuzione SSD GESTIONE GIURIDICO AMMINISTRATIVA DEL PATRIMONIO IMMOBILIARE
- attivazione e attribuzione SC AFFARI GENERALI
- attribuzione incarico di direzione della S.C. "Approvvigionamenti e gestione contratti fornitura beni e servizi" e affidamento dell'incarico di Direttore facente funzioni del "Dipartimento Tecnico".

3) DIREZIONE DEI SERVIZI SOCIO SANITARI: modifiche ai sensi della L.R. 31/17

4) DIPARTIMENTO ASSISTENZA PRIMARIA AZIENDALE:

- istituzione del DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE e delle strutture complesse afferenti (S.C. Tutela della salute e contrasto alle dipendenze Area 1 e S.C. Tutela della salute e contrasto alle dipendenze Area 2)
- attivazione e attribuzione dei DISTRETTI (DELLE DOLOMITI FRIULANE, DEL NONCELLO, DEL LIVENZA, DEL SILE, DEL TAGLIAMENTO)
- attivazione e attribuzione della S.C. Adulti, anziani e assistenza medica primaria del DISTRETTO DELLE DOLOMITI FRIULANE
- attivazione e temporaneo affidamento delle funzioni della S.C. RETE DELLE CURE INTERMEDIE E PALLIATIVE - HOSPICE

5) DAO

Applicazione delle modifiche all'Atto aziendale e successivi adempimenti (attivazione e attribuzione/conferma) relativamente a:

- S.S.D. PROGRAMMAZIONE E GESTIONE DEI BLOCCHI OPERATORI
- DIPARTIMENTO EMERGENZA E CURE INTENSIVE
  - o S.C. Anestesia e rianimazione 1 Pordenone
  - o S.C. Anestesia e rianimazione 2 Pordenone
  - o S.C. Anestesia e rianimazione San Vito
  - o S.C. Pronto soccorso e medicina d'urgenza San Vito
  - o S.C. Pronto soccorso e medicina d'urgenza Pordenone

– DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA E SPECIALISTICA

- S.C. Medicina interna Pordenone
- S.C. Medicina interna San Vito
- S.C. Medicina interna Spilimbergo
- S.C. Pneumologia
- S.C. Dermatologia
- S.C. Nefrologia e dialisi
- S.S.D. Endocrinologia e malattie del metabolismo

– DIPARTIMENTO FISIOPATOLOGIA CARDIO-CEREBRO-VASCOLARE

- S.C. Cardiologia Pordenone
- S.C. Cardiologia San Vito-Spilimbergo
- S.C. Neurologia
- S.C. Riabilitazione PN
- S.S.D. Riabilitazione cardiologica e cardio-oncologica

– DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA GENERALE

- S.C. Chirurgia Generale PN
- S.C. Chirurgia Generale S. Vito al Tagliamento
- S.C. Urologia
- S.C. Gastroenterologia
- S.S.D. Chirurgia Vascolare

– DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

- S.C. Ostetricia e ginecologia Pordenone
- S.C. Ostetricia e Ginecologia San Vito-Spilimbergo
- S.C. Pediatria e neonatologia Pordenone
- S.C. Pediatria San Vito-Spilimbergo
- S.S.D. Procreazione medicalmente assistita/S.C. Medicina e Chirurgia della Fertilità
- S.S.D. Assistenza domiciliare, terapia del dolore e cure palliative pediatriche

6) DIPARTIMENTO MEDICINA TRASFUSIONALE: attivazione e attribuzione del dipartimento e della SC  
MEDICINA TRASFUSIONALE

## 7) DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

Attivazione e attribuzione di:

- SC CSM 24 h DOLOMITI FRIULANE
- SC CSM 24 h DEL TAGLIAMENTO
- SC SERVIZIO OSPEDALIERO PSICHIATRICO DIAGNOSI E CURA
- Attivazione e temporaneo affidamento delle funzioni della SC CSM 24 h DEL NONCELLO

Nel processo di consolidamento della nuova organizzazione, l'Azienda ha, inoltre, adottato i seguenti percorsi:

- individuazione e graduazione degli incarichi dirigenziali non esplicitati nell'Atto aziendale (Strutture semplici di Struttura complessa e Incarichi professionali) per il personale della dirigenza;
- approvazione delle Piattaforme assistenziali e individuazione e graduazione degli incarichi di funzione (incarichi di organizzazione – comprensivi degli incarichi di Responsabile di Piattaforma – e incarichi professionali), per il personale del comparto;
- adozione dei Regolamenti aziendali propedeutici all'attuazione dei punti precedenti.

L'Azienda, in linea con i percorsi sopra individuati, ha avviato l'espletamento delle procedure selettive interne per il conferimento degli incarichi di Responsabile di Struttura semplice, per la dirigenza, e degli incarichi di funzione, per il comparto.

Personale assegnato ai servizi socioassistenziali in delega
---

L'organico dell'A.A.S. 5 è integrato dal personale assegnato ai servizi socio-assistenziali in delega e quantificato, al 31.12.2018, in n. 72 unità.

Nel corso del 2018 si è conclusa la procedura di mobilità compartimentale e intercompartimentale attivata nel 2017, che ha portato all'acquisizione di n. 1 figura di Assistente sociale a tempo indeterminato proveniente da altra Azienda sanitaria del Veneto Orientale. Sono stati soddisfatti, nella fattispecie, i vincoli di contenimento delle spese di personale previsti all'art. 22 della L.R. 18/2015, nonché le norme di reclutamento del personale a tempo indeterminato, così come precisate all'art. 56 della L.R. 18/2016. Nel contempo è stata avviata una procedura di mobilità compartimentale in entrata, per l'acquisizione di n. 1 unità di Istruttore Amministrativo.

Nella medesima annualità, con decreto n. 663 del 17.10.2018, è stato approvato un bando di selezione pubblica volto all'assunzione a tempo determinato di personale con profilo di insegnante educatore che potrà concretizzarsi nel corso del 2019, compatibilmente con i vincoli nazionali e regionali in materia di personale.



#### Prestazioni aggiuntive

L'Azienda non ha sostenuto nel corso dell'esercizio 2018 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.

#### 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 2018 (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 € 612.884,23.

#### Applicazione D.Lgs. n. 75/2017 e s.m.i. – art. 23, comma 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 di riduzione sono quantificati al 2018 in € 40.761,77 per l'area del Comparto, € 68.773,15 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.

#### Risorse aggiuntive regionali

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

#### Costi CCNL Comparto sanità del 21.05.2018

La rendicontazione dei costi connessi al rinnovo del CCNL del personale del comparto sanità sottoscritto in data 21.05.2018 è riportata nella tabella n. 10 dell'Allegato 2 - Note e tabelle del personale.

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.

## **F) Modalità di riporto a nuovo risultato di esercizio 2018 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 € 240.303 ad investimenti in conto capitale rinviando alla Giunta Regionale la valutazione di coerenza della proposta aziendale rispetto alle disposizioni del dlgs 118/2011, in sede di bilancio consuntivo consolidato.

## G) Leggi Speciali

---

Nel corso del 2018 sono state assicurate dai Consulenti 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 Consulenti Familiari Privati, sono presenti nel territorio di Pordenone i Consulenti "AIED" e "Noncello".

Le attività assicurate dai Consulenti Privati rendono il servizio offerto funzionalmente complementare a quello fornito dai Consulenti 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 2018 il contributo complessivamente erogato ai Consulenti privati è stato di 341.000,00 euro:

- 250.000€ Consutorio AIED
- 91.000€ Consutorio Noncello

### TUTELA DELLA SALUTE MENTALE

Gli interventi a tutela della Salute Mentale anche nell'anno 2018 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 e l'attivazione del Budget di Salute (BIS)

I costi a sostegno delle iniziative descritte ammontano € **3.868.722,38** euro di cui **1.243.733,66** euro interventi attivati con il Fondo per l'autonomia possibile (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 2018 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 € **637.489,25** euro.

#### **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 981.889,36 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 2018.

## **H) Inventario fisico dei beni**

---

#### **Gestione del magazzino dei beni economici, sanitari e farmaci.**

Nell’anno 2018 resta consolidato l’approvvigionamento dei beni necessari al funzionamento dei servizi aziendali e la distribuzione dei materiali (beni economici, sanitari e farmaci) a cura del Magazzino centralizzato dell’EGAS (Ente per la Gestione Accentrata dei Servizi Condivisi) - le cui funzioni di cui all’art. 7 della L.R. 16 ottobre 2014, n.17, per effetto della L.R. 17 dicembre 2018 n.27, sono transitate dal 1° gennaio 2019 all’Azienda regionale di coordinamento per la salute (ARCS) - ottimizzando, laddove possibile, la modalità di consegna e distribuzione dei materiali alle diverse destinazioni di utilizzo.

Il monitoraggio dell’acquisto tramite sistema informatico G2 viene effettuato dal Servizio Farmacia e dal Manager degli acquisti, che validano/approvano e controllano tutte le richieste dei servizi utilizzatori ospedalieri e territoriali.

#### **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 31.12.2018 sono i seguenti:

- Magazzino centrale Farmacia (materiale ad esaurimento e transiti) chiuso (in esaurimento)
- Magazzino farmaci antiblastici presso Farmacia C.R.O.
- Magazzino Urgenze-Farmacia e Distribuzione Diretta (Farmacia di Pordenone)

e nei magazzini periferici:

- Servizio di Anatomia Patologica
- Servizio Immunotrasfusionale
- Chimica e Microscopia Clinica

- Emodinamica
- Microbiologia
- Radiologia
- Laboratorio Analisi - Spilimbergo
- Laboratorio Analisi Ospedale - S. Vito

Presso la sede di Sacile è attivo il Magazzino Aziendale per il materiale di Guardaroba

Nel corso del 2018, 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
- Reagenti di Laboratorio
- Presidi medico chirurgici e Materiale sanitario
- Materiale Protesico
- Materiale Dialisi
- Materiale di Guardaroba

Nel corso dell'anno 2018, 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 dell'allineamento delle giacenze.

Al 31.12.2018 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: LORENA BASSO

CODICE FISCALE: BSSLRN70L63I403Q

DATA FIRMA: 30/04/2019 15:41:01

IMPRONTA: 0BCEADD56294EF74DA69B270E8AE2F8678AFB4F5911A5177E4816BCD4C06656E  
78AFB4F5911A5177E4816BCD4C06656E62F44447E2D1F797D53C2AA8AB548429  
62F44447E2D1F797D53C2AA8AB548429B050D068595A0E55B6AEF7254298E9BB  
B050D068595A0E55B6AEF7254298E9BB673B0A084BF9AD3CF562F41182F1E12E

NOME: GIUSEPPE SCLIPPA

CODICE FISCALE: SCLGPP52T31I403U

DATA FIRMA: 30/04/2019 15:45:05

IMPRONTA: 3D2C8417B09BD12467B93A0628C2B97ED7133F5932C973079EED0EE201A15BE8  
D7133F5932C973079EED0EE201A15BE847F778AADB5E099B7D303B7C4C3BF7A9  
47F778AADB5E099B7D303B7C4C3BF7A9763C86A101BDE87A078B097BB44977FB  
763C86A101BDE87A078B097BB44977FB5F2082450518A6B272F976A820A52C3B

NOME: ROBERTO ORLICH

CODICE FISCALE: RLCRRT59H24L424T

DATA FIRMA: 30/04/2019 15:49:15

IMPRONTA: 698E978A3E6524D99527EE51F26A1824549B3EC39B080A4D8B329B3B98ABE788  
549B3EC39B080A4D8B329B3B98ABE788C98A7CE833F81CC78362AE46B28AC2F6  
C98A7CE833F81CC78362AE46B28AC2F64292853C35D9ED5425209CD14FEB01E9  
4292853C35D9ED5425209CD14FEB01E9F1C591EA8DFCFFD3207879A4B1D273E1

NOME: GIORGIO SIMON

CODICE FISCALE: SMNGRG55D25I403Y

DATA FIRMA: 30/04/2019 15:52:31

IMPRONTA: 732A76E2A2C987328D31D2099D502588839F07F5DA00698CC518BD4B956AEA7F  
839F07F5DA00698CC518BD4B956AEA7FD1E31F1EA98A71BC22E4047F4B64FC3F  
D1E31F1EA98A71BC22E4047F4B64FC3FC8E403E31B136CDFCFC9F04A68720BD2  
C8E403E31B136CDFCFC9F04A68720BD2E95D66EDDD1A8B7319429DE3097083C3