

*Azienda per l'Assistenza Sanitaria*  
*n. 5 "Friuli Occidentale"*

Via della Vecchia Ceramica, 1 – 33170 Pordenone  
C.F. e P.I. 01772890933 – PEC [aas5.protgen@certsanita.fvg.it](mailto:aas5.protgen@certsanita.fvg.it)

**PIANO ATTUATIVO LOCALE 2016**

## INDICE

1. PREMESSA	4
2. RACCORDO CON LA PROGRAMMAZIONE 2015	6
3. LE PROGETTUALITA'	10
3.1 PROGETTI DI RIORGANIZZAZIONE DELLE FUNZIONI	10
- ATTI AZIENDALI	
- PROGETTI DI RIORGANIZZAZIONE DELLE FUNZIONI	
- PIANO EMERGENZA URGENZA	
- PIANO SANGUE	
- PIANO ONCOLOGICO	
- PIANO DELLA RIABILITAZIONE	
- PIANO DELLA SALUTE MENTALE	
- LABORATORI ANALISI E MICROBIOLOGIE E VIROLOGIA	
3.2 PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE	18
3.3 ASSISTENZA PRIMARIA	29
- SVILUPPO DELL'ASSISTENZA PRIMARIA	
- PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI SOCIO-SANITARI	
3.4 PROGETTI ATTINENTI LE ATTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALI	38
- INSUFFICIENZE D'ORGANO E TRAPIANTI	
- EMERGENZA URGENZA	
- RETI DI PATOLOGIA	
- MATERNO-INFANTILE	
- SANGUE ED EMOCOMPONENTI	
- EROGAZIONE DEI LIVELLI DI ASSISTENZA	
- TEMPI DI ATTESA	
- RISCHIO CLINICO	
- QUALITA' E APPROPRIATEZZA NELL'EROGAZIONE DELLE CURE	

3.5 ASSISTENZA FARMACEUTICA	48
3.6 PROGETTI ATTINENTI LA PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI SOCIOSANITARI	52
- ANZIANI	
- MINORI	
- PIANI DI ZONA	
3.7 PROGETTI ATTINENTI LE ATTIVITÀ AMMINISTRATIVE E TECNICHE	55
- SISTEMA INFORMATIVO	
- SISTEMA PACS REGIONALE	
4 GESTIONE DELLE RISORSE UMANE	58
5. AZIONI ATTUATIVE DI SPENDING REVIEW	76
6. NOTA ILLUSTRATIVA AL BILANCIO PREVENTIVO ECONOMICO ANNUALE 2016	79

#### **ALLEGATI**

Allegato 1 – BILANCIO PREVENTIVO (gestione sanitaria)

Allegato 2 – BILANCIO PREVENTIVO (gestione servizi in delega)

Allegato 3 – BILANCIO PREVENTIVO CONSOLIDATO

Allegato 4 – RENDICONTO FINANZIARIO

Allegato 5 – TABELLE PREVISIONE 2016

Allegato 6 – MODELLO MINISTERIALE CE

Allegato 7 – CONTI ECONOMICI DEI PRESIDII DI PORDENONE/SACILE - SAN VITO/SPILIMBERGO

Allegato 8 – TABELLE LEA

## 1. PREMESSA

---

Il presente documento redatto in coerenza con le Linee per la Gestione per l'anno 2016 (DGR 2393/2015) contiene l'evidenza dei livelli attuativi programmati all'interno dell'Azienda in un'ottica di continuità con l'anno 2015 assicurando i necessari raccordi tra il percorso di programmazione attuato ed il grado di conseguimento/consolidamento delle diverse linee di attività poste dalla Direzione Centrale.

Il secondo capitolo fornisce una sintesi dei risultati conseguiti nel 2015 in raccordo alla programmazione definita per l'anno 2016.

Il terzo capitolo presenta le "progettualità" aziendali in coerenza alla DGR 2393/2015. Alcune linee di programma richiedono importanti livelli di ridefinizione delle tempistiche già definite nella programmazione prevista per l'anno 2015.

Il capitolo quarto dà evidenza del piano di gestione delle risorse umane sia per quanto attiene ai percorsi di attuazione dell'atto aziendale, che di mantenimento dei volumi di attività (turn-over) nonché di coerenza con le linee programmatiche definite.

Il capitolo quinto in coerenza a quanto stabilito dalla DCS dà evidenza delle azioni avviate e da avviare in attuazione alla "spending-review".

Relativamente al Bilancio preventivo, il documento è stato predisposto in conformità alle Linee annuali per la gestione del SSR nell'anno 2016 (DGR n. 2393/2015) e alle indicazioni regionali di cui alla nota prot. 20741/P del 04/12/2015, secondo lo schema e le disposizioni del D. Lgs n. 118/2011. Per i commenti relativi alle previsioni sui costi si rimanda al capitolo sesto.

Con riferimento alle funzioni oggetto di trasferimento da/verso il CRO, l'ipotesi di conto economico allegata valorizza (su tutto l'anno 2016) le funzioni come attualmente attribuite in capo alle rispettive Aziende.

Nel corso dell'anno, anche attraverso le rendicontazioni economiche periodiche il trasferimento delle funzioni sarà oggetto di successivo approfondimento e analisi economica.

La predisposizione dei conti economici di presidio rappresenta un'importante novità all'interno della programmazione regionale ed in particolare all'interno di AAS 5 che dal 2010 non ha più predisposto questi rendiconti in ragione del mutato assetto organizzativo che ha visto il passaggio dei due ospedali di Spilimbergo e San Vito all'Azienda Ospedaliera di Pordenone.

In questi anni i modelli organizzativi implementati per le funzioni ospedaliere sono stati caratterizzati da importanti livelli di rotazione dei professionisti e di collaborazione tra le diverse sedi ospedaliere in un'ottica dipartimentale trasversale non centrata sulle diverse sedi operative. Con queste precisazioni si è provveduto pertanto ad avviare un percorso di predisposizione dei conti economici sulla base dei dati presenti nei diversi sistemi informativi (personale, contabilità per centri di costo, specialistica ambulatoriale) che richiede però significativi livelli di implementazione/revisione/integrazione anche su precisi suggerimenti della DCS.

Infine la Tabella LEA riporta per ciascun item definito la stima del posizionamento dell'indicatore per l'anno 2015 ed una ipotesi di previsione/impegno per l'anno 2016. Si precisa che l'ultima colonna contiene l'evidenza di un posizionamento quale risultato di una valutazione realistica di percorribilità/sostenibilità della performance richiesta (standard obiettivo).

## 2. RACCORDO CON LA PROGRAMMAZIONE 2015

---

L'anno 2015 è stato caratterizzato dal percorso di riforma ed in particolare dall'avviata riorganizzazione delle funzioni in coerenza dei mutati assetti organizzativi gestionali.

L'avviata riorganizzazione degli assetto organizzativi delle strutture aziendali di supporto richiede ulteriori livelli di sviluppo e di consolidamento delle modalità operative in particolare la revisione dei principali regolamenti aziendali e procedure gestionali.

E' stata predisposta, in coerenza alle indicazioni regionali, la proposta di atto aziendale che richiede un arco temporale per l'attuazione che andrà definito e concordato a livello regionale, a livello interno nonché, per alcune funzioni, con CRO. Nel 2015 con CRO sono stati avviati i percorsi e le attività propedeutiche al passaggio di funzioni, ma dal punto di vista formale vanno strutturati percorsi di revisione organizzativa anche con il coinvolgimento dei professionisti, predisponendo specifici piani di fattibilità che prevedano l'impatto sui diversi livelli dell'organizzazione di entrambe gli enti avendo cura di "preservare" alcune quote di attività in relazione alla domanda di salute della popolazione residente (es. prestazioni di ecografia assicurate dalla Medicina Nucleare) ed ai modelli organizzativi di funzionamento degli ospedali (es. consulenze di oncologia). In particolare nel 2016 saranno ulteriormente implementate le attività di integrazione con C.R.O. per quanto riguarda le chirurgie al fine di dare attuazione al protocollo d'intesa siglato nel luglio 2015 e realizzare così il Dipartimento funzionale di Oncologia Chirurgica di Area Vasta.

Durante questa annualità si è già avviato il percorso di analisi e discussione con i professionisti della necessità di concentrare alcune attività sull'ospedale HUB al fine di armonizzare i percorsi attuativi della DGR 2673/2014 con il percorso di riforma e di passaggio delle funzioni da/a CRO.

Nel corso del mese di dicembre le urgenze chirurgiche notturne/festive di Spilimbergo sono transitate all'ospedale di Pordenone e quelle ortopediche all'ospedale di San Vito.

Per quanto riguarda l'assetto delle funzioni ospedaliere in coerenza alla DGR 2673/2014 nel corso dell'anno è stato predisposto un documento di "Riconversione della SC medicina interna e post-acute di Sacile in struttura intermedia polifunzionale (SIP)". Il documento illustra i diversi aspetti della riorganizzazione sia dal punto di vista gestionale che strutturale in un'ottica complessiva di interesse del percorso riorganizzativo proposto. Il documento necessita dell'approvazione regionale per l'avvio operativo delle attività.

Dal punto di vista delle attività territoriali nel 2015 è stata attivata a Maniago la REMS che ha richiesto un importante sforzo riorganizzativo dei professionisti e rilevanti interventi strutturali il cui completamento è programmato per l'anno 2017. Nel corso del 2016 questa linea di attività andrà ulteriormente implementata e consolidata.

La programmazione delle attività di assistenza primaria ha risentito, per quanto attiene gli sviluppi contenuti nella programmazione aziendale 2015 (CAP, AFT), dei tempi della riforma ed in particolare della

ridefinizione degli ambiti territoriali nonché della mancata sottoscrizione degli accordi quadro per la medicina generale e la pediatria di libera scelta. Nel corso del 2015 sono stati incrementati sia il numero di utenti presi in carico dal servizio infermieristico domiciliare (+5,1%) sia il numero di accessi (+3,2%). In particolare l'incremento di attività è stato assicurato nei confronti di persone con età superiore ai 65 anni (utenti +4,5%, accessi +4,2%). Dai dati registrati a sistema informativo emerge inoltre un incremento significativo degli utenti con "piano assistenziale" pari al 35,8% dell'utenza con più di 65 anni. Anche le performances relative al servizio riabilitativo domiciliare hanno registrato un incremento sia nel numero di utenti presi in carico (+11%) che nel numero di accessi (+12%). Queste performances evidenziano sia la capacità dei servizi domiciliari di incrementare la presa in carico dell'utenza più fragile che l'aumentata attenzione all'implementazione dei sistemi informativi.

Nel 2015 sono state assicurate le attività della promozione della salute e della prevenzione in coerenza con gli obiettivi definiti a livello regionale nonostante alcune criticità nella dotazione delle risorse professionali. Anche il contesto ospedaliero ha risentito di alcune criticità derivanti da cessazioni di apicalità (chirurgia, cardiologia, ortopedia e radiologia presso il presidio di Pordenone) ma anche di significativi sviluppi avviati nei primi mesi del 2015 che hanno "messo in sicurezza" alcuni specifici ambiti: otorinolaringoiatria, chirurgia vascolare e gastroenterologia. Dal punto di vista generale comunque le performances realizzate dai diversi contesti ospedalieri confermano l'impegno ed i positivi "posizionamenti" all'interno del Network proposto dalla Scuola Superiore di Sant'Anna.

Per quanto riguarda l'intervento di realizzazione del nuovo ospedale, di seguito si riassumono le attività svolte nel corso del 2015.

A febbraio 2015 è stata avviata la progettazione preliminare del nuovo ospedale, conclusa con l'approvazione da parte dell'Azienda con decreto n. 365 del 24.06.2015 e da parte del NVISS con parere preventivo n. PC157-EDI1942-A5 di data 06.07.2015.

Ad agosto 2015 è stata avviata la progettazione definitiva; il progetto definitivo è stato consegnato a fine ottobre 2015 e approvato dall'Azienda con decreto n. 610 del 19.11.2015.

Nel corso del 2015 sono stati inoltre avviati gli accordi con il Comune di Pordenone per la modifica della convenzione riguardante il posteggio pubblico di via Montereale e per l'utilizzo parziale, per esigenze connesse con l'avvio del cantiere del nuovo ospedale, dell'area aperta adiacente i magazzini comunali di Vial Rotto.

Per quanto riguarda le opere propedeutiche:

- A gennaio 2015 sono stati avviate le demolizioni dei padiglioni G, S, T, U, V e W che si sono concluse in agosto 2015 (importo complessivo 925.000 euro): il sedime dei padiglioni demoliti è stato temporaneamente sistemato a posteggio in attesa dell'avvio del cantiere del nuovo ospedale.
- A partire dal mese di marzo 2015 fino ad agosto 2015 sono stati redatti i progetti preliminare, definitivo ed esecutivo della nuova sede dei servizi mortuari (importo complessivo 1.500.000 euro); nel

mese di settembre 2015 è stata avviata la procedura per l'affidamento dei lavori, che è stata aggiudicata a fine novembre. Una volta completate le verifiche e gli adempimenti normativi prescritti, si procederà alla stipula del contratto e all'avvio dei lavori, indicativamente entro la fine del mese di gennaio 2016).

Nel corso del 2016 verrà espletata la procedura di affidamento della progettazione esecutiva e dell'esecuzione del nuovo ospedale e della cittadella della salute, la cui aggiudicazione è prevista entro il mese di luglio 2016.

Secondo le indicazioni regionali, l'Azienda sta procedendo all'affidamento congiunto dei lavori di realizzazione del nuovo ospedale e del posteggio in parte interrato (150 milioni di euro), della cittadella della salute (12 milioni di euro) e degli interventi di efficientamento energetico nell'ambito del programma europeo POR FESR 2014/2020 (ivi compreso il nuovo polo tecnologico a servizio del comprensorio ospedaliero – 9 milioni di euro).

Nel corso del secondo semestre è prevista la redazione del progetto esecutivo e, entro il 31.12.2016, l'approvazione e l'acquisizione dei pareri/autorizzazioni/nulla osta, necessari per poter autorizzare la consegna dei lavori.

Per quanto riguarda le opere propedeutiche, nel corso del 2016 verrà realizzata la nuova sede dei servizi mortuari, in modo da poter procedere, secondi i termini previsti nel cronogramma del progetto del nuovo ospedale, alla demolizione del padiglione N e ai lavori di scavo dell'area nel corso del 2017.

Verranno inoltre eseguiti i lavori propedeutici riguardanti la predisposizione temporanea, per esigenze di cantiere, di posteggi per i dipendenti e per gli utenti, in parziale sostituzione delle aree che verranno impegnate dal cantiere del nuovo ospedale e del posteggio interrato.

La Direzione Centrale pone, in analogia a quanto effettuato nel 2015, anche per l'anno 2016 una serie di vincoli operativi in particolare per quanto attiene a:

- Spesa farmaceutica
- Dispositivi medici
- Costo del personale
- Prestazioni ambulatoriali
- Tasso di ospedalizzazione
- Manutenzioni
- Spending review.

Anche per questa annualità l'Azienda si impegna ad operare nel rispetto dei vincoli definiti, ma nello specifico per quanto attiene la spesa farmaceutica saranno assicurate modalità costanti e strutturate di controllo dei comportamenti prescrittivi e saranno promosse iniziative di audit e di promozione

dell'appropriatezza prescrittiva.

Per quanto attiene il dato dell'ospedalizzazione e della specialistica ambulatoriale l'Azienda ha un posizionamento coerente con gli indicatori posti anche se l'andamento dei prossimi mesi potrebbe evolversi con valori in incremento.

In conclusione anche per l'anno 2016 le modalità gestionali attuate dovranno trovare coerenza nel sistema complessivo di "governo e controllo sistematico" della spesa ed in tal senso si provvederà a dare attuazione a quanto riportato al capitolo quinto in tema di spending review.

### 3. LE PROGETTUALITA'

---

*E' stata mantenuta la numerazione come da Linee per la Gestione, pertanto le progettualità che non interessano l'AAS n. 5 non vengono riportate. Eventuali progettualità di rilievo aziendale sono inserite con numerazione aggiuntiva.*

#### 3.1.1 ATTO AZIENDALE

<b>Atto aziendale</b>	
<b><u>Raccordo con la programmazione precedente</u></b>	
<p>Con decreto del Direttore generale n. 575 del 30 ottobre 2015 è stata adottata la proposta preliminare dell'atto aziendale e trasmessa alla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia per l'approvazione di competenza che, una volta acquisita, consentirà all'organo di vertice dell'Azienda di provvedere alla conseguente adozione definitiva dell'atto aziendale.</p> <p>Sulla proposta preliminare dell'atto aziendale sono state avviate apposite riunioni informative che hanno coinvolto rispettivamente in data 29.10.2015 il Collegio di Direzione e in data 30.10.2015 le Organizzazioni Sindacali delle aree della medicina convenzionata (assistenza primaria, pediatria di libera scelta, specialistica ambulatoriale e altre professionalità interne), le Organizzazioni Sindacali del comparto e della dirigenza medica, veterinaria e SPTA.</p> <p>Sono stati realizzati due incontri di presentazione dell'atto aziendale aperti a tutto il personale aziendale.</p>	
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
<b>Atto aziendale</b>	Avvio del percorso attuativo dell'atto aziendale.
<b>Azioni e Interventi:</b>	
Atti e procedure coerenti con il piano definito	

### 3.1.2 PROGETTI DI RIORGANIZZAZIONE DELLE FUNZIONI

<b>Posti letto</b> A dicembre 2015 sono stati incrementati i posti letto di medicina interna presso il <u>presidio ospedaliero di Spilimbergo</u> in un'ottica di progressivo adeguamento a quanto disposto dalla DGR 2673. Gli avviati lavori di ristrutturazione presso il presidio di San Vito al Tagliamento rendono problematico l'avvio del percorso di ridefinizione coerente alle disposizioni regionali. E' stato predisposto un documento di ridefinizione del sistema dell'offerta presso il presidio di Sacile che richiede l'approvazione della Direzione Regionale. A valle dell'approvazione si procederà con la riconversione dei posti letto di medicina (10) e di post-acuti (19) collocati nella sede di Sacile dell'Ospedale di Pordenone.	
<b>Obiettivo aziendale</b>  <b>Posti letto</b>	<b>Risultato atteso</b>  E' avviato il percorso di ridefinizione dei posti letto presso i presidi ospedalieri in coerenza a quanto definito dalla DGR 2673/2014 in merito alla dotazione di posti letto per acuti.
<b>Azioni e Interventi:</b>  Avvio della riorganizzazione del presidio di Sacile in coerenza alla DGR 2673/2014 entro 60 giorni dall'approvazione della DCS.	

## DOTAZIONE POSTI LETTO

### Presidio Ospedaliero Santa Maria degli Angeli

Presidio Ospedaliero Santa Maria degli Angeli di Pordenone (compresa la sede di Sacile)	Posti letto al 31/12/2015			Posti letto al 31/12/2016			
	Ordinari	Day Hosp.	Totale	Ordinari	Day Hosp.	Totale	delta 2016-2015
Cardiologia	32	2	34	32	2	34	0
Dermatologia	1	1	2		1	1	-1
D.H. Dipartimentale	0	3	3	0	1	1	-2
Endocrinologia e malattie del metabolismo	0	2	2	0	1	1	-1
Medicina interna 1	49	7	56	49	4	53	-3
Medicina interna 2	49	4	53	49	4	53	0
Degenza breve internistica	Funzione assicurata dalla medicina d'urgenza			4		4	4
Gastroenterologia				2	2	4	4
Medicina interna Sacile	10	1	11	0	0	0	-11
Post Acuti Sacile	19	0	19	0		0	-19
Nefrologia e dialisi	11	4	15	11	2	13	-2
Neurologia	31	2	33	31	2	33	0
Pneumologia	23	2	25	23	1	24	-1
Psichiatria	15	0	15	15	0	15	0
<b>TOTALE</b>	<b>240</b>	<b>28</b>	<b>268</b>	<b>216</b>	<b>20</b>	<b>236</b>	<b>-32</b>
<b>DGR 2673 /14</b>	<b>Dotazione a regime</b>			<b>230</b>	<b>16</b>	<b>246</b>	
Pronto Soccorso e Medicina d'urgenza	13	0	13	10	0	10	-3
<b>DGR 2673 /14</b>	<b>Dotazione a regime</b>			<b>10</b>		<b>10</b>	
Riabilitazione	15	0	15	15	4	19	4
<b>DGR 2673 /14</b>	<b>Dotazione a regime</b>			<b>36*</b>	<b>4</b>	<b>40</b>	
Ostetricia e ginecologia	42	4	46	40	2	42	-4
Pediatria	10	4	14	10	4	14	0
<b>TOTALE</b>	<b>52</b>	<b>8</b>	<b>60</b>	<b>50</b>	<b>6</b>	<b>56</b>	<b>-4</b>
<b>DGR 2673 /14</b>	<b>Dotazione a regime</b>			<b>50</b>	<b>6</b>	<b>56</b>	
Chirurgia della mano	13	7	20	6	5	11	-9
Chirurgia maxillo-facciale e odontostomatologia	3	2	5	2	2	4	-1
Chirurgia Generale 1	35	2	37	31	2	33	-4
Chirurgia Generale 2	36	3	39	31	2	33	-6
Chirurgia vascolare				2	1	3	3
Oculistica	4	3	7	3	3	6	-1
Ortopedia e traumatologia	33	1	34	26	1	27	-7
Otorinolaringoiatria	20	2	22	15	1	16	-6
Urologia	20	2	22	18	1	19	-3
<b>TOTALE</b>	<b>164</b>	<b>22</b>	<b>186</b>	<b>134</b>	<b>18**</b>	<b>152</b>	<b>-34</b>
<b>DGR 2673 /14</b>	<b>Dotazione a regime</b>			<b>130</b>	<b>16</b>	<b>146</b>	
Anestesia e rianimazione	10	0	10	10	0	10	0
<b>DGR 2673 /14</b>	<b>Dotazione a regime</b>			<b>10</b>	<b>0</b>	<b>10</b>	
TOT. Pordenone	494	58	552	435	48	483	-69
<b>DGR 2673 /14</b>	<b>Dotazione a regime</b>			<b>466</b>	<b>42</b>	<b>508</b>	

\* dotazione che sarà assicurata a completamento dei lavori del nuovo ospedale di Pordenone (21 posti letto)

\*\* la dotazione sarà rivista a valle della riorganizzazione dell'attività presso lo stabilimento ospedaliero di Spilimbergo

### Presidio Ospedaliero di San Vito e Spilimbergo

Presidio Ospedaliero di San Vito e Spilimbergo	Posti letto al 31/12/2015			Posti letto al 31/12/2016			
	Ordinari	Day Hosp.	TOTALE	Ordinari	Day Hosp.	TOTALE	delta 2016-2015
Medicina interna San Vito	44	4	48	44	4	48	0
Medicina interna Spilimbergo	34	1	35	34	1	35	0
Post Acuti San Vito	6		6	6		6	0
<b>TOTALE</b>	<b>84</b>	<b>5</b>	<b>89</b>	<b>84</b>	<b>5</b>	<b>89</b>	<b>0</b>
<b>DGR 2673 /14</b>	<b>Dotazione a regime</b>			<b>90</b>	<b>8</b>	<b>98</b>	

Pronto Soccorso e Medicina d'urgenza San Vito							
<b>DGR 2673 /14</b>	<b>Dotazione a regime</b>			<b>4</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	

Riabilitazione Spilimbergo	4	1	5	4	1	5	0
<b>DGR 2673 /14</b>	<b>Dotazione a regime</b>			<b>24</b>	<b>4</b>	<b>28</b>	

Ostetricia e ginecologia San Vito	24	6	30	22	2	24	-6
Pediatria San Vito	7	2	9	6	2	8	-1
<b>TOTALE</b>	<b>31</b>	<b>8</b>	<b>39</b>	<b>28</b>	<b>4</b>	<b>32</b>	<b>-7</b>
<b>DGR 2673 /14</b>	<b>Dotazione a regime</b>			<b>28</b>	<b>4</b>	<b>32</b>	

Chirurgia Generale San Vito	32	2	34	20	2	22	-12
Chirurgia Generale Spilimbergo	17	3	20	14	2	16	-4
Ortopedia e traumatologia San Vito	30	2	32	22	2	24	-8
Ortopedia e traumatologia Spilimbergo	17	3	20	10	2	12	-8
Otorinolaringoiatria San Vito	6	1	7	5	1	6	-1
<b>TOTALE</b>	<b>102</b>	<b>11</b>	<b>113</b>	<b>71</b>	<b>9</b>	<b>80</b>	<b>-33</b>
<b>DGR 2673 /14</b>	<b>Dotazione a regime</b>			<b>66</b>	<b>8</b>	<b>74</b>	

Anestesia e rianimazione San Vito	5	1	6	5	0	5	-1
<b>DGR 2673 /14</b>	<b>Dotazione a regime</b>			<b>4</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	

<b>TOT. San Vito- Spilimbergo</b>	<b>226</b>	<b>26</b>	<b>252</b>	<b>192</b>	<b>19</b>	<b>211</b>	<b>-41</b>
<b>DGR 2673 /14</b>	<b>Dotazione a regime</b>			<b>216</b>	<b>24</b>	<b>240</b>	

posti letto territorio	Posti letto al 31/12/2015	Posti letto al 31/12/2016	DGR 2673 /14
OSPEDALE DI PROSSIMITA' - MANIAGO	30	30	
R.S.A. - AZZANO DECIMO	25	25	
R.S.A. - PORDENONE	18	18	
R.S.A. - ROVEREDO	24	24	
R.S.A. - S. VITO AL TAGLIAMENTO	26	26	
R.S.A. - SACILE	28	28	
SIP - SACILE		30	
<b>totale RSA e strutture intermedie</b>	<b>151</b>	<b>181</b>	<b>223</b>
Hospice San Vito	10	10	
<b>totale Hospice</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>20</b>
CSM H 24	22	22	31
alcoologia	0	0	6
SUAP	0	0	14

<b>Riorganizzazione delle funzioni</b>	
Raccordo con la programmazione precedente	
<p>Nel 2015 non sono stati completati i percorsi di riorganizzazione definiti in considerazione dell'avvio della riforma del SSR e della variazione dei vertici istituzionali del CRO.</p> <p>L'avviato percorso di cambiamento del sistema informatico condiziona il percorso di integrazione con CRO nonché richiede un'importante revisione dei livelli di attività in considerazione della intervenuta riduzione di dotazione organica</p>	
<b>Obiettivo aziendale</b> <b>Integrazione della funzione di ANATOMIA PATOLOGICA</b>	<b>Risultato atteso</b> Organizzazione e gestione quali-quantitativa delle attività di Anatomia Patologica di ambito oncologico sono integrate tra CRO e AAS5 <u>entro giugno 2016 sulla base di specifico documento.</u>
<b>Trasferimento della funzione di ONCOLOGIA</b>	La responsabilità di organizzazione e gestione delle attività di Oncologia presso il CRO e presso le Strutture di AAS5 è trasferita al CRO <u>entro giugno 2016 sulla base di specifico documento.</u>
<b>Trasferimento della funzione di CARDIOLOGIA ONCOLOGICA</b>	La responsabilità di organizzazione e gestione delle attività di Cardiologia-oncologia presso il CRO e presso le Strutture di AAS5 è trasferita ad AAS5 <u>entro giugno 2016 sulla base di specifico documento.</u>
<b>Trasferimento della funzione di MEDICINA NUCLEARE</b>	La responsabilità di organizzazione e gestione delle attività di Medicina Nucleare presso il CRO e presso le Strutture di AAS5 è trasferita al CRO <u>entro dicembre 2016 sulla base di specifico documento.</u>
<b>Integrazione delle funzioni di Laboratorio analisi, Microbiologia e Virologia</b>	La funzione di Laboratorio analisi, Microbiologia e virologia del CRO è integrata con l'AAS5 <u>entro ottobre 2016.</u>

<b>Azioni e Interventi:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Incontri tra le Direzioni Aziendali</li> <li>- Definizione di una progettazione operativa per ciascuna funzione con evidenza di attività, dotazione risorse professionali e tecnologiche, costi e tempi di attuazione</li> <li>- Costituzione di tavoli tecnici interaziendali propedeutici per la formulazione dei documenti di proposta riorganizzativa</li> <li>- Trasmissione alla DCS dei documenti di proposta redatti congiuntamente</li> </ul>	
<b>Funzioni da attivare</b>	
<b><u>Raccordo con la programmazione precedente</u></b> In attuazione a quanto disposto dalla DGR 929/2015	
<b>Obiettivo aziendale</b> <b>Reumatologia</b>	<b>Risultato atteso</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Attivazione <u>entro il 30 giugno 2016</u> del servizio di Reumatologia presso il presidio ospedaliero hub S. Maria degli Angeli di Pordenone;</li> <li>b) presenza di almeno un medico reumatologo nelle medicine interne dei presidi ospedalieri spoke;</li> <li>c) evidenza dell'attività ambulatoriale di reumatologia (specifico codice per visite e controlli) presso i nodi della rete.</li> </ul>
<b>Obiettivo aziendale</b> <b>Malattie Infettive</b>	<b>Risultato atteso</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Attivazione <u>entro il 30 settembre 2016</u> del servizio di malattie infettive presso il presidio ospedaliero hub S. Maria degli Angeli di Pordenone;</li> <li>b) Evidenza di una collaborazione del presidio ospedaliero di Pordenone per garantire le funzioni di infettivologia presso gli stabilimenti ospedalieri di San Vito/Spilimbergo.</li> </ul>
<b>Azioni e Interventi:</b> Individuazione del referente aziendale per la funzione di Reumatologia e di Infettivologia all'interno dell'Ospedale di Pordenone a valle del percorso di riconversione della SOC medicina interna di Sacile. Raccordo funzionale per reumatologia e infettivologia tra l'Ospedale hub e le sedi periferiche. Acquisizione dei professionisti dedicati alle funzioni di infettivologia.	

<b>Linea 3.1.4 Piano Emergenza urgenza</b>	
Con la DGR n. 2.039 del 16 ottobre 2015 è stato approvato il Piano dell’Emergenza Urgenza della Regione Friuli Venezia Giulia.	
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
<b>Avvio delle attività previste dal Piano dell’Emergenza Urgenza</b>	-Attuazione della riconversione del PS di Sacile in Punto di primo intervento <u>entro il 31 marzo 2016</u> ; - Assicurare la presenza dell’ambulanza per la stagione invernale a Piancavallo
<b>Azioni e Interventi:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incontri con DCS e con le comunità locali per la definizione del piano di riorganizzazione per la sede di Sacile</li> <li>- Definizione da parte della Direzione Medica delle indicazioni operative attuative del Piano (es. ADE)</li> </ul>	

<b>Linea 3.1.5 Piano Sangue</b>	
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
<b>Centro Unico Regionale di Produzione degli Emocomponenti presso la sede ospedaliera di Palmanova.</b>	Collaborazione con la DCS per la predisposizione del Piano Sangue ed eventuale riorganizzazione organizzativa per la costituzione del Centro Unico Regionale di Produzione degli Emocomponenti presso la sede di Palmanova.
<b>Azioni e Interventi:</b>	
Partecipazione agli incontri regionali	

<b>Linea 3.1.6 Piano Oncologico</b>	
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
<b>Adozione del nuovo Piano Oncologico</b>	Collaborazione con la DCS per la predisposizione del Piano Oncologico. Definizione di una road map aziendale per l’attuazione del Piano.
<b>Azioni e Interventi:</b>	
Partecipazione agli incontri regionali	
Definizione del piano operativo in collaborazione con il CRO.	

<b>Linea 3.1.7 Piano della Riabilitazione</b>	
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
<b>Adozione del nuovo Piano della Riabilitazione</b>	Collaborazione con la DCS per la predisposizione del Piano della Riabilitazione. Definizione di una road map aziendale per l'attuazione del Piano.
<b>Azioni e Interventi:</b> Partecipazione agli incontri regionali Definizione di un gruppo di lavoro aziendale per la definizione di un piano operativo.	

<b>Linea 3.1.8 Piano della Salute Mentale</b>	
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
<b>Adozione del nuovo Piano della Salute Mentale</b>	Collaborazione con la DCS per la predisposizione del nuovo Piano della Salute Mentale.
<b>Azioni e Interventi:</b> Partecipazione agli incontri regionali	

<b>Linea 3.1.9 Laboratorio analisi e Microbiologia e virologia</b>	
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
<b>Laboratori analisi e Microbiologia e virologia</b>	Completamento della nuova organizzazione con la realizzazione del centro HUB nel presidio ospedaliero di Pordenone. Definizione dei fabbisogni organizzativi per i presidi di San Vito al Tagliamento e Spilimbergo.  Assicurare la presenza del Point of Care a Maniago e a Sacile.
<b>Azioni e Interventi:</b> Individuazione di gruppi di lavoro aziendali sulle diverse linee di lavoro Attività di configurazione del sistema informatico.	

### 3.2 PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

<b>Linea 3.2. Promozione della salute e prevenzione</b>	
<b>Obiettivo aziendale</b>  <b>Individuare un referente aziendale per ogni programma del Piano Regionale della Prevenzione</b>	<b>Risultato atteso</b>  Comunicazione formale alla DCS, entro febbraio 2016, del nominativo dei referenti con relativo contatto.
<b>Azioni e Interventi:</b>  Individuazione per ciascun Programma del Piano Regionale della Prevenzione dei referenti aziendali Censimento dei programmi e degli impegni per le diverse strutture operative aziendali coinvolte.	

<b>Linea 3.2.1 Migliorare la salute nei soggetti a rischio MCNT e malati cronici (Programma I PRP)</b>	
<b>Obiettivo aziendale</b>  <b>Adozione di un protocollo operativo per l'applicazione dello strumento di valutazione standardizzata degli stili di vita e del rischio cardiovascolare, attraverso un percorso collaborativo con distretti e dipartimento di prevenzione.</b>	<b>Risultato atteso</b>  Adozione, entro il 2016, di un protocollo operativo per l'applicazione dello strumento.
<b>Organizzazione di almeno un corso residenziale su valutazione del rischio cardiovascolare.</b>	Evidenza della realizzazione di un corso di formazione residenziale.  Evidenza della formazione di almeno il 7 % degli operatori appartenenti a ciascuna categoria.
<b>Partecipare al gruppo di lavoro regionale inter-professionale (psichiatri, pediatri, MMG, operatori della salute mentale, anche dell'età evolutiva, e del distretto) per la definizione di modalità di collaborazione al fine di attivare percorsi di presa in carico precoce dei soggetti con disturbi d'ansia e depressivi; avviare la formazione di MMG e PLS.</b>	Evidenza della partecipazione al gruppo di lavoro per la redazione del documento condiviso a livello regionale.
<b>Azioni e Interventi:</b>  Condivisione e diffusione del protocollo operativo.  Progettazione degli eventi formativi per la valutazione del rischio cardiovascolare  Individuazione di un referente aziendale per sviluppare livelli e modalità di attuazione del protocollo intra-aziendali (distretti, cardiologie etc.)  Partecipazione alle attività previste dalla DCS in attuazione degli obiettivi previsti dal Piano della Prevenzione.	

<b>Linea 3.2.2 Gli screening oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia (Programma II PRP)</b>	
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
Raggiungere e/o mantenere un'adesione ai programmi di screening pari al 65% per la cervice uterina, al 65% per la mammella, e al 70% per il carcinoma del colon retto	Tendenziale incremento all'adesione ai programmi di screening in coerenza ai valori attesi a livello regionale.
Predisporre un piano di riorganizzazione delle attività senologiche, incluse quelle di screening di primo e secondo livello, finalizzato a garantire nel territorio di competenza un'offerta di servizi coordinati tra loro, che rispondano a precisi standard di qualità, come previsto dall'Atto d'Intesa del 18 dicembre 2014 della Conferenza Stato-Regioni sul documento recante "Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete dei Centri di Senologia".	Evidenza di un documento di riorganizzazione dell'attività senologica in collaborazione con CRO
Collaborare alla definizione di un protocollo regionale per l'identificazione delle donne con profilo di rischio eredo-familiare per tumore della mammella e il loro inserimento in programmi individualizzati di controlli periodici di sorveglianza.	Partecipazione alla definizione di un protocollo concordato.
Garantire che i radiologi certificati svolgano sia la lettura del test mammografico di screening sia la gestione del percorso di approfondimento diagnostico dei casi richiamati	Evidenza della garanzia della lettura del primo livello e gestione del percorso di approfondimento diagnostico da parte di radiologi certificati
Garantire la tempestiva refertazione dello screening mammografico e ridurre i richiami intermedi (early recall) dopo approfondimento	Mantenimento delle attività di screening della mammella con: <ul style="list-style-type: none"> <li>- &gt;90% esami negativi di primo livello refertato entro 15 giorni</li> <li>- percentuale di early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso"/totale dei casi chiusi dall'unità senologica inferiore al 10%</li> </ul>
Garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica per gli esami di 2° livello di screening	Evidenza della completezza di compilazione della cartella endoscopica nel >=95% dei casi.
Realizzare almeno un evento formativo accreditato dedicato ai MMG e almeno 3 incontri o iniziative con la popolazione dedicati alla sensibilizzazione sugli screening oncologici	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evidenza della realizzazione di almeno un evento, dedicato agli MMG, a catalogo ECM nel biennio 2015-2016</li> <li>- Locandina incontri o news delle iniziative sul sito internet aziendale</li> </ul>
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.	Mantenimento delle attuali modalità operative per l'aggiornamento dell'anagrafe sanitaria (a valle delle lettere inesitate)
Unificare le modalità di prenotazione dei pap-test di screening e permettere maggiore flessibilità per l'appuntamento.	Mantenimento dell'attività gestita a Call Center
<b>Azioni e Interventi:</b>	

<p>Partecipazione ad incontri a carattere regionale</p> <p>Avvio di un tavolo di confronto con CRO per la revisione organizzativa dell'unità senologica anche in coerenza al decreto Balduzzi.</p> <p>Partecipazione ad iniziative di sensibilizzazione per l'adesione agli screening</p> <p>Monitoraggio periodico degli indicatori di completezza della cartella endoscopica</p> <p>Trasmissione periodica ai distretti delle lettere inesitate degli screening</p>
---

<b>Linea 3.2.3 Gli screening neonatali (Programma III PRP)</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p><b>Partecipare ai lavori (coordinati dal IRCSS Burlo) finalizzati all'adozione formale di una procedura regionale per lo screening neonatale audiologico e per lo screening neonatale oftalmologico.</b></p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Garantire la partecipazione ai lavori</p> <p>Collaborare alle attività propedeutiche all'adozione della procedura regionale, per lo screening neonatale audiologico e per lo screening neonatale oftalmologico, in tutti i punti nascita.</p>
<p><b>Assicurare da parte di tutti i punti nascita la regolare comunicazione IRCSS Burlo della rilevazione del TSH neonatale.</b></p>	<p>Report di monitoraggio del programma regionale</p>
<p><b>Azioni ed interventi:</b></p> <p>Individuazione del referente aziendale</p> <p>Trasmissione dei dati all'IRCSS Burlo</p>	

<b>Linea 3.2.4 Salute e sicurezza nelle scuole e benessere dei giovani (Programma III PRP)</b>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p><b>Realizzare interventi di promozione della salute nelle scuole, compreso il modello what's up, raggiungendo almeno il 40% degli istituti scolastici di competenza.</b></p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Evidenza delle attività di promozione della salute nelle scuole (almeno il 40% degli istituti).</p> <p>Trasmissione report di attività alla DCS (al 31.12.2016)</p>
<p><b>Coordinare le attività relative al perseguimento degli obiettivi del programma III relativamente all'obiettivo specifico di promozione della cultura della salute e sicurezza in ambito scolastico</b></p>	<p>Evidenza delle attività realizzate sia per quanto attiene gli stili di vita dei giovani (alimentazione, attività fisica, fumo, alcool etc.) che i livelli di sicurezza negli ambienti di lavoro</p> <p>Evidenza dei livelli di coordinamento assicurati</p>
<p><b>Dotazione di un modello per descrivere i percorsi di collegamento tra scuole, servizi sociali e servizi di salute mentale per l'età evolutiva per la tempestiva identificazione dei soggetti con problemi emozionali e/o comportamentali e di disagio</b></p>	<p>Evidenza del modello organizzativo adottato</p>
<p><b>Organizzare almeno un incontro tra professionisti sanitari e della scuola, volti a sensibilizzare rispetto al tema dell'espressione del disagio sociale</b></p>	<p>Almeno un incontro organizzato (Fonte di verifica: verbale)</p>
<p><b>Azioni ed interventi:</b></p> <p>Attivazione di un tavolo di coordinamento regionale tra i dipartimenti di prevenzione delle diverse aziende.</p> <p>Incontri tra équipe di consultori, DSM e NPI per la condivisione di tecniche, strumenti e check list</p> <p>Incontri con istituti scolastici, ambiti socio-assistenziali e dipartimento di prevenzione.</p>	

<b>Linea 3.2.5 Prevenzione delle dipendenze (Programma IV PRP)</b>	
<b>Obiettivo aziendale</b>	Risultato atteso:
Realizzare almeno un corso di formazione accreditato per l'identificazione precoce delle persone con comportamenti di addiction e di consumo a rischio, compreso il gioco d'azzardo.	Realizzazione di un corso di formazione rivolto a MMG, PLS, medici ospedalieri
<b>Azioni ed interventi:</b> Incontri tra dipartimento per le dipendenze, distretti, consultori, pediatrie ospedaliere, PS Progettazione dell'evento formativo	

<b>Linea 3.2.6 Promozione dell'attività fisica (Programma V PRP)</b>	
<b>Obiettivo aziendale</b>	Risultato atteso:
Assicurare interventi e programmi finalizzati alla riduzione del rischio sedentarietà nella popolazione generale e alla promozione dell'attività fisica nell'anziano, anche in collaborazione con associazioni ed enti locali (es. gruppi di cammino, attività organizzata per anziani, ecc.)	Report di attività con interventi, programmi e associazioni ed enti locali coinvolti
Realizzare un catalogo aziendale delle offerte e opportunità di attività fisica presenti sul territorio	Catalogo aziendale disponibile sul sito internet dell'azienda
<b>Azioni ed interventi:</b> Mantenimento dell'attività dei gruppi di cammino già avviati negli Enti Locali Sviluppo di un progetto di promozione dell'Attività Fisica Adattata presso i servizi riabilitativi distrettuali.	

<b>Linea 3.2.7 Prevenzione degli incidenti stradali (Programma VI PRP)</b>	
<b>Obiettivo aziendale</b>	Risultato atteso:
Realizzare una mappatura degli stake-holders e delle iniziative locali attive che possono diventare moltiplicatori dell'azione preventiva in tema di prevenzione degli incidenti stradali.	Evidenza della mappatura (lista di enti, iniziative con persona di riferimento e contatti) da trasmettere alla DCS
<b>Azioni ed interventi:</b> Collaborazione con la DCS per lo sviluppo di un programma di lavoro attuativo di quanto previsto a livello regionale Realizzazione di specifiche riunioni di progetto Realizzazione di attività di formazione/supporto per il personale degli uffici tecnici comunali.	

<b>Linea 3.2. 8 Prevenzione degli incidenti domestici (Programma VII PRP)</b>	
<b>Obiettivo aziendale</b>	Risultato atteso:
Evidenza delle attività relative al perseguimento degli obiettivi del programma "prevenzione degli incidenti domestici".	Evidenza del report sulle attività previste dal Programma VII PRP inviato alla DCS

<b>Realizzare almeno un evento di formazione degli operatori dell'assistenza domiciliare all'applicazione della check-list per la rilevazione dei rischi nelle abitazioni</b>	Evidenza della realizzazione di almeno un evento di formazione sulla check-list per la rilevazione dei rischi nelle abitazioni
<b>Tutti i Pronto soccorso: eseguire la registrazione degli eventi infortunistici in ambiente domestico.</b>	La registrazione degli eventi infortunistici in ambiente domestico è attiva in tutti i Pronto Soccorso
<b>Azioni ed interventi:</b>	
Organizzazione di un evento formativo per il personale dell'ADI Mantenimento delle attività di registrazione sull'applicativo SEI (pronto soccorso)	

<b>Linea 3.2.9 Miglioramento della qualità nelle attività del dipartimento di prevenzione con particolare riferimento alle attività di vigilanza e controllo (Programma VIII PRP)</b>	
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
<b>SPSAL: Partecipare alla elaborazione collaborativa della procedure di vigilanza in edilizia e diffondere ai portatori di interesse</b>	Report congiunto di attività alla DCS
<b>SPSAL: Partecipare alla elaborazione collaborativa della procedure di vigilanza in agricoltura e diffondere ai portatori di interesse</b>	Report congiunto di attività alla DCS
<b>Partecipare i lavori di stesura di linee guida regionali sulla prevenzione di rischi infettivi nelle attività correlate alle pratiche estetiche e di protocolli operativi sulla uniformità dei controlli</b>	Evidenza della partecipazione al tavolo di lavoro per la definizione di linee guida regionali
<b>SIAN/VET: partecipare alla formazione degli auditor e al programma di mantenimento della qualifica</b>	Almeno 8 auditor ufficiali formati
<b>Individuare un'azienda referente per la realizzazione di un corso di sostegno alle capacità organizzativo-gestionali delle risorse umane per dirigenti, coordinatori e P.O. dei Dipartimenti di Prevenzione</b>	L'Azienda si rende disponibile a realizzare il corso anche a valenza regionale.
<b>SPSAL: realizzare un programma di audit mirato alle aziende dei comparti agricolo ed edile con il coinvolgimento dei comitati paritetici e bilaterali</b>	Operatori formati sulle tecniche di audit (almeno 3), realizzata la scheda di audit, programmazione di audit .
<b>Partecipare alla revisione della lista dei controlli sulle imprese e alla diffusione del documento ai portatori di interesse</b>	Lista regionale dei controlli sulle imprese disponibile sul sito aziendale
<b>Azioni e Interventi:</b>	
Partecipazione ad incontri a valenza regionale per le procedure di vigilanza Sviluppo di modalità di coordinamento e collaborazione alle linee di lavoro definite a livello regionale Definizione di un programma in ambito aziendale per la diffusione agli stake-holder (es. Coldiretti) Partecipazione alla attività regionale di formazione quali auditor Partecipazione agli audit di sistema definiti a livello regionale Sviluppo di un piano formativo per il modello organizzativo del dipartimento Implementazione delle liste di controllo da realizzare sulle imprese (resa pubblica sul sito internet aziendale dal secondo semestre in coerenza alle indicazioni della DCS ).	

<b>Linea 3.2.10 Migliorare la salute e la sicurezza nei comparti a maggior rischio (Programma IX PRP)</b>	
<b>Obiettivo aziendale</b> Mantenere un'adeguata vigilanza nei settori edile e agricolo secondo i parametri definiti a livello nazionale	<b>Risultato atteso</b> Mantenimento delle attività di vigilanza complessiva (dato 2015 che si attesta sul 4%).  Agricoltura: 5% delle rivendite di macchine agricole e 10% degli allevamenti/aziende agricole selezionati in base ai criteri individuati dal Gruppo Regionale Agricoltura.  Edilizia: mantenimento vigilanza nei cantieri (volumi 2015)  Trasmissione report di attività alla DCS
<b>Realizzare almeno un incontro informativo/formativo rivolto ai soggetti della prevenzione operanti nel settore edile e agricolo</b>	Report di attività alla DCS con descrizione evento formativo, numero di soggetti formati suddivisi per categoria
<b>Azioni e Interventi:</b> Organizzare un evento formativo destinato ad operatori delle rivendite di macchine agricole Organizzare un evento formativo destinato ad operatori dell'edilizia Incontri e riunioni di progettazione dell'evento formativo	

<b>Linea n 3.2.11 Emersione e prevenzione delle malattie professionali in Friuli Venezia Giulia e promozione della salute nei luoghi di lavoro (Programma X PRP)</b>	
<b>Obiettivo aziendale:</b>  Realizzare in modo coordinato, 2 corsi accreditati e 2 iniziative di sensibilizzazione in collaborazione una con l'ordine dei medici e una con le aziende ospedaliere, finalizzati ad una maggiore conoscenza per la corretta valutazione dei rischi ergonomici, al reinserimento dei soggetti patologici e all'appropriatezza e qualità delle segnalazioni di malattia professionale.	<b>Risultato atteso:</b>  Evidenza della collaborazione con la Direzione Centrale per la realizzazione delle attività di formazione/sensibilizzazione.
<b>Realizzare o completare la valutazione dello stress lavoro correlato</b> nelle aziende segnalate da progetto nazionale	Evidenza report di attività alla DCS
<b>Redigere, adottare formalmente un programma integrato di promozione della salute dei dipendenti, che coinvolga i medici competenti, per la declinazione operativa delle azioni dell'obiettivo specifico "Progetto pilota per un programma integrato di salute e benessere dei dipendenti pubblici..." del PRP.</b>	Report sui lavoratori a rischio cardiovascolare globale Adozione di regolamento regionale sul fumo Istituzione del registro aziendale degli accertatori Offerta di percorsi per smettere di fumare
<b>Realizzare, nel biennio 2015-2016 almeno un corso destinato ai dipendenti sui corretti stili di vita.</b>	Evidenza del corso di formazione realizzato
<b>Azioni e Interventi:</b> Sviluppo di modalità di coordinamento e collaborazione alle linee di lavoro definite a livello regionale Incontri di progettazione delle attività formative Progettazione delle iniziative di sensibilizzazione.	

<b>Linea n 3.2.11 Emergenza e prevenzione delle malattie professionali in Friuli Venezia Giulia e promozione della salute nei luoghi di lavoro (Programma X PRP)</b>	
Incontri tra medici competenti, dipartimento prevenzione per lo sviluppo delle progettualità su salute e benessere dei dipendenti. Coordinamento delle attività aziendali per la predisposizione del regolamento sul fumo in coerenza alla linea di lavoro regionale.	

<b>Linea n 3.2.12 Miglioramento dei sistemi informativi e di sorveglianza (Programma XI PRP)</b>	
<b>Elaborare 2 indicatori atti a rilevare le differenze di genere nell'accesso ad un'offerta di prevenzione e ad un percorso di cura</b>	Assicurare adeguati livelli di collaborazione con la Direzione Centrale Salute.
<b>Alimentare le banche dati INFORMO e MALPROF e coordinarsi per la stesura di un report regionale</b>	Alimentazione strutturata delle basi dati INFORMO e MALPROF (se reso operativo) Report congiunto di attività inviato alla DCS
<b>Inviare i dati di attività dei servizi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro alla regione per trasmissione al comitato interregionale di coordinamento</b>	Evidenza del report secondo le indicazioni della DCS
<b>Monitorare le verifiche periodiche delle attrezzature di lavoro con inserimento dei dati in apposito database</b>	L'inserimento dei dati sarà assicurato una volta reso disponibile a livello regionale il data base da implementare.
<b>Completare l'inserimento delle anagrafiche degli OSM riconosciuti/registrati nel sistema SIMVSA al fine di allineare la banca dati SISAVER con gli ATECO previsti dalla masterlist Regolamento CE 852/2004</b>	L'attività di controllo e verifica delle anagrafiche (messe a disposizione dalla DCS) sarà assicurata.
<b>Azioni e Interventi:</b> Partecipazione agli incontri di coordinamento regionale. La registrazione delle verifiche periodiche sulle attrezzature sarà effettuato a valle della definizione da parte della regione del sistema informatico di riferimento (data base). Registrazione delle attività sugli applicativi a disposizione	

<b>Linea n 3.2.13 Ambiente e salute, facilitare una migliore qualità dell'ambiente e del territorio, secondo il modello della salute in tutte le politiche (Programma XII PRP)</b>	
<b>Il "Gruppo tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali" di cui al Decreto n. 630/SPS del 12/08/2015 finalizzato alla valutazione delle ricadute sulla salute connesse ai determinanti ambientali, comportamentali e sociali, definisce protocolli operativi di sorveglianza epidemiologica da applicare ad aree critiche di particolare interesse.</b>	In coerenza con i risultati dell'indagine effettuata nel corso del 2015, redigere un documento con l'insieme delle criticità e delle procedure relative alle acque destinate al consumo umano relative al proprio territorio e finalizzato alla stesura del protocollo regionale.
<b>Nell'ambito del tavolo tecnico di "Valutazione Impatto sulla Salute (VIS)" istituito con Decreto n.343/SPS del 19/05/2015 approfondire le metodologie per la valutazione delle ricadute sulla salute in ambito di Piani/Programmi/Progetti per proponenti e valutatori nell'ambito del progetto CCM Tools 4HIA che si concluderà nel primo</b>	Evidenza della partecipazione al tavolo tecnico VIS

<b>Linea n 3.2.13 Ambiente e salute, facilitare una migliore qualità dell'ambiente e del territorio, secondo il modello della salute in tutte le politiche (Programma XII PRP)</b>	
semestre del 2016.	
Relativamente alla promozione della sostenibilità e dell'eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, in relazione al rischio radon, dovranno essere realizzate in collaborazione con ARPA iniziative di formazione e sensibilizzazione rivolte agli operatori della sanità e agli ordini professionali.	L'Azienda si propone quale livello di coordinamento regionale anche per la realizzazione con ARPA di evento formativo per progettisti e uno per operatori.
Garantire un numero di controlli coerenti con il piano nazionale annuale dei controlli in materia di REACH/CLP, per quanto attiene target group e tipologia di sostanze controllate, di almeno 1.	Evidenza della realizzazione di almeno 1 controllo
Sensibilizzare gli "end user" sugli obblighi che fanno loro capo in materia di REACH: si provvede a individuare tra i settori economici produttivi di maggiore rilievo regionale gli end users specificatamente produttori di articoli e una ASS capofila per l'organizzazione e realizzazione di un evento formativo per le imprese del settore e RSPP	Collaborazione alla realizzazione dell'evento formativo coordinato dal gruppo regionale su fitofarmaci e sui cosmetici
Assicurare la trasmissione delle schede ReNaM. Trasmettere i dati sui soggetti esposti al CRUA e alla DCS secondo le relazioni annuali compilate dalle ditte di bonifica.	Assolvimento del debito informativo per: - schede ReNaM trasmesse (registro mesotelioma) - i dati sui soggetti attualmente esposti trasmessi al CRUA e alla DCS.
Promuovere la sensibilizzazione sul corretto uso della telefonia cellulare dopo condivisione della documentazione di riferimento programmare eventi formativi destinati in particolare ai pediatri, agli insegnanti e agli operatori della prevenzione.	Partecipazione alle attività formative con 2 operatori.
<b>Azioni e Interventi:</b> Partecipazione alle attività di coordinamento regionale (proseguo delle attività) Mantenimento delle attività aziendali della "Unità di crisi" in raccordo con la DCS Collaborazione alla progettazione corso di formazione a livello regionale Mantenimento attività di raccolta e sistematizzazione dei flussi informativi	

<b>Linea n 3.2.14 - Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive (Programma XIII PRP)</b>	
Realizzare un corso di formazione sulla sorveglianza di malattie prevenibili con vaccino (morbillo, malattie batteriche invasive) con almeno il 50% di operatori formati (MMG, PLS, Operatori dei servizi vaccinali e di profilassi delle malattie infettive, direzioni ospedaliere).	Evidenza della attività formativa.
Definire i percorsi di collaborazione ospedale-territorio per la gestione dei casi di TBC, verificando la coerenza con le linee regionali	Definizione del modello organizzativo aziendale tra Dipartimento di Prevenzione e Direzioni Mediche ospedaliere

<b>Linea n 3.2.14 - Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive (Programma XIII PRP)</b>	
aggiornate dal tavolo regionale	
Garantire l'offerta attiva e gratuita del test HIV, anche in forma anonima.	Sul sito internet aziendale sono già disponibili le informazioni per il test HIV.
Partecipare ai gruppi di lavoro regionali finalizzati alla stesura di protocolli per la vaccinazione di soggetti fragili/a rischio e alla comunicazione per la vaccinazione Garantire la rilevazione delle reazioni avverse a vaccino in collaborazione tra servizi di farmacovigilanza e servizi vaccinali realizzando il causality assessment per tutte le reazioni gravi.	- Miglioramento delle coperture vaccinali per le categorie a rischio per patologia (incremento vaccinazione anti-influenzale: dato anno 2014= 11,9%) - Mantenimento del report aziendale inviato alla DCS
Tutti gli ospedali partecipano ai programmi di sorveglianza delle ICA, con evidenza di monitoraggio degli indicatori regionali.	Trasmissione dei dati alla DCS degli indicatori regionali monitorati
Effettuare in tutti gli ospedali per acuti la Point Prevalence Survey sulle Infezioni correlate all'assistenza.	Evidenza dell'effettuazione della PPS
Effettuare in tutti gli ospedali per acuti la Point Prevalence Survey sul consumo degli antibiotici.	Partecipare al programma regionale di antimicrobial stewardship
Collaborare alla realizzazione di un evento di formazione sull'uso appropriato degli antimicrobici negli allevamenti industriali e partecipare alla formazione organizzata per il corretto uso degli antimicrobici negli allevamenti industriali	Evidenza della collaborazione alla realizzazione dell'evento.
Partecipare alla stesura e adottare le linee guida regionali per la gestione di un caso/focolaio di malattia da alimenti (MTA)	Evidenza della partecipazione ai lavori di predisposizione delle Linee Guida.
Partecipare alla realizzazione del Piano Integrato di sorveglianza uomo/animale per la prevenzione delle malattie infettive trasmesse da vettori	Partecipazione alla realizzazione del piano
<b>Azioni e Interventi:</b> Progettazione degli interventi formativi Realizzazione di incontri con le Direzioni Mediche ospedaliere per la definizione del modello di funzionamento per la presa in carico integrata per la gestione dei casi di TBC. Partecipazione agli incontri in DCS per lo sviluppo ed implementazione delle diverse linee di lavoro previste dal Piano Regionale Prevenzione. Effettuazione delle attività propedeutiche alla PPS	

<b>Linea n 3.2.15 - Comunicazione del rischio e gestione delle emergenze (Programma XIV PRP)</b>	
Applicare il protocollo regionale sull'assistenza sanitaria alle persone migranti ed inviare settimanalmente i dati di attività	Evidenza dell'invio di report
Realizzare in modo coordinato almeno un intervento formativo/informativo per la sensibilizzazione di gruppi specifici (tatuatori, estetisti, piercers...) sui problemi correlati alle	Partecipazione alle attività regionali per la attivazione di un intervento formativo/informativo

<b>Linea n 3.2.15 - Comunicazione del rischio e gestione delle emergenze (Programma XIV PRP)</b>	
<b>malattie trasmissibili</b>	
<b>Garantire la formazione dei propri operatori sull'antimicrobial stewardship</b>	Almeno il 25% di medici prescrittori formati
<b>Diffondere a tutti gli operatori sanitari la reportistica regionale sulle resistenze batteriche</b>	Report inviato in formato elettronico a tutti gli operatori sanitari coinvolti in prescrizione e somministrazione di farmaci
<b>Azioni e Interventi:</b> Mantenimento dell'assistenza sanitaria per migranti Incontro di coordinamento a livello regionale propedeutico all'avvio delle attività rivolte a gruppi specifici (tatuatori, etc.) Prosecuzione delle attività del programma di antimicrobial stewardship Strutturazione delle attività aziendali del medico infettivologo	

<b>Linea n 3.2.16 - Alimentazione e salute: promozione di un'alimentazione sana, sicura e sostenibile (Programma XV PRP)</b>	
<b>Costituire un gruppo di lavoro aziendale per la promozione dell'allattamento al seno con le componenti previste dal piano prevenzione, individuare il referente al tavolo regionale e redigere un piano finalizzato ad aumentare il numero di donne che alla dimissione allattano al seno in modo esclusivo.</b>	Evidenza della costituzione del gruppo aziendale
<b>Svolgere l'autovalutazione dei punti nascita secondo manuale UNICEF</b>	Evidenza del report di autovalutazione
<b>Realizzare il censimento delle sedi operative di ristorazione collettiva con verifica dell'applicazione delle linee guida regionali/nazionali e monitoraggio della realizzazione delle attività previste dal programma.</b>	Collaborare alla realizzazione del censimento.
<b>Rilevare la presenza del sale iodato nel 70% dei controlli svolti negli esercizi di vendita e nelle imprese di ristorazione collettiva e realizzare il monitoraggio della promozione del sale iodato, richiesta dal Ministero, inserendo nel programma SISAVeR i dati dei controlli ufficiali</b>	L'implementazione dei dati potrà avvenire a seguito della messa a disposizione del campo specifico
<b>Individuare un'azienda referente e realizzare in modo coordinato un evento formativo/informativo sull'etichettatura in applicazione del regolamento CE 1169/2011 (etichettatura prodotti alimentari)</b>	Collaborazione alla realizzazione di un evento formativo sull'etichettatura
<b>Azioni e Interventi:</b> Individuazione di uno (o più) referenti aziendali Registrazione delle attività nei sistemi informativi dedicati Collaborazione alla programmazione di eventi formativi per associazioni di categoria sulle etichettature	

<b>Linea n 3.2.17 - Sicurezza alimentare e di salute e benessere animale</b>	
<b>Ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi contenuti nel Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare</b>	Collaborare con il livello regionale per la definizione degli obiettivi di attività di rilevanza aziendale del Piano Regionale Controlli in materia di sicurezza alimentare.
<b>Effettuare i controlli sulla condizionalità come da convenzione con il MIPAAF/AGEA</b>	Effettuare il 100% dei controlli previsti per gli atti di interesse della condizionalità e inserire le evidenze ed i verbali in BDN.
<b>Ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi contenuti nel Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare anche attraverso l'attività di ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base ai criteri del rischio, delle imprese alimentari; a parità di rischio dovrà essere mantenuto almeno il tasso di copertura 2015</b>	In attesa delle indicazioni del PRISAN sono programmate le seguenti attività (SIAN e VET. Origine Animale): <ul style="list-style-type: none"> <li>- n. 800 interventi ispettivi programmati per il 2016;</li> <li>- n. 25 audit per settore programmati per il 2016</li> <li>- n. 250 campionamenti di alimenti</li> <li>- n. 300 valutazioni del rischio programmate</li> <li>- n. 10 controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni.</li> </ul> Il tasso di copertura delle attività è condizionato dagli obiettivi che la DCS assegna all'Azienda in attuazione del Piano Controlli per l'anno 2016.
<b>Attuazione del quarto anno del Progetto Piccole Produzioni Locali in accordo con la Direzione centrale agricoltura. Applicazione del nuovo Regolamento con coinvolgimento del Servizio SIAN.</b>	Evidenza delle attività di informazione/formazione  Evidenza di una relazione finale sulle attività realizzate
<b>Misure di prevenzione su base genetica per l'eradicazione della Scrapie ovina classica, finalizzate all'incremento dell'allele di resistenza della proteina prionica (ARR) nell'intero patrimonio ovino nazionale</b>	Controlli sierologici sui capi destinati alla riproduzione in coerenza a quanto previsto dal decreto ministeriale in fase di promulgazione (al fine di ottenere un patrimonio ovino regionale indenne da Scrapie).
<b>Attuazione del Piano regionale di monitoraggio e controllo della malattia di Aujeszky dei suini.</b>	n. 72 allevamenti della coorte individuati dal Piano regionale da controllare al fine del mantenimento dell'indennità.
<b>Attuazione dei controlli sul benessere animale negli allevamenti e durante il trasporto secondo le linee guida operative dettate dalla Task Force benessere animale, istituita con Decreto 659/SPS del 20/08/2015</b>	Realizzazione delle attività di controllo in coerenza con le Linee Guida in corso di definizione (anno 2015 circa 100 interventi di controllo effettuati).
<b>Attuazione dei controlli sull'anagrafe ovi caprina come da indirizzi LEA Ministeriali.</b>	Mantenimento della attività aziendale per il 3% dei controlli su base Regionale (come da LEA).
<b>Applicazione del PRP sull'Igiene Urbana Veterinaria.</b>	Effettuare il 100% dei controlli sulle strutture di ricovero e custodia della Regione Autonoma FVG sia convenzionate che non convenzionate.
<b>Azioni e Interventi:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- mantenimento attività ispettiva</li> <li>- registrazione dati in banca dati nazionale (Teramo)</li> <li>- attività di coordinamento/integrazione tra SIAN e servizio veterinario.</li> </ul>	

### 3.3 ASSISTENZA PRIMARIA

L'attuazione della programmazione definita per l'anno 2015 è stata condizionata:

- dal percorso di riforma delle UTI;
- dall'assenza dell'accordo regionale quadro con la medicina generale e la pediatria di libera scelta (MMG e PLS).

#### 3.3.1 SVILUPPO DELL'ASSISTENZA PRIMARIA

<b>Linea n. 3.3.1 Sviluppo dell'assistenza primaria</b>	
<b>Raccordo con la programmazione precedente</b>	
Le attività programmate nel 2015 richiedono la rideterminazione delle tempistiche per le motivazioni di cui alla premessa. Sono stati valutati gli edifici messi a disposizione dalle amministrazioni comunali ed espletate tutte le attività tecniche ed amministrative per adattare i locali per l'avvio dei CAP.	
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
<b>Attuazione del Piano aziendale dell'assistenza primaria</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Evidenza dell'aggiornamento/revisione del Piano aziendale dell'assistenza primaria; entro 60 giorni dalle direttive regionali.</li><li>2. Progressiva attivazione delle AFT (aggregazioni funzionali territoriali).</li><li>3. Avvio di almeno 2 CAP (centro assistenza primaria) entro il 31/12/2016.</li></ol>
<b>Azioni e interventi</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>- Incontri e riunioni per l'aggiornamento del Piano</li><li>- Definizione dei meccanismi operativi per l'individuazione degli obiettivi di salute, gestionali ed organizzativi delle forme associative.</li><li>- Attrezzaggio ed arredo dei CAP.</li></ul>	

<b>Linea n. 3.3.1 /bis Sviluppo dell'assistenza primaria – partecipazione dei cittadini</b>	
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
<b>Avviare in maniera strutturata le forme di partecipazione dei cittadini</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Istituire il comitato di partecipazione aziendale entro il 30 giugno 2016</li><li>2. Realizzare almeno due incontri con la cittadinanza in ciascun distretto</li></ol>
<b>Azioni ed interventi</b>	
Definire il regolamento di funzionamento del comitato aziendale e distrettuale dei cittadini. Rinnovare le convenzioni con le Associazioni di volontariato prevedendo la partecipazione agli organismi citati. Attivare un programma di formazione aziendale con i cittadini sui temi della partecipazione e dell'empowerment.	

### 3.3.2 PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI SOCIO-SANITARI

<b>Accreditamento</b>	
<b>Raccordo con la programmazione precedente</b> Il programma regionale dell'accREDITamento per le strutture private è in atto. Con la DGR 2220/2015 è stata recepita l'Intesa CSR del 19/2/2015 in materia di adempimenti relativi all'accREDITamento delle strutture sanitarie ed è stato istituito l'organismo tecnicamente accREDITante rappresentato dalla conferenza dei referenti aziendali dell'accREDITamento.	
<b>Obiettivo aziendale:</b>  <b>Programma regionale di accREDITamento</b>	<b>Risultato atteso:</b>  -Mantenimento della messa a disposizione dei valutatori per i sopralluoghi di accREDITamento; -partecipazione alle attività regionali (OTA); -realizzazione delle attività di autovalutazione dei requisiti e alla redazione dei relativi piani di adeguamento, come da indicazioni regionali; - Attuazione del programma regionale definito per l'autorizzazione/accREDITamento degli ospedali pubblici.
<b>Azioni e Interventi:</b> - Partecipazione agli incontri regionali - Revisione dei meccanismi operativi interni per le procedure di accREDITamento degli ospedali pubblici.	

<b>Odontoiatria sociale</b>	
<b>Raccordo con la programmazione precedente</b> E' in corso da anni un'attività di servizio odontoiatrico a favore degli ospiti di due strutture protette in collaborazione con il comune di Pordenone, l'associazione Banca del Tempo e l'Associazione Italiana Odontoiatri. La convenzione è stata rinnovata anche per l'anno 2015 (decreto n. 637/2015). Sono state effettuate 72 prestazioni odontoiatriche per gli ospiti di due case di riposo, nel periodo gennaio-luglio 2015. E' mantenuto inoltre lo screening odontoiatrico per minori disabili gravi presso il poliambulatorio distrettuale di Porcia e sono stati presi in carico 13 disabili per visite odontostomatologiche. E' consolidata, all'interno del presidio di Pordenone e nella sede di Sacile, un'attività di odontostomatologia rivolta ad utenti disabili. Nel 2015, da gennaio a luglio, i pazienti operati sono stati 12 a Pordenone e 5 a Sacile.	
<b>Obiettivo aziendale:</b>  <b>Odontoiatria sociale</b>	<b>Risultato atteso:</b>  Mantenimento dell'attività nei diversi setting (distretto, strutture protette, ospedale).
<b>Azioni ed interventi:</b> Mantenimento del sistema dell'offerta complessivo.	

<b>Cure palliative</b> <b>Raccordo con la programmazione precedente</b> A livello aziendale è attiva la rete per le cure palliative che assicura le attività in hospice ed in tutti i distretti aziendali in raccordo con il Servizio Infermieristico domiciliare. Sono assicurati livelli di integrazione e sviluppo per la continuità ospedale/territorio anche con le cure pediatriche oncologiche domiciliari.	
Obiettivo aziendale:  <b>Reti per le cure palliative</b>	Risultato atteso:  - Revisione modello organizzativo integrato ospedale/territorio entro il 31/12/2016. - Partecipazione ai tavoli di lavoro regionali per i percorsi clinico-assistenziali e il monitoraggio delle reti. - Monitoraggio delle attività.
Azioni ed interventi: Mantenimento delle diverse linee di attività. Sviluppo organizzativo in coerenza all'atto aziendale definito.	

<b>Salute mentale</b> <b>Raccordo con la programmazione precedente</b> Nel 2015 sono stati sviluppati meccanismi operativi per il contenimento della spesa per le comunità terapeutiche extraregionali, attraverso una collaborazione tra DSM, Dipartimento delle Dipendenze e Neuropsichiatria Infantile. Per il rispetto del vincolo, nel monitoraggio della spesa per comunità terapeutiche sono stati esclusi dal conteggio gli utenti inseriti a seguito di provvedimenti della Magistratura, superamento OPG e per il Centro DCA (disturbi del comportamento alimentare) di Portogruaro, in quanto non riconducibili a scelte terapeutiche di professionisti aziendali. Nel 2015 si è attivata una équipe multiprofessionale per gli adolescenti con disturbi psichiatrici o/e di sviluppo mentale.	
Obiettivo aziendale:  <b>1. Contenimento della fuga extraregionale per l'utilizzo delle risorse residenziali</b>	Risultato atteso:  Mantenimento della spesa complessiva per tutte le comunità terapeutiche extra regione ai valori 2015 (DSM-Dip.Dipendenze-Minori =1.500.000 euro).
<b>2. Rivedere l'organizzazione della rete della riabilitazione psichiatrica aziendale in co-progettazione con la cooperazione sociale</b>	Incrementare il numero degli educatori professionali nelle strutture riabilitative.
<b>3. avvio della rete dei servizi di salute mentale dell'età evolutiva</b> (in particolare per quanto riguarda la diagnosi precoce e presa in carico tempestiva dei ritardi e disturbi dello sviluppo nelle prime età della vita, la diagnosi e presa in carico tempestiva degli esordi psichiatrici degli adolescenti, il riconoscimento precoce delle situazioni di fragilità e rischio suicidario)	Avvio delle attività di accoglienza per adolescenti con problemi in fase acuta e/o in stato di crisi.  Attivare forme di coordinamento con l'Associazione "Nostra Famiglia" e la "Fondazione Bambini e Autismo" entro maggio 2016.
<b>4. Ridefinire obiettivi e riorganizzazione dei servizi per i disturbi del comportamento alimentare</b>	Definire entro giugno 2016 l'organizzazione dei servizi per i disturbi del comportamento alimentare

<b>5. sistema informativo della salute mentale</b>	Collaborazione con la DCS per il sistema informativo della salute mentale.
<b>6. Avviare il programma “Pordenone libera da contenzione”</b>	Realizzare nel corso del 2016 sul tema della contenzione: l’istituzione della commissione aziendale, il programma di formazione, una survey in tutte le RSA, nelle SOC di medicina interna e in almeno il 30% delle residenze protette e progettare le azioni di miglioramento.
<b>7. diffusione e l’applicazione del Mental Health Gap Action Programme (mhGAP), definito e promosso dall’OMS</b>	Collaborazione con la DCS per la diffusione e l’applicazione del Mental Health Gap Action Programme (mhGAP), definito e promosso dall’OMS.
<p>Azioni e interventi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mantenimento delle modalità di collaborazione/condivisione dei vincoli economici tra le diverse strutture operative aziendali per l’inserimento degli utenti in comunità ed il controllo della spesa extraregione.</li> <li>- Definire un nuovo regolamento di funzionamento delle strutture riabilitative aziendali del DSM</li> <li>- Definire le modalità di funzionamento del centro di accoglienza per adolescenti di San Vito</li> <li>- Definire il percorso di cura e riabilitazione per i disturbi del comportamento alimentare sulla base del PDTA regionale</li> <li>- Definire un piano aziendale per il programma “Pordenone libera da contenzione”</li> </ul>	

<p><b>Dipendenze</b></p> <p>Nel 2015 sono state mantenute le attività di raccordo a livello regionale per la predisposizione di indicatori di outcome.</p> <p>Nel 2015 sono stati sviluppati meccanismi operativi per il contenimento della spesa per le comunità terapeutiche extraregionali, attraverso una collaborazione tra DSM, Dipartimento delle Dipendenze e Neuropsichiatria Infantile.</p>	
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p><b>Collaborazione con l’Osservatorio Regionale sulle Dipendenze.</b></p> <p><b>Partecipazione ai tavoli di confronto sugli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale.</b></p> <p><b>Produzione di almeno 3 indicatori di outcome.</b></p>	<p>Risultato atteso:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evidenza della partecipazione dei referenti del gruppo tecnico operativo ad almeno il 70% delle riunioni.</li> <li>2. Invio e validazione dei dati per i flussi informativi regionali raccolti dell’osservatorio.</li> <li>3. Evidenza della partecipazione ad almeno il 70% delle riunioni indette per il confronto sugli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale.</li> <li>4. Partecipazione alle attività regionali per l’individuazione di almeno 3 indicatori di outcome.</li> </ol>
<p>Azioni ed interventi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Mantenimento delle attività previste dal Piano Regionale delle Dipendenze</li> <li>-Collaborazione con DSM e NPI per l’inserimento degli utenti in comunità ed il controllo della spesa extraregione.</li> <li>- Partecipazione agli incontri regionali.</li> </ul>	

<b>Sanità Penitenziaria</b>	
<b>Raccordo con la programmazione precedente</b>	
<p>Nel 2015 è stato attivato l'Osservatorio regionale permanente della sanità penitenziaria mentre il protocollo regionale non è stato a tutt'oggi ancora deliberato.</p> <p>Con decreto del Direttore Generale n. 373 del 26/06/2015 è stato approvato il "Piano aziendale per l'assistenza sanitaria nelle carceri in FVG – Casa Circondariale di Pordenone" sulla base dell'esperienza maturata nella gestione dei percorsi clinico-assistenziali nel corso del 2014.</p>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p><b>Sanità Penitenziaria</b></p>	<p>Risultato atteso:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evidenza al 30 giugno 2016 del Protocollo operativo locale redatto in collaborazione con la Direzione dell'istituto penitenziario, in coerenza con i contenuti dell'approvando Protocollo regionale.</li> <li>2. Partecipazione a gruppi di lavoro, individuati nell'ambito dell'Osservatorio regionale permanente della sanità penitenziaria.</li> <li>3. Il gruppo tecnico per la prevenzione del suicidio e dei gesti autolesivi in carcere sarà attivato a seguito della definizione delle «Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale» .</li> </ol>
<p>Azioni ed interventi:</p> <p>Mantenimento delle attività in essere</p> <p>Partecipazione agli incontri di coordinamento regionale.</p>	

<b>Ospedali Psichiatrici Giudiziari</b>	
<b>Raccordo con la programmazione precedente</b>	
<p>Nel 2015 è stata attivata e resa operativa la Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) e con decreto n. 300 del 21/5/2015 è stato approvato il regolamento della REMS presso la comunità Residenziale di Via Colle in Maniago.</p> <p>Sono stati svolti tutti i lavori di adeguamento necessari per la messa in sicurezza e attualmente sono presenti due ospiti trasferiti con provvedimenti giudiziari (il primo trasferimento è avvenuto in data 21 maggio 2015).</p>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>REMS di Maniago</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Mantenimento dell'attività.</p>
<p>Azioni ed interventi:</p> <p>Mantenimento delle attività in essere</p> <p>Avvio dei lavori di cui alla DGR 444 del 13/3/2015</p>	

## Riabilitazione

### Raccordo con la programmazione precedente

Nel corso del 2015 è stato elaborato un piano di ridefinizione del sistema dell'offerta presente nel presidio di Sacile coerente con quanto stabilito dalla DGR 2673/2014 che evidenzia:

- la trasformazione a Sacile di 11 pl di Medicina e 19 pl di Post Acuti in n. 30 pl di struttura intermedia polifunzionale dedicata a pazienti anziani fragili con problemi assistenziali e riabilitativi;
- la contestuale ricollocazione della funzione di riabilitazione intensiva – 15 pl - presso il presidio ospedaliero di Pordenone.

Per l'identificazione dei rimanenti pl di riabilitazione ospedaliera si ritiene di poter considerare tale riabilitazione come composta dall'insieme degli interventi rivolti a pazienti con bisogni riabilitativi che richiedono la presa in carico specialistica ed internistica nella fase immediatamente successiva all'evento acuto (postacuti) unitamente alle patologie neurologiche e traumatologico - ortopediche di maggior interesse riabilitativo.

I componenti del gruppo tecnico identificati con provvedimento regionale - decreto n° 268/DICE del 31/03/2015 - hanno partecipato alle riunioni dedicate alla stesura del Piano regionale della riabilitazione che verrà adottato nel corso del 2016.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<b>Riabilitazione: progressiva applicazione degli standard previsti dalla DGR 2673/2014</b>	1. Individuazione dei posti letto di riabilitazione ospedaliera e territoriale attivabili nel 2016  2. avvio di un percorso di revisione qualitativa della dotazione di personale al fine di favorire l'acquisizione di personale di riabilitazione, in particolare fisioterapisti e logopedisti
<b>Attuare la revisione qualitativa delle RSA rispetto agli standard della DGR 2151/2015</b>	3. Attuare entro il 30 giugno 2015 la revisione qualitativa e predisporre il piano di adeguamento anche tenendo conto della natura sperimentale della rete delle strutture intermedie di ASS5
<b>Avviare la Struttura intermedia polifunzionale (SIP) di Sacile</b>	4. Evidenza dell'attivazione entro 60 giorni dall'approvazione della proposta riorganizzativa da parte della DCS
<b>Avviare la riabilitazione cardio-pneumologica presso il presidio di Sacile</b>	5. Entro giugno 2016 è avviata in via sperimentale la riabilitazione cardio-pneumologica presso il presidio di Sacile
<b>Consolidare i livelli dell'assistenza sanitaria e riabilitativa presso i centri residenziali e semiresidenziali per disabili</b>	6. Attuare in tutti i centri i protocolli di cura e assistenza (medica, psichiatrica, infermieristiche e riabilitativa) redatti nel 2015 entro giugno 2016

<b>Costruzione di una rete riabilitativa regionale a garanzia di un percorso riabilitativo unico integrato alle persone con disabilità, dopo l'adozione del Piano della riabilitazione a livello regionale</b>	7. Definizione di un piano di riorganizzazione dell'offerta di prestazioni riabilitative in regime di ricovero, residenziale, semi-residenziale ed ambulatoriale, al fine di consentire una configurazione organizzativa delle strutture assistenziali e un sistema di governo dei processi in grado di offrire continuità di cura, equità di accesso e omogeneità di trattamento in tutto il territorio regionale entro tre mesi dalla adozione del Piano regionale della Riabilitazione e dell'assegnazione delle risorse.
<b>Gravi cerebro-lesioni acquisite</b>	8. Stesura di un piano di fattibilità per l'attivazione di posti letto dedicati alla riabilitazione estensiva nella rete delle residenze intermedie.
<b>Valutazione della presa in carico del paziente da riabilitare</b>	9. Partecipazione al percorso regionale propedeutico alla valutazione della presa in carico del paziente da riabilitare, nonché degli esiti del piano riabilitativo, attraverso l'adozione di strumenti validati in ambito nazionale/internazionale.
<b>Azioni e interventi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rideterminazione posti letto</li> <li>- Stesura di un documento di riorganizzazione del sistema dell'offerta</li> <li>- Predisposizione di un piano di fattibilità</li> <li>- Partecipazione agli incontri regionali</li> <li>- Istituire un gruppo di valutazione degli standard delle RSA</li> <li>- Valutare gli standard</li> <li>- Predisporre un piano di definizione dell'organizzazione delle RSA di AAS 5, del ruolo svolto da ciascuna struttura e di eventuale adeguamento agli standard regionali</li> <li>- Predisporre un progetto per la riabilitazione cardio-polmonare di Sacile</li> </ul>	

<b>Percorso nascita</b>	
<b>Obiettivo aziendale</b>  <b>Percorso nascita</b>	<b>Risultato atteso</b>  Evidenza della partecipazione alle attività regionali
<b>Azioni e interventi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitoraggio sistematico degli indicatori definiti (taglio cesareo, induzione, allattamento al seno)</li> <li>- Tavolo aziendale con coinvolgimento di consultori e punti nascita per la predisposizione della Carta dei Servizi</li> <li>- Monitoraggio dei requisiti di cui alla DGR 1083/2012 in particolare per l'Ospedale di San Vito.</li> <li>- Mantenimento dell'attività per l'accreditamento UNICEF.</li> </ul>	

<b>Diabete</b>	
<b>Raccordo con la programmazione precedente</b>	
Con DGR n. 1676 del 28 agosto 2015 sono stati adottati i documenti sul diabete gestazionale e sul percorso integrato regionale sulla malattia diabetica che dovrà essere applicato nel corso del 2016.	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<b>Applicazione del piano regionale diabete</b>	Mantenimento delle attività in coerenza alle indicazioni regionali
<b>Avvio dell'attività del retinografo presso il Distretto di San Vito</b>	Entro marzo 2016 è avviata l'attività del retino grafo presso l'ambulatorio diabetologico/oculistico
Azioni e interventi	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mantenimento della attività per il diabete gestazionale in gravidanza</li> <li>- Mantenimento dell' ambulatorio diabetologico pediatrico con il coinvolgimento di una pediatra di libera scelta e di un pediatra ospedaliero.</li> <li>- Strutturazione dell'offerta distrettuale</li> </ul>	

<b>Autismo</b>	
<b>Raccordo con la programmazione precedente</b>	
Con DGR n.623 del 2/4/2015, la Regione ha incluso la Fondazione "Bambini e Autismo" nell'elenco delle strutture private censite nel Piano Regionale della Riabilitazione e/o erogatrici di prestazioni di riabilitazione funzionale per le disabilità fisiche, psichiche e sensoriali.	
Nelle more della conclusione dei procedimenti di accreditamento, l'Azienda ha approvato (decreto del Direttore Generale n.466 del 13/8/2015) l'accordo con la Fondazione "Bambini e Autismo" per l'attuazione degli interventi riabilitativi erogati a favore di soggetti, residenti nel territorio della provincia di Pordenone, affetti da autismo e altri disturbi generalizzati dello sviluppo.	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<b>Autismo</b>	Partecipazione agli incontri regionali
Azioni e interventi	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Individuazione del referente aziendale</li> <li>Incontri alle riunioni regionali.</li> </ul>	

<b>Consultori familiari</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<b>Consultori familiari: completare la ricognizione e predisporre un piano di fattibilità per la riorganizzazione dell'offerta dei servizi del consultorio familiare in coerenza con i bisogni delle famiglie e nell'ottica di equità e omogeneità di offerta a livello regionale</b>	Garantire la partecipazione al tavolo regionale.
Azioni e interventi	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Individuazione del referente aziendale.</li> <li>Incontri alle riunioni regionali.</li> </ul>	

**Cooperazione sanitaria transfrontaliera ed internazionale****Raccordo con la programmazione precedente**

Nel 2014 sono stati effettuati 2 corsi di formazione sul Progetto Mattone Internazionale

Nel 2015 la regione ha recepito, con DGR 485 del 20 marzo 2015, la Direttiva UE 24/2011.

L'azienda ha partecipato alle riunioni della Commissione ricoveri all'estero.

Obiettivo aziendale

**Partecipazione ad attività di collaborazione internazionale, anche congiuntamente ad altri Enti del SSR, su temi afferenti alla pianificazione regionale.**

Evidenza della partecipazione alle riunioni della Commissione ricoveri all'estero.

Azioni e interventi

Incontri alle riunioni regionali.

### 3.4 PROGETTI ATTINENTI LE ATTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALI

<b>Linea 3.4.1. Insufficienze d'organo e trapianti</b>	
<b><u>Raccordo con la programmazione precedente</u></b>	
<p><b><u>Cuore</u></b>            L'indicatore previsto dalle LL.GG. - il tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco per 100.000 residenti (50-74 anni) - nell'anno 2014 si è attestato, nella provincia di Pordenone al <b>180,46</b> vs 183,42 (anno 2013).            Valore medio regionale 2014 di 226,31 – fonte Bersaglio (obiettivo al di sotto il valore di 210 per 100.000 abitanti).</p> <p><b><u>Rene</u></b>            I pazienti in emodialisi, al 30/11/2015, rappresentano il <b>44,1%</b> del totale dei pazienti in terapia sostitutiva (trapiantati, emodializzati, dialisi peritoneale).</p> <p><b><u>Pancreas</u></b>            L'indicatore previsto dalle LL.GG. – il tasso di amputazioni maggiori per diabete per milioni di residenti nell'anno 2014 si è attestato a livello aziendale al <b>58,63</b> vs 53,26 (anno 2013).            Valore medio regionale 2014 di 67,59 x milione – fonte Bersaglio (obiettivo al di sotto di 53 casi per milione di abitanti).</p> <p><b><u>Polmone</u></b>            L'indicatore previsto dalle LL.GG. - il tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni) - nell'anno 2014 si è attestato a livello aziendale al <b>33,84</b> vs 48,98(anno 2013).            Valore medio regionale 2014 di 82,16 – fonte Bersaglio (obiettivo al di sotto il valore di 70 per 100.000 abitanti).</p>	
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
<p><b><u>Cuore</u></b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Partecipazione al tavolo regionale per la formalizzazione della filiera cuore della rete per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti ed avvio delle attività con individuazione di almeno 1 percorso assistenziale a valenza regionale relativo ai pazienti trapiantati.</li> <li>2. Mantenimento del tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti di 50-74 anni.</li> </ol>
<p><b><u>Rene</u></b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Partecipazione al tavolo regionale per la formalizzazione di almeno 2 percorsi assistenziali a valenza regionale dei quali almeno 1 che riguarda i pazienti trapiantati.</li> <li>2. Mantenimento dei pazienti in emodialisi al di sotto del 50% del totale dei pazienti in terapia sostitutiva della funzione renale (trapiantati, emodializzati, in dialisi peritoneale).</li> </ol>
<p><b><u>Fegato</u></b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Partecipazione al tavolo regionale per la formalizzazione di almeno 2 percorsi assistenziali a valenza regionale dei quali almeno 1 che riguarda i pazienti trapiantati.</li> </ol>



<b>Linea 3.4.2. Emergenza urgenza</b>	
<b><u>Raccordo con la programmazione precedente</u></b>	
<p><b><u>Trauma</u></b>  L'indicatore da Piano Nazionale Esiti: Percentuale di pazienti con età &gt; 65 anni con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 48h nei primi 9 mesi del 2015 è stata pari al 77,24% presso l'Ospedale di Pordenone, mentre nell'Ospedale di San Vito/Spilimbergo detta percentuale si attesta al 66,67%. Nel corso del 2015 sono stati ridefiniti i percorsi dei pazienti concentrando le attività operatorie per queste patologie a San Vito, con indicatori in netto miglioramento rispetto alla performance registrata nel 2014.</p>	
<p><b><u>Pronto soccorso ed emergenza urgenza</u></b>  L'indicatore (Bersaglio C16.2) riguarda la percentuale di pazienti con codice verde visitati entro un'ora. Nell'anno 2014 il dato aziendale è stato del <b>64,29%</b> vs 66,65% (anno 2013).  L'indicatore (Bersaglio (C16.3) riguarda la percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza inferiori a 4 ore. Nell'anno 2014 il dato aziendale è stato del <b>76,66%</b> vs 78,08%(anno 2013).</p>	
<p><b><u>Ictus</u></b>  Nell'anno 2015, è stato incrementato il numero di procedure di trombolisi venosa in coerenza all'obiettivo regionale (dati dal 1.1.2015 al 31.10.2015 = 32 vs obiettivo 45).</p>	
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
<b><u>Ictus</u></b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aumento dell'attività di trombolisi endovenosa/endoarteriosa con il tendenziale raggiungimento nel 2016 di un valore atteso (da indicazioni regionali) di 75 trombolisi.</li> <li>2. Evidenza del progressivo utilizzo della scala Barthel Index e della Rankin Scale modificata 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) - periodo di misurazione dal 1/7 al 31/12 2016).</li> </ol>
<b><u>Emergenze cardiologiche</u></b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Partecipazione al tavolo regionale per la formalizzazione della rete emergenze cardiologiche con individuazione di almeno 1 percorso assistenziale che definisca anche specifici indicatori di esito.</li> </ol>
<b><u>Trauma</u></b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Partecipazione al tavolo regionale per la formalizzazione della rete trauma e avvio di un sistema di indicatori clinici per il monitoraggio degli esiti..</li> <li>2. Trattamento della Frattura di femore entro 48H in almeno il 70% (hub) o 80% (spoke) dei casi trattati dal presidio ospedaliero.</li> </ol>

<p><b><u>Pronto soccorso ed emergenza urgenza</u></b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aumento della percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde, ad almeno l'80% (spoke) o 65% (hub) (media regionale 2014 del 66,19% - fonte Bersaglio)</li> <li>2. Aumento della percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore, portandola a valori superiori all'85% (spoke) e 75% (hub) (media regionale 2014 del 72,02% - fonte Bersaglio)</li> </ol>
<p><b>Azioni e Interventi</b>  Partecipazione alle riunioni dei tavoli regionali.  Definizione dei contenuti della documentazione clinica con evidenza delle scale di valutazione definite.  Monitoraggio periodico e strutturato degli indicatori definiti.</p>	

<p><b>Linea n. 3.4.3 Reti di patologia</b></p>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p><b>Malattie rare</b></p> <p><b>Malattie reumatiche</b></p> <p><b>Cure palliative e terapia del dolore</b></p>	<p>Risultati attesi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Partecipazione al tavolo regionale alla rete malattie rare con formalizzazione di almeno 3 percorsi assistenziali.</li> <li>1. Partecipazione al tavolo regionale per la formalizzazione di almeno 2 Percorsi assistenziali, individuando anche specifici indicatori di esito clinico.</li> <li>1. Utilizzo sistematico degli strumenti di valutazione del dolore e delle modalità operative di documentazione.</li> <li>2. Partecipazione al tavolo regionale per la riorganizzazione e accreditamento delle reti assistenziali e degli hospice.</li> <li>3. Mantenimento delle attività di cure domiciliari pediatriche.</li> </ol>
<p><b>Azioni ed interventi:</b>  Partecipazione agli incontri regionali  Evidenza dell'autovalutazione propedeutica all'accreditamento istituzionale.</p>	

<b>Linea 3.4.4. Materno-infantile</b>	
<b><u>Raccordo con la programmazione precedente</u></b>	
<b><u>Parti con taglio cesareo (indicatore Bersaglio)</u></b>	
L'indicatore: percentuale parti con taglio cesareo nel 2014 è stato pari al <b>16,94%</b> . Nei primi 9 mesi 2015: Pordenone 18,15%, San Vito 10,06% ( <b>AAS5 = 14,59%</b> ). Valore medio regionale 2014 pari a 17,28% - fonte Bersaglio (obiettivo al di sotto del 20%).	
<b><u>Parti indotti</u></b>	
L'indicatore: percentuale di parti indotti nell'anno 2014 si è attestato sul <b>22,66%</b> vs 24,06%( anno 2013). Valore medio regionale 2014 pari a 26,78% - fonte Bersaglio (obiettivo al di sotto del 20%).	
<b>Obiettivo aziendale</b> <b>Linee di programmazione relative all'area materno- infantile</b>	<b>Risultato atteso</b> 1. Responsabilizzazione diretta delle ostetriche nella gestione del percorso per la gravidanza fisiologica 2. Mantenimento della percentuale dei parti cesarei al di sotto del 20% dei parti totali. 3. Riduzione dei parti indotti farmacologicamente al di sotto del 20% . 4. Partecipazione al tavolo regionale per l'individuazione dell'elenco degli interventi chirurgici pediatrici che, per assicurare adeguati livelli di sicurezza e qualità, è necessario centralizzare in un'unica struttura o essere eseguiti, eventualmente in più sedi, da una sola equipe chirurgica ed anestesiologicala.
<b>Azioni e Interventi:</b> Mantenimento delle attuali modalità operative (induzione parto, ricorso al cesareo) Partecipazione agli incontri del tavolo regionale.	

<b>Linea 3.4.5 Sangue ed emocomponenti</b>	
<b>Raccordo con la programmazione precedente</b> Nel 2014 è stato accreditato a pieno titolo il Servizio Immunotrasfusionale per tutte le sedi aziendali. Nel 2015 è stata avviata l'attività trasfusionale extra-ospedaliera, per i pazienti dell'Hospice di San Vito e dell'Ospedale di prossimità di Maniago.	
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
<b>Contributo all'autosufficienza regionale e nazionale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Partecipazione alle attività di raccolta sangue territoriale secondo un calendario unitario regionale concordato con il Coordinamento Regionale Trasfusionale e le Associazioni e Federazioni del Volontariato del sangue. I valori attesi per il 2016 sono i seguenti:               <ul style="list-style-type: none"> <li>a. plasma da lavorazione di sangue intero (valore 2014 +/- 2 %)</li> <li>b. plasma da aferesi (valore 2015 aumentato del 2%)</li> </ul> </li> </ul>
<b>Sicurezza trasfusionale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Garantire la sicurezza trasfusionale attraverso la partecipazione ai programmi regionali di sorveglianza del rischio trasfusionale.</li> </ul>
<b>Appropriatezza trasfusionale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verifica dell'appropriatezza trasfusionale e promozione dell'appropriatezza della richiesta di trasfusione raggiungendo una riduzione di almeno il 15% delle sacche consegnate e non utilizzate nei contesti ad elevata inappropriata (superiore al 10%).</li> </ul>
<b>Proseguire l'attività trasfusionale extra-ospedaliera, in RSA, nelle Residenze per anziani non autosufficienti e a domicilio per i pazienti allettati</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> </ul>
<b>Accreditamento istituzionale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Completamento delle procedure di accreditamento come da cronoprogramma regionale.</li> </ul>
<b>Azioni e Interventi:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Partecipazione alle attività regionali</li> <li>- Riorganizzazione delle attività di raccolta in coerenza alle indicazioni del Coordinamento Regionale</li> <li>- Evidenza dell'attività di autovalutazione</li> </ul>	

<b>Linea 3.4.6. Erogazione livelli di assistenza</b>	
<b>Raccordo con la programmazione precedente</b>	
<p><b><u>Ricoveri in Day Hospital medico con finalità diagnostica</u></b></p> <p>Questo indicatore (Bersaglio) riguarda la percentuale di ricoveri in Day Hospital medico con finalità diagnostica, distinto per gli adulti e per i pediatrici. Nell'anno 2014 si è registrata negli ospedali aziendali una percentuale del 34,28% per gli adulti e del 66,82% per i pediatrici  Valore medio regionale del 2014 di 41,76% per gli adulti e 75,70% per i pediatrici - fonte Bersaglio.  <u>Nei primi 9 mesi del 2015: 23% per gli adulti e 59% per i pediatrici.</u>  La performance aziendale va mantenuta e monitorata in particolare per le procedure pediatriche in radiologia (con mezzo di contrasto) che, come concordato in sede regionale, è opportuno vengano effettuate in regime di dh (così pure per i pazienti disabili).</p>	
<p><b><u>Ricoveri medici oltre soglia per pazienti &gt;= 65 anni</u></b></p> <p>L'indicatore riguarda la percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti &gt;= 65 anni. Nell'anno 2014 il dato si è attestato sul <b>2,46%</b> (anno 2013 = 2,92%). <u>Nei primi 9 mesi del 2015 è di 2,28%.</u>  Valore medio regionale primi 9 mesi 2015 di 5,30% - fonte Bersaglio.</p>	
<p><b><u>Degenza media pre-operatoria per interventi chirurgici programmati</u></b></p> <p>Questo indicatore (Bersaglio) prevede la riduzione della degenza media pre-operatoria per interventi chirurgici programmati. Nell'anno 2014 questo indicatore negli ospedali dell'ex Azienda Ospedaliera si è attestato su <b>0,59</b> vs 1,02 (anno 2013). <u>Nei primi 9 mesi del 2015: 0,76</u> a fronte di un valore regionale 0,90 nei primi 9 mesi 2015 - fonte Bersaglio.</p>	
<p><b><u>Ricoveri ripetuti entro 30 giorni</u></b></p> <p>Questo indicatore (Bersaglio) prevede la riduzione dei ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC, in una qualunque struttura regionale. Nell'anno 2014 il dato si è attestato sul <b>5,40</b> vs 5,65 (anno 2013). Il valore medio regionale nel 2014 si è attestato al 5,39% - fonte Bersaglio (obiettivo al di sotto del 5%).  Gli indicatori di cui sopra evidenziano a livello aziendale performance molto positive rispetto al dato regionale. Vanno pertanto assicurati adeguati livelli di monitoraggio, ma trovano conferma le attuali modalità operative.</p>	
<p><b>Obiettivo aziendale</b></p> <p><b>Monitoraggio coordinato degli indicatori per valutare efficienza ed efficacia della cure</b></p>	<p><b>Risultato atteso</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitoraggio sistematico del ricorso al day hospital in ottemperanza agli indicatori regionali.</li> <li>2. Mantenimento della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti &gt;= 65 anni.</li> <li>3. Mantenimento della degenza media pre-operatoria per interventi chirurgici programmati al di sotto di 0,9 giorni.</li> <li>4. Riduzione della percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con stessa MDC in una struttura regionale al di sotto del 5%.</li> </ol>
<p><b>Azioni e Interventi</b></p> <p>Incontri di analisi e discussione delle modalità operative in essere per il miglioramento della performance in particolare per quanto attiene l'indicatore dei "ricoveri ripetuti" in cui l'andamento aziendale è allineato con quello regionale.</p>	

### Linea n 3.4.7. Tempi d'attesa

#### Raccordo con la programmazione precedente

Nel 2015 si è dato avvio ad un percorso per la definizione del sistema delle responsabilità e dei meccanismi operativi per il governo dei tempi di attesa in coerenza con le modifiche istituzionali avviate (atto aziendale e DGR 2034/2015). E' stata implementata una articolazione organizzativa (all'interno della direzione medica del presidio di Pordenone) che presidia la dimensione della gestione ed organizzazione delle agende anche al fine di assicurare una complementarità tra i diversi setting erogativi che l'Azienda garantisce in un'ottica di continuità ed appropriatezza.

L'entrata in vigore della DGR 2034/2015 ha determinato l'avvio di un importante percorso riorganizzativo del sistema dell'offerta. Alcune disposizioni non sono operative in relazione alla necessità di acquisire ulteriori indicazioni dal livello regionale in particolare per quanto riguarda la garanzia del rispetto dei tempi di accesso per i soli cittadini residenti ed in considerazione delle ricadute in termini temporali della revisione delle agende.

<b>Obiettivo:</b>	<b>Risultato atteso:</b>
Rispetto dei tempi per le prestazioni di primo accesso con priorità 'B' o 'D'.	Garantire il rispetto dei tempi previsti, per i propri residenti attraverso la struttura dell'offerta aziendale: priorità B e D in contesto ospedaliero (prevalentemente), P in ambito distrettuale (e strutture private accreditate). Dalla valutazione vanno esclusi coloro che rifiutano la prima data proposta.
Gestione dell'offerta complessiva con rispetto per le priorità B al > 95%, per la priorità D al > 90%	Organizzazione delle agende in coerenza con % di accesso definite dal livello regionale (B=95%; D>=90%). Dalla valutazione vanno esclusi coloro che rifiutano la prima data proposta.
Rispetto dei tempi per gli interventi "traccianti"	Rispetto delle tempistiche e dei volumi definiti (A=95%; B, C, D = 90%)
Prenotazione on line	Implementazione delle agende per la prenotazione "on line" nel rispetto delle indicazioni regionali.
Attività libero professionale	Assicurare adeguati livelli di monitoraggio sul rapporto tra attività istituzionale e libero professionale anche in coerenza con le priorità di "garanzia" fissate

#### Azioni ed interventi:

Revisione delle agende di prenotazione in coerenza ai documenti tecnici elaborati da EGAS ed in particolare per quanto attiene la residenza dei cittadini (DGR 2034/2015 ).

Monitoraggio sistematico e periodico.

Collegamento del sistema premiante (RAR) ai meccanismi attuativi di cui alla DGR 2034/2015 regionale.

Partecipazione agli incontri regionali per l'implementazione della prenotazione "on line"

Mantenimento della collaborazione delle farmacie nel processo di prenotazione/incasso.

<b>Linea n.3.4.8 Rischio clinico</b>	
<b>Raccordo con la programmazione precedente</b> Nel corso del 2015 sono state svolte le seguenti attività:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoraggio costante degli indicatori di rischio clinico indicati dalla Regione</li> <li>• Inserimento dei principali indicatori di rischio clinico nella programmazione di budget</li> <li>• Partecipazione alle attività previste a livello regionale finalizzate all'empowerment di cittadini sulle tematiche individuate</li> <li>• Partecipazione alla Point Prevalence Survey (ottobre 2015)</li> <li>• Partecipazione al programma regionale poli-farmaco terapia negli ultrasessantacinquenni</li> <li>• Partecipazione alle attività previste dalla Regione relative all' "antimicrobial stewardship"</li> </ul>	
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Attuazione del programma regionale di Rischio Clinico a garanzia di adeguati livelli di sicurezza omogenei sul territorio regionale in continuità con le altre linee di lavoro regionali</u></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evidenza delle attività di rischio clinico nei diversi setting aziendali in coerenza al Programma Regionale di Rischio Clinico</li> <li>• Partecipazione ai programmi regionali con particolare attenzione alle seguenti linee: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) alla compliance con le raccomandazioni nazionali sulla sicurezza;</li> <li>b) alla sicurezza del farmaco;</li> <li>c) all'adozione delle misure di "antimicrobial stewardship" già definite;</li> <li>d) all'avvio di azioni di miglioramento a livello aziendale sulla base delle criticità dall'indagine CARMINA (Clinical Assessment of Risk Management: an INtegrated Approach) effettuata nel 2015;</li> <li>e) alla prosecuzione delle attività definite nel corso dell'anno dal gruppo regionale "Lesioni da pressione";</li> <li>f) all'empowerment dei cittadini e dei pazienti sulle tematiche del rischio.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Azioni ed interventi:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizzazione del monitoraggio degli indicatori individuati a livello regionale</li> <li>• Sviluppo di linee di attività per la continuità tra ospedale e territorio</li> <li>• Partecipazione agli incontri dei gruppi di lavoro regionali</li> <li>• Estensione dell'utilizzo della scheda del rischio da allegare alla lettera di dimissione</li> <li>• Sviluppo delle attività relative all'uso sicuro dei farmaci (Ospedali, RSA)</li> <li>• Partecipazione alle attività dei gruppi di lavoro regionali sulle linee di lavoro individuate</li> <li>• Diffusione ed implementazione dei documenti elaborati dai componenti dei tavoli tecnici.</li> </ul>	

<b>Linea 3.4.9 Qualità e appropriatezza nell'erogazione delle cure</b>	
<b><u>Raccordo con la programmazione precedente</u></b>	
<p>La programmazione per l'anno 2015 prevedeva lo sviluppo di alcune linee di attività con il CRO e tra i presidi ospedalieri di Spilimbergo, San Vito e Pordenone, proprio nella direzione della concentrazione della casistica coerentemente a quanto definito nel Patto per la Salute 2014-2016.</p> <p>Le attività di riorganizzazione delle funzioni con il CRO sono state rinviate al 2016 in coerenza al percorso di riforma avviato nel 2015 mentre a livello intraziendale sono stati avviati almeno due percorsi in ambito chirurgico presso il presidio di Spilimbergo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- uno relativo alle fratture di femore nell'anziano che prevede la concentrazione di questa patologia nel presidio di San Vito (anche a garanzia della tempistica di intervento);</li> <li>- uno relativo alle procedure chirurgiche in regime di urgenza.</li> </ul>	
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
<b>Sviluppo di un piano di lavoro aziendale per il contrasto all'inappropriatezza ed alla sovra-diagnosi</b>	1. Evidenza di un piano di azioni/interventi in coerenza alle indicazioni regionali.
<b>Azioni e Interventi:</b>	
Partecipazione al tavolo regionale	

### 3.5 ASSISTENZA FARMACEUTICA

<p><b>Linea Assistenza farmaceutica</b></p> <p><b><u>Raccordo con la programmazione precedente:</u></b></p> <p>Si è data diffusione alla reportistica regionale per gli MMG ed avviata una reportistica specifica agli specialisti ospedalieri per il monitoraggio di biosimilari, antiepatite e oncologici.</p> <p>Sono stati elaborati specifici indicatori per l'utilizzo dei biosimilari (incremento dell'utilizzo di epoetine e fattori di stimolazione delle colonie biosimilari sul totale per alcune SOC ospedaliere (nefrologia, oncologia e medicina)</p> <p>Sono stati predisposti report specifici per i medicinali a brevetto scaduto in ambito territoriale, come per i biosimilari (monitoraggio, invio di report e riunioni con MMG)</p> <p>E' stata assicurata la partecipazione alle iniziative regionali del 2015 (patologia iatrogena e politerapie).</p>	
<p><b>Obiettivo aziendale</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contenimento della spesa farmaceutica territoriale e appropriatezza prescrittiva e assistenza integrativa</li> <li>- Contenimento della spesa ospedaliera e governo delle prescrizioni dei farmaci ad alto costo (appropriatezza prescrittiva)</li> </ul>	<p><b>Risultato atteso</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mantenere l'attuale reportistica ed implementare il sistema aziendale di sistemi di audit e feedback a livello territoriale/ambulatoriale/ospedaliero sull'andamento dei consumi farmaceutici e del relativo setting di utilizzo (promozione appropriatezza prescrittiva e incentivazione della prescrizione dei medicinali dal miglior profilo costo/efficacia, privilegiando a parità di efficacia, sicurezza, tollerabilità i medicinali dal costo minore).</li> <li>2. Individuazione di specifici obiettivi per i prescrittori ospedalieri correlati ad indicatori di risultato da collegare alla programmazione per budget.</li> <li>3. Evidenza della prescrizione di bio-similari (ovvero di farmaci aggiudicatari di gara regionale con il profilo di costo-efficacia più favorevole nell'ambito delle categorie in cui è presente l'alternativa bio-simile) per i nuovi pazienti, al miglior valore possibile ovvero dovranno rappresentare una quota non inferiore all'80% del totale delle prescrizioni/confezioni erogate (resta comunque la possibilità per il prescrittore di indicare il farmaco più opportuno motivando la scelta effettuata secondo percorsi definiti a livello aziendale).</li> <li>4. Per la prescrizione dei medicinali a brevetto scaduto in ambito territoriale, dovrà con particolare riferimento alle classi terapeutiche individuate dagli indicatori AIFA-MEF presenti sul sistema Tessera Sanitaria (TS ). Evidenza del tendenziale conseguimento dei valori di cui alla</li> </ol>

**Linea Assistenza farmaceutica**

DGR 2393/2015 (tabella 2). Evidenza della valutazione dell'appropriatezza d'uso delle categorie di farmaci a maggior impatto di spesa e rischio di inappropriately favorendo l'impiego di medicinali con il miglior rapporto costo-efficacia.

5. Evidenza del ricorso a gare centralizzate per i farmaci ad alto costo. Evidenza di percorsi di verifica dell'appropriatezza prescrittiva con particolare riferimento al versante specialistico ospedaliero.
6. Garantire la distribuzione diretta dei medicinali presso tutte le strutture aziendali residenziali, semi residenziali, dell'assistenza domiciliare, assicurando la realizzazione di azioni di promozione e sostegno al programma regionale di rischio clinico in particolare per riconciliazione e poli-farmacoterapia. Evidenza dell'implementazione delle attività di rischio clinico di cui sopra in almeno il 20% delle residenze protette.
7. Evidenza del monitoraggio sistematico delle prescrizioni di assistenza integrativa, soprattutto con riferimento ai dispositivi per diabetici. Avvio di un percorso riorganizzativo aziendale per sostenere la distribuzione diretta per l'erogazione di ausili di assistenza protesica; e prevedendo modalità di erogazione vantaggiose per l'SSR (es. diretta, accordi con le farmacie) relativamente agli ausili per diabetici.
8. Trasmissione alla DCS delle segnalazioni di eventuali carenze di medicinali come da indicazioni regionali.
9. Garantire la copertura delle prescrizioni personalizzate da parte dei medici dipendenti da AAS5 con iter elettronico tramite PSM per l'80% delle confezioni destinate alla distribuzione diretta nominale, al fine di consentire un puntuale monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e la promozione dei medicinali acquisiti centralmente da EGAS. Inoltre, a partire dal II quadrimestre 2016, dovrà essere garantito il ricorso (prima prescrizione e rinnovi) alla prescrizione informatizzata dei piani

**Linea Assistenza farmaceutica**

terapeutici implementati/disponibili a sistema, in almeno il 50% dei pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive.

10. Partecipazione alle iniziative di farmacovigilanza promosse dalla Direzione centrale salute integrazione sociosanitaria politiche sociali e famiglia; individuare un referente per la tematica tra il personale medico e/o infermieristico, al fine di coadiuvare al meglio il responsabile aziendale di farmacovigilanza. Evidenza dell'individuazione di almeno un referente per dipartimento.
11. Evidenza del rispetto delle indicazioni prefissate nella prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA, assicurando la registrazione di tutti i dati richiesti, al fine di assicurare appropriatezza d'uso e consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing. Erogazione dei medicinali solo a fronte di apposita documentazione attestante, per i farmaci in questione, la compilazione di detti registri. Assicurare, anche favorendo l'implementazione del sistema informatizzato PSM/Piani, il controllo dei piani terapeutici e il rispetto delle note limitative AIFA.
12. Implementazione della cartella oncologia informatizzata relativamente ai campi: diagnosi/sede, protocollo/farmaco, stadiazione con un grado di completezza pari ad almeno il 95% dei pazienti.
13. Assicurare l'implementazione e il controllo dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese e l'integrale copertura della fase 3 su fase 2 (tendenziale 100% della spesa negli ambiti previsti) compatibilmente con la necessità di garantire le urgenze tramite magazzino centralizzato. Evidenza dell'inserimento a sistema del codice targatura in fase di erogazione dei medicinali.
14. Implementazione dei sistemi informativi disponibili con i dati identificativi dell'assistito al fine di assicurare la compensazione a livello centrale dei costi riferiti alle prestazioni farmaceutiche erogate in distribuzione diretta.

***Linea Assistenza farmaceutica***

## Azioni e interventi

- Predisposizione e definizione dei report definiti per le diverse categorie di prescrittori.
- Incontri di presentazione e discussione della reportistica.
- Partecipazione alle iniziative regionali promosse all'interno delle attività di rischio clinico.
- Definizione di indicatori di budget specifici per i diversi prescrittori in collaborazione con la SOC Programmazione e Controllo.
- Monitoraggio periodico della completezza della cartella oncologica.

### 3.6 PROGETTI ATTINENTI LA PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI SOCIOSANITARI

<b>Linea 3.6.1 Anziani</b> <b><u>Raccordo con la programmazione precedente</u></b>	
<p>Nel 2015 sono state mantenute le attività in continuità con le annualità precedenti in particolare per quanto attiene il sistema di VMD Valgraf per gli utenti delle strutture residenziali per anziani. Sono proseguite le attività di monitoraggio e promozione della qualità seppur con modalità diverse da quanto definito dal PAL 2015 in conseguenza della mancata approvazione della convenzione quadro regionale. Sono stati realizzati monitoraggi periodici sull'implementazione corretta degli applicativi dedicati (SIRAFVG).</p>	
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
<b>1. Fondo per l'Autonomia Possibile – salute mentale</b>	- E' assicurato il finanziamento di progetti FAP come da D.P.Reg. 144/2015 e del regolamento di cui all'articolo 31 della L.R. 6/2006 .
<b>2. Processo di riclassificazione delle residenze per anziani</b>	Vengono assicurati i livelli di collaborazione richiesti dall'Amministrazione Regionale in attuazione a quanto previsto al titolo X del D.P.Reg. 144/2015.
<b>3. Processo di autorizzazione all'esercizio dei servizi semiresidenziali già funzionanti</b>	Evidenza dei livelli di partecipazione assicurati per l'attuazione del processo di autorizzazione all'esercizio dei servizi semiresidenziali per anziani non autosufficienti, funzionanti, secondo le modalità e i termini previsti dall'articolo 45 del D.P.Reg. 144/2015.
<b>4. Monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mantenimento delle attività di verifica e promozione della qualità</li> <li>2. Realizzazione di almeno tre audit (a livello aziendale).</li> <li>3. Redigere e trasmettere alla DCS, entro il primo semestre 2016, una dettagliata relazione illustrativa delle attività di monitoraggio e promozione della qualità realizzate.</li> </ol>
<b>5. Sistemi informativi</b> L'Azienda monitora, verifica ed eventualmente sollecita, l'utilizzo sistematico dello strumento di VMD Val.Graf.-FVG e dei sistemi informativi e-GENeSys e SIRA-FVG nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati del proprio territorio	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mantenere il monitoraggio degli aggiornamenti delle Val. Graf._FVG secondo le tempistiche previste dalla norma e trasmettere alle strutture formale comunicazione della situazione rilevata.</li> <li>2. Effettuare verifica trimestrale nel sistema SIRA-FVG dei report relativi alle presenze, ai movimenti degli ospiti e alle liste d'attesa prodotti delle strutture residenziali convenzionate.</li> </ol>

<p><b>6. Sistema di VMD Val.Graf.-FVG</b>  Tutte le AAS provvedono a valutare, mediante l'utilizzo del sistema di VMD Val.Graf.-FVG, tutte le persone per le quali è previsto l'accoglimento in un servizio semiresidenziale o residenziale convenzionato.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Per tutti gli utenti accolti nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani è presente nel sistema informativo e-GENeSys una valutazione con lo strumento di VMD Val.Graf.-FVG effettuata dall'UVD.</li> <li>2. La VMD deve essere effettuata da un'equipe multi-professionale sanitaria e sociale del distretto e dell'ambito di riferimento dell'utente.</li> </ol>
<p><b>7. Vigilanza dei servizi semiresidenziali e residenziali sociosanitari destinati a persone anziane e con disabilità</b>  Nelle more della piena attuazione del D.P.Reg. 144/2015 e dell'adozione del regolamento di cui all'articolo 31 della L.R. 6/2006, le AAS esercitano la funzione di vigilanza e controllo dei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani non autosufficienti e delle strutture destinate all'accoglimento di persone con disabilità. Tale funzione è esercitata periodicamente o su iniziativa in caso di specifiche segnalazioni o ogni qualvolta ne venga ravvisata la necessità.</p>	<p>Effettuare l'attività di vigilanza e controllo su almeno il 10 % dei servizi/strutture collocati sul territorio di competenza.</p>
<p>Azioni ed interventi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evidenza delle risorse utilizzate per la progettazione FAP</li> <li>- Evidenza di report di monitoraggio</li> <li>- Organizzazione di audit</li> <li>- Analisi e discussione delle modalità di utilizzo/implementazione di SIRA FVG</li> </ul>	

<b>Linea 3.6.2 Minori</b>	
<b><u>Raccordo con la programmazione precedente</u></b>	
<b><u>Affido Familiare</u></b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nel 2015 il referente aziendale ha collaborato con il tavolo di lavoro regionale per l'elaborazione delle Linee Guida</li> <li>- E' stato stipulato un protocollo operativo condiviso con i servizi sociali degli Ambiti per l'Unità di Valutazione di Minori e Famiglie (UVMF). Il protocollo include dei moduli di presentazione del caso e verbali che segnalano il percorso del minore (con o senza affido) nel sistema sociosanitario.</li> </ul>	
<b><u>Adozioni</u></b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nel 2015 il referente aziendale per le adozioni ha collaborato con il tavolo di lavoro regionale nella revisione del protocollo in vigore per le adozioni internazionali/nazionali.</li> </ul>	
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
<b>Applicazione delle Linee guida regionali per l'affido familiare approvate con delibera n. 1115 del 12 giugno 2015.</b>	Evidenza dell'applicazione delle linee guida regionali con tutte le forme di affido tramite utilizzo della scheda di monitoraggio e verifica regionale e/o locale (scheda presentazione caso all'UVMF e verbale)
<b>Il tavolo di lavoro regionale per le Adozioni proseguirà con l'elaborazione delle Linee Guida per le adozioni nazionali e internazionali con indicazioni operative relative al tutto il percorso.</b>	Partecipazione al tavolo di lavoro regionale per l'elaborazione delle Linee guida per le adozioni nazionali e internazionali.
Azioni ed interventi	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Partecipazione ai tavoli regionali</li> <li>- Compilazione schede monitoraggio (applicazione DGR 1115/2015)</li> </ul>	

<b>Linea 3.6.3 Piani di Zona</b>	
<b><u>Raccordo con la programmazione precedente:</u></b>	
<p>Nell'anno 2015 si è formalmente concluso il triennio di validità del Piano di Zona di cui all'art. 24 della Legge Regionale 6/2006 "Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale".</p>	
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso:</b>
<b>Piano di Zona</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evidenza della sottoscrizione dell'atto di intesa per le attività da realizzare nel 2016 e trasmissione entro marzo 2016 alla DCSISPS dei documenti di programmazione integrata locale 2016</li> <li>- Completamento degli obiettivi di integrazione sociosanitaria non ancora raggiunti nel corso del 2015.</li> </ul>
Azioni ed interventi:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- A seguito degli esiti valutativi dei Piani di Zona 2013-2015, effettuati in forma congiunta tra ambiti e distretti, nell'ambito della cabina di regia, si procederà al completamento degli obiettivi di integrazione sociosanitaria non ancora raggiunti, nel corso del 2015, tenuto conto degli indirizzi che la Regione emanerà in attuazione dell'art. 25 della Legge Regionale 17/2014.</li> </ul>	

### 3.7 SISTEMA INFORMATIVO

<b>Sistema informativo</b>	
<b><u>Raccordo con la programmazione precedente</u></b>	
<p>Nel 2015 si è provveduto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- all'estensione dell'utilizzo della firma digitale per la refertazione ambulatoriale con il sistema G2Clinico;</li> <li>- all'utilizzo dello strumento GE.CO. presso i servizi AAS5 con adozione immediata del nuovo modulo consenso per l'anno 2015 e migrazione dei consensi nel nuovo ente;</li> <li>- alla collaborazione del processo di attivazione della ricetta farmaceutica de-materializzata per MMG-PLS condotto da parte della Regione in collaborazione con INSIEL. Si resta in attesa di avere indicazione sul processo di dematerializzazione della ricetta per la specialistica;</li> <li>- al mantenimento del sistema SEI, Sistema Emergenza Intra-ospedaliera;</li> <li>- all'attivazione della possibilità del pagamento on-line delle prestazioni sul portale pagamenti online della Regione raggiungibile dai rispetti portali aziendali, sia tramite carta CRS che con identificazione numero di invito al pagamento;</li> <li>- a garantire il supporto per l'attivazione nei portali aziendali del banner e link alla visualizzazione dei tempi di accesso ai servizi di Pronto Soccorso per codice triage;</li> <li>- ad avviare il sistema di prenotazione on line delle prestazioni ambulatoriali definite a livello regionale.</li> </ul> <p>E' stato garantito il supporto e le attività per l'avvio della fase II dell'adeguamento dei sistemi informativi a seguito della riforma.</p> <p>Infine si è garantito il supporto per la migrazione al nuovo LIS.</p>	
<b>Obiettivo Aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
<b>1. servizi on line per i cittadini</b>	<p>1. <u>Procedere ad un ulteriore stadio evolutivo dei servizi on line al servizio dei cittadini con:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– avvio di servizio referti on line per le prestazioni già sottoscritte digitalmente;</li> <li>– pagamento on line delle prestazioni;</li> <li>– estensione della prenotazione delle prestazioni ambulatoriali coerentemente alle indicazioni regionali;</li> <li>– consultazioni liste di attesa di tutte le prestazioni erogate.</li> </ul>
<b>2. prosecuzione delle attività già avviate</b>	<p>2. <u>Proseguire nelle attività già avviate :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Sicurezza fisica e logica/funzionale</li> <li>– privacy</li> <li>– sistemi di governo, in particolare per fattori produttivi ospedalieri</li> <li>– ricetta dematerializzata da estendere, oltre che alla farmaceutica, anche alla specialistica ambulatoriale, per i MMG , i PLS e gli specialisti convenzionati e dipendenti del SSR</li> </ul>
<b>3. obbligo dell'utilizzo della firma digitale</b>	<p>3. <u>Percentuale minima di refertazione con firma digitale rispetto al totale dei referti per:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– applicativi gestionali del G2 Clinico &gt; 80%</li> <li>– laboratorio e microbiologia &gt; 98%</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- medicina trasfusionale &gt; 98 %</li> <li>- anatomia patologica &gt; 98 %</li> <li>- radiologia &gt; 98%</li> </ul>
<b>4. Sistema informativo: Funzioni rivolte al sistema informativo regionale</b>	
<b>1.Sistema di gestione dell'attività sanitaria in ambito ospedaliero</b> a. Attività propedeutiche alla realizzazione della Cartella integrata clinico assistenziale b. Estensione del sistema ECG	Partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale
<b>2.Sistema di gestione dell'attività sanitaria nell'ambito dell'assistenza primaria</b> a. piattaforma di connessione con la medicina generale	Partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale
<b>4.Sistema direzionale aziendale</b> a. Governo del personale b. Governo logistico	Partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale
<b>5.Sistema direzionale regionale</b> a. Data warehouse gestionale b. Sviluppo registro regionale dei dispositivi medici impiantabili	Partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale
<b>6. Connessione del sistema regionale delle farmacie convenzionate al SSR per il ritorno dell'erogato</b>	Partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale
<b>7. Avvio del Laboratorio hub di Pordenone</b>	Evidenza dell'avvio del Laboratorio hub di Pordenone
<p>Azioni ed interventi:</p> <p><b>1. servizi on line al servizio del cittadino</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- è garantita la collaborazione in funzione degli strumenti informatici regionali che saranno messi a disposizione dal SISSR</li> </ul> <p><b>2. prosecuzione delle attività già avviate</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- è garantita la collaborazione in funzione degli strumenti informatici regionali che saranno messi a disposizione dal SISSR in particolare il completamento di quanto previsto dalla LR. 17 del 2014</li> </ul> <p><b>3. obbligo dell'utilizzo della firma digitale</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mantenimento dello strumento di firma digitale per applicazioni G2Clinico (ambulatoriale) e collaborazione all'attivazione della firma digitale per la lettera di dimissione in G2Clinico subordinata al rilascio e certificazione da parte di Insiel dello strumento informatico e dell'attivazione e integrazione della classe documentale ai fini della corretta conservazione legale presso il conservatore esterno.</li> <li>- in tutti i servizi interessati saranno attivi gli strumenti per la firma digitale in relazione ai rilasci messi a disposizione.</li> </ul> <p><b>4. Sistema informativo: Funzioni rivolte al sistema informativo regionale</b> viene garantita la partecipazione ai tavoli regionali e al supporto per le attività di avvio del nuovo LIS.</p>	

<b>Sistema PACS regionale</b>	
<b><u>Raccordo con la programmazione precedente</u></b>	
In ambito ostetrico/ginecologico si sono svolte le attività concordate centralmente, nel settore dell'endoscopia si è collaborato per la stesura delle prime specifiche tecniche.	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
<b>Sistema PACS regionale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. completamento dell'estensione del sistema PACS nel settore della diagnostica ecografica in ambito ostetrico/ginecologico e collaborazione per la definizione delle specifiche di estensione della funzione PACS all'endoscopia digestiva;</li> <li>b. implementazione e messa a regime dei casi d'uso relativi alla consultazione/visualizzazione di referti e immagini negli ambiti inter-aziendale ed emergenziale, nel pieno rispetto dei vincoli e raccomandazioni del Garante della Privacy, previa verifica di disponibilità della rete telematica regionale a larga banda , sulla base di indicazioni regionali;</li> <li>c. integrazione delle potenzialità elaborative del sistema PACS con moduli aggiuntivi per l'analisi diagnostica evoluta in distretti anatomici specifici, in coerenza con il progetto regionale di sviluppo dei sistemi informativi ospedalieri, sulla base di indicazioni regionali;</li> </ul>
Azioni ed interventi	
Nel corso del 2016 è assolutamente necessario estendere il funzionamento del PACS anche all'endoscopia digestiva per superare la situazione del sistema informatico attualmente in uso che risulta obsoleto.	

#### 4. GESTIONE RISORSE UMANE

##### A. Vincoli operativi

Le linee di gestione approvate con delibera di Giunta Regionale n. 2393 del 27 novembre 2015 prevedono, pur confermando, anche per l'anno 2016, quale vincolo operativo che il costo del personale dipendente – solo competenze fisse - non possa superare quello dell'esercizio a consuntivo anno 2012 ridotto dell'1%, ha introdotto delle parziali esenzioni al predetto limite dell'1%.

Pertanto, si è provveduto alla prima identificazione del margine operativo complessivo per l'anno in corso è determinato prendendo a riferimento la spesa rilevata dai seguenti conti del bilancio 410.100, 420.100, 430.100, 440.100 delle sopresse A.S.S. 6 "Friuli Occidentale" e Azienda Ospedaliera S. Maria degli Angeli:

COSTO PERSONALE 2012				VINCOLO OPERATIVO - 1%	COSTO MASSIMO PERSONALE 2016
Conto	ASS6	AOSMA	TOTALE		
410.100	19.454.114	57.177.272	76.631.386	766.314	75.865.072
420.100	89.108	174.118	263.226	2.632	260.594
430.100	3.539.031	12.097.395	15.636.426	156.364	15.480.062
440.100	2.612.372	4.623.523	7.235.895	72.359	7.163.536
<b>TOT.</b>	<b>25.694.626</b>	<b>74.072.308</b>	<b>99.766.933</b>	<b>997.669</b>	<b>98.769.264</b>

Il dato riportato costituisce pertanto limite di spesa per la manovra sul personale anno 2016, tenendo presente che quest'ultima dovrà essere considerata al netto delle seguenti voci non presenti nel 2012:

Voci da escludere ai fini comparazione costi personale	importo
Collab. Prof. San- Assistenti sanitarie – Dip. di Prevenzione (n.2)	46.369
Stima incremento ind. Esclusività	619.328
Personale REMS (6 infermieri.e 6 OSS)	258.820
Comandati out	88.296
<b>Stima costi extra vincolo</b>	<b>1.012.813</b>

**Pertanto il tetto di spesa effettivo è considerato pari € 99.782.077**

##### B. Dotazione organica

###### a) Stato dell'arte

La manovra sul personale anno 2015, rispettosa del vincolo economico di riduzione della spesa dell'1% rispetto al 2012, chiude complessivamente con un incremento di organico di n. 15 unità come risulta dettagliatamente riportato nella tabella :

Area	ruolo	rapporto	profilo	2012		2013		2014		2015
				AOSMA	ASS6	AOSMA	ASS6	AOSMA	ASS6	AAS 5
med/vet	sanitario	dipendenza		455	96	451	97	456	94	547
dir. S.		dipendenza		23	41	24	39	23	39	62
comparto		dipendenza		1458	534	1439	538	1422	526	1944
		somministrato	infermieri	0	0	6	0	10	0	34
	somministrato	tec. Radiologia							2	
dir. T.	tecnico	dipendenti		1	2	2	2	2	2	4
comparto		dipendenti		248	82	245	84	230	80	288
		dipendenti	oss.	384	95	383	95	401	91	513
		somministrato	op. tecnici	7	0	4	0	4	0	9
	somministrato	oss.	1	0	6	0	10	0	20	
Dir. P.	prof	dipendenti		4	2	4	2	5	2	6
comparto		dipendenti	religioso	1	0	1	0	0	0	0
Dir. A.	amm	dipendenti		10	7	9	7	9	6	13
comparto		dipendenti		210	128	203	131	198	126	309
		somministrato	coadiutori	17	0	22	0	21	0	21
				2819	987	2799	995	2791	966	
				3806		3794		3757		3772

Come si evince dalla tabella, vi è un incremento del personale con contratto di somministrazione lavoro nelle figure sanitarie di tipo assistenziale (infermieri, oss ) rispetto all'anno precedente dovuto alle difficoltà nell' assumere personale dipendente in tempi brevi, ma al contempo della necessità di garantire i livelli minimi di assistenza e la piena operatività dei servizi. In particolare per quanto riguarda l'acquisizione del personale infermieristico, a fine settembre 2015 l'AAS5 ha ultimato la procedura a tempo determinato per il profilo di infermiere al fine di procedere ad una graduale diminuzione di tali figure, nelle more dell'espletamento del concorso per lo stesso profilo da parte di EGAS, che si concluderà presumibilmente a metà anno 2016. Analogamente per il personale OSS, a seguito dell'esaurimento della graduatoria aziendale a tempo determinato e in attesa del concorso EGAS nel corso del 2015, è stato necessario ricorrere a personale con contratto di somministrazione lavoro.

Prioritariamente il personale infermieristico e oss è stato inserito nelle strutture di degenza sulle 24 ore e nei servizi territoriali e si è proceduto ad assumere, per l'area della prevenzione, tecnici della prevenzione.

Contestualmente e in linea con l'anno 2014 si assiste ad una progressiva contrazione del personale amministrativo con una riduzione di 15 unità e tecnico non assistenziale con una riduzione di 22 unità rispetto all'anno precedente.

#### **Personale assegnato per i servizi socio assistenziali in delega**

L'organico dell'A.A.S. 5 è integrato dal personale assegnato per i servizi socio-assistenziali in delega stimato, al 31.12.2015, a complessive 73 unità.

Si prevede per l'anno 2016 per i servizi socio-assistenziali l'assunzione di n. 3 figure di insegnanti educatori a tempo determinato dedicati allo svolgimento delle attività di cui alla Convenzione tra la Regione autonoma Friuli Venezia Giulia e l'AAS5 quale Ente gestore dei Servizi di integrazione lavorativa per l'attivazione degli strumenti personalizzati di integrazione lavorativa ai sensi della Delibera di Giunta Regionale n. 2430 del 4.12.2015 a cui l'Azienda ha aderito con decreto n. 652 del 14.12.2015 e che evidenzia specifico contributo per la copertura del costo degli operatori dedicati a tali attività.

#### **b) Manovra 2016**

Pur considerando il permanere del vincolo di spesa per l'anno 2016 (- 1% della spesa del personale riferita alle voci fisse anno 2012, nonché il rispetto del pareggio di bilancio), vincolo confermato nelle linee di gestione, l'azienda AAS5 dovrà necessariamente garantire:

1) il turn over di personale effettuando un'attenta analisi quali-quantitativa della dotazione organica:

- in primis con le assunzioni già autorizzate dalla Regione nel corso del 2015 e programmate e non ancora completate (sia con riferimento al personale della dirigenza che al comparto);
- successivamente il reclutamento proseguirà nel 2016 per fronteggiare sia cessazioni di personale ad oggi note per l'anno 2016, che le eventuali ulteriori cessazioni non prevedibili in fase di programmazione annuale che potranno perfezionarsi nel corso dell'anno 2016 relative a personale sanitario, sia del comparto che dirigenza, e a personale tecnico limitatamente alla figura dell'Operatore Socio Sanitario. Per tali figure, necessarie per motivate esigenze assistenziali, si procederà a richiedere apposita autorizzazione, qualora si superi il tetto del 1% come altresì previsto dalla DGR 2933 del 27.11.2015.

L'Azienda è comunque impegnata in un'attività continua di monitoraggio e ha un obbligo informativo trimestrale nei confronti della DCSISSPSF.

2) fabbisogni conseguenti l'applicazione della L. 161/2014

A seguito dell'entrata in vigore della sopracitata normativa, l'Azienda ha adottato, in primis, delle misure riorganizzative di alcuni assetti della propria offerta così come descritti in seguito (paragrafo – Articolo 14 L. 161/2014) e solo successivamente, ed in ultima ratio, provvederà ad una rivisitazione della propria forza lavoro necessaria a garantire il corretto rispetto dei vincoli previsti dalla normativa al fine di mantenere gli attuali livelli di servizio.

Da una prima analisi, è emersa l'inderogabile necessità di provvedere all'implementazione del proprio organico per le seguenti figure professionali ulteriori rispetto al turn over 2016 :

- n. 17 dirigenti medici (n. 11 per l'Ospedale di Pordenone di cui n. 3 per Anestesia, n.2 per il Pronto Soccorso e almeno 1 dirigente per le strutture di Cardiologia, Nefrologia, Pneumologia, Neurologia, Cardiologia Vascolare e Maxillofaciale e n. 6 per S. Vito-Spilimbergo di cui n. 2 per Anestesia di S.Vito, 1 dirigente per la Chirurgia Spilimbergo, della Medicina interna, dell'Otorinolaringoiatria, della Radiologia);
  - per il personale del comparto n. 24 unità come di seguito specificate:
    - 4 tecnici di radiologia
    - 2 infermieri per il PS ortopedico
    - 2 infermieri (1 per la sala gessi di San Vito e 1 per sala gessi Pordenone)
    - 2 infermieri per la gastroenterologia di PN
    - 2 infermieri per la Sala Operatoria di San Vito
    - 2 infermieri in Emodinamica
    - 1 infermiere in degenza breve
    - 1 OSS in degenza breve
    - 6 infermieri blocchi operatori di PN
    - 2 autisti (uno per 118 e uno per PPI di Maniago)

In osservanza a quanto previsto nelle linee di gestione verrà richiesta apposita autorizzazione, anche per il personale dirigente, in deroga al vincolo dell'1% stabilito per il costo del personale.

3) nuove funzioni previste

Per ottemperare alle nuove funzioni previste dalle linee regionali 2016 l'AAS5 necessita delle seguenti figure:

- un dirigente medico infettivologo
- due dirigenti medici reumatologi
- 2 assistenti sanitarie

4) attuazione atto aziendale

L'attuazione del nuovo assetto organizzativo definito nella proposta di Atto Aziendale avrà luogo per step progressivi compatibilmente con i vincoli di bilancio e le indicazioni regionali. Al fine di garantire il governo di alcune aree strategiche nel corso del 2016 si prevede di procedere con l'affidamento degli

incarichi specificati nel paragrafo “Atto Aziendale” anche in deroga al vincolo dell’1%. Della progressiva attuazione verrà data evidenza in sede di report trimestrale.

5) dotazione organica e relativi costi

Ciò premesso nei prospetti che seguono si evidenziano:

1. la dotazione organica prevista al 31.12.2016 suddivisa per area, ruolo e profilo. Tale dotazione comprende sia i tempi determinati che indeterminati, ivi compreso il personale in aspettativa senza assegni e comandato out.
2. l’impatto economico della citata manovra per le sole voci fisse in ragione annua.

AREA	RUOLO	PROFILO_D	dipendenti al 31.12.2015	interinali al 31.12.2015	dipendenti al 31.12.2016	interinali al 31.12.2016	
Comparto	AMM	Assistente Amministrativo	95		94		
		Coadiutore Amministrativo	111	21	110	20	
		Coadiutore Amministrativo Esperto	25		25		
		Coll. Amministrativo-Prof.	51		50		
		Coll. Amministrativo-Prof. Esperto	26		26		
		Commesso	1		1		
	<b>AMM Totale</b>			<b>309</b>	<b>21</b>	<b>306</b>	<b>20</b>
	SANA	CPS. - Assistente San.	51		56		
		Coll. Prof. San. - Dietista	6		7		
		Coll. Prof. San. - Educatore Prof.	5		5		
		Coll. Prof. San. - Fisioterapista	86		86		
		Coll. Prof. San. - Infermiere	1285	34	1301	34	
		Coll. Prof. San. - Infermiere Capo Sala	1		1		
		Coll. Prof. San. - Infermiere Pediatrico	19		19		
		Coll. Prof. San. - Logopedista	18		18		
		Coll. Prof. San. - Massaggiatore Non Vedente	2		2		
		Coll. Prof. San. - Ortottista - Assistente di Oftalmologia	6		6		
		Coll. Prof. San. - Ostetrica	57		57		
		Coll. Prof. San. - Tecnico Audiometrista	4		5		
		Tecnico della Fisiopatologia Card. e Perfusione Cardiov.	1		1		
		Tec.prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro	42		42		
		Tec.Educazione e Riab.Psichiatrica e Psicosociale	1		1		
		Coll. Prof. San. - Tecnico di Neurofisiopatologia	4		4		
		Coll. Prof. San. - Tecnico San. di Laboratorio Biomedico	103		101		
		Coll. Prof. San. - Tecnico San. di Radiologia Medica	61	2	65		
		Terapista della Neuro e Psicomotricita' dell'Eta' Evolutiva	4		4		
		Coll. Prof. San. Esperto	97		91		
		Infermiere Generico Esperto	76		69		
	Infermiere Psichiatrico Esperto	2		2			
	Puericultrice Esperta	13		12			
	<b>SANA Totale</b>			<b>1944</b>	<b>36</b>	<b>1955</b>	<b>34</b>
	TEC	Assistente Tecnico	6		6		
		Ausiliario Specializzato (Servizi Socio-Assistenziali)	51		50		
Ausiliario Specializzato (Servizi Tecnico-Economici)		17	2	16	2		
Coll. Prof. Assistente Sociale		15		15			
Coll.Tecnico -Prof.		14	2	15	2		
Coll.Tecnico -Prof. Esperto		3		3			
Op.Tecnico Coord.Spec. Esperto		12		10			
Op.Tecnico Specializzato Esperto		35		36			
Operatore Socio San.		513	20	526	20		
Operatore Tecnico		86	5	85	2		
Operatore Tecnico Addetto all' Assistenza		11		11			
Operatore Tecnico Specializzato		37		37			
Programmatore		1		2			
<b>TEC Totale</b>			<b>801</b>	<b>29</b>	<b>812</b>	<b>26</b>	
<b>Comparto Totale</b>			<b>3054</b>	<b>86</b>	<b>3073</b>	<b>80</b>	

AREA	RUOLO	PROFILO	dipendenti al 31.12.2015	interinali al 31.12.2015	dipendenti 31.12.2016	interinali al 31.12.2016
DIR. SPTA	AMM	Direttori Amministrativi	13		13	
	AMM Totale		13	0	13	0
	PRO	Avvocati E Procuratori Legali	1		1	
		Ingegneri	5		5	
		Architetto	0		1	
	PRO Totale		6	0	7	0
	SANA	Biologi	15		15	
		Chimici	1		1	
		Dirigenti Sanitari	3		3	
		Farmacisti	10		10	
		Fisici	1		1	
		Psicologi	32		32	
	SANA Totale		62	0	62	0
	TEC	Sociologi	3		3	
Statistico		1		1		
Analista informatico		0		1		
TEC Totale		4	0	5	0	
<b>DIR.SPTA Totale</b>			<b>85</b>	<b>0</b>	<b>87</b>	<b>0</b>
DIR. MEDV	SANM	Medici	521		556	
		Psicologi Equiparati	2		2	
		Veterinari	24		26	
		Medici Ex-Condotti	0		0	
	SANM Totale		547	0	601	0
<b>DIR. MEDV Totale</b>			<b>547</b>	<b>0</b>	<b>584</b>	<b>0</b>
<b>Totale complessivo</b>			<b>3686</b>	<b>86</b>	<b>3744</b>	<b>80</b>

Conto	Spesa 2012	Riduzione 1%	Spesa di riferimento	Preventivo 2016	Delta
410.100	76.631.386	-766.314	75.865.072	77.398.750	-1.533.678
420.100	263.226	-2.632	260.594	262.442	-1.848
430.100	15.636.426	-156.364	15.480.062	15.770.805	-290.743
440.100	7.235.895	-72.359	7.163.536	6.663.522	500.014
<b>TOT</b>	<b>99.766.933</b>	<b>-997.669</b>	<b>98.769.264</b>	<b>100.631.217</b>	<b>-1.326.255</b>
costi 2016 esclusi dalla comparazione					1.012.813
sforamento vincolo					-313.442

*Cfr. tabella punto A) vincoli operativi)*

Tale preventivo non comprende i costi fissi relativi a:

- fabbisogno segnalato ed in corso di puntuale definizione per i l'applicazione della L. 161/2014. Fabbisogno che sarà – tra l'altro – oggetto di determinazione in coerenza con le indicazioni operative che saranno successivamente fornite da parte della direzione centrale per tutte le aziende regionali.
- Internalizzazione dei rapporti di lavoro somministrati relativi a personale infermieristico e OSS. Internalizzazione che sarà attuata progressivamente nel corso dell'anno 2016 in esito al perfezionamento delle procedure concorsuali gestite dall'EGAS.
- Completa attuazione a regime dell'Atto aziendale.

Si sottolinea che il dato presunto di spesa per l'anno 2016, come risulta dal prospetto sopra riportato verrà aggiornato in base al trasferimento delle funzioni di Anatomia Patologica, Laboratorio Analisi, Microbiologia, Medicina Nucleare e Oncologia tra il CRO.

Si precisa infine che non vi è personale da stabilizzare ai sensi dell'art. 2 comma 2 del DPCM 6.3.2015, come risulta comunicato a Codesta Direzione (per ex ASS6 con nota prot. n. 1954/SORU inviata in data 14.1.2014, e per ex Azienda S.Maria degli Angeli, con e-mail del 16.1.2014).

#### **PRESTAZIONI AGGIUNTIVE PERSONALE DELLA DIRIGENZA**

Preso atto che le Linee per la gestione dell'anno 2016 impongono all'Azienda di ricorrere alle prestazioni aggiuntive, ai sensi dell'art. 55 del CCNL 8.6.2000 e dell'art. 18 del CCNL 3.11.2005, in misura non superiore al 50% del costo sostenuto nell'anno 2012, si riporta di seguito il margine economico massimo stimato pari per il personale della dirigenza medica e sanitaria ad € 171.078,00. Al momento gli importi precisati non sono stati inseriti a bilancio e l'eventuale stanziamento sarà frutto di verifica trimestrale. Resta inteso che l'effettivo utilizzo e l'eventuale superamento del limite del 50% sarà oggetto di preventiva autorizzazione da parte della DCSISP da richiedere di volta in volta.

#### **RISORSE AGGIUNTIVE REGIONALI**

Per l'anno 2016 le RAR assegnate sono pari ad € 5.202.310 complessive comprensive di oneri (per il comparto € 3.295.015 e i diversi ruoli della dirigenza € 1.907.296 come risultano dalle tabelle 3a e 3b delle indicazioni per la redazione dei documenti contabili preventivi 2016 trasmesse con nota prot.n. 20741/P del 4.12.2015 Direzione centrale salute, integrazione socio sanitaria, politiche sociali e fam.). Si prende atto che nel corso del 2016 la Direzione regionale sulla base di nuovi accordi regionali per la gestione delle RAR sia del personale del comparto che della dirigenza procederà all'eventuale revisione del finanziamento attualmente iscritto nel preventivo 2016.

#### **INDICAZIONE GESTIONE FONDI CONTRATTUALI**

##### ***a) Incremento 1% come tetto massimo del fondo produttività/risultato***

La vigente disciplina contrattuale sia dell'area dirigenziale che del comparto contempla la possibilità di incrementare i fondi di produttività/risultato fino ad un massimo del 1% del monte salari anni 1997 (per la dirigenza) e 2001 (per il comparto) sulla base del consuntivo dell'anno precedente, in presenza di utili o di equilibrio di bilancio, ovvero della realizzazione annuali di programmi finalizzati al raggiungimento dell'equilibrio di bilancio.

Poiché, a seguito dell'integrazione al finanziamento 2015 disposta con DGR 2434 del 4.12.2015, vi è una stima di chiusura dell'esercizio in corso in equilibrio, l'azienda provvede ad iscrivere prudenzialmente sui relativi conti bilancio 2016 una quota pari allo 0,5% del monte salari area dirigenza e comparto.

Tale importo, coerentemente con le indicazioni date nelle linee per la gestione SSR 2016, approvate con DGR 2393/2015, non potrà essere erogato, neanche a titolo di acconto, fino a che non sia accertato a consuntivo l'equilibrio o l'utile di bilancio 2016.

Qualora l'andamento di gestione consenta una chiusura del bilancio con utile di gestione, tale risultato potrà essere in parte destinato all'incremento dello 0,5% fino ad un massimo dell'1%, previa espressa autorizzazione della Direzione Centrale Salute.

Di seguito si riepilogano le quote iscritte ai conti del bilancio di previsione:

AZIENDA	AREA	M.S. 1997 €	0,50% €	oneri riflessi 34,12%
A.O.S.M.A.	med/vet	15.840.457,44	79.202,29	27.023,82
A.S.S. 6	med/vet	14.227.391,88	71.136,96	24.271,93
A.O.S.M.A.	dir.san.	1.360.870,59	6.804,35	2.321,65
A.S.S. 6	dir.san.	1.935.635,11	9.678,18	3.302,19
A.O.S.M.A.	PTA	325.200,36	1.626,00	554,79
A.S.S. 6	PTA	579.549,43	2.897,75	988,71
totale dirigenza			171.345,52	58.463,09
A.O.S.M.A.	comparto	30.967.733,33	154.838,67	52.830,95
A.S.S. 6	comparto	30.505.722,55	152.528,61	52.042,76
totale comparto			307.367,28	104.873,72
costo totale			642.049,61	

**b) Residui**

Si precisa che i residui dei fondi contrattuali riferiti al personale del comparto (fondo “per i compensi di lavoro straordinario e per la remunerazione di particolari condizioni di disagio, pericolo e danno” e fondo “per il finanziamento delle fasce retributive, delle posizioni organizzative, del valore comune delle ex indennità di qualificazione professionale e dell’indennità professionale specifica”) e quelli riferiti al personale della dirigenza (fondo “per il trattamento accessorio legato alle condizioni di lavoro” e fondo “per l’indennità di specificità medica, retribuzione di posizione, equiparazione, specifico trattamento e indennità di direzione di struttura complessa”) di competenza 2015 verranno portati ad incremento del fondo produttività/risultato 2016 legandoli ad obiettivi preventivamente concordati, misurabili e valutabili secondo i principi codificati da normativa nazionale e contrattuale nell’ambito di apposito accordo integrativo aziendale.

**c) Riduzioni fondi contrattuali ex art. 9 – quinquies del DL78/2015 convertito in L. 125/2015.**

Con DGR 2673 del 30.12.2014 sono stati approvati gli standard regionali per l’assistenza primaria e l’assistenza ospedaliera e definite le funzioni di ogni presidio ospedaliero. Con successiva DGR 929 del 15 maggio 2015 sono state individuate le strutture complesse sanitarie della prevenzione, distrettuali e ospedaliere e forniti i criteri per l’individuazione delle strutture semplici dipartimentali o quali articolazioni di struttura complessa. Da ultimo con DGR 1437 del 17 luglio 2015 sono state forniti i criteri e le indicazioni per la redazione della proposta di Atto Aziendale.

La proposta è stata inviata alla Direzione regionale competente in data 31.10.2015 e l’iter per l’approvazione è tuttora in corso.

Allo stato attuale, pertanto, il processo di riorganizzazione finalizzato al perseguimento degli standard ospedalieri e territoriali previsti dalla normativa vigente è ancora nella fase embrionale, ed avrà progressiva attuazione nel corso del 2016 in coerenza con quanto previsto nell’Atto Aziendale definitivo.

Si rileva, ad ogni buon conto, che la stima dei costi dell’assetto organizzativo connesso al nuovo Atto Aziendale, sarà possibile solo quando tutta l’organizzazione sarà delineata, intendendosi per tale non solo i Dipartimenti, le strutture complesse, le strutture semplici dipartimentali (ora censiti nella proposta di atto) ma anche le strutture semplici, gli incarichi professionali, le posizioni organizzative e gli incarichi di coordinamento.

Di seguito si evidenzia l'evoluzione dell'assetto organizzativo confrontando le strutture complesse previste negli attuali Atti Aziendali ex AOSMA e ex ASS6 con quelle previste nella proposta di Atto Aziendale AAS5:

Articolazione organizzativa strutture complesse	AOSMA	ASS6	TOTALE	AAS5				DELTA
				Centrali	H	T	tot	
MED/vet	48	13	61	1	39	20	60	-1
SPTA	8	6	14	9	2	1	12	-2
	56	19	75	10	41	21	72	-3

Premesso che la riduzione evidenziata non corrisponde a riduzione di funzioni o disattivazione di servizi, l'impatto sui fondi è al momento stimabile solo in termini di abbattimento dell'indennità di struttura complessa che al momento è stimabile su base annua e a regime come segue:

area	S.C. Soppresse	Ind. SC annua	riduzione a regime
MED/VET	1	10.218	10.218
SPTA	2	7.408	14.815

#### ARTICOLO 14 L. 161/2014

L'articolo 14, comma 1, della L. 30 ottobre 2014 n. 161 ha sancito il diritto per il lavoratore a fruire di undici ore di riposo consecutivo ogni ventiquattro ore e, con riferimento specifico alle aree dirigenziali degli enti ed aziende del SSN, ha determinato anche la durata massima dell'orario di lavoro, che non può eccedere le 48 ore settimanali, computate in un arco di tempo quadrimestrale. Per ottemperare alla norma, l'Azienda ha provveduto a censire le eventuali criticità e ad iniziare l'adozione di tutte le misure organizzative idonee a garantire il funzionamento dei servizi e l'erogazione delle prestazioni assistenziali, in modo particolare nei presidi ospedalieri di Pordenone e San Vito-Spilimbergo. Le prime misure adottate hanno interessato le strutture operative/funzioni di Chirurgia generale dei presidi aziendali, come di seguito sintetizzato.

#### 1. Strutture operative complesse di Chirurgia 1 e Chirurgia 2 del P.O. di Pordenone

Le misure adottate sono state le seguenti:

- Istituzione della guardia chirurgica unica per le due SOC di Chirurgia generale.
  - Il Dirigente medico in guardia attiva presso la SOC di Chirurgia di accoglimento, si farà carico delle seguenti funzioni:
    - gestione clinica delle problematiche inerenti i ricoveri urgenti;
    - gestione clinica dei pazienti ricoverati presso entrambe le SOC di Chirurgia;
    - gestione clinica, quando richiesta, dei pazienti che afferiscono al PS.
- Modifica della turnistica
  - Abolizione del primo reperibile nella SOC di Chirurgia di accoglimento. La SOC di accoglimento avrà, quindi, un guardiano diurno (8-20), un guardiano notturno (20-8), prontamente disponibile esperto (team leader per le urgenze);
  - La SOC di Chirurgia non di accoglimento manterrà i 2 dirigenti in pronta disponibilità.

La riorganizzazione delle turnazioni e la ridefinizione delle funzioni consente il guadagno di un dirigente che non avrà compiti di reperibilità/guardia e che, quindi, potrà essere utilizzato per l'attività routinaria.

- Ricomposizione dei team professionali per le emergenze/urgenze in sala operatoria.

Nella riorganizzazione proposta, la SOC di accoglimento eseguirà interventi chirurgici in urgenza insorti nei propri letti con il dirigente team leader (il prontamente disponibile esperto) e con il dirigente in guardia attiva. Se fosse ritenuto necessario un terzo operatore, questi sarà il primo reperibile dell'altra SOC (quella non di accoglimento). Per garantire la gestione in contemporanea di due emergenze chirurgiche con due

equipe in contemporanea, queste saranno formate dal team leader, dal guardiano e dai 2 prontamente disponibili della SOC non di accoglimento.

Infine, nel caso in cui il paziente da portare in urgenza in sala operatoria sia ricoverato e/o seguito dai chirurghi della SOC non di accoglimento, il guardiano contatterà i reperibili di quella SOC, che assumeranno le decisioni per l'iter diagnostico-terapeutico da intraprendere.

## **2. Strutture operative complesse di Chirurgia del P.O. di Pordenone e di San Vito-Spilimbergo.**

L'intervento, complesso, di riorganizzazione ha riguardato l'avvio, dallo scorso 1 dicembre, di un nuovo modello per la gestione delle urgenze chirurgiche che afferiscono al PO di Spilimbergo, con le modalità operative di seguito sinteticamente illustrate, che tengono in conto, oltre che dei nuovi obblighi da 161/2014, anche degli aspetti di sicurezza del percorso dell'assistito.

- La chirurgia del PO di Spilimbergo non si farà carico dell'effettuazione di interventi chirurgici in urgenza/emergenza nell'intervallo orario 16.00 - 8.00 dei giorni feriali e nelle giornate di sabato e festive.
- Il paziente con problematica chirurgica urgente che afferisce al Pronto Soccorso di Spilimbergo, nelle ore e nei giorni sopra indicati, sarà valutato dal chirurgo in pronta disponibilità, case manager del percorso diagnostico-terapeutico che si caratterizzerà, in sintesi, per le seguenti opzioni:
  - il paziente che necessita di indagini diagnostiche non disponibili a Spilimbergo (es. TC con mezzo di contrasto), o che deve essere sottoposto ad intervento chirurgico urgente, è ricoverato dal PS di Spilimbergo alla Chirurgia del PO di S. Vito e qui trasferito con il 118, previo contatto tra il chirurgo di Spilimbergo e il collega reperibile di S. Vito;
  - il paziente in condizioni di instabilità clinica sarà assistito durante il trasferimento dall'anestesista presente a Spilimbergo o prontamente disponibile, che lo affiderà al medico del PS di S. Vito;
  - il paziente stabile sarà trasferito a S. Vito con assistenza infermieristica e affidato direttamente al chirurgo precedentemente allertato;
  - il paziente che giunge al PS di Spilimbergo con sospetto di patologia chirurgica urgente di competenza vascolare o toraco-polmonare è, invece, trasferito al PO di Pordenone;
  - egualmente, il paziente che giunge al PS di Spilimbergo con sospetto di patologia urgente di competenza gastroenterologica è trasferito al PO di Pordenone.
- Il trasferimento del paziente presso il PO di S. Vito deve prevedere anche la verifica della disponibilità di posti letto nella Terapia Intensiva di tale sede, qualora si ipotizzi l'utilizzo di tale setting nell'immediato post operatorio.
- Il paziente degente presso la chirurgia di Spilimbergo che, nei giorni e nelle ore sopra indicate, presenti un quadro clinico che, a valutazione del chirurgo reperibile, comporti l'effettuazione di un intervento chirurgico in urgenza, sarà trasferito a Pordenone.

L'attuazione del PDTA sopra definito:

- consente di mantenere nella sede di Spilimbergo 1 solo chirurgo in pronta disponibilità;
- permette di ridurre la presenza degli infermieri di sala da 3 a 2, con una pronta disponibilità dalle ore 18.00 alle 8.00 nei giorni feriali e nelle 24 ore per il sabato ed i giorni festivi. La presenza del chirurgo e degli infermieri in pronta disponibilità consentirà di garantire l'esecuzione locale in sicurezza di procedure chirurgiche non complesse. La necessità di mantenere la pronta disponibilità di 2 infermieri sarà rivalutata a distanza di 2 mesi dall'avvio della riorganizzazione;
- richiede la valutazione dell'impatto del nuovo modello organizzativo sulla SC di Radiodiagnostica del PO di S. Vito.

Gli interventi che, in questa prima fase, hanno coinvolto la funzioni di Chirurgia generale, saranno valutati mediante applicazione di specifici indicatori ed estesi, con le stesse logiche di integrazione dei team professionali, ad altre funzioni omologhe presenti nei presidi ospedalieri aziendali.

**a. Stato dell'arte**

Con decreto n. 575 del 30/10/2015 è stata approvata la proposta di atto aziendale dell'AAS5, che comporta una significativa revisione dell'assetto organizzativo interno; la proposta di atto, redatta secondo i principi e criteri approvati dalla Giunta Regionale e in attuazione della L.R. n. 17/2014 è stata trasmessa alla Direzione Centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia per l'approvazione definitiva.

In prima applicazione dell'atto aziendale approvato si procederà ad attivare le procedure concorsuali delle Strutture Complesse e SSD che consentano di stabilizzare l'assetto organizzativo "cornice" di responsabilità della nuova AAS5 per poi procedere alla graduazione degli incarichi della dirigenza (delle SOS, incarichi di professionalità di diversa graduazione) e per il personale del comparto all'individuazione delle Posizioni organizzative e coordinamenti.

Per quanto riguarda l'attività svolta, nel corso del 2015 si sono perfezionate le assunzioni dei seguenti incarichi di direzione di struttura complessa, previa autorizzazione regionale:

- Direttore SC ORL;
- Direttore SC Gastroenterologia;
- Direttore SC Anestesia, Rianimazione e Terapia intensiva;
- Direttore SC Cardiologia.

Alla data del 31/12/2015 risultano altresì concluse le procedure concorsuali di Direttore SC Neuropsichiatria infantile e Direttore SC Chirurgia 2 – Pordenone per le quali i vincitori di concorso prenderanno servizio a gennaio 2016.

Risultano ad oggi vacanti i seguenti incarichi dirigenziali di livello apicale da coprire entro l'anno 2016:

- Direttore SC Radiodiagnostica – sede di Pordenone;
- Direttore SC Ortopedia e Traumatologia – sede di Pordenone;
- Direttore SC Ostetricia e Ginecologia – sede di San Vito al Tagliamento/Spilimbergo;
- Direttore SC Medicina Interna- sede di San Vito al Tagliamento;
- Direttore SC Igiene degli Alimenti di origine animale;
- Direttore SC Sanità animale;
- Direttore SC Igiene degli alimenti e della nutrizione;
- 5 Direttori SC Adulti, anziani e assistenza medica primaria;
- Direttore SC CSM 24 ore area del Tagliamento.

**b. Manovra 2016**

Nel corso del 2016 si procederà prioritariamente alla copertura degli incarichi di direzione di struttura complessa vacanti dal 2015 e per i quali si era già avuta apposita autorizzazione regionale con nota prot. n. 8141 del 22.04.2015 e successiva e-mail di conferma del 23.04.2015 (prot. d'arrivo 29001/P/23.04.2015):

- Direttore SC Radiodiagnostica – sede di Pordenone;
- Direttore SC Ortopedia e Traumatologia – sede di Pordenone;
- Direttore SC Ostetricia e Ginecologia – sede di San Vito al Tagliamento/Spilimbergo;
- Direttore SC Medicina Interna- sede di San Vito al Tagliamento.

Si precisa che per la SC Radiodiagnostica è stata inviata nuova richiesta con prot. n. 80178/P del 26.11.2015.

Successivamente è intendimento di procedere alla copertura di alcuni degli incarichi dirigenziali previsti dalla DGR 929/2015, di seguito riportati, considerati prioritari rispetto all'intero assetto organizzativo definito nel nuovo atto aziendale e strategici relativamente al presidio di alcune funzioni chiave per il perseguimento dei fini definiti dalla LR 17/1994:

- Direttore SC Igiene degli Alimenti di origine animale
- Direttore SC Sanità animale
- Direttore SC Igiene degli alimenti e della nutrizione
- 5 Direttori SC Adulti, anziani e assistenza medica primaria

E infine di procederà a coprire gli incarichi di SC che si renderanno vacanti nell'anno 2016, ad oggi noto dal 1.1. 2016 il Direttore SC CSM 24 ore area del Tagliamento (San Vito).

L'impatto economico finanziario delle sole voci fisse derivante da tale attuazione è pari per l'anno 2016 a 289.680, con assunzioni programmate nel corso del II semestre e con un costo a regime di € 821.639,13 annui più relativi oneri . Il costo 2016 è stimato a bilancio e concorre allo sfioramento del vincolo dell'1%.

Di seguito si riporta il confronto fra l'attuale assetto e quello delineato nella proposta di Atto Aziendale con evidenza delle strutture operative complesse già presenti nei precedenti atti aziendali, quelle di nuova istituzione, quelle che seppur presenti nei precedenti atti aziendali sono state oggetto di revisione organizzativa ed infine quelle che in coerenza con le disposizioni di cui alla DGR 929/2015 sono state soppresse:

DIPARTIMENTI	Confermati	Neoistituiti	Riorganizzati	Soppressi
Dipartimento Assistenza primaria aziendale		x		
Dipartimento di Salute Mentale	x			
Dipartimento di Prevenzione	x			
Dipartimento Assistenza Ospedaliera		x		
Dipartimento Emergenza e cure intensive			x	
Dipartimento Medicina Interna			x	
Dipartimento Medicina Specialistica			x	
Dipartimento Chirurgia Generale			x	
Dipartimento Ortopedico, Traumatologico e Riabilitativo		x		
Dipartimento Chirurgia Specialistica			x	
Dipartimento Materno Infantile	x			
Dipartimento Medicina dei Servizi		x		
Dipartimento Cardiologia				x
Dipartimento Medicina Riabilitativa e Neurologia				x
Dipartimento Diagnostica per immagini				x
Dipartimento Medicina di Laboratorio				x
Dipartimento Medicina Trasfusionale				x
Dipartimento delle Dipendenze				x
<b>totale dipartimenti</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>

STRUTTURE OPERATIVE COMPLESSE	Confermate	Neoistituite	Riorganizzate	Soppresse	funzione in trasferimento
Gestione Prestazioni Sanitarie		x			
Assistenza Farmaceutica			x		
Assistenza farmaceutica ospedaliera				x	
Rete delle cure intermedie		x			
Dipartimento delle dipendenze			x		
Dipendenze Area Sud				x	
Neuropsichiatria Infantile	x				
Piattaforma assistenza infermieristica DAPA		x			
Adulti, anziani e assistenza medica primaria Distretto Dolomiti Friulane		x			
Adulti, anziani e assistenza medica primaria Distretto del Sile		x			
Adulti, anziani e assistenza medica primaria Distretto del Tagliamento		x			
Adulti, anziani e assistenza medica primaria Distretto del Livenza		x			
Adulti, anziani e assistenza medica primaria Distretto del Noncello		x			
Materno Infantile ed età evolutiva Distretto del Tagliamento		x			
Materno Infantile ed età evolutiva Distretto del Noncello		x			
CSM 24 ore Area Dolomiti Friulane			x		
CSM 24 ore Area del Tagliamento			x		
CSM 24 ore Area del Noncello			x		
CSM 24 ore Area del Livenza		x			
Disturbi del comportamento alimentare				x	
S.O.P.D.C.	x				
Igiene e della sanità pubblica		x			
Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	x				
Igiene degli alimenti e della nutrizione		x			
Igiene degli alimenti di origine animale	x				
Sanità Animale	x				
Ambienti di vita				x	
Direzione medica P.O. Pordenone	x				
Direzione medica P.O. S. Vito al Tagliamento-Splimbergo	x				
Piattaforma Assistenza Infermieristica DAO		x			
Anestesia , rianimazione e terapia intensiva PN	x				
Anestesia e rianimazione sede operativa S.Vito	x				
Pronto soccorso e medicina d'urgenza P.O. PN e P.P.I. Sacile	x				
Pronto Soccorso e medicina d'urgenza sede operativa S. Vito	x				
Cardiologia P.O. PN	x				
Medicina Interna PN	x				
Medicina interna 2 PN				x	
Medicina Interna S.Vito	x				
Medicina Interna Spilimbergo	x				
Medicina Interna e post acuzie Sacile				x	
Cardiologia P.O. S. Vito/Spilimbergo	x				
Pneumologia	x				
Neurologia	x				
Nefrologia	x				
Medicina riabilitativa PN	x				
Dermatologia	x				
Oncologia PN					x
Oncologia S. Vito-Spilimbergo					x
Anestesia, Rianimazione e Medicina Perioperatoria PN	x				
Chirurgia Generale PN	x				
Chirurgia Generale 2 PN				x	
Chirurgia Generale S.Vito	x				
Chirurgia Spilimbergo				x	
Gastroenterologia e Endoscopia digestiva		x			
Urologia	x				
Ortopedia e traumatologia PN	x				
Ortopedia e traumatologia S.Vito/Spilimbergo	x				
Chirurgia della mano e microchirurgia	x				
Medicina riabilitativa S.Vito/Spilimbergo	x				
Otorinolaringoiatria PN	x				
Otorinolaringoiatria S.Vito/Spilimbergo	x				
Oculistica	x				
Maxillo facciale e odontostomatologia	x				
Pediatria e neonatologia PN	x				
Pediatria S. Vito/Spilimbergo	x				
Ostetricia e Ginecologia PN	x				
Ostetricia e Ginecologia S.Vito/Spilimbergo	x				
Radiologia PN-Sacile	x				
Radiologia Interventistica				x	
Radiologia S. Vito/Spilimbergo	x				
Medicina Nucleare					x
Laboratorio Analisi	x				
Anatomia Patologica	x				
Allergologia e immunologia clinica				x	
Medicina TrASFusionale	x				
Microbiologia e virologia	x				
<b>Totale strutture complesse</b>	<b>43</b>	<b>15</b>	<b>5</b>	<b>10</b>	<b>3</b>

STRUTTURE OPERATIVE SEMPLICI DIPARTIMENTALI	Confermate	Neoistituite	Riorganizzate	Sopresse
Cure Palliative ed hospice		x		
Riabilitazione adolescenti, disabili		x		
Dipendenze area Nord				x
Alcologia				x
Igiene degli alimenti e delle produzioni zootecniche	x			
Medicina legale				x
Medicina dello sport				x
Gestione e organizzazione delle piastre operatorie			x	
Degenza cardiologica semintensiva		x		
Malattie metabolismo		x		
Interventistica cardiovascolare				x
Cardiologia/Pneumologia preventiva e riabilitativa			x	
Day Hospital	x			
Endocrinologia				x
Diabetologia				x
Gastroenterologia ed endoscopia digestiva				x
Degenza breve ch				x
Chirurgia vascolare		x		
Week Surgery Spilimbergo		x		
Fisiopatologia, riproduzione, banca del seme e ovociti	x			
Radiologia Interventistica		x		
Immunologia e allergologia		x		
Medicina laboratorio H.S.Vito				x
Genetica medica			x	
Medicina trasfusionale e monitoraggio TAO S.Vito				x
Medicina trasfusionale CRO				x
<b>Totale strutture operative semplici dipartimentali</b>	<b>3</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>12</b>

Di seguito si riporta l'elenco delle strutture complesse sanitarie previste nella proposta di atto aziendale, con evidenza di quelle per le quali necessita nuova procedura selettiva in quanto risultano attualmente vacanti, vuoi perché per quelle confermate è venuto a cessare il titolare oppure perché di nuova istituzione. Sono evidenziate le strutture operative complesse per la quali si prevede la copertura nel corso del 2016, compatibilmente con la prescritta autorizzazione regionale e le disponibilità di bilancio. Al momento non è possibile indicare il relativo valore economico posto che lo stesso sarà la risultante dell'attuazione dell'intero assetto ed ovviamente delle prescritte procedure negoziali con le oo.ss. di categoria. Per quanto riguarda i contenuti e funzioni, sono stati esaurientemente descritti – per ciascuna struttura – nella proposta di atto aziendale.

AREA	DIPARTIMENTO	DENOMINAZIONE NUOVO ATTO AZIENDALE	NPS	concorso	selezione interna	2016	entro 2018
MV	Direzione Strategica	Gestione Prestazioni Sanitarie	si	si			x
S	Direzione Sanitaria	Assistenza Farmaceutica	no				
MV	Dipartimento Assistenza primaria aziendale	Rete delle cure intermedie	si		si		
MV	Dipartimento Assistenza primaria aziendale	Dipartimento delle dipendenze	no				
MV	Dipartimento Assistenza primaria aziendale	Neuropsichiatria Infantile	no				
S	Dipartimento Assistenza primaria aziendale	Piattaforma assistenza infermieristica	si		si		
MV	Dipartimento Assistenza primaria aziendale	Adulti, anziani e assistenza medica primaria Distretto Dolomiti Friulane	si	si		x	
MV	Dipartimento Assistenza primaria aziendale	Adulti, anziani e assistenza medica primaria Distretto del Sile	si	si		x	
MV	Dipartimento Assistenza primaria aziendale	Adulti, anziani e assistenza medica primaria Distretto del Tagliamento	si	si		x	
MV	Dipartimento Assistenza primaria aziendale	Adulti, anziani e assistenza medica primaria Distretto del Livenza	si	si		x	
MV	Dipartimento Assistenza primaria aziendale	Adulti, anziani e assistenza medica primaria Distretto del Noncello	si	si		x	
MV	Dipartimento Assistenza primaria aziendale	Materno Infantile ed età evolutiva Distretto del Tagliamento	si	si			x
MV	Dipartimento Assistenza primaria aziendale	Materno Infantile ed età evolutiva Distretto del Noncello	si	si			x
MV	Dipartimento di Salute Mentale	CSM 24 ore Area Dolomiti Friulane	no				
MV	Dipartimento di Salute Mentale	CSM 24 ore Area del Tagliamento	si	si		x	
MV	Dipartimento di Salute Mentale	CSM 24 ore Area del Noncello	no				
MV	Dipartimento di Salute Mentale	CSM 24 ore Area del Livenza	si	si			x
MV	Dipartimento di Salute Mentale	S.O.P.D.C.	no				
MV	Dipartimento di Prevenzione	Igiene e della sanità pubblica	no				
MV	Dipartimento di Prevenzione	Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	no				
MV	Dipartimento di Prevenzione	Igiene degli alimenti e della nutrizione	si	si		x	
MV	Dipartimento di Prevenzione	Igiene degli alimenti di origine animale	si	si		x	
MV	Dipartimento di Prevenzione	Sanità Animale	si	si		x	
MV	Dipartimento Assistenza Ospedaliera	Direzione medica P.O. Pordenone	no				
MV	Dipartimento Assistenza Ospedaliera	Direzione medica P.O. S. Vito al Tagliamento-Splimbergo	no				
S	Dipartimento Assistenza Ospedaliera	Piattaforma Assistenza Infermieristica	si		si		
MV	Dipartimento Emergenza e cure intensive	Anestesia , rianimazione e terapia intensiva PN	no				
MV	Dipartimento Emergenza e cure intensive	Anestesia e rianimazione sede operativa S.Vito	no				
MV	Dipartimento Emergenza e cure intensive	Pronto soccorso e medicina d'urgenza P.O. PN e P.P.I. Sacile	no				
MV	Dipartimento Emergenza e cure intensive	Pronto Soccorso e medicina d'urgenza sede operativa S. Vito	si	si			x
MV	Dipartimento Emergenza e cure intensive	Cardiologia P.O. PN	no				

AREA	DIPARTIMENTO	DENOMINAZIONE NUOVO ATTO AZIENDALE	NPS	concorso	selezione interna	2016	entro 2018
MV	Dipartimento Medicina Interna	Medicina Interna PN	no				
MV	Dipartimento Medicina Interna	Medicina Interna S.Vito	si	si		x	
MV	Dipartimento Medicina Interna	Medicina Interna Spilimbergo	no				
MV	Dipartimento Medicina Interna	Cardiologia P.O. S. Vito/Spilimbergo	no				
MV	Dipartimento Medicina Specialistica	Pneumologia	no				
MV	Dipartimento Medicina Specialistica	Neurologia	no				
MV	Dipartimento Medicina Specialistica	Nefrologia	no				
MV	Dipartimento Medicina Specialistica	Medicina riabilitativa PN	si	si			x
MV	Dipartimento Medicina Specialistica	Dermatologia	si	si			x
MV	Dipartimento Chirurgia Generale	Anestesia, Rianimazione e Medicina Perioperatoria PN	no				
MV	Dipartimento Chirurgia Generale	Chirurgia Generale PN	no				
MV	Dipartimento Chirurgia Generale	Chirurgia generale S.Vito	no				
MV	Dipartimento Chirurgia Generale	Gastroenterologia e Endoscopia digestiva	no				
MV	Dipartimento Chirurgia Generale	Urologia	no				
MV	Dipartimento Ortopedico, Traumatologico e Riabilitativo	Ortopedia e traumatologia PN	si	si		x	
MV	Dipartimento Ortopedico, Traumatologico e Riabilitativo	Ortopedia e traumatologia S.Vito/Spilimbergo	no				
MV	Dipartimento Ortopedico, Traumatologico e Riabilitativo	Chirurgia della mano e microchirurgia	no				
MV	Dipartimento Ortopedico, Traumatologico e Riabilitativo	Medicina riabilitativa S.Vito/Spilimbergo	no				
MV	Dipartimento Chirurgia Specialistica	Otorinolaringoiatria PN	no				
MV	Dipartimento Chirurgia Specialistica	Otorinolaringoiatria S.Vito/Spilimbergo	no				
MV	Dipartimento Chirurgia Specialistica	Oculistica	no				
MV	Dipartimento Chirurgia Specialistica	Maxillo facciale e odontostomatologia	no				
MV	Dipartimento Materno Infantile	Pediatria e neonatologia PN	no				
MV	Dipartimento Materno Infantile	Pediatria S. Vito/Spilimbergo	no				
MV	Dipartimento Materno Infantile	Ostetricia e Ginecologia PN	no				
MV	Dipartimento Materno Infantile	Ostetricia e Ginecologia S.Vito/Spilimbergo	si	si		x	
MV	Dipartimento Medicina dei Servizi	Radiologia PN-Sacile	si	si		x	
MV	Dipartimento Medicina dei Servizi	Radiologia S. Vito/Spilimbergo	no				
MV	Dipartimento Medicina dei Servizi	Laboratorio Analisi	no				
MV	Dipartimento Medicina dei Servizi	Anatomia Patologica	no				
MV	Dipartimento Medicina dei Servizi	Medicina TrASFusionale	no				
MV	Dipartimento Medicina dei Servizi	Microbiologia e virologia	no				

## **FABBISOGNO PERSONALE AMMINISTRATIVO**

Nel corso del 2016 la Direzione Centrale individuerà, attraverso la definizione di standards e parametri, i fabbisogni concreti del personale amministrativo sanitario e tecnico delle aziende sulla base delle funzioni svolte.

## **ACQUISIZIONE PERSONALE DIPARTIMENTO PREVENZIONE**

L' AAS 5 evidenzia la necessità di assumere n. 2 unità di assistenti sanitari a tempo determinato per far fronte sia all'incremento dell'attività correlata all'attribuzione di obiettivi regionali per l'anno 2016 sia all'assistenza sanitaria ai migranti. Il costo correlato è giustificato rispetto al tetto del 1 % dei costi 2012.

## **FORMAZIONE**

Dal 01 gennaio 2015, in applicazione alla Legge regionale 17/2014 di riordino del sistema sanitario regionale, l'ex AOSMA e l'ex ASS 6 sono confluite nella nuova Azienda per i Servizi Sanitari nr. 5 "Friuli Occidentale" unificando anche i due esistenti Uffici Formazione nella S.S. Formazione, dipendente dalla SC Programmazione, Controllo, Qualità, Accreditemento e Risk Management.

Nel corso dell'anno 2015 la Regione Friuli Venezia Giulia ha perfezionato il Sistema di formazione continua ed ECM con l'approvazione di alcuni documenti (Regolamento per il sistema regionale di formazione continua e di educazione continua in medicina nel Friuli Venezia Giulia, Manuale per l'accreditamento dei Providers, Manuale per l'accreditamento degli eventi), costituenti il riferimento per l'attività dei Providers degli Enti del SSR. I Providers infatti, nel corso dell'anno 2016, saranno tenuti ad allineare:

- i regolamenti aziendali sulla formazione continua e sulle modalità di sponsorizzazione individuale di eventi formativi;
- le procedure di raccolta del fabbisogno formativo, di redazione del Piano aziendale della formazione (PFA) e della Relazione annuale;
- i sistemi di gestione della qualità.

Il Piano aziendale della formazione (PFA) 2016, in coerenza con le priorità regionali, dovrà privilegiare la realizzazione di eventi formativi riguardanti i seguenti temi:

- umanizzazione delle cure;
- sicurezza degli operatori nell'ambiente di lavoro (T.U. n. 81/2008);
- sicurezza del paziente (risk management);
- cure palliative e terapia del dolore (L. n. 38/2010);
- integrazione ospedale/territorio e sviluppo PDTA;
- gestione integrata del paziente anziano, fragile, pluri-patologico;
- promozione corretti stili di vita;
- adozione di linee guida EBM ed EBN sull'evidenza dei sistemi e dei processi clinico assistenziali;
- cultura del lavoro in team multi-professionale e adozione di modelli di lavoro in rete;
- valorizzazione e motivazione delle risorse umane.

Il PFA 2016 dovrà inoltre prevedere la realizzazione di esigenze formative derivanti da:

- indicazioni vincolanti in termini di priorità, obiettivi, tempi, contenuti e destinatari fornite direttamente dalla Regione;
- fabbisogni formativi specifici in particolari ambiti/criticità di pertinenza aziendale.

Sarà garantita la partecipazione ai tavoli di lavoro, coordinati dalla Direzione centrale, per armonizzare i programmi formativi, rendendo l'offerta formativa omogenea a livello regionale, riguardanti le seguenti aree/temi di formazione:

- sicurezza dei lavoratori negli ambiti di lavoro;
- corsi antincendio;
- emergenza di base, in particolare i corsi BLS-D sanitari e laici, base e retraining e PBL-S sanitari e laici, base e retraining;
- tutela dei dati personali.

## 5. AZIONI ATTUATIVE DI SPENDING REVIEW

Conformemente a quanto previsto dal D.L. n. 78 del 19.06.2015, convertito con L. 125 del 6 agosto 2015, all'art. 9 ter, questa Azienda ha proceduto, con riguardo ai beni e servizi di cui alla Tabella A allegata al decreto (v. comma 1 - lett.a), a una rinegoziazione dei contratti in essere, con l'obiettivo di conseguire una riduzione su base annua del 5 per cento del valore complessivo dei contratti. Tale azione ha inoltre tenuto conto delle prescrizioni regionali contenute nella D.G.R. n. 1813 del 18.09.2015 che in particolare prevede – relativamente ai servizi – la rinegoziazione con modalità tali da salvaguardare il livello qualitativo delle prestazioni rese dai fornitori. A tal riguardo, è stato definito un modello di richiesta analogo per tutte le strutture aziendali interessate (Approvvigionamenti e Logistica, Servizio Tecnico, Servizio Tecnologie e Investimenti, Ingegneria Biomedicale e Informatica), le quali hanno, a loro volta, trasmesso tale richiesta a tutte le ditte affidatarie di forniture di beni e servizi gestite direttamente da AAS5.

Per quanto riguarda i contratti di fornitura di beni - nell'ambito dei quali, preme evidenziare - rientrano anche i costi legati alle manutenzioni e riparazioni di fabbricati, di attrezzature, mobili ed arredi nonché quelli riferiti ai canoni di noleggio /leasing , il risultato della rinegoziazione, su un valore complessivo di circa € 8.450.000,00, non ha prodotto sostanziali variazioni, nemmeno sui volumi, in quanto trattasi prevalentemente di fornitura di beni incompressibili.

Per quanto riguarda i contratti di forniture di servizi di maggior rilievo, gli esiti della rinegoziazione possono essere così riassunti:

- servizio ristorazione pazienti e mensa dipendenti - sedi di Pordenone e Sacile (aggiudicatario Dussmann srl): rinuncia a revisione Istat e riduzione dei prezzi unitari in misura pari al 5%;
- servizio ristorazione pazienti e mensa dipendenti – sedi di .S Vito al Tagliamento e Spilimbergo/Maniago (aggiudicatario CAMST): riduzione dei prezzi riferiti alle colazioni pari a € 0,10/colazione;
- servizio di trasporto – soccorso sanitario in ambulanza (aggiudicatario Arkesis soc. coop. a r.l.): rinuncia a revisione Istat e riduzione dei prezzi unitari in misura pari al 5% ad eccezione del servizio inerente l'area sud della provincia di Pordenone;
- servizio di trasporti secondari in ambulanza (aggiudicatario Ti-esse srl): rinuncia a revisione Istat e riduzione dei prezzi unitari in misura pari al 5%.

Per quanto riguarda invece i contratti EGAS si riportano i risultati delle rinegoziazioni ottenute e comunicateci da EGAS:

OGGETTO	FORNITORI	SCADENZA	RICHIESTA REVISIONE	ESITO RINEGOZIAZIONE
SERVIZIO DI AUTOMEDICA	TIESE SRL	28/02/2017	no Istat + riduzione del 2,5%	Euro 2580,50
SERVIZIO DI ASSISTENZA TECNICA FULL-SERVICE DELLE FOTOCOPIATRICI IPER LE AZIENDE DEL FVG	L'UFFICIO SRL	19/07/2016	riduzione 5%	/
SERVIZIO DI GESTIONE DEI SERVIZI RESIDENZIALI PER PERSONE CON DISABILITA' CON MEDIA NECESSITA' ASS.LE (COMUNITA' ALLOGGIO) E SOLUZIONI ABITATIVE A BASSA SOGLIA DI PROTEZIONE PER PERSONE CON DISABILITA' CON LIEVE NECESSITA' ASS:LE (GRUPPO APPARTAMENTO)	COOPERATIVA SOC. IL GIGLIO PORCIA SCARL ONLUS	31/10/2017	proposta con modifica del servizio da valutare	/
SERVICE DELLE PROCEDURE PER IL LABORATORIO DI EMODINAMICA ED ELETTROFISIOLOGIA DELLA S.C. DI CARDIOLOGIA DELL'AZIENDA OSPEDALIERA SANTA MARIA DEGLI ANGELI DI PORDENONE GESTIONE DEL MAGAZZINO E DEL SISTEMA INFORMATICO	NGC MEDICAL SPA	31/10/2019	sconto del 2%, 3% e 4% su diverse tipologie	/
SERVIZI MANUTENTIVI DI FERRI CHIRURGICI E OTTICHE RIGIDE E FLESSIBILI	MEDITECK SRL	31/01/2016	riduzione 1% del canone manutenzione ottiche rigide	/
SERVIZIO DI PUBBLICAZIONE BANDI DI GARA SULLA GAZZETTA DELLA REPUBBLICA ITALIANA	INFO SRL	31/01/2016	riduzione 5% del canone	/
SERVIZIO DI LETTURA E REFERTAZIONE REMOTA ECG	TELEMEDICO SRL	30/09/2016	riduzione 5% dei costi di refertazione	/
SERVIZIO TRASPORTO DEGENTI ALL'INTERNO DI STRUTTURE SANITARIE E ALTRI TRASPORTI INTERNI - LOTTO 3	MANUTENCOOP FACILITY MANAGEMENT SPA	31/07/2017	riduzione annuale del canone di € 25.381 previa variazione del servizio	/
SERVIZI DI COPERTURA ASSICURATIVA	LLOYD'S Sindacato NEW LINE		riduzione 5%	/
SERVIZIO DI HELP DESK PER MALFUNZIONAMENTI HARDWARE E SOFTWARE	NORDEST	29/02/16	riduzione 5% del canone	/
SERVIZIO DI MANUTENZIONE SU CHIAMATA ED ASSISTENZA TECNICA AD APPARECCHIATURE MECCANICHE ELETTROMECCANICHE ED ELETTRODOMESTICI	GEATTI SRL	30/06/2016	disponibilità ad applicare un ulteriore sconto del 5% sul prezzo dei ricambi	/

Dai riscontri pervenuti, è possibile affermare che, data l'impossibilità a ridurre i volumi relativamente ai beni e di mantenere inalterata la qualità dei servizi, già oggetto di precedenti analoghi interventi di riduzione dei prezzi, i risparmi ottenuti dall'Azienda e da EGAS sono stati conseguiti con esclusivo riferimento ai servizi esternalizzati e ammontano a complessivi € 260.000,00 (pari al 3,725% del valore complessivo dei contratti rinegoziati). Questo importo sarà in parte riutilizzato per: l'ampliamento del soccorso territoriale (ambulanza di Azzano X 24h), per un incremento di spesa sui trasporti secondari e per la convenzione per il "soccorso animale".

## 6. Nota illustrativa al Bilancio preventivo economico annuale 2016

Il bilancio preventivo economico annuale 2016 dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5 "Friuli occidentale" è predisposto in conformità alle Linee annuali per la gestione del Servizio sanitario regionale nell'anno 2016 (DGR n. 2393/2015 e DGR n. 2559/2015) e alle indicazioni regionali di cui alla nota prot. 20741/P del 04/12/2015, secondo lo schema e le disposizioni del D. Lgs n. 118/2011.

### CONTRIBUTI DA REGIONE

Il finanziamento 2016 per funzioni e popolazione pesata, assegnato con le "Linee annuali per la gestione 2016 del SSR" ammonta per l'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5 a complessivi Euro 466.848.925. Al contributo procapite così determinato si aggiungono gli ulteriori contributi da Regione per specifiche finalità e pari a complessivi € 13.435.090 come dettagliati in tabella n. 12 Contributi regionali in c/esercizio allegata al presente documento.

### MOBILITA' REGIONALE

La mobilità attiva e passiva in ambito regionale, per attività di ricovero e di specialistica ambulatoriale è iscritta ai valori delle tabelle n. 4 e n.5 del documento "Indicazione per la redazione dei documenti contabili preventivi 2016".

Come per il 2015 si conferma la regola per cui i dati delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero erogate a cittadini non residenti nell'Azienda costituiscono dati di bilancio suscettibili di variazioni a consuntivo.

La novità del 2016 consiste invece nella valorizzazione dei ricoveri, in attrazione e fuga, a tariffa piena (tariffa fascia A) da cui deriva un Delta di finanziamento rispetto al 2015.

### MOBILITA' REGIONALE FARMACI

Si conferma la regola della mobilità regionale dei farmaci, introdotta per la prima volta nel 2015; la valorizzazione dei costi e ricavi fra Aziende del SSR corrisponde alla matrice di cui alla tabella 6 nota prot. 20741/P suindicata. Nella tabella mancano i costi (fuga) per i trattamenti anti epatite C, di pazienti residenti in AAS5 che potrebbero recarsi presso i Centri di Udine e/o Trieste; ciò coerentemente con il criterio di finanziamento 2016 del fattore produttivo "Farmaci".

### MOBILITA' EXTRA REGIONALE

L'attività in attrazione è valorizzata secondo i dati definitivi dell'esercizio 2013, in conformità alle indicazioni metodologiche della DCS, non essendo ad oggi disponibili i dati ufficiali nazionali relativi all'anno 2014.

### MOBILITA' EXTRA REGIONALE PRIVATI ACCREDITATI

Come per la mobilità extraregionale erogatori pubblici, la contabilizzazione della mobilità extraregionale dei privati accreditati, nel rispetto delle direttive, ai sensi del D. Lgs. 118/2011 sono stati contabilizzati fra i ricavi i valori relativi alla mobilità 2013.

### RICAVI PROPRI

Si conferma per il 2016 la stima in proiezione annua dei ricavi propri risultante dal 3° rendiconto 2015.

### ACQUISTI di BENI e SERVIZI

Spesa farmaceutica territoriale: il rispetto del vincolo operativo specifico, a cui corrisponde il valore del finanziamento pro-capite 2016 per spesa farmaceutica convenzionata e DPC, determina il valore "teorico" di Euro 49.359.750 finanziato a bilancio, valore che rimane tuttavia ben distante dall'andamento reale di queste voci di costo.

L'importo del finanziamento di € 49.359.750 è iscritto per € 39.559.750 al conto 305.100.100.100 "farmaceutica convenzionata" e per € 9.800.000 (relativi al costo della DPC - distribuzione per conto) al conto Medicinali 300.100.100.100, come da recenti indicazioni regionali.

Inoltre sul conto Medicinali è stata ridotta del 2% la *sola* componente della spesa ospedaliera 2015, come da vincolo operativo.

Mancano i costi dei farmaci per la cura dell'epatite C, somministrati a pazienti trattati presso l'ospedale di Pordenone, coerentemente con il criterio di finanziamento 2016 voce Farmaci. Sulla base della media dei trattamenti effettuati nei mesi di settembre, ottobre, novembre 2015 e dei prezzi medi dei farmaci impiegati, si prevede però una spesa di circa 2.600.000 euro più alta del 2015.

Mancano inoltre i costi per il trattamento a pazienti emofilici, che si presumono identici al 2015, per complessivi €uro 3.652.000.

La previsione dei consumi 2016 degli altri "beni sanitari" e dei "beni non sanitari" è prospettata in linea rispetto all'andamento registrato nell'anno in corso, nonostante si prevedano incrementi a carico dei dispositivi medici in vista della ripresa dell'attività delle chirurgie.

Sono previsti in riduzione del 5% il servizio mensa, il servizio di trasporto in emergenza ed un contratto di trasporto secondario, coerentemente con gli accordi pattuiti con le ditte e per i quali si ha certezza del risparmio. Altre rinegoziazioni sono in corso, come illustrato nel capitolo dedicato alle azioni attuative della spending review, relativamente ai contratti ivi indicati.

La voce servizi sanitari da privato è prevista in aumento per l'acquisto di gameti utilizzati nella attività di Procreazione medicalmente assistita.

Con riferimento alle funzioni oggetto di trasferimento da/verso il CRO, il conto economico allegato valorizza su tutto l'anno 2016 le funzioni come attualmente attribuite in capo alle rispettive Aziende. Detto trasferimento di funzioni sarà oggetto di analisi attraverso le rendicontazioni economiche periodiche.

Nella previsione dei costi per il lavoro interinale sanitario gli infermieri professionali attualmente in servizio sono valorizzati come presenti per tutto il prossimo anno; stesso dicasi per le figure di operatori socio sanitari interinali (i cui costi sono iscritti alla voce lavoro interinale non sanitario). Sono previsti invece in diminuzione rispetto all'esercizio in corso, con un corrispondente riavvicinamento dei costi al valore del preventivo 2015, i contratti per altre categorie di lavoratori interinali non sanitari (operatori tecnici e coadiutori amministrativi) a fronte di riorganizzazioni e/o di esternalizzazione di alcuni servizi, programmate per il 2016.

Il costo previsto per le manutenzioni edili impiantistiche è allineato alla proiezione dei costi corrispondenti dell'esercizio in chiusura (come previsto dalle Linee di gestione 2016).

#### **FUGA EXTRAREGIONALE**

Viene riportato il valore complessivo registrato nel 2013 evidenziato nella tabella 8 "Fuga extraregionale pubblici 2013".

#### **STRUTTURE PRIVATE**

La previsione del costo verso gli operatori privati accreditati tiene conto dei nuovi criteri di rimborso regionale, basato sulla residenzialità del paziente e alla luce di quanto previsto dalle indicazioni regionali, come per il 2015.

#### **COSTI DEL PERSONALE DIPENDENTE E CONVENZIONATO**

La previsione dei costi è coerente con la manovra di assunzioni e cessazioni previste nel PAL 2016, illustrata nella relazione dedicata alla gestione risorse umane.

La rappresentazione dei costi del personale convenzionato è coerente con l'applicazione degli ultimi Accordi regionali 2014/2015 e con la LR 17/2014.

E' stato effettuato l'accantonamento al fondo incentivazioni del personale dipendente commisurato allo 0,50% del monte salari (dirigenza e comparto), previsto dalle Linee di gestione 2016: l'accantonamento

ammonta a complessivi € 642.049,61 (oneri compresi) ed è iscritto all'interno dei ruoli, sui conti corrispondenti alle incentivazioni.

### **RENDICONTO FINANZIARIO**

Il documento previsto dal Dlgs 118/2011 è stato elaborato, come per il 2015, solamente per la gestione sanitaria.

Il rendiconto esplicita una rappresentazione semplificata delle dinamiche al momento prevedibili di aumento/diminuzione di crediti e debiti, tanto più considerato che non è richiesta dal Dlgs 118/2011 la predisposizione del documento di Stato Patrimoniale preventivo.

Le ipotesi di variazione prevedibili si riferiscono alla diminuzione dei crediti verso Regione per l'incasso di quote relative alla mobilità extraregionale (esercizi 2010-2014) ed all'aumento rispetto al 2015, dei debiti verso istituti previdenziali e dei debiti tributari al 31 dicembre 2016 per contributi e imposte riferiti alle competenze stipendiali di dicembre '16 e tredicesima mensilità, che invece per l'anno 2015 sono stati versati entro il mese di dicembre '15 in relazione al cambio di titolarità del servizio di Tesoreria.

Ne deriva un flusso prospettico di cassa a fine 2016 ampiamente più elevato di quello attuale, pur stimando un decremento dei debiti verso fornitori entro fine esercizio.

Sulle altre componenti della gestione reddituale si suppone un andamento 2016 del tutto simile a quello 2015.

# 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: TECLA DEL DO'

CODICE FISCALE: DLDTCL62T45H816U

DATA FIRMA: 30/12/2015 16:50:19

IMPRONTA: 570C247572FD3534201FB999B5F322C72438EB5604E81B458DB3320CCBBBAE97  
2438EB5604E81B458DB3320CCBBBAE979357C52AECE4E259B414CC9E6B04644C  
9357C52AECE4E259B414CC9E6B04644C8AA881BBD313D9C0AD329DF3E2A4F958  
8AA881BBD313D9C0AD329DF3E2A4F9580A457C2393B363D154B1164F5C8E33B0

NOME: ALBERTO GRIZZO

CODICE FISCALE: GRZLRT62L03A516U

DATA FIRMA: 30/12/2015 17:05:15

IMPRONTA: B00C9E9ECE148B6316F70CC59A3E002F7D8A44B6922581D13B93A6CDC55D71AB  
7D8A44B6922581D13B93A6CDC55D71ABCECDE77663988A8E8BAEECFE55DE5242  
CECDE77663988A8E8BAEECFE55DE5242BE43454806C91C716170D733A0A36763  
BE43454806C91C716170D733A0A3676360EEE5DBDC459767AC3432AF2805C526

NOME: GIUSEPPE SCLIPPA

CODICE FISCALE: SCLGPP52T31I403U

DATA FIRMA: 30/12/2015 17:15:03

IMPRONTA: 47A87C6FF5C762A7D5EE98870987876A19C4EFC532EE0BF5A92037AE76E7F169  
19C4EFC532EE0BF5A92037AE76E7F1691AB3BC76DDAAC13BA3FD355A8C5FF6BE  
1AB3BC76DDAAC13BA3FD355A8C5FF6BE4611FB913DFFE03936AAAA96AB970B20  
4611FB913DFFE03936AAAA96AB970B208AD4A73E9E75400E2D637E4C15B6516F

NOME: PAOLO BORDON

CODICE FISCALE: BRDPLA63H01H620Z

DATA FIRMA: 30/12/2015 17:24:47

IMPRONTA: 03AA6E44AEB898A03014C8A74FEB77616B5E14B82F9D1E9662421E52BEFC4C2C  
6B5E14B82F9D1E9662421E52BEFC4C2CBCA747FD016A43969E6F746EF56E036F  
BCA747FD016A43969E6F746EF56E036F7BACE53BC4AE3770013AE9FFF69876CF  
7BACE53BC4AE3770013AE9FFF69876CFA59F518D38191456896FAA4B07C45992